平成 24 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）

被災地の応急仮設住宅に暮らす高齢者の
健康支援の実態調査及びガイドライン作成事業

報告書

平成 25 年　3 月

公益財団法人　日本訪問看護財団

はじめに

公益財団法人 日本訪問看護財団は、東日本大震災後から現在までの約２年にわたり、宮城県名取市に設置された応急仮設住宅（以下仮設住宅）に暮らす人々を対象に、訪問等による健康支援活動を継続して実施してきました。

仮設住宅での暮らしは、孤立しやすく、健康問題も潜在化しがちな状況があり、そこでは、支援者側から人々に声をかけ、関係性を結び、必要な支援へとつなげていくアウトリーチ型のかかわりが意味をもつ状況があります。

こうした仮設住宅での訪問による継続的な健康支援活動、すなわち訪問看護活動等の記録類から、被災して仮設住宅に暮らす高齢者や慢性疾患をもつ人への中長期にわたる健康支援の実態が浮き彫りになりました。

また仮設住宅での支援に携わる関係諸団体のそれぞれの活動経過を聴取することから、中長期の支援にあたり必要な体制面や活動方法の実態が明らかになりました。

震災後の中長期に及ぶ被災者への健康支援の実態を、仮設住宅を単位に、記録類や関係者への聴取からこれほどまでに詳細に調べた例はこれまでもほとんどなく、本取組は、今後の中長期支援のあり方を考えるうえで基礎となる、価値ある資料を提示しています。

本報告書が、今後、震災後の中長期に及ぶ仮設住宅での健康支援において、訪問看護が役割を果たすうえで役立つガイドとして活用されることを期待しています。

平成 25 年 3 月

「被災地の応急仮設住宅に暮らす高齢者の健康支援の
実態調査及びガイドライン作成事業」検討委員会
委員長　　宮﨑　美砂子
（千葉大学大学院看護学研究科 ）

目　　次

１章 本事業の背景……1
１節　対象とした活動の概要 ……1
２節　本事業の対象となった仮設住宅住民調査データの特徴 ……1
３節　本事業の対象となった被災地（宮城県名取市）の概要 ……2

２章 本事業の概要……3
１節　事業実施体制 ……3
　１　検討委員会 ……3
　２　実施主体 ……3
２節　目的 ……4
３章　方法 ……4
　１．健康支援実態調査 ……4
　２．仮設住宅健康支援団体の活動調査（インタビュー） ……6
　３．仮設住宅に暮らす人々への看護職の支援－ガイドライン－の作成 ……7

３章　結果 ……13
１節　健康支援実態調査の結果 ……13
２節　仮設住宅健康支援団体の活動に関するインタビュー調査結果 ……122
　１．インタビュー対象者の概要……122
　２．各健康支援団体の概要……123
　３．仮設住宅健康支援団体連絡会メンバーへのインタビュー結果 ……125
　１）団体活動の根底に流れる理念と目的のもとに走り出した支援活動 ……125
　２）支援が追いつかないニーズ……159
　３）それぞれの立場による活動の特徴……159
　（１）　行政として活動する団体（部署） ……159
　（２）　ボランティアの立場で活動する民間団体 ……159
　４）健康支援活動の特徴……160
　（１）　季節に合わせた健康教育の実施 ……160
　（２）　健康相談 ……165
　（３）　訪問看護活動 ……165
　（４）　被災者の心のケアと支援者の支援 ……166
　５）支援者の研修体制……166
　６）毎年迎える被災の日 ……167
　７）支援物資や寄付金、ボランティア人員等の先細り感 ……167
　８）支援者と行政の連携体制……167

４章 考察 …… 168
１節　看護職による仮設住宅住民の健康支援のポイント …… 168
１．組織として活動の方向性を決定する …… 168
２．活動の場の選択 …… 168
３．資金の確保 …… 168
４．人員の確保 …… 169
５．物理的環境の整備 …… 169
１）活動拠点の確保 …… 169
２）事務所の整備 …… 169
６．支援者同士の連携・連帯 …… 170
７．被災地と仮設住宅に受け入れられるために …… 170
８．健康調査の実施 …… 171
９．看護職の存在を印象付ける …… 171
２節　看護活動の特徴 …… 172
１．求められている繊細な看護活動 …… 172
２．予防的視点をもって見守る姿勢 …… 172
３．他職種・他機関との欠かせない連携 …… 172
４．支援者の支援 …… 173
３節　支援のためのシステムの構築 …… 173
１．平時からの応援・受け入れ態勢のイメージトレーニング …… 173
２．発災直後から対応できる行政主体の管理体制 …… 173
４節　被災地支援活動の記録 …… 174

引用・参考文献 …… 174

参考資料
１．健康支援実態調査票 …… 175
２．健康調査票 …… 177
３．インタビューガイド …… 178

１章　本事業の背景

１節　対象とした活動の概要

公益財団法人　日本訪問看護財団（以下「財団」とする）では、2011 年 3 月 11 日の東日本大震災の発災以降、訪問看護活動をどのように被災地に活かせるかということを検討し、被災県内に新たに建てられる多数の応急仮設住宅（以下「仮設住宅」とする）に暮らす住民の心身の健康状態の保持・増進と悪化予防に貢献するべく、訪問看護活動を実施することを決定した。その後活動の場を宮城県名取市に決定し、4 月下旬から今日まで「被災地支援事業―名取市パイロット事業―」として活動を継続している。

この活動を開始してから約２年を経過した。一市での被災地支援活動ではあるが、それを客観的に捉えて記録しておくことの重要性を感じ、被災地における中長期的支援活動を訪問看護の視点からまとめる事業（「本事業」）に着手することとなった。

なお、本事業において「訪問看護」と称する活動は、今日全国で実施されている医師の指示書と利用者との契約に基づきサービス提供を行う訪問看護事業を指すものではない。仮設住宅に暮らす被災者に、無償で訪問して看護職の立場から健康状態をアセスメントし、課題の解決に向けて取り組む有償ボランティア活動のことである。また財団名取事務所で雇用し、このような活動に従事している有償ボランティアの看護職を「訪問看護師」と呼んでいる。

２節　本事業の対象となった仮設住宅住民調査データの特徴

前述の経緯から、財団による被災地支援事業は、本来調査研究目的で展開はしていないため、本事業に使用した住民の個人情報は、調査研究データとしては、十分と言えるものではない。プライバシ―に配慮した結果、住民の個人情報は、本人や家族の手書きによる情報あるいは口頭により聞き取った情報であり、必要最低限しか入手しないまま支援を開始している。しかしながら活動が１年以上にわたることにより、おのずと入手する情報量は増えていった。一方で、健康支援のためとは言え、どんなに必要に迫られて情報を得ようと努力しても、絶対に知らされない・知られたくない情報を持つ住民も存在した。

したがって本事業では、これまでの活動の結果として訪問看護師がカルテに記入できている情報のみを取り扱うことにした。具体的には、本人から直接得た情報のほかに、健康支援活動中に家族から聞き取った情報、関係機関・職種から必要な情報として入手した情報も含まれ、その根拠となるものはすべて財団の被災地支援活動による訪問看護記録の中の情報である。本事業ではこの情報をデータ化し、仮設住宅住民の実態として分析を行った。

本事業を研究的立場から捉えた場合、住民に再度研究協力を依頼して、不足している必要な情報をより詳細に正確に入手してから分析すべきだという考え方もあるかもしれない。しかし、研究を目的に現地に赴いていたわけではなかったという財団の支援姿勢と、被災地の人々の暖かい受け入れによって可能となった支援事業が、研究目的事業にすり替わったような誤解を生んでしまうリスクを考慮し、訪問看護師を通して看護カルテに記載されている情報のみをデータとして事業を実施することとした。

その結果、本事業の結果として示したデータには「不明」という回答数が多くなっている部分があり限界もある。研究の倫理的配慮として最初にお断りしておく。

３節　本事業の対象となった被災地（宮城県名取市）の概要

宮城県名取市は、仙台空港に近い宮城県の県南部に位置し、人口約７万人が暮らす市である。漁業や農業のほか、仙台空港のサービス業もある。発災前は東北一のカーネーション栽培、メロン栽培、かまぼこ工場などの産業が盛んであった。

東日本大震災においては、約 1,000 人（死者 911 人、行方不明者 43 人）の住民を失った。応急仮設住宅に暮らす人々は約 2,000 人であるが、それ以外の民間賃貸住宅に暮らす人々はさらにその倍の数と言われている。

今回の津波災害では、県内を縦断している東部道路より東の海側地域が大きく被災している。逆に東部道路より内陸側に住む人々は、かろうじて被災を免れている場合が多い。本事業の対象となる仮設住宅に住む住民の多くは、東部道路の海側に住んでいた方々である。市は内陸部に土地を確保し、比較的規模の大きい仮設住宅を 8 か所設置している。市の方針により、発災前のコミュニティの維持を図り、同じ町内ごとにまとまって同じ仮設住宅に転居しているという特徴がある。

名取市の概況

位置・地勢

年の平均気温が12度で、降水量は1,000mm。
温暖な気候の都市（まち）には約7万2千の市民が暮らしています。

位置

東経　140° 47'14"～140° 58'00"
北緯　38° 06'30"～38° 13'00"
面積　97.76平方キロメートル

地勢

宮城県のほぼ中央に位置し、名取川・阿武隈川の両水系に囲まれた肥沃な土地が広がり、
また、気候も温暖なため古くから農耕に適しているなど、自然条件に大変恵まれた土地柄です。

〒981-1292 名取市増田字柳田80
電話：022-384-2111

－宮城県名取市より資料提供－

２章　本事業の概要

１節　事業実施体制

１．　検討委員会

学識経験者、対象地域の健康支援実施者等による検討委員会を設置し、研究計画の作成、調査および結果の分析、報告書の取りまとめについて検討を行った。

検討委員構成

	委員名	所属
委員長	宮﨑　美砂子	千葉大学大学院教授
委員	中村　順子	日本赤十字秋田看護大学　准教授
	岡村　圭子	宮城県名取市役所　保健センター　保健師長
	佐々木　健哉	社会福祉法人名取市社会福祉協議会　庶務係長
	佐藤　美穂子	公益財団法人日本訪問看護財団　常務理事
	上野　まり	公益財団法人日本訪問看護財団　事業部長（事務局兼務）

ワーキング委員構成

	委員名	所属
委員長	中村　順子	日本赤十字秋田看護大学　准教授
委員	渋谷　得江	公益財団法人日本訪問看護財団名取事務所スーパーバイザー
	田渕　富久美	宮城県訪問看護ステーション連絡協議会県南ブロックブロック長
	上野　まり	公益財団法人日本訪問看護財団　　事業部長（事務局兼務）

事務局

委員名	所属
上野　まり	公益財団法人日本訪問看護財団　　事業部長
柴崎　祐美	公益財団法人日本訪問看護財団　　研究員
湯本　晶代	公益財団法人日本訪問看護財団　　研究補佐（事務局兼務）

２．　実施主体

公益財団法人　日本訪問看護財団

（調査研究業務委託先　　三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング）

２節　目的

財団が2011年4月末の仮設住宅完成時から継続して実施している名取市の仮設住宅住民の健康支援活動を振り返り、具体的な活動内容を調査する。また、訪問看護活動だけでなく名取市における関連機関・職種のこれまでの取り組みを調査し名取市の仮設住宅住民への健康支援活動における訪問看護の役割とその効果を明らかにする。本事業の成果として、仮設住宅の高齢者等に対する看護職による中長期支援のためのガイドラインを作成し、今後の災害発生時の仮設住宅支援に活用できる資料とする。

３節　方法

本事業における調査は、以下の２通りの調査で構成される。

１．　健康支援実態調査

名取市の仮設住宅設置から約２年（2011年5月～2012年10月末日まで）にわたり行われた仮設住宅住民への支援活動によって得られた情報を基に、高齢者等住民の心身の健康面の変化と支援との関連を調査する。

仮設住宅に住民の初回訪問時の生活・健康状態について、初回訪問時とその後を比較し、その間に訪問看護師が何を目的にどのような支援を行ったのかを明らかにする。

調査方法は、日本訪問看護財団名取事務所の訪問看護記録を基に、本事業のために作成した健康支援実態調査票（参考資料１）項目に沿って内容を転記しデータ化したものを用いて量的に分析する。分析は、外部（東京三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング）に委託した。

【調査対象】

財団の被災地支援事業の対象となった人々は、名取市全８か所の応急仮設住宅のうちの６か所に生活している住民のうち、訪問看護師が約１年半の訪問看護活動の中で把握した1,669名である。なぜならば、2011年5月～2012年10月まで財団の活動対象となった仮設住宅は、市内６か所の応急仮設住宅計約960戸となっていたからである。訪問看護活動は、2012年10月末から全仮設住宅8か所に拡大しているが、本調査対象は6か所の住民とした。

財団名取事務所には、訪問看護師自身が事実として確認している情報に、毎日の健康支援活動や他の団体等との連携の中で他者から得た情報を加えて独自に作成した住民台帳が保管されている。それに沿って2012年10月末日の時点で把握している全数の住民1,669名分が分析対象となった。活動開始から約１年半を経て、ほぼ全数に近い人々を把握できていると考えられるが、様々な事情により情報がないまま漏れている人が存在する可能性がないとはいえない（例えば、ある時仮設住宅に戻った家族員があっても、申し出ることもなく、誰もそれを把握していなければ情報は得られていないかもしれない）。したがって、本事業の量的調査については、６か所の仮設住宅住民の悉皆調査にほぼ近いとは言えるものの悉皆調査であるとは言いきれない。そのような状況下における調査であることを前提とする。

【調査方法】

財団では住民の入居当初に、自治会長名で世帯ごと健康調査票（参考資料２）を配布し、それを回収することによりまず住民の個別情報を把握した。その情報を元に各仮設ごとに住民台帳を作成した。住民台帳は、その後の訪問看護活動によって情報が適宜追加・刷新されている。台帳に沿って対象としたのは、1,669 名であった。それとは別に、訪問看護や健康相談など日々の活動で関わった人への記録も、訪問看護記録や健康相談記録として事務所に保管されている。それらの記録から、確認できる全住民の情報について、個人が特定されないように記号化して健康支援実態調査票に転記したものをデータとした。データ化する際に活用した記録類は以下の 3 種である。

① 世帯別の健康調査票
② 健康相談来所時に作成する健康相談票
③ 定期的に訪問看護を実施している訪問看護記録

これらの記録類と住民台帳を照らし合わせ、一人について可能な限り把握できている情報を一人 1 枚の健康支援実態調査票に転記した。その結果、転記用紙全数が 1,669 枚となった。

しかし、訪問看護師はこの 1,669 名全数に訪問して直接接してきたというわけではない。訪問看護活動時間は平日の 9 時から 17 時である。したがって、早朝から夜まで勤務している人や、学校等に通学している人にはほとんど会えていない。しかし会えていない人についても、今回の調査では、住民台帳を基本に健康支援実態調査票を一人 1 枚作成している。その場合には、ほとんどの記入欄が不明となっているが、家族から情報を聞き、入院中だとわかっていたり、毎日勤務しているが高血圧で内服しているなどの情報を間接的に得ており看護記録に記載されていれば、それを転記してデータとした。また、仮設住宅に住んでいる人として把握され台帳に掲載されていても、何の情報もないことがまれにあり、（例えば、共働き夫婦世帯で、誰からも情報が得られないが、仮設住宅には住んでおり、毎日仕事に行っているらしいということしかわからない場合）そのような場合には、年齢も健康状態もすべて不明という結果となっている。

【調査項目】

○基本情報：年齢、性別、家族構成、被災後の家族構成の変化（死別、別居の有無）、経済状況、持病、受診状況、服薬状況、介助の要否、コミュニケーションの状況、要介護度
○初回訪問時にアセスメントした看護上の課題
○看護支援により課題が安定する（看護の支援が必要ないと判断できる状況）までの期間
○看護師が行う支援の目的・目標と達成状況、達成時期
○看護師の支援内容
○看護師の訪問（面会）頻度
○看護師の支援期間
○看護支援の転帰
○看護師以外他者の関わり

以上の項目を網羅して選択し健康支援実態調査票に一人 1 枚ずつ転記した。

【分析方法】

分析は、以下のような量的分析を外部委託により実施した。

（１）転記用紙の項目ごとに仮設住宅住民の特徴について記述統計を行う。

（２）年齢・性別別、疾患（住民の持病）別、家族構成別に、訪問看護内容やその効果との関連を見るためにクロス集計を行う。

【倫理的配慮】

本調査のデータとして使用した事柄は、１章で述べているとおり応急仮設住宅の住民に対して財団の看護職が実施した健康支援活動を通して、看護職自身が把握して記録した内容を基に、看護職が調査研究用に作成した転記用紙に転記したものを取り扱っている。調査時点で、この活動を財団に委託している名取市の許可を得て、市の委託事業に携わっている財団の看護職のみが事務所内に限定して看護カルテを閲覧し、転記作業を行った。転記の際には、個人が特定できないようにすべて記号化して記入した。分析は外部業者に委託したが、データの受け渡しの際には、記号は個人と連結できない状態で受け渡した。

転記用紙の記載内容では、年齢は 10 歳きざみに分類し、持病の項目も患者数が多い疾患名を中心に分類した。

なお、本事業は、日本訪問看護財団　研究倫理委員会の承認を得て実施した。

２．　仮設住宅健康支援団体の活動に関するインタビュー調査

名取市では仮設住宅住民の健康面を、関連団体が連携してより効率的に支援できるよう、市保健センター主導の「名取市仮設住宅健康支援団体連絡会」が定期的に開催されている。本調査では、発災直後から 2013 年 1 月頃までの約２年間に行われた仮設住宅住民への健康支援活動に関連する連絡会メンバーである約 10 団体の担当者に対して、インタビューガイド（参考資料３）に沿ってこれまでの活動経過についてインタビューし、データは質的に分析した。

【調査対象】

「名取市仮設住宅健康支援団体連絡会」のメンバーとして毎回会議に参加している団体は約 10 団体であり、それぞれ所属団体（部署）の責任者に調査協力を依頼した結果、9 団体の協力を得ることができた。調査協力依頼文に基づき、インタビュイーとなる方については各団体が決定した。

【調査内容】

インタビュー内容は、インタビューガイド（参考資料３）に従い半構成的面接法により約 1～２時間程度実施した。

【分析方法】

（１）訪問看護師の活動を中心に、各関連団体（部署）の活動との関連を、時系列にまとめて整理する。

（２）（１）の結果から、仮設住宅住民の健康支援活動を円滑に実施するために、必要とさ

れる準備、実践、連携、課題など、今後の活動のポイントとなる事柄を抽出する。

【倫理的配慮】

インタビュー結果をまとめる際には、インタビュイーの所属は事実を表記するが、職位や氏名は記述しないこととし、担当者とのみ表記した。インタビュー中に話された個人名については、削除した。個人情報については、分析結果をまとめる際に、文脈に影響のない範囲で、年齢、性別、家族構成などの条件を改変して結果とする。また、録音された音声は、業者以外に持ち出さず研究終了後消去し、インタビュー内容は確認してから公表する。倫理的配慮については、紙面と口頭で説明して了解を得てから、インタビューに臨んだ。

３．　仮設住宅に暮らす人々への看護職の支援－ガイドライン－の作成

前述の 2 種の調査結果を踏まえて、看護師が仮設住宅に暮らす人々を訪問しながら住民の健康を支援するために必要となる指針をまとめ、整理する。

今後、東日本大震災と同様の災害発生時に、このガイドラインを参考に、より迅速により効果的に、全国の看護職が中長期的な被災地支援活動に携わることによって、復旧や復興に寄与できることを目的として、看護職に配布する。

健康支援実態調査

調査結果

目　次

１節　健康支援実態調査の結果 13
１．回収状況等 13
２．住民全体の結果 14
1）対象者の基本的な属性等 14
(1) 年齢 14
(2) 性別 14
(3) 年齢・性別 15
(4) 家族構成 16
(5) 被災後の家族構成の変化 19
(6) 収入・経済 20
2）傷病や介助の必要性等 21
(1) 持病 21
(2) 受診状況 28
(3) 服薬状況 30
(4) 介助の要否 32
(5) コミュニケーション 35
(6) 要介護度 37
3）初回訪問時にアセスメントした看護上の課題と看護支援による課題の安定状況 39
(1) 初回訪問時にアセスメントした看護上の課題 39
(2) 看護支援による課題の安定 43
(3) 課題が安定するまでの期間 44
(4) 課題が安定した時期 47
4）看護師等が行う支援の目的・目標と達成状況、達成時期 49
(1) 看護師等が行う支援の目的・目標 49
(2) 目的・目標の達成状況 52
(3) 目的・目標の達成までの期間 53
(4) 目的・目標の達成期間 55
5）看護師等による支援の実態 57
(1) 看護師等の訪問（面会）回数 57
(2) 看護師等の支援期間 59
(3) 1か月あたりの看護師等の訪問（面会）回数 61
(4) 看護師等の支援内容 62
(5) 看護支援後の転帰 66
(6) 看護師等以外の他者の関わり 68
３．継続的に看護支援が行われた人の特徴 74
1）基本属性等 74
(1) 年齢 74
(2) 性別 75

(3) 家族構成 75
2) 傷病や介助の必要性等 76
(1) 持病 76
(2) 介助の要否 77
3) 初回訪問時にアセスメントした看護上の課題と看護支援による課題の安定状況 78
(1) 初回訪問時にアセスメントした看護上の課題 78
(2) 看護支援により課題が安定した割合 79
4) 看護師等が行う支援の目的・目標と達成状況、達成時期 80
(1) 看護師等が行う支援の目的・目標 80
(2) 目的・目標の達成状況 81
5) 看護師等による支援の実態 82
(1) 看護師等の支援内容 82
(2) 看護支援後の転帰 83
(3) 看護師等以外の他者の関わり 84
4．持病別の分析 86
1) 基本属性 86
(1) 年齢 86
(2) 性別 87
2) 傷病や介助の必要性等 88
(1) 受診状況 88
(2) 服薬状況 89
(3) 介助の要否 90
(4) コミュニケーション 91
3) 初回訪問時にアセスメントした看護上の課題と看護支援による課題の安定状況 92
(1) 初回訪問時にアセスメントした看護上の課題 92
(2) 看護支援による課題の安定 94
4) 看護師等が行う支援の目的・目標と達成状況、達成時期 96
(1) 看護師等が行う支援の目的・目標 96
(2) 目的・目標の達成状況 98
5) 看護師等による支援の実態 100
(1) 看護師等の訪問（面会）回数 100
(2) 看護師等の支援期間 100
(3) 1か月あたりの看護師等の訪問（面会）回数 101
(4) 看護師等の支援内容 102
(5) 看護支援後の転帰 104
(6) 看護師等以外の他者の関わり 105
5．家族構成別分析 108
1) 基本属性別 108
(1) 年齢 108
(2) 性別 109

(3) 被災後の家族構成の変化 110
2) 初回訪問時にアセスメントした看護上の課題と看護支援による課題の安定状況. 111
(1) 初回訪問時にアセスメントした看護上の課題 111
(2) 看護支援による課題の安定 113
3) 看護師等が行う支援の目的・目標と達成状況、達成時期 115
(1) 看護師等が行う支援の目的・目標 115
(2) 目的・目標の達成状況 116
4) 看護師等による支援の実態 117
(1) 看護師等の訪問（面会）回数 117
(2) 看護師等の支援期間 117
(3) 1 か月あたりの看護師等の訪問（面会）回数 118
(4) 看護師等の支援内容 119
(5) 看護師等以外の他者の関わり 120

３章　結果

１節　健康支援実態調査の結果

１．　回収状況等

健康支援実態調査は、対象者１人につき調査票１部を記入する方法をとった。この結果、転記、回収できたのは、1,669 件だった。

これは第 1 章で説明した通り対象とした名取市内全 8 か所のうち 6 か所の応急仮設住宅に暮らす住民のデータである。

図表 1　回収結果

回収数
1,669 件

本調査結果によれば、看護師等による訪問（面会）回数は、「無回答」、「１回」、「２回以上」のパターンがあった。

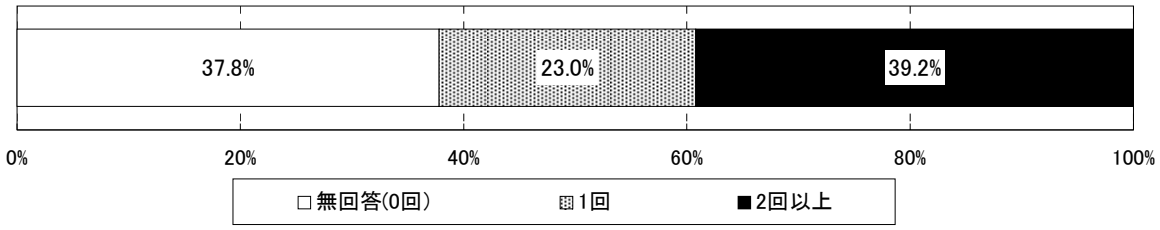
訪問（面会）回数「無回答」については、基本的には、面会していなかった対象者である（一部、単純な転記もれも含まれるとは考えられるが、他の資料等に基づき検討した結果、わずかであったと判断できた。）。この場合は、看護師等は、直接に対象者には面会していないものの、家族等を通じて得ていた情報が記録されており、健康支援実態調査票に転記した。基本的には、家族等からの聞き取りの結果、看護支援が必要とされないと判断されたため、直接の訪問が行われていない人である。

訪問（面会）回数が、「１回」の人は、看護師等が、対象者に１回面会した人である。初回のアセスメントをした結果として、継続的な看護支援が必要ないとされた人と継続的な看護支援が必要とされたものの、２回目以降、面会できなかった人が含まれる。

訪問（面会）回数が、「２回以上」は、看護師等が面会し、アセスメントした結果として、継続的な看護支援を提供した人である。

訪問回数が「無回答」は 37.8%（631 人）、「１回」23.0%（384 人）、「２回以上」が 39.2%（654 人）であり、約 4 割の人に継続して看護支援していた。

図表 2　看護師等による訪問（面会）回数　(n=1,669)



２．　住民全体の結果

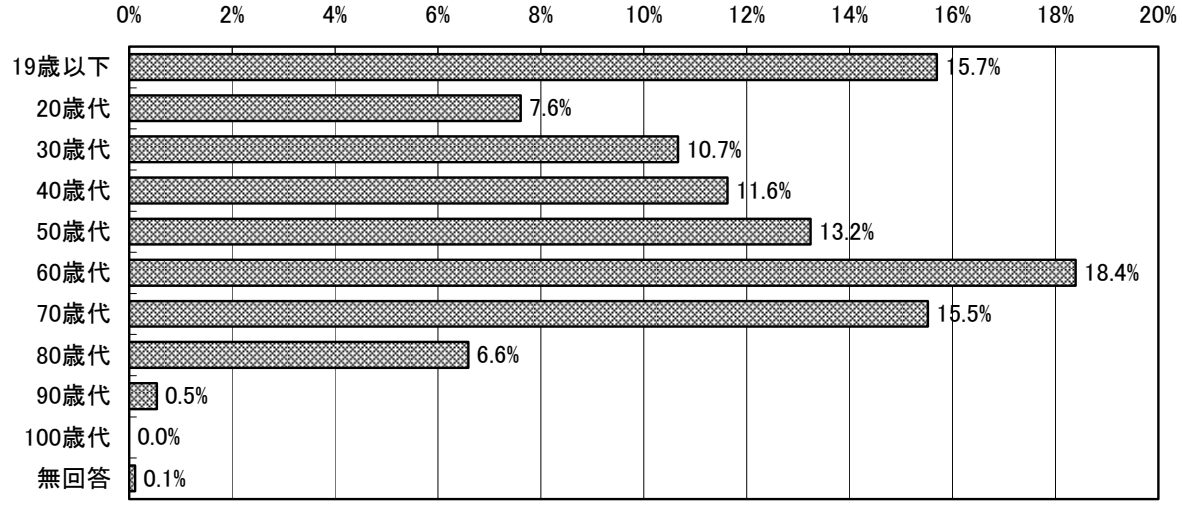
ここでは、直接面会していない住民も含め、健康支援実態調査票で把握された全数における結果を報告する。なお、実際には、面会をしていない対象者の記録からの転記も含まれており、情報が十分に把握できてない項目においては、無回答の割合が高い場合がある。

1) 対象者の基本的な属性等

(1) 年齢

年齢の分布は、60 歳代が 18.4%（307 人）、70 歳代が 15.5%（259 人）だった。また、19 歳以下が、15.7%（262 人）だった。総数 1,669 人のうち、看護師が面会できていなくても家族や周囲からの聞き取りにより、年齢、性別が不明な人はごくわずかである。

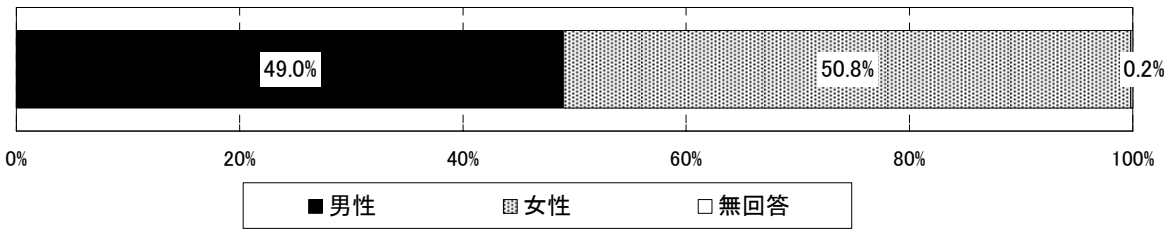
図表 3　年齢　(n=1,669)



(2) 性別

性別は、女性が 50.8%（848 人）、男性が 49.0%（818 人）だった。

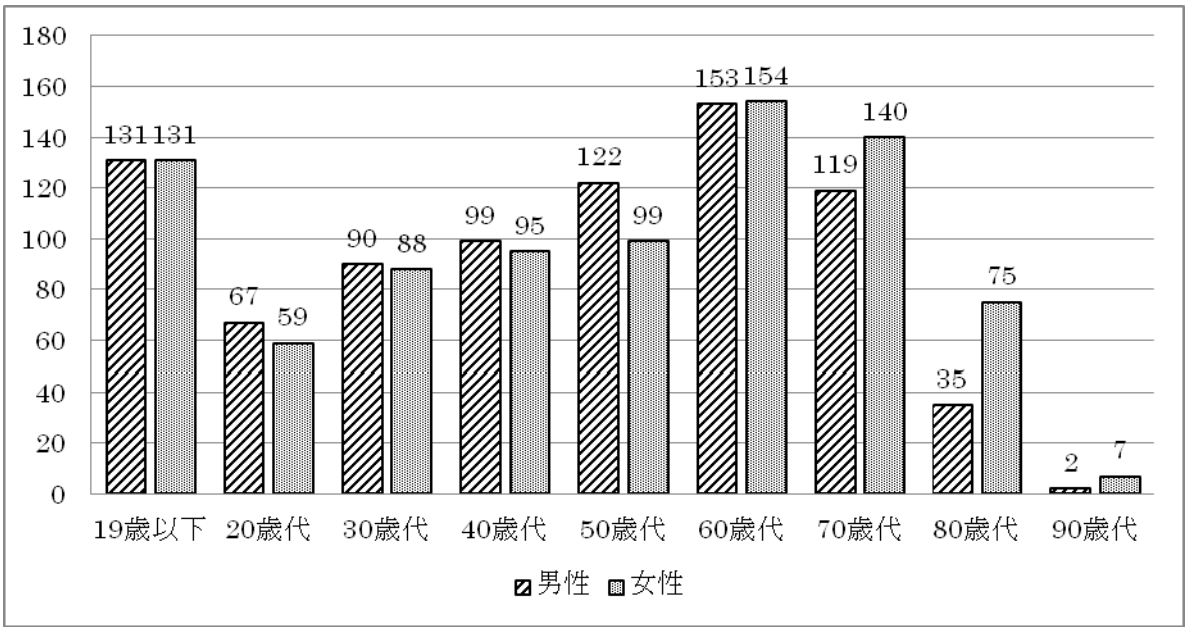
図表 4　性別　(n=1,669)



(3) 年齢・性別

年齢・性別の分布をみたところ、男女ともに、60 歳代の人がそれぞれ 9.2%で最多だった。

図表 5　年齢・性別の分布

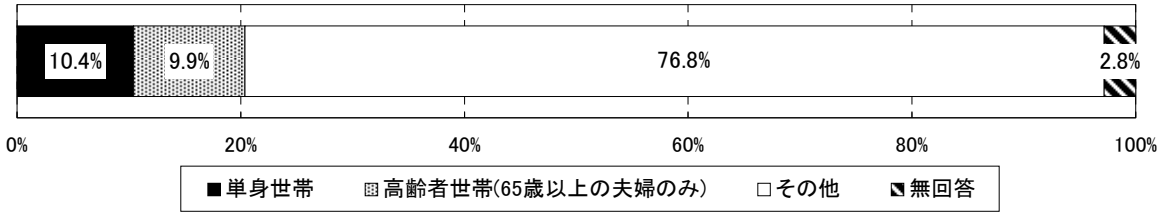


	合計	男性	女性	無回答
全体	1,669 100.0%	818 49.0%	848 50.8%	3 0.2%
19 歳以下	262 15.7%	131 7.8%	131 7.8%	0 0.0%
20 歳代	127 7.6%	67 4.0%	59 3.5%	1 0.1%
30 歳代	178 10.7%	90 5.4%	88 5.3%	0 0.0%
40 歳代	194 11.6%	99 5.9%	95 5.7%	0 0.0%
50 歳代	221 13.2%	122 7.3%	99 5.9%	0 0.0%
60 歳代	307 18.4%	153 9.2%	154 9.2%	0 0.0%
70 歳代	259 15.5%	119 7.1%	140 8.4%	0 0.0%
80 歳代	110 6.6%	35 2.1%	75 4.5%	0 0.0%
90 歳代	9 0.5%	2 0.1%	7 0.4%	0 0.0%
100 歳以上	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
無回答	2 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.1%

(4) 家族構成

家族構成は、単身世帯が 10.4%（174 人）、高齢者世帯（65 歳以上の夫婦のみ）が 9.9%（166 人）と、どちらも約 1 割程度だった。

図表 6　家族構成　(n=1,669)



年齢・性別・家族構成について、分布をみたところ、単身世帯にのみ注目すると、40 歳代、50 歳代、60 歳代では男性の単身者が多く、70 歳以上になると女性の単身者が多い。

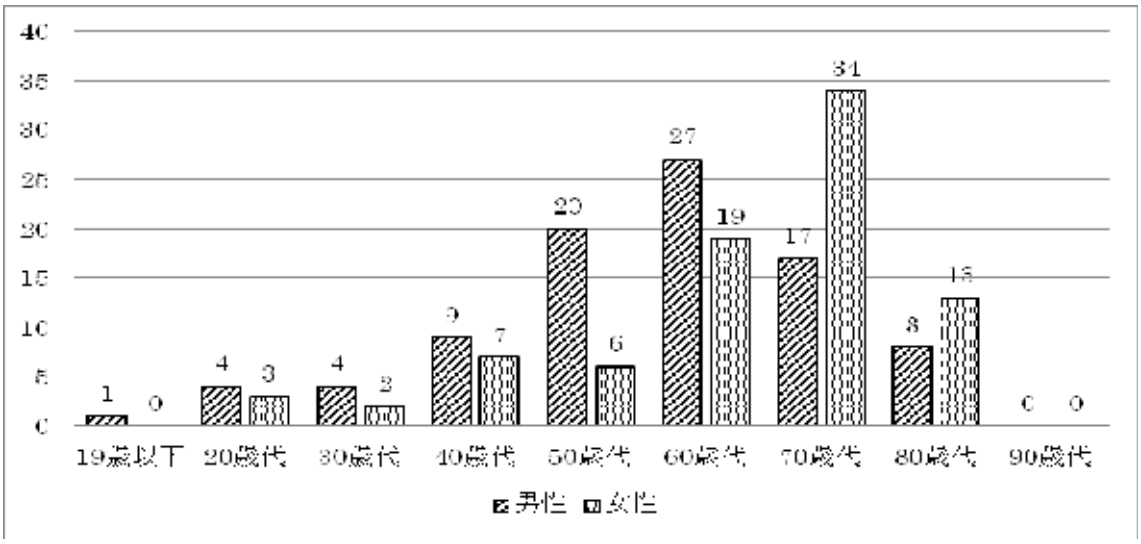
図表 7　年齢・性別・家族構成の分布

	合計	単身世帯	高齢者世帯(65歳以上の夫婦のみ)	その他	無回答
全体	1,669 100.0%	174 10.4%	166 9.9%	1,282 76.8%	47 2.8%
19 歳以下(小計)	262 15.7%	1 0.1%		255 15.3%	6 0.4%
→男性	131 7.8%	1 0.1%		125 7.5%	5 0.3%
→女性	131 7.8%	0 0.0%		130 7.8%	1 0.1%
20 歳代(小計)	127 7.6%	7 0.4%		116 7.0%	4 0.2%
→男性	67 4.0%	4 0.2%		62 3.7%	1 0.1%
→女性	59 3.5%	3 0.2%		53 3.2%	3 0.2%
30 歳代(小計)	178 10.7%	6 0.4%		164 9.8%	8 0.5%
→男性	90 5.4%	4 0.2%		82 4.9%	4 0.2%
→女性	88 5.3%	2 0.1%		82 4.9%	4 0.2%
40 歳代(小計)	194 11.6%	16 1.0%		173 10.4%	5 0.3%
→男性	99 5.9%	9 0.5%		88 5.3%	2 0.1%
→女性	95 5.7%	7 0.4%		85 5.1%	3 0.2%
50 歳代(小計)	221 13.2%	26 1.6%		187 11.2%	8 0.5%
→男性	122 7.3%	20 1.2%		100 6.0%	2 0.1%
→女性	99 5.9%	6 0.4%		87 5.2%	6 0.4%

（続き）

	合計	単身世帯	高齢者世帯(65歳以上の夫婦のみ)	その他	無回答
60 歳代(小計)	307 18.4%	46 2.8%	36 2.2%	217 13.0%	8 0.5%
→男性	153 9.2%	27 1.6%	15 0.9%	106 6.4%	5 0.3%
→女性	154 9.2%	19 1.1%	21 1.3%	111 6.7%	3 0.2%
70 歳代(小計)	259 15.5%	51 3.1%	104 6.2%	100 6.0%	4 0.2%
→男性	119 7.1%	17 1.0%	55 3.3%	43 2.6%	4 0.2%
→女性	140 8.4%	34 2.0%	49 2.9%	57 3.4%	0 0.0%
80 歳代(小計)	110 6.6%	21 1.3%	24 1.4%	63 3.8%	2 0.1%
→男性	35 2.1%	8 0.5%	13 0.8%	14 0.8%	0 0.0%
→女性	75 4.5%	13 0.8%	11 0.7%	49 2.9%	2 0.1%
90 歳以上(小計)	9 0.5%	0 0.0%	2 0.1%	7 0.4%	0 0.0%
→男性	2 0.1%	0 0.0%	1 0.1%	1 0.1%	0 0.0%
→女性	7 0.4%	0 0.0%	1 0.1%	6 0.4%	0 0.0%
無回答	2 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.1%

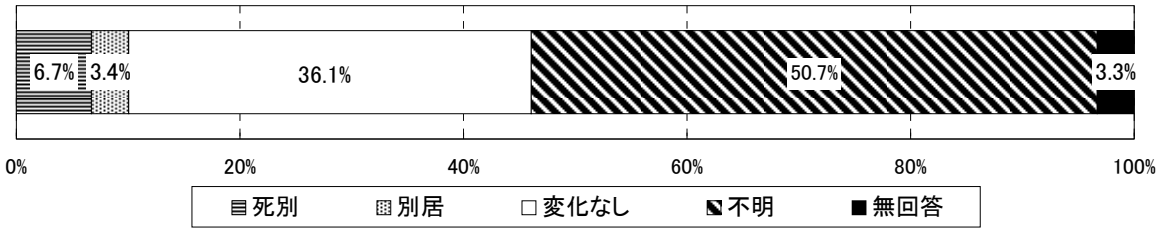
図表 8　単身世帯：年齢・性別の分布



(5) 被災後の家族構成の変化

被災後の家族構成が変化した人の原因は、「死別」が 6.7%（112 人）、「別居」が 3.4%（56 人）、「変化なし」が 36.1%（602 人）だった。不明の回答が半数を超えているが、これは、家族構成の変化の理由について、直接本人には看護師の立場からは聞き辛く震災以前からかけていた家族なのか否かが不明となっていることが多いためである。

図表 9　被災後の家族構成の変化　(n=1,669)



看護師が家族と死別したと記入している人の年齢・性別をみたところ、「70 歳代の女性」が 17.0%、「60 歳代の男性」が 12.5%と最多であるが、70 歳代の人は、259 人のうち 26 人が死別しており、年齢別の割合が最も高い。

図表 10　「死別」の場合の年齢・性別の分布

	合計	男性	女性	無回答
全体	112 100.0%	49 43.8%	62 55.4%	1 0.9%
19 歳以下	11 9.8%	7 6.3%	4 3.6%	0 0.0%
20 歳代	6 5.4%	1 0.9%	5 4.5%	0 0.0%
30 歳代	14 12.5%	9 8.0%	5 4.5%	0 0.0%
40 歳代	10 8.9%	4 3.6%	6 5.4%	0 0.0%
50 歳代	11 9.8%	5 4.5%	6 5.4%	0 0.0%
60 歳代	25 22.3%	14 12.5%	11 9.8%	0 0.0%
70 歳代	26 23.2%	7 6.3%	19 17.0%	0 0.0%
80 歳代	8 7.1%	2 1.8%	6 5.4%	0 0.0%
90 歳以上	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
無回答	1 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.9%

別居の場合の年齢・性別をみたところ、「19 歳以下の男性」「19 歳以下の女性」「70 歳代の女性」がそれぞれ 12.5%（7 人）だった。

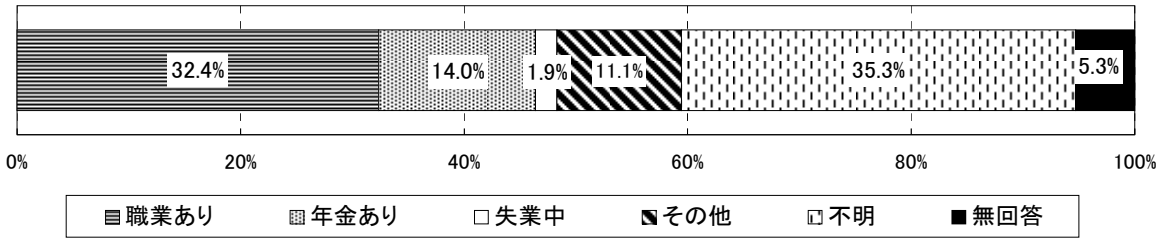
図表 11　「別居」の場合の年齢・性別の分布

別居	合計	男性	女性
全体	56 100.0%	27 48.2%	29 51.8%
19 歳以下	14 25.0%	7 12.5%	7 12.5%
20 歳代	2 3.6%	1 1.8%	1 1.8%
30 歳代	7 12.5%	3 5.4%	4 7.1%
40 歳代	9 16.1%	4 7.1%	5 8.9%
50 歳代	3 5.4%	3 5.4%	0 0.0%
60 歳代	6 10.7%	4 7.1%	2 3.6%
70 歳代	11 19.6%	4 7.1%	7 12.5%
80 歳代	4 7.1%	1 1.8%	3 5.4%
90 歳以上	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

(6) 収入・経済

収入・経済の状況としては、看護師が「失業中」と把握していたのは 1.9%（32 人）であり、「不明」が 35.3%であり、仕事または年金があり、経済的な基盤が確保されている人は 46.4%（774 人）だった。

図表 12　収入・経済　(n=1,669)



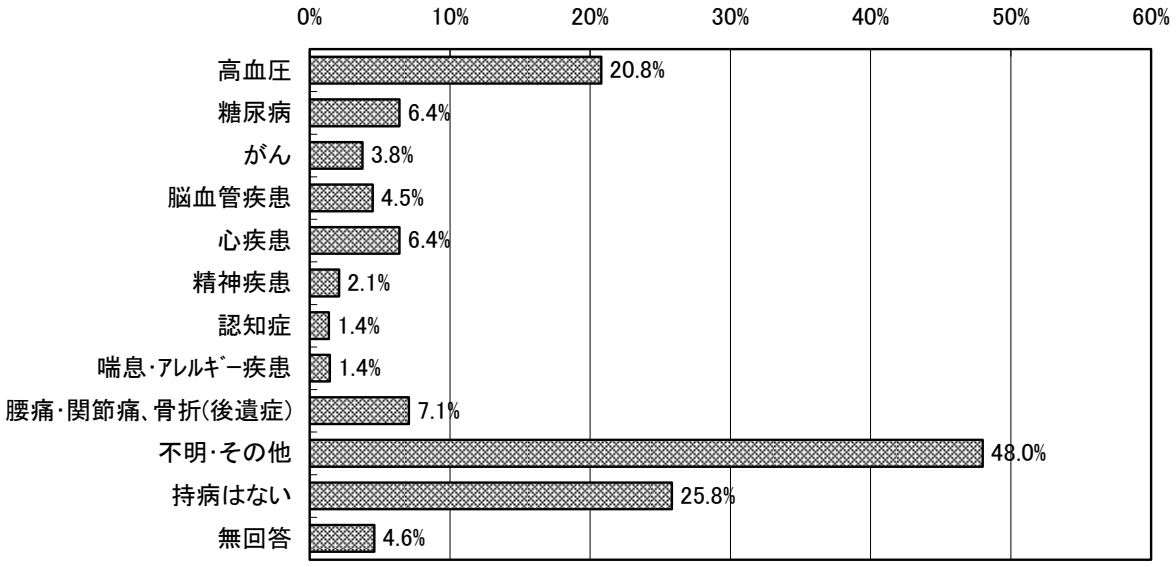
2) 傷病や介助の必要性等

(1) 持病

持病では、「高血圧」が 20.8%（347 人）と最も多く、「腰痛・関節痛、骨折（後遺症）」7.1%（118 人）、「糖尿病」6.4%（107 人）、「心疾患」6.4%（107 人）と続いた。また、「持病はない」は 25.8%（431 人）だった。

疾病別にみると、高血圧は 70 代から約半数に見られている。糖尿病やがんは 40 代から 80 代まで同じような割合で持病となっている人がいる。腰痛、関節痛、骨折などは、60 代以降に急増し、男性よりも女性の数が多い。

図表 13　持病　（複数回答）　(n=1,669)



図表 14　年齢・性別別　持病（複数回答）

	合計	高血圧	糖尿病	がん	脳血管疾患	心疾患	精神疾患
全体	1,669 100.0%	347 20.8%	107 6.4%	63 3.8%	75 4.5%	107 6.4%	35 2.1%
19 歳以下(小計)	262 100.0%	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%	0 0.0%
→男性	131 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%
→女性	131 100.0%	0 0.0%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
20 歳代(小計)	127 100.0%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 3.9%
→男性	67 100.0%	1 1.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 4.5%
→女性	59 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.4%

（続き）

	合計	高血圧	糖尿病	がん	脳血管疾患	心疾患	精神疾患
30 歳代(小計)	178 100.0%	1 0.6%	1 0.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 3.9%
→男性	90 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.1%
→女性	88 100.0%	1 1.1%	1 1.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 6.8%
40 歳代(小計)	194 100.0%	10 5.2%	8 4.1%	1 0.5%	1 0.5%	3 1.5%	7 3.6%
→男性	99 100.0%	6 6.1%	6 6.1%	0 0.0%	1 1.0%	2 2.0%	2 2.0%
→女性	95 100.0%	4 4.2%	2 2.1%	1 1.1%	0 0.0%	1 1.1%	5 5.3%
50 歳代(小計)	221 100.0%	31 14.0%	10 4.5%	9 4.1%	6 2.7%	9 4.1%	3 1.4%
→男性	122 100.0%	14 11.5%	6 4.9%	5 4.1%	5 4.1%	7 5.7%	1 0.8%
→女性	99 100.0%	17 17.2%	4 4.0%	4 4.0%	1 1.0%	2 2.0%	2 2.0%
60 歳代(小計)	307 100.0%	106 34.5%	36 11.7%	20 6.5%	20 6.5%	25 8.1%	5 1.6%
→男性	153 100.0%	45 29.4%	21 13.7%	11 7.2%	12 7.8%	16 10.5%	1 0.7%
→女性	154 100.0%	61 39.6%	15 9.7%	9 5.8%	8 5.2%	9 5.8%	4 2.6%
70 歳代(小計)	259 100.0%	129 49.8%	38 14.7%	19 7.3%	29 11.2%	46 17.8%	7 2.7%
→男性	119 100.0%	59 49.6%	21 17.6%	10 8.4%	15 12.6%	26 21.8%	2 1.7%
→女性	140 100.0%	70 50.0%	17 12.1%	9 6.4%	14 10.0%	20 14.3%	5 3.6%
80 歳代(小計)	110 100.0%	64 58.2%	13 11.8%	12 10.9%	15 13.6%	23 20.9%	1 0.9%
→男性	35 100.0%	18 51.4%	3 8.6%	6 17.1%	5 14.3%	4 11.4%	1 2.9%
→女性	75 100.0%	46 61.3%	10 13.3%	6 8.0%	10 13.3%	19 25.3%	0 0.0%
90 歳以上(小計)	9 100.0%	5 55.6%	0 0.0%	1 11.1%	3 33.3%	1 11.1%	0 0.0%
→男性	2 100.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%
→女性	7 100.0%	3 42.9%	0 0.0%	1 14.3%	2 28.6%	1 14.3%	0 0.0%

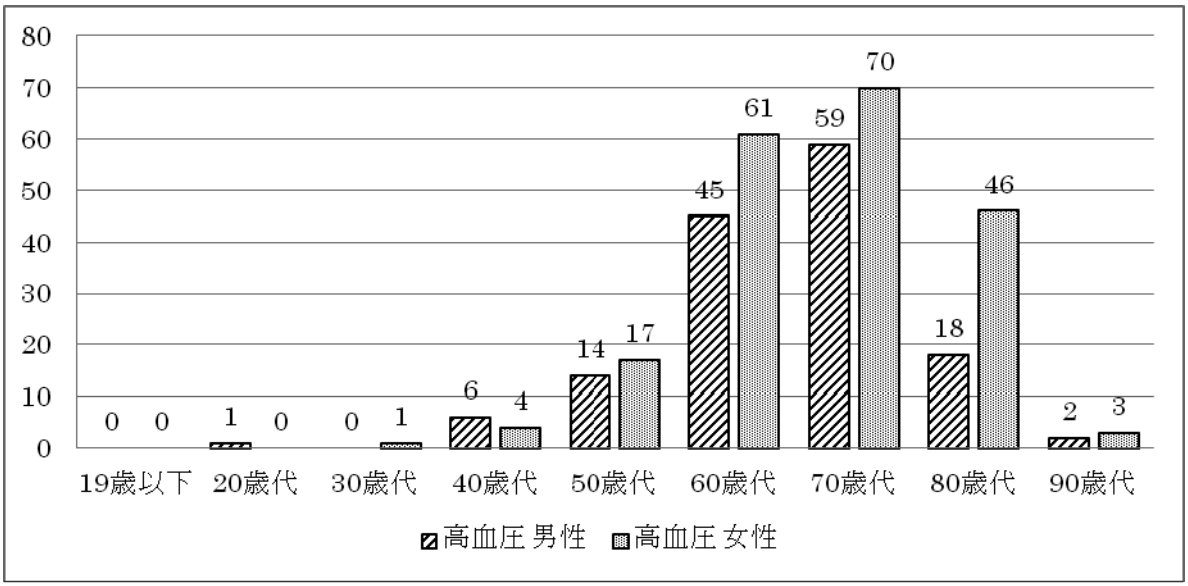
（続き）

	合計	認知症	喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	腰痛･関節痛、骨折（後遺症）	不明･その他	持病はない	無回答
全体	1,669 100.0%	23 1.4%	24 1.4%	118 7.1%	801 48.0%	431 25.8%	77 4.6%
19 歳以下（小計）	262 100.0%	0 0.0%	8 3.1%	0 0.0%	109 41.6%	120 45.8%	23 8.8%
→男性	131 100.0%	0 0.0%	6 4.6%	0 0.0%	56 42.7%	57 43.5%	11 8.4%
→女性	131 100.0%	0 0.0%	2 1.5%	0 0.0%	53 40.5%	63 48.1%	12 9.2%
20 歳代（小計）	127 100.0%	0 0.0%	1 0.8%	1 0.8%	62 48.8%	52 40.9%	7 5.5%
→男性	67 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.5%	34 50.7%	27 40.3%	3 4.5%
→女性	59 100.0%	0 0.0%	1 1.7%	0 0.0%	27 45.8%	25 42.4%	4 6.8%
30 歳代（小計）	178 100.0%	0 0.0%	1 0.6%	1 0.6%	79 44.4%	79 44.4%	11 6.2%
→男性	90 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	41 45.6%	43 47.8%	5 5.6%
→女性	88 100.0%	0 0.0%	1 1.1%	1 1.1%	38 43.2%	36 40.9%	6 6.8%
40 歳代（小計）	194 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 2.6%	100 51.5%	64 33.0%	5 2.6%
→男性	99 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 4.0%	50 50.5%	32 32.3%	1 1.0%
→女性	95 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.1%	50 52.6%	32 33.7%	4 4.2%
50 歳代（小計）	221 100.0%	0 0.0%	3 1.4%	7 3.2%	92 41.6%	65 29.4%	14 6.3%
→男性	122 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.8%	59 48.4%	32 26.2%	7 5.7%
→女性	99 100.0%	0 0.0%	3 3.0%	6 6.1%	33 33.3%	33 33.3%	7 7.1%
60 歳代（小計）	307 100.0%	1 0.3%	3 1.0%	20 6.5%	151 49.2%	37 12.1%	11 3.6%
→男性	153 100.0%	0 0.0%	3 2.0%	4 2.6%	76 49.7%	15 9.8%	7 4.6%
→女性	154 100.0%	1 0.6%	0 0.0%	16 10.4%	75 48.7%	22 14.3%	4 2.6%

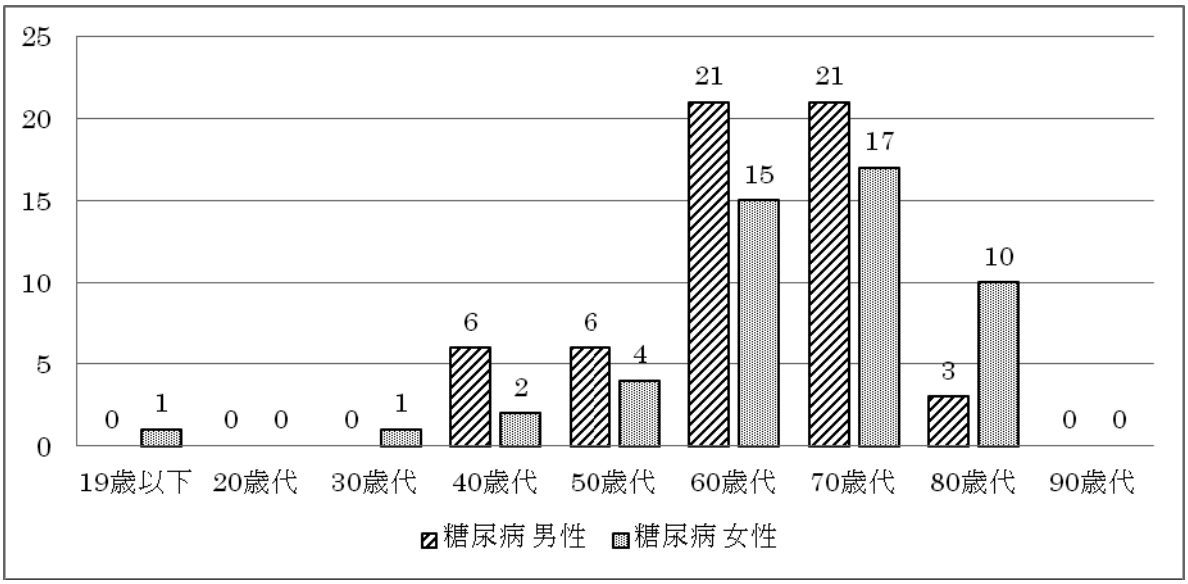
（続き）

	合計	認知症	喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	腰痛･関節痛、骨折(後遺症)	不明･その他	持病はない	無回答
70 歳代(小計)	259 100.0%	12 4.6%	6 2.3%	43 16.6%	140 54.1%	12 4.6%	3 1.2%
→男性	119 100.0%	6 5.0%	2 1.7%	9 7.6%	68 57.1%	4 3.4%	1 0.8%
→女性	140 100.0%	6 4.3%	4 2.9%	34 24.3%	72 51.4%	8 5.7%	2 1.4%
80 歳代(小計)	110 100.0%	9 8.2%	2 1.8%	38 34.5%	64 58.2%	2 1.8%	1 0.9%
→男性	35 100.0%	3 8.6%	1 2.9%	9 25.7%	22 62.9%	1 2.9%	0 0.0%
→女性	75 100.0%	6 8.0%	1 1.3%	29 38.7%	42 56.0%	1 1.3%	1 1.3%
90 歳以上(小計)	9 100.0%	1 11.1%	0 0.0%	3 33.3%	4 44.4%	0 0.0%	1 11.1%
→男性	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
→女性	7 100.0%	1 14.3%	0 0.0%	3 42.9%	2 28.6%	0 0.0%	1 14.3%

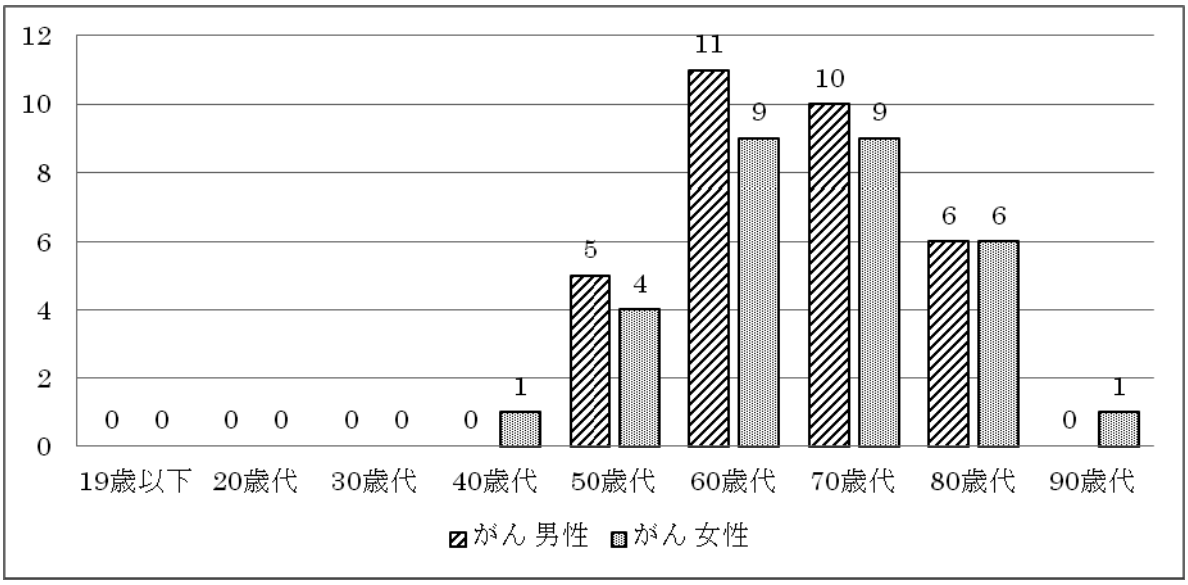
図表 15　高血圧：年齢・性別の分布



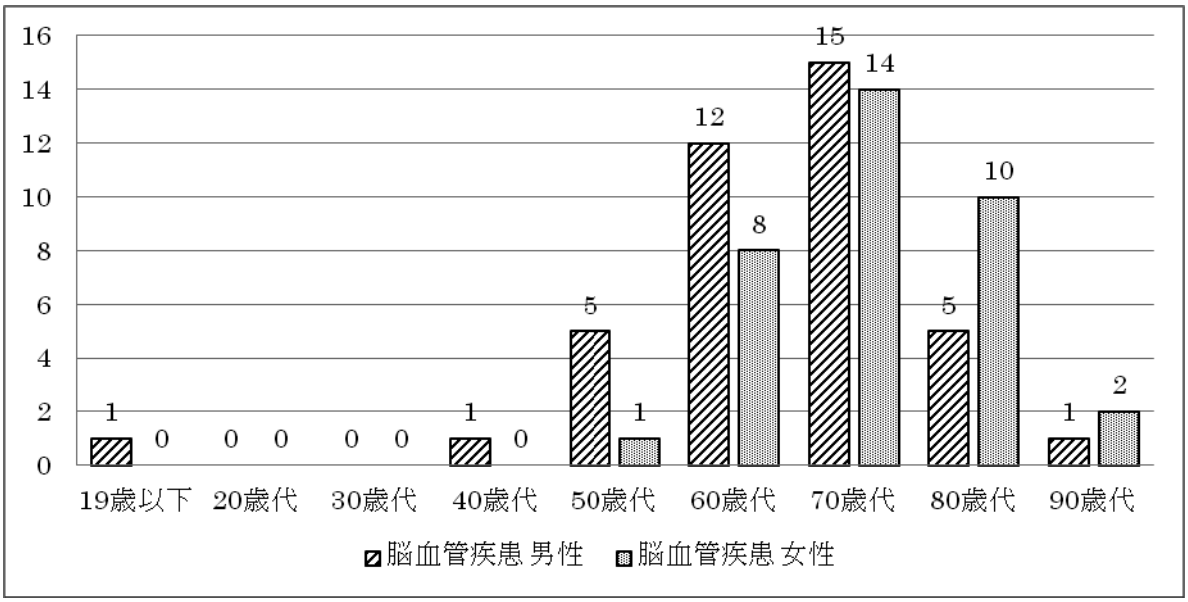
図表 16　糖尿病：年齢・性別の分布



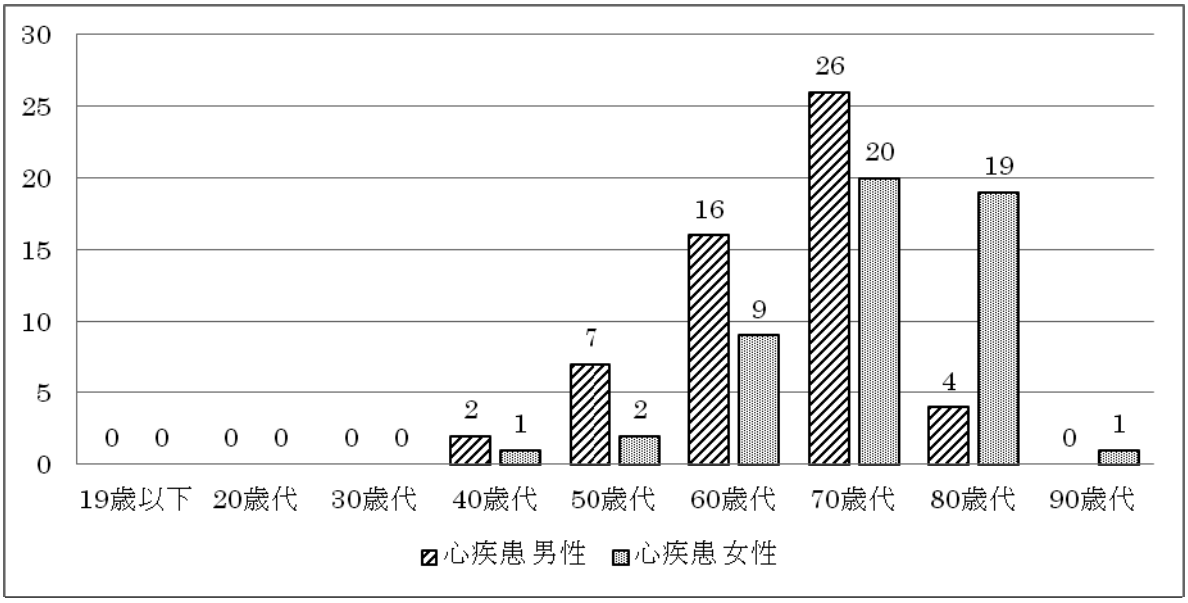
図表 17　がん：年齢・性別の分布



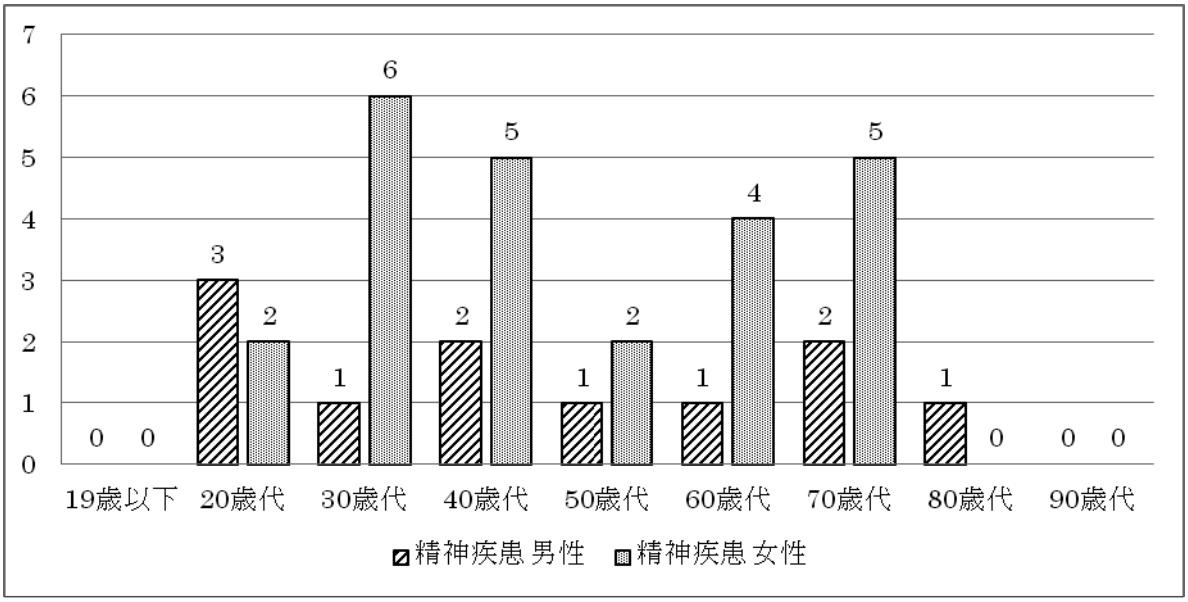
図表 18　脳血管疾患：年齢・性別の分布



図表 19　心疾患：年齢・性別の分布



図表 20　精神疾患：年齢・性別の分布

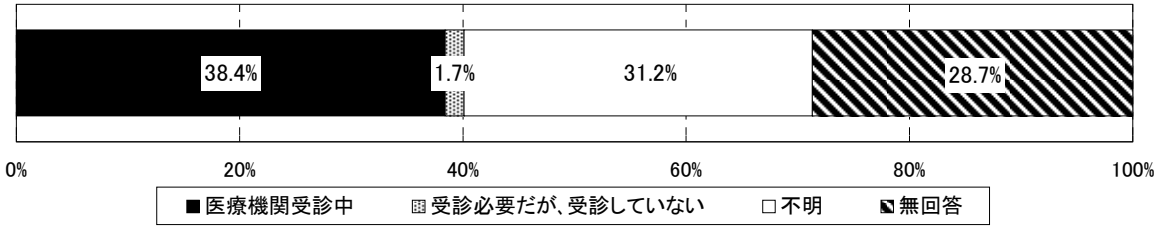


(2) 受診状況

「医療機関受診中」が 38.4%（641 人）だった。約 4 割の人が医療機関に受診している。「受診が必要だが、受診していない」が 1.7%（28 人）だった。受診していない人には、男性が多い。

年齢･性別別にみると､年齢が高くなると、「医療機関受診中」の割合が高くなった。

図表 21　受診状況　(n=1,669)



図表 22　年齢・性別別　受診状況

	合計	医療機関受診中	受診必要だが、受診していない	不明	無回答
全体	1,669 100.0%	641 38.4%	28 1.7%	521 31.2%	479 28.7%
19 歳以下(小計)	262 100.0%	8 3.1%	0 0.0%	111 42.4%	143 54.6%
→男性	131 100.0%	5 3.8%	0 0.0%	58 44.3%	68 51.9%
→女性	131 100.0%	3 2.3%	0 0.0%	53 40.5%	75 57.3%
20 歳代(小計)	127 100.0%	5 3.9%	2 1.6%	61 48.0%	59 46.5%
→男性	67 100.0%	4 6.0%	0 0.0%	34 50.7%	29 43.3%
→女性	59 100.0%	1 1.7%	2 3.4%	26 44.1%	30 50.8%
30 歳代(小計)	178 100.0%	13 7.3%	1 0.6%	82 46.1%	82 46.1%
→男性	90 100.0%	1 1.1%	1 1.1%	45 50.0%	43 47.8%
→女性	88 100.0%	12 13.6%	0 0.0%	37 42.0%	39 44.3%
40 歳代(小計)	194 100.0%	33 17.0%	4 2.1%	92 47.4%	65 33.5%
→男性	99 100.0%	20 20.2%	0 0.0%	45 45.5%	34 34.3%
→女性	95 100.0%	13 13.7%	4 4.2%	47 49.5%	31 32.6%

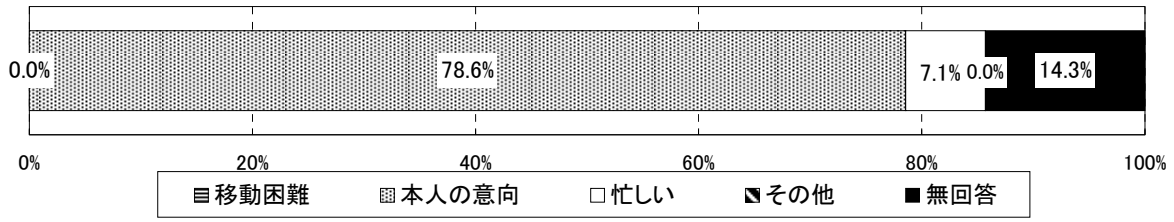
（続き）

	合計	医療機関受診中	受診必要だが、受診していない	不明	無回答
50 歳代（小計）	221 100.0%	65 29.4%	4 1.8%	81 36.7%	71 32.1%
→男性	122 100.0%	32 26.2%	4 3.3%	54 44.3%	32 26.2%
→女性	99 100.0%	33 33.3%	0 0.0%	27 27.3%	39 39.4%
60 歳代（小計）	307 100.0%	189 61.6%	9 2.9%	67 21.8%	42 13.7%
→男性	153 100.0%	85 55.6%	7 4.6%	43 28.1%	18 11.8%
→女性	154 100.0%	104 67.5%	2 1.3%	24 15.6%	24 15.6%
70 歳代（小計）	259 100.0%	215 83.0%	6 2.3%	24 9.3%	14 5.4%
→男性	119 100.0%	96 80.7%	4 3.4%	13 10.9%	6 5.0%
→女性	140 100.0%	119 85.0%	2 1.4%	11 7.9%	8 5.7%
80 歳代（小計）	110 100.0%	103 93.6%	2 1.8%	3 2.7%	2 1.8%
→男性	35 100.0%	34 97.1%	1 2.9%	0 0.0%	0 0.0%
→女性	75 100.0%	69 92.0%	1 1.3%	3 4.0%	2 2.7%
90 歳以上（小計）	9 100.0%	9 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
→男性	2 100.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
→女性	7 100.0%	7 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

① 受診していない理由

受診が必要だが、受診していない 28 人について、受診していない理由は、「本人の意向」が 78.6%（22 人）だった。

図表 23　受診していない理由　(n=28)

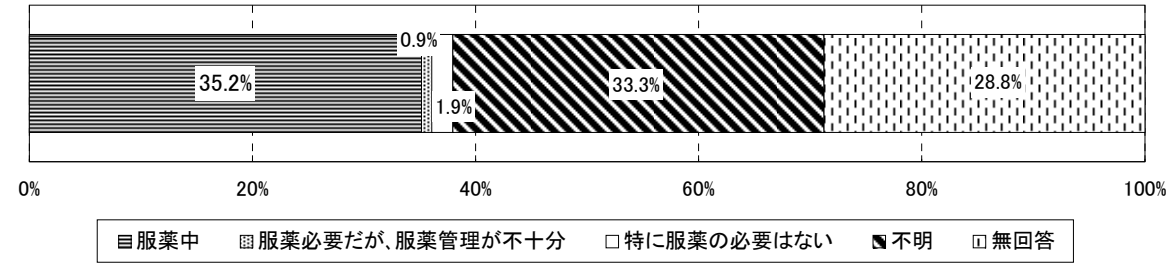


(3) 服薬状況

服薬状況については「服薬中」が 35.2%（587 人）と、最多であった。

年齢・性別別にみると、年齢が高くなるほど、「服薬中」の割合が高くなった。

図表 24　服薬状況　　(n=1,669)



図表 25　年齢・性別別　服薬状況

	合計	服薬中	服薬必要だが、服薬管理が不十分	特に服薬の必要はない	不明	無回答
全体	1,669 100.0%	587 35.2%	15 0.9%	32 1.9%	555 33.3%	480 28.8%
19 歳以下(小計)	262 100.0%	6 2.3%	0 0.0%	1 0.4%	109 41.6%	146 55.7%
→男性	131 100.0%	3 2.3%	0 0.0%	1 0.8%	57 43.5%	70 53.4%
→女性	131 100.0%	3 2.3%	0 0.0%	0 0.0%	52 39.7%	76 58.0%
20 歳代(小計)	127 100.0%	5 3.9%	1 0.8%	0 0.0%	60 47.2%	61 48.0%
→男性	67 100.0%	4 6.0%	0 0.0%	0 0.0%	33 49.3%	30 44.8%
→女性	59 100.0%	1 1.7%	1 1.7%	0 0.0%	26 44.1%	31 52.5%

（続き）

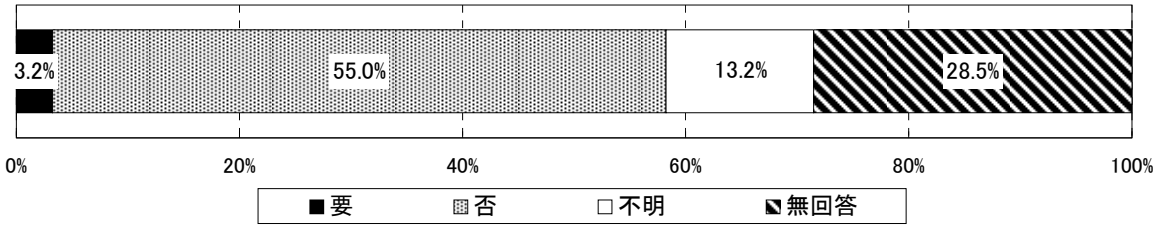
	合計	服薬中	服薬必要だが、服薬管理が不十分	特に服薬の必要はない	不明	無回答
30 歳代（小計）	178 100.0%	9 5.1%	0 0.0%	2 1.1%	88 49.4%	79 44.4%
→男性	90 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	48 53.3%	42 46.7%
→女性	88 100.0%	9 10.2%	0 0.0%	2 2.3%	40 45.5%	37 42.0%
40 歳代（小計）	194 100.0%	28 14.4%	0 0.0%	3 1.5%	100 51.5%	63 32.5%
→男性	99 100.0%	17 17.2%	0 0.0%	0 0.0%	49 49.5%	33 33.3%
→女性	95 100.0%	11 11.6%	0 0.0%	3 3.2%	51 53.7%	30 31.6%
50 歳代（小計）	221 100.0%	58 26.2%	1 0.5%	6 2.7%	86 38.9%	70 31.7%
→男性	122 100.0%	29 23.8%	1 0.8%	0 0.0%	58 47.5%	34 27.9%
→女性	99 100.0%	29 29.3%	0 0.0%	6 6.1%	28 28.3%	36 36.4%
60 歳代（小計）	307 100.0%	171 55.7%	4 1.3%	13 4.2%	75 24.4%	44 14.3%
→男性	153 100.0%	79 51.6%	0 0.0%	7 4.6%	49 32.0%	18 11.8%
→女性	154 100.0%	92 59.7%	4 2.6%	6 3.9%	26 16.9%	26 16.9%
70 歳代（小計）	259 100.0%	207 79.9%	7 2.7%	3 1.2%	28 10.8%	14 5.4%
→男性	119 100.0%	93 78.2%	3 2.5%	1 0.8%	15 12.6%	7 5.9%
→女性	140 100.0%	114 81.4%	4 2.9%	2 1.4%	13 9.3%	7 5.0%
80 歳代（小計）	110 100.0%	94 85.5%	2 1.8%	4 3.6%	8 7.3%	2 1.8%
→男性	35 100.0%	29 82.9%	2 5.7%	2 5.7%	2 5.7%	0 0.0%
→女性	75 100.0%	65 86.7%	0 0.0%	2 2.7%	6 8.0%	2 2.7%
90 歳以上（小計）	9 100.0%	8 88.9%	0 0.0%	0 0.0%	1 11.1%	0 0.0%
→男性	2 100.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
→女性	7 100.0%	6 85.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 14.3%	0 0.0%

(4) 介助の要否

介助の要否について、「要」は 3.2%（54 人）だった。

年齢・性別別にみると、年齢が高くなるほど、「要」の割合が高くなり、「80 歳代」では 21.8%だった。

図表 26　介助の要否　(n=1,669)



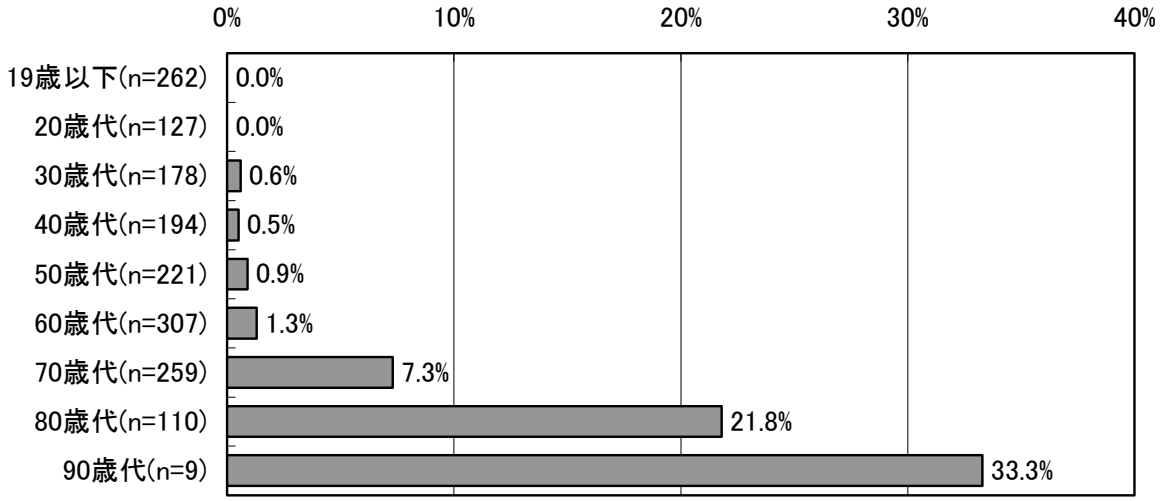
図表 27　年齢・性別別　介助の要否

	合計	要	否	不明	無回答
全体	1,669 100.0%	54 3.2%	918 55.0%	221 13.2%	476 28.5%
19 歳以下(小計)	262 100.0%	0 0.0%	68 26.0%	54 20.6%	140 53.4%
→男性	131 100.0%	0 0.0%	32 24.4%	33 25.2%	66 50.4%
→女性	131 100.0%	0 0.0%	36 27.5%	21 16.0%	74 56.5%
20 歳代(小計)	127 100.0%	0 0.0%	45 35.4%	23 18.1%	59 46.5%
→男性	67 100.0%	0 0.0%	26 38.8%	13 19.4%	28 41.8%
→女性	59 100.0%	0 0.0%	18 30.5%	10 16.9%	31 52.5%
30 歳代(小計)	178 100.0%	1 0.6%	65 36.5%	31 17.4%	81 45.5%
→男性	90 100.0%	1 1.1%	34 37.8%	16 17.8%	39 43.3%
→女性	88 100.0%	0 0.0%	31 35.2%	15 17.0%	42 47.7%

（続き）

	合計	要	否	不明	無回答
40 歳代(小計)	194 100.0%	1 0.5%	88 45.4%	41 21.1%	64 33.0%
→男性	99 100.0%	1 1.0%	46 46.5%	21 21.2%	31 31.3%
→女性	95 100.0%	0 0.0%	42 44.2%	20 21.1%	33 34.7%
50 歳代(小計)	221 100.0%	2 0.9%	119 53.8%	32 14.5%	68 30.8%
→男性	122 100.0%	2 1.6%	61 50.0%	26 21.3%	33 27.0%
→女性	99 100.0%	0 0.0%	58 58.6%	6 6.1%	35 35.4%
60 歳代(小計)	307 100.0%	4 1.3%	237 77.2%	26 8.5%	40 13.0%
→男性	153 100.0%	2 1.3%	113 73.9%	18 11.8%	20 13.1%
→女性	154 100.0%	2 1.3%	124 80.5%	8 5.2%	20 13.0%
70 歳代(小計)	259 100.0%	19 7.3%	218 84.2%	10 3.9%	12 4.6%
→男性	119 100.0%	10 8.4%	97 81.5%	6 5.0%	6 5.0%
→女性	140 100.0%	9 6.4%	121 86.4%	4 2.9%	6 4.3%
80 歳代(小計)	110 100.0%	24 21.8%	72 65.5%	4 3.6%	10 9.1%
→男性	35 100.0%	7 20.0%	22 62.9%	2 5.7%	4 11.4%
→女性	75 100.0%	17 22.7%	50 66.7%	2 2.7%	6 8.0%
90 歳以上(小計)	9 100.0%	3 33.3%	5 55.6%	0 0.0%	1 11.1%
→男性	2 100.0%	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%
→女性	7 100.0%	2 28.6%	4 57.1%	0 0.0%	1 14.3%

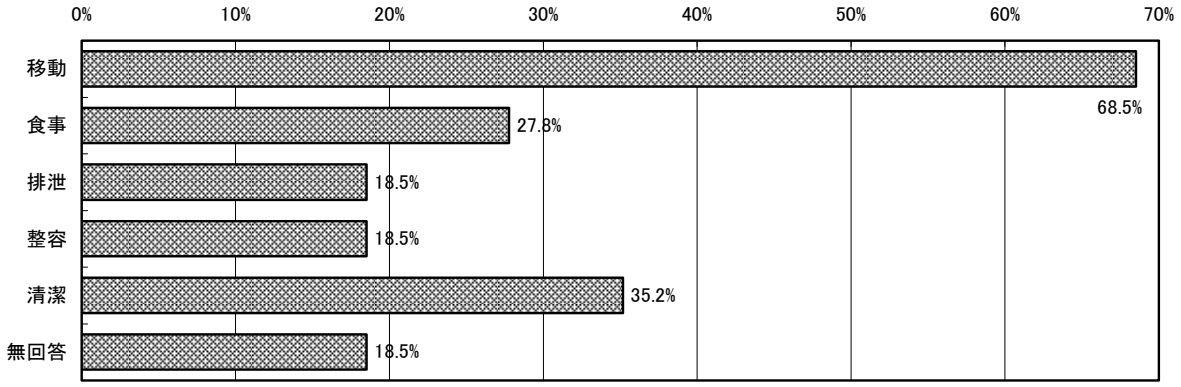
図表 28　年齢別　介助要の割合



① 介助の内容

介助が必要な 54 人について、必要な介助の内容は、「移動」が 68.5%（37 人）、「清潔」が 35.2%（19 人）、「食事」が 27.8%（15 人）だった。

図表 29　必要な介助の内容　（複数回答）　(n=54)

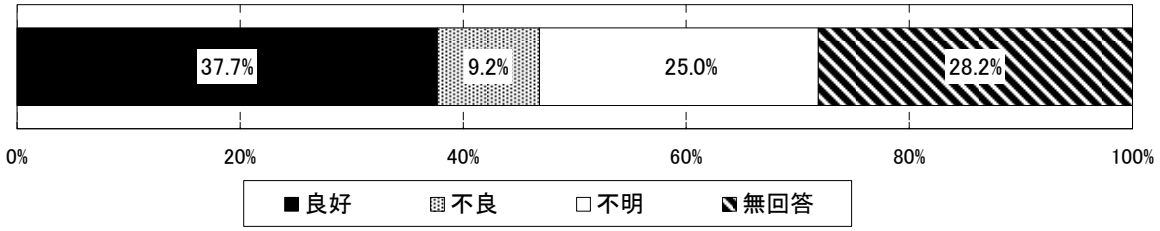


(5) コミュニケーション

コミュニケーションについては、「良好」が 37.7%（629 人）で「不良」が 9.2%（153 人）だった。

年齢・性別別にみると、「30 歳代女性」で「不良」が 14.8%、「50 歳代男性」が 13.1%だった。

図表 30　コミュニケーション　(n=1,669)



図表 31　年齢・性別別　コミュニケーション

	合計	良好	不良	不明	無回答
全体	1,669 100.0%	629 37.7%	153 9.2%	417 25.0%	470 28.2%
19 歳以下(小計)	262 100.0%	7 2.7%	26 9.9%	91 34.7%	138 52.7%
→男性	131 100.0%	3 2.3%	11 8.4%	49 37.4%	68 51.9%
→女性	131 100.0%	4 3.1%	15 11.5%	42 32.1%	70 53.4%
20 歳代(小計)	127 100.0%	15 11.8%	5 3.9%	47 37.0%	60 47.2%
→男性	67 100.0%	8 11.9%	5 7.5%	25 37.3%	29 43.3%
→女性	59 100.0%	7 11.9%	0 0.0%	21 35.6%	31 52.5%
30 歳代(小計)	178 100.0%	19 10.7%	22 12.4%	61 34.3%	76 42.7%
→男性	90 100.0%	7 7.8%	9 10.0%	34 37.8%	40 44.4%
→女性	88 100.0%	12 13.6%	13 14.8%	27 30.7%	36 40.9%
40 歳代(小計)	194 100.0%	35 18.0%	21 10.8%	71 36.6%	67 34.5%
→男性	99 100.0%	16 16.2%	11 11.1%	39 39.4%	33 33.3%
→女性	95 100.0%	19 20.0%	10 10.5%	32 33.7%	34 35.8%
50 歳代(小計)	221 100.0%	64 29.0%	23 10.4%	62 28.1%	72 32.6%
→男性	122 100.0%	31 25.4%	16 13.1%	40 32.8%	35 28.7%
→女性	99 100.0%	33 33.3%	7 7.1%	22 22.2%	37 37.4%
60 歳代(小計)	307 100.0%	175 57.0%	32 10.4%	61 19.9%	39 12.7%
→男性	153 100.0%	73 47.7%	15 9.8%	45 29.4%	20 13.1%
→女性	154 100.0%	102 66.2%	17 11.0%	16 10.4%	19 12.3%

（続き）

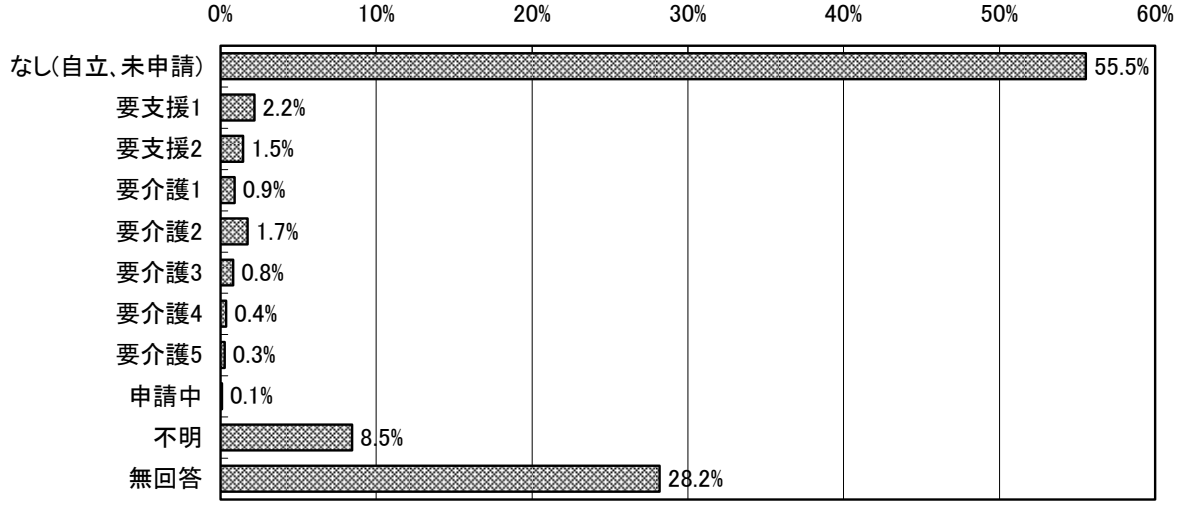
	合計	良好	不良	不明	無回答
70 歳代(小計)	259 100.0%	213 82.2%	16 6.2%	19 7.3%	11 4.2%
→男性	119 100.0%	89 74.8%	9 7.6%	15 12.6%	6 5.0%
→女性	140 100.0%	124 88.6%	7 5.0%	4 2.9%	5 3.6%
80 歳代(小計)	110 100.0%	91 82.7%	8 7.3%	5 4.5%	6 5.5%
→男性	35 100.0%	29 82.9%	1 2.9%	2 5.7%	3 8.6%
→女性	75 100.0%	62 82.7%	7 9.3%	3 4.0%	3 4.0%
90 歳以上(小計)	9 100.0%	9 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
→男性	2 100.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
→女性	7 100.0%	7 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

(6) 要介護度

40 歳以上の調査対象者 1,100 人のうち、「要支援 1 」が 2.24%（24 人)、「要介護 2」が 1.7%（19 人）だった。

要支援 1 ～要介護 5 および申請中を合わせると 86 人で、40 歳以上の対象者 1,100 人のうち 7.8%だった。

図表 32　要介護度　(n=1,100)



図表 33　要介護度別人数　（単位：人）

	合計	なし（自立、未申請）	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中	不明	無回答
40 歳以上全体	1,100 100.0%	611 55.5%	24 2.2%	16 1.5%	10 0.9%	19 1.7%	9 0.8%	4 0.4%	3 0.3%	1 0.1%	93 8.5%	310 28.2%
40 歳代（小計）	194 100.0%	73 37.6%	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	26 13.4%	94 48.5%
→男性	99 100.0%	36 36.4%	1 1.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	14 14.1%	48 48.5%
→女性	95 100.0%	37 38.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	12 12.6%	46 48.4%
50 歳代（小計）	221 100.0%	104 47.1%	0 0.0%	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	27 12.2%	88 39.8%
→男性	122 100.0%	57 46.7%	0 0.0%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	21 17.2%	43 35.2%
→女性	99 100.0%	47 47.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 6.1%	45 45.5%
60 歳代（小計）	307 100.0%	197 64.2%	4 1.3%	1 0.3%	2 0.7%	3 1.0%	1 0.3%	1 0.3%	0 0.0%	0 0.0%	24 7.8%	74 24.1%
→男性	153 100.0%	93 60.8%	2 1.3%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.3%	0 0.0%	1 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	17 11.1%	38 24.8%
→女性	154 100.0%	104 67.5%	2 1.3%	1 0.6%	2 1.3%	1 0.6%	1 0.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 4.5%	36 23.4%
70 歳代（小計）	259 100.0%	179 69.1%	8 3.1%	4 1.5%	4 1.5%	9 3.5%	2 0.8%	0 0.0%	2 0.8%	0 0.0%	10 3.9%	41 15.8%
→男性	119 100.0%	77 64.7%	2 1.7%	1 0.8%	3 2.5%	4 3.4%	2 1.7%	0 0.0%	2 1.7%	0 0.0%	6 5.0%	22 18.5%
→女性	140 100.0%	102 72.9%	6 4.3%	3 2.1%	1 0.7%	5 3.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 2.9%	19 13.6%
80 歳代（小計）	110 100.0%	58 52.7%	6 5.5%	10 9.1%	3 2.7%	4 3.6%	5 4.5%	3 2.7%	1 0.9%	1 0.9%	6 5.5%	13 11.8%
→男性	35 100.0%	20 57.1%	3 8.6%	2 5.7%	0 0.0%	1 2.9%	1 2.9%	1 2.9%	0 0.0%	1 2.9%	4 11.4%	2 5.7%
→女性	75 100.0%	38 50.7%	3 4.0%	8 10.7%	3 4.0%	3 4.0%	4 5.3%	2 2.7%	1 1.3%	0 0.0%	2 2.7%	11 14.7%
90 歳以上（小計）	9 100.0%	0 0.0%	5 55.6%	0 0.0%	1 11.1%	2 22.2%	1 11.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
→男性	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
→女性	7 100.0%	0 0.0%	5 71.4%	0 0.0%	0 0.0%	1 14.3%	1 14.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

3) 初回訪問時にアセスメントした看護上の課題と看護支援による課題の安定状況

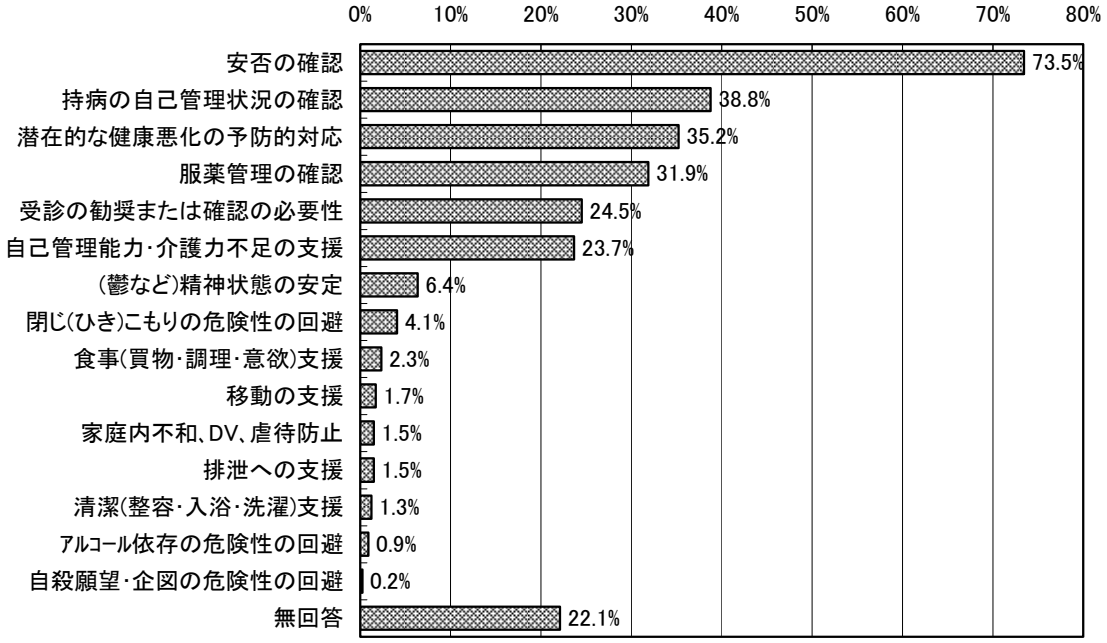
(1) 初回訪問時にアセスメントした看護上の課題

初回訪問時にアセスメントした看護上の課題は、「安否の確認」が 73.5%（1,226 人）と最も高い。続いて、「持病の自己管理状況の確認」、「潜在的な健康悪化の予防的対応」、「服薬管理の確認」の３項目がそれぞれ 38.8%（647 人）、35.2%（588 人）、31.9%（532 人）で、３割を超えた。図表 24 では、服薬中の人が 35.2%、図表 21 では、受診中が 38．4%であったが、そのうちの 31.9%の人々へ、訪問看護師は「服薬の管理」という役割を発揮していた。

また、「受診の勧奨または確認の必要性」、「自己管理能力・介護力不足の支援」の２項目が 24.5%（409 人）、23.7%（395 人）と２割を超えた。

年齢・性別別にみると、多くの項目で、年齢が高くなると割合が高くなる傾向がみられた。「持病の自己状況の確認」「潜在的な健康悪化の予防的対応」に至っては、80 歳代から 90 歳代では、9 割を超えている。「受診の勧奨または確認の必要性」は、70 歳代が最もピークになっている。「鬱など精神状態の安定」は、男性より女性の方が多かった。「閉じこもり、引きこもりの危機性の回避」は、80 歳代に多く、ＡＤＬの低下が懸念される年代である。

図表 34　初回訪問時にｱｾｽﾒﾝﾄした看護上の課題（複数回答）　(n=1,669)



図表 35　年齢・性別別　初回訪問時にｱｾｽﾒﾝﾄした看護上の課題（複数回答）

	合計	安否の確認	持病の自己管理状況の確認	潜在的な健康悪化の予防的対応	服薬管理の確認	受診の勧奨または確認の必要性	自己管理能力･介護力不足の支援	(鬱など)精神状態の安定	閉じ(ひき)こもりの危険性の回避
全体	1,669 100.0%	1,226 73.5%	647 38.8%	588 35.2%	532 31.9%	409 24.5%	395 23.7%	106 6.4%	68 4.1%
19 歳以下(小計)	262 100.0%	159 60.7%	9 3.4%	5 1.9%	3 1.1%	3 1.1%	4 1.5%	4 1.5%	2 0.8%
→男性	131 100.0%	82 62.6%	6 4.6%	4 3.1%	2 1.5%	3 2.3%	4 3.1%	3 2.3%	2 1.5%
→女性	131 100.0%	77 58.8%	3 2.3%	1 0.8%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.8%	0 0.0%
20 歳代(小計)	127 100.0%	77 60.6%	3 2.4%	2 1.6%	3 2.4%	3 2.4%	6 4.7%	2 1.6%	2 1.6%
→男性	67 100.0%	43 64.2%	2 3.0%	2 3.0%	2 3.0%	2 3.0%	4 6.0%	1 1.5%	1 1.5%
→女性	59 100.0%	33 55.9%	1 1.7%	0 0.0%	1 1.7%	1 1.7%	2 3.4%	1 1.7%	1 1.7%
30 歳代(小計)	178 100.0%	121 68.0%	17 9.6%	11 6.2%	10 5.6%	8 4.5%	17 9.6%	5 2.8%	1 0.6%
→男性	90 100.0%	58 64.4%	5 5.6%	2 2.2%	1 1.1%	1 1.1%	10 11.1%	2 2.2%	1 1.1%
→女性	88 100.0%	63 71.6%	12 13.6%	9 10.2%	9 10.2%	7 8.0%	7 8.0%	3 3.4%	0 0.0%
40 歳代(小計)	194 100.0%	146 75.3%	38 19.6%	35 18.0%	28 14.4%	24 12.4%	25 12.9%	10 5.2%	3 1.5%
→男性	99 100.0%	75 75.8%	21 21.2%	18 18.2%	15 15.2%	13 13.1%	15 15.2%	2 2.0%	1 1.0%
→女性	95 100.0%	71 74.7%	17 17.9%	17 17.9%	13 13.7%	11 11.6%	10 10.5%	8 8.4%	2 2.1%
50 歳代(小計)	221 100.0%	153 69.2%	64 29.0%	53 24.0%	46 20.8%	38 17.2%	46 20.8%	10 4.5%	6 2.7%
→男性	122 100.0%	85 69.7%	32 26.2%	25 20.5%	21 17.2%	18 14.8%	26 21.3%	2 1.6%	4 3.3%
→女性	99 100.0%	68 68.7%	32 32.3%	28 28.3%	25 25.3%	20 20.2%	20 20.2%	8 8.1%	2 2.0%
60 歳代(小計)	307 100.0%	247 80.5%	186 60.6%	166 54.1%	153 49.8%	118 38.4%	101 32.9%	31 10.1%	22 7.2%
→男性	153 100.0%	124 81.0%	82 53.6%	73 47.7%	69 45.1%	51 33.3%	46 30.1%	7 4.6%	9 5.9%
→女性	154 100.0%	123 79.9%	104 67.5%	93 60.4%	84 54.5%	67 43.5%	55 35.7%	24 15.6%	13 8.4%

（続き）

	合計	安否の確認	持病の自己管理状況の確認	潜在的な健康悪化の予防的対応	服薬管理の確認	受診の勧奨または確認の必要性	自己管理能力･介護力不足の支援	(鬱など)精神状態の安定	閉じ(ひき)こもりの危険性の回避
70 歳代(小計)	259 100.0%	217 83.8%	220 84.9%	206 79.5%	195 75.3%	159 61.4%	126 48.6%	31 12.0%	17 6.6%
→男性	119 100.0%	101 84.9%	99 83.2%	94 79.0%	88 73.9%	76 63.9%	55 46.2%	10 8.4%	9 7.6%
→女性	140 100.0%	116 82.9%	121 86.4%	112 80.0%	107 76.4%	83 59.3%	71 50.7%	21 15.0%	8 5.7%
80 歳代(小計)	110 100.0%	97 88.2%	100 90.9%	100 90.9%	84 76.4%	53 48.2%	64 58.2%	12 10.9%	14 12.7%
→男性	35 100.0%	34 97.1%	34 97.1%	33 94.3%	28 80.0%	16 45.7%	24 68.6%	3 8.6%	5 14.3%
→女性	75 100.0%	63 84.0%	66 88.0%	67 89.3%	56 74.7%	37 49.3%	40 53.3%	9 12.0%	9 12.0%
90 歳以上(小計)	9 100.0%	8 88.9%	9 100.0%	9 100.0%	9 100.0%	2 22.2%	5 55.6%	1 11.1%	1 11.1%
→男性	2 100.0%	2 100.0%	2 100.0%	2 100.0%	2 100.0%	1 50.0%	2 100.0%	1 50.0%	1 50.0%
→女性	7 100.0%	6 85.7%	7 100.0%	7 100.0%	7 100.0%	1 14.3%	3 42.9%	0 0.0%	0 0.0%

	合計	ｱﾙｺｰﾙ依存の危険性の回避	自殺願望･企図の危険性の回避	家庭内不和、DV､虐待防止	食事(買物･調理･意欲)支援	清潔(整容･入浴･洗濯)支援	排泄への支援	移動の支援	無回答
全体	1,669 100.0%	15 0.9%	4 0.2%	25 1.5%	39 2.3%	21 1.3%	25 1.5%	29 1.7%	369 22.1%
19 歳以下(小計)	262 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%	102 38.9%
→男性	131 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.8%	0 0.0%	49 37.4%
→女性	131 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	53 40.5%
20 歳代(小計)	127 100.0%	0 0.0%	1 0.8%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	49 38.6%
→男性	67 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	24 35.8%
→女性	59 100.0%	0 0.0%	1 1.7%	1 1.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	25 42.4%

（続き）

	合計	ｱﾙｺｰﾙ依存の危険性の回避	自殺願望･企図の危険性の回避	家庭内不和、DV､虐待防止	食事（買物･調理･意欲）支援	清潔（整容･入浴･洗濯）支援	排泄への支援	移動の支援	無回答
30 歳代（小計）	178 100.0%	0 0.0%	1 0.6%	1 0.6%	1 0.6%	1 0.6%	0 0.0%	1 0.6%	57 32.0%
→男性	90 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.1%	1 1.1%	0 0.0%	1 1.1%	32 35.6%
→女性	88 100.0%	0 0.0%	1 1.1%	1 1.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	25 28.4%
40 歳代（小計）	194 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	3 1.5%	0 0.0%	1 0.5%	0 0.0%	42 21.6%
→男性	99 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 2.0%	0 0.0%	1 1.0%	0 0.0%	22 22.2%
→女性	95 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.1%	1 1.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	20 21.1%
50 歳代（小計）	221 100.0%	2 0.9%	1 0.5%	3 1.4%	6 2.7%	3 1.4%	2 0.9%	2 0.9%	66 29.9%
→男性	122 100.0%	2 1.6%	0 0.0%	1 0.8%	6 4.9%	3 2.5%	2 1.6%	2 1.6%	36 29.5%
→女性	99 100.0%	0 0.0%	1 1.0%	2 2.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	30 30.3%
60 歳代（小計）	307 100.0%	4 1.3%	1 0.3%	8 2.6%	5 1.6%	1 0.3%	3 1.0%	2 0.7%	35 11.4%
→男性	153 100.0%	3 2.0%	1 0.7%	3 2.0%	4 2.6%	1 0.7%	1 0.7%	1 0.7%	18 11.8%
→女性	154 100.0%	1 0.6%	0 0.0%	5 3.2%	1 0.6%	0 0.0%	2 1.3%	1 0.6%	17 11.0%
70 歳代（小計）	259 100.0%	5 1.9%	0 0.0%	8 3.1%	11 4.2%	5 1.9%	10 3.9%	12 4.6%	14 5.4%
→男性	119 100.0%	5 4.2%	0 0.0%	5 4.2%	4 3.4%	1 0.8%	7 5.9%	3 2.5%	9 7.6%
→女性	140 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 2.1%	7 5.0%	4 2.9%	3 2.1%	9 6.4%	5 3.6%
80 歳代（小計）	110 100.0%	4 3.6%	0 0.0%	2 1.8%	13 11.8%	10 9.1%	6 5.5%	10 9.1%	3 2.7%
→男性	35 100.0%	3 8.6%	0 0.0%	0 0.0%	5 14.3%	3 8.6%	1 2.9%	1 2.9%	0 0.0%
→女性	75 100.0%	1 1.3%	0 0.0%	2 2.7%	8 10.7%	7 9.3%	5 6.7%	9 12.0%	3 4.0%
90 歳以上（小計）	9 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 11.1%	2 22.2%	2 22.2%	0 0.0%
→男性	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%
→女性	7 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 14.3%	1 14.3%	0 0.0%

(2) 看護支援による課題の安定

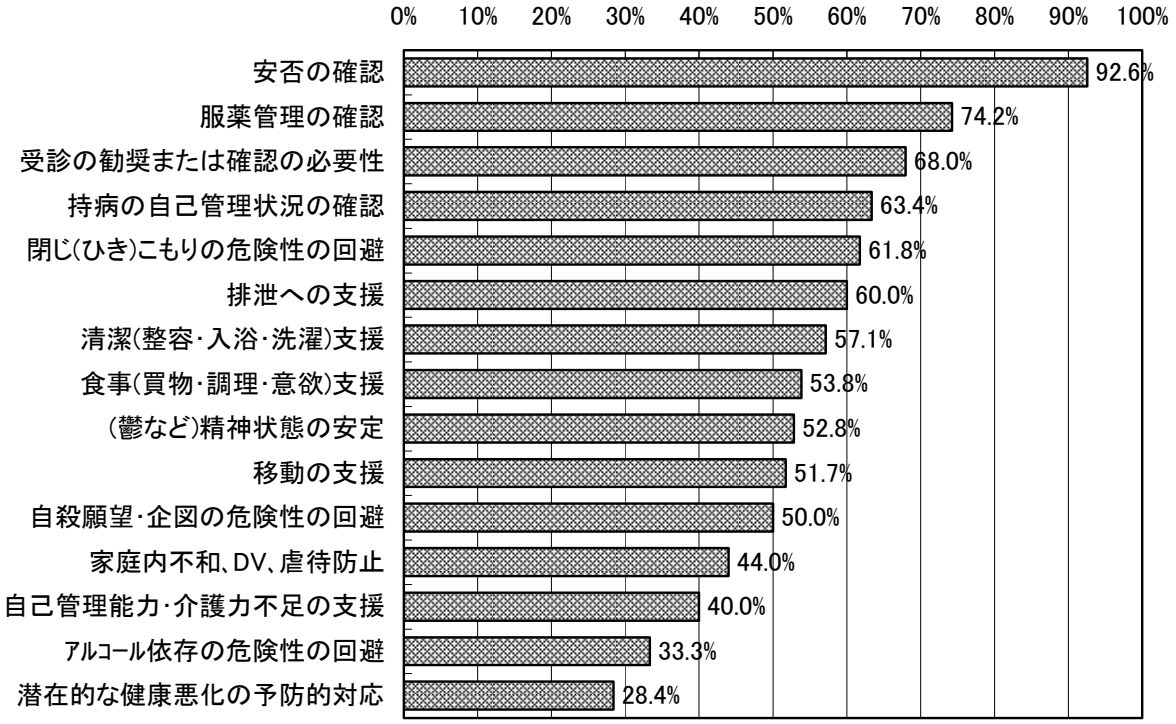
看護支援により、安定した課題として、各項目、当初の課題だった人数に対して、安定した人数の比率をみたところ、「安否の確認」が 92.6%（1,135 人）で最も高かった。続いて、「服薬管理の確認」74.2%（395 人）、「受診の勧奨または確認の必要性」68.0%（278 人）、「持病の自己管理状況の確認」63.4%（410 人）。「閉じ（引き）こもりの危険性の回避」が 61.8%（42 人）、「排泄への支援」が 60.0%（15 人）と６割を超えて安定した課題であった。

一方、「潜在的な健康悪化の予防的対応」は安定した比率が 28.4%（167 人）、「アルコール依存の危険性の回避」が 33.3%（５人）、「自己管理能力・介護不足の支援」は 40.0%（158 人）、「家庭内不和、ＤＶ、虐待防止」が 44.0%（11 人）で５割未満と比較的安定率が低い課題だった。

6 割以上に安定が図られた課題は、「安否確認」「持病の自己管理状況の確認」「服薬の管理」「受診の勧奨または確認の必要性」であり、顕在的な疾患管理のための看護支援であった。食事や清潔、排泄などＡＤＬの支援はどれも 5 割前後にとどまっており、「潜在的な健康悪化の予防的対応」「アルコール依存症の危険性の回避」「自己管理能力・介護力不足の支援」「家庭内不和・ＤＶ，虐待防止」は、看護支援に寄る課題解決が進んでいない。

図表 36　看護支援により安定した課題

（各項目、当初課題だった人数に対して、安定した人数の比率）



	当初、課題だった人数(人)	安定した人数(人)	課題だった人のうち安定した割合(%)
安否の確認	1,226	1,135	92.6%
持病の自己管理状況の確認	647	410	63.4%
潜在的な健康悪化の予防的対応	588	167	28.4%
服薬管理の確認	532	395	74.2%
受診の勧奨または確認の必要性	409	278	68.0%
自己管理能力･介護力不足の支援	395	158	40.0%
(鬱など)精神状態の安定	106	56	52.8%
閉じ(ひき)こもりの危険性の回避	68	42	61.8%
ｱﾙｺｰﾙ依存の危険性の回避	15	5	33.3%
自殺願望･企図の危険性の回避	4	2	50.0%
家庭内不和､DV､虐待防止	25	11	44.0%
食事(買物･調理･意欲)支援	39	21	53.8%
清潔(整容･入浴･洗濯)支援	21	12	57.1%
排泄への支援	25	15	60.0%
移動の支援	29	15	51.7%

(3) 課題が安定するまでの期間

課題が安定するまでの平均期間をみたところ、「自殺願望・企図の危険性の回避」が 14.0 月、「家庭不和、ＤＶ、虐待防止」が 10.2 月、「アルコール依存の危険性の回避」が 6.5 月と 6 か月を超えていた。続いて「閉じ（引き）こもりの危険性の回避」4.5 月、「(鬱など）精神状態の安定」が 4.3 月、「潜在的な健康悪化の予防的対応」が 4.1 月、「清潔（整容･入浴・洗濯）支援」が 4.1 月と 4 か月を超えて、比較的長かった。

精神的な課題に対して安定するまでの期間が長くかかった。

図表 37　課題が安定するまでの期間

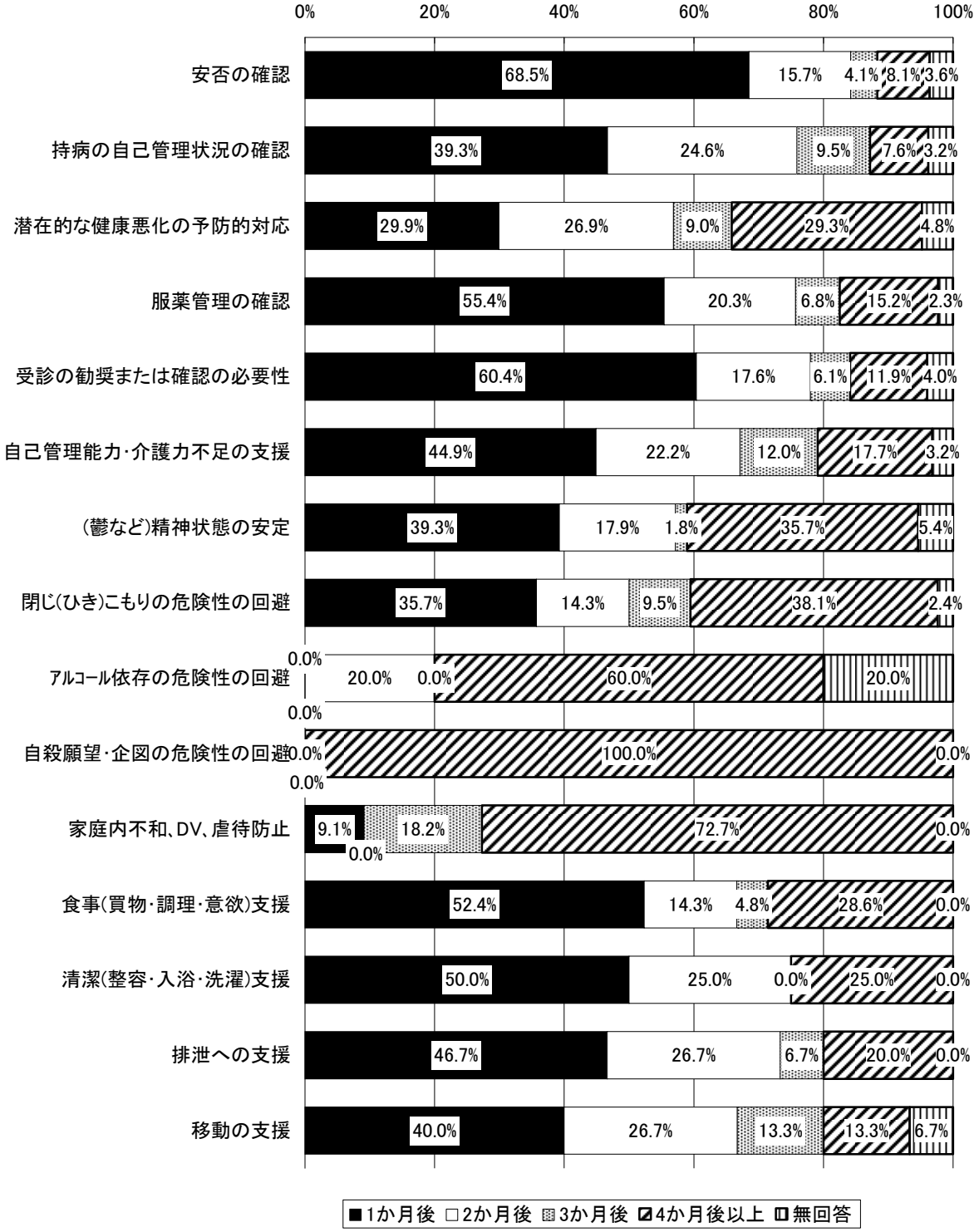
単位：月

	件数	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値
安否の確認	1,094	1.7	1.8	1.0	15	1
持病の自己管理状況の確認	397	3.1	3.3	2.0	16	1
潜在的な健康悪化の予防的対応	159	4.1	4.3	2.0	16	1
服薬管理の確認	386	2.4	2.7	1.0	16	1
受診の勧奨または確認の必要性	267	2.1	2.3	1.0	14	1
自己管理能力･介護力不足の支援	153	3.2	3.9	2.0	17	1
(鬱など)精神状態の安定	53	4.3	4.7	2.0	17	1
閉じ(ひき)こもりの危険性の回避	41	4.5	4.6	2.0	16	1
ｱﾙｺｰﾙ依存の危険性の回避	4	6.5	4.2	6.0	12	2
自殺願望･企図の危険性の回避	2	14.0	1.4	14.0	15	13
家庭内不和､DV､虐待防止	11	10.2	6.3	12.0	19	1
食事(買物･調理･意欲)支援	21	3.7	4.4	1.0	16	1
清潔(整容･入浴･洗濯)支援	12	4.1	5.0	1.5	14	1
排泄への支援	15	3.6	4.4	2.0	13	1
移動の支援	14	3.2	4.0	2.0	14	1

図表 38　課題が安定するまでの期間（分布）

	全体	1か月後	2か月後	3か月後	4 か月後以上	無回答
安否の確認	1,135 100.0%	778 68.5%	178 15.7%	46 4.1%	92 8.1%	41 3.6%
持病の自己管理状況の確認	1,259 100.0%	161 39.3%	101 24.6%	39 9.5%	96 7.6%	13 3.2%
潜在的な健康悪化の予防的対応	167 100.0%	50 29.9%	45 26.9%	15 9.0%	49 29.3%	8 4.8%
服薬管理の確認	395 100.0%	219 55%	80 20%	27 7%	60 15%	9 2%
受診の勧奨または確認の必要性	278 100.0%	168 60.4%	49 17.6%	17 6.1%	33 11.9%	11 4.0%
自己管理能力･介護力不足の支援	158 100.0%	71 44.9%	35 22.2%	19 12.0%	28 17.7%	5 3.2%
(鬱など)精神状態の安定	56 100.0%	22 39.3%	10 17.9%	1 1.8%	20 35.7%	3 5.4%
閉じ(ひき)こもりの危険性の回避	42 100.0%	15 35.7%	6 14.3%	4 9.5%	16 38.1%	1 2.4%
ｱﾙｺｰﾙ依存の危険性の回避	5 100.0%	0 0.0%	1 20.0%	0 0.0%	3 60.0%	1 20.0%
自殺願望･企図の危険性の回避	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%
家庭内不和､DV､虐待防止	11 100.0%	1 9.1%	0 0.0%	2 18.2%	8 72.7%	0 0.0%
食事(買物･調理･意欲)支援	21 100.0%	11 52.4%	3 14.3%	1 4.8%	6 28.6%	0 0.0%
清潔(整容･入浴･洗濯)支援	12 100.0%	6 50.0%	3 25.0%	0 0.0%	3 25.0%	0 0.0%
排泄への支援	15 100.0%	7 46.7%	4 26.7%	1 6.7%	3 20.0%	0 0.0%
移動の支援	15 100.0%	6 40.0%	4 26.7%	2 13.3%	2 13.3%	1 6.7%

図表 39　課題が安定するまでの期間（分布）



(4)課題が安定した時期

課題が安定した時期は、各項目おおむね、平成 23 年７月～平成 23 年９月の時期が最も多かった。

「安否の確認」「食事(買物・調理・意欲)支援」「清潔（整容・入浴・洗濯）支援」については平成 23 年７月が最も多くやや早い時期だった。

「潜在的な状態悪化の予防対策」「(鬱など）精神状態の安定」「排泄の支援」「安定の支援」は平成 23 年９月が最も多く、やや遅い時期だった。

「自殺願望・企図の危険性の回避」「家庭不和、ＤＶ、虐待防止」は、安定時期が遅かった。

図表 40　課題が安定した時期

	全体	平成 23 年６月	平成 23 年７月	平成 23 年８月	平成 23 年９月	平成 23 年 10 月	平成 23 年 11 月	平成 23 年 12 月	平成 24 年１月	平成 24 年２月	平成 24 年３月	平成 24 年４月	平成 24 年５月	平成 24 年６月	平成 24 年７月	平成 24 年８月	平成 24 年９月	平成 24 年 10 月	平成 24 年 11 月	平成 24 年 12 月	無回答	非該当
安否の確認	1,135	30	21	289	278	216	39	57	13	15	17	11	4	12	8	12	8	11	5	3	86	534
	100.0%	2.6%	1.9%	25.5%	24.5%	19.0%	3.4%	5.0%	1.1%	1.3%	1.5%	1.0%	0.4%	1.1%	0.7%	1.1%	0.7%	1.0%	0.4%	0.3%	7.6%	
持病の自己管理状況の確認	410	6	11	54	91	83	38	19	11	7	9	10	7	7	12	9	4	4	4	2	22	1,259
	100.0%	1.5%	2.7%	13.2%	22.2%	20.2%	9.3%	4.6%	2.7%	1.7%	2.2%	2.4%	1.7%	1.7%	2.9%	2.2%	1.0%	1.0%	1.0%	0.5%	5.4%	
潜在的な健康悪化の予防的対応	167	－	1	13	30	36	23	9	5	4	5	2	3	6	5	8	2	3	1	2	9	1,502
	100.0%	－	0.6%	7.8%	18.0%	21.6%	13.8%	5.4%	3.0%	2.4%	3.0%	1.2%	1.8%	3.6%	3.0%	4.8%	1.2%	1.8%	0.6%	1.2%	5.4%	
課題の安定時期:服薬管理の確認	395	5	9	63	105	79	42	15	11	5	12	4	－	4	6	9	6	1	2	1	１６	1,274
	100.0%	1.3%	2.3%	15.9%	26.6%	20.0%	10.6%	3.8%	2.8%	1.3%	3.0%	1.0%	－	1.0%	1.5%	2.3%	1.5%	0.3%	0.5%	0.3%	4.1%	
受診の勧奨または確認の必要性	278	2	4	42	85	60	24	8	8	4	9	2	2	2	4	4	3	1	1	－	12	1,391
	100.0%	0.7%	1.4%	15.1%	30.6%	21.6%	8.6%	2.9%	2.9%	1.4%	3.2%	0.7%	0.7%	0.7%	1.4%	1.4%	1.1%	0.4%	0.4%	－	4.7%	
自己管理能力･介護力不足の支援	158	1	3	23	42	28	17	7	3	2	4	1	－	5	4	4	3	1	2	1	7	1,511
	100.0%	0.6%	1.9%	14.6%	26.6%	17.7%	10.8%	4.4%	1.9%	1.3%	2.5%	0.6%	－	3.2%	2.5%	2.5%	1.9%	0.6%	1.3%	0.6%	4.4%	
(鬱など)精神状態の安定	56	2	3	8	8	10	1	4	2	3	1	－	－	－	6	3	－	－	－	－	5	1,613
	100.0%	3.6%	5.4%	14.3%	14.3%	17.9%	1.8%	7.1%	3.6%	5.4%	1.8%	－	－	－	10.7%	5.4%	－	－	－	－	9.2%	
閉じ(ひき)こもりの危険性の回避	42	1	2	2	8	7	2	3	4	1	1	－	2	2	－	2	－	－	－	2	3	1,627
	100.0%	2.4%	4.8%	4.8%	19.0%	16.7%	4.8%	7.1%	9.5%	2.4%	2.4%	－	4.8%	4.8%	－	4.8%	－	－	－	4.8%	7.1%	
ｱﾙｺｰﾙ依存の危険性の回避	5	－	－	－	－	－	－	－	－	1	1	－	－	－	1	－	－	－	－	－	2	1,664
	100.0%	－	－	－	－	－	－	－	－	20.0%	20.0%	－	－	－	20.0%	－	－	－	－	－	40.0%	
自殺願望･企図の危険性の回避	2	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	1	－	－	－	1	0	1,667
	100.0%	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	50.0%	－	－	－	50.0%	0.0%	
家庭内不和､DV､虐待防止	11	－	1	－	1	1	1	－	－	－	－	－	－	－	1	3	1	－	－	－	2	1,658
	100.0%	－	9.1%	－	9.1%	9.1%	9.1%	－	－	－	－	－	－	－	9.1%	27.3%	9.1%	－	－	－	18.2%	
食事(買物･調理･意欲)支援	21	－	1	7	4	2	1	－	1	1	－	1	－	－	1	1	－	－	1	－	0	1,648
	100.0%	－	4.8%	33.3%	19.0%	9.5%	4.8%	－	4.8%	4.8%	－	4.8%	－	－	4.8%	4.8%	－	－	4.8%	－	0.0%	
清潔(整容･入浴･洗濯)支援	12	－	1	4	1	1	1	－	－	－	－	1	－	－	1	1	－	1	－	－	0	1,657
	100.0%	－	8.3%	33.3%	8.3%	8.3%	8.3%	－	－	－	－	8.3%	－	－	8.3%	8.3%	－	8.3%	－	－	0.0%	
排泄への支援	15	－	－	3	3	5	－	1	－	－	－	－	－	－	2	－	－	－	－	1	0	1,654
	100.0%	－	－	20.0%	20.0%	33.3%	－	6.7%	－	－	－	－	－	－	13.3%	－	－	－	－	6.7%	0.0%	
移動の支援	15	－	2	2	2	4	2	－	－	－	－	－	－	－	1	－	1	－	－	－	1	1,654
	100.0%	－	13.3%	13.3%	13.3%	26.7%	13.3%	－	－	－	－	－	－	－	6.7%	－	6.7%	－	－	－	6.7%	

※安定の時期が、初回訪問月から何か月後かによって、暦上の時期を推定した。初回訪問が平成 24 年５月で、安定の時期が１か月後の場合、安定の時期は平成 24 年６月とみなした。

4) 看護師等が行う支援の目的・目標と達成状況、達成時期

(1) 看護師等が行う支援の目的・目標

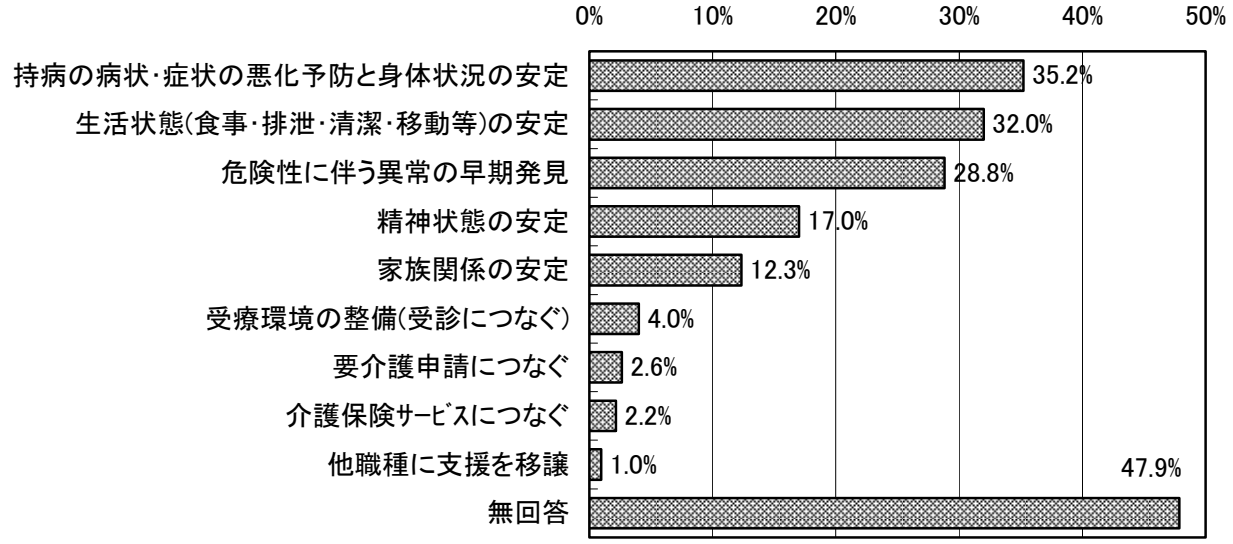
看護師等が行う支援の目的・目標については、「持病の病状・症状の悪化予防と身体状況の安定」が 35.2%（588 人）で最も高く、続いて「生活状態（食事・排泄・清潔・移動等）の安定」が 32.0%（534 人）、「危険性に伴う異常の早期発見」が 28.8%（481 人）。

また「精神状態の安定」が 17.0%（284 人）、「家族関係の安定」が 12.3%（206 人）の２項目が 10%を超えた。

年齢・性別別にみると、多くの項目で、年齢が高くなると割合が高くなる傾向がみられた。

図表 41　看護師等が行う支援の目的・目標（複数回答）

（n=1, 669）



図表 42　年齢・性別別　看護師等が行う支援の目的・目標

	合計	生活状態(食事･排泄･清潔･移動等)の安定	精神状態の安定	危険性に伴う異常の早期発見	持病の病状･症状の悪化予防と身体状況の安定	家族関係の安定	受療環境の整備(受診につなぐ)	要介護申請につなぐ	介護保険ｻｰﾋﾞｽにつなぐ	他職種に支援を移譲	無回答
全体	1,669	534	284	481	588	206	67	44	36	16	799
	100.0%	32.0%	17.0%	28.8%	35.2%	12.3%	4.0%	2.6%	2.2%	1.0%	47.9%
19 歳以下(小計)	262	61	13	9	11	6	0	0	0	2	193
	100.0%	23.3%	5.0%	3.4%	4.2%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	73.7%
→男性	131	29	6	6	6	0	0	0	0	2	98
	100.0%	22.1%	4.6%	4.6%	4.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	74.8%
→女性	131	32	7	3	5	6	0	0	0	0	95
	100.0%	24.4%	5.3%	2.3%	3.8%	4.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	72.5%
20 歳代(小計)	127	16	4	3	3	4	0	0	0	0	104
	100.0%	12.6%	3.1%	2.4%	2.4%	3.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	81.9%
→男性	67	12	2	2	2	1	0	0	0	0	52
	100.0%	17.9%	3.0%	3.0%	3.0%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	77.6%
→女性	59	4	2	1	1	3	0	0	0	0	51
	100.0%	6.8%	3.4%	1.7%	1.7%	5.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	86.4%
30 歳代(小計)	178	50	15	10	12	12	1	0	0	0	121
	100.0%	28.1%	8.4%	5.6%	6.7%	6.7%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	68.0%
→男性	90	21	4	3	3	2	1	0	0	0	68
	100.0%	23.3%	4.4%	3.3%	3.3%	2.2%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	75.6%
→女性	88	29	11	7	9	10	0	0	0	0	53
	100.0%	33.0%	12.5%	8.0%	10.2%	11.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	60.2%
40 歳代(小計)	194	54	25	24	34	21	1	0	0	0	111
	100.0%	27.8%	12.9%	12.4%	17.5%	10.8%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	57.2%
→男性	99	30	8	13	18	10	1	0	0	0	57
	100.0%	30.3%	8.1%	13.1%	18.2%	10.1%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	57.6%
→女性	95	24	17	11	16	11	0	0	0	0	54
	100.0%	25.3%	17.9%	11.6%	16.8%	11.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	56.8%
50 歳代(小計)	221	54	20	48	54	13	5	0	0	4	128
	100.0%	24.4%	9.0%	21.7%	24.4%	5.9%	2.3%	0.0%	0.0%	1.8%	57.9%
→男性	122	30	9	24	25	5	3	0	0	3	76
	100.0%	24.6%	7.4%	19.7%	20.5%	4.1%	2.5%	0.0%	0.0%	2.5%	62.3%
→女性	99	24	11	24	29	8	2	0	0	1	52
	100.0%	24.2%	11.1%	24.2%	29.3%	8.1%	2.0%	0.0%	0.0%	1.0%	52.5%
60 歳代(小計)	307	119	79	134	168	53	16	4	3	1	100
	100.0%	38.8%	25.7%	43.6%	54.7%	17.3%	5.2%	1.3%	1.0%	0.3%	32.6%
→男性	153	52	25	59	74	20	7	1	1	0	60
	100.0%	34.0%	16.3%	38.6%	48.4%	13.1%	4.6%	0.7%	0.7%	0.0%	39.2%
→女性	154	67	54	75	94	33	9	3	2	1	40
	100.0%	43.5%	35.1%	48.7%	61.0%	21.4%	5.8%	1.9%	1.3%	0.6%	26.0%

（続き）

	合計	生活状態（食事・排泄・清潔・移動等）の安定	精神状態の安定	危険性に伴う異常の早期発見	持病の病状・症状の悪化予防と身体状況の安定	家族関係の安定	受療環境の整備（受診につなぐ）	要介護申請につなぐ	介護保険ｻｰﾋﾞｽにつなぐ	他職種に支援を移譲	無回答
70 歳代（小計）	259 100.0%	114 44.0%	88 34.0%	165 63.7%	200 77.2%	59 22.8%	31 12.0%	18 6.9%	12 4.6%	5 1.9%	35 13.5%
→男性	119 100.0%	54 45.4%	32 26.9%	76 63.9%	90 75.6%	31 26.1%	18 15.1%	9 7.6%	6 5.0%	3 2.5%	17 14.3%
→女性	140 100.0%	60 42.9%	56 40.0%	89 63.6%	110 78.6%	28 20.0%	13 9.3%	9 6.4%	6 4.3%	2 1.4%	18 12.9%
80 歳代（小計）	110 100.0%	60 54.5%	36 32.7%	82 74.5%	98 89.1%	34 30.9%	13 11.8%	19 17.3%	18 16.4%	2 1.8%	6 5.5%
→男性	35 100.0%	19 54.3%	10 28.6%	29 82.9%	32 91.4%	10 28.6%	7 20.0%	7 20.0%	4 11.4%	1 2.9%	1 2.9%
→女性	75 100.0%	41 54.7%	26 34.7%	53 70.7%	66 88.0%	24 32.0%	6 8.0%	12 16.0%	14 18.7%	1 1.3%	5 6.7%
90 歳代（小計）	9 100.0%	6 66.7%	4 44.4%	5 55.6%	7 77.8%	4 44.4%	0 0.0%	3 33.3%	3 33.3%	2 22.2%	0 0.0%
→男性	2 100.0%	2 100.0%	1 50.0%	1 50.0%	2 100.0%	1 50.0%	0 0.0%	1 50.0%	2 100.0%	1 50.0%	0 0.0%
→女性	7 100.0%	4 57.1%	3 42.9%	4 57.1%	5 71.4%	3 42.9%	0 0.0%	2 28.6%	1 14.3%	1 14.3%	0 0.0%

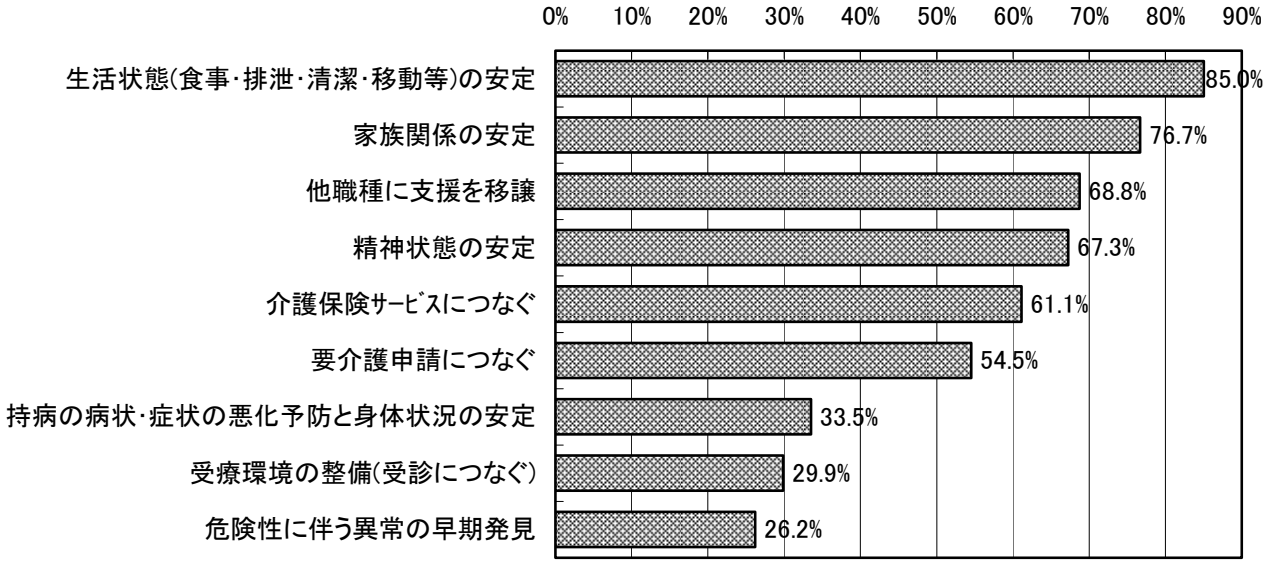
(2) 目的・目標の達成状況

看護師等が行う支援の目的・目標について、各項目、当初の目的・目標としていた人数のうち、達成したした人数の比率をみたところ、「生活状態（食事・排泄・清潔・移動等）の安定」が 85.0%（454 人）で最も高かった。続いて、「家族関係の安定」76.7%（158 人）、「他職種に支援を移譲」が 68.8%（11 人）、「介護保険サービスにつなぐ」が 61.1%（22 人）で 6 割を超えた。

一方、「危険性に伴う異常の早期発見」は 26.2%（126 人）、「受療環境の整備（受診につなぐ）」が 29.9%（20 人）、「持病の病状・症状の悪化予防と身体状況の安定」が 33.5%（197 人）だった。

図表 43　目的・目標の達成率

（各項目、当初の目的・目標としていた人数に対して、達成した人数の比率）



	当初の目標（人）	達成の有（人）	達成率（%）
生活状態(食事･排泄･清潔･移動等)の安定	534	454	85.0%
精神状態の安定	284	191	67.3%
危険性に伴う異常の早期発見	481	126	26.2%
持病の病状･症状の悪化予防と身体状況の安定	588	197	33.5%
家族関係の安定	206	158	76.7%
受療環境の整備(受診につなぐ)	67	20	29.9%
要介護申請につなぐ	44	24	54.5%
介護保険ｻｰﾋﾞｽにつなぐ	36	22	61.1%
他職種に支援を移譲	16	11	68.8%

(3) 目的・目標の達成までの期間

目的･目標の達成までの期間について､平均値をみたところ､「要介護申請につなぐ」が 6.2 月､「介護保険サービスにつなぐ」が 6.1 月と 6 か月を超え、介護保険サービスの申請等には時間がかかったことが分かった。

次いで､「持病の病状・症状の悪化予防と身体状況の安定」が 5.2 月､「受療環境の整備（受診につなぐ)」が 4.8 月と、比較的時間がかかった。

図表 44　目的・目標の達成までの期間

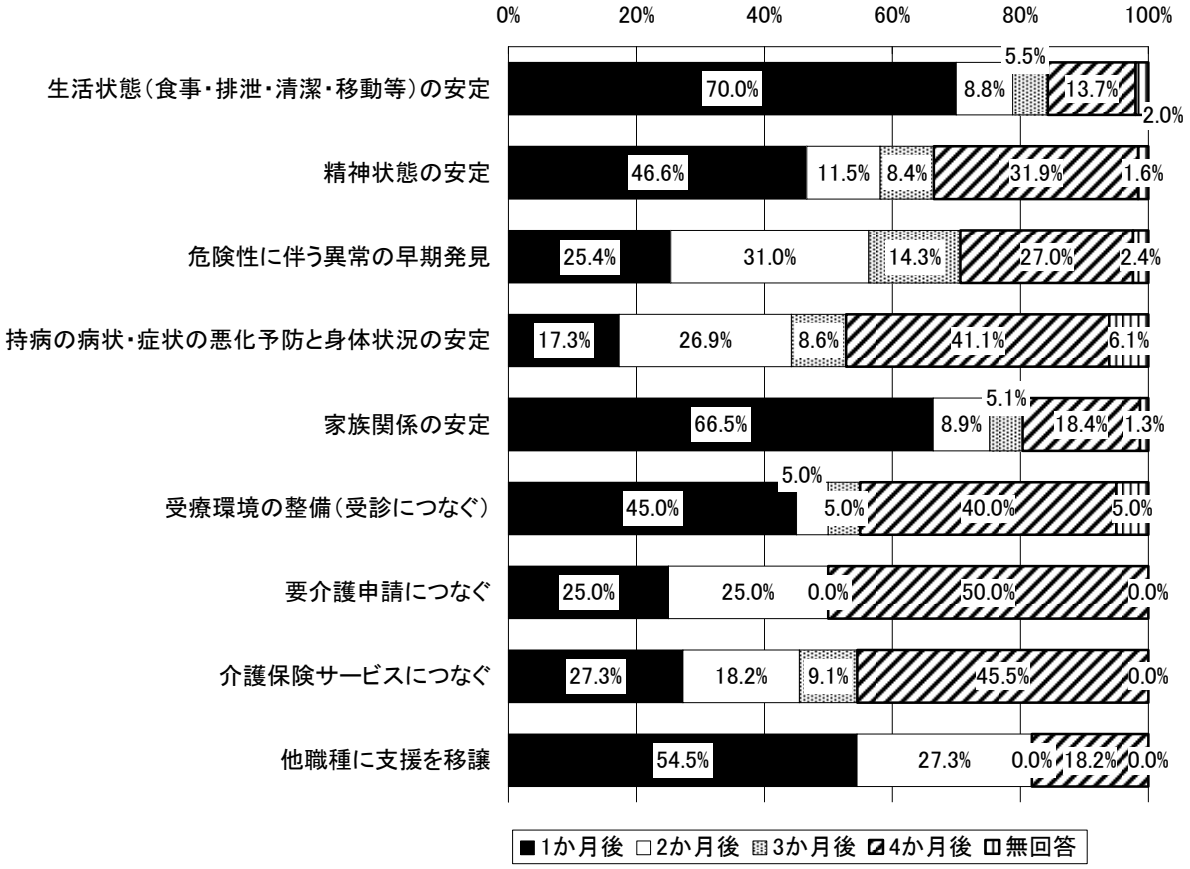
単位：月

	件数	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値
生活状態(食事･排泄･清潔･移動等)の安定	445	2.0	2.4	1.0	15	1
精神状態の安定	188	3.8	4.2	2.0	20	1
危険性に伴う異常の早期発見	123	4.0	4.3	2.0	20	1
持病の病状･症状の悪化予防と身体状況の安定	185	5.2	4.6	3.0	20	1
家族関係の安定	156	2.8	4.0	1.0	19	1
受療環境の整備(受診につなぐ)	19	4.8	5.0	2.0	13	1
要介護申請につなぐ	24	6.2	5.2	4.0	16	1
介護保険ｻｰﾋﾞｽにつなぐ	22	6.1	5.3	3.0	16	1
他職種に支援を移譲	11	3.1	3.9	1.0	11	1

図表 45　目的・目標の達成までの期間（分布）

	全体	1か月後	2か月後	3か月後	4か月後	無回答
生活状態（食事・排泄・清潔・移動等）の安定	454 100.0%	318 70.0%	40 8.8%	25 5.5%	62 13.7%	9 2.0%
精神状態の安定	191 100.0%	89 46.6%	22 11.5%	16 8.4%	61 31.9%	3 1.6%
危険性に伴う異常の早期発見	126 100.0%	32 25.4%	39 31.0%	18 14.3%	34 27.0%	3 2.4%
持病の病状・症状の悪化予防と身体状況の安定	197 100.0%	34 17.3%	53 26.9%	17 8.6%	81 41.1%	12 6.1%
家族関係の安定	158 100.0%	105 66.5%	14 8.9%	8 5.1%	29 18.4%	2 1.3%
受療環境の整備（受診につなぐ）	20 100.0%	9 45.0%	1 5.0%	1 5.0%	8 40.0%	1 5.0%
要介護申請につなぐ	24 100.0%	6 25.0%	6 25.0%	0 0.0%	12 50.0%	0 0.0%
介護保険サービスにつなぐ	22 100.0%	6 27.3%	4 18.2%	2 9.1%	10 45.5%	0 0.0%
他職種に支援を移譲	11 100.0%	6 54.5%	3 27.3%	0 0.0%	2 18.2%	0 0.0%

図表 46　目的・目標の達成までの期間（分布）



(4) 目的・目標の達成期間

目的・目標が達成した時期は、各項目おおむね、平成 23 年 7 月～平成 23 年 9 月の時期が最も多かった。

「要介護申請につなぐ」は平成 24 年 2 月以降も対応がなされているが、震災直後だけに必要性が生じたのでなく、後になって、必要性が生じ、達成されたものがあるとみられる。「生活状態の安定」は比較的早期に目標達成できている。「介護申請につなぐ」は毎月まんべんなく達成者が見られている。「介護保険サービスにつなぐ」は、達成に時間かかっている人が目立つ。

図表 47　目的・目標達成時期

	全体	平成 23 年 6 月	平成 23 年 7 月	平成 23 年 8 月	平成 23 年 9 月	平成 23 年 10 月	平成 23 年 11 月	平成 23 年 12 月	平成 24 年 1 月	平成 24 年 2 月	平成 24 年 3 月	平成 24 年 4 月	平成 24 年 5 月	平成 24 年 6 月	平成 24 年 7 月	平成 24 年 8 月	平成 24 年 9 月	平成 24 年 10 月	平成 24 年 11 月	平成 24 年 12 月	無回答	非該当
生活状態（食事・排泄・清潔・移動等）の安定	454	26	16	92	134	66	24	36	5	1	6	1	3	4	5	6	4	2	4	1	18	1,215
	100.0%	5.7%	3.5%	20.3%	29.5%	14.5%	5.3%	7.9%	1.1%	0.2%	1.3%	0.2%	0.7%	0.9%	1.1%	1.3%	0.9%	0.4%	0.9%	0.2%	4.0%	
精神状態の安定	191	3	4	36	32	32	14	10	4	7	4	3	2	2	7	12	3	1	1	－	14	1,478
	100.0%	1.6%	2.1%	18.8%	16.8%	16.8%	7.3%	5.2%	2.1%	3.7%	2.1%	1.6%	1.0%	1.0%	3.7%	6.3%	1.6%	0.5%	0.5%	－	7.3%	
危険性に伴う異常の早期発見	126	－	3	10	27	25	16	9	4	6	3	－	1	3	3	3	1	3	1	2	6	1,543
	100.0%	－	2.4%	7.9%	21.4%	19.8%	12.7%	7.1%	3.2%	4.8%	2.4%	－	0.8%	2.4%	2.4%	2.4%	0.8%	2.4%	0.8%	1.6%	4.8%	
持病の病状・症状の悪化予防と身体状況の安定	197	－	－	11	28	37	21	11	6	9	7	5	6	9	12	4	4	4	6	2	15	1,472
	100.0%	－	－	5.6%	14.2%	18.8%	10.7%	5.6%	3.0%	4.6%	3.6%	2.5%	3.0%	4.6%	6.1%	2.0%	2.0%	2.0%	3.0%	1.0%	7.6%	
家族関係の安定	158	8	6	34	39	22	9	5	2	－	4	1	1	1	4	5	3	1	－	－	13	1,511
	100.0%	5.1%	3.8%	21.5%	24.7%	13.9%	5.7%	3.2%	1.3%	－	2.5%	0.6%	0.6%	0.6%	2.5%	3.2%	1.9%	0.6%	－	－	8.2%	
受療環境の整備（受診につなぐ）	20	－	2	4	2	2	2	1	－	1	－	－	－	－	－	2	3	－	－	－	1	1,649
	100.0%	－	10.0%	20.0%	10.0%	10.0%	10.0%	5.0%	－	5.0%	－	－	－	－	－	10.0%	15.0%	－	－	－	5.0%	
要介護申請につなぐ	24	－	2	3	2	3	1	－	－	－	1	1	1	2	2	3	1	1	1	－	0	1,645
	100.0%	－	8.3%	12.5%	8.3%	12.5%	4.2%	－	－	－	4.2%	4.2%	4.2%	8.3%	8.3%	12.5%	4.2%	4.2%	4.2%	－	0.0%	
介護保険ｻｰﾋﾞｽにつなぐ	22	－	2	3	1	4	2	－	－	－	－	1	－	－	3	3	2	－	1	－	0	1,647
	100.0%	－	9.1%	13.6%	4.5%	18.2%	9.1%	－	－	－	－	4.5%	－	－	13.6%	13.6%	9.1%	－	4.5%	－	0.0%	
他職種に支援を移譲	11	－	1	1	3	3	－	－	－	－	－	－	－	1	1	－	－	－	1	－	0	1,658
	100.0%	－	9.1%	9.1%	27.3%	27.3%	－	－	－	－	－	－	－	9.1%	9.1%	－	－	－	9.1%	－	0.0%	

目的・目標の達成時期が、初回訪問月から何か月後かによって、時期を推定した。初回訪問が平成 24 年 5 月達成の時期が 2 か月後の場合、達成の時期は平成 24 年 6 月とみなした。

5) 看護師等による支援の実態

(1) 看護師等の訪問（面会）回数

看護師等による訪問（面会）回数の総合計は、11,700 回だった。

１回以上訪問した対象に対する訪問回数は、平均 11.3 回、中央値は 5.0 回だった。最大で 132 回訪問していた。

分布をみたところ、看護師等の訪問(面会)回数は、「１回」が 23.0%（384 人）、「２回～10 回」が 15.2%（254 人）、「11 回～20 回」が 11.7%（196 人）、「21 回以上」が 12.2%（204 人）だった。

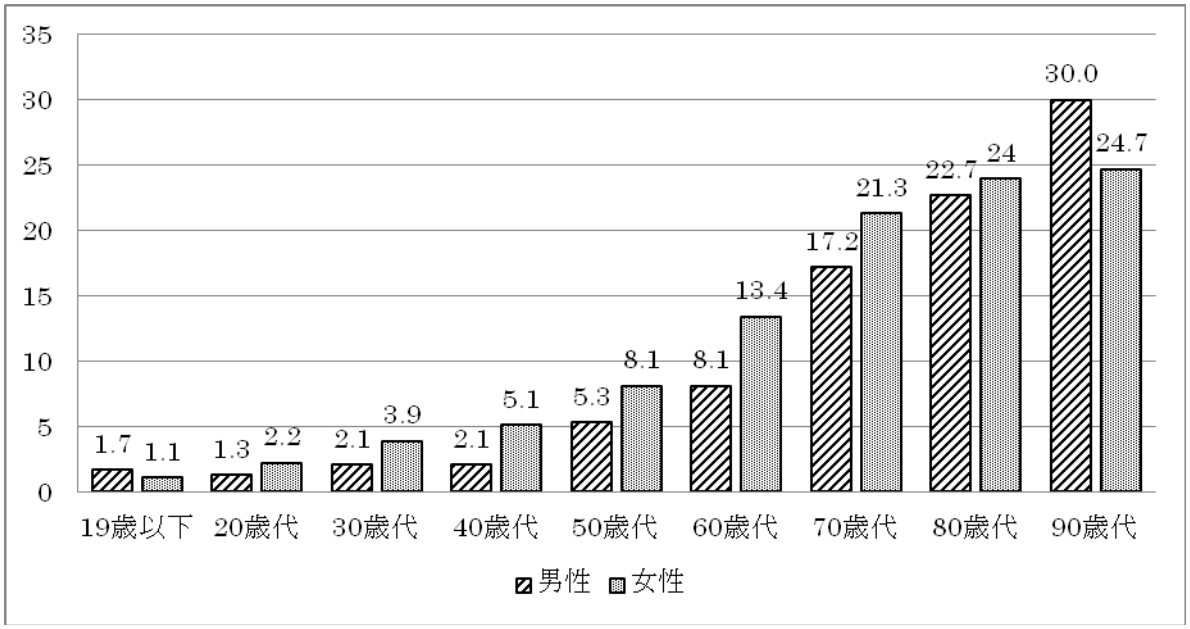
年齢が高くなるほど、訪問回数が増加していた。

図表 48　年齢・性別別　看護師等の訪問回数

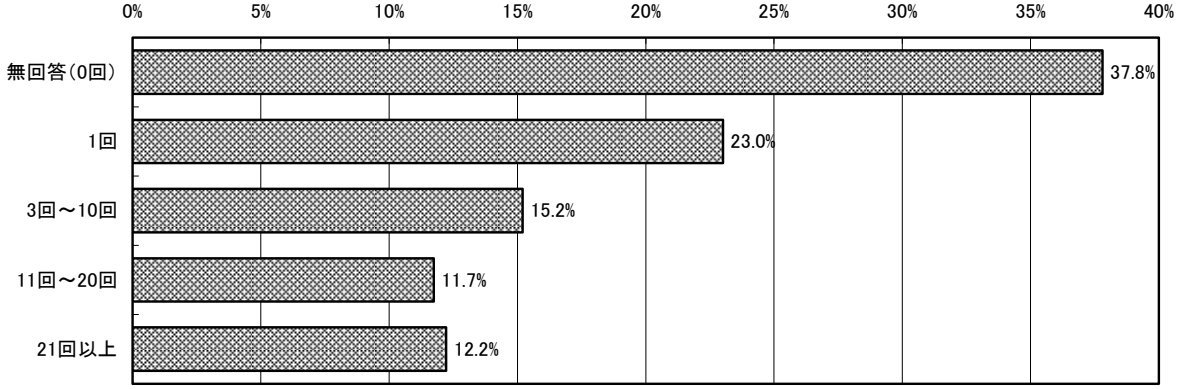
単位：回

	回答件数	合計	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
全体	1,038	11,700	11.3	14.0	5.0	132	1
19 歳以下(小計)	88	121	1.4	1.4	1.0	11	1
→男性	39	65	1.7	1.9	1.0	11	1
→女性	49	56	1.1	0.7	1.0	6	1
20 歳代(小計)	51	86	1.7	3.2	1.0	23	1
→男性	28	36	1.3	1.0	1.0	6	1
→女性	22	49	2.2	4.7	1.0	23	1
30 歳代(小計)	80	246	3.1	6.4	1.0	44	1
→男性	38	81	2.1	3.5	1.0	18	1
→女性	42	165	3.9	8.1	1.0	44	1
40 歳代(小計)	100	369	3.7	7.0	1.0	40	1
→男性	46	95	2.1	3.5	1.0	19	1
→女性	54	274	5.1	8.8	1.0	40	1
50 歳代(小計)	117	774	6.6	10.0	2.0	55	1
→男性	63	334	5.3	9.8	1.0	55	1
→女性	54	440	8.1	10.2	3.5	47	1
60 歳代(小計)	244	2,648	10.9	12.6	7.0	91	1
→男性	116	938	8.1	10.2	5.0	57	1
→女性	128	1,710	13.4	13.9	10.0	91	1
70 歳代(小計)	242	4,719	19.5	15.8	16.0	132	1
→男性	107	1,841	17.2	14.1	14.0	64	1
→女性	135	2,878	21.3	16.9	18.0	132	1
80 歳代(小計)	106	2,498	23.6	14.5	21.0	80	1
→男性	35	796	22.7	18.4	17.0	80	1
→女性	71	1,702	24.0	12.3	23.0	59	4
90 歳以上(小計)	9	233	25.9	15.9	23.0	54	10
→男性	2	60	30.0	25.5	30.0	48	12
→女性	7	173	24.7	14.8	23.0	54	10

図表 49　年齢・性別別　看護師等の平均訪問回数



図表 50　看護師等の訪問回数の分布　(n=1,669)



(2) 看護師等の支援期間

看護師等による支援期間は、平均 13.2 か月、中央値で 15.0 か月だった。

看護師等の支援期間は、15 か月（24 年 8 月）が最も多く約 3 割であり、16 か月、14 か月と続いていた。

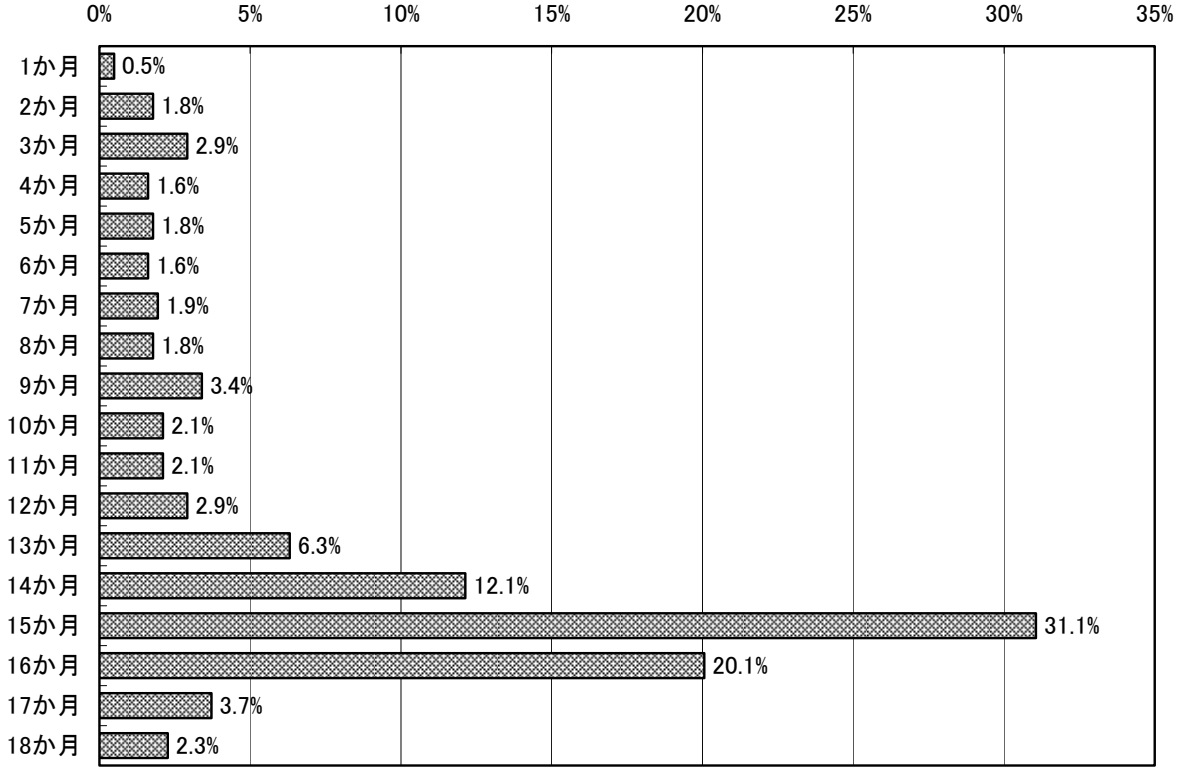
年齢別、性別にみても、特に大きな差はみられなかった。

図表 51　年齢・性別別　看護師等の支援期間

単位：月

	回答件数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
全体	618	13.2	3.9	15.0	18	1
19 歳以下(小計)	8	11.5	5.7	14.0	17	2
→男性	6	10.0	5.8	12.0	16	2
→女性	2	16.0	1.4	16.0	17	15
20 歳代(小計)	6	13.0	5.1	14.5	17	3
→男性	3	14.0	1.0	14.0	15	13
→女性	3	12.0	7.8	16.0	17	3
30 歳代(小計)	12	12.4	3.6	13.0	17	4
→男性	4	14.3	3.6	15.5	17	9
→女性	8	11.5	3.5	12.5	15	4
40 歳代(小計)	30	12.6	3.9	14.0	18	3
→男性	9	13.7	2.3	14.0	16	8
→女性	21	12.1	4.3	14.0	18	3
50 歳代(小計)	53	11.8	4.7	14.0	18	2
→男性	22	11.5	5.2	14.0	18	2
→女性	31	12.1	4.4	14.0	16	2
60 歳代(小計)	179	12.7	4.0	14.0	18	1
→男性	78	11.9	4.4	14.0	18	3
→女性	101	13.3	3.5	15.0	18	1
70 歳代(小計)	219	13.7	3.4	15.0	18	1
→男性	91	13.2	3.9	15.0	18	1
→女性	128	14.1	3.0	15.0	18	2
80 歳代(小計)	102	13.8	4.2	15.0	18	1
→男性	34	13.6	4.7	15.0	18	1
→女性	68	14.0	3.9	15.0	18	2
90 歳以上(小計)	8	15.0	1.7	15.5	16	11
→男性	2	16.0		16.0	16	16
→女性	6	14.7	1.9	15.0	16	11

図表 52　看護師等の支援期間の分布　(n=618)



※支援期間が 1 か月以上だった 618 件で集計した。

(3) 1か月あたりの看護師等の訪問（面会）回数

支援期間と訪問回数の両方に記入があった601件について、１月あたりの訪問回数（支援継続期間中の訪問頻度）をみたところ、１月あたり「１回未満」が40.4%（243人)、「１回以上２回未満」が37.6%（226人）だった。「２回以上３回未満」が14.5%（87人)、「３回以上」が7.5%（45人）だった。

平均値では、1.4回、中央値では1.1回だった。最大値は11回だった。

年齢が高くなるに従い、１か月あたりの看護師等の訪問（面会）回数が増加していた。

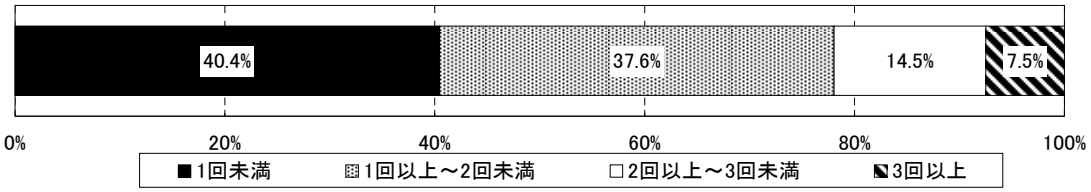
多くの対象者に対しては、１～２か月に１，２回程度の頻度で訪問して、必要に応じて、多い人では１週間に１回以上（最大３回程度）の訪問がなされたと考えられる。

図表 53　年齢・性別別　１か月あたりの看護師等の訪問(面会)回数

単位：回／月

	回答件数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
全体	601	1.4	1.1	1.1	11.0	0.125
19歳以下(小計)	6	0.7	1.0	0.3	2.8	0.125
→男性	5	0.8	1.1	0.4	2.8	0.125
→女性	1	0.1		0.1	0.1	0.133
20歳代(小計)	5	0.6	0.5	0.4	1.4	0.231
→男性	2	0.3	0.1	0.3	0.4	0.231
→女性	3	0.8	0.6	0.7	1.4	0.250
30歳代(小計)	12	1.7	3.0	0.9	11.0	0.333
→男性	4	0.8	0.3	0.8	1.2	0.438
→女性	8	2.1	3.6	0.9	11.0	0.333
40歳代(小計)	24	0.9	0.7	0.8	2.5	0.125
→男性	6	0.7	0.5	0.8	1.3	0.125
→女性	18	1.0	0.7	0.9	2.5	0.133
50歳代(小計)	52	1.1	0.8	0.9	3.9	0.154
→男性	22	1.2	0.9	0.8	3.9	0.154
→女性	30	1.1	0.7	1.0	2.9	0.267
60歳代(小計)	176	1.1	0.9	0.9	5.7	0.133
→男性	78	1.0	0.8	0.7	4.3	0.133
→女性	98	1.2	0.9	1.0	5.7	0.182
70歳代(小計)	216	1.6	1.1	1.2	7.8	0.143
→男性	90	1.5	1.0	1.1	6.0	0.154
→女性	126	1.6	1.2	1.3	7.8	0.143
80歳代(小計)	101	1.8	1.2	1.5	9.0	0.267
→男性	34	1.8	1.2	1.3	5.0	0.467
→女性	67	1.8	1.1	1.6	9.0	0.267
90歳以上(小計)	8	1.8	1.0	1.5	3.6	0.750
→男性	2	1.9	1.6	1.9	3.0	0.750
→女性	6	1.8	0.9	1.5	3.6	1.000

図表 54　1か月あたりの看護師等の訪問(面会)回数（分布）　(n=601)



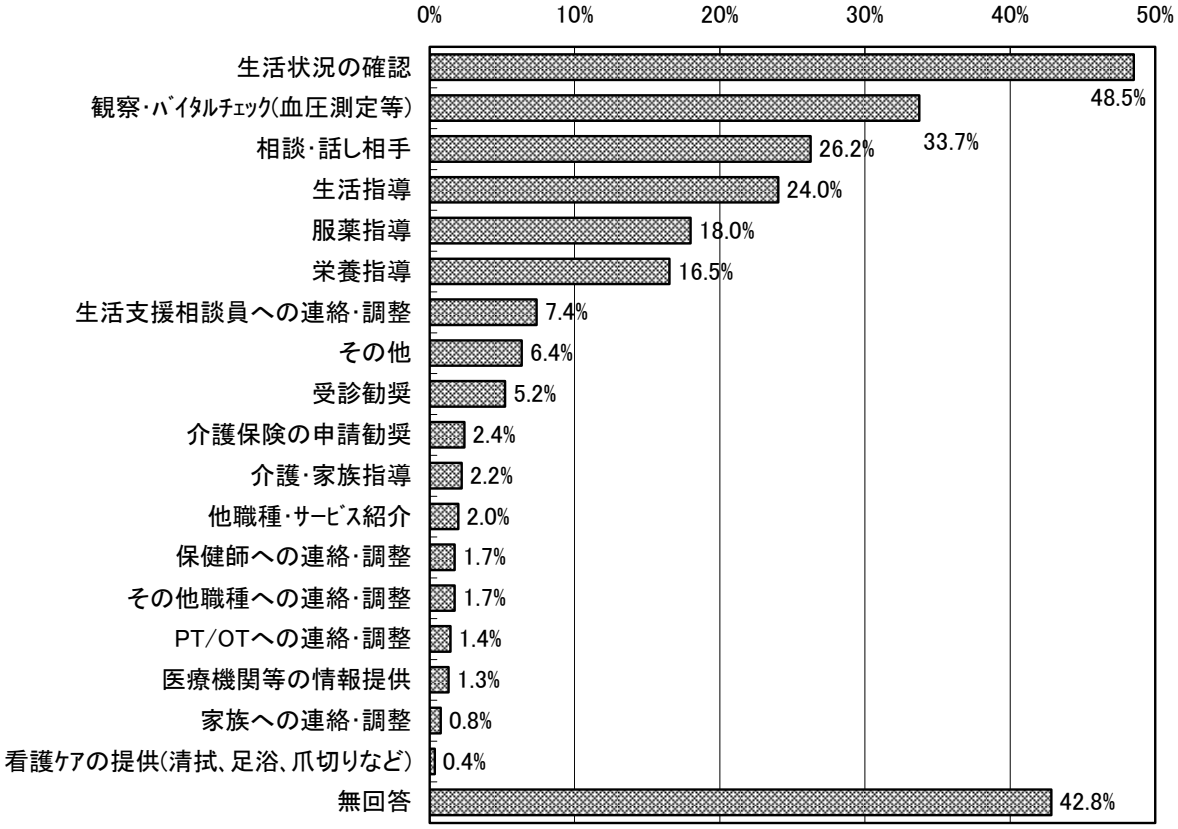
※支援期間、訪問回数の両方に記入があった 601 件で集計した。

(4) 看護師等の支援内容

看護師等の支援内容としては、「生活状況の確認」が 48.5%（810 人）で最も多く、続いて、「観察･ﾊﾞｲﾀﾙﾁｪｯｸ（血圧測定等）」で、33.7%（563 人）だった。「相談･話し相手」26.2%（438 人）と、「生活指導」が 24.0%（401 人）、「服薬指導」が 18.0%（300 人）、「栄養指導」が 16.5%（276 人）だった。

年齢・性別別にみると、多くの項目で、年齢が高くなるほど、割合が高くなった。

図表 55　看護師等の支援内容　（複数回答）　(n=1,669)



図表 56　年齢・性別別　看護師等の支援内容　（複数回答）

	合計	観察・ﾊﾞｲﾀﾙﾁｪｯｸ(血圧測定等)	生活状況の確認	生活指導	服薬指導	栄養指導	受診勧奨	医療機関等の情報提供	他職種・ｻｰﾋﾞｽ紹介	看護ｹｱの提供(清拭、足浴、爪切りなど)	相談・話し相手
全体	1,669	563	810	401	300	276	87	22	33	6	438
	100.0%	33.7%	48.5%	24.0%	18.0%	16.5%	5.2%	1.3%	2.0%	0.4%	26.2%
19歳以下(小計)	262	2	63	4	0	2	1	0	0	0	6
	100.0%	0.8%	24.0%	1.5%	0.0%	0.8%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%
→男性	131	0	31	4	0	0	1	0	0	0	1
	100.0%	0.0%	23.7%	3.1%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%
→女性	131	2	32	0	0	2	0	0	0	0	5
	100.0%	1.5%	24.4%	0.0%	0.0%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.8%
20歳代(小計)	127	1	19	2	2	0	0	0	0	0	2
	100.0%	0.8%	15.0%	1.6%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%
→男性	67	1	13	1	1	0	0	0	0	0	0
	100.0%	1.5%	19.4%	1.5%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
→女性	59	0	6	1	1	0	0	0	0	0	2
	100.0%	0.0%	10.2%	1.7%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.4%
30歳代(小計)	178	9	51	6	4	2	2	0	0	0	8
	100.0%	5.1%	28.7%	3.4%	2.2%	1.1%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	4.5%
→男性	90	2	19	0	1	0	1	0	0	0	1
	100.0%	2.2%	21.1%	0.0%	1.1%	0.0%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%
→女性	88	7	32	6	3	2	1	0	0	0	7
	100.0%	8.0%	36.4%	6.8%	3.4%	2.3%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	8.0%
40歳代(小計)	194	23	73	17	7	9	5	3	0	0	19
	100.0%	11.9%	37.6%	8.8%	3.6%	4.6%	2.6%	1.5%	0.0%	0.0%	9.8%
→男性	99	8	35	6	3	3	2	1	0	0	5
	100.0%	8.1%	35.4%	6.1%	3.0%	3.0%	2.0%	1.0%	0.0%	0.0%	5.1%
→女性	95	15	38	11	4	6	3	2	0	0	14
	100.0%	15.8%	40.0%	11.6%	4.2%	6.3%	3.2%	2.1%	0.0%	0.0%	14.7%
50歳代(小計)	221	43	90	34	21	18	2	2	1	0	26
	100.0%	19.5%	40.7%	15.4%	9.5%	8.1%	0.9%	0.9%	0.5%	0.0%	11.8%
→男性	122	20	47	13	10	9	1	2	1	0	8
	100.0%	16.4%	38.5%	10.7%	8.2%	7.4%	0.8%	1.6%	0.8%	0.0%	6.6%
→女性	99	23	43	21	11	9	1	0	0	0	18
	100.0%	23.2%	43.4%	21.2%	11.1%	9.1%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	18.2%
60歳代(小計)	307	166	193	125	86	88	25	4	5	1	114
	100.0%	54.1%	62.9%	40.7%	28.0%	28.7%	8.1%	1.3%	1.6%	0.3%	37.1%
→男性	153	70	93	57	39	37	11	1	1	1	45
	100.0%	45.8%	60.8%	37.3%	25.5%	24.2%	7.2%	0.7%	0.7%	0.7%	29.4%
→女性	154	96	100	68	47	51	14	3	4	0	69
	100.0%	62.3%	64.9%	44.2%	30.5%	33.1%	9.1%	1.9%	2.6%	0.0%	44.8%

（続き）

	合計	観察・ﾊﾞｲﾀﾙﾁｪｯｸ(血圧測定等)	生活状況の確認	生活指導	服薬指導	栄養指導	受診勧奨	医療機関等の情報提供	他職種・ｻｰﾋﾞｽ紹介	看護ｹｱの提供(清拭、足浴、爪切りなど)	相談・話し相手
70歳代(小計)	259 100.0%	210 81.1%	215 83.0%	150 57.9%	121 46.7%	114 44.0%	35 13.5%	11 4.2%	15 5.8%	4 1.5%	171 66.0%
→男性	119 100.0%	91 76.5%	95 79.8%	64 53.8%	52 43.7%	47 39.5%	18 15.1%	4 3.4%	8 6.7%	3 2.5%	69 58.0%
→女性	140 100.0%	119 85.0%	120 85.7%	86 61.4%	69 49.3%	67 47.9%	17 12.1%	7 5.0%	7 5.0%	1 0.7%	102 72.9%
80歳代(小計)	110 100.0%	100 90.9%	98 89.1%	59 53.6%	55 50.0%	40 36.4%	17 15.5%	2 1.8%	11 10.0%	1 0.9%	83 75.5%
→男性	35 100.0%	31 88.6%	31 88.6%	18 51.4%	15 42.9%	11 31.4%	6 17.1%	0 0.0%	4 11.4%	0 0.0%	26 74.3%
→女性	75 100.0%	69 92.0%	67 89.3%	41 54.7%	40 53.3%	29 38.7%	11 14.7%	2 2.7%	7 9.3%	1 1.3%	57 76.0%
90歳以上(小計)	9 100.0%	9 100.0%	7 77.8%	4 44.4%	4 44.4%	3 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 11.1%	0 0.0%	9 100.0%
→男性	2 100.0%	2 100.0%	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	2 100.0%
→女性	7 100.0%	7 100.0%	6 85.7%	3 42.9%	4 57.1%	2 28.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%

（続き）

	合計	介護保険の申請勧奨	介護・家族指導	生活支援相談員への連絡・調整	家族への連絡・調整	保健師への連絡・調整	PT/OTへの連絡・調整	その他職種への連絡・調整	その他	無回答
全体	1,669 100.0%	40 2.4%	37 2.2%	123 7.4%	13 0.8%	29 1.7%	24 1.4%	29 1.7%	106 6.4%	715 42.8%
19歳以下(小計)	262 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%	2 0.8%	12 4.6%	186 71.0%
→男性	131 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.8%	0 0.0%	2 1.5%	7 5.3%	92 70.2%
→女性	131 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 3.8%	94 71.8%
20歳代(小計)	127 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.6%	1 0.8%	1 0.8%	0 0.0%	1 0.8%	14 11.0%	93 73.2%
→男性	67 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.5%	8 11.9%	46 68.7%
→女性	59 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.7%	1 1.7%	1 1.7%	0 0.0%	0 0.0%	6 10.2%	46 78.0%

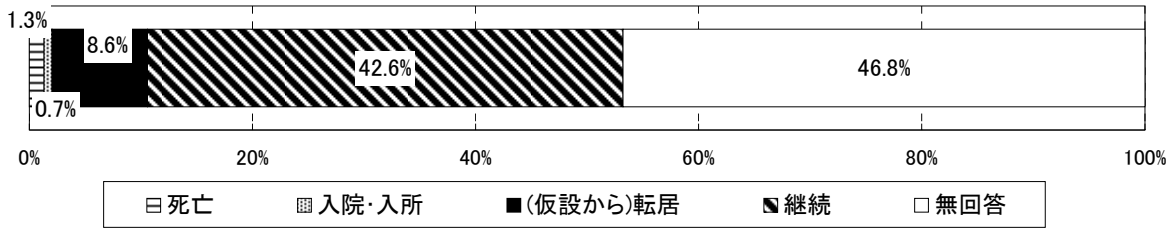
（続き）

	合計	介護保険の申請勧奨	介護・家族指導	生活支援相談員への連絡・調整	家族への連絡・調整	保健師への連絡・調整	PT/OTへの連絡・調整	その他職種への連絡・調整	その他	無回答
30歳代（小計）	178 100.0%	0 0.0%	1 0.6%	1 0.6%	0 0.0%	1 0.6%	0 0.0%	1 0.6%	16 9.0%	109 61.2%
→男性	90 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 8.9%	62 68.9%
→女性	88 100.0%	0 0.0%	1 1.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.1%	0 0.0%	1 1.1%	8 9.1%	47 53.4%
40歳代（小計）	194 100.0%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.5%	0 0.0%	2 1.0%	0 0.0%	0 0.0%	19 9.8%	101 52.1%
→男性	99 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.0%	0 0.0%	1 1.0%	0 0.0%	0 0.0%	13 13.1%	53 53.5%
→女性	95 100.0%	0 0.0%	1 1.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.1%	0 0.0%	0 0.0%	6 6.3%	48 50.5%
50歳代（小計）	221 100.0%	0 0.0%	1 0.5%	9 4.1%	1 0.5%	3 1.4%	1 0.5%	3 1.4%	15 6.8%	117 52.9%
→男性	122 100.0%	0 0.0%	1 0.8%	6 4.9%	0 0.0%	2 1.6%	1 0.8%	2 1.6%	11 9.0%	65 53.3%
→女性	99 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 3.0%	1 1.0%	1 1.0%	0 0.0%	1 1.0%	4 4.0%	52 52.5%
60歳代（小計）	307 100.0%	4 1.3%	9 2.9%	22 7.2%	4 1.3%	9 2.9%	3 1.0%	8 2.6%	14 4.6%	80 26.1%
→男性	153 100.0%	1 0.7%	4 2.6%	8 5.2%	2 1.3%	4 2.6%	0 0.0%	7 4.6%	8 5.2%	45 29.4%
→女性	154 100.0%	3 1.9%	5 3.2%	14 9.1%	2 1.3%	5 3.2%	3 1.9%	1 0.6%	6 3.9%	35 22.7%
70歳代（小計）	259 100.0%	13 5.0%	10 3.9%	50 19.3%	1 0.4%	8 3.1%	8 3.1%	10 3.9%	10 3.9%	23 8.9%
→男性	119 100.0%	6 5.0%	5 4.2%	22 18.5%	1 0.8%	2 1.7%	1 0.8%	5 4.2%	5 4.2%	13 10.9%
→女性	140 100.0%	7 5.0%	5 3.6%	28 20.0%	0 0.0%	6 4.3%	7 5.0%	5 3.6%	5 3.6%	10 7.1%
80歳代（小計）	110 100.0%	21 19.1%	12 10.9%	37 33.6%	5 4.5%	4 3.6%	11 10.0%	3 2.7%	6 5.5%	5 4.5%
→男性	35 100.0%	6 17.1%	4 11.4%	14 40.0%	2 5.7%	2 5.7%	3 8.6%	1 2.9%	2 5.7%	1 2.9%
→女性	75 100.0%	15 20.0%	8 10.7%	23 30.7%	3 4.0%	2 2.7%	8 10.7%	2 2.7%	4 5.3%	4 5.3%
90歳以上（小計）	9 100.0%	2 22.2%	3 33.3%	1 11.1%	1 11.1%	0 0.0%	1 11.1%	1 11.1%	0 0.0%	0 0.0%
→男性	2 100.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
→女性	7 100.0%	1 14.3%	2 28.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 14.3%	0 0.0%	0 0.0%

(5) 看護支援後の転帰

看護支援後の転帰については、「継続」が 42.6%（711 人）と最も多かった。

図表 57　看護支援後の転帰　(n=1,669)



図表 58　年齢・性別別　看護支援後の転帰

	合計	死亡	入院・入所	(仮設から)転居	継続	無回答
全体	1,669 100.0%	22 1.3%	12 0.7%	143 8.6%	711 42.6%	781 46.8%
19 歳以下(小計)	262 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	28 10.7%	58 22.1%	176 67.2%
→男性	131 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	14 10.7%	34 26.0%	83 63.4%
→女性	131 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	14 10.7%	24 18.3%	93 71.0%
20 歳代(小計)	127 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	11 8.7%	28 22.0%	88 69.3%
→男性	67 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 4.5%	16 23.9%	48 71.6%
→女性	59 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 13.6%	12 20.3%	39 66.1%
30 歳代(小計)	178 100.0%	1 0.6%	0 0.0%	15 8.4%	38 21.3%	124 69.7%
→男性	90 100.0%	1 1.1%	0 0.0%	7 7.8%	19 21.1%	63 70.0%
→女性	88 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 9.1%	19 21.6%	61 69.3%
40 歳代(小計)	194 100.0%	0 0.0%	1 0.5%	19 9.8%	57 29.4%	117 60.3%
→男性	99 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	12 12.1%	24 24.2%	63 63.6%
→女性	95 100.0%	0 0.0%	1 1.1%	7 7.4%	33 34.7%	54 56.8%

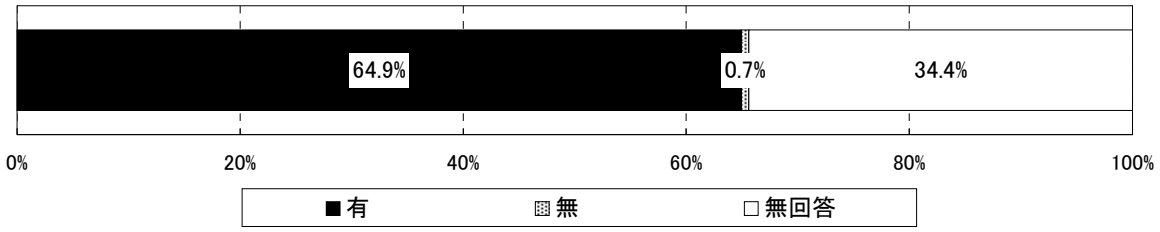
（続き）

	合計	死亡	入院・入所	（仮設から）転居	継続	無回答
50 歳代（小計）	221 100.0%	2 0.9%	0 0.0%	17 7.7%	74 33.5%	128 57.9%
→男性	122 100.0%	2 1.6%	0 0.0%	5 4.1%	44 36.1%	71 58.2%
→女性	99 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	12 12.1%	30 30.3%	57 57.6%
60 歳代（小計）	307 100.0%	3 1.0%	1 0.3%	27 8.8%	174 56.7%	102 33.2%
→男性	153 100.0%	3 2.0%	0 0.0%	13 8.5%	82 53.6%	55 35.9%
→女性	154 100.0%	0 0.0%	1 0.6%	14 9.1%	92 59.7%	47 30.5%
70 歳代（小計）	259 100.0%	9 3.5%	6 2.3%	18 6.9%	192 74.1%	34 13.1%
→男性	119 100.0%	8 6.7%	3 2.5%	9 7.6%	75 63.0%	24 20.2%
→女性	140 100.0%	1 0.7%	3 2.1%	9 6.4%	117 83.6%	10 7.1%
80 歳代（小計）	110 100.0%	7 6.4%	3 2.7%	7 6.4%	82 74.5%	11 10.0%
→男性	35 100.0%	3 8.6%	1 2.9%	3 8.6%	26 74.3%	2 5.7%
→女性	75 100.0%	4 5.3%	2 2.7%	4 5.3%	56 74.7%	9 12.0%
90 歳以上（小計）	9 100.0%	0 0.0%	1 11.1%	0 0.0%	8 88.9%	0 0.0%
→男性	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%
→女性	7 100.0%	0 0.0%	1 14.3%	0 0.0%	6 85.7%	0 0.0%

(6) 看護師等以外の他者の関わり

看護師等以外の他者の関わりが「有」が 64.9%（1,084 人）、「無」が 0.7%（11 人）で、ほとんどの人が、看護師等以外の他者の関わりがあった。

図表 59　看護師等以外の他者との関わり　(n=1,669)



看護師等以外の他者の関わりが無かった人は、男性６人、女性５人だった。

図表 60　看護師等以外の他者との関わりが無い人の性別　(n=11)

単位：人

男性	女性	計
6	5	11

年齢は表のとおり。

図表 61　看護師等以外他者との関わりが無い人の年齢分布　(n=11)

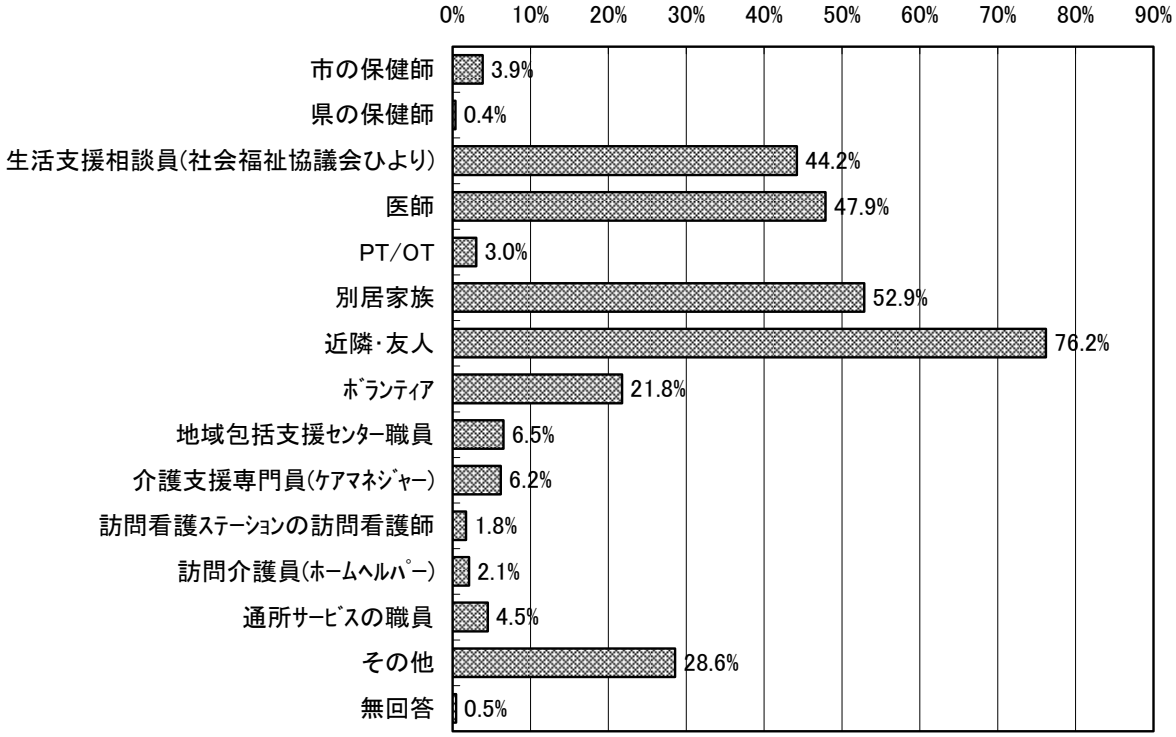
単位：人

19 歳以下	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代	計
2	0	1	1	2	2	3	11

① 関わった人

看護師等以外の他者の関わりがあった 1,084 人について、関わった人は、「近隣･友人」が 76.2%（826 人）と最も高く、続いて「別居家族」52.9%（573 人）、「医師」（47.9%（519 人）、「生活支援相談員(社会福祉協議会ひより)」44.2%（479 人）が比較的高かった。「ボランティア」が 21.8%（236 人）となっている。

図表 62　関わった人　（複数回答）　(n=1,084)



フォーマルな関わりをしている人を年齢・性別別にみると、市の保健師は少数であるが全年齢、性別にほぼ関わっており、県の保健師は 4 人にのみ関わっていた。訪問看護ステーションは少数であるが 30 代～80 代までに関わっていた。地域包括支援センターは、高齢者を対象とした活動が原則だが、19 歳未満や 50 代の人にも支援していることがわかる。社会福祉協議会の生活支援相談員も全年齢層に関わっているが、特に高齢者への関わりが大きい。医師、ＰＴ・ＯＴは、高齢になるほど関わっている割合が多くなっている。

別居家族や近隣･友人、ボランティアなど、インフォーマルな関わりをもつ人々は、全年齢・性別の人々に関わっていた。

図表 63　年齢・性別別　関わった人

	合計	市の保健師	県の保健師	生活支援相談員(社会福祉協議会ひより)	医師	PT/OT	別居家族	近隣・友人	ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ
全体	1,084 100.0%	42 3.9%	4 0.4%	479 44.2%	519 47.9%	33 3.0%	573 52.9%	826 76.2%	236 21.8%
19 歳以下(小計)	138 100.0%	4 2.9%	0 0.0%	16 11.6%	3 2.2%	0 0.0%	50 36.2%	102 73.9%	4 2.9%
→男性	74 100.0%	2 2.7%	0 0.0%	4 5.4%	3 4.1%	0 0.0%	27 36.5%	55 74.3%	2 2.7%
→女性	64 100.0%	2 3.1%	0 0.0%	12 18.8%	0 0.0%	0 0.0%	23 35.9%	47 73.4%	2 3.1%
20 歳代(小計)	45 100.0%	4 8.9%	0 0.0%	10 22.2%	2 4.4%	0 0.0%	24 53.3%	30 66.7%	3 6.7%
→男性	29 100.0%	1 3.4%	0 0.0%	5 17.2%	1 3.4%	0 0.0%	15 51.7%	16 55.2%	1 3.4%
→女性	16 100.0%	3 18.8%	0 0.0%	5 31.3%	1 6.3%	0 0.0%	9 56.3%	14 87.5%	2 12.5%
30 歳代(小計)	94 100.0%	1 1.1%	0 0.0%	24 25.5%	12 12.8%	0 0.0%	52 55.3%	59 62.8%	7 7.4%
→男性	40 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	10 25.0%	1 2.5%	0 0.0%	23 57.5%	24 60.0%	5 12.5%
→女性	54 100.0%	1 1.9%	0 0.0%	14 25.9%	11 20.4%	0 0.0%	29 53.7%	35 64.8%	2 3.7%
40 歳代(小計)	111 100.0%	2 1.8%	1 0.9%	32 28.8%	25 22.5%	1 0.9%	55 49.5%	77 69.4%	8 7.2%
→男性	54 100.0%	0 0.0%	1 1.9%	12 22.2%	12 22.2%	0 0.0%	22 40.7%	36 66.7%	4 7.4%
→女性	57 100.0%	2 3.5%	0 0.0%	20 35.1%	13 22.8%	1 1.8%	33 57.9%	41 71.9%	4 7.0%
50 歳代(小計)	113 100.0%	3 2.7%	0 0.0%	39 34.5%	43 38.1%	2 1.8%	50 44.2%	84 74.3%	19 16.8%
→男性	65 100.0%	2 3.1%	0 0.0%	22 33.8%	24 36.9%	2 3.1%	26 40.0%	44 67.7%	6 9.2%
→女性	48 100.0%	1 2.1%	0 0.0%	17 35.4%	19 39.6%	0 0.0%	24 50.0%	40 83.3%	13 27.1%
60 歳代(小計)	236 100.0%	14 5.9%	0 0.0%	120 50.8%	149 63.1%	5 2.1%	119 50.4%	184 78.0%	71 30.1%
→男性	109 100.0%	7 6.4%	0 0.0%	51 46.8%	64 58.7%	0 0.0%	50 45.9%	81 74.3%	27 24.8%
→女性	127 100.0%	7 5.5%	0 0.0%	69 54.3%	85 66.9%	5 3.9%	69 54.3%	103 81.1%	44 34.6%

（続き）

	合計	市の保健師	県の保健師	生活支援相談員(社会福祉協議会ひより)	医師	PT/OT	別居家族	近隣・友人	ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ
70歳代(小計)	233 100.0%	10 4.3%	3 1.3%	149 63.9%	189 81.1%	10 4.3%	152 65.2%	204 87.6%	90 38.6%
→男性	103 100.0%	2 1.9%	2 1.9%	65 63.1%	85 82.5%	3 2.9%	65 63.1%	90 87.4%	34 33.0%
→女性	130 100.0%	8 6.2%	1 0.8%	84 64.6%	104 80.0%	7 5.4%	87 66.9%	114 87.7%	56 43.1%
80歳代(小計)	104 100.0%	3 2.9%	0 0.0%	83 79.8%	87 83.7%	14 13.5%	64 61.5%	77 74.0%	32 30.8%
→男性	34 100.0%	1 2.9%	0 0.0%	26 76.5%	28 82.4%	5 14.7%	20 58.8%	23 67.6%	9 26.5%
→女性	70 100.0%	2 2.9%	0 0.0%	57 81.4%	59 84.3%	9 12.9%	44 62.9%	54 77.1%	23 32.9%
90歳以上(小計)	9 100.0%	1 11.1%	0 0.0%	6 66.7%	8 88.9%	1 11.1%	6 66.7%	8 88.9%	2 22.2%
→男性	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	2 100.0%	1 50.0%
→女性	7 100.0%	1 14.3%	0 0.0%	4 57.1%	7 100.0%	0 0.0%	5 71.4%	6 85.7%	1 14.3%

（続き）

	合計	地域包括支援ｾﾝﾀｰ職員	介護支援専門員(ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ)	訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの訪問看護師	訪問介護員(ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ)	通所ｻｰﾋﾞｽの職員	その他	無回答
全体	1,084 100.0%	71 6.5%	67 6.2%	19 1.8%	23 2.1%	49 4.5%	310 28.6%	5 0.5%
19 歳以下(小計)	138 100.0%	1 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	75 54.3%	0 0.0%
→男性	74 100.0%	1 1.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	44 59.5%	0 0.0%
→女性	64 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	31 48.4%	0 0.0%
20 歳代(小計)	45 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	19 42.2%	1 2.2%
→男性	29 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	15 51.7%	1 3.4%
→女性	16 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 25.0%	0 0.0%
30 歳代(小計)	94 100.0%	0 0.0%	2 2.1%	1 1.1%	1 1.1%	3 3.2%	37 39.4%	0 0.0%
→男性	40 100.0%	0 0.0%	1 2.5%	1 2.5%	1 2.5%	1 2.5%	15 37.5%	0 0.0%
→女性	54 100.0%	0 0.0%	1 1.9%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.7%	22 40.7%	0 0.0%
40 歳代(小計)	111 100.0%	0 0.0%	1 0.9%	1 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	50 45.0%	0 0.0%
→男性	54 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.9%	0 0.0%	0 0.0%	26 48.1%	0 0.0%
→女性	57 100.0%	0 0.0%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	24 42.1%	0 0.0%
50 歳代(小計)	113 100.0%	3 2.7%	2 1.8%	2 1.8%	2 1.8%	1 0.9%	42 37.2%	0 0.0%
→男性	65 100.0%	3 4.6%	2 3.1%	2 3.1%	2 3.1%	1 1.5%	27 41.5%	0 0.0%
→女性	48 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	15 31.3%	0 0.0%
60 歳代(小計)	236 100.0%	11 4.7%	10 4.2%	1 0.4%	2 0.8%	3 1.3%	46 19.5%	4 1.7%
→男性	109 100.0%	6 5.5%	4 3.7%	0 0.0%	0 0.0%	3 2.8%	26 23.9%	3 2.8%
→女性	127 100.0%	5 3.9%	6 4.7%	1 0.8%	2 1.6%	0 0.0%	20 15.7%	1 0.8%

（続き）

	合計	地域包括支援ｾﾝﾀｰ職員	介護支援専門員(ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ)	訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの訪問看護師	訪問介護員(ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ)	通所ｻｰﾋﾞｽの職員	その他	無回答
70 歳代（小計）	233 100.0%	27 11.6%	25 10.7%	10 4.3%	10 4.3%	12 5.2%	34 14.6%	0 0.0%
→男性	103 100.0%	11 10.7%	13 12.6%	6 5.8%	5 4.9%	4 3.9%	18 17.5%	0 0.0%
→女性	130 100.0%	16 12.3%	12 9.2%	4 3.1%	5 3.8%	8 6.2%	16 12.3%	0 0.0%
80 歳代（小計）	104 100.0%	26 25.0%	21 20.2%	4 3.8%	8 7.7%	24 23.1%	7 6.7%	0 0.0%
→男性	34 100.0%	10 29.4%	4 11.8%	3 8.8%	2 5.9%	7 20.6%	2 5.9%	0 0.0%
→女性	70 100.0%	16 22.9%	17 24.3%	1 1.4%	6 8.6%	17 24.3%	5 7.1%	0 0.0%
90 歳以上（小計）	9 100.0%	3 33.3%	6 66.7%	0 0.0%	0 0.0%	6 66.7%	0 0.0%	0 0.0%
→男性	2 100.0%	1 50.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%
→女性	7 100.0%	2 28.6%	4 57.1%	0 0.0%	0 0.0%	5 71.4%	0 0.0%	0 0.0%

３．　継続的に看護支援が行われた人の特徴

看護師等により、継続的な訪問（面会）が行われたかどうかは、原則的には本人の意向によるのではなく、看護師等がその必要性をどのようにアセスメントしたかによって決められた。看護師等が、対象者に、継続的な訪問（面会）による支援の必要性があると考えた場合に、その必要性に応じて、支援を行ったものである。

ここでは、どのような対象者に継続的（合計訪問回数２回以上）な訪問（面会）が行われたのか、また、頻度が高く訪問(面会)された対象者の特徴等はどのようであったのかを整理する。

1）基本属性等

(1) 年齢

年齢別に訪問状況をみたところ、年齢が若いほど合計訪問回数は「無回答」または「１回」が多い。「無回答」は、転記の方法上、無回答となっており、「０回」と解釈できるものである。本人には会っていないが、家族等から状況を確認し、特に継続的な看護支援の必要性がないと、看護師等が判断したものである。「１回」は看護師等が対象者に１回会った上で、継続的な看護支援の必要性がないと判断したものである。

50 歳代では７割程度が「無回答」または「1 回」だった。

60 歳代では、合計訪問回数が「２回以上」が 60.9%と約６割、80 歳以上では、合計訪問回数が「２回以上」は 95.8%と年齢が高くなるほど、２回以上の訪問している割合が高くなった。

図表 64　年齢別　訪問頻度

	合計	合計訪問回数:2 回以上（小計）	（1 か月あたりの訪問頻度）					合計訪問回数：1 回	合計訪問回数：無回答
			1 回未満／月	1 回以上～2 回未満／月	2 回以上～3 回未満／月	3 回以上／月	支援期間不明		
全体	1,669 100.0%	654 39.2%	243 14.6%	226 13.5%	87 5.2%	45 2.7%	53 3.2%	384 23.0%	631 37.8%
19 歳以下	262 100.0%	10 3.8%	5 1.9%	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%	4 1.5%	78 29.8%	174 66.4%
20 歳代	127 100.0%	7 5.5%	4 3.1%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.6%	44 34.6%	76 59.8%
30 歳代	178 100.0%	19 10.7%	9 5.1%	2 1.1%	0 0.0%	1 0.6%	7 3.9%	61 34.3%	98 55.1%
40 歳代	194 100.0%	29 14.9%	13 6.7%	9 4.6%	2 1.0%	0 0.0%	5 2.6%	71 36.6%	94 48.5%
50 歳代	221 100.0%	60 27.1%	26 11.8%	18 8.1%	6 2.7%	2 0.9%	8 3.6%	57 25.8%	104 47.1%
60 歳代	307 100.0%	187 60.9%	97 31.6%	53 17.3%	19 6.2%	7 2.3%	11 3.6%	57 18.6%	63 20.5%
70 歳代	259 100.0%	227 87.6%	70 27.0%	87 33.6%	36 13.9%	23 8.9%	11 4.2%	15 5.8%	17 6.6%
80 歳以上	119 100.0%	114 95.8%	18 15.1%	56 47.1%	23 19.3%	12 10.1%	5 4.2%	1 0.8%	4 3.4%

※合計訪問回数は、看護師等の訪問（面会）回数の総回数である。

１月あたりの訪問頻度は、合計訪問回数÷支援期間により１月あたりの訪問頻度を算出した結果である。合計訪問回数が１回または無回答の場合には１か月あたりの訪問頻度は算出できない。

(2) 性別

「女性」においては「合計訪問回数が２回以上」が 45.8%で、「男性」より継続的に看護支援が行われている割合が高かった。

図表 65　性別別　訪問頻度

	合計	合計訪問回数:2 回以上（小計）	（1 か月あたりの訪問頻度）					合計訪問回数が 1 回	合計訪問回数：無回答
			1 回未満／月	1 回以上～2 回未満／月	2 回以上～3 回未満／月	3 回以上／月	支援期間不明		
全体	1,669 100.0%	654 39.2%	243 14.6%	226 13.5%	87 5.2%	45 2.7%	53 3.2%	384 23.0%	631 37.8%
男性	818 100.0%	265 32.4%	120 14.7%	73 8.9%	25 3.1%	25 3.1%	22 2.7%	209 25.6%	344 42.1%
女性	848 100.0%	388 45.8%	122 14.4%	153 18.0%	62 7.3%	20 2.4%	31 3.7%	174 20.5%	286 33.7%

(3) 家族構成

「単身世帯の 60 歳以上」では合計訪問回数が２回以上の割合は 88.1%、「高齢者世帯（65 歳以上の夫婦のみ)」では 89.2%で、「その他の世帯の 60 歳以上」(69.0%)より、合計訪問回数が２回以上（継続的な看護支援が行われた）の割合が高かった。

図表 66　家族構成別　訪問頻度

	合計	合計訪問回数:2 回以上（再掲）	（1 か月あたりの訪問頻度）					合計訪問回数:1 回	合計訪問回数:無回答
			1 回未満／月	1 回以上～2 回未満／月	2 回以上～3 回未満／月	3 回以上／月	支援期間不明		
全体	1,669 100.0%	654 39.2%	243 14.6%	226 13.5%	87 5.2%	45 2.7%	53 3.2%	384 23.0%	631 37.8%
単身世帯（小計）	174 100.0%	123 70.7%	35 20.1%	43 24.7%	25 14.4%	10 5.7%	10 5.7%	20 11.5%	31 17.8%
単身世帯(60 歳以上)	118 100.0%	104 88.1%	26 22.0%	39 33.1%	24 20.3%	8 6.8%	7 5.9%	8 6.8%	6 5.1%
単身世帯(60 歳未満)	56 100.0%	19 33.9%	9 16.1%	4 7.1%	1 1.8%	2 3.6%	3 5.4%	12 21.4%	25 44.6%
高齢者世帯	166 100.0%	148 89.2%	57 34.3%	48 28.9%	19 11.4%	18 10.8%	6 3.6%	7 4.2%	11 6.6%
その他（小計）	1,282 100.0%	369 28.8%	144 11.2%	131 10.2%	43 3.4%	16 1.2%	35 2.7%	348 27.1%	565 44.1%
その他(60 歳以上)	387 100.0%	267 69.0%	98 25.3%	105 27.1%	35 9.0%	15 3.9%	14 3.6%	55 14.2%	65 16.8%
その他(60 歳未満)	895 100.0%	102 11.4%	46 5.1%	26 2.9%	8 0.9%	1 0.1%	21 2.3%	293 32.7%	500 55.9%

2) 傷病や介助の必要性等

(1) 持病

なんらかの持病がある人では、「合計訪問回数が２回以上」の割合が高く、「持病はない」人に比べて、訪問頻度が高かった。国の医療政策の重点課題となっている五大疾病を持病に持つ人への 2 回以上の訪問の割合が高く、少数ではあるが認知症の訪問頻度が最も高かった。

図表 67　持病別　訪問頻度

	合計	合計訪問回数:2回以上(小計)	(1か月あたりの訪問頻度)					合計訪問回数が1回	合計訪問回数無回答
			1回未満／月	1回以上～2回未満／月	2回以上～3回未満／月	3回以上／月	支援期間不明		
全体	1,669 100.0%	654 39.2%	243 14.6%	226 13.5%	87 5.2%	45 2.7%	53 3.2%	384 23.0%	631 37.8%
高血圧	347 100.0%	292 84.1%	95 27.4%	113 32.6%	46 13.3%	27 7.8%	11 3.2%	19 5.5%	36 10.4%
糖尿病	107 100.0%	88 82.2%	27 25.2%	32 29.9%	18 16.8%	8 7.5%	3 2.8%	8 7.5%	11 10.3%
がん	63 100.0%	57 90.5%	21 33.3%	19 30.2%	12 19.0%	4 6.3%	1 1.6%	1 1.6%	5 7.9%
脳血管疾患	75 100.0%	66 88.0%	18 24.0%	19 25.3%	18 24.0%	8 10.7%	3 4.0%	3 4.0%	6 8.0%
心疾患	107 100.0%	99 92.5%	31 29.0%	34 31.8%	20 18.7%	7 6.5%	7 6.5%	4 3.7%	4 3.7%
精神疾患	35 100.0%	25 71.4%	8 22.9%	8 22.9%	7 20.0%	2 5.7%	0 0.0%	0 0.0%	10 28.6%
認知症	23 100.0%	21 91.3%	5 21.7%	10 43.5%	1 4.3%	4 17.4%	1 4.3%	1 4.3%	1 4.3%
喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	24 100.0%	15 62.5%	6 25.0%	4 16.7%	4 16.7%	0 0.0%	1 4.2%	4 16.7%	5 20.8%
腰痛･関節痛、骨折(後遺症)	118 100.0%	108 91.5%	28 23.7%	52 44.1%	18 15.3%	7 5.9%	3 2.5%	4 3.4%	6 5.1%
不明･その他	801 100.0%	330 41.2%	101 12.6%	121 15.1%	55 6.9%	29 3.6%	24 3.0%	233 29.1%	238 29.7%
持病はない	431 100.0%	48 11.1%	24 5.6%	7 1.6%	1 0.2%	1 0.2%	15 3.5%	100 23.2%	283 65.7%

(2) 介助の要否

介助が必要な人に対しては、介助が不要な人に比べて、訪問頻度が高かった。

図表 68　介助の要否別　訪問頻度

	合計	合計訪問回数:2回以上(小計)	(1か月あたりの訪問頻度)					合計訪問回数が1回	合計訪問回数無回答
			1回未満／月	1回以上～2回未満／月	2回以上～3回未満／月	3回以上／月	支援期間不明		
全体	1,669 100.0%	654 39.2%	243 14.6%	226 13.5%	87 5.2%	45 2.7%	53 3.2%	384 23.0%	631 37.8%
要	54 100.0%	53 98.1%	7 13.0%	27 50.0%	10 18.5%	8 14.8%	1 1.9%	1 1.9%	0 0.0%
否	918 100.0%	538 58.6%	207 22.5%	185 20.2%	73 8.0%	34 3.7%	39 4.2%	266 29.0%	114 12.4%
不明	221 100.0%	22 10.0%	11 5.0%	8 3.6%	1 0.5%	0 0.0%	2 0.9%	20 9.0%	179 81.0%

3) 初回訪問時にアセスメントした看護上の課題と看護支援による課題の安定状況

ここでは継続的に支援している（合計訪問回数が２回以上の）場合、１月あたりの訪問頻度別に状態等の違いを比べた。

(1) 初回訪問時にアセスメントした看護上の課題

いずれの項目も「２回以上３回未満」までは、訪問頻度が高くなるほど、課題とされていた割合が高くなるものの、「３回以上」では、「２回以上３回未満」とほぼ同じ水準、または割合が低くなるものもあった。

「自己管理能力･介護力不足」については、「３回以上」で 71.1%と「２回以上３回未満」の 57.5%に比べて高くなった。この点が課題の場合、頻回の訪問が必要とみられる。

図表 69　訪問頻度別　初回訪問時にアセスメントした看護上の課題

	合計	安否の確認	持病の自己管理状況の確認	潜在的な健康悪化の予防的対応	服薬管理の確認	受診の勧奨または確認の必要性	自己管理能力･介護力不足の支援	(鬱など)精神状態の安定	閉じ(ひき)こもりの危険性の回避	ｱﾙｺｰﾙ依存の危険性の回避	自殺願望･企図の危険性の回避	家庭内不和、DV､虐待防止	食事(買物･調理･意欲)支援	清潔(整容･入浴･洗濯)支援	排泄への支援	移動の支援	無回答
全体	654	568	557	522	469	364	340	97	67	14	3	23	37	21	25	27	20
	100.0%	86.9%	85.2%	79.8%	71.7%	55.7%	52.0%	14.8%	10.2%	2.1%	0.5%	3.5%	5.7%	3.2%	3.8%	4.1%	3.1%
１回未満/月	243	208	197	182	157	118	128	28	19	3	1	5	8	3	8	4	9
	100.0%	85.6%	81.1%	74.9%	64.6%	48.6%	52.7%	11.5%	7.8%	1.2%	0.4%	2.1%	3.3%	1.2%	3.3%	1.6%	3.7%
１回以上～２回未満/月	226	194	209	194	177	135	114	39	29	6	2	9	12	7	8	11	3
	100.0%	85.8%	92.5%	85.8%	78.3%	59.7%	50.4%	17.3%	12.8%	2.7%	0.9%	4.0%	5.3%	3.1%	3.5%	4.9%	1.3%
２回以上～３回未満/月	87	81	85	83	78	64	50	21	11	2	0	4	8	4	4	8	0
	100.0%	93.1%	97.7%	95.4%	89.7%	73.6%	57.5%	24.1%	12.6%	2.3%	0.0%	4.6%	9.2%	4.6%	4.6%	9.2%	0.0%
３回以上/月	45	42	43	41	38	32	32	9	5	1	0	3	8	5	4	4	2
	100.0%	93.3%	95.6%	91.1%	84.4%	71.1%	71.1%	20.0%	11.1%	2.2%	0.0%	6.7%	17.8%	11.1%	8.9%	8.9%	4.4%

※１月あたりの訪問頻度は、合計訪問回数÷支援期間により１月あたりの訪問頻度を算出した結果である。

(2) 看護支援により課題が安定した割合

ほとんどの項目において、訪問頻度が高いほど、安定率が低い傾向がみられる。課題が安定しないため、頻回の訪問が必要となっていると考えられる。

図表 70　訪問頻度別　看護支援により課題が安定した割合

		安否の確認	持病の自己管理状況の確認	潜在的な健康悪化の予防的対応	服薬管理の確認	受診の勧奨または確認の必要性	自己管理能力･介護力不足の支援	(鬱など)精神状態の安定	閉じ(ひき)こもりの危険性の回避	ｱﾙｺｰﾙ依存の危険性の回避	自殺願望･企図の危険性の回避	家庭内不和、DV､虐待防止	食事(買物･調理･意欲)支援	清潔(整容･入浴･洗濯)支援	排泄への支援	移動の支援
全体	課題	568	557	522	469	364	340	97	67	14	3	23	37	21	25	27
	安定	508	364	159	359	257	147	56	42	4	2	10	21	12	15	13
	安定率	89.4%	65.4%	30.5%	76.5%	70.6%	43.2%	57.7%	62.7%	28.6%	66.7%	43.5%	56.8%	57.1%	60.0%	48.1%
1 回未満/月	課題	208	197	182	157	118	128	28	19	3	1	5	8	3	8	4
	安定	190	141	70	130	94	63	19	13	1	0	2	3	1	5	1
	安定率	91.3%	71.6%	38.5%	82.8%	79.7%	49.2%	67.9%	68.4%	33.3%	0.0%	40.0%	37.5%	33.3%	62.5%	25.0%
1 回以上～2 回未満/月	課題	194	209	194	177	135	114	39	29	6	2	9	12	7	8	11
	安定	175	138	56	135	89	51	24	19	3	2	5	8	7	6	7
	安定率	90.2%	66.0%	28.9%	76.3%	65.9%	44.7%	61.5%	65.5%	50.0%	100.0%	55.6%	66.7%	100.0%	75.0%	63.6%
2 回以上～3 回未満/月	課題	81	85	83	78	64	50	21	11	2	0	4	8	4	4	8
	安定	71	50	23	60	48	18	9	5	0	0	1	5	2	2	3
	安定率	87.7%	58.8%	27.7%	76.9%	75.0%	36.0%	42.9%	45.5%	0.0%	－	25.0%	62.5%	50.0%	50.0%	37.5%
3 回以上/月	課題	42	43	41	38	32	32	9	5	1	0	3	8	5	4	4
	安定	32	21	7	22	18	8	4	3	0	0	1	4	1	2	2
	安定率	76.2%	48.8%	17.1%	57.9%	56.3%	25.0%	44.4%	60.0%	0.0%	－	33.3%	50.0%	20.0%	50.0%	50.0%

※「課題」については、転記様式中、該当の項目が課題だった人数。「安定」は、そのうち「安定」した人数。「安定率」は「安定」／「課題」の割合。

4) 看護師等が行う支援の目的・目標と達成状況、達成時期

(1) 看護師等が行う支援の目的・目標

いずれの訪問頻度でも「持病の病状・症状の悪化予防と身体状況の安定」が最も高く、目的・目標とされていた。

いずれの項目も訪問頻度が多くなるほど、目的・目標とされていた割合が高くなった。ただし、「精神状態の安定」「受療環境の整備（受診につなぐ）」は「２回以上３回未満」の場合に最も高かった。

図表 71　訪問頻度別　看護師等が行う支援の目的・目標別

	合計	生活状態（食事･排泄･清潔･移動等）の安定	精神状態の安定	危険性に伴う異常の早期発見	持病の病状･症状の悪化予防と身体状況の安定	家族関係の安定	受療環境の整備（受診につなぐ）	要介護申請につなぐ	介護保険ｻｰﾋﾞｽにつなぐ	他職種に支援を移譲	無回答
全体	654 100.0%	309 47.2%	240 36.7%	423 64.7%	522 79.8%	163 24.9%	63 9.6%	40 6.1%	34 5.2%	12 1.8%	69 10.6%
1 回未満/月	243 100.0%	101 41.6%	70 28.8%	145 59.7%	189 77.8%	47 19.3%	16 6.6%	5 2.1%	5 2.1%	3 1.2%	34 14.0%
1 回以上～2 回未満/月	226 100.0%	108 47.8%	89 39.4%	151 66.8%	192 85.0%	61 27.0%	24 10.6%	16 7.1%	12 5.3%	2 0.9%	14 6.2%
2 回以上～3 回未満/月	87 100.0%	47 54.0%	45 51.7%	73 83.9%	80 92.0%	25 28.7%	11 12.6%	8 9.2%	8 9.2%	1 1.1%	4 4.6%
3 回以上/月	45 100.0%	28 62.2%	19 42.2%	39 86.7%	42 93.3%	18 40.0%	5 11.1%	8 17.8%	6 13.3%	5 11.1%	0 0.0%

(2) 目的・目標の達成状況

「生活状態の安定」「精神状態の安定」「危険性に伴う異常の早期発見」「持病の病状・症状の悪化予防と身体状況の安定」「家族関係の安定」の達成率は、1 月あたり 1 回未満の場合高かった。これは訪問頻度が少なくても達成できている割合が多いと考えられるが、逆に達成していない場合には頻回の訪問が必要となり、なかなか達成されていないことと考えられる。

図表 72　訪問頻度別　目的・目標の達成状況

		生活状態(食事・排泄・清潔・移動等)の安定	精神状態の安定	危険性に伴う異常の早期発見	持病の病状・症状の悪化予防と身体状況の安定	家族関係の安定	受療環境の整備(受診につなぐ)	要介護申請につなぐ	介護保険ｻｰﾋﾞｽにつなぐ	他職種に支援を移譲
全体	目標	309	240	423	522	163	63	40	34	12
	達成	241	171	120	186	125	19	21	20	8
	達成率	78.0%	71.3%	28.4%	35.6%	76.7%	30.2%	52.5%	58.8%	66.7%
1 回未満/月	目標	101	70	145	189	47	16	5	5	3
	達成	88	59	54	90	41	3	3	2	1
	達成率	87.1%	84.3%	37.2%	47.6%	87.2%	18.8%	60.0%	40.0%	33.3%
1 回以上～2 回未満/月	目標	108	89	151	192	61	24	16	12	2
	達成	82	65	39	56	45	5	8	6	2
	達成率	75.9%	73.0%	25.8%	29.2%	73.8%	20.8%	50.0%	50.0%	100.0%
2 回以上～3 回未満/月	目標	47	45	73	80	25	11	8	8	1
	達成	33	22	20	29	18	7	4	6	1
	達成率	70.2%	48.9%	27.4%	36.3%	72.0%	63.6%	50.0%	75.0%	100.0%
3 回以上/月	目標	28	19	39	42	18	5	8	6	5
	達成	14	13	5	8	10	3	4	4	3
	達成率	50.0%	68.4%	12.8%	19.0%	55.6%	60.0%	50.0%	66.7%	60.0%

5) 看護師等による支援の実態

(1) 看護師等の支援内容

「生活状況の確認」および「観察・バイタルチェック（血圧測定等)」がほぼ同じ程度で実施されており、支援内容として、最も実施割合が高かった。次いで、訪問頻度が１か月あたり１回未満では、「生活指導」が 56.4%、「話相手」が 52.7%だった。訪問頻度が１か月あたり１回以上では、「話し相手」が続き、その次に「生活指導」の順番だった。

「３回以上」においては、「生活支援相談員への連絡・調整」が 40.0%で、頻度高く訪問している対象者については、生活支援相談員等、対象者本人だけでなく、関係者と連携した上での支援の割合が高かった。

図表 73　訪問頻度別　看護師等の支援内容

	合計	観察・ﾊﾞｲﾀﾙﾁｪｯｸ(血圧測定等)	生活状況の確認	生活指導	服薬指導	栄養指導	受診勧奨	医療機関等の情報提供
全体	654 100.0%	530 81.0%	559 85.5%	384 58.7%	290 44.3%	268 41.0%	82 12.5%	21 3.2%
1回未満/月	243 100.0%	177 72.8%	194 79.8%	137 56.4%	89 36.6%	82 33.7%	17 7.0%	1 0.4%
1回以上～2回未満/月	226 100.0%	203 89.8%	201 88.9%	136 60.2%	109 48.2%	94 41.6%	29 12.8%	10 4.4%
2回以上～3回未満/月	87 100.0%	81 93.1%	81 93.1%	62 71.3%	52 59.8%	55 63.2%	18 20.7%	6 6.9%
3回以上/月	45 100.0%	43 95.6%	44 97.8%	33 73.3%	28 62.2%	27 60.0%	10 22.2%	0 0.0%

（続き）

	合計	他職種･ｻｰﾋﾞｽ紹介	看護ｹｱの提供(清拭、足浴、爪切りなど)	相談･話し相手	介護保険の申請勧奨	介護･家族指導	生活支援相談員への連絡･調整	家族への連絡･調整
全体	654 100.0%	30 4.6%	6 0.9%	422 64.5%	37 5.7%	37 5.7%	114 17.4%	12 1.8%
1回未満/月	243 100.0%	5 2.1%	1 0.4%	128 52.7%	4 1.6%	5 2.1%	18 7.4%	0 0.0%
1回以上～2回未満/月	226 100.0%	11 4.9%	2 0.9%	170 75.2%	11 4.9%	16 7.1%	52 23.0%	7 3.1%
2回以上～3回未満/月	87 100.0%	5 5.7%	2 2.3%	67 77.0%	8 9.2%	6 6.9%	21 24.1%	2 2.3%
3回以上/月	45 100.0%	7 15.6%	0 0.0%	37 82.2%	9 20.0%	6 13.3%	18 40.0%	3 6.7%

（続き）

	合計	保健師への連絡･調整	PT/OT への連絡･調整	その他職種への連絡･調整	その他	無回答
全体	654 100.0%	26 4.0%	24 3.7%	24 3.7%	23 3.5%	40 6.1%
1 回未満/月	243 100.0%	0 0.0%	2 0.8%	3 1.2%	7 2.9%	18 7.4%
1 回以上～ 2 回未満/月	226 100.0%	12 5.3%	13 5.8%	9 4.0%	4 1.8%	11 4.9%
2 回以上～ 3 回未満/月	87 100.0%	6 6.9%	4 4.6%	4 4.6%	5 5.7%	3 3.4%
3 回以上/月	45 100.0%	6 13.3%	4 8.9%	6 13.3%	4 8.9%	0 0.0%

(2) 看護支援後の転帰

訪問頻度が多くなるほど「死亡」が増え、「2 回以上３回未満」では「入院･入所」が３人いた。

健康上の課題があるとみられる人には、頻度高く訪問したためと考えられる。

図表 74　訪問頻度別　看護支援後の転帰

	合計	死亡	入院･入所	（仮設から）転居	継続	無回答
全体	654 100.0%	16 2.4%	10 1.5%	44 6.7%	511 78.1%	73 11.2%
1 回未満/月	243 100.0%	1 0.4%	0 0.0%	21 8.6%	199 81.9%	22 9.1%
1 回以上～ 2 回未満/月	226 100.0%	4 1.8%	4 1.8%	15 6.6%	181 80.1%	22 9.7%
2 回以上～ 3 回未満/月	87 100.0%	6 6.9%	3 3.4%	2 2.3%	72 82.8%	4 4.6%
3 回以上/月	45 100.0%	4 8.9%	0 0.0%	6 13.3%	32 71.1%	3 6.7%

(3) 看護師等以外の他者の関わり

いずれの訪問頻度でも、ほとんどの人で、看護師等以外の他者の関わりがあった。

図表 75　訪問頻度別　看護師等以外の他者の関わり有無

	合計	有	無	無回答
全体	654 100.0%	612 93.6%	6 0.9%	36 5.5%
1 回未満/月	243 100.0%	233 95.9%	3 1.2%	7 2.9%
1 回以上～ 2 回未満/月	226 100.0%	209 92.5%	3 1.3%	14 6.2%
2 回以上～ 3 回未満/月	87 100.0%	82 94.3%	0 0.0%	5 5.7%
3 回以上/月	45 100.0%	43 95.6%	0 0.0%	2 4.4%

具体的に係わった人としては、いずれの訪問頻度の人においても「近隣・友人」が最も多かった。

「１回未満」の場合は、次いで「医師」66.1%、「別居家族」61.4%、「生活支援相談員（社会福祉協議会ひより）」46.8%だった。

「１回以上２回未満」の場合は、次いで、「医師」84.2%、「生活支援相談員（社会福祉協議会ひより）」71.3%、「別居家族」57.4%だった。この順番は、「２回以上３回未満」「３回以上」でも同様であり、別居家族よりも、生活支援相談員のかかわりのほうが高かった。

さらに、看護師等の訪問頻度が「月２回以上３回未満」「月３回以上」の場合、「ボランティア」のかかわりがそれぞれ 53.7%、51.2%と半数を超えていた。

看護師等の訪問頻度が「月３回以上」の場合、「地域包括支援センター職員」は 25.6%、「介護支援専門員（ケアマネジャー）」も 25.6%と介護関係の関係者も多く係わるようになった。

このように、訪問頻度が高い人に対しては、医療職や介護関係者、社会福祉協議会、ボランティア等、様々な職種の人が係わっており、看護師等の支援内容として、前述のとおり、関係者等への連絡・調整も行われていたことがわかった。

図表 76　訪問頻度別　関わった人

	合計	市の保健師	県の保健師	生活支援相談員(社会福祉協議会ひより)	医師	PT/OT	別居家族	近隣・友人	ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ
全体	612 100.0%	35 5.7%	3 0.5%	381 62.3%	460 75.2%	32 5.2%	380 62.1%	512 83.7%	207 33.8%
1回未満/月	233 100.0%	5 2.1%	0 0.0%	109 46.8%	154 66.1%	3 1.3%	143 61.4%	203 87.1%	67 28.8%
1回以上～2回未満/月	209 100.0%	11 5.3%	2 1.0%	149 71.3%	176 84.2%	15 7.2%	120 57.4%	175 83.7%	66 31.6%
2回以上～3回未満/月	82 100.0%	11 13.4%	0 0.0%	67 81.7%	74 90.2%	7 8.5%	56 68.3%	67 81.7%	44 53.7%
3回以上/月	43 100.0%	7 16.3%	0 0.0%	33 76.7%	38 88.4%	6 14.0%	31 72.1%	38 88.4%	22 51.2%

（続き）

	合計	地域包括支援ｾﾝﾀｰ職員	介護支援専門員(ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ)	訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの訪問看護師	訪問介護員(ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ)	通所ｻｰﾋﾞｽの職員	その他	無回答
全体	612 100.0%	65 10.6%	61 10.0%	14 2.3%	21 3.4%	45 7.4%	88 14.4%	2 0.3%
1回未満/月	233 100.0%	10 4.3%	7 3.0%	1 0.4%	4 1.7%	7 3.0%	31 13.3%	2 0.9%
1回以上～2回未満/月	209 100.0%	27 12.9%	26 12.4%	4 1.9%	9 4.3%	23 11.0%	28 13.4%	0 0.0%
2回以上～3回未満/月	82 100.0%	13 15.9%	11 13.4%	4 4.9%	4 4.9%	8 9.8%	17 20.7%	0 0.0%
3回以上/月	43 100.0%	11 25.6%	11 25.6%	4 9.3%	3 7.0%	5 11.6%	8 18.6%	0 0.0%

４．　持病別の分析

ここでは、持病別に分析を行った。

1）基本属性

(1) 年齢

全体的に、年齢が高くなるほど、持病の割合が高くなる傾向があった

40 歳代以上でみたところ、いずれの年代でも、「高血圧」が最も多かった。

高血圧については、347 人いた。全体の 20.8%だった。50 歳代で 14.0%、60 歳代が 34.5%、70 歳代で 49.8%、80 歳以上で 58.0%だった。

40 歳代～60 歳代では次いで、糖尿病が多かった。

70 歳代では次いで、「心疾患」17.8%、「腰痛・関節痛、骨折（後遺症）」16.6%だった。

80 歳以上では、「腰痛・関節痛、骨折（後遺症）」が 34.5%、「心疾患」が 20.2%だった。

図表 77　年齢別　持病

	合計	高血圧	糖尿病	がん	脳血管疾患	心疾患	精神疾患	認知症
全体	1,669 100.0%	347 20.8%	107 6.4%	63 3.8%	75 4.5%	107 6.4%	35 2.1%	23 1.4%
19 歳以下	262 100.0%	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
20 歳代	127 100.0%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 3.9%	0 0.0%
30 歳代	178 100.0%	1 0.6%	1 0.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 3.9%	0 0.0%
40 歳代	194 100.0%	10 5.2%	8 4.1%	1 0.5%	1 0.5%	3 1.5%	7 3.6%	0 0.0%
50 歳代	221 100.0%	31 14.0%	10 4.5%	9 4.1%	6 2.7%	9 4.1%	3 1.4%	0 0.0%
60 歳代	307 100.0%	106 34.5%	36 11.7%	20 6.5%	20 6.5%	25 8.1%	5 1.6%	1 0.3%
70 歳代	259 100.0%	129 49.8%	38 14.7%	19 7.3%	29 11.2%	46 17.8%	7 2.7%	12 4.6%
80 歳以上	119 100.0%	69 58.0%	13 10.9%	13 10.9%	18 15.1%	24 20.2%	1 0.8%	10 8.4%

（続き）

	合計	喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	腰痛･関節痛､骨折(後遺症)	不明･その他	持病はない	無回答
全体	1,669 100.0%	24 1.4%	118 7.1%	801 48.0%	431 25.8%	77 4.6%
19 歳以下	262 100.0%	8 3.1%	0 0.0%	109 41.6%	120 45.8%	23 8.8%
20 歳代	127 100.0%	1 0.8%	1 0.8%	62 48.8%	52 40.9%	7 5.5%
30 歳代	178 100.0%	1 0.6%	1 0.6%	79 44.4%	79 44.4%	11 6.2%
40 歳代	194 100.0%	0 0.0%	5 2.6%	100 51.5%	64 33.0%	5 2.6%
50 歳代	221 100.0%	3 1.4%	7 3.2%	92 41.6%	65 29.4%	14 6.3%
60 歳代	307 100.0%	3 1.0%	20 6.5%	151 49.2%	37 12.1%	11 3.6%
70 歳代	259 100.0%	6 2.3%	43 16.6%	140 54.1%	12 4.6%	3 1.2%
80 歳以上	119 100.0%	2 1.7%	41 34.5%	68 57.1%	2 1.7%	2 1.7%

(2) 性別

男女別でみても、いずれも「高血圧」が最も多く、男性では 17.7%、女性は 23.8%だった。

図表 78　性別別　持病

	合計	高血圧	糖尿病	がん	脳血管疾患	心疾患	精神疾患	認知症
全体	1,669 100.0%	347 20.8%	107 6.4%	63 3.8%	75 4.5%	107 6.4%	35 2.1%	23 1.4%
男性	818 100.0%	145 17.7%	57 7.0%	32 3.9%	40 4.9%	55 6.7%	11 1.3%	9 1.1%
女性	848 100.0%	202 23.8%	50 5.9%	30 3.5%	35 4.1%	52 6.1%	24 2.8%	14 1.7%

（続き）

	合計	喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	腰痛･関節痛､骨折(後遺症)	不明･その他	持病はない	無回答
全体	1,669 100.0%	24 1.4%	118 7.1%	801 49.9%	431 25.8%	77 4.3%
男性	818 100.0%	12 1.5%	28 3.4%	408 49.9%	211 25.8%	35 4.3%
女性	848 100.0%	12 1.4%	90 10.6%	392 46.2%	220 25.9%	41 4.8%

2) 傷病や介助の必要性等

(1) 受診状況

いずれの持病でも、おおむね医療機関を受診しているものの、心疾患では「受診必要だが、受診していない」が 4.7%（5 人）、認知症では 4.3%（１人）、喘息・アレルギー疾患 4.2%（１人）だった。

「がん」では、「不明」が 6.3%（４人）、「精神疾患」では 11.4%（4 人）、喘息・アレルギー疾患では、33.3%（８人）だった。

図表 79　持病別　受診状況

	合計	医療機関受診中	受診必要だが、受診していない	不明	無回答
全体	1,669 100.0%	641 38.4%	28 1.7%	521 31.2%	479 28.7%
高血圧	347 100.0%	329 94.8%	6 1.7%	10 2.9%	2 0.6%
糖尿病	107 100.0%	103 96.3%	2 1.9%	2 1.9%	0 0.0%
がん	63 100.0%	57 90.5%	1 1.6%	4 6.3%	1 1.6%
脳血管疾患	75 100.0%	70 93.3%	0 0.0%	2 2.7%	3 4.0%
心疾患	107 100.0%	101 94.4%	5 4.7%	0 0.0%	1 0.9%
精神疾患	35 100.0%	28 80.0%	1 2.9%	4 11.4%	2 5.7%
認知症	23 100.0%	21 91.3%	1 4.3%	0 0.0%	1 4.3%
喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	24 100.0%	14 58.3%	1 4.2%	8 33.3%	1 4.2%
腰痛･関節痛、骨折(後遺症)	118 100.0%	108 91.5%	2 1.7%	6 5.1%	2 1.7%
不明･その他	801 100.0%	314 39.2%	16 2.0%	434 54.2%	37 4.6%
持病はない	431 100.0%	2 0.5%	1 0.2%	36 8.4%	392 91.0%
要	54 100.0%	52 96.3%	1 1.9%	1 1.9%	0 0.0%
否	918 100.0%	538 58.6%	23 2.5%	318 34.6%	39 4.2%
不明	221 100.0%	31 14.0%	2 0.9%	178 80.5%	10 4.5%

(2) 服薬状況

いずれの持病でも、おおむね「服薬中」が多かったが、「精神疾患」では「服薬必要だが、服薬管理が不十分」が 8.6%（３人）だった。

図表 80　持病別　服薬状況

	合計	服薬中	服薬必要だが、服薬管理が不十分	特に服薬の必要はない	不明	無回答
全体	1,669 100.0%	587 35.2%	15 0.9%	32 1.9%	555 33.3%	480 28.8%
高血圧	347 100.0%	317 91.4%	10 2.9%	1 0.3%	17 4.9%	2 0.6%
糖尿病	107 100.0%	102 95.3%	1 0.9%	1 0.9%	3 2.8%	0 0.0%
がん	63 100.0%	51 81.0%	2 3.2%	4 6.3%	6 9.5%	0 0.0%
脳血管疾患	75 100.0%	70 93.3%	1 1.3%	0 0.0%	2 2.7%	2 2.7%
心疾患	107 100.0%	99 92.5%	2 1.9%	3 2.8%	3 2.8%	0 0.0%
精神疾患	35 100.0%	25 71.4%	3 8.6%	0 0.0%	6 17.1%	1 2.9%
認知症	23 100.0%	19 82.6%	0 0.0%	0 0.0%	2 8.7%	2 8.7%
喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	24 100.0%	10 41.7%	0 0.0%	1 4.2%	12 50.0%	1 4.2%
腰痛･関節痛、骨折(後遺症)	118 100.0%	99 83.9%	1 0.8%	5 4.2%	13 11.0%	0 0.0%
不明･その他	801 100.0%	283 35.3%	8 1.0%	18 2.2%	451 56.3%	41 5.1%
持病はない	431 100.0%	1 0.2%	0 0.0%	5 1.2%	35 8.1%	390 90.5%

(3) 介助の要否

持病が「認知症」の場合、介助が必要な人が 30.4%（７人）だった。脳血管疾患では 18.7%（14 人）、「がん」では 14.3%（９人）、「腰痛・関節痛、骨折（後遺症）」が 13.6%（16 人）だった。

図表 81　持病別　介助の要否

	合計	要	否	不明	無回答
全体	1,669 100.0%	54 3.2%	918 55.0%	221 13.2%	476 28.5%
高血圧	347 100.0%	22 6.3%	301 86.7%	14 4.0%	10 2.9%
糖尿病	107 100.0%	9 8.4%	94 87.9%	4 3.7%	0 0.0%
がん	63 100.0%	9 14.3%	48 76.2%	4 6.3%	2 3.2%
脳血管疾患	75 100.0%	14 18.7%	52 69.3%	5 6.7%	4 5.3%
心疾患	107 100.0%	10 9.3%	92 86.0%	3 2.8%	2 1.9%
精神疾患	35 100.0%	0 0.0%	30 85.7%	2 5.7%	3 8.6%
認知症	23 100.0%	7 30.4%	12 52.2%	1 4.3%	3 13.0%
喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	24 100.0%	1 4.2%	16 66.7%	5 20.8%	2 8.3%
腰痛･関節痛､骨折(後遺症)	118 100.0%	16 13.6%	90 76.3%	6 5.1%	6 5.1%
不明･その他	801 100.0%	33 4.1%	529 66.0%	182 22.7%	57 7.1%
持病はない	431 100.0%	0 0.0%	62 14.4%	14 3.2%	355 82.4%

(4) コミュニケーション

いずれの持病でも、おおむねコミュニケーションは「良好」が多いが、持病が「認知症」では「不良」が 21.7%（５人)、「喘息・アレルギー疾患」では 12.5%（３人)、「精神疾患」が 11.4%（４人）だった。

図表 82　持病別　コミュニケーション

	合計	良好	不良	不明	無回答
全体	1,669 100.0%	629 37.7%	153 9.2%	417 25.0%	470 28.2%
高血圧	347 100.0%	276 79.5%	29 8.4%	32 9.2%	10 2.9%
糖尿病	107 100.0%	84 78.5%	9 8.4%	13 12.1%	1 0.9%
がん	63 100.0%	47 74.6%	5 7.9%	9 14.3%	2 3.2%
脳血管疾患	75 100.0%	59 78.7%	3 4.0%	7 9.3%	6 8.0%
心疾患	107 100.0%	94 87.9%	4 3.7%	7 6.5%	2 1.9%
精神疾患	35 100.0%	22 62.9%	4 11.4%	6 17.1%	3 8.6%
認知症	23 100.0%	14 60.9%	5 21.7%	1 4.3%	3 13.0%
喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	24 100.0%	11 45.8%	3 12.5%	8 33.3%	2 8.3%
腰痛･関節痛､骨折(後遺症)	118 100.0%	105 89.0%	6 5.1%	5 4.2%	2 1.7%
不明･その他	801 100.0%	334 41.7%	97 12.1%	319 39.8%	51 6.4%
持病はない	431 100.0%	41 9.5%	5 1.2%	29 6.7%	356 82.6%

3) 初回訪問時にアセスメントした看護上の課題と看護支援による課題の安定状況

(1) 初回訪問時にアセスメントした看護上の課題

持病別で、特徴的な点としては、「心疾患」「認知症」「糖尿病」の人において、「服薬管理の確認」の割合が他の持病より高かった。また、「がん」「認知症」では「自己管理能力・介護力不足の支援」が課題の割合も他より高かった。

「精神疾患」では、「精神状態の安定」「閉じ（引き）こもりの危険性の回避」の割合が他の持病より高かった。

「認知症」では「食事支援」「清潔支援」「排泄への支援」「移動への支援」が他の持病より高かった。

図表 83　持病別　初回訪問時にアセスメントした看護上の課題

	合計	安否の確認	持病の自己管理状況の確認	潜在的な健康悪化の予防的対応	服薬管理の確認	受診の勧奨または確認の必要性	自己管理能力・介護力不足の支援	(鬱など)精神状態の安定	閉じ（ひき）こもりの危険性の回避
全体	1,669 100.0%	1,226 73.5%	647 38.8%	588 35.2%	532 31.9%	409 24.5%	395 23.7%	106 6.4%	68 4.1%
高血圧	347 100.0%	295 85.0%	316 91.1%	292 84.1%	281 81.0%	203 58.5%	181 52.2%	36 10.4%	21 6.1%
糖尿病	107 100.0%	91 85.0%	101 94.4%	91 85.0%	88 82.2%	68 63.6%	63 58.9%	10 9.3%	9 8.4%
がん	63 100.0%	54 85.7%	59 93.7%	57 90.5%	49 77.8%	42 66.7%	40 63.5%	15 23.8%	3 4.8%
脳血管疾患	75 100.0%	67 89.3%	67 89.3%	64 85.3%	59 78.7%	48 64.0%	40 53.3%	10 13.3%	10 13.3%
心疾患	107 100.0%	96 89.7%	102 95.3%	101 94.4%	90 84.1%	70 65.4%	60 56.1%	11 10.3%	11 10.3%
精神疾患	35 100.0%	30 85.7%	30 85.7%	25 71.4%	27 77.1%	20 57.1%	14 40.0%	20 57.1%	8 22.9%
認知症	23 100.0%	19 82.6%	20 87.0%	19 82.6%	19 82.6%	12 52.2%	16 69.6%	6 26.1%	2 8.7%
喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	24 100.0%	23 95.8%	17 70.8%	16 66.7%	14 58.3%	12 50.0%	6 25.0%	0 0.0%	2 8.3%
腰痛・関節痛､骨折(後遺症)	118 100.0%	102 86.4%	113 95.8%	108 91.5%	91 77.1%	66 55.9%	67 56.8%	15 12.7%	9 7.6%
不明･その他	801 100.0%	671 83.8%	323 40.3%	297 37.1%	266 33.2%	213 26.6%	197 24.6%	52 6.5%	35 4.4%
持病はない	431 100.0%	214 49.7%	5 1.2%	7 1.6%	2 0.5%	2 0.5%	25 5.8%	6 1.4%	3 0.7%

（続き）

	合計	ｱﾙｺｰﾙ依存の危険性の回避	自殺願望・企図の危険性の回避	家庭内不和、DV、虐待防止	食事（買物・調理・意欲）支援	清潔（整容・入浴・洗濯）支援	排泄への支援	移動の支援	無回答
全体	1,669 100.0%	15 0.9%	4 0.2%	25 1.5%	39 2.3%	21 1.3%	25 1.5%	29 1.7%	369 22.1%
高血圧	347 100.0%	6 1.7%	0 0.0%	10 2.9%	12 3.5%	5 1.4%	10 2.9%	11 3.2%	14 4.0%
糖尿病	107 100.0%	0 0.0%	1 0.9%	4 3.7%	11 10.3%	4 3.7%	3 2.8%	5 4.7%	1 0.9%
がん	63 100.0%	4 6.3%	0 0.0%	3 4.8%	4 6.3%	1 1.6%	4 6.3%	1 1.6%	3 4.8%
脳血管疾患	75 100.0%	1 1.3%	1 1.3%	2 2.7%	8 10.7%	6 8.0%	7 9.3%	9 12.0%	4 5.3%
心疾患	107 100.0%	4 3.7%	1 0.9%	3 2.8%	6 5.6%	4 3.7%	4 3.7%	5 4.7%	2 1.9%
精神疾患	35 100.0%	1 2.9%	2 5.7%	5 14.3%	1 2.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.9%
認知症	23 100.0%	1 4.3%	0 0.0%	3 13.0%	6 26.1%	4 17.4%	6 26.1%	4 17.4%	1 4.3%
喘息・ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	24 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.2%	1 4.2%	1 4.2%	0 0.0%	0 0.0%
腰痛・関節痛、骨折（後遺症）	118 100.0%	2 1.7%	0 0.0%	5 4.2%	6 5.1%	4 3.4%	2 1.7%	12 10.2%	1 0.8%
不明・その他	801 100.0%	7 0.9%	0 0.0%	12 1.5%	19 2.4%	14 1.7%	18 2.2%	15 1.9%	90 11.2%
持病はない	431 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	215 49.9%

(2) 看護支援による課題の安定

課題の安定率が低かったのは、「脳血管疾患」の「潜在的な健康悪化の予防的対応」(15.6%)、同じく「認知症」の「潜在的な健康悪化の予防的対応」(15.8%)。また、「糖尿病」の「自己管理能力・介護力不足の支援」(31.7%)、「食事(買物・調理・意欲)支援」(27.3%)も比較的低かった。

図表 84　持病別　看護支援による課題の安定

		安否の確認	持病の自己管理状況の確認	潜在的な健康悪化の予防的対応	服薬管理の確認	受診の勧奨または確認の必要性	自己管理能力・介護力不足の支援	(鬱など)精神状態の安定	閉じ(ひき)こもりの危険性の回避	アルコール依存の危険性の回避	自殺願望・企図の危険性の回避	家庭内不和、DV、虐待防止	食事(買物・調理・意欲)支援	清潔(整容・入浴・洗濯)支援	排泄への支援	移動の支援
全体	課題	1,226	647	588	532	409	395	106	68	15	4	25	39	21	25	29
	安定	1,135	410	167	395	278	158	56	42	5	2	11	21	12	15	15
	安定率	92.6%	63.4%	28.4%	74.2%	68.0%	40.0%	52.8%	61.8%	33.3%	50.0%	44.0%	53.8%	57.1%	60.0%	51.7%
高血圧	課題	295	316	292	281	203	181	36	21	6	0	10	12	5	10	11
	安定	263	203	85	212	148	74	26	15	2	0	4	9	3	7	7
	安定率	89.2%	64.2%	29.1%	75.4%	72.9%	40.9%	72.2%	71.4%	33.3%	－	40.0%	75.0%	60.0%	70.0%	63.6%
糖尿病	課題	91	101	91	88	68	63	10	9	0	1	4	11	4	3	5
	安定	78	58	30	66	52	20	5	6	0	0	1	3	3	1	3
	安定率	85.7%	57.4%	33.0%	75.0%	76.5%	31.7%	50.0%	66.7%	－	0.0%	25.0%	27.3%	75.0%	33.3%	60.0%
がん	課題	54	59	57	49	42	40	15	3	4	0	3	4	1	4	1
	安定	46	38	23	38	31	20	2	0	1	0	2	2	0	2	1
	安定率	85.2%	64.4%	40.4%	77.6%	73.8%	50.0%	13.3%	0.0%	25.0%	－	66.7%	50.0%	0.0%	50.0%	100.0%
脳血管疾患	課題	67	67	64	59	48	40	10	10	1	1	2	8	6	7	9
	安定	56	39	10	44	33	17	6	8	0	0	0	7	5	4	5
	安定率	83.6%	58.2%	15.6%	74.6%	68.8%	42.5%	60.0%	80.0%	0.0%	0.0%	0.0%	87.5%	83.3%	57.1%	55.6%
心疾患	課題	96	102	101	90	70	60	11	11	4	1	3	6	4	4	5
	安定	82	68	28	71	52	30	7	8	2	1	1	5	3	2	3
	安定率	85.4%	66.7%	27.7%	78.9%	74.3%	50.0%	63.6%	72.7%	50.0%	100.0%	33.3%	83.3%	75.0%	50.0%	60.0%
精神疾患	課題	30	30	25	27	20	14	20	8	1	2	5	1	0	0	0
	安定	21	15	7	17	11	5	4	3	1	1	2	0	0	0	0
	安定率	70.0%	50.0%	28.0%	63.0%	55.0%	35.7%	20.0%	37.5%	100.0%	50.0%	40.0%	0.0%	－	－	－
認知症	課題	19	20	19	19	12	16	6	2	1	0	3	6	4	6	4
	安定	17	11	3	7	7	5	2	0	0	0	1	4	3	3	2
	安定率	89.5%	55.0%	15.8%	36.8%	58.3%	31.3%	33.3%	0.0%	0.0%	－	33.3%	66.7%	75.0%	50.0%	50.0%

（続き）

		安否の確認	持病の自己管理状況の確認	潜在的な健康悪化の予防的対応	服薬管理の確認	受診の勧奨または確認の必要性	自己管理能力･介護力不足の支援	(鬱など)精神状態の安定	閉じ(ひき)こもりの危険性の回避	ｱﾙｺｰﾙ依存の危険性の回避	自殺願望･企図の危険性の回避	家庭内不和、DV､虐待防止	食事(買物･調理･意欲)支援	清潔(整容･入浴･洗濯)支援	排泄への支援	移動の支援
喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	課題	23	17	16	14	12	6	0	2	0	0	0	1	1	1	0
	安定	22	11	4	10	8	3	0	2	0	0	0	1	0	0	0
	安定率	95.7%	64.7%	25.0%	71.4%	66.7%	50.0%	－	100.0%	－	－	－	100.0%	0.0%	0.0%	－
腰痛･関節痛､骨折(後遺症)	課題	102	113	108	91	66	67	15	9	2	0	5	6	4	2	12
	安定	90	75	33	71	46	29	11	6	1	0	2	2	2	2	5
	安定率	88.2%	66.4%	30.6%	78.0%	69.7%	43.3%	73.3%	66.7%	50.0%	－	40.0%	33.3%	50.0%	100.0%	41.7%
不明･その他	課題	671	323	297	266	213	197	52	35	7	0	12	19	14	18	15
	安定	624	211	86	199	138	86	28	20	0	0	3	13	7	10	8
	安定率	93.0%	65.3%	29.0%	74.8%	64.8%	43.7%	53.8%	57.1%	0.0%	－	25.0%	68.4%	50.0%	55.6%	53.3%
持病はない	課題	214	5	7	2	2	25	6	3	0	0	2	0	0	0	0
	安定	206	5	3	2	1	6	5	2	0	0	1	0	0	0	0
	安定率	96.3%	100.0%	42.9%	100.0%	50.0%	24.0%	83.3%	66.7%	－	－	50.0%	－	－	－	－

4) 看護師等が行う支援の目的・目標と達成状況、達成時期

(1) 看護師等が行う支援の目的・目標

持病別で特徴的な点としては、「がん」「心疾患」において、「危険性に伴う異常の早期発見」がそれぞれ 73.0%。75.7%と高かった。

「認知症」では「生活状態（食事・排泄・清潔・移動等）の安定」（65.2%）が比較的高く、「要介護申請につなぐ」（39.1%）、「介護保険サービスにつなぐ」（21.7%）とこれらも比較的高かった。

「精神疾患」や「認知症」では「家族関係の安定」もそれぞれ 40.0%、47.8%で他の持病に比べて高かった。

図表 85　持病別　看護師等が行う支援の目的・目標

	合計	生活状態(食事･排泄･清潔･移動等)の安定	精神状態の安定	危険性に伴う異常の早期発見	持病の病状･症状の悪化予防と身体状況の安定	家族関係の安定	受療環境の整備(受診につなぐ)
全体	1,669 100.0%	534 32.0%	284 17.0%	481 28.8%	588 35.2%	206 12.3%	67 4.0%
高血圧	347 100.0%	157 45.2%	104 30.0%	222 64.0%	282 81.3%	70 20.2%	24 6.9%
糖尿病	107 100.0%	47 43.9%	27 25.2%	72 67.3%	90 84.1%	18 16.8%	10 9.3%
がん	63 100.0%	21 33.3%	23 36.5%	46 73.0%	52 82.5%	13 20.6%	8 12.7%
脳血管疾患	75 100.0%	39 52.0%	31 41.3%	52 69.3%	63 84.0%	19 25.3%	6 8.0%
心疾患	107 100.0%	54 50.5%	42 39.3%	81 75.7%	99 92.5%	31 29.0%	11 10.3%
精神疾患	35 100.0%	15 42.9%	28 80.0%	18 51.4%	24 68.6%	14 40.0%	2 5.7%
認知症	23 100.0%	15 65.2%	11 47.8%	13 56.5%	15 65.2%	11 47.8%	2 8.7%
喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	24 100.0%	11 45.8%	9 37.5%	13 54.2%	16 66.7%	6 25.0%	0 0.0%
腰痛･関節痛､骨折(後遺症)	118 100.0%	57 48.3%	37 31.4%	84 71.2%	107 90.7%	31 26.3%	12 10.2%
不明･その他	801 100.0%	291 36.3%	146 18.2%	251 31.3%	298 37.2%	115 14.4%	43 5.4%
持病はない	431 100.0%	81 18.8%	22 5.1%	6 1.4%	4 0.9%	10 2.3%	1 0.2%

（続き）

	合計	要介護申請につなぐ	介護保険ｻｰﾋﾞｽにつなぐ	他職種に支援を移譲	無回答
全体	1,669 100.0%	44 2.6%	36 2.2%	16 1.0%	799 47.9%
高血圧	347 100.0%	23 6.6%	20 5.8%	4 1.2%	45 13.0%
糖尿病	107 100.0%	9 8.4%	7 6.5%	4 3.7%	14 13.1%
がん	63 100.0%	6 9.5%	3 4.8%	2 3.2%	8 12.7%
脳血管疾患	75 100.0%	12 16.0%	11 14.7%	3 4.0%	7 9.3%
心疾患	107 100.0%	8 7.5%	7 6.5%	0 0.0%	6 5.6%
精神疾患	35 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 5.7%
認知症	23 100.0%	9 39.1%	5 21.7%	2 8.7%	3 13.0%
喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	24 100.0%	2 8.3%	1 4.2%	0 0.0%	6 25.0%
腰痛･関節痛､骨折(後遺症)	118 100.0%	16 13.6%	15 12.7%	1 0.8%	9 7.6%
不明･その他	801 100.0%	26 3.2%	23 2.9%	8 1.0%	354 44.2%
持病はない	431 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.5%	340 78.9%

(2) 目的・目標の達成状況

達成率が低かったのは、「がん」「精神疾患」「認知症」の「危険性に伴う異常の早期発見」（それぞれ、15.2%、11.1%、15.4%）、精神疾患の「持病の病状・症状の悪化予防と身体状況の安定」（16.7%）「精神状態の安定」（17.9%）だった。

図表 86　持病別　目的・目標の達成状況

		生活状態(食事･排泄･清潔･移動等)の安定	精神状態の安定	危険性に伴う異常の早期発見	持病の病状･症状の悪化予防と身体状況の安定	家族関係の安定	受療環境の整備(受診につなぐ)	要介護申請につなぐ	介護保険ｻｰﾋﾞｽにつなぐ	他職種に支援を移譲
全体	目標	534	284	481	588	206	67	44	36	16
	達成	454	191	126	197	158	20	24	22	11
	達成率	85.0%	67.3%	26.2%	33.5%	76.7%	29.9%	54.5%	61.1%	68.8%
高血圧	目標	157	104	222	282	70	24	23	20	4
	達成	118	83	64	104	53	9	14	12	2
	達成率	75.2%	79.8%	28.8%	36.9%	75.7%	37.5%	60.9%	60.0%	50.0%
糖尿病	目標	47	27	72	90	18	10	9	7	4
	達成	30	15	14	28	12	2	6	5	3
	達成率	63.8%	55.6%	19.4%	31.1%	66.7%	20.0%	66.7%	71.4%	75.0%
がん	目標	21	23	46	52	13	8	6	3	2
	達成	17	10	7	15	8	3	3	2	1
	達成率	81.0%	43.5%	15.2%	28.8%	61.5%	37.5%	50.0%	66.7%	50.0%
脳血管疾患	目標	39	31	52	63	19	6	12	11	3
	達成	31	21	15	22	15	3	6	5	2
	達成率	79.5%	67.7%	28.8%	34.9%	78.9%	50.0%	50.0%	45.5%	66.7%
心疾患	目標	54	42	81	99	31	11	8	7	0
	達成	40	28	21	34	27	3	3	2	0
	達成率	74.1%	66.7%	25.9%	34.3%	87.1%	27.3%	37.5%	28.6%	－
精神疾患	目標	15	28	18	24	14	2	0	0	0
	達成	9	5	2	4	5	2	0	0	0
	達成率	60.0%	17.9%	11.1%	16.7%	35.7%	100.0%	－	－	－
認知症	目標	15	11	13	15	11	2	9	5	2
	達成	13	7	2	3	7	1	6	3	2
	達成率	86.7%	63.6%	15.4%	20.0%	63.6%	50.0%	66.7%	60.0%	100.0%

（続き）

		生活状態（食事・排泄・清潔・移動等）の安定	精神状態の安定	危険性に伴う異常の早期発見	持病の病状・症状の悪化予防と身体状況の安定	家族関係の安定	受療環境の整備（受診につなぐ）	要介護申請につなぐ	介護保険ｻｰﾋﾞｽにつなぐ	他職種に支援を移譲
喘息・ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	目標	11	9	13	16	6	0	2	1	0
	達成	10	5	6	4	6	0	0	0	0
	達成率	90.9%	55.6%	46.2%	25.0%	100.0%	－	0.0%	0.0%	－
腰痛・関節痛、骨折（後遺症）	目標	57	37	84	107	31	12	16	15	1
	達成	40	30	23	38	24	3	9	7	0
	達成率	70.2%	81.1%	27.4%	35.5%	77.4%	25.0%	56.3%	46.7%	0.0%
不明・その他	目標	291	146	251	298	115	43	26	23	8
	達成	247	99	69	98	82	13	14	13	7
	達成率	84.9%	67.8%	27.5%	32.9%	71.3%	30.2%	53.8%	56.5%	87.5%
持病はない	目標	81	22	6	4	10	1	0	0	2
	達成	78	18	1	2	10	0	0	0	1
	達成率	96.3%	81.8%	16.7%	50.0%	100.0%	0.0%	－	－	50.0%

5) 看護師等による支援の実態

(1) 看護師等の訪問（面会）回数

看護師等の訪問（面会）回数は、「精神疾患」が平均 24.6 回と最も多く、次いで、「認知症」が 23.1 回、「脳血管疾患」が 22.2 回だった。

図表 87　持病別　看護師等の訪問（面会）回数

単位：回

	件数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
全体	1,038	11.3	14.0	5.0	132	1
高血圧	311	18.7	14.5	16.0	80	1
糖尿病	96	20.2	16.1	16.0	62	1
がん	58	17.5	12.9	13.5	62	1
脳血管疾患	69	22.2	16.5	17.0	62	1
心疾患	103	21.4	18.7	16.0	132	1
精神疾患	25	24.6	15.3	23.0	54	3
認知症	22	23.1	20.3	19.5	80	1
喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	19	14.7	14.1	11.0	42	1
腰痛･関節痛､骨折(後遺症)	112	21.5	15.0	18.5	91	1
不明･その他	563	11.7	15.1	4.0	132	1
持病はない	148	3.2	5.3	1.0	34	1

注）全体の件数 1,038 件は、1 回以上の訪問（面会）した人の合計件数である。

(2) 看護師等の支援期間

看護師等の支援期間については、違いはほとんど認められなかった。

図表 88　持病別　看護師等の支援期間

単位：月

	件数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
全体	618	13.2	3.9	15.0	18	1
高血圧	286	13.4	3.8	15.0	18	2
糖尿病	88	13.6	3.5	15.0	18	3
がん	56	12.3	4.4	14.5	17	2
脳血管疾患	63	13.5	4.3	15.0	18	2
心疾患	92	14.2	3.2	15.0	18	2
精神疾患	26	14.1	3.2	15.0	18	4
認知症	20	13.3	4.7	15.0	18	1
喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	14	14.5	2.1	15.0	17	9
腰痛･関節痛､骨折(後遺症)	108	14.0	3.3	15.0	18	2
不明･その他	315	13.2	4.0	15.0	18	1
持病はない	37	12.6	4.6	14.0	18	2

(3) 1か月あたりの看護師等の訪問（面会）回数

1か月あたりの看護師等の訪問（面会）回数は、「精神疾患」が平均2.0回で最も多く、次いで「脳血管疾患」が平均1.8回、「認知症」が平均1.7回だった。

図表89　持病別　1か月あたりの看護師等の訪問（面会）回数別

単位：回／月

	件数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
全体	601	1.4	1.1	1.1	11.0	0.1
高血圧	281	1.5	1.1	1.3	9.0	0.2
糖尿病	85	1.5	0.9	1.3	4.1	0.1
がん	56	1.5	1.0	1.5	4.3	0.2
脳血管疾患	63	1.8	1.1	1.5	6.2	0.3
心疾患	92	1.6	1.2	1.2	7.8	0.1
精神疾患	25	2.0	2.1	1.4	11.0	0.2
認知症	20	1.7	1.2	1.5	5.0	0.4
喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	14	1.3	1.0	1.1	2.9	0.1
腰痛･関節痛、骨折（後遺症）	105	1.6	1.0	1.4	6.2	0.2
不明･その他	306	1.5	1.2	1.3	11.0	0.1
持病はない	33	0.9	1.1	0.5	6.3	0.2

(4) 看護師等の支援内容

持病別に、看護師等の支援内容をみると、「心疾患」において、「観察・バイタルチェック」「生活状況の確認」「生活指導」「栄養指導」のいずれも実施割合が他の持病に比べ高かった点が特徴的であった。

「認知症」では「服薬指導」「他職種・サービス紹介」「介護保険の申請勧奨」「介護・家族指導」「生活支援相談員への連絡・調整」の実施割合が他の持病に比べて高かった。

「腰痛・関節痛、骨折（後遺症）」では「相談・話し相手」が他の持病に比べて高い割合だった。

「精神疾患」では、保健師への連絡・調整が他の持病に比べて高かった。

図表 90　持病別　看護師等の支援内容

	合計	観察・ﾊﾞｲﾀﾙﾁｪｯｸ(血圧測定等)	生活状況の確認	生活指導	服薬指導	栄養指導	受診勧奨	医療機関等の情報提供	他職種・ｻｰﾋﾞｽ紹介	看護ｹｱの提供(清拭、足浴、爪切りなど)
全体	1,669 100.0%	563 33.7%	810 48.5%	401 24.0%	300 18.0%	276 16.5%	87 5.2%	22 1.3%	33 2.0%	6 0.4%
高血圧	347 100.0%	284 81.8%	284 81.8%	199 57.3%	173 49.9%	155 44.7%	47 13.5%	10 2.9%	14 4.0%	2 0.6%
糖尿病	107 100.0%	78 72.9%	87 81.3%	55 51.4%	45 42.1%	47 43.9%	9 8.4%	5 4.7%	10 9.3%	2 1.9%
がん	63 100.0%	49 77.8%	49 77.8%	35 55.6%	29 46.0%	24 38.1%	8 12.7%	1 1.6%	3 4.8%	1 1.6%
脳血管疾患	75 100.0%	62 82.7%	65 86.7%	48 64.0%	41 54.7%	37 49.3%	12 16.0%	0 0.0%	7 9.3%	0 0.0%
心疾患	107 100.0%	97 90.7%	97 90.7%	73 68.2%	62 57.9%	55 51.4%	17 15.9%	2 1.9%	7 6.5%	0 0.0%
精神疾患	35 100.0%	21 60.0%	25 71.4%	17 48.6%	14 40.0%	7 20.0%	3 8.6%	2 5.7%	0 0.0%	1 2.9%
認知症	23 100.0%	17 73.9%	18 78.3%	13 56.5%	14 60.9%	10 43.5%	2 8.7%	1 4.3%	5 21.7%	1 4.3%
喘息・ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	24 100.0%	12 50.0%	15 62.5%	10 41.7%	5 20.8%	6 25.0%	4 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
腰痛・関節痛、骨折(後遺症)	118 100.0%	101 85.6%	98 83.1%	67 56.8%	57 48.3%	40 33.9%	18 15.3%	3 2.5%	7 5.9%	2 1.7%
不明・その他	801 100.0%	291 36.3%	414 51.7%	202 25.2%	156 19.5%	149 18.6%	51 6.4%	16 2.0%	22 2.7%	3 0.4%
持病はない	431 100.0%	22 5.1%	99 23.0%	16 3.7%	0 0.0%	6 1.4%	2 0.5%	0 0.0%	1 0.2%	0 0.0%

（続き）

	合計	相談・話し相手	介護保険の申請勧奨	介護・家族指導	生活支援相談員への連絡・調整	家族への連絡・調整	保健師への連絡・調整	PT/OTへの連絡・調整	その他職種への連絡・調整	その他	無回答
全体	1,669 100.0%	438 26.2%	40 2.4%	37 2.2%	123 7.4%	13 0.8%	29 1.7%	24 1.4%	29 1.7%	106 6.4%	715 42.8%
高血圧	347 100.0%	205 59.1%	22 6.3%	13 3.7%	58 16.7%	7 2.0%	9 2.6%	12 3.5%	7 2.0%	14 4.0%	37 10.7%
糖尿病	107 100.0%	60 56.1%	10 9.3%	4 3.7%	22 20.6%	2 1.9%	6 5.6%	6 5.6%	5 4.7%	10 9.3%	9 8.4%
がん	63 100.0%	40 63.5%	3 4.8%	6 9.5%	15 23.8%	3 4.8%	2 3.2%	2 3.2%	2 3.2%	3 4.8%	6 9.5%
脳血管疾患	75 100.0%	48 64.0%	10 13.3%	5 6.7%	13 17.3%	0 0.0%	2 2.7%	2 2.7%	7 9.3%	4 5.3%	5 6.7%
心疾患	107 100.0%	74 69.2%	8 7.5%	4 3.7%	17 15.9%	1 0.9%	4 3.7%	5 4.7%	5 4.7%	5 4.7%	4 3.7%
精神疾患	35 100.0%	17 48.6%	0 0.0%	2 5.7%	4 11.4%	1 2.9%	8 22.9%	0 0.0%	1 2.9%	6 17.1%	5 14.3%
認知症	23 100.0%	14 60.9%	5 21.7%	5 21.7%	10 43.5%	2 8.7%	1 4.3%	1 4.3%	4 17.4%	2 8.7%	3 13.0%
喘息・ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	24 100.0%	9 37.5%	0 0.0%	1 4.2%	2 8.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 8.3%	7 29.2%
腰痛・関節痛、骨折（後遺症）	118 100.0%	89 75.4%	20 16.9%	10 8.5%	29 24.6%	3 2.5%	5 4.2%	11 9.3%	3 2.5%	9 7.6%	8 6.8%
不明・その他	801 100.0%	231 28.8%	22 2.7%	21 2.6%	69 8.6%	7 0.9%	16 2.0%	14 1.7%	14 1.7%	56 7.0%	312 39.0%
持病はない	431 100.0%	23 5.3%	1 0.2%	1 0.2%	2 0.5%	0 0.0%	3 0.7%	0 0.0%	3 0.7%	19 4.4%	305 70.8%

(5) 看護支援後の転帰

「がん」で「死亡」が 12.7%、「認知症」で「入院・入所」が 17.4%で特徴的な傾向だった。

図表 91　持病別　看護支援後の転帰

	合計	死亡	入院・入所	(仮設から)転居	継続	無回答
全体	1,669 100.0%	22 1.3%	12 0.7%	143 8.6%	711 42.6%	781 46.8%
高血圧	347 100.0%	4 1.2%	4 1.2%	34 9.8%	250 72.0%	55 15.9%
糖尿病	107 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 7.5%	82 76.6%	17 15.9%
がん	63 100.0%	8 12.7%	4 6.3%	4 6.3%	38 60.3%	9 14.3%
脳血管疾患	75 100.0%	4 5.3%	2 2.7%	3 4.0%	61 81.3%	5 6.7%
心疾患	107 100.0%	3 2.8%	1 0.9%	6 5.6%	85 79.4%	12 11.2%
精神疾患	35 100.0%	0 0.0%	1 2.9%	6 17.1%	24 68.6%	4 11.4%
認知症	23 100.0%	1 4.3%	4 17.4%	1 4.3%	15 65.2%	2 8.7%
喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	24 100.0%	1 4.2%	0 0.0%	1 4.2%	18 75.0%	4 16.7%
腰痛･関節痛､骨折(後遺症)	118 100.0%	1 0.8%	1 0.8%	10 8.5%	90 76.3%	16 13.6%
不明･その他	801 100.0%	10 1.2%	8 1.0%	63 7.9%	376 46.9%	344 42.9%
持病はない	431 100.0%	1 0.2%	0 0.0%	51 11.8%	87 20.2%	292 67.7%

(6) 看護師等以外の他者の関わり

いずれの持病でも、ほとんどの場合、看護師等以外の他者の関わりが「有」だった。

図表 92　持病別　看護師等以外の他者の関わりの有無

	合計	有	無	無回答
全体	1,669 100.0%	1,084 64.9%	11 0.7%	574 34.4%
高血圧	347 100.0%	304 87.6%	2 0.6%	41 11.8%
糖尿病	107 100.0%	101 94.4%	1 0.9%	5 4.7%
がん	63 100.0%	54 85.7%	1 1.6%	8 12.7%
脳血管疾患	75 100.0%	69 92.0%	0 0.0%	6 8.0%
心疾患	107 100.0%	102 95.3%	0 0.0%	5 4.7%
精神疾患	35 100.0%	29 82.9%	0 0.0%	6 17.1%
認知症	23 100.0%	21 91.3%	1 4.3%	1 4.3%
喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	24 100.0%	19 79.2%	0 0.0%	5 20.8%
腰痛･関節痛、骨折(後遺症)	118 100.0%	110 93.2%	0 0.0%	8 6.8%
不明･その他	801 100.0%	550 68.7%	5 0.6%	246 30.7%
持病はない	431 100.0%	182 42.2%	2 0.5%	247 57.3%

具体的に関わっていた人は、「精神疾患」「認知症」で「市の保健師」の割合が他の持病に比べて高かった。

「認知症」では「地域包括支援センター職員」が 52.4%、「介護支援専門員」が 57.1%と他の持病に比べて高かった。一方、「近隣・友人」が 47.6%で「全体」の 76.2%に比べて低く、認知症のために、近隣・友人とのつきあいが少なくなっていると推察された。

また、「脳血管疾患」「精神疾患」「腰痛・関節痛、骨折（後遺症）」で、「生活支援相談員（社会福祉協議会ひより）」の割合が他の持病に比べて高かった。

「脳血管疾患」「喘息・アレルギー疾患」「腰痛・関節痛、骨折（後遺症）」では「ボランティア」の割合も高かった。

図表 93　持病別　看護師等以外の関わった人

	合計	市の保健師	県の保健師	生活支援相談員(社会福祉協議会ひより)	医師	PT/OT	別居家族	近隣・友人	ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ
全体	1,084 100.0%	42 3.9%	4 0.4%	479 44.2%	519 47.9%	33 3.0%	573 52.9%	826 76.2%	236 21.8%
高血圧	304 100.0%	12 3.9%	1 0.3%	186 61.2%	260 85.5%	14 4.6%	189 62.2%	259 85.2%	115 37.8%
糖尿病	101 100.0%	5 5.0%	0 0.0%	54 53.5%	90 89.1%	5 5.0%	64 63.4%	87 86.1%	30 29.7%
がん	54 100.0%	4 7.4%	0 0.0%	33 61.1%	47 87.0%	3 5.6%	34 63.0%	44 81.5%	20 37.0%
脳血管疾患	69 100.0%	4 5.8%	0 0.0%	50 72.5%	61 88.4%	8 11.6%	40 58.0%	58 84.1%	30 43.5%
心疾患	102 100.0%	4 3.9%	0 0.0%	64 62.7%	88 86.3%	7 6.9%	60 58.8%	83 81.4%	30 29.4%
精神疾患	29 100.0%	9 31.0%	0 0.0%	20 69.0%	23 79.3%	0 0.0%	16 55.2%	24 82.8%	8 27.6%
認知症	21 100.0%	3 14.3%	1 4.8%	10 47.6%	15 71.4%	2 9.5%	14 66.7%	10 47.6%	3 14.3%
喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	19 100.0%	1 5.3%	0 0.0%	10 52.6%	13 68.4%	0 0.0%	11 57.9%	18 94.7%	8 42.1%
腰痛･関節痛､骨折(後遺症)	110 100.0%	9 8.2%	0 0.0%	74 67.3%	92 83.6%	14 12.7%	62 56.4%	95 86.4%	47 42.7%
不明･その他	550 100.0%	23 4.2%	3 0.5%	258 46.9%	256 46.5%	17 3.1%	297 54.0%	412 74.9%	125 22.7%
持病はない	182 100.0%	5 2.7%	0 0.0%	52 28.6%	6 3.3%	1 0.5%	89 48.9%	126 69.2%	23 12.6%

（続き）

	合計	地域包括支援ｾﾝﾀｰ職員	介護支援専門員(ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ)	訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの訪問看護師	訪問介護員(ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ)	通所ｻｰﾋﾞｽの職員	その他	無回答
全体	1,084 100.0%	71 6.5%	67 6.2%	19 1.8%	23 2.1%	49 4.5%	310 28.6%	5 0.5%
高血圧	304 100.0%	33 10.9%	23 7.6%	4 1.3%	9 3.0%	18 5.9%	37 12.2%	1 0.3%
糖尿病	101 100.0%	12 11.9%	10 9.9%	2 2.0%	3 3.0%	7 6.9%	18 17.8%	0 0.0%
がん	54 100.0%	11 20.4%	11 20.4%	3 5.6%	5 9.3%	8 14.8%	6 11.1%	0 0.0%
脳血管疾患	69 100.0%	14 20.3%	14 20.3%	3 4.3%	4 5.8%	13 18.8%	8 11.6%	0 0.0%
心疾患	102 100.0%	11 10.8%	7 6.9%	2 2.0%	5 4.9%	8 7.8%	19 18.6%	1 1.0%
精神疾患	29 100.0%	1 3.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	11 37.9%	0 0.0%
認知症	21 100.0%	11 52.4%	12 57.1%	2 9.5%	3 14.3%	7 33.3%	1 4.8%	0 0.0%
喘息･ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患	19 100.0%	0 0.0%	1 5.3%	1 5.3%	0 0.0%	0 0.0%	6 31.6%	0 0.0%
腰痛･関節痛、骨折(後遺症)	110 100.0%	32 29.1%	14 12.7%	3 2.7%	5 4.5%	13 11.8%	12 10.9%	0 0.0%
不明･その他	550 100.0%	37 6.7%	38 6.9%	10 1.8%	9 1.6%	26 4.7%	166 30.2%	3 0.5%
持病はない	182 100.0%	3 1.6%	2 1.1%	2 1.1%	1 0.5%	0 0.0%	78 42.9%	0 0.0%

５．　家族構成別分析

ここでは、家族構成別に分析を行った。

1）基本属性別

(1) 年齢

年齢別に家族構成をみると、「70 歳代」では、「高齢者世帯」が 40.2%、「単身世帯」が 19.7%だった。「80 歳代」では、「単身世帯」は 19.1%と「70 歳代」と同じ水準だが、「高齢者世帯」は減少し、「その他」が増える。「90 歳代」では「単身世帯」はいなかった。

図表 94　年齢別　家族構成

	合計	単身世帯（小計）	（再掲）単身世帯(60歳未満)	（再掲）単身世帯(60歳以上)	高齢者世帯	その他	（再掲）その他(60歳未満)	（再掲）その他(60歳以上)	無回答
全体	1,669	174	56	118	166	1,282	895	387	47
	100.0%	10.4%	3.4%	7.1%	9.9%	76.8%	53.6%	23.2%	2.8%
19 歳以下	262	1	1	—	—	255	255	—	6
	100.0%	0.4%	0.4%	—	—	97.3%	97.3%	—	2.3%
20 歳代	127	7	7	—	—	116	116	—	4
	100.0%	5.5%	5.5%	—	—	91.3%	91.3%	—	3.1%
30 歳代	178	6	6	—	—	164	164	—	8
	100.0%	3.4%	3.4%	—	—	92.1%	92.1%	—	4.5%
40 歳代	194	16	16	—	—	173	173	—	5
	100.0%	8.2%	8.2%	—	—	89.2%	89.2%	—	2.6%
50 歳代	221	26	26	—	—	187	187	—	8
	100.0%	11.8%	11.8%	—	—	84.6%	84.6%	—	3.6%
60 歳代	307	46	—	46	36	217	—	217	8
	100.0%	15.0%	—	15.0%	11.7%	70.7%	—	70.7%	2.6%
70 歳代	259	51	—	51	104	100	—	100	4
	100.0%	19.7%	—	19.7%	40.2%	38.6%	—	38.6%	1.5%
80 歳代	110	21	—	21	24	63	—	63	2
	100.0%	19.1%	—	19.1%	21.8%	57.3%	—	57.3%	1.8%
90 歳代	9	0	—	0	2	7	—	7	0
	100.0%	0.0%	—	0.0%	22.2%	77.8%	—	77.8%	0.0%

(2) 性別

60 歳未満の単身世帯は、男性の割合が高く、60 歳以上の単身世帯は、女性のほうが高かった。

図表 95　家族構成別　性別

	合計	男性	女性	無回答
全体	1,669 100.0%	818 49.0%	848 50.8%	3 0.2%
単身世帯	174 100.0%	90 51.7%	84 48.3%	0 0.0%
(再掲)単身世帯(60 歳未満)	56 100.0%	38 67.9%	18 32.1%	0 0.0%
(再掲)単身世帯(60 歳以上)	118 100.0%	52 44.1%	66 55.9%	0 0.0%
高齢者世帯	166 100.0%	84 50.6%	82 49.4%	0 0.0%
その他	1,282 100.0%	621 48.4%	660 51.5%	1 0.1%
(再掲) その他(60 歳未満)	895 100.0%	457 51.1%	437 48.8%	1 0.1%
(再掲) その他(60 歳以上)	387 100.0%	164 42.4%	223 57.6%	0 0.0%

(3) 被災後の家族構成の変化

単身世帯（60 歳以上）では、「死別」が 24.6%にのぼった。

図表 96　家族構成別　被災後の家族構成の変化

	合計	死別	別居	変化なし	不明	無回答
全体	1,669 100.0%	112 6.7%	56 3.4%	602 36.1%	846 50.7%	55 3.3%
単身世帯	174 100.0%	36 20.7%	12 6.9%	43 24.7%	78 44.8%	7 4.0%
（再掲）単身世帯(60 歳未満)	56 100.0%	7 12.5%	4 7.1%	11 19.6%	33 58.9%	1 1.8%
（再掲）単身世帯(60 歳以上)	118 100.0%	29 24.6%	8 6.8%	32 27.1%	45 38.1%	6 5.1%
高齢者世帯	166 100.0%	4 2.4%	7 4.2%	109 65.7%	40 24.1%	6 3.6%
その他	1,282 100.0%	67 5.2%	36 2.8%	437 34.1%	707 55.1%	35 2.7%
（再掲）その他(60 歳未満)	895 100.0%	42 4.7%	30 3.4%	282 31.5%	518 57.9%	23 2.6%
（再掲）その他(60 歳以上)	387 100.0%	25 6.5%	6 1.6%	155 40.1%	189 48.8%	12 3.1%

2) 初回訪問時にアセスメントした看護上の課題と看護支援による課題の安定状況

(1) 初回訪問時にアセスメントした看護上の課題

「単身世帯(60 歳以上)」では「安否の確認」が 97.5%で、「高齢者世帯」「その他（60 歳以上)」に比べ割合が高かった。ほとんどの課題で、「単身世帯（60 歳以上)」と「高齢者世帯」では、ほぼ同じ割合であり、「その他（60 歳以上)」と比べるとやや高い割合であり、「単身世帯」「高齢者世帯」のほうが、やや課題が多かった。

少数であはあるが、「アルコール依存の危険性の回避」の課題については、単身世帯の割合が高かった。

図表 97　家族構成別　初回訪問時にアセスメントした看護上の課題

	合計	安否の確認	持病の自己管理状況の確認	潜在的な健康悪化の予防的対応	服薬管理の確認	受診の勧奨または確認の必要性	自己管理能力･介護力不足の支援	(鬱など)精神状態の安定	閉じ(ひき)こもりの危険性の回避
全体	1,669 100.0%	1,226 73.5%	647 38.8%	588 35.2%	532 31.9%	409 24.5%	395 23.7%	106 6.4%	68 4.1%
単身世帯	174 100.0%	156 89.7%	116 66.7%	107 61.5%	98 56.3%	76 43.7%	74 42.5%	17 9.8%	17 9.8%
(再掲)単身世帯(60 歳未満)	56 100.0%	41 73.2%	16 28.6%	9 16.1%	7 12.5%	8 14.3%	8 14.3%	3 5.4%	6 10.7%
(再掲)単身世帯(60 歳以上)	118 100.0%	115 97.5%	100 84.7%	98 83.1%	91 77.1%	68 57.6%	66 55.9%	14 11.9%	11 9.3%
高齢者世帯	166 100.0%	134 80.7%	144 86.7%	135 81.3%	125 75.3%	97 58.4%	94 56.6%	14 8.4%	9 5.4%
その他	1,282 100.0%	908 70.8%	374 29.2%	335 26.1%	300 23.4%	230 17.9%	223 17.4%	73 5.7%	42 3.3%
(再掲)その他(60 歳未満)	895 100.0%	599 66.9%	112 12.5%	96 10.7%	83 9.3%	68 7.6%	89 9.9%	27 3.0%	8 0.9%
(再掲)その他(60 歳以上)	387 100.0%	309 79.8%	262 67.7%	239 61.8%	217 56.1%	162 41.9%	134 34.6%	46 11.9%	34 8.8%

（続き）

	合計	ｱﾙｺｰﾙ依存の危険性の回避	自殺願望･企図の危険性の回避	家庭内不和、DV､虐待防止	食事（買物･調理･意欲）支援	清潔（整容･入浴･洗濯）支援	排泄への支援	移動の支援	無回答
全体	1,669 100.0%	15 0.9%	4 0.2%	25 1.5%	39 2.3%	21 1.3%	25 1.5%	29 1.7%	369 22.1%
単身世帯	174 100.0%	7 4.0%	2 1.1%	3 1.7%	14 8.0%	3 1.7%	2 1.1%	3 1.7%	15 8.6%
(再掲)単身世帯(60 歳未満)	56 100.0%	2 3.6%	1 1.8%	1 1.8%	2 3.6%	1 1.8%	1 1.8%	0 0.0%	15 26.8%
(再掲)単身世帯(60 歳以上)	118 100.0%	5 4.2%	1 0.8%	2 1.7%	12 10.2%	2 1.7%	1 0.8%	3 2.5%	0 0.0%
高齢者世帯	166 100.0%	2 1.2%	0 0.0%	9 5.4%	6 3.6%	8 4.8%	7 4.2%	10 6.0%	9 5.4%
その他	1,282 100.0%	6 0.5%	2 0.2%	13 1.0%	19 1.5%	10 0.8%	16 1.2%	16 1.2%	327 25.5%
(再掲)その他(60 歳未満)	895 100.0%	0 0.0%	2 0.2%	6 0.7%	8 0.9%	3 0.3%	3 0.3%	3 0.3%	286 32.0%
(再掲)その他(60 歳以上)	387 100.0%	6 1.6%	0 0.0%	7 1.8%	11 2.8%	7 1.8%	13 3.4%	13 3.4%	41 10.6%

(2) 看護支援による課題の安定

安定率が比較的低かったのは、「単身世帯(60歳以上)」、「その他(60歳未満)」の「潜在的な健康悪化の予防的対応」(それぞれ、22.4%、22.9%)、「単身世帯（60 歳未満)」の「自己管理能力・介護力不足の支援」(12.5%)、「高齢者世帯」の「家庭内不和、ＤＶ、虐待防止」（22.2%）だった。

図表 98　家族構成別　看護支援による課題の安定

		安否の確認	持病の自己管理状況の確認	潜在的な健康悪化の予防的対応	服薬管理の確認	受診の勧奨または確認の必要性	自己管理能力･介護力不足の支援	(鬱など)精神状態の安定	閉じ(ひき)こもりの危険性の回避	ｱﾙｺｰﾙ依存の危険性の回避	自殺願望･企図の危険性の回避	家庭内不和、DV､虐待防止	食事(買物･調理･意欲)支援	清潔(整容･入浴･洗濯)支援	排泄への支援	移動の支援
全体	課題	1,226	647	588	532	409	395	106	68	15	4	25	39	21	25	29
	安定	1,135	410	167	395	278	158	56	42	5	2	11	21	12	15	15
	安定率	92.6%	63.4%	28.4%	74.2%	68.0%	40.0%	52.8%	61.8%	33.3%	50.0%	44.0%	53.8%	57.1%	60.0%	51.7%
単身世帯	課題	156	116	107	98	76	74	17	17	7	2	3	14	3	2	3
	安定	112	60	25	63	43	26	9	8	2	2	2	9	1	1	3
	安定率	71.8%	51.7%	23.4%	64.3%	56.6%	35.1%	52.9%	47.1%	28.6%	100.0%	66.7%	64.3%	33.3%	50.0%	100.0%
(再掲) 単身世帯(60歳未満)	課題	41	16	9	7	8	8	3	6	2	1	1	2	1	1	0
	安定	25	7	3	3	3	1	0	3	0	1	1	0	0	0	0
	安定率	61.0%	43.8%	33.3%	42.9%	37.5%	12.5%	0.0%	50.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	―
(再掲) 単身世帯(60歳以上)	課題	115	100	98	91	68	66	14	11	5	1	2	12	2	1	3
	安定	87	53	22	60	40	25	9	5	2	1	1	9	1	1	3
	安定率	75.7%	53.0%	22.4%	65.9%	58.8%	37.9%	64.3%	45.5%	40.0%	100.0%	50.0%	75.0%	50.0%	100.0%	100.0%
高齢者世帯	課題	134	144	135	125	97	94	14	9	2	0	9	6	8	7	10
	安定	127	100	53	97	69	47	7	6	0	0	2	5	5	4	6
	安定率	94.8%	69.4%	39.3%	77.6%	71.1%	50.0%	50.0%	66.7%	0.0%	―	22.2%	83.3%	62.5%	57.1%	60.0%

（続き）

		安否の確認	持病の自己管理状況の確認	潜在的な健康悪化の予防的対応	服薬管理の確認	受診の勧奨または確認の必要性	自己管理能力・介護力不足の支援	（鬱など）精神状態の安定	閉じ（ひき）こもりの危険性の回避	ｱﾙｺｰﾙ依存の危険性の回避	自殺願望･企図の危険性の回避	家庭内不和、DV、虐待防止	食事（買物･調理・意欲）支援	清潔（整容･入浴・洗濯）支援	排泄への支援	移動の支援
その他	課題	908	374	335	300	230	223	73	42	6	2	13	19	10	16	16
	安定	873	239	86	227	163	83	38	28	3	0	7	7	6	10	6
	安定率	96.1%	63.9%	25.7%	75.7%	70.9%	37.2%	52.1%	66.7%	50.0%	0.0%	53.8%	36.8%	60.0%	62.5%	37.5%
（再掲）その他（60歳未満）	課題	599	112	96	83	68	89	27	8	0	2	6	8	3	3	3
	安定	579	59	22	56	39	23	10	4	0	0	3	1	1	1	1
	安定率	96.7%	52.7%	22.9%	67.5%	57.4%	25.8%	37.0%	50.0%	―	0.0%	50.0%	12.5%	33.3%	33.3%	33.3%
（再掲）その他（60歳以上）	課題	309	262	239	217	162	134	46	34	6	0	7	11	7	13	13
	安定	294	180	64	171	124	60	28	24	3	0	4	6	5	9	5
	安定率	95.1%	68.7%	26.8%	78.8%	76.5%	44.8%	60.9%	70.6%	50.0%	―	57.1%	54.5%	71.4%	69.2%	38.5%

3) 看護師等が行う支援の目的・目標と達成状況、達成時期

(1) 看護師等が行う支援の目的・目標

「危険性に伴う異常の早期発見」「持病の病状・症状の悪化予防と身体状況の安定」については、「その他」より「単身世帯」「高齢者世帯」のほうで、高い傾向がみられた。

図表 99　家族構成別　看護師等が行う支援の目的・目標

	合計	生活状態(食事･排泄･清潔･移動等)の安定	精神状態の安定	危険性に伴う異常の早期発見	持病の病状･症状の悪化予防と身体状況の安定	家族関係の安定	受療環境の整備(受診につなぐ)	要介護申請につなぐ	介護保険ｻｰﾋﾞｽにつなぐ	他職種に支援を移譲
全体	1,669 100.0%	534 32.0%	284 17.0%	481 28.8%	588 35.2%	206 12.3%	67 4.0%	44 2.6%	36 2.2%	16 1.0%
単身世帯	174 100.0%	68 39.1%	48 27.6%	89 51.1%	101 58.0%	11 6.3%	13 7.5%	8 4.6%	8 4.6%	3 1.7%
(再掲)単身世帯(60 歳未満)	56 100.0%	14 25.0%	10 17.9%	13 23.2%	14 25.0%	1 1.8%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.8%
(再掲)単身世帯(60 歳以上)	118 100.0%	54 45.8%	38 32.2%	76 64.4%	87 73.7%	10 8.5%	12 10.2%	8 6.8%	8 6.8%	2 1.7%
高齢者世帯	166 100.0%	77 46.4%	48 28.9%	115 69.3%	139 83.7%	40 24.1%	24 14.5%	22 13.3%	15 9.0%	5 3.0%
その他	1,282 100.0%	376 29.3%	181 14.1%	267 20.8%	337 26.3%	148 11.5%	29 2.3%	14 1.1%	13 1.0%	8 0.6%
(再掲)その他(60 歳未満)	895 100.0%	215 24.0%	67 7.5%	80 8.9%	99 11.1%	53 5.9%	6 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	5 0.6%
(再掲)その他(60 歳以上)	387 100.0%	161 41.6%	114 29.5%	187 48.3%	238 61.5%	95 24.5%	23 5.9%	14 3.6%	13 3.4%	3 0.8%

(2) 目的・目標の達成状況

達成率が低いのは、「単身世帯（60 歳未満）」「その他（60 歳未満）」の「危険性に伴う異常の早期発見」でそれぞれ 23.1%、18.8%だった。「高齢者世帯」で「受療環境の整備」も 20.8%で低かった。

図表 100　家族構成別　目的・目標の達成状況

		生活状態（食事・排泄・清潔・移動等）の安定	精神状態の安定	危険性に伴う異常の早期発見	持病の病状・症状の悪化予防と身体状況の安定	家族関係の安定	受療環境の整備（受診につなぐ）	要介護申請につなぐ	介護保険ｻｰﾋﾞｽにつなぐ	他職種に支援を移譲
全体	目標	534	284	481	588	206	67	44	36	16
	達成	454	191	126	197	158	20	24	22	11
	達成率	85.0%	67.3%	26.2%	33.5%	76.7%	29.9%	54.5%	61.1%	68.8%
単身世帯	目標	68	48	89	101	11	13	8	8	3
	達成	47	29	22	32	7	5	4	6	0
	達成率	69.1%	60.4%	24.7%	31.7%	63.6%	38.5%	50.0%	75.0%	0.0%
（再掲）単身世帯（60 歳未満）	目標	14	10	13	14	1	1	0	0	1
	達成	10	3	3	4	1	0	0	0	0
	達成率	71.4%	30.0%	23.1%	28.6%	100.0%	0.0%	－	－	0.0%
（再掲）単身世帯（60 歳以上）	目標	54	38	76	87	10	12	8	8	2
	達成	37	26	19	28	6	5	4	6	0
	達成率	68.5%	68.4%	25.0%	32.2%	60.0%	41.7%	50.0%	75.0%	0.0%
高齢者世帯	目標	77	48	115	139	40	24	22	15	5
	達成	62	39	34	55	28	5	11	10	5
	達成率	80.5%	81.3%	29.6%	39.6%	70.0%	20.8%	50.0%	66.7%	100.0%
その他	目標	376	181	267	337	148	29	14	13	8
	達成	332	118	67	106	116	10	9	6	6
	達成率	88.3%	65.2%	25.1%	31.5%	78.4%	34.5%	64.3%	46.2%	75.0%
（再掲）その他（60 歳未満）	目標	215	67	80	99	53	6	0	0	5
	達成	198	29	15	28	37	0	0	0	3
	達成率	92.1%	43.3%	18.8%	28.3%	69.8%	0.0%	－	－	60.0%
（再掲）その他（60 歳以上）	目標	161	114	187	238	95	23	14	13	3
	達成	134	89	52	78	79	10	9	6	3
	達成率	83.2%	78.1%	27.8%	32.8%	83.2%	43.5%	64.3%	46.2%	100.0%

4) 看護師等による支援の実態

(1) 看護師等の訪問（面会）回数

看護師等の訪問（面会）回数は、「単身世帯（60 歳以上）が平均 19.8 回で最も多く、次いで「高齢者世帯」（平均 18.1 回）、「その他（60 歳以上）」（平均 15.3 回）だった。

図表 101　家族構成別　看護師等の訪問（面会）回数

単位：回

	件数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
全体	1,038	11.3	14.0	5.0	132	1
単身世帯	143	17.5	16.2	15.0	80	1
(再掲)単身世帯(60 歳未満)	31	9.1	14.0	2.0	55	1
(再掲)単身世帯(60 歳以上)	112	19.8	16.1	17.5	80	1
高齢者世帯	155	18.1	13.8	14.0	64	1
その他	717	8.7	12.8	2.0	132	1
(再掲)その他(60 歳未満)	395	3.3	6.2	1.0	47	1
(再掲)その他(60 歳以上)	322	15.3	15.3	12.0	132	1

注）全体の件数 1,038 件は、1 回以上の訪問（面会）した人の合計件数である。

(2) 看護師等の支援期間

看護師等の支援期間については、特に差は認められなかった。

図表 102　家族構成別　看護師等の支援期間

単位：月

	件数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
全体	618	13.2	3.9	15.0	18	1
単身世帯	114	13.6	3.6	15.0	18	1
(再掲)単身世帯(60 歳未満)	16	13.7	2.8	14.0	17	6
(再掲)単身世帯(60 歳以上)	98	13.6	3.7	15.0	18	1
高齢者世帯	146	13.4	3.6	15.0	18	1
その他	346	13.0	4.1	15.0	18	1
(再掲) その他(60 歳未満)	91	11.8	4.6	14.0	18	2
(再掲) その他(60 歳以上)	255	13.4	3.8	15.0	18	1

(3) 1か月あたりの看護師等の訪問（面会）回数

1か月あたりの看護師等の訪問（面会）回数は、「単身世帯（60歳以上）が平均1.6回、「高齢者世帯」が平均1.5回、「その他（60歳以上)」が平均1.4回だった。

60歳未満の単身世帯への1か月あたりの訪問回数の最大値は3.9回、中央値も0.6回と、他の世帯に比べて低かった。

図表103　家族構成別　1か月あたりの看護師等の訪問（面会）回数

単位：回／月

	件数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
全体	601	1.4	1.1	1.1	11.0	0.1
単身世帯	113	1.6	1.1	1.4	6.0	0.1
（再掲）単身世帯(60歳未満)	16	1.1	1.1	0.6	3.9	0.1
（再掲）単身世帯(60歳以上)	97	1.6	1.1	1.4	6.0	0.2
高齢者世帯	142	1.5	1.1	1.1	6.3	0.2
その他	334	1.3	1.1	1.1	11.0	0.1
（再掲）その他(60歳未満)	81	1.1	1.3	0.9	11.0	0.1
（再掲）その他(60歳以上)	253	1.4	1.1	1.2	9.0	0.1

(4) 看護師等の支援内容

いずれの項目も、「単身世帯（60 歳以上）」と「高齢者世帯」で実施割合が高かった。

図表 104　看護師等の支援内容別　家族構成

	合計	観察・ﾊﾞｲﾀﾙﾁｪｯｸ（血圧測定等）	生活状況の確認	生活指導	服薬指導	栄養指導	受診勧奨	医療機関等の情報提供	他職種・ｻｰﾋﾞｽ紹介
全体	1,669 100.0%	563 33.7%	810 48.5%	401 24.0%	300 18.0%	276 16.5%	87 5.2%	22 1.3%	33 2.0%
単身世帯	174 100.0%	107 61.5%	128 73.6%	79 45.4%	66 37.9%	55 31.6%	19 10.9%	4 2.3%	8 4.6%
（再掲）単身世帯（60 歳未満）	56 100.0%	11 19.6%	23 41.1%	7 12.5%	4 7.1%	4 7.1%	1 1.8%	2 3.6%	0 0.0%
（再掲）単身世帯（60 歳以上）	118 100.0%	96 81.4%	105 89.0%	72 61.0%	62 52.5%	51 43.2%	18 15.3%	2 1.7%	8 6.8%
高齢者世帯	166 100.0%	142 85.5%	144 86.7%	95 57.2%	75 45.2%	74 44.6%	17 10.2%	9 5.4%	15 9.0%
その他	1,282 100.0%	306 23.9%	523 40.8%	219 17.1%	156 12.2%	145 11.3%	50 3.9%	9 0.7%	10 0.8%
（再掲）その他（60 歳未満）	895 100.0%	67 7.5%	267 29.8%	54 6.0%	30 3.4%	27 3.0%	9 1.0%	3 0.3%	1 0.1%
（再掲）その他（60 歳以上）	387 100.0%	239 61.8%	256 66.1%	165 42.6%	126 32.6%	118 30.5%	41 10.6%	6 1.6%	9 2.3%

（続き）

	合計	看護ｹｱの提供（清拭、足浴、爪切りなど）	相談・話し相手	介護保険の申請勧奨	介護・家族指導	生活支援相談員への連絡・調整	家族への連絡・調整	保健師への連絡・調整	PT/OT への連絡・調整
全体	1,669 100.0%	6 0.4%	438 26.2%	40 2.4%	37 2.2%	123 7.4%	13 0.8%	29 1.7%	24 1.4%
単身世帯	174 100.0%	1 0.6%	85 48.9%	9 5.2%	2 1.1%	34 19.5%	4 2.3%	6 3.4%	6 3.4%
（再掲）単身世帯（60 歳未満）	56 100.0%	0 0.0%	8 14.3%	0 0.0%	0 0.0%	7 12.5%	1 1.8%	2 3.6%	1 1.8%
（再掲）単身世帯（60 歳以上）	118 100.0%	1 0.8%	77 65.3%	9 7.6%	2 1.7%	27 22.9%	3 2.5%	4 3.4%	5 4.2%
高齢者世帯	166 100.0%	1 0.6%	111 66.9%	18 10.8%	8 4.8%	37 22.3%	3 1.8%	7 4.2%	6 3.6%
その他	1,282 100.0%	4 0.3%	237 18.5%	13 1.0%	26 2.0%	51 4.0%	6 0.5%	16 1.2%	11 0.9%
（再掲）その他（60 歳未満）	895 100.0%	0 0.0%	53 5.9%	0 0.0%	3 0.3%	6 0.7%	1 0.1%	6 0.7%	0 0.0%
（再掲）その他（60 歳以上）	387 100.0%	4 1.0%	184 47.5%	13 3.4%	23 5.9%	45 11.6%	5 1.3%	10 2.6%	11 2.8%

（続き）

	合計	その他職種への連絡・調整	その他	無回答
全体	1,669 100.0%	29 1.7%	106 6.4%	715 42.8%
単身世帯	174 100.0%	6 3.4%	17 9.8%	29 16.7%
（再掲）単身世帯（60 歳未満）	56 100.0%	2 3.6%	8 14.3%	23 41.1%
（再掲）単身世帯（60 歳以上）	118 100.0%	4 3.4%	9 7.6%	6 5.1%
高齢者世帯	166 100.0%	11 6.6%	6 3.6%	8 4.8%
その他	1,282 100.0%	12 0.9%	81 6.3%	649 50.6%
（再掲）その他（60 歳未満）	895 100.0%	5 0.6%	66 7.4%	560 62.6%
（再掲）その他（60 歳以上）	387 100.0%	7 1.8%	15 3.9%	89 23.0%

(5) 看護師等以外の他者の関わり

看護師等以外の他者の関わりについては、年齢によって異なるものの、世帯構成での違いは認められなかった。

図表 105　家族構成別　看護師等以外で関わった人の有無

	合計	有	無	無回答
全体	1,669 100.0%	1,084 64.9%	11 0.7%	574 34.4%
単身世帯	174 100.0%	141 81.0%	2 1.1%	31 17.8%
（再掲）単身世帯（60 歳未満）	56 100.0%	33 58.9%	0 0.0%	23 41.1%
（再掲）単身世帯（60 歳以上）	118 100.0%	108 91.5%	2 1.7%	8 6.8%
高齢者世帯	166 100.0%	155 93.4%	2 1.2%	9 5.4%
その他	1,282 100.0%	765 59.7%	6 0.5%	511 39.9%
（再掲）その他（60 歳未満）	895 100.0%	454 50.7%	6 0.7%	435 48.6%
（再掲）その他（60 歳以上）	387 100.0%	311 80.4%	0 0.0%	76 19.6%

「単身世帯（60 歳以上）」と「高齢者世帯」において、比較的、関与している割合が高かった。

図表 106　家族構成別　看護師等以外で関わった人

	合計	市の保健師	県の保健師	生活支援相談員(社会福祉協議会ひより)	医師	PT/OT	別居家族	近隣・友人	ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ
全体	1,084 100.0%	42 3.9%	4 0.4%	479 44.2%	519 47.9%	33 3.0%	573 52.9%	826 76.2%	236 21.8%
単身世帯	141 100.0%	8 5.7%	0 0.0%	94 66.7%	94 66.7%	5 3.5%	83 58.9%	111 78.7%	50 35.5%
(再掲) 単身世帯(60 歳未満)	33 100.0%	2 6.1%	0 0.0%	19 57.6%	10 30.3%	1 3.0%	15 45.5%	22 66.7%	6 18.2%
(再掲) 単身世帯(60 歳以上)	108 100.0%	6 5.6%	0 0.0%	75 69.4%	84 77.8%	4 3.7%	68 63.0%	89 82.4%	44 40.7%
高齢者世帯	155 100.0%	4 2.6%	3 1.9%	103 66.5%	126 81.3%	7 4.5%	104 67.1%	135 87.1%	56 36.1%
その他	765 100.0%	30 3.9%	1 0.1%	273 35.7%	292 38.2%	20 2.6%	375 49.0%	562 73.5%	126 16.5%
(再掲) その他(60 歳未満)	454 100.0%	12 2.6%	1 0.2%	100 22.0%	75 16.5%	2 0.4%	210 46.3%	319 70.3%	34 7.5%
(再掲) その他(60 歳以上)	311 100.0%	18 5.8%	0 0.0%	173 55.6%	217 69.8%	18 5.8%	165 53.1%	243 78.1%	92 29.6%

（続き）

	合計	地域包括支援ｾﾝﾀｰ職員	介護支援専門員(ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ)	訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの訪問看護師	訪問介護員(ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ)	通所ｻｰﾋﾞｽの職員	その他	無回答
全体	1,084 100.0%	71 6.5%	67 6.2%	19 1.8%	23 2.1%	49 4.5%	310 28.6%	5 0.5%
単身世帯	141 100.0%	14 9.9%	5 3.5%	1 0.7%	7 5.0%	8 5.7%	34 24.1%	2 1.4%
(再掲) 単身世帯(60 歳未満)	33 100.0%	0 0.0%	1 3.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.0%	9 27.3%	0 0.0%
(再掲) 単身世帯(60 歳以上)	108 100.0%	14 13.0%	4 3.7%	1 0.9%	7 6.5%	7 6.5%	25 23.1%	2 1.9%
高齢者世帯	155 100.0%	20 12.9%	22 14.2%	12 7.7%	9 5.8%	14 9.0%	23 14.8%	0 0.0%
その他	765 100.0%	37 4.8%	40 5.2%	6 0.8%	7 0.9%	27 3.5%	247 32.3%	3 0.4%
(再掲) その他(60 歳未満)	454 100.0%	4 0.9%	4 0.9%	4 0.9%	3 0.7%	3 0.7%	209 46.0%	1 0.2%
(再掲) その他(60 歳以上)	311 100.0%	33 10.6%	36 11.6%	2 0.6%	4 1.3%	24 7.7%	38 12.2%	2 0.6%

２節　仮設住宅健康支援団体連絡会メンバーへのインタビュー調査結果

１．　インタビュー対象者の概要

インタビューの対象となった各健康支援団体等の担当者は、図表 107 のとおりである。ここでは、一括して団体と称するが、9 つの団体のうち 5 団体は民営（1 団体は以前から市の委託事業として役割を担っている）であるが、他の 4 団体は行政の一部署である。また、民営団体のうち 2 団体は、2012 年度からは市の委託事業として活動しているので、2012 年度になると、全くの民営団体は大学とＮＰＯ法人の 2 団体となる。団体によっては、複数名でインタビューに対応された。発災当初の担当者の異動により、2011 年度については、記録を読み取る回答となった部分もあった。また、インタビュー内容が詳細に渡ったため時間切れとなり、個人を特定できない内容の記録を渡され、「ここに書いてあります」という形で記録による回答を入手する場合もあったが、それらからの情報もデータとして整理した。

図表 107　インタビュー対象者一覧

	健康支援団体名	仮設住宅での主な活動内容	インタビュイーの特徴
A	日本訪問看護財団	市内に名取事務所を設置し仮設住宅住民の訪問看護と定期健康相談、イベント開催など	インタビュー内容が多量となり、記録からの情報を多く追加
B	市社会福祉協議会	生活復興支援センターひよりとして、仮設住宅集会所に常駐し、住民の身近な相談役を担う	担当者 2 名でインタビューに応じる
C	市保健センター	仮設住宅住民の心身の健康生活全般に関わる支援と、支援者の支援も実施	担当者 2 名でインタビューに応じる
D	地域包括支援センター	主に高齢者の生活支援のための訪問、相談、介護保険申請やサービス調整を行う	担当者 3～4 名でインタビューに応じる
E	管轄保健所	支所として設置され、保健所機能を担っている	2011 年度と 2012 年度の担当者が変更した
F	市介護長寿課	地域包括支援センターの支援	2011 年度と 2012 年度の担当者が変更した
G	市生活復興支援課	仮設住宅のハード面の管理と住民の転出入や支援物資配給に関わる支援	応急仮設住宅以外の被災者支援が活動の中心
H	大学	地域の大学として行っている学生ボランティア活動の管理指導	3 か所の仮設住宅に限定して活動中。担当者は大学教員
I	ＮＰＯ団体	被災した子供たちのメンタル面中心に支援活動を展開	地域のクリニックと連携して活動

２．　各健康支援団体の概要

各団体の活動目的、被災地支援のための活動体制、活動の経緯などについては、図表 108 の示すとおりであった。

行政であっても、活動資金が事前に用意されてはいなかった様子がわかる。また、多くの団体は被災地支援活動のために新たに人員を供給しており、行政では他の地域からの派遣職員の力、民間では全国から来たボランティアの力が多く活用されていたことがわかる。

また、1 年目の 2011 年度には、比較的潤沢な寄付金やボランティア人員の派遣があったが、2 年目は資金・人員の両面共に 1 年目より脆弱化していることがうかがえた。

図表 108　各団体の活動体制

	主な活動目的・理念	人員体制人員体制（2012 年度現在）	資金の出所 調達方法	活動の経緯 その他
A	仮設住宅住民の健康管理 「孤独死を出さない」 「PTSDの悪化防止」 活動は3年を目途に開始した	保健師 2 名 看護師 6 名 准看護師 1 名	2011 年度：日本財団からの寄付 2012 年度：市の委託事業	・市の関係者から、支援に入る許可を間接的にもらい、活動を開始。 ・2011 年度はHP・ナースバンク・新聞広告等により全国から看護師のボランティアを募り、数日から半年にわたりボランティア看護師が約10名程度参加した
B	「家族のように寄り添う支援」が会長の方針 復興支援センターは、初めての組織なので、相談員と議論して組織をフレキシブルに作っていく。仮設住宅がある限り活動は継続する予定	市社会福祉協議会 庶務係：3 名（中心） 生活支援相談員 10 名（無資格者） 県社会福祉協議会 名取担当復興支援員 1 名（2011 年 8 月～2012 年 3 月末）	2011 年度：セーフティネット支援対策等事業補助金（人件費のみ）と寄付金 2012 年度：市の委託契約	・2012 年度には、県社会福祉協議会から復興支援員を 1 名派遣しているが、これはプロパー派遣ではなく、復興支援のために新規に採用された人を派遣している ・2011 年度は、人件費以外は市社協の持ち出しとなった
C	被災者の健康管理は防災計画に謳われており、被災者はハイリスク住民として取り扱うこととされている	保健師 13 名（内産休 3 名） 看護師 2 名 管理栄養士 3 名 歯科衛生士 2 名 事務職 7 名	当初、自殺対策、健康推進事業の予算を、被災者支援の予算に組み替えた。その後県から予算増額の通達があり、さらに災害救助法の適用になって資金が流入した	保健師不足から、県採用の支援のための保健師 2 名が 2013 年から 2 名配置されている
D	原則、65 歳以上の既登録者と新規登録者への相談事業、介護予防教室の開催など	社会福祉士 1 名 主任ケアマネジャー1 名 保健師 1 名	市からの委託金 法人からの出資	市から民間法人への委託事業として活動を実施している

（続き）

E	管轄地域（2 市 2 町）の後方支援を行う	保健師 3 名 当初は保健師派遣チーム、山形県からの派遣職員、本所の支援が得られた。 2012 年度は、1 名増員し 4 名体制で活動している	県費	管轄地域人口は約 16 万人
F	介護保険法、老人福祉法に基づく事業（地域包括支援センターの統括、要介護認定関連）事業	保健師 3 名 その他 12 名 2012 年度は任期（最長 5 年）付き職員 2 名を補充した	市費	・2012 年度から異動された保健師から、記録を基に得た事柄 ・2013 年 1 月からは、県の任期付き保健師の配置あり
G	震災からの復興のための被災者（民間賃貸住宅と応急仮設住宅を含む）支援は、基本的に行政の役割である	2011 年度当初：社会福祉課長と職員数名と 7 月以降は新規採用者 2 名	市費	神戸市の職員が 1 週間交代で 2 名ずつ継続して支援してくれた。おかげでコミュニティ重視、町内会単位の入居が進められた
H	①閉じこもりを防ぎ仮設住宅での孤独死を予防 ②起こりやすい健康問題を予測・予防し、健康状態とセルフケアの向上をめざす ③子供の気になる症状を早期発見し、適切な対応により問題の深刻化を防ぐ	担当教員 2 名：看護学科教員・作業療法士学科教員	大学の費用に加えて 2011 年：赤い羽根募金、前川奨学金、日本財団 2012 年度：赤い羽根募金	・日本で初めてボランティア活動を単位化した大学 ・看護学科教員が中心となり、他学科の協力を得た。教員のメンバーはその後固定化した。ボランティア学生（3 か月づつ）を募りオリエンテーションをした。学生は毎回記録を残す。 ・仮設住宅をフィールドに調査研究はしないことを学科内で徹底した
I	2011 年度：「マイナスからゼロまで戻す」ＰＴＳＤの予防的ケア、震災体験のゆっくりとした紡ぎ出し、震災に関連したテーマの繊細な取り組み 2012 年度：「ゼロからプラスに転じよう」震災体験を付加価値に高め、自信をつけて元気になってもらう	事務局スタッフ 3 名 プログラム内容によって学生・社会人ボランティアを導入 （単発のボランティアの受け入れは苦労が伴うが、全国の人の思いを受け入れる責任が現地の人間にはあると思った）	2011 年度：ほとんどが、支援金や義援金、海外の助成ファンドからの資金を活用。参加者からの費用徴収はない：2012 年：前年同様だが、先細り感がある。助成ファンドを使うと自由度が違ってくる	・代表は心療内科医であり、災害における国際支援をしてきたので、今回はその実績から「子供の心のケア」をテーマに心理社会的ケアを行おうと立ち上がった ・市教育委員会に働きかけ、1 小学校 1 中学校の校医としてケアを行った

３．　仮設住宅健康支援団体連絡会メンバーへのインタビュー結果

それぞれの団体の具体的な活動について、担当者らに時系列で語ってもらった。その結果を整理し図表 109～117 に示す。

インタビューの中では、その時の活動として、一部の住民への支援について話された内容が含まれているが、そこには個人情報が含まれていることが多い。そのため、データを整理する際には、個人が特定できないように、しかし文脈が損なわれないように工夫しながら改編して表記し、整理しなおした。そのため、インタビュー内容として記述されている事例については、すべて実際とは異なる事例として記述している。

1) 団体活動の根底に流れる理念と目的のもとに走り出した支援活動

9 つの団体の活動は、それぞれの専門性や当面の目標は異なっているが、被災者の人々を支えようとする姿勢は同様であった。行政の立場にある団体は、通常業務として市民生活を支えるという使命が大前提としてある。そこに「被災した」という条件が加わることによって、仮設住宅の住民に対しては、より脆弱で支援を要する市民としてこれまで以上に支援活動が重点化された。一方民間の団体は、それぞれの団体のもつ専門性や理念に照らして「被災地で支援活動をする」ことを決定し、これまで支援したことのない人々に対する初めての支援活動を開始している。ＮＰＯ法人の団体Ｉ以外は、どの団体にとっても被災地支援は初めての経験であった。確実な資金調達ルートもなく、支援する人員も不慣れで人数も不十分なまま必要に迫られて支援を開始している実態があった。

図表 109　Ａ：日本訪問看護財団による健康支援活動の概略

	2011.5月以前				5月							6月			6～7月	7月	8月		
活動テーマ（キーワード）	被災地支援活動開始の決定	活動場所の決定	活動資金の調達	看護師の確保	関係者に挨拶	事務所の確保	事務所の整備	ユニフォーム作成	自治会長への挨拶	健康調査票作成と配布・回収	健康相談の実施	開所式開催	訪問活動開始	支援者連絡会への参加	健康調査票回収	事例検討会開始	熱中症予防活動	研修会に参加	市内の訪問看護ステーションとの連携
目的（何のために）	訪問看護財団として被災地支援を実施し訪問看護師の活動意義を確認・発信	活動の基盤整備				活動の基盤整備		財団看護師を認知してもらう	仮設住宅住民の理解を得る	住民の健康状態の把握		財団の活動開始を発信	住民の健康支援	仮設住宅住民を支援している団体が一堂に会し、お互いの活動を知り、連携できるように	住民の健康状態把握	訪問看護事業の質の向上	熱中症の発生予防	身近な人を亡くす人へのケアを学ぶ	既存の訪問看護活動の邪魔をしない
担当者（誰が）	財団役員・職員				財団役職員	財団職員				市保健師・財団職員	名取事務所看護職	財団役職員・名取看護職	名取治事務所看護師	保健センター保健師が開催	財団名取看護職	全職員	財団名取看護職・市保健師	名取事務所看護師5名	名取事務所責任者
活動時期（いつ）	2011年度から	4月中旬	4月末	4月下旬		5月中旬				5月～8月	5月～現在		5月～	2011. 6月～月末、8月～隔月末開催中	5月～9月	隔月開催		8月	
活動場所（どこで）	被災地の応急仮設住宅	財団事務所		宮城県・全国	宮城県	宮城県名取市	名取市内	本部	最初に完成した仮設住宅	保健センター	各仮設住宅集会所	名取事務所	仮設住宅	保健センター	仮設住宅6か所	事務所内	仮設住宅内	財団研修会	市内4か所の訪問看護ステーション
何をしたか	理事会で検討し、その結果を受けて被災地に出向いてニーズを把握し、仮設住宅での訪問看護活動と健康相談活動の実施を決定	複数の被災地に打診した	日本財団に寄付を依頼し、活動計画を説明して理解を得る	ナースバンク、HP、新聞広告にて求人募集	県庁、看護協会、市役所に挨拶	賃貸物件の依頼を地元の看護職に頼んだ	備品・消耗品など多数整備	ユニフォームを多数制作	自治会長や関係者に挨拶し、活動の概要を説明する	健康調査票を作成し、仮設住宅の完成に合わせて全戸配布し、回収した。	健康相談の日時を決め、定期的に相談を受ける	関係者を招待して開所式を開催	住民への訪問を継続して実施。健康状態の悪化予防、異常の早期発見と対処を中心に訪問。高齢者世帯と独居世帯には、月1回は訪問するルールとし、それ以外は適宜訪問	9～10の支援団体が、これまでの活動内容を伝え、必要事項を伝え合う。必要時には、会議後に個別に話し合うこともある。	集会所で健康相談をしながら回収、または初回訪問しながら回収	毎回、担当者を決めて事例検討会の資料を準備して、1事例について看護内容や方法を話し合う	・熱中症予防のリーフレット作成・全戸配布 ・保健師の講話を依頼し集会所にて実施 ・猛暑日は、スピーカーで仮設住宅内に「冷房」を進めて外出を控えるように呼びかけた	緩和ケアのセミナーに行って学ぶ	4か所にあいさつに回り、事業開始の説明と了解を得るとともに、意見を拝聴する
結果	避難所から仮設住宅に移ってからの健康管理が訪問看護の役割になると確信	名取市が受け入れを決定	承諾を得た	4名の看護職確保	名取市での活動に理解を得、励まされた	1室を借りることができた	買い物、家具の取り付けなど実施	統一した色と財団マーク、ロゴ入りTシャツとトレーナー	「是非健康管理をお願いしたい」と受け入れられる	健康調査票を完成し、A団地に先ず配布して、回収を始める	全仮設住宅にて定期的に実施し、場所によってはボランティアの医師も参加している	10名程度の参加者あり	訪問看護活動は継続することによって、ほぼ難なく実施が継続されている	粗相気にそれぞれの団体や担当、役割分担などが理解でき、活動がスムーズになった	6か所の仮設住宅の住民の情報はほぼ把握したが、回収できていない住民が数%あった	事例検討会は定期的に実施する慣習ができ、約2年間の間に10事例程度の検討ができた	熱中症者は発生しなかった	新たな知識を得た	仮設住宅への訪問活動がステーションへの邪魔にならないことを確認し、今後も情報交換や協力できるよう依頼する
困難なこと（理由）				雇用予定の准看護師が、仕事内容に不安を覚え辞退した		発災後、賃貸物件が少なく選べる状況ではなかった	購入する店舗も被災しており、一部使用できない状況があった 力仕事が多かった	サイズは1種類多量生産	地元の自治会については全くわからない	回収が捗らない。配布しても、多量の配布物にまぎれてわからなかったり、住民も忘れてしまっていたりしていた。	相談者が固定してしまっている。来てほしい住民に来てもらえない	狭い事務所で実施	訪問を拒否されたり、依存的になったりする住民への対応に、不慣れな看護師は戸惑うことが多かった	保健センターの都合で日時が決まり、日中なので医師会などは参加できない	回収がはかどらない。ポストにチラシがあふれていて、紙を見てもらえていない	事例検討会用の資料作成をして、全員が事例についての認識を共有するための作業に時間がかかり看護職の負担となる	夏場の訪問で、60代のボランティア看護師が熱中症になりかけた	研修場所が遠く宿泊を要した	ステーションのマンパワー不足のため、あまり協働する場が少なく、任されている状況になっていること
良かったこと（理由）			理事長の尽力を得ることができた	地元の看護職が人脈を駆使して看護師を確保してくれた		宮城県の地元の方の協力を得られたため、早めに物件をおさえることができた	手伝いのボランティアが複数得られた	仮設で目立つカラーにした結果、看護職はすぐに覚えてもらえた	保健センター長が自治会長を通して仮設住宅に入っていくことが良いと教えてくれたこと	市保健師が、周囲の被災地の健康調査票の見本から原案を作成していた	家庭への訪問を望まない方にも、健康相談を実施することができる。相談から訪問につながることもある	財団の「看護活動によって被災地を支援したい」という意思を地元の方と共有できた	・経験のあるボランティア訪問看護師が事務所に常駐しスーパーバイズしたことが心強かった。 ・市保健師がバックアップした。 ・赤いユニフォームが仮設内で目立つことにより、訪問看護師のイメージが定着し、住民が受け入れやすかった	お互いの顔がわかり、連携を取りやすくなった、その後情報交換会の開催など発展できたのもこの会合が始まりだと感じる	人海戦略で、一度に同じ仮設を集中して回り、訪問しながら調査票を聞き書きして回収した。夏休みは共働きの家庭でも子どもから情報が得られた	事例検討会によって、様々な意見交換ができ、勉強になった	熱中症予防の飲料水の寄付を得て、全仮設住宅にて予防的に配布し喜ばれた	財団の研修を活用し、看護職に研修の場を提供	その後、ステーションの地域のブロック会議にも参加させてもらうことができ、連絡や連携がしやすくなった
備考																			

図表 109　Ａ：日本訪問看護財団による健康支援活動の概略（続き）

	9月				10月			11月		12月		2012. 1月			
活動テーマ（キーワード）	訪問看護ステーション連絡協議会参加	健康調査票集計	緊急時のパンフレット配布	パチンコ依存症の独居者への支援	ベンチの設置	名取復興支援センターひよりとの連携	訪問拒否している下肢創傷のある独居者支援	精神疾患の共依存の親子への支援	健康教育活動実施	服薬カレンダーの配布	訪問看護ステーションと連携した事例	名取市民交流会	アルコール依存症のリスク者への対応	住民を分類し、訪問頻度を検討	情報交換会の開始
目的（何のために）	財団の活動を関係機関に周知する	担当仮設住宅の特徴を把握し、活動に活かす	適切に救急車を呼ぶ	健康状態悪化の予防	住民の語らいと休憩の場作り	住民の生活を守るための連携体制	創傷の悪化予防	大声で騒ぎ近隣から苦情有り	冬の感染症、急変予防	服薬の自己管理に役立てる	下肢潰瘍の患者の支援	被災後1年を迎えるに当たり、市民に癒しの場を提供	依存症の予防と回避	効率の良い訪問形態に変更	生活支援相談員、地域包括支援センター職員、財団看護師は常時仮設で活動しており、情報交換の必要性が提案された
担当者（誰が）	責任者・スーパーバイザー	財団職員・名取看護職	名取看護職	担当看護師	名取事務所職員	名取事務所職員	担当看護師	担当看護師ら	市医師会の医師	産業医科大学の文化祭来場者	担当看護師	財団本部・名取事務所	名取事務所看護師	名取事務所看護職	各仮設毎に3者の担当者
活動時期（いつ）	県南ブロック会議の時間	9月末	9月末		10月	10月～現在	7月～10月	11月～現在	11月～12月初旬	11月初旬	12月～翌年4月末	1月21日	12月～1月	1月	1月～現在
活動場所（どこで）	文化会館	名取事務所	各仮設住宅	仮設住宅	市内全仮設住宅	各仮設住宅	仮設住宅	仮設住宅	各仮設住宅集会所	産業医科大学の文化祭の場	仮設住宅	市保健センター	仮設住宅	名取事務所看護職	仮設住宅集会所
何をしたか	協議会の県南ブロック会議にて活動の説明をして了解を得る	6か所の約650世帯約1500名の健康状態を集計しまとめた	手洗いの仕方と救急車の呼び方をセットして、仮設住宅に全戸配布	重い疾患をもち健康上の課題が多数あるが、毎日一日中パチンコをしている人に、行動変容を働きかけた	ベンチを購入して仮設住宅に希望数を設置	ひよりの生活支援相談員が各仮設住宅集会所に常駐となり、お互いに連携を取りながら活動するようになった	何度訪問しても、拒否されていた。拒否されても、何度もチャレンジするよう必要性を感じていた看護師は根気強くかかわった	近隣の苦情から訪問を開始。この年は入院し、翌年から定期訪問開始。保健師と訪問看護師で関わる。主に傾聴し、話し相手になる。	6回にわたり「高血圧と脳卒中」「インフルエンザとノロウィルスの予防と対策」「冬の寒さに向けて注意すること」をテーマに各地で開催	福岡県の大学が「東日本大震災被災地に届けよう～ケアリングの心～」と題して開催したイベントの中で、服薬カレンダーを作製し寄付されたので、住民に配布した	下肢潰瘍の悪化あり、介護保険申請に繋ぎ、下肢潰瘍の処置のための訪問を継続	地元で大人気の歌手を招聘し、演奏会とトーク、看護師からの講話、仮設住民の詩の朗読のイベントを開催した。文化会館が使用できず、保健センターで実施した。	親類を複数亡くし毎晩アルコールを飲み泣いて暮らしているという独居男性からのSOSがあった。新年早々に訪問し、話を聴き訪問を継続した	訪問を要する人に厚く、不要の人には時間をかけないような効率的な訪問形態を検討するため、住民を5段階に分類し、全員の訪問頻度を決定した	毎月、お互いに課題のある住民についての支援を報告しより良い方策を検討し合い、課題を解決していく
結果	多の市町の日最後の状況の情報交換や活発な意見交換ができた。市内の医療情報も得ることができた	高血圧、糖尿病、心疾患等慢性疾患の罹患者が多いことが分かった		歯科受診を勧め、栄養運動指導、生活指導、定期訪問を継続した結果、集会所のイベントに参加し、歯科受診した。喫煙、パチンコはやめられない	全数41台を設置	看護師が訪問しきれないい住民の安否を確認したり、集会所で情報交換しながら見守り体制が強化された	住民は看護師を受け入れ、津波後の下肢凍傷の自己管理を看護師が励まし見守ることができるようになった	娘は肥満で痩せたい願望があり、複数の看護師が会うたびに励まし、会話することによって動機づけされ、散歩に出かけ外出が増えた。1年後には10kg減量し気持ちも安定してきている	延べ190名の参加者があった。心臓発作や脳卒中による救急搬送は数名あった	服薬管理の必要な住民に壁にかけて使用してもらった	介護保険による訪問看護サービスが開始されたが、マナパワー不足のため頻回の訪問による処置が困難となり、訪問看護師と同じ処置を財団看護師も連携して実施した	雪の中、約90名が参加し、大変好評であった	その後元気を取り戻し、外出後に看護師に「大丈夫」と電話で伝えながら仕事に励むようになった	訪問不要と判断した場合には、生活支援相談員に安否確認や見守りを依頼して情報を得た。看護師が対応する住民は全担当仮設住宅で約650名程度と把握できた	・この提案による会合の実施はとても良かったと評価されている。
困難なこと（理由）	医療費が無料となり、ステーションは仕事が増える状況で仮設に手が回らないとのことだった	一部は情報把握が困難であり、99%程度を集計した	救急車を適切に呼ぶことができない人がいたために実施	行動変容が一時的に見られても、元に戻りやすく、看護師も無力感を感じてしまう	風当たりが強い仮設では、ベンチが倒れて一部破損した	不慣れなため、最初は連携がスムーズにいかないこともあった	拒否されることの辛さ、無力感を看護師は感じながら活動している	娘が安定し始めると母親が不安定になってきている。娘が離れていくにつれ、母も自立しようとし始めている	参加者が集まりにくい仮設住宅では、職員が声掛けをした	人によっては材質の関係で使いづらいことがあった	下肢潰瘍は完治したが、血糖値が安定せず再入院となっている	高齢者が悪天候の中来場できるように、大型バスをチャーターして送迎した	虚弱高齢者でない独居者のリスクを見落としやすいことに気付いた	判断基準を決定したが、その結果として看護師により、判断の違いが出ていた。	毎月全仮設住宅で実施されるので忙しい
良かったこと（理由）	お互いの情報を交換できた。「仮設住宅で良く受け入れてもらえた」と感心された。顔見知りになりステーションとの連絡もしやすくなった。	疾患の悪化予防、異常の早期発見等活動の方向性が見えた。仮設毎の特徴をつかむことができた。市保健センター、医師会等にデータを提供できた		看護師を受け入れ、集会所やイベントに時折参加するようになる。外見が変貌し、他者と交流できるようになった	住民が秋の日射しの中で、陽だまりに腰かけて語らう光景が見られた	看護師の会えない住民の情報など得ることができた	根気強い働きかけが、相手の行動を変化させることができることを実感できた。「自分のことを心配してくれる人がいるのは心強い」と喜んでくれた。	子の親子を気にかけている近隣の方が、別の仮設におり、親子の具合が悪くなると、担当看護師に「ちょっと行ってくれないか」と相談されたりすることで、タイミングよく訪問できたこともある	講話が役に立ったという人が9割となり、感染症の蔓延はなかった。	約1年間で500枚近くを住民に配布できている	・下肢潰瘍は、悪化せずに完治することができた。 ・地域の訪問看護ステーションの応援としての役割も果たすことができた	多くの市民が集い、笑い、泣き、癒された、ありがとうと言って笑顔で帰って行った。3月11日にも追悼の会が厳かに行われ、事件はなかった。	本人からSOSを発してくれたことと、早急に看護師が対応し、継続して関わったことによって大事に至らなかった	ポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチに切り替え、ハイリスクの人に深くかかわることにより、異常の早期発見や予防に努めることができた。	・お互いの知らない情報を得ることができ、他の支援がどう入っているかを共通認識できる。 ・より密な関係性が作られた
備考									「仮設以外の住民にも同じ支援を」という声が聞かれた					大学教員がボランティア参加して共に検討した	

図表 109　Ａ：日本訪問看護財団による健康支援活動の概略（続き）

	3月	4月		5月	6月	7月	11月		2013. 1月	
活動テーマ（キーワード）	認知症サポーター養成講座開催	名取市の委託事業となる	精神障害者の支援	独居認知症高齢者の支援	独居のアルコール依存症者への支援	視力が低下している人への支援	メンタル面の支援を要する住民の増加	虐待家族への支援	自死者発生を受け、活動を再検討	認知症サポーター養成講座の開催
目的（何のために）	増加が懸念される認知症への正しい理解を養成する	仮設住宅の健康支援の大切さを市が認識し、予算化した	生活支援と精神の安定	妻を津波で亡くし独居生活を送る高齢者を支援	悪化予防のための見守り支援	生活上の悩みや相談に応じる	看護師だけでは解決できない部分を支援する	虐待による不利益を防止し、虐待する側への理解と支援も実施する	自死者を出さないための活動	認知症者の増加が見られ、温かく見守る姿勢を住民が身につける
担当者（誰が）	財団職員（キャラバンメイト）と事務所職員、学生ボランティア	名取市	看護師・ボランティア・保健師	担当看護師	担当看護師	担当看護師	財団保健師	財団保健師ら複数職員	全員	財団職員と事務所看護職
活動時期（いつ）	2月～3月	4月	4月～現在	約1年前から現在	約１年前～現在	7月～継続		11月～12月	1月	2012年12月～2013年1月
活動場所（どこで）	仮設住宅集会所	名取市役所	仮設住宅	仮設住宅	仮設住宅	仮設住宅とその付近	事務所	仮設住宅	事務所	仮設住宅
何をしたか	事前に民生委員に相談して開催の了解を得て、日程を決めた。チラシを作成し、仮設住宅に配布した。仮設外からの住民も参加できるようにチラシを保健センターにもおいた。キャラバンメイトが講義をしてから、寸劇を披露し、認知症状のある人を叱ってはいけないなどの対応方法と、困ったら看護師に相談するように伝える	委託事業を受託して、昨年同様の活動体制を整備する。報酬が減額することを職員に説明し理解を得る。駐車場代が支払えないので、無料で借りる算段を検討する	ボランティア等の紹介で被災後仕事についていたが、退職と同時に引きこもりになった。精神が不安定となり、処方された錠剤を多量服薬したが、特に問題なかった。継続して関わっている	定期的に訪問し話し相手など支援していた。看護師以外のサービス導入を拒否していたが、認知症の疑いが現れ、別居の子供に受診を勧めてきたがケアマネジャーと双方で関わり、ようやく受け入れられた。	アルコール依存症があったが、服薬で落ち着いていた。5月に親の葬式で飲酒してから泥酔状態で警察に保護される。看護師と生活支援相談員が連日訪問して見守りを継続	病状が悪化し、生活が困難になったため福祉用具の利用祖進め、手術する方向性で支援した	メンタル面で課題をもつ住民への関わり方や支援の方向性について、精神保健福祉士を招いて必要時事例検討会を実施する	関係職種が皆、関わり方に困窮している事例について、所内で検討した。家庭内で虐待を受けている住民を、自宅で警察沙汰いにならぬよう、入院させるように促した。家族死亡後に訪問し、虐待していた家族の話を傾聴した	これまで関わりがなかった住民から自死者が出たため、不可抗力かもしれないが、できるだけ予防するためにはどうしたらよいかを話し合った	医師の講話から始まり、寸隙と看護師の講話を交え、相談窓口を知らせる
結果	約40名の参加者があった。終了後に次のイベント開催予定であったので、アンケート調査はしなかった	医師会長のクリニックに1台、代議士事務所に1台、新規採用の地元の保健師の駐車場に5台を無料提供を依頼し、了承を得る	財団看護師、市保健師、ボランティアが関わって傾聴、家族調整など行っており、安定しつつある	デイサービスとホームヘルプサービス利用にも、だんだん慣れて明るくなっている。子供も親の認知症を認め、毎日電話で本人と連絡を取っている	他人の支援が嬉しくて、禁煙外来に通院し、断酒のために努力したが、何度も挫折。禁断症状の辛さを訴えると近所の友人が飲酒を勧める。	不和もあり家族と会話できず、看護師に家族代りに相談して手術を決め、活気が出てきている	看護師が必要と判断した時には、保健センターを通じて精神保健福祉士に介入してもらい、共に支援しながら情報交換と必要時事例検討などを行うことになった	末期状態の患者が自宅で死亡し、変死扱いで警察の検死を受けることになるのを危惧していたが、死亡直前に入院することができた。虐待していた遺族が新たな一歩を踏み出せるよう、死亡前からグリーフケアの視点で関わり、最後の訪問時に冷酷な態度だった遺族は号泣した	これまで訪問を不要としていた人への関わりをより重点化する。必要に応じては日曜日に職場に会いに行く訪問もよしとする	住民と関係者合わせて50名程度が参集し、盛況な講座となった。終了後のアンケートでも満足度が高かった
困難なこと（理由）	参加者が多数集まらないこと。イベントの連続で、住民も疲れ気味であった	予算が初年度から大幅減となり、看護師の時給を下げ、残業手当はなくなるという条件を悪化せざるを得なかった。遠方からの支援者は全て終了とした。	このような事例に向かうと、精神科訪問看護の研修の必要性を痛感した。	認知症を別居の実子に理解してもらうこと	断酒を継続できるような支援が難しい	話し相手や相談には乗れるが、家族と同じ役割はとれない限界がある	一度精神保健福祉士が介入するも、継続しづらい場合も多く、看護師だけが訪問するも解決できないことも多い	既にフォーマルなサービスが入っている住民に対して、ボランティアの立場から関わる際には、加減が難しい	会えない人のリスクをキャッチすることができない	住民の集まりがあまり良くないこと。認知症を万んでほしい住民があまり参加しない。口座に必要な備品が仮設住宅にない
良かったこと（理由）	・仮設住宅で初の講座が開催できた ・参加者は、最後にオレンジリングをもらったが、自治会役員がリングを片手にはめて、「みんなで支えあっていきましょう！」と呼びかけていた		世代間の確執が大きくなったために、世代がそれぞれ別室になることができた。 その後看護職員4名が研修を受講した	・ケアマネジャーと連携してサービス導入につなげることができたこと ・実施が親の認知症を受け入れ、緻密な連絡を毎日取るようになり、いい親子関係ができていると感じる	精神保健福祉士が入り、ケースカンファレンスの結果、お酒飲んでいる時は看護師も「飲んでるので失礼します」とすぐに帰るようにと指導された。	本人が元気になり、病状安定のために生活の見直しを図ろうとしている姿勢が見られる。本人の安定に連れて、家族との関わりも出てきてはいる	メンタル面の支援者として、精神保健福祉士と直接連携する場面が増加し、気軽に相談ができるようになった。事例検討会に同席し、悩みや質問に答えてもらえるので、看護師も助かっている	虐待する家族の立場からも考える視点を持ち、共感することができ、最終的には虐待していた家族も、本人の死に向き合い、一生背負う後悔を残すことなく、新たな一歩を歩んでいけるために、号泣することができたと思われた	各看護職が自分の担当者を再度調べて、これまで会えていなかった人に会う方策を考えたり、手紙を入れたり、情報を集めたり、心身の状況の悪化予防のために活動した	多くの参加者が理解を深め、満足し、認知症への理解や相談窓口を理解できていた。次年度は全仮設住宅で同様の講座を開催してはと、保健センターから提案された
備考										

図表 110　B：名取市社会福祉協議会による健康支援活動の概略

	5月以前	5月	6月	8月	9月	10月	11月
活動テーマ （キーワード）	・名取市災害ボランティアセンターの立ち上げ、運営 ・災害時特例緊急小口資金貸付業務（相談、申請受付等） ・保健センター避難所の高齢者への直接支援	仮設住宅住民への支援	復興支援センター立ち上げ準備開始	災害VC閉鎖、復興支援センターひよりスタート	復興支援センターひより本格稼働	他団体との情報共有、訪問活動開始 生活支援相談員教育	他団体との連絡会（情報交換会）をスタート 生活支援相談員教育
目的 （何のために）	・ボランティアコーディネート ・保健センターの応援要請に対応	・仮設住宅に入居するための支援 ・環境整備（物資搬入等）の支援	仮設住宅入居者の生活支援活動を行うため		「住民に寄り添う」を基本方針に見守り活動を中心に生活支援を行う。		仮設住宅住民の把握とリスク回避
担当者 （誰が）	・社協職員（介護職員含む） ・センター運営支援ボランティア	災害VC担当者、ボランティア	災害VC担当者、ボランティア	・名取市社協職員 ・ブロック派遣社協職員 ・県社協の復興支援員1名派遣（8/1～3/31）	・センター長等ひよりスタッフ		財団、東地域包括、ひより、民生委員
活動時期 （いつ）	・3/18～（設置、運営開始） ・被災後から準備 ・停電の解消（復旧）を以って設立	仮設住宅入居開始時～		・名取市災害ボランティアセンター閉所（～8/6） ・なとり復興支援センターひより設立（8/6～）	9/14～生活支援相談員を仮設住宅集会所に配置		
活動場所 （どこで）	・名取市災害ボランティアセンター （拠点：名取市民体育館） ・保健センター内避難所	仮設住宅	名取市災害ボランティアセンター（名取市民体育館）	名取市災害ボランティアセンター（名取市民体育館）	仮設住宅のうち6か所の集会所（のちに7か所となる）	・なとり復興支援センターひより（名取市民体育館） ・仮設住宅集会所（6か所）	・なとり復興支援センターひより（名取市民体育館） ・仮設住宅集会所（6か所）
何をしたか	・センターの立ち上げ、全国各地から訪れたボランティアのコーディネート及び派遣先の調整 ・被災者を対象とした災害時特例緊急小口資金の相談窓口を設置。民生委員の協力を得ながら相談、申請受理等の業務を行った。 ・保健センターの応援要請に応える形で、訪問介護員、看護職員が高齢者の直接支援を実施。	・仮設住宅の環境整備（物資搬入等）の支援としてボランティアを派遣 ・高齢者世帯、独居世帯の避難所から仮設住宅への引っ越し手伝いボランティア派遣	体制整備、活動方針の検討→計画案の作成、名取市との協議	ひより職員募集 （新聞求人欄、ハローワークの活用）	・新採用職員の内部研修（研修講師：社協職員） ・仮設住宅集会所に生活支援相談員の常駐開始 ・支援団体、ボランティアが実施するイベント等の受入調整（コーディネート業務） ・仮設住宅の自治組織活動の支援	・財団、民生委員とペアで訪問活動する機会を得る ・県社協「宮城県被災者支援従事者研修基礎研修」参加	・財団・東地域包括、ひより3者連絡会を開始 ・民生委員とひよりの連絡会開始 ・県社協「宮城県被災者支援従事者研修専門研修」参加
結果	・名取市災害ボランティアセンターを閉所まで114日間開所、約18，000人のボランティアが活動した。	・被災地でのボランティア活動（泥だし等の活動）に平行して、仮設住宅支援ボランティアを派遣	計画案に対し、名取市の了承を得た。	復興支援コーディネータ2名、生活支援相談員6名、貸付相談員1名採用	9/14から常駐開始することができた	他団体との情報共有が進む	3者連絡会では生活面、健康面を含めて情報交換及び対応策の決定まで行えるようになった。
困難なこと（理由）	・社協の通常業務と被災地支援事業を平行して実施するには、人員不足だった。災害ボランティアセンターは社協職員を中心に、ボランティアの力を借りながらの運営となった。	・連休明けを目標に、仮設住宅住民への支援を中心に切り替えることを想定したが、災害VC業務が膨大で終わらなかった。	・復興支援センターの立ち上げはイメージがつかみにくく、誰もが初めての経験で相談相手もおらず苦労した ・過去事例を参考にしようと思ったが、具体的な運用面まではわからなかった ・社協業務が通常通りに戻り、さらに復興支援センター準備が始まり、心身の疲労が蓄積していった。	保健・福祉関連の有資格者の採用を希望していたが、無資格者の採用となった。	・住民への個別対応は本格化せず。イベント対応に振り回される ・生活支援相談員がストレスを感じる（常駐型のため） ・担当者としても初めての経験であり、相談員から指示を仰がれたり相談されたりしても十分な対応ができないことがあった。 ・無資格者の良い面もあったが、アセスメントの見落としなども生じた	財団から情報を提供していただき、大いに役に立った。しかし、財団は、相手は社協とはいえ、どこまで情報を提供していいものか悩んだのではないだろうか	・アルコール依存、認知症、精神疾患など専門職でない相談員として、どう向き合えばいいのか悩みはじめた。 ・見守り訪問する世帯の色分け（健康面、福祉面）が進み、生活支援相談員が責務の重圧を感じはじめた。
良かったこと （理由）	・災害ボランティアセンターの立ち上げ、運営については、日頃から研修を受けたり過去事例（阪神淡路、中越）から学んでいたことが役に立った。		・神戸市社協等、社協職員が支援に入り、相談や準備に協力してもらえた。	・50～60名の応募者から選考することができた ・無資格者ではあったが、逆に住民目線にたった活動を期待することができた	・常駐型を採用したことで、自治会役員や住民からの信頼を得られた。 ・常駐することで収集する情報量も多かった。	ペア訪問することで、相談員の気持ちが楽になった。 研修を受講し参考になる部分もあった。	他団体から情報を求められることが増え、常駐型の効果を実感できてきた。

図表 110　Ｂ：名取市社会福祉協議会による健康支援活動の概略（続き）

	2月	3月	4月	5月	7月	10月	11月	12月
活動テーマ （キーワード）	メンタル面の課題を抱える住民が顕在化してきた	被災から1年	補助事業から名取市委託事業となる	生活支援相談員の質の向上	みやぎ心のケアセンターとの連携	職員の変更	職員の変更	新年度に向けて、生活支援相談員の体制を検討
目的 （何のために）	孤独死、自殺の防止							
担当者 （誰が）	財団、東地域包括、ひより、民生委員、保健センター	3/11は全職員出勤	県社協から復興支援員1名出向 （派遣型から出向型へ）					
活動時期 （いつ）								
活動場所 （どこで）	・なとり復興支援センターひより（名取市役所西棟2階） ・仮設住宅集会所（7か所）	・なとり復興支援センターひより（名取市役所西棟2階） ・仮設住宅集会所（7か所）	・なとり復興支援センターひより（名取市役所西棟2階） ・仮設住宅集会所（7か所）	・なとり復興支援センターひより（名取市役所西棟2階） ・仮設住宅集会所（7か所）	・なとり復興支援センターひより（名取市役所西棟2階） ・仮設住宅集会所（7か所）	・なとり復興支援センターひより（名取市役所西棟2階） ・仮設住宅集会所（7か所）	・なとり復興支援センターひより（名取市役所西棟2階） ・仮設住宅集会所（7か所）	・なとり復興支援センターひより（名取市役所西棟2階） ・仮設住宅集会所（7か所）
何をしたか	・3者連絡会に保健センターが加わった。 （精神分野の対応強化） ・雇用促進住宅の集会所に生活支援相談員を常駐。（それまでは、箱塚桜と兼務）	寄り添うスタイルを貫く。それぞれの思いで過ごしている様子を見守った。 午後は市の慰霊祭に出席。入り口で住民を迎えたり、ちょっとした声かけをおこなった。	新年度の目標として「個別訪問に力を入れる」。財団が実施した健康管理の必要度5分類を参考に、必要度1の住民の訪問を実施	月2回のケース検討会議を開始	心のケアセンターとの訪問活動開始 ケース会議に心のケアセンターPSWが参加	生活支援相談員１名退職にともない、職員を募集した。	復興支援コーディネーター1名退職にともない、職員を募集した。	・生活支援相談員が集会所に常駐するメリットは大きいが、相談員の負担も大きい 次年度の体制として、複数名での対応や常駐型と巡回型をミックスさせた体制をとるなど、検討を開始した。 ・生活支援相談員１名退職
結果	メンタル面の課題を抱えている住民の情報が倍になった。情報の質と量が豊かになった。			相談員同士の情報共有、スーパーバイズの機会となった		１１月１日付けで新規職員（生活支援相談員）を採用		１２月１２日付けで3名の職員を新規採用（退職者の補充）
困難なこと（理由）	財団が23年度で撤退すると言う噂がながれ、相談員の間で不安が募った。					・１０月末の退職と１１月１日付けの新規採用のため引き継ぎが理想的に進まなかった。		
良かったこと （理由）	連絡会のメンバーが増え新たな視点が加わると、情報量が増えた。				精神疾患のある家庭には、心のケアセンターのPSWと同行訪問ができるようになり、生活支援相談員の不安軽減になった。 PSWが相談員の心のケアをしてくれた			

図表 111　C：名取市保健センターによる健康支援活動の概略

	2011．3．11～年度末	4月		5月		6月				7月			
活動テーマ（キーワード）	被災者の健康管理は防災計画に謳われており、被災者はハイリスク住民として取り扱うこととされている	被災者の健康管理（避難所）	財団に協力を依頼する	仮設の自治会長の決定	仮設住宅住民の健康調査	市内仮設住宅住民孤独死の報道	支援者連絡会の開催	仮設住宅完成に伴う健康管理の開始	避難所の閉鎖	仮設住宅住民の健康管理	メンタル相談（被災者支援者メンタル相談事業）開始	「心の健康サポートブック」を全戸に配布	元気になった男性(A氏）の話
目的（何のために）	健康的で安心できる生活を再建する	同上	仮設住宅住民の健康支援	自治会を巻き込んで行政施策を実施する	仮設住宅住民の健康状態を早期に把握し、以上の早期発見と悪化防止に努める		仮設住宅の支援者の効果的な連携	被災者の健康管理	全住民の仮設への転居完了	被災者の健康管理	被災者の心のケア	心の健康を保つために	A氏のケアに関わる
担当者（誰が）	市保健センター職員	保健師ら職員	日本訪問看護財団の看護職たち	センター長	保健師と日本訪問看護財団職員の看護職	東部団地の住民	保健センター保健師	センター長・財団看護師・保健師ら		財団看護職に依頼して	新規雇用(非常勤）の精神保健福祉士	保健師や財団の訪問看護師	保健師
活動時期（いつ）	被災直後	毎日	今後1～3年間	4～5月	5月初旬	6月頃	6月下旬～	6月初旬～8月		7月～9月	6月から準備をして7月から開始、月3回に1回加えて週1回の体制とする	訪問時	7月から現在まで継続
活動場所（どこで）		避難所	市内6ヶ所の仮設住宅	8か所の仮設住宅それぞれに	桜団地（A団地）	仮設住宅の自室で	保健センター保健師	残り7か所の仮設住宅	最後の避難所（文化会館など）	仮設住宅D・B・C	主に民賃と自治会長などの支援者	仮設住宅内で	家庭訪問
何をしたか	・予算の組み替え、資金調達の手配 ・少ないマンパワーの中で（保健師3割減：災害でなく産休のため）体制整備したが、仮設住宅は役職保健師（課長・係長）2名で担当し、その他の地域は若手の保健師に振り分けて活動した		仮設住宅住民の健康支援活動を一任する	各仮設住宅の自治会市長となる人の選出と交渉し、8月に全仮設決定	・健康調査票の作成 ・財団看護師が仮設に受け入れられるように、自治会を通して住民に受け入れられるように配慮した ・財団職員を同行して、自治会長に挨拶し、保健センターと共に財団職員が健康管理に関わることを了解してもらう	脳梗塞で死亡した	毎月1回それぞれの支援団体が活動を報告し、出された課題についての解決策を検討する	自治会長を決定し、自治会長を通して仮設住宅の健康管理の実施を市から提案した。了解を得て、健康調査票を配布、回収する	避難所住民の健康管理。仮設住民の健康管理・通常の保健センター業務をこなす	D・B・Cの自治会長が決定し、健康調査開始	メンタル面で気になる人について、保健師がピックアップし、精神保健福祉士に訪問してもらい相談に乗る。支援者の自治会長さんの支援をすることもある。	パンフレットを個別に配布してもらう	自分の親類を乗せた車が流され、自分だけ助かった。甥とその子供と3人生き残って仮設に同居した。生き残った罪悪感で悪夢にうなされお酒も増えた。子供も精神的に不安定になり、訪問した際は皆で泣いたこともあった。
結果	・自殺対策、健康増進事業の予算を被災者支援に組み替えた ・県から予算増額の通達があった ・災害救助法の適用になりお金が入ってきた		マンパワーがなく、財団の看護職が同じ気持ちで住民のそばにいることができたことで、自分が足を運べなくても安心することに繋がった	順次完成する仮設住宅の自治会長を決定していく	複数の市長のひな形等を元に原案を作成し、財団と話し合い、最終的に1枚の用紙を作成する	独居で集会所に来ないと言って見に行ったら死亡を発見された	それぞれの顔がつながり、連絡がとりやすくなった	仮設住宅住民の健康状態世帯構成などを把握。	管理業務量が多い毎日				支援していることを感じさせないように、住民ができる役割を積極的に与え、自分の力を確認させるような関わり方が精神保健福祉士と共にできて良かった。精神保健福祉士は、地域の人的資源に詳しく、うまく巻き込んでいける人。
困難なこと（理由）	予算が足りなかった。介護基盤整備事業の予算はあったが、サポートセンター建設のようなハード面の予算が多く、保健センターがすぐ使えるよう名予算は少なかった。名取市はサポートセンターを設置しなかったから。		産休保健師が4名とマンパワーがない状況で一人で4人分くらいの仕事をしなければならず、かなり辛かった。被災しながら被災した住民のケアにあたることが辛かった。	・一部の仮設では自治会長のなり手が決まらず難航した ・自治会長としての責任を果たそうと、住民の安全を呼びかけて回り、流された会長もあった。 ・自治会長として助けられなかったことで苦しんでおり、もう責任は負えないと断る人もあった。 ・実際に会長を引き受けた人も自分を責めてしまい、身体的に症状が出現していたが、なり手がいなくて引き受けていた会長もあった。	・住民が記入しやすく、回収しやすい方法を検討 ・仮設住宅と、避難所の双方の健康管理に回っていた ・マンパワーがなかった。	仮設での孤独死として、大きなニュースになりオーバーに報道されたが、孤独でもなく集会所に来ていたし。近所に親戚もいた。発見もすぐされた。	10程度の団体からの活動報告があり、時間が超過して会議が長引いた	健康調査票の回収がなかなか捗らない			・マンパワー不足 ・被災地域を管轄している地域包括支援センター自体が津波で流されていたために、地域包括の機能が脆弱化していた。 ・高齢者の実態把握して介護予防事業を立ち上げるために、介護長寿課が、全国のケアマネ協議会に依頼して全仮設住宅の基本調査いに入った。その結果を地域包括に振って、予防事業を委託しようとしたが、地域包括にはそんな余裕はなかったので、うまくいかなかった。、		A氏はその後独居になり、さびしくてお酒の量が増え、依存症気味になっている。訪問は継続している。
良かったこと（理由）	予算がないので、無償の支援の方々に頼らざるを得なかったが、そこに多くの支援者が集まってくれた		一緒には考えるけど、基盤は自分たちと同じと思って、自分たちはあまり立ち入らないで、やり方は財団に任せるようにしたが、そのおかげで支えてもらえて安心できた	7月には8か所中7か所が決定：被災地で1番早かった。新聞報道された。	自治会を通したことにより、他県から支援に来た財団の看護師らが、スムーズに仮設に入ることができる土壌を作ることができた	複数の報道陣が来て孤独死扱いしたが、ある記者が「孤独死の概念に入るのかは疑問」と発言してくれた。そのことがあってから、心配な人を毎日何件か訪問していたら、近隣とも前日まで交流があったことが判明した。	仮設住宅で出会った際に、他の支援者がどんな動きをしているかがお互いに理解しやすくなった	財団の看護師の視点が保健師の視点と同じ基本と考えることができたので、頼りにして任せることができた	6月22日に市内全避難所閉鎖	地域包括と財団が連携しながら、ハイリスクの人に個別にアプローチして介護申請をしたりサービス導入につなげたりしていた。			精神保健福祉士の相談員に繋ぎ、訪問して話を聞いたり、栄養士が食事のメニューを作って届けた。A氏に地域の運動サポーターや食改になってもらった。住民組織のリーダーに位置付けて役割を引き受けてもらったことにより、役割ができて明るくなってきた。

図表 111　C：名取市保健センターによる健康支援活動の概略（続き）

	8月			9月	11月			12月		2012年1月	2月	11月
活動テーマ（キーワード）	仮設住宅住民の健康管理	熱中症予防	運動指導	リハビリ専門職の導入	健康教育	支援者の支援	復興食育セミナー	支援者の支援	メンタル相談の強化	県の「心のケアセンター」、市の「サポートセンター」を24年度から立ち上げ準備	情報交換会への参加体制の準備	復興食育セミナー
目的（何のために）	被災者の健康管理	仮設住宅住民の熱中症の予防（自己管理能力の向上）	閉じこもり予防 ADLの維持・向上	閉じこもり予防 ADLの維持・向上	脳卒中発症予防・インフルエンザ・ノロウィルス感染予防	支援者のケア	被災者の栄養管理	支援者の心の支援	支援者の心の支援	市のサポートセンターで雇用した看護師の活動前の準備	支援団体との定期的な情報交換	被災者の栄養管理
担当者（誰が）	保健師	保健師	保健師（調整）・体育協会の人々・健康運動指導士・運動サポート（住民）	保健所PT	財団職員と医師会の医師	精神保健福祉士とボランティア団体？	保健センター	神戸から来たカウンセラー	精神保健福祉士	精神保健福祉士	保健師（各仮設の担当者）	保健センター
活動時期（いつ）		7月～8月	月1回は体操教室を実施	9月	11月	9月	11月	2月からの支援を決定する	7月から開始した事業に別の予算を上乗せして12月からは週2回の体制	1月	財団と地域包括、ひよりの3者で行う情報交換会（月1回）	11月
活動場所（どこで）	仮設G・H	4か所の仮設住宅	各仮設住宅の集会所	全仮設住宅	6か所の仮設住宅集会所	保健センター	集会所（財団以外の仮設）	保健センター	保健センターの来所相談と訪問相談	仮設住宅	仮設住宅集会所	集会所（財団担当以外の仮設）
何をしたか	雇用促進・植松入生に健康調査開始	・熱中症予防の講話 ・リーフレットの配布 ・保健師が直接担当している仮設住宅では、健康教育指導ということで、歯科衛生得師と組んで熱中症予防の健康教育と健康相談を同時に実施していた	月1回は体操教室を実施できる体制を整備	保健所（県）が、地域リハビリテーション事業の予算を充てたので、実施できた	医師の健康講話	手のマッサージなど	K病院の医師を呼んで脳卒中予防の講話と食事についての講話を行った。	支援者の話を聞く	精神科医の心の相談はこれまで通りの回数で、それに精神保健福祉士の相談日を増加した。精神病院の相談員を経てフリーで活動している人を雇用した。	新規雇用者の訪問に、訪問に慣れている精神保健福祉士を同行してもらう事前研修をした（民賃と財団以外の仮設）	各仮設住宅の担当保健師の配置と、情報交換会への参加体制確保の準備。担当保健師は決まっていたが、訪問できておらず、実質的な保健師の担当者は師長と係長の二人で振り分けてずっとやってきたが、次年度からは全部保健師が担当するために、それぞれに同行訪問などした。	K病院の医師を呼んで脳卒中予防の講話と食事についての講話を行った。
結果		熱中症の発症者はなかった		財団の看護師から必要な住民を挙げてもらい、申請した人に対してPTの訪問が入った	発症した人は少数。	支援者が癒された		社協の相談員や職員は震災後の仕事の辛さを多く吐露し泣いて癒された	週2回の相談にしたことで、タイムリーな市民の対応できた。支援者も支えられとてもありがたかった。		対応困難事例の情報を共有し、関係機関が連携して介入することで問題解決につながった。	
困難なこと（理由）		・講話に人が集まらない ・保健師が直接担当している仮設住宅には、保健師が出向く機会が少ないために、一度の訪問で歯科・健康相談・健康教育を一度に実施せざるを得なかった			住民がなかなかすぐには集まらず看護師が個別に住宅を回り声掛けして人を集めた			支援者の支援に関しては、充実できていないままであり、ボランティアの力に頼るしか方法がなかった			新人保健師に対して、同行訪問する。	
良かったこと（理由）		熱中症者が出なかった			発作や感染症の蔓延がなかった			支援の場が設けられたことによって、普段死に直面する機会の無い非専門職の癒しの場になった			情報交換会以外の場でも連携しやすい環境となった。	

図表 112　D：東包括支援センターによる健康支援活動の概略

	2011.5月以前				5月			5月		6月	7月	8月		9月	10月
活動テーマ（キーワード）	勤務中に職場ごと被災し活動した	業務の再開	利用者の安否確認作業	民賃の人への支援活動	同居者からの圧力を受けているという相談者への対応	応急仮設住宅の完成に伴う支援の開始	支援者のための心の相談を受ける	避難所でも薬の管理ができていなかった高齢夫婦世帯	入浴できない被災者	応急仮設住宅在住の全高齢者に対する基本調査の実施	家族関係が不良となりお互いのストレスが増強した家族への支援	最後に完成した仮設住宅の基本チェックリストの作成	独居の超高齢者への支援	アルコール依存症者への対応	介護予防教室の開始
目的（何のために）	事務所を含む老人ホームの入所者を避難させる	センターとしての業務を遂行する	被災者に関わる支援	被災した担当していた利用者への継続的な支援	相談者への対応、支援	要支援者や未申請の方への支援	被災した職員のメンタルケア	必要なサービスを導入する	入浴してもらう	応急仮設住宅の虚弱高齢者の洗い出しと早期対応	家族成員全員がストレスフルになっているため、軽減のために支援する	仮設住民の健康支援のための情報把握	個別支援、安全管理	アルコール量が増えて、見守ることにし	要介護状態の予防
担当者（誰が）	勤務中の職員３名	職員3名と法人本部	職員3名	職員3名	職員	職員３名	職員二人（若い順から二人）	担当職員	職員	市の依頼による全国のボランティア調査員	地域包括支援センターの担当者	市の医師会長	担当者	担当者	包括
活動時期（いつまで）	発災当日	発災から数日後	3月21日から	避難所から住民が移動した頃		GW開けごろから	5月	仮設住宅完成直前	仮設住宅完成前	6月の2週間で	7月	最後の仮設住宅完成後	8月の熱い時期	9月から11月まで	9月
活動場所（どこで）	職場		介護長寿課の一角を事務所として、避難所を巡回した。	避難先の民賃や仮設住宅など	仮設住宅	最初に完成した応急仮設住宅	市の保健センター	避難所から仮設住宅への移行のころ	避難所	市内の完成した仮設住宅約1000世帯	完成したばかりの仮設住宅	最後にできた仮設住宅	仮設住宅	仮設住宅	地域と仮設住宅集会所
何をしたか	入所者やデイサービスの利用者（170～180名）を避難させる	法人本部と市とでやり取りし、センター機能の再開を決めた	利用者の安否（生死）確認をした	他市町村に移動した人でもサービスが受けられるように手配した	介護保険に関わらない相談にも対応した	環境が変わったことによって急激に認知症が進んだ人の支援をした。主治医もいなかったので、急いで受診して認知症の診断を受けて市の調査を早急に入れて、要介護の認定を待たずに暫定でおサービスを導入した	精神保健福祉士や医師が遠方から来てくれて、「支援者側の心の相談」ということで話を聞かれた	避難所で支援していた看護師から、仮設住宅での二人暮らしは困難との意見があり、介護認定の申請をしてサービスを導入した	要介護認定を受けていないので入浴サービスが受けられないために、法人のお風呂にボランティアで移送してお風呂に入ってもらった	各地からボランティアで支援に来た人々を活用した人海戦術で、短期間に全数の調査を試みた	家族成員の物理的な距離が近くなりすぎたことによるお互いのストレスフルな状況と、面倒をみてきた遠縁の障害者だけが生き残り、自分は二人の子どもを失ったという理不尽な被災状況に苦しむ主婦に対して、話を聞きながら遠縁の障害者との距離をとり、ストレス軽減を支援した	介護支援専門員協会のボランティアによる基本チェックリスト作成の調査を実施した	施設に入所していた超高齢女性が仮設に独居で入所し、要介護状態にも関わらず暑い日に外出したりしていた。それを見た近所の住民が心配して包括に連絡が来て、毎日交代で安否確認やエアコン調整に訪問していた。	アルコール依存症の人の飲酒量が増加し、身を寄せていた親戚宅にいられなくなり、老健を経て仮設に入居した。	毎年6月から3か所で延べ18回介護予防教室を行なっていたのを、この年は9月から開始した。
結果	避難させている最中に津波が来て、一人は施設の中に止まっている状態。もう一人は避難先の中学校に止まっていた。もう一人は休日で車で被災した。	介護長寿課の席や電話などを借りて活動を再開することになった	数か所の避難所を3人で巡回して、安否や体調を伺った。体調不良の場合には支援した	民賃に転居した人、他市町村に移り住んだ人などに支援をした。要支援の人だけを担当していたが、担当した高齢者は約120名。3人の職員が特に担当を決めずに巡回していた	同居者から、自分の生活保護費をあてにされていて、強圧的なので逃げ出したいという相談があったので、対応した	子供夫婦は共働きで日中独居。徘徊の症状が出て、外出して戻れなくなり、運転手に被災地の住所を伝えたために、認知症が発覚した。財団の訪問看護師が情報を受けて地域包括につなぎ、要介護認定を受けて早々にサービス導入となった	若手の二人は相当大変だったので、相談の結果、一時的には薬をもらったりもした。	訪問看護は医療でまず導入し、その間に申請して審査を急いでもらい、仮設住宅に転居と同時に訪問看護に入ってもらった。	法人の職員の手を借りてお風呂を提供した。二人くらいの被災者に対して行った。週1回、認定が下りるまで車で20分くらいかけて連れて行った。認定が下りたらデイサービスにつないだ。	ハイリスク者を早期発見し早期対応を試みたが、その結果を、その後の活動に十分に生かせなかった	子ども二人を亡くした夫婦は、無事に家を建て直して転居し、遠縁の障害者の方は、ケアハウスに入所して、簡単な仕事をしている。	最後の仮設はあまりコミュニティがまとまっていない。自治体ごとでなく、ばらばらに入居してきているので		その後11月に再度飲酒して状態が悪化し、老健に再入所した。	仮設住宅2か所と地域1か所の3か所で同じく18回開催した
困難なこと（理由）	2、3日は自宅に帰れないままだった。事務所ごと流された。	事務所はすべて流された	人づてに噂を聞くなどして情報を得たり、キーパーソンに連絡したりしたが、キーパーソンの資料はなかったので、連絡先がわからなくてアクセスが困難だった。ノートに保存していたがそれがすべてなくなった。介護長寿課の資料は、本人の基本情報のみしかわからなかった。約120名のうち、3月中には9割程度確認したが、残りの1割くらいはなかなか見つけられなかった。	他市町村の人への支援の手配などには、手間がかかった。包括が担当していた地域はすべて被災地域であった。委託費用の額は被災してもの変わっていないまま活動した	要支援者でもない人にも対応していた		支援者側も大変だった	薬の管理が不十分だった。妻も本人も不安定な夫婦世帯。	普通のお風呂に入れない馴染めない方、つまり常時見守りを必要とする人や認知症気味の人がどうしても避難所には少数存在する。	多数の支援者が来たので対応も大変な部分もあった。結果が小さい数字の点数化された一覧表として伝達されたので、それがその後の活動に直結しなかった	被災地域にはゆったりとした田園風景のある地域もあり、仮設住宅と自宅の大きさの差が、家族成員間の関係に大きく影響していしまうことがある。この事例の場合には、簡単に居住範囲を拡大することができない		家族と近隣住民のコミュニケーションが不十分なために、近所が心配してしまうことも多かった。		
良かったこと（理由）	職員3名は生き残った	書類はすべて流されたが、介護長寿課にデータはあったので、活用できた	同じ法人が運営している福島の施設に避難した入所者も複数おり、そこで安否確認ができた人もあった。以前こちらからデイサービスなどの事業所に渡していた資料を、今回は情報として逆にもらったりもした。また避難所ごとに作成した避難者名簿や市の死亡者リストを活用した					介護認定審査を早くしてもらえた	ふつうはお風呂（大衆浴場や温泉などの施設）までの送迎バスが出ているので、お風呂には入れる。	調査結果は早く出されて、関係者に知らされ、活動の際の参考資料にはなった	遠縁の方は年齢、障害の区分などの条件により、介護サービスを受けることができなかった。そのためケアハウスに入所したが、今ではお弁当を作って売るという仕事を元気に行っている。				
その他			約20名が亡くなった												

図表 112　D：東包括支援センターによる健康支援活動の概略（続き）

	11月		2012. 1月	4月	5月～12月
活動テーマ（キーワード）	閉じこもり予防活動	認知症の相談を受ける	財団と情報交換開始	4者の情報交換会開始	通常業務の実施
目的（何のために）	閉じこもりによる健康状態の悪化を予防する	家族の支援	住民の情報を共有して連携する	保健センターと情報交換	地域包括の役割を担う
担当者（誰が）	包括職員	担当者	全員	各仮設担当職員	職員全員
活動時期（いつまで）				毎月	今後継続して活動
活動場所（どこで）	仮設住宅		ひより事務所	仮設住宅集会所	仮設住宅を含む管轄地域
何をしたか	このころから仮設住宅住民の中からハイリスク者の情報提供が増え、訪問の依頼や介護保険申請の依頼を多く受けるようになった	娘から父親の認知症の不安の相談を複数回受けたが、娘も支援を必要としていた。	地域包括支援センターの提案で、市社協の生活復興支援センターの生活支援相談員と、日本訪問看護財団の看護師と3者で情報交換を開始した	保健センターを含めた4者で情報交換会を開始	高齢者に対する相談支援事業
結果	基本チェックリストでハイリスクとなっている人115名（全体の1割程度）に全て訪問して回った。		情報交換が、お互いの活動に有効であることを共通認識し、定例化を合意	保健センターとさらに情報を共有しやすくなった	
困難なこと（理由）	精神的な問題については、専門家ではないので全数の住民の訪問を量的にこなすことが主になった。		担当者が少数で市内8か所の会議に参加しなければならない		
良かったこと（理由）			その後毎月各仮設で実施されるようになり、それぞれの組織に新たな情報が伝達されることによって、仮設住民により適切に対応できるようになった		
その他					

図表 113　E：仙台保健福祉事務所（塩釜保健所）岩沼支所による健康支援活動の概略

	5月以前	5月			7月	8月	9月	10月	12月	1月	4月～
活動テーマ （キーワード）	保健師派遣チームの調整 心のケアチームの受入れ、派遣先調整	支援者の心のケア、支援者の支援 （専門職から専門職への支援）	リハビリスタッフによる直接支援	保健師による直接支援		仮設住宅の健康調査支援	人的支援終了の決定→通常業務内での対応	支援団体会議出席	みやぎ心のケアセンター開設	本所のリハビリスタッフの支援終了	支援団体連絡会に出席
目的 （何のために）	市の後方支援	支援者のための研修開催	生活不活発病予防	市の保健師の支援							
担当者 （誰が）			本所のリハビリスタッフ	保健所　保健師		派遣保健師と共同実施	保健所職員		社団法人宮城県精神保健福祉協会		保健師
活動時期（いつ）			5月～12月まで	5月～2012年3月まで							
活動場所 （どこで）			仮設住宅	仮設住宅、避難所		財団未実施の仮設住宅					
何をしたか	心のケアチームに避難所を巡回してもらい、調子の悪い人をピックアップしてもらい相談を受けた。	地域包括支援センター職員や仮設住宅にかかわるスタッフ向けの研修会の企画・実施 「心のケアチームの医師の講話（5/27）」 名取市保健師のバックアップ（状況を聞きながら、手薄になっている場所に応援に入る）	運動支援、仮設住宅の環境調整（手すり、段差）	仮設住宅、避難所の巡回、状況把握、体調不良者のチェック（ほぼ毎日） 被災した病院の入院患者の転院調整 感染症対策（手洗い指導、マスク配布、消毒薬の調査） 精神疾患の療養者の受診調整（結構、多かった）		財団だけでは回りきれていない仮設住宅で、健康調査を実施		月1回の支援団体連絡会に出席し、県及び他市町村の動きを報告 精神保健福祉担当者会議出席		市役所からライフケア名取に直接依頼する方式に変更	直接支援は行わない 名取市の仮設住宅支援は順調に進んでいると判断。連絡会出席を中心に活動継続 支援団体連絡会（2か月に1回） 精神保健福祉担当者会議
結果							名取市は外部団体と連携をとり支援体制が構築できていると判断し、人的支援の終了を決定した		精神面のフォロー、ケース相談が可能になる	ライフケア名取のPTが月2回、運動支援に入る	仮設住民の相談対応は通常業務の中で実施しているが、仮設住民の相談件数が特に多いということはない。
困難なこと（理由）			仮設入居が本格化し、環境調整の相談件数が増える。本所スタッフでは対応しきれない部分が出た	仮設入居が本格化し、環境調整の相談件数が増える。本所スタッフでは対応しきれない部分が出た							
良かったこと（理由）			ライフケア名取に依頼できるように調整できた。	ライフケア名取に依頼できるように調整できた。			外部からの支援が少ない、亘理、山元町の支援に注力できるようになった			地元で対応できることは、地元で対応してもらうようにできた	
その他	・本所（塩釜）から1名派遣 ・青森・山梨・山形の派遣保健師チーム（8月まで）				保健師1名異動（4月定期異動が遅れて7月に実施）			山形県から職員派遣1名（3月まで）			定期人事異動 保健師派遣終了、3名体制に戻る

図表 114　Ｆ：名取市介護長寿課による健康支援活動の概略

	5月以前	5月	6月	7月～	11月	11月	3月	4月	6月	9月	1月
活動テーマ （キーワード）	被災した住民からの相談対応	地域包括支援センターの職員の心身の疲労を心配する	基本チェックリストを用いた健康調査実施	包括と連携をとりながら随時対応	二次予防事業（通所型）実施	包括の職員の異動	認知症サポーター養成講座（財団主催）	人事異動	一次予防事業実施	二次予防事業（通所型）実施	認知症サポーター養成講座
目的（何のために）			介護予防事業の対象者のスクリーニング	包括のバックアップ							
誰が（全員）			介護長寿課保健師1名、東包括職員、日本介護支援専門員協会ボランティア　延べ63名		業者委託				地域包括へ委託	業者委託	
活動時期 （いつ）			仮設住宅への入居がほぼ終わった頃から		1クール目：10月～2月 2クール目：11月～2月				1クール目：6月～9月 2クール目：10月～1月	1クール目：9月～11月 2クール目：12月～1月	1/22財団主催 1/23名取市主催
活動場所 （どこで）			仮設住宅（全戸）						全3会場中、2会場を仮設の集会所とする	今回は、仮設内での実施を見送る。公民館1か所のみで実施	
何をしたか	在宅で被災した高齢者から「避難所に行くことを遠慮して、車の中で生活していたが限界だからどうしたらよいか？」 デイサービス先に避難した認知症の方が落ち着きがなくなってきた、どうしたらよいか？デイサービス先からはいつまでも居ていいと言われているが、申し訳なくていづらい」 等の高齢者からの相談を受けていた	・東包括の職員自身が被災者であるにもかかわらず、3月から夢中で支援活動を行っていた。そろそろ疲労が出てくるのではないかと心配していた。 ・支援者自身が元気でなければならないと考え、医師に講話をしてもらった。（岩沼支所が企画した、心のケアチーム医師の講話のことか？）	935戸訪問して、基本チェックリストを用いた健康調査を実施した	東包括で出来ることは、基本的に包括で行ってもらう。困難事例対応などのバックアップを行う。	事業実施は業者委託 運動器をメインに、栄養、口腔機能を組み込んでもらう		実施は財団 介護長寿課は事務局として報告書作成等				実施は財団 介護長寿課は事務局として報告書作成等
結果			介護予防プログラムは多い順に、①うつ予防・支援、②認知症予防・支援、③運動器の機能 財団の健康調査結果と基本チェックリストの結果を突合して重点的に支援が必要な人の洗い出しを行った。		参加者は19名（うち仮設から9名）	自らも被災した職員が体調をくずし、法人内の他事業に異動		保健師の人事異動あり	参加者は10名～20名程度。人集めには苦労したようだ。	平成24年度は基本チェックリストの回収率、二次予防事業の申し込み者が増えた。	
困難なこと（理由）					仮設内の集会所で開催したが、参加率はどうか？ 例年より、開催時期が遅れた	東包括の職員のことはずっと心配していたが、このような事態となった			仮設住宅の中で、各種教室が開催されたり、介護予防に関して似たような行事がたくさんある。介護予防教室も仮設住宅の中で行われる行事の一つに埋もれている。市としての独自性を出していかないと、人が集まらないだろう。		
良かったこと（理由）			宮城県の紹介により日本介護支援専門員協会のボランティアの協力を得た		仮設内の集会場で開催した				連絡会で、介護予防教室のようなものが仮設であるといいという意見を聞いたので、仮設の集会所で開催した。	申し込み者が増え、1クール目は定員オーバーとなった	
その他								定期人事異動	任期付き職員（事務系）1名採用 保健師1名退職、保健センターから補充		宮城県の任期付き職員（保健師）1名配属

図表 115　G：名取市生活再建支援課による健康支援活動の概略

	2011.4月～5月	5月～9月		10月	11月		11月～12月	4月	10月		2013年1月
活動テーマ（キーワード）	4/18～4/30 震災復興プロジェクトチーム　仮設住宅管理事業部 5/1～6/30 被災者支援対策本部仮設住宅管理室 7/1～10/31 健康福祉部仮設住宅管理室 11/1～現在 震災復興部生活再建支援課　　と改名	仮設住宅の自治会、町内会の設立	支援物資の調達と配布	民賃に対する物資配布会の実施	民賃に石油ファンヒーターの配布	プレハブ仮設住宅への暖房設備の整備	プレハブ仮設住宅の環境整備のための追加工事の実施	民賃の全世帯への訪問	民賃世帯コミュニティ再生事業	大学との共同研究	支援物資の受け入れ
目的（何のために）	名取市の震災からの復興のための被災者支援（民賃と応急仮設住宅含む）は、基本的に行政の役割。コミュニティを崩さないために、町内会単位で入居を進めた。	コミュニティの再建	被災住民への 物資配布の支援	物資配布に対する民賃の住民のプレハブとの格差の不公平感への対応	冬場の防寒対策	冬場の防寒対策	仮設住宅内での不具合に対応した追加工事の実施	民賃に住む被災者の支援	民賃の人々にも集会所のような拠点を設けて地域に被災者だけの民賃組織を作り、自助、互助の見守り体制を推進する。最終的には、地域に民賃で自治会を作って運営し、コミュニティ支援員はそれをフォローする形を目指している。	今後の民賃の支援のあり方について研究する	物的支援と共にメンタル面での支援を受ける
担当者（誰が）	市職員（社会福祉課長、職員数名、建築系技術職1名） ※うち新規採用者2名（栄養士1名、事務職1名）	仮設住宅管理室	仮設住宅管理室	仮設住宅管理室	仮設住宅管理室	仮設住宅管理室	受付と、現地のコーディネートは名取市生活再建支援課で行い、県の費用で行ったので、契約は県が行った。	どっと. なとりの支援員6名。看護師、社会福祉士、保育士、無資格者など。	市の委託事業としてJOCA（JICAの経験者の国内協力組織）に委託して実施する	研究者と市	仮設住宅
活動時期（いつ）	4月にチーム立ち上げ、5月1日に仮設住宅管理室に名称変更	5月～9月までの仮設住宅8か所の完成に伴う時期	5月～9月	10月中の5日間	冬になる前の時期	冬になる前の時期	秋ごろ				被災から約2年後
活動場所（どこで）	名取市役所の分庁舎（仙台法務局名取出張所2階を間借り）	仮設住宅8か所	仮設住宅	市民体育館	民賃	プレハブ仮設住宅	プレハブ仮設住宅	民賃	市内外（仙台市等）の空き店舗を利用		仮設住宅
何をしたか	4月下旬から民賃の制度ができはじめ、5月中旬から受け付け開始。仮設住宅は7か所のプレハブ住宅の建設と1か所のみなし仮設（雇用促進住宅）仮設住宅の受付手続きなどすすめて、被災者の住居を確保した。	自力で仮設住宅の団地の自治会を立ち上げたことを確認すると同時に、自力で立ち上がらない自治会に対しては、市として関わりながら、夜に住民を集めて説明化を開催し、何度もテコ入れをして自治会を立ち上げてもらうようにした。	支援物資の受け入れは何でも受け入れて、住民に届けるようにした。数が足りなくて不公平になるというようなことにこだわらず、何でも受け入れた。	県災害対策本部（危機対策課内に設置）の協力を得て、支援物資をかき集め、民賃の住民に向け市民体育館を会場に配布会を5日間に亘って開催した。対象者にははがきを送付した。	救世軍から、宮城県電気商業組合名取支部を通じて、石油ファンヒーターの配布を民賃に対して行った。同時期にライオンズクラブからホットカーペットの提供を受け、配付することが出来た。	二重サッシの工事、エアコンの追加工事。ホットカーペット化こたつのどちらかの配布を行った。	砂利道が歩きにくいので、一部をアスファルトに舗装したり、木製のすのこを敷いた。風よけのために、玄関に風除室を取り付けた。一部の工事は市で予算化して追加することもした。たとえば、給湯器が風除室に入ると消防法違反になるので、うまく換気ができるような策をとるなどした。		市内に空き店舗を借りて場を設ける。そこに常駐するのがJOCAの委託職員。 ダイレクトメールではがきでお知らせしたり、市の「名取復興だより」に掲載したりしている。	今後大都市圏における災害時に、仮設住宅の用地確保が困難と考えられる。そこで、予想される仮設住宅は賃貸物件だろうと考え、そうなったときの支援のあり方として、民賃世帯再生コミュニティ事業はその実験的な要素があると考えられ、研究している。	支援物資をとりあえず受け入れるという現場の姿勢に合わせて受け入れ配布する。
結果	コミュニティ単位での仮設住宅への入居が功を奏して、早い段階でコミュニティの再形成が進んだ。	最終的に仮設住宅の完成は7月16日に8か所目が完成したが、9月になって自治会がやっと立ち上がった。	物資の受け入れは効率よく行うことができた。	対象者全体の75%の人が来館し、冬場に向けて、毛布などを配布できた。		神戸の方からの助言や気仙沼でのボヤ騒ぎも重なり、石油ストーブは原則使用しないことに自治会長を通じて説明をした結果、主暖房はエアコンの増設とし、補助としてこたつかホットカーペットになった。	県から、復興支援金というのが降りてきて活動資金とした。 県からの資金と市の持ち出し費用を合わせて実施した。		H25.3.末現在、市内外に5か所の常設サロンと1か所の設置済。今後は、定期的な出張サロン等でコミュニティ支援を実施していく。		被災後2年たっても、被災者を忘れないで支援する人がいるということはメンタル面への支援にもつながる。
困難なこと（理由）	仮設住宅としては、当初4月18日はプレハブしか考えていなかったが、4月22日の県説明会で民賃も仮設扱いとなり、結果的に賃貸物件を借りた人にも民賃としてみなすことになり、プレハブ仮設が約850世帯担いして民賃は約1400世帯あり、その手続きにかなりの時間を要した。 他県からの手伝いの人員は神戸、石川、大分から得られたが、最長2週間なので、難しい面もあったが、引継ぎなど派遣職員同士で行い、地元職員の負担軽減を図っていただいていた。 民賃の制度がない時点で手挙げした古い住宅（雇用促進住宅）を仮設住宅として億単位でリフォームしたが、結果的に196世帯のうち70世帯程度しか利用されていない現状がある。	約半数の仮設住宅では、自治体が自力で立ち上がらなかったので、市として関わりながら、場合によっては説明会などのために、職員が何度も仮設に足を運んだ。 被災前に自治会の役を担っていた方々は、それなりの役割を全うしようと地震直後に活動しており、その中で津波に会って亡くなった方も複数いた。なので、そんな役割をすんなりと引き受けてもらえる人は簡単に得られなかった。	プレハブの仮設住宅への支援物資の配給と、民賃との差が大きかったため、不公平感が出てきた。				道路の舗装や風除室については、県でやるべきことだったが、後からきっちりやるようにと言う指示のもとで実施されて全てが後手になっていた。 舗装など当初の段階で対応しておかなかったために、苦情は全て市で対応する羽目になっていたことから、県の対応は失敗であったと思われる。		空き店舗を探しているうちに、民賃に住む住民が他の場所に転居したりしており、住民の動きが速いので、ニーズを精査しながら進めていかねばならない。 1か所に150世帯とかの地域もあり、店舗なのでかなり狭くなり、公民館や集会所を使うことも可能とする。	民賃には、ある程度拠点となる場がないと実際に支援として入っていくことが困難と考えられる。	物資の支援はすなわちメンタルの支援でもあり、民賃がプレハブ仮設との差を感じて不平不満が生じる。そこの課題をいかに解消して行けるかが、受け入れ側の手腕ではないかと考える。
良かったこと（理由）	名取市は、神戸市の応援職員からアドバイスをいただき、公平性よりもコミュニティを重視し、町内会単位で入居を進めるようにした。幸い土地があり大きな団地が建設できたので、町内会単位の入居が可能であった。神戸からの支援は1週間交代で2名ずつコンスタントに入った。	被災地の仮設住宅の全てにおいて、これほど早く自治体が立ち上がったのは、名取市が一番早いと思われる結果となった。 被災前の町内単位だったので、新たに自治会長を決めるに当たり、推薦の声も挙がりやすかった。	公平性にこだわらずに、数が不足しても受け入れたので、効率よく物資の受け入れができた	多くの対象住民が来て、冬場に向けての物資などを配布できた	地元（閖上地区）の業者を利用することにより、顔の見える支援を実施することが出来た。	民賃世帯には、同時期にファンヒータとホットカーペットを配布できたので、プレハブとの差はあったが、民賃への支援物資の配布は何とかできた。 ※プレハブ＝部屋の備品（退去時持ち去り不可） 民賃＝寄贈（退去時持ち去り					

図表 115　G：名取市生活再建支援課による健康支援活動の概略（続き）

10月		2013年1月
民賃世帯コミュニティ再生事業	大学との共同研究	支援物資の受け入れ
民賃の人々にも集会所のような拠点を設けて地域に被災者だけの民賃組織を作り、自助、互助の見守り体制を推進する。最終的には、地域に民賃で自治会を作って運営し、コミュニティ支援員はそれをフォローする形を目指している。	今後の民賃の支援のあり方について研究する	物的支援と共にメンタル面での支援を受ける
市の委託事業としてJOCA（JICAの経験者の国内協力組織）に委託して実施する	研究者と市	仮設住宅
		被災から約2年後
市内外（仙台市等）の空き店舗を利用		仮設住宅
市内に空き店舗を借りて場を設ける。そこに常駐するのがJOCAの委託職員。 ダイレクトメールではがきでお知らせしたり、市の「名取復興だより」に掲載したりしている。	今後大都市圏における災害時に、仮設住宅の用地確保が困難と考えられる。そこで、予想される仮設住宅は賃貸物件だろうと考え、そうなったときの支援のあり方として、民賃世帯再生コミュニティ事業はその実験的な要素があると考えられ、研究している。	支援物資をとりあえず受け入れるという現場の姿勢に合わせて受け入れ配布する。
H25.3.末現在、市内外に5か所の常設サロンと1か所の設置済。今後は、定期的な出張サロン等でコミュニティ支援を実施していく。		被災後2年たっても、被災者を忘れないで支援する人がいるということはメンタル面への支援にもつながる。
空き店舗を探しているうちに、民賃に住む住民が他の場所に転居したりしており、住民の動きが速いので、ニーズを精査しながら進めていかねばならない。 1か所に150世帯とかの地域もあり、店舗なのでかなり狭くなり、公民館や集会所を使うことも可能とする。	民賃には、ある程度拠点となる場がないと実際に支援として入っていくことが困難と考えられる。	物資の支援はすなわちメンタルの支援でもあり、民賃がプレハブ仮設との差を感じて不平不満が生じる。そこの課題をいかに解消して行けるかが、受け入れ側の手腕ではないかと考える。

図表 116　H：東北福祉大学による健康支援活動の概略

	2,011. ４月以前	４月～５月			6月		7月		8月		
活動テーマ （キーワード）	大学を避難所として解放大学の方針として、ボランティア活動を行うことを決定	活動フィールド探し	名取市避難所での活動	自治会との調整	仮設住宅における医療支援ボランティア活動開始	高血圧健康相談	別の仮設の自治会長と打ち合わせ	お茶会に参加	健康教室の開催	健康に関する質問箱の設置	土曜日の活動の継続
目的 （何のために）		大学授業と両立可能なボランティア活動のフィールドを探す		仮設住宅での活動に向けた準備	・活動目標①「閉じこもりを防ぎ、仮設住宅での孤独死を予防」②「起こりやすい健康問題を予測・予防し、健康状態とセルフケアの向上をめざす」③「子どもの気になる症状を早期発見し、適切な対応により問題の深刻化を防ぐ」		活動の許可を得る	活動内容を住民に説明する	住民の熱中症予防	住民の健康相談	
担当者 （誰が）	学部医療ボランティアチーム、学生		1回あたり医師1名、看護教員４～５名、学生10名ぐらいの単位で行っていた		教員、学生	医師免許をもつ教員	教員、学生	教員	教員、学生	教員、学生	教員、学生
活動時期 （いつまで）	入講禁止の期間		4/15～5/27		授業との両立が可能な土曜日の午前中	2011年度3月末まで					毎週土曜日に継続している
活動場所 （どこで）	石巻、女川、鮎川など		名取文化会館避難所			仮設住宅集会所	3か所の仮設住宅		仮設住宅集会所	仮設住宅内	3か所の仮設住宅
何をしたか	学生ボランティアの募集、学生向けガイダンス	学内に名取市医師会会長の後輩がおり、その教員を通して名取での活動を打診、了承を得る	学内の専門医らによる高血圧相談を中心とした活動を行う。自動血圧計や記録用紙の配布、健康面のアセスメントや環境整備。 活動前準備として学生ガイダンス実施（被災後の心理、接し方等）	・自治会長に面会し、福祉大学で出来る支援を説明し、チラシを作成。チラシを全戸配布するように言われ、配布した。	・学生向けガイダンス ・仮設住宅第1、第2、第3団地を担当し、集会所での健康相談、および個別訪問、健康教室、イベント、健康だよりの発行などを行う。 ・集会所または談話室で待機し、健康に関する相談を受けている。個別訪問も随時実施。	血圧測定と医師の健康相談			学生がパンフレットを作成して30分の講話をした	質問箱を設置した	毎週土曜日10時～12時（健康相談、個別訪問、リハビリテーション）を継続
結果				・保健センターから、第1、第2、第3団地を担当するように言われる。保健センターが各団体の担当を決定していた。統括されて活動しやすい場所だったと思う。	・口コミで個別訪問の要望が増えていった。引きこもりのリスクがある方を何人も散歩に連れ出すことに成功している。 ・毎週水曜日、文化会館避難所での高血圧相談は継続していたが、その後、高血圧に特化する時期ではなないということで、中止となる。	10名程度の住民が参加して浸透している様子が見られた	○毎週土曜日10時～12時（健康相談、個別訪問、リハビリテーション）を計画して説明し、「高齢者が多いのでよろしく」と言われた		2か所の仮設住宅で10名前後の参加者あり。 1か所は集まらず戸別訪問して話をした	2つの質問があった	
困難なこと （理由）					・健康に関する質問箱を設置したが、質問は2個しか入らず。いつのまにか撤去されていた。 ・第3団地では子どもと遊んだりしたが、地球のステージのイベントが土曜日に入るようになると、子どもが集会所に来ることも少なくなった。	その後、来訪者が減少して終了した					
良かったこと （理由）	・災害ボランティアセンターの立ち上げ、運営については、日頃から研修を受けたり過去事例（阪神淡路、中越）から学んでいたことが役に立った。		避難所の活動が縁で、仮設住宅での活動につながる	自治会長と相談し、活動を開始。「保健センターの許可を得て来ています」というところで信頼していただいたと思う。	独居の要介護者の場合、介護保険サービスが入らない土曜日の訪問はメリットであった。 避難所でお会いした方との再会もあった。避難所での活動は、住民のスムーズな受入れにつながった	その後年度末には、血圧の自己管理をする人も増え、健康相談も終了となった					

図表 116　H：東北福祉大学による健康支援活動の概略（続き）

	9月	10月			11月～2012．3月		4月		5月	6月	7月	8月	10月	11月
活動テーマ （キーワード）	子どもへの支援開始	インフルエンザの予防接種の勧め	いも煮会と籐細工教室の開催	囲碁・将棋盤の設置	健康だよりの発行	運動教室の開催	冬期の仮設住宅における感染症の実態調査	お散歩マップ作成開始	薬剤師による「お薬セミナー」開催	健康だより第5号「食中毒について」の発行	リハビリテーション（身体機能および生活状況の評価、プログラムの立案と指導）	お料理レシピ本作成開始	学科医療ボランティア交流会開催	第3回社会貢献学会口頭発表
目的 （何のために）	子どもの多い仮設住宅での活動	感染症予防		高齢者が楽しめるような環境作り	冬場の健康悪化予防	冬場の不活発病予防	実態の把握	運動の推奨、促進				高齢者のいきがい活動		
担当者 （誰が）	教員、学生	教員、学生	教員、学生	教員、学生	教員、学生	教員、学生、運動サポーター	教員、学生	教員、学生	教員、学生	教員、学生 （5月～6月、計12回、延べ教員21名、学生37名）		教員、学生 （7月～8月、計12回、延べ教員32名、学生62名）	教員、学生 （9月～10月、計8回、延べ教員22名、学生34名）	教員
活動時期 （いつまで）			土日を利用して実施籐細工は継続			12月まで4回実施、その後も継続	4月	6月に完成						
活動場所 （どこで）		仮設住宅	スポーツ公園：いも煮会、集会所	集会所	集会所など	仮設住宅集会所	仮設住宅							
何をしたか	1つの団地：　子ども支援ボランティア開始（子ども科学部、Save the children　助成）	毎週土曜日の活動の中で、接種を勧めた	いも煮会では、ビンゴゲームなど親子で実施。 籐細工は集会所でそれぞれが行った	高齢者が多い2か所の仮設住宅の集会所に囲碁と将棋盤を設置した	「冬の過ごし方」の健康便りを発行し、ポスターを集会所に貼り、パンフレットを持ち帰り用に準備した	運動に合わせて歌を歌うなどした	インフルエンザおよび感染性胃腸炎の罹患状況、感染症に対する予防行動の状況、住民からの要望意見を聞き取り調査	周辺の歩数カウント、危険個所のチェックを住民・学生・教員で実施	・学生はカプセルや錠剤の模型作成を行う	健康だより第5号「食中毒について」の発行				
結果		相談に来る日田尾が固定化してきた。方のマッサージを希望して同じ人が来る	いも煮会には親子で32名が参加。 籐細工は21名参加して好評であった		その後、季節ごとに定期的に発行し、子ども編大人編の2種作成もした	9から50名の参加者があった	一仮設住宅のリハビリ訪問休止（近所のマッサージ店のボランティア開始に伴い）				生活機能の低下がみられる方々を対象に、より専門的なリハビリの介入を開始		学生のボランティア活動の振り返りの会を実施。4年生はボランティア活動から引退	テーマは「東日本大震災における大学教員と学生による医療ボランティア活動」
困難なこと （理由）						決まった人が集まったり訪問を希望するが、他にもっと支援を必要としている人がいるのではないかと不安になることがある	感染症実態調査は、全員に行う予定であったが、一部の住民に留まった。 予防接種率は低かったが、罹患率は低かった			・1年ぐらい経過し、集会所は健康相談というより、お茶飲み場のようになった。金曜日に財団がお茶のみ回の時に健康相談もしてくれているので、土曜日の健康相談の需要はあまりない。		レシピ本は、レシピを語ってくれる住民のペースで進めている。（ゆっくりしたペースで）		
良かったこと （理由）			籐細工は教室の開催を増やしてほしいと要望ありその後、部屋から出て集団の中でのコミュニケーション獲得のためのイベントとして、周期的に開催となる			訪問を継続するなかで、家庭内の状況や健康状態のより深い話をしてくれるようになってきた	学生との散歩を楽しみにしてくれている インフルエンザ予防接種の自己負担額の引き下げが効果的		・セミナーをきっかけに、初めて集会所に来た方もいた。	参加者と良好なコミュニケーションがとれている 入居から1年が経過し、震災時の状況を冷静に、細かくありありと話して下さる人が増えた。長期的な活動が必要だということを実感した。		住民が震災で途切れてしまったその方の歴史を語ってくれるようになる。歴史を紡ぎ直す過程をお手伝いしているということを実感している。	学生の学びの様子がよくわかる	ボランティア活動が学生にとって良い学びになるようにまとめたり、学会発表することは看護教員の役割だと思う。 阪神・淡路大震災の時の資料は大変参考になった。今回の経験は、次の財産として残していくべきと感じる。

図表 117　Ⅰ：NPO 法人地球のステージによる健康支援活動の概略

	2011. 5月以前		6月	夏休み	9月	10月	11月	2012. 3月		4月	5月～	2013. 3月
活動テーマ（キーワード）	避難所内で巡回診療	教育委員会との調整	心理社会的ワークショップ「スカイルーム」開始	地域に出て「スイカルーム」開始	学校内の「スカイルーム」に戻る	地域に出て「スカイルーム」開始	法人代表のクリニックの患者増加	閖上小・中学校遺族会のサポート	卒業	新学期スタート 音楽ワークショップ	写真撮影ワークショップ 演劇ワークショップ	スカイルーム活動終了
目的（何のために）				夏休みの活動場所を確保するために		下校時間が繰り上がり、7時間目が使えなくなる。活動を継続するために。						
担当者（誰が）	NPO法人代表の医師が中心	NPO法人代表の医師が中心	ワークショップは事務局スタッフ3名で対応。プログラムによっては学生、社会人ボランティアを導入							新小学2年生の加入		
活動時期（いつ）			毎日、7時間目に相当する時間帯に		毎日、7時間目に相当する時間帯に	下校後						
活動場所（どこで）	避難所内		閖上小学校・中学校内の家庭科室を借りて	地域、仮設	閖上小学校・中学校内の家庭科室を借りて	地域の5か所。うち3か所は仮設集会所						
何をしたか	巡回診療	教育委員会へ、被災児童への心のケアの提供について打診、調整	震災に関するプログラムは実施せず、レクリエーションや遊びを中心に	地域に出て、夏休みも中も活動を継続した。		学校の管轄外になったので、民間NGO団体の支援活動の延長として実施 震災に向き合い、乗り越えるための活動を取り入れるようになる	成人向けのプログラムは行っていないが	慰霊碑の建立、除幕式	ジオラマ製作（震災前の町、あの日の光景、未来の街）作品を公開	「ゼロからプラスへ」を目標に活動。 震災の心の整理は続けながら、さらに、震災体験は子どもたちの付加価値と位置づけ、「被災した僕らだから出来たこと、僕らしか出来なかったこと」と自信につなげてもらう活動を。	震災体験の紡ぎ出し、物語化、整理というプロセスを踏むための、より踏み込んだ活動を継続	
結果		代表が学校医の任命を受け、被災した学校の校医として、児童・生徒への心のケアを行うことになった	子どもたちと信頼関係を作る。子どもたちにとっては楽しい時間であった。	学校の管轄を離れて、自由な活動を行った。 子どもの参加は任意 下増田小学校の児童も希望者のみ参加		ダイナミックな活動を取り入れられるようになった。	成人の心療内科の受診患者が増える。（スカイルームの波及効果）		小学校6年生がスカイルームから卒業	上級生の加入もあり、メンバーの増減を経て60名程度で活動継続		当初の目標を達成し、スカイルーム活動を終了 子どもたちには「君たちの心が復活し、強くなったから卒業だ」と説明し、理解してくれた
困難なこと（理由）			養護教諭やスクールカウンセラーからは懐疑的な視線を感じることもあった。 下増田小学校からもこころのケアのオファーがあったが、すぐには対応できなかった。			地域に出たことで、児童全員とは会えなくなる。参加者は減少						活動継続の要望はあったが、「スカイルーム」は青少年活動ではなく、心のケアの活動であることを説明し、理解いただいている 地域の青少年活動は少ないのかも知れないが、青少年活動、放課後支援は地元の方々に渡していきたい
良かったこと（理由）		校医の任命を受けることで、導入はスムーズだった	養護教諭やスクールカウンセラー等とミーティングを繰り返しながら、活動を実施した 6/29支援団体連絡会議に出席。各団体と顔の見える関係になった	地域で活動することで、自治会の認知と理解を得た		スイカルームの実績があったため、自治会の受入れがスムーズ 「ひより」が機能していたので、安定的な実施ができた	子どもを対象とした活動をきっかけに、地域住民に心のケアが周知される		「マイナスからゼロまで戻す」PTSD予防的ケア、震災体験のゆっくりとした紡ぎ出しの達成	ずっと楽しみに待っていた新2年生が加入できた		重症度の高い児童については、医療機関として個別対応（カウンセリングや薬物療法）を行っていく
その他										2年目に入り、助成金は先細りがち		

2) 支援が追いつかないニーズ

民間賃貸住宅に暮らす被災者を支援している行政の生活再建支援課（以下G）は、仮設住宅以上に難しい被災者への支援について語っており、多くの民間の力やボランティアの力を借りてもなお、十分でない支援活動の困難な実態が見える。民間のボランティアに仮設住宅を任せて、行政はそれ以外の民賃に暮らす被災者のニーズに応えようという役割分担意識も多少働いたようだが、行政でなければできない事柄も多い。初年度は民間に任せていた事業も、2 年目には市が予算をとり、日本訪問看護財団（以下A）と生活復興支援センターひより（以下B）の 2 団体の活動は市の委託事業に位置づけられた。また、3 年目に入ろうとする 2013 年の年明け早々にも、改めて県外から職員を臨時雇用して配置している部署が複数見受けられた。

3) それぞれの立場による活動の特徴

(1) 行政として活動する団体（部署）

〇発災直後から活動を開始

9 団体への聞き取り調査結果から、活動のテーマのみを抜き出して一覧表にしたのが、図表 118 である。この表から、被災直後から行政の団体である保健センター（以下C）、保健所（以下E）、介護長寿課（以下F）、Gは発災後間もなく動き出していることがわかる。Bは民間ではあるが保健センターの依頼により避難所の支援をしたりボランティアセンターを立ち上げて運営を開始していた。市の委託事業を担う地域包括支援センター（以下D）は民間組織であるが、自ら被災しながらも被災した人々を訪問し支援する活動を当初から継続している。

(2) ボランティアの立場で活動する民間団体

〇活動の決定

地元の民間団体ＮＰＯ地球のステージ（以下H）と東北福祉大学（以下Ｉ）は、それぞれの団体として 3 月の時点からそれぞれの避難所で支援活動を開始していた。一方、東京から応援に入ったAは、被災地での活動開始が 4 月末からとなっている。既に発災から 1 か月を経て、それぞれの団体が活動している所に、外部者として後から参加した形となった。

Ａ、Ｈ、Ｉは行政の立場ではないので、本来業務のほかに被災地支援活動を長期的に実施するということは、別の事業や業務を新たに立ち上げることであり、長期間にわたる支援活動には負担も伴うことを覚悟しつつ、団体の理念や使命感を基に中長期的な活動を継続していくことを決定していた。

〇活動場所の選定と関係者との調整

活動の決定後には、どの団体も活動地域を選定するとことから活動が始まっている。今回の結果では、どの団体も何らかの伝を辿って名取市に縁ができ、仮設住宅や小中学校を活動の場とすることを決めている。場所を選定した後には、それぞれの関連機関や担当者に挨拶に回り、活動計画を説明して了解を得、関係者と顔見知りとなり様々な調整をしてから活動を開始している。東京から加わったAは、看護関係者からのオファーを受けて名取での活動を決定した後、資金、担当者、現地の活動拠点と人員など準備を整えている。仮設住宅の健康支援活動に関わりの深い、市の医師会、県看護協会、県庁（担当部署）、市役所（市長、担当部署）、訪問看護ステーションなど多くの関係者を団体の理事長・常務理事らの幹部とともに地元の有力者（元県立病院副医院

長）が訪問し、ボランティアとして中長期的に活動することへの了解を得てから活動を開始している。

4) 健康支援活動の特徴

(1) 季節に合わせた健康教育の実施

仮設住宅は隣人との距離、家族員間の距離が近く、感染症の蔓延などの予防に一層努める必要がある。季節に応じ、集団指導と個別指導を組み合わせて健康教育を実施していた。

〇夏～食中毒・熱中症・ウィルス性胃腸炎などの予防が中心～

感染症だけでなく、気温の変化に応じて予防を要する疾患があり、夏場は熱中症や食中毒、ウィルス性胃腸炎などに注意し､集団健康教育の場を設けたり､パンフレットを作成して配布した。具体的には、ＡとＣで熱中症予防の健康教育を実施し、行政が用意したパンフレットも全戸配布した。Ｈも学生ボランティアが作成したパンフレットを配布したり、ポスターを掲示して啓発活動を行った。また、脱水や熱中症のリスクの高い独居高齢者を中心に看護職や学生が個別に訪問し、生活指導や寄付された飲料水の配布を行った。

〇冬～インフルエンザ、ノロウィルス感染、脳卒中、心臓発作など予防が中心～

冬場には、急激な気温差により心臓への負担がかかり、脳卒中や心臓発作が起こりやすく、それに加えてインフルエンザなどの感染症の蔓延が懸念された。そこで、夏場同様、仮設住宅での健康教育を行っていた。Ａは市の医師会と連携し６回にわたり健康教育を実施していた。Ｈも学生と教員で健康教育を行っていた。

また夏から秋にかけて寒暖の差の出てくる季節には、体調不良や急変により救急車を呼ぶ住民が複数出現したために、Ａでは緊急時に適切な行動がとれるように「救急車を呼ぶために」というパンフレットを作成して全戸配布を行っていた。

〇その他の季節～認知症サポーター養成講座・運動指導など～

夏と冬の健康状態の悪化予防の強化月間以外の時期には、ＡとＦが協同して認知症サポーター養成講習会を実施していた。また、Ｈは薬剤師免許をもつ教員による「お薬セミナー」を開催していた。Ｉは、子どもを対象に様々なワークショップを開催して集団に支援していた。

また、暑い時期と寒い時期には、外出を控えるようになり、狭くなった住居内では運動不足による生活不活発病の発症も懸念されたため、Ｃは運動指導も始めている。さらには仕事をなくして時間が余り、暑さ・寒さをしのぐためにパチンコ通いする男性も増え始め、集団に入りにくい男性に対しては、訪問看護師が個別に歩行を勧めるなどの支援をしていた。ＡＤＬの低下防止のために、Ｅは仮設完成直後から、リハビリスタッフを市に送り支援を行っていた。介護予防教室も開始が半年遅れたが、被災したＤが例年通り企画・実施できていた。

図表 118　団体の健康支援活動一覧

団体・機関名	2011. 3/11～3月末日	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	2012.1月	2月
A:日本訪問看護財団	・活動の決定	・被災地のニーズ調査 ・活動場所の決定 ・活動資金の調達 ・看護師の確保	・関係者への挨拶回り ・事務所の確保と整備 ・ユニフォーム作製 ・自治会長への挨拶 ・健康調査票の作成 ・健康相談の実施	・事務所開所式開催 ・訪問活動開始 ・健康調査票の回収	・健康調査票の回収 ・事例検討会の開始	・熱中症予防活動 ・研修会に参加 ・訪問看護ステーションへの挨拶回り ・訪問看護ステーション連絡協議会県南ブロック会議に参加	・緊急時対応のパンフレット配布 ・健康調査票の集計 ・パチンコ依存症独居者への支援	・ベンチの設置 ・復興支援センターひよりとの連携 ・訪問拒否のある独居者への支援	・精神疾患の共依存親子への支援 ・健康教育活動実施	・服薬カレンダーの配布 ・訪問看護ステーションとの連携	・名取市民交流会開催 ・アルコール依存症のリスク者への対応 ・住民を5分類し、訪問頻度を検討 ・情報交換会の開始	
B:市社会福祉協議会	・名取市災害ボランティア センターの立ち上げ・運営 ・保健センター避難所の高齢者への直接支援		・仮設住宅住民への支援	・復興支援センター立ち上げ準備開始		・災害ボランティアセンター閉鎖 ・復興支援センターひ よりの活動開始	・復興支援センターひより本格稼働	・　他団体との情報共有、訪問活動開始 ・生活支援相談員教育	・他団体との連絡会（情報交換会）を開始 ・生活支援相談員教育			・メンタル面の課題を抱える住民の顕在化
C:保健センター	・被災者をハイリスク者と捉え支援を開始	・被災者の健康管理 ・財団に協力を依頼	・仮設住宅の自治会長の決定 ・担当仮設住宅住民の健康調査実施	・市内仮設住宅住民の孤独死の報道 ・支援者連絡会の開始 ・仮設住宅完成に伴う健康管理の開始 ・避難所の閉鎖	・仮設住宅住民の健康管理 ・メンタル相談の開始 ・心の健康サポートブックを全戸配布 ・アルコール依存リスク者の支援	・担当仮設住宅住民の健康調査実施 ・熱中症予防活動 ・運動指導の実施	・リハビリ専門職の導入		・健康教育の実施 ・支援者の支援く ・復興食育セミナーの実施	・支援者の支援 ・メンタル相談の強化	・県「心のケアセンター」市「サポートセンター」を次年度立ち上げの準備	・情報交換会への参加体制の準備
D地域包括支援センター	・勤務中に職場ごと被災しながら支援活動開始 ・業務の再開 ・利用者の安否確認作業実　施	・民間賃貸住宅の被災者への支援	・相談者への対応 ・応急仮設住宅の完成に伴う支援の開始 ・支援者のための心の相談を受ける ・避難所での服薬管理の支援 ・入浴できない被災者への支援	・応急仮設住宅在住の高齢者に対する基本調査の実施	・家族関係が不良となった家族への支援	・最後に完成した仮設住宅住民の基本調査の実施 ・独居高齢者への支援	・アルコール依存症者への対応	・介護予防教室の開始	・閉じこもり予防活動開始 ・認知症の相談対応		・財団と情報交換を開始	・通常業務の継続と同時に被災者の支援活動を継続
E:保健所	・保健師派遣チームの調整		・支援者の心のケア、支援者の支援 ・本所のリハビリスタッフによる直接支援 ・保健師による直接支援			・仮設住宅の健康調査支援	・人的支援終了の決定と通常業務内での対応	・支援団体会議出席		・みやぎ心のケアセンター開設	・本所のリハビリスタッフの支援終了	
F:市介護長寿課	・被災住民からの相談に対応		・被災した包括支援センター職員の心身の疲労に対処する	・基本チェックリストを用いた基本調査実施	・地域包括支援センターのバックアップ				・二次予防事業（通所型）の実施 ・包括支援センターの職員の異動			
G:市生活再建支援課		・震災復興プロジェクトチームの設置	・仮設住宅管理室となる ・仮設住宅の自治会、町内会の設立 ・支援物資の調達と配布					・民賃に対する物資配布会の実施	・生活再建支援課となる ・民賃に石油ファンヒーターの配布 ・応急仮設住宅への暖房設備の整備	・応急仮設住宅の環境整備のための追加工事の実施	・「復興支援センターどっとなとり」の設立と支援者連絡会の開催	
H:東北福祉大	・大学を避難所として開放 ・ボランティア活動を行うことを大学の方針に決定	・ボランティア活動のフィールド探し ・市内の避難所での活動を開始	・自治会長との調整	・仮設住宅における医療支援ボランティア活動の開始 ・高血圧健康相談開始	・新たな仮設住宅の自治会長と打ち合わせ（活動開始について） ・お茶会に参加	・健康教室の開催 ・健康に関する質問箱の設置 ・土曜日の活動の継続	・子どもの多い仮設住宅にて子供支援ボランティアの開始	・インフルエンザの予防接種の勧め ・いも煮会と籐細工教室の開催 ・囲碁・将棋盤の設置	・健康便りの発行 ・運動教室の開催			
I:NPO地球のステージ	・避難所での巡回診療	・教育委員会との調整		・心理社会的ワークショップ「スカイルーム」開始	・地夏休みは、地域に出て「スイカルーム」開始		・「スイカルーム」から校内の「スカイルーム」に戻る		・法人代表のクリニックの患者増加			

図表 118　団体の健康支援活動一覧（続き）

団体・機関名	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	2013.1月	3月
A:日本訪問看護財団	・認知症サポーター養成講座の開催	・名取市の委託事業として事業を継続 ・精神障害者の支援	・独居認知症高齢者の支援	・独居アルコール依存 症者への支援	・視力低下のある人 への支援				・メンタル面への支援を要する住民の増加 ・虐待家族への支援		・自死者発生を受け、活動を再検討 ・認知症サポーター養成講座開催	
B:市社会福祉協議会	・被災から1年の行事	・補助事業から名取市委託事業として活動を継続	・生活支援相談員の質の向上		・みやぎ心のケアセン ターとの連携			職員の変更	職員の変更	・新年度に向けて生活支援相談員の体制を検討		
C:保健センター		・情報交換会への参加						・市内全仮設住宅の 健康支援に関して財団に追加して委託契約締結	・復興食育セミナーの実施			
D地域包括支援センター	通常業務実施	通常業務実施	通常業務実施	通常業務実施	通常業務実施	通常業務実施	通常業務実施	通常業務実施	通常業務実施	通常業務実施	通常業務実施	通常業務実施
E:保健所		・支援団体連絡会に出席し通常業務として関与する	通常業務実施	通常業務実施	通常業務実施	通常業務実施	通常業務実施	通常業務実施	通常業務実施	通常業務実施	通常業務実施	通常業務実施
F:市介護長寿課	・認知症サポーター養成講座の報告書作成	・職員の定期異動		・一次予防事業実施			・二次予防事業 （通所型）の実施				・認知症サポーター養成講座の実施（財団 主催と市主催の2回実施）	
G:市生活再建支援課		・民賃の全世帯への訪問						・民賃世帯コミュニティ 再生事業開始 ・大学との共同研究事業の開始			・支援物資の受け入れ	
H:東北福祉大	・作業療法専攻教員と 学生による籐細工教 室の開催	・「冬季の仮設住宅における感染症の実態調査」の実施 ・お散歩マップ作成開始 ・リハビリ訪問一部中止	・薬剤師による「お薬セミナー」開催	・健康だよりの発行「食中毒について」 ・お散歩マップの完成、配布	・看護学生・教員による「熱中症セミナー」の開催 ・リハビリテーション介入の開始	・お料理レシピ本作 成開始		・学科医療ボランティア交流会の開催	・健康だより「冬の過ごし方（おとな編）」の発行 ・社会貢献学会におい て活動を発表	・健康だより「冬の過ごし方（子ども編）」の発行		
I:NPO地球のステージ	・小中学校の遺族会のサポート ・6年生卒業時にジオラマ作成作品を公開	・新学期スタートし、音楽 ワークショップの実施	・写真撮影ワークショップ ・演劇ワークショップ									・スカイルーム活動終了

(2) 健康相談

行政の専門職以外の立場で、健康相談や個別の訪問活動は、主にＡとＨが実施しているが、同じ活動が重複しないように、Ｃの保健師が以下のように役割分担を決め、調整をした。

仮設住宅の健康支援状況

<table>
<tr><th>仮設住宅</th><th>健康調査</th><th>家庭訪問</th><th>健康相談</th><th>集団指導</th></tr>
<tr><td>A</td><td rowspan="6">・日本訪問看護財団</td><td rowspan="6">・日本訪問看護財団
・保健センター</td><td rowspan="3">・日本訪問看護財団
・保健センター</td><td rowspan="3">・精神医療センター
・保健センター
・市医師会</td></tr>
<tr><td>B</td></tr>
<tr><td>C</td></tr>
<tr><td>D</td><td colspan="2" rowspan="3">・日本訪問看護財団
・市医師会
・東北福祉大学
・保健センター</td></tr>
<tr><td>E</td></tr>
<tr><td>F</td></tr>
<tr><td>G</td><td rowspan="2">・保健センター
・保健所</td><td colspan="3" rowspan="2">保　健　セ　ン　タ　ー</td></tr>
<tr><td>H</td></tr>
</table>

（2011 年 6 月時点）

(3) 訪問看護活動

仮設住宅の訪問活動を実施している団体は、Ａを中心にＢ、Ｃ、Ｈであった。主に訪問看護活動を行っていたＡでは、初期は健康相談と健康調査法の回収に明け暮れており、回収作業がほぼ終結し、熱中症予防活動を終えた 9 月に一息ついて、健康調査票の集計ができている。実際本事業の 1,669 名の調査結果からも、住民は看護上の課題があっても、その約半数は 4 か月以内（9 月末ごろまで）に課題を達成できていることがわかった。

当初から、独居者と 65 歳以上の高齢者の含む高齢者世帯には、毎月訪問するというルールを決めていたが、それ以外のルールはなかった。このころから看護職も漸く訪問看護に慣れ、個別に時間をとって看護の展開をできる余裕が生まれ、表 3 で語られているような複数の困難事例に個別に対峙するハイリスクアプローチが増えてきた。そこで 2011 年 12 月～2012 年 1 月には、ボランティアとして訪れた地域看護の専門家である大学教授と現地のスーパーバイザー（訪問看護歴 20 年のベテラン看護師）を中心に、看護ニーズの高い住民とニーズがあまりない住民との差別化を図り、訪問頻度に変化をつけ、以下に示すような 5 分類（次頁参照）を考案した。これによって、ニーズに沿った頻度で支援するようにした。

しかし、2013 年 1 月に仮設住宅住内で初めての自死者があった。この住民は以下の分類では 1 に分類され、普段は仕事で留守のため会うことができず要請時に介入する人とされていた。この時から分類の判断を再検討し、仕事で普段留守になっている住民についても、安易に 1 に分類せずに、家族の話を聞いたり、普段会えない人に会うための方策を検討している。

仮設住民の健康管理必要度5分類表

	状態	支援方法
1	心身の健康に問題なく良好な自己管理が期待できる	要請時に介入
2	心身の健康に問題があるが、ある程度の自己管理は期待できる	定期的な状況確認
3	慢性疾患・障害の悪化防止のために生活習慣の変容を要するが、行動変容が容易ではない	訪問看護の対象者として訪問を継続的に実施
4	進行性の疾患や重度の健康障害があり急変の可能性があり、医療ニーズが高い	定期的に介入しながら、地域の訪問看護ステーションの利用を働きかける
5	精神的な課題が潜在していると判断される状態	関わりながら、地域の他職種・他機関と密に連携し、専門的な精神看護を提供する

（日本訪問看護財団作成）

(4) 被災者の心のケアと支援者の支援

Ｅ・Ｆは仮設住宅完成のころから、支援者への心のケアの必要性を感じていた。被災しながら支援活動をしているＤ職員の心身の疲労を感じ、仮設住宅の支援者向けに医師による心の相談（講話）を企画・実施した。必要に応じて内服薬の処方も受けたとＤ職員は語っている。

心の相談は、Ｃを中心にその後も継続して実施され、県では約 10 か月後に「みやぎ心のケアセンター」を開設した。その後センター職員は、被災者と支援者双方のメンタルケアに関わる役割を発揮し、Ａの事例検討会にも参加している。

5) 支援者の研修体制

支援者の中には、看護師や療法士などの専門職以外に、非専門職が多く関わっている。

専門職であっても被災地支援活動は皆初めての人が多く、わかないこと、知らない言葉、不慣れな土地や風土になかなか慣れない辛さがある。心のケアだけでなく、知らないことは学べる環境として研修会を市や県が何回も主催し、それぞれの支援者が参加していた。Ｂは、独自で採用した非専門職を含む職員の教育を実施していた。Ａも団体独自の研修会を年間を通して行っているので、看護職員は休日を利用して名取から研修に何度も出かけていた。また、所内で勉強会や事例検討会も定期的に開催していた。

6) 毎年迎える被災の日への配慮

3 月 11 日は、毎年必ずやってくる。そのたびに被災地では、追悼会が営まれる。行政は、事前の準備と当日の参加の役割がある。忘れかけていた当日の記憶がよみがえったり、体調が崩れたりしないかどうか、支援者は毎年気遣っている様子がわかる。

7) 支援物資や寄付金、ボランティア人員等の先細り感

Ａ、Ｂは、1 年目は資金が確保できていたが、2 年目は市の委託事業となっている。Ｈ、Ｉは資金的に先細りを感じていた。Ｇも 2 年目に届く支援物資の意味について「支援物資が約２年を経た頃に届いた。支援物資は被災者を忘れないというメッセージでもあり、メンタル面での支援にもなっている」と語っていた。月日がたつと支援活動も日常化して目新しさも少なくなるが、決して被災地の生活が安定したり充実しているわけではない。支援活動が長期になればなるほど、外部からの支援が減り、被災地自らの自立や復興への期待が増大している。

8) 支援者と行政の連携体制

Ｃは、それぞれ仮設住宅に向けて支援を開始している団体を集めて、仮設住宅完成直後にリーダーシップを発揮して関係団体を招集し、それぞれが顔の見える関係となり連携しやすい土壌を作った。その結果、その後の連携がスムーズになったこともあるがそれだけでなく、同じ人に複数の支援が入っている場合、お互いの情報を交換することで、一部分しか理解できていなかった人をそれぞれの支援者がより深く幅広く理解できることにもつながった。

４章　考察

１節　看護職による仮設住宅住民の健康支援のポイント

本事業の結果に基づき、被災地の仮設住宅に暮らす人々への支援方法について、看護の視点から以下に考察する。

１．　組織として活動の方向性を決定する

団体（組織）としての明確な理念に基づき、中長期的に支援を行うことを決定し、合意する。混乱している被災地に個人として支援に入るのは難しく、被災地支援に向けたミッションを掲げ組織として入ることにより、受け入れられやすく活動も継続しやすい。そのためには、各専門職能団体等が有事に活動しやすいよう、平時からそのための組織としての決定、あるいは新たな組織化の可能性を図っておくことが重要であると考える。

２．　活動の場の選択

今回の調査結果から、被災地での支援を希望する際に、支援する団体がその土地の人との縁を頼りに支援活動は開始していることがわかった。民間団体は、同じ市内や県内であっても、活動前に活動の場を選定し、関係者にかけ合って調整していた。

Ａは、看護職通しの繋がりから遠方から現地入りし、「来てほしい」と声をかけ受け入れた名取市に支援の場を決めた。その団体がもつどんな力を何のために発揮しようと計画しているのかを、被災地の人々に明確に伝えることによって、被災地は受け入れることができると考える。

また、受け入れ側の立場からＣやＧの担当者は、「何もなかったから、どんな支援も全て受け入れることにした」「支援物資はとりあえず何でももらった」と言っている。

支援を受ける側もとりあえず受け入れるという姿勢を見せることが、支援の量を確保するためには重要かもしれない。被災後約１年を経たときに、「名取市民交流会」をＡが開催しているが、「“ありがとう”を伝えたい」を副題とした。これは、被災者が支援者に“ありがとう”を伝えるだけでなく、支援者からも被災者や被災地に対して“ありがとう”を伝えようとしている。被災地の支援活動は、支援者側にも受け入れ側にも感謝の気持ちを生み出す活動であると言える。

３．　資金の確保

活動には必須となる資金を確保する必要がある。特に長期にわたる支援活動の場合、安易に途中でやめることもできない。行政等の資金や各種の助成金を得る方策など、事前に情報を得ておくことも重要である。特に活動の基盤を整備するための事務所や備品を購入するために、初期投資に要する費用は大きい。それを見込んで資金を確保する必要がある。Ｂは、「初年度は人件費以外は全て持ち出しとなった」と語っている。最も必要な資金は人件費であるが、その地域の相場に見合った報酬体系に揃えることが大切であり、支援が長期にわたると、安価な報酬を理由に退職希望者が続出しかねない。Ａは初年度に比し、２年目の予算は半減した。そのために人件費を削減して全国からのボランティア派遣は中止され、時給を減額して残業は無報酬となった。幸い、条件の悪化を理由に現地雇用の看護職の退職者は出なかったが、遠方から支援を希望する訪問活動のベテラン看護師を雇用することはできなかった。個人の持ち出しが多くなると長期の支援活動は困難になるだろう。

４．　人員の確保

また、中長期的に支援するためには、必ずそのための人員確保ができる条件も必要となる。仮設住宅の規模にもよるが、一つの仮設住宅に最低２人以上の複数の担当者が望ましい。なぜなら、支援者も不慣れな活動を懸命に行っている姿があり、共に相談したり休息をとれたりできることが、支援体制の安定と支援者のゆとりに繋がる。同じ組織内で確保が困難な場合には、他組織と連携して複数配置として活動できるようにすることも可能と考えられる。

今回、各仮設住宅に当初毎日支援に入ったのは、健康調査票の回収と健康相談をきっかけとして活動を開始したＡの看護職であった。１か所の仮設に２名の配置はできなかったので、スーパーバイザーの助言を得ながら一人で巡回することが多かったが、初年度の秋ごろに団体Ｂから生活支援相談員が各仮設に配置された。お互いに情報交換をしながら毎日活動する中で、連携しながら共に住民を支援するようになったが、Ａ，Ｂ双方から「情報交換ができて良かった」と同様に語られている。異なる専門性や非専門職との連携もあったが、仮設住民を生活の場で支援するという共通の目的のもとでは、良い連携体制がとれていた。今後、超高齢社会となるわが国においては、被災地でなくても多職種が協同して多数の要支援者を支援する必要性が出てくるだろう。その際には、少数の多職種が連携しながら、同じ目標に向かって協力し合える体制を作ることが重要と考える。名取市における多団体の連携活動は、お互いの違いを知りつつも尊重し合って、わからない専門用語はお互いに尋ね合い、学び合いながら、歩んでいこうとする姿勢が功を奏していると考えられる。

５．　物理的環境の整備

1) 活動拠点の確保

活動拠点となる場所をどこに置くかは重要である。仮設住宅は自治体の管轄であり、行政機関である役場や保健センターなどが集まっている地域に拠点を置くと便利である。活動規模にもよるが、どの程度の仮設住宅に支援に入るのかによって、前述の必要人員を算出し、その人たちが就労できる広さを確保し、人数が増えることも予測して決める必要がある。

訪問活動を行う場合は、自転車、車、バイクなど天候によって活動に支障がない移動手段を備えなければならない。通勤してくる職員の通勤手段（車通勤であれば駐車場の確保）も考慮しておかなければならない。

被災地では、仮設住宅の完成を待たずに民間賃貸住宅を借り上げて暮らす被災者も多くなり、物件が見つからないこともある。活動場所を決定したら素早く拠点を決めて物件を当たることも大切である。

2) 事務所の整備

事務所内の物品を取りそろえるのも、被災地では容易ではない。購入物品の調達や家具や家電の取り付け、物品の搬送などに必要な複数の人員と力仕事のできる人材の確保も重要である。女性だけではなかなか捗らない作業も多い。

事務所の主要な備品

コピー機	携帯電話
FAX電話	書棚
シュレッター	布団類
鍵付きキャビネット	冷蔵庫
ノートパソコン	洗濯機
机・椅子	掃除機

参考までに県外からの支援団体であるＡの事務所に初期に設置した高額になる備品の一部を表に示す。多数の個人情報を取り扱うので、鍵付きのキャビネットは早急に設置する必要がある。事務所外では車、自転車、なども必要であるが、一部は寄付などによって入手することも可能である。Ａは中古車２台を寄付によって入手している。

また、訪問鞄や医療機器などにも多額の費用がかかる。それも寄付などに頼ることもできるが、看護師が８か所の仮設住宅に出向くとなると、それなりの数も必要となり、初期投資の額として、できれば十分な費用を確保したいものである。

６．　支援者同士の連携・連帯

支援団体の窓口となる担当者は複数であったり、頻繁に変更したりすると、外部との交渉等が捗らない。本事業の９団体の担当者は、毎回会議にほぼ同じメンバーが参加し団体の窓口の役割を果たしていたので、連絡がスムーズであった。Ａは、東京本部責任者と、現地事務所のリーダーの複数が会議に参加し、時折役割が交錯することもあった。遠方から支援に入る場合は、現地の活動メンバーとしての窓口と、組織自体としての決定権をもつ部署の担当者との役割分担をしっかりしておくことが大切である。また、被災地支援のために雇用されたボランティア職員には、被災後の急場しのぎのために雇用され、その団体が本来掲げている活動理念や組織自体の存在意義をしっかり認識しないままに活動に加わることもある。可能であればその団体が掲げる理念や活動目的のもとに被災地支援を決定しているということを理解して共に活動できることが望まれる。Ａに雇用された看護職も、未知の団体に雇用され、その方針に戸惑うこともあったに違いない。支援する団体の活動理念や方針をお互いに理解し、仮設住宅への支援が効果的に実施できるように、お互いが意見交換しつつ歩み寄る姿勢で活動することが、長期的な支援活動には必要となる。

７．　被災地と仮設住宅に受け入れられるために

阪神淡路大震災の教訓から、名取市では仮設住宅にはコミュニティごと移転することを決定し、これは功を奏していると、Ｇの担当者は述べている。看護師の健康支援実態調査結果からも、住民は近隣住民とのつながりが強く、看護師らも本人以外からの情報を近隣から得ることができていた。このように、出来上がったコミュニティに外部から入る際には、必ず自治会長を窓口とした自治会を通して活動の許可を得るというルールに沿って行ったことによって、支援は順調に進めることができた。

自治会長が決まらずに、転入が遅れた仮設住宅もあったが、市職員の尽力によりどの仮設住宅にも会長や区長が位置づけられ、新たな自治会として顔見知りの住民が再生していく様子がうかがえた。

また、地元で看護活動を展開するには、同業者や関連機関の理解が必須である。Aは、準備段階の時期に、県庁、県看護協会、市役所、市医師会に挨拶に回り、活動への承認を得ることができた。その後、市内の訪問看護ステーションにも回り、訪問看護連絡協議会のブロック会議にも参加させてもらうことが可能となっている。

このように、活動前に被災地域に暖かく迎え入れてもらえるよう、活動について説明し、理解を得ることが重要である。

８．　健康調査の実施

情報管理の厳しい今日においては、個人情報はできるだけ漏洩するべきではないと考えられる。よって、本人や家族から直接情報を得るという方法をとり、言われないことは知らない、聞いても答えないことはわからない、ということも良しとした。看護師は最低限の情報から活動を開始し、看護師が訪問する中で、少しずつ情報は増えていき、活動上の支障はなかった。訪問を重ねるうちに、これまで知らなかった情報を得ることができた喜びも、感じることがあったのではないかと推察する。ただ、どの部屋に人が住んでいて、どこが空室かという仮設住宅の入居情報は、提供してもらわなければ留守か否かを見分けにくいことがあるので、AはGに協力を依頼しているが、そのような連携は必要であろう。

健康調査票（参考資料２）は、活動当初にCが原案を作成し、Aと協同して完成させ、配布しているが、できるだけわかりやすく簡単に最低限必要な情報を得られるように工夫して作成し、回収しやすい方法を考案することが必要である。名取市では５月から仮設住宅への配布を開始し、６か所の担当仮設住宅の調査票がほぼ回収できた時には、秋を迎えており、約４か月の月日を要している。回収作業と健康相談、ハイリスク者への訪問活動を、数名の看護師が並行して６か所で実施するのは、かなりの作業量であった。しかし、このデータの集計結果が、その後仮設住宅住民の特徴を把握して支援の方向性を決めるのに大いに役立った。したがって、このように住民の生活および健康面の情報はできる限り早期に収集して、早期対応が可能となることが望まれる。

９．　看護職の存在を印象付ける

仮設住宅は、主にグレー、ブラウンなどの色合いのプレハブ住宅が、同じ方向を向いて多数建築される。花壇や畑、ベンチなどで彩りをつけてはいるものの、一見殺風景で、暗いイメージがある。その中で、今回訪問看護活動をしたA団体のユニフォームは明るいオレンジ色であった。特に意図したわけではなかったが、結果的に「赤い服は看護師さん」というイメージが仮設に定着した。体調が悪い時、困りごとの相談がしたいとき、赤いユニフォームを見つけては「看護師さん！」と住民は声をかけやすく、仮設を常時巡回しているだけで安心感につながったと考えられた。

また、仮設住宅には多数の訪問者が入り乱れており、特徴のある服装やマークなど、印象に残る訪問活動にするためには、ユニフォームにも工夫が必要である。中長期にわたる支援には、夏と冬の季節に合わせたユニフォームが必要となる。またボランティの数も多くなるため十分な枚数を準備しなければならない。

２節　看護活動の特徴

１．　求められている繊細な看護活動

３章に記述した健康支援実態調査の結果からもわかるとおり、安否確認、服薬管理、受診の勧奨などの看護上の課題をもつ住民は、半数以上が１か月以内に課題が達成（看護師の支援が不要と判断できるまでに安定した状態を示す）している。つまり看護職としての役割を早々に発揮して、医療環境を確保し、安定させることは比較的容易である。

その一方で、アルコール依存症の危険性の回避、自殺願望・企図の危険性の回避、家庭内不和・ＤＶ、虐待防止に関しては、達成するまでに４か月以上が６～７割を占めている。インタビュー結果からも、Ａだけでなく、Ｃ、Ｄ、Ｅがそれぞれの時期に住民のメンタル面への支援について語っており、これが長期的な課題であることがわかる。また、これらの課題は住民自ら積極的に訴えてこないことが多く、課題を見出すまでにも時間を要していると考えられる。

同様に、Ａの語りにもあったように、傷があっても訪問を拒否している住民があったり、持病があってもなかなか会えない住民もある。しかし、根気強い働きかけによって、看護師に徐々に心を開き、会話をしたり家に招き入れたり、看護師の提案を受け入れたりしている。「自分のことを心配してくれている人がいるのは心強い」との発言が聞かれているのは印象深い。

被災地における仮設住宅住民への支援は、このように、潜在化しているニーズを医療面や生活面から顕在化させ、そこから時間をかけて、ゆっくり薄紙を剥がすように丁寧な活動が求められていると考える。したがって看護職は、住民の真の声を聞かせてもらえるような関わりができるよう誠実に寄り添い、ゆっくり丁寧に関わりながら、いつも見守る姿勢を心がけなければならない。

２．　予防的視点をもって見守る姿勢

仮設住宅への訪問看護活動は、有償ボランティアであるので、殆ど医療処置を行わない。医療的ケアを随時必要とする場合には、訪問看護ステーションにつなぐこととした。その結果、地域住民の健康を見守り、予防的に関わる保健師活動の一部を仮設住宅住民に限定して担う形となった。住民の多くは、介護保険の対象者ではなく自立となる人が多い。しかし高齢者が多く無職であったり、独居であったり生活力が脆弱な人も多い。些細な原因から大きなリスクを抱えることにもなりかねない。

健康状態の悪化要因となる様々なリスクを知りつつ、それを予防でき、かつそれぞれ住民が今の状況に絶望せずに納得して生活できるように、見守ることが重要である。

予防的な支援として介護保険の申請やサービス導入を促すことも多々あるが、調査結果からわかるように、介護サービスの導入には時間がかかっているという結果がある。高齢者は看護職が勧めてもなかなかサービス利用には至らない。ここにも忍耐強い見守りの姿勢が求められる。

３．　他職種・他機関との欠かせない連携

住民のメンタル面に関わる際にも、インタビューで述べられている通り看護師以外の職種、心のケアセンターの職員や精神保健福祉士が関わっていたり、心のケアに訪れているボランティアの力を借りていることも多い。また身体面においても、リハビリテーションに大学のリハビリテーションの教員や保健所のリハビリ専門職との連携が見られている。

生活面ではＢ、Ｄの職員の力も借りながら共に支援している。

通常の訪問看護業務と異なり、仮設住宅の支援では多数の住民を担当しているため、一人あたりに１～２か月に１回の訪問頻度が多数である。したがって緊急時対応もできず、異常の早期発見も素早くできるとも言い難い。そんな中で、看護職以外の福祉職やボランティアの人たちが、重層的に関わることが望ましい。誰かが異常をキャッチすることで、大事に至る前に対処することが可能となるからである。

また、仮設住宅の場合には、環境の悪化によるストレスも大きく影響しており、身体症状は医師の治療や医療処置によって解決するばかりでなく、家族員が別居することによってあるいは家屋環境を改善することによって解決することもある。その際には、ハード面を担当するＧに相談することもある。

４．　支援者の支援

インタビューで何度も言われた「支援者の支援」だが、これも大変重要である。自ら被災しながら支援活動を継続している大変さもさることながら、初めて仮設住宅での仕事に従事し、日々多くの住民からの声を聞いてそれに応えるということも、大変なことだ。特に初めての経験であればなおさらである。支援者を支援することは、行政が積極的に企画していたが、それぞれの団体でも改めて検討すべき課題である。長期にわたって活動することによる支援者の生活や身体、精神面への影響に関し、組織としての対策を検討し、支援者がギブアップしたり、病気にならないような方策を立てておくことも重要である。

３節　支援のためのシステムの構築

１．　平時からの応援・受け入れ態勢のイメージトレーニング

東日本大震災は、これまでの災害看護のマニュアルが現実から乖離したままであったことを実感させられた。再び同様の災害が発生した際には、どのようにしたらよいのだろうかと考えてみると、普段から災害時のイメージトレーニングをすることが必要ではないかと考える。行動レベルで何をすればよいのかを体得しておくことが必要である。

また、外部からの支援を受け入れる際にはどのようにするべきか、支援に出かける場合にはどのようにすべきか、組織としての決定の仕方、体制の整備の仕方を、普段から話し合って合意し、個々人が有事に共通した行動に移せるように、訓練しておく必要があると考える。

２．　発災直後から対応できる行政主体の管理体制

本事業の対象となった名取市の仮設住宅における健康支援活動は、早期に保健センターがリーダーシップをとり、マネジメント力を発揮したことによって、各団体が同じ方向に連携しながら活動できたと言える。

このように、初期の段階に行政側で住民の健康や生活に精通している立場の職員を中心に据えるということが重要である。災害対策基本法では、市町村が最前線で住民を守るという立場にある。保健師はその中でもまさにそれにふさわしい職種であり、名取市では市の保健センターが大きな被害を受けずにいたことが何より幸いだったと思われる。保健師のマンパワーは大幅に不足していたが、地域の看護職を外部から支援に来たＡが組織化し、保健師が回れない仮設住宅を巡回できたことが、住民の安心と安定につながったと言える。そしてその上に、多数の団体がそれぞれの支援を重ねることによって、点が線となり網目

となり、さらに太い面となって住民の生活をカバーすることができたのだろう。

行政に働く保健師の活動は、今後も求められるところが大きいが、有事にあっては、他の自治体の保健師を短期間派遣するばかりではなく、地域に潜在している多数の看護職を活用できるシステムを各自治体で検討し、長期間にわたり被災者を支援するシステムの構築が必要と考える。

また、保健師同様に地域で家庭への訪問活動を実施している訪問看護師は、まだその数こそ少ないが保健師を支援するにふさわしい存在であると言える。団体Ａの活動初期には全国から訪問看護経験者が複数支援に入り、地元の訪問経験のない看護職をスーパーバイズした。このように、全国の訪問看護師が組織化し、早期に現地入りして保健師とともに活動することによって、長期にわたる仮設住宅住民への支援体制を作ることができる。今日、行政の保健師は数が少ないため、休みなく続く長期間の支援にも限界があるだろう。アウトリーチ活動に慣れた外部からの看護職が地域の潜在看護師らをまとめつつ、被災地が自立できるまで長期間にわたり応援できる体制を、全国規模の組織として作り上げる必要性を痛感している。

４節　被災地支援活動の記録

このたびの東日本大震災は、未曾有の大災害であった。このような大災害は頻繁には起きないかもしれないので今回の経験を実際に生かすことになるのは、ずっと遠い将来かもしれない。今回、阪神淡路大震災の経験は必ずしも活かせない、という声も聞く。しかし本事業の実施に伴い、訪問看護の立場から仮設住宅への支援をどのように行えば良いのか、という問いを抱えながら 18 年前の阪神淡路大震災時の支援の記録を読んだときに、「やはり住民は同じ思いなんだ」「このボランティアさんの思いは今の看護師の思いと同じだ」と確かめることができた。災害後の混乱のさなかであっても、できる限り記録を残すことの重要性とその意義の大きさ改めて確認した。同じ状況の災害でないのですべてがそのまま役立つわけではないが、災害によって家や家族を失い、仮設住宅に暮らす人々の生活には共通性が多く、今回の経験から学んだことが、より効果的な支援体制に繋がるものと考える。

【引用・参考文献】

1. 日本訪問看護財団：日本財団　ＲＯＡＤプロジェクト　平成 23 年度　日本訪問看護財団被災地支援事業「訪問看護による被災地支援活動」報告書, 2012
2. 上野まり・窪川真佐美・佐藤美穂子：被災地と訪問看護－仮設住宅における支援活動－, 日本在宅ケア学会誌 15（2）, 2012
3. 上野まり：仮設住宅住民を「予防訪問看護」で支える－名取市パイロット事業, コミュニティケア 14（5）, 日本看護協会出版会, 東京, 2012
4. 相澤ミヨ、渋谷得江、上野まり：特別座談会「仮設住宅への訪問看護」が拓く未来, 訪問看護と介護 18（3）, 2013
5. 黒田裕子：ナーシンググラフィカ看護の統合と実践③災害看護, メディカ出版, 132-143, 2013

参考資料１

健康支援実態調査票

質問項目	選択肢・記入欄
年齢	1.0～10 2.20 3.30 4.40.5.50 6.607.70 8.80 9. 90 10.100 歳代
性別	１．男性　２．女性
家族構成	１．単身世帯　２．高齢者世帯（65 歳以上の夫婦のみ）３．その他
被災後の家族構成の変化	１．死別　２．別居　３．変化なし　４．不明
収入・経済	１．職業あり　２．年金あり３．失業中　４．その他　５．不明
持病	１．高血圧　２．糖尿病　３．がん　４．脳血管疾患 ５．心疾患　６．精神疾患　７．認知症　８．喘息・アレルギー疾患 ９．腰痛・関節痛、骨折（後遺症）　10．不明・その他　11．持病はない
受診状況	１．医療機関受診中 ２．受診必要だが、受診していない ➡（ａ移動困難　ｂ本人の意向　ｃ忙しい　ｄその他） ３．不明
服薬状況	１．服薬中　２．服薬必要だが、服薬管理が不十分 ３．特に服薬の必要はない　４．不明
介助の要否	１．要➡（ａ移動　ｂ食事　ｃ排泄　ｄ整容ｅ清潔）　２．否　３．不明
ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ	１．良好　２．不良　３．不明
要介護度	１．なし（自立、未申請）　２．要支援１　３．要支援２ ４．要介護１　５．要介護２　６．要介護３　７．要介護４ ８．要介護５　９．申請中　10．不明

初回訪問時にアセスメントした**看護上の課題**と看護支援により課題が安定するまでの期間			
	当初の課題（該当に〇）	安定の有無（解決に〇）	安定の時期（約何か月後か）
１．安否の確認	1	1	か月後
２．持病の自己管理状況の確認	2	2	か月後
３．潜在的な健康悪化の予防的対応	3	3	か月後
４．服薬管理の確認	4	4	か月後
５．受診の勧奨または確認の必要性	5	5	か月後
６．自己管理能力・介護力不足の支援	6	6	か月後
７．（鬱など）精神状態の安定	7	7	か月後
８．閉じ(ひき)こもりの危険性の回避	8	8	か月後
９．アルコール依存の危険性の回避	9	9	か月後
１０．　自殺願望・企図の危険性の回避	10	10	か月後
１１．　家庭内不和、DV、虐待防止	11	11	か月後
１２．　食事（買物・調理・意欲）支援	12	12	か月後
１３．　清潔（整容・入浴・洗濯）支援	13	13	か月後
１４．　排泄への支援	１４	１４	か月後
１５．　移動の支援	１５	１５	か月後

（⇒裏面に続く）

看護師が行う**支援の目的・目標**と達成状況、達成時期			
	当初の課題 （該当に〇）	の有無 （該当に〇）	達成時期 （約何か月後か）
１．生活状態（食事・排泄・清潔・移動等）の安定	1	1	か月後
２．精神状態の安定	2	2	か月後
３．危険性に伴う異常の早期発見	3	3	か月後
４．持病の病状・症状の悪化予防と身体状況の安定	4	4	か月後
５．家族関係の安定	5	5	か月後
６．受療環境の整備（受診につなぐ）	6	6	か月後
７．要介護申請につなぐ	7	7	か月後
８．介護保険サービスにつなぐ	8	8	か月後
９．他職種に支援を移譲	9	9	か月後

質問項目	選択肢・記入欄
看護師の支援内容 （目的達成のための具体的な支援内容：複数回答）	１．観察・ﾊﾞｲﾀﾙﾁｪｯｸ（血圧測定等）　２．生活状況の確認 ３．生活指導　４．服薬指導 ５．栄養指導　６．受診勧奨 ７．医療機関等の情報提供　８．他職種・サービス紹介 ９．看護ケアの提供（清拭、足浴、爪切りなど） 10．相談・話し相手　11．介護保険の申請勧奨 12．介護・家族指導　13．生活支援相談員への連絡・調整 14．家族への連絡・調整　15．保健師への連絡・調整 16．PT/OT への連絡・調整 17．その他職種への連絡・調整　18．その他
看護師の訪問（面会）頻度	合計（　　）回
看護師の支援期間 （訪問回数が１回の場合、初回欄のみ記入）	平成（　　）年（　　）月（初回訪問・面会日） ～平成（　　）年（　　）月（直近訪問・面会日）
看護支援後の転帰	１．死亡　２．入院・入所　３．（仮設から）転居　４．継続
看護師以外他者の関わり （複数回答）	１．有　２．無 ➡（有りの場合：どなたですか） １．市の保健師　２．県の保健師 ３．生活支援相談員（社会福祉協議会ひより）　４．医師 ５．ＰＴ／ＯＴ　６．別居家族 ７．近隣・友人　８．ボランティア ９．地域包括支援ｾﾝﾀｰ職員　10．介護支援専門員（ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ） 11．訪問看護ステーションの訪問看護師 12．訪問介護員（ホームヘルパー） 13．通所サービスの職員　14．その他

参考資料2 ㊙

名取市〇〇団地・世帯健康調査票

避難所：（　　）避難所

現住所（住宅番号）：			旧住所							23年　　月　　日
入居者氏名・世帯主との続柄			電話番号			緊急連絡先（氏名・電話番号等）				
		氏名	性別	年齢	体調	睡眠	食欲	病名（良ければ）	要介護	日中の生活状況
1	世帯主		男・女		良好 ・ 不調	良好 ・浅い	有 ・無		有 ・無	団地内 ・ 仕事 学校 ・ その他
2			男・女		良好 ・ 不調	良好 ・浅い	有 ・無		有 ・無	団地内 ・ 仕事 学校 ・ その他
3			男・女		良好 ・ 不調	良好 ・浅い	有 ・無		有 ・無	団地内 ・ 仕事 学校 ・ その他
4			男・女		良好 ・ 不調	良好 ・浅い	有 ・無		有 ・無	団地内 ・ 仕事 学校 ・ その他
5			男・女		良好 ・ 不調	良好 ・浅い	有 ・無		有 ・無	団地内 ・ 仕事 学校 ・ その他
6			男・女		良好 ・ 不調	良好 ・浅い	有 ・無		有 ・無	団地内 ・ 仕事 学校 ・ その他

交友関係	悩みを相談できる人（ 有 ・ 無 ）　　仮設住宅での親しい人（ 有 ・ 無 ）
近所付き合い	全くない ・ 挨拶程度 ・ 会話する程度 ・ 家を行き来する ・ 用事を頼む
移動	問題ない ・ 杖が必要 ・ 伝い歩きしている ・ 車椅子が必要 ・ その他：
家族の病気	受診ができない ・ 服薬が難しい ・ リハビリができない ・ その他：
精神不安定	憂うつな気分 ・ いらいら ・ 意欲の喪失 ・ やることがない ・その他：
食事・栄養	買い物にいけない ・ 作る人がいない ・ 一人で食べれない ・ むせやすい ・ 太った ・ やせた ・ その他：
清潔のこと	入浴時に介助が必要な人がいる ・ オムツを使用する人がいる ・ 傷のある人がいる ・ その他：
経済的な悩み	無 ・ 有 （　　）
その他	

日本訪問看護振興財団：被災地支援対策本部

参考資料３

応急仮設住宅健康支援団体　様　　インタビューガイド

≪インタビューについての事前打ち合わせ事項≫

・これから、あなたの団体がこれまで仮設住宅住民に対して行ってこられた活動についてお聞きします。可能な範囲でできるだけ詳しくお聞かせください。（お答えいただくのに必要な資料などを用いてくださっても構いません）

・インタビュー内容は、正確なデータとするために、IC レコーダーに録音させていただきたいと思いますが、よろしいですか。（同意を得た場合にのみ録音を実施する）IC レコーダーは研究者と委託業者のみの取り扱いとします。

・固有名詞に関しては、できるだけお話しにならないようにご注意頂けるとありがたいですが、万が一固有名詞を話された場合でも、データ化の際には固有名詞が残らないように配慮いたしますので、安心してお話しください。

・インタビュー時間は 30 分から 1 時間程度です。途中で中止したいときは、「中止したい」とご遠慮なくおしらせください。その場で中止いたします。

・話したくないことについては、お話しいただかなくて構いませんので、「話せない」と伝えてください。すぐに次の質問に移ります。

Q1.最初に貴団体の活動体制について伺います。

SQ1. 貴団体がこの活動を行うことになった背景には、どのような理念、活動方針、役割認識がありましたか。

SQ2. 活動資金はどのように調達されましたか。

SQ3.活動人員はどのような方々ですか。

Q2.A 市に最初の仮設住宅が完成したのは 5 月ですが、それ以前に仮設住宅の住民になる予定の方に対して、あるいは仮設住宅に関して活動されていたことがあれば教えてください。

（何を目的に・誰（何）を対象に・誰が・何を行い・その結果はどうだったか・その際何が困難だったか・良かったこと、うまくいったことは何か・うまくいった事柄の鍵となるポイントは何か、等について、半構成的な形で、可能な限り詳しく聞く）

Q3.5 月の活動について Q２と同様（カッコ内はすべて同じように聞く）に、教えてください。

Q4.6 月～2012 年 10 月（直近）についても、月毎に順番に上記内容について聞く。

長時間、ご協力ありがとうございました。

平成 24 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）

被災地の応急仮設住宅に暮らす
高齢者の健康支援の実態調査及びガイドライン作成事業
報告書

2013 年 3 月発行

発行　公益財団法人　日本訪問看護財団
〒150-0001　東京都渋谷区神宮前５丁目８番２号　日本看護協会ビル　５Ｆ
TEL:03－5778－7001　　FAX:03-5778-7009
URL:http//www.jvnf.or.jp
印刷　株式会社　サンワ

●本書の一部または全部を許可なく複写・複製することは著作権・出版権の侵害になりますのでご注意ください。