

団地高齢者が「住み慣れた我が家で暮らし続ける」
ための「出張暮らしの保健室」に関する研究
～訪問看護師と福祉職の協働による効果的支援モデルの提案～

Research on *Shutchō Kurashi no Hokenshitsu* (Local Nurse' s Office as
outreach program.) for elderly people in housing complexes to
continue living in a familiar home.

-Proposal for effective support model through collaboration between
visiting nurses and welfare workers -

日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科
博士後期課程 22180006 船津 元

主指導教員 鶴岡 浩樹 教授
副指導教員 贄川 信幸 准教授

I. はじめに	P 1
1. 研究の背景	
2. 研究の目的	
3. 研究の計画	
II. 先行研究	P 4
1. 我が国の地域包括ケアシステムの現状	
(1) 背景と経緯	
(2) 地域包括ケアシステムの特徴	
2. 地域包括ケアシステムにおける多職種連携	P 5
(1) 多職種連携の理論的枠組み	
(2) 在宅医療と介護の連携と課題	
(3) 多職種連携とソーシャル・キャピタル理論	
3. 地域包括ケアシステムにおける「かかりつけ医」	P 15
(1) プライマリ・ケアを担う「かかりつけ医」の定義と機能	
(2) 「かかりつけ医」の現状と課題	
(3) 高齢者の「かかりつけ医」「在宅医療」に対する知識・意識	
(4) 欧米の「家庭医」「GP」について	
4. 団地に住む高齢者の特徴と課題	P 21
(1) 団地及びその研究の時代的変遷	
(2) 団地高齢者の特徴	
(3) 団地高齢者が持つ今日的課題	
5. 「暮らしの保健室」などの取り組みの現状	P 25
(1) 「まちの保健室」について	
(2) 「暮らしの保健室」の沿革と基本理念	
(3) 「暮らしの保健室」の広がり	
6. 考察	P 26
III. 研究計画	P 30
1. 研究の背景と意義	
(1) 「出張暮らしの保健室」の沿革と現状	
(2) T市「出張暮らしの保健室」の代表性と特異性	
2. 研究の仮説、期待される成果	P 36
3. 研究方法	P 37
(1) 実践家参画型エンパワメント評価としてのCD-TEP法を活用する意義	
(2) CD-TEP法を活用した研究の具体的枠組み	
IV. 実証研究の結果： 第1次効果モデル作成の為の改善ステップ	P 42
1. 第1ステップ（現状評価とニーズ評価のステップ）	
(1) 実践家参画型ワークショップ①（第1回）の実施	
①現状分析、課題の共有	

②ターゲット集団とプログラムゴールの設定	
③ニーズ調査のためのアンケート調査の準備	
(2) 「市民アンケート」によるニーズ調査（量的調査）の実施	P 48
【目的、方法、分析、結果、考察】	
2. 第2ステップ	P 62
(評価可能性アセスメントの実施と予備的効果モデル作成のステップ)	
(1) 評価可能性アセスメント	
(2) 文献レビュー	
(3) プログラムスコープの分析	
(4) 予備的効果モデルとしてのインパクト理論、プロセス理論の作成	
【実践家参画型ワークショップ②（第2回、第3回）の実施】	
(5) グッドプラクティス（GP）インタビューガイドの作成	
3. 第3ステップ（グッドプラクティス（GP）事例調査の実施ステップ）	P 76
(1) 全国の「暮らしの保健室」のGP事例へのインタビュー調査（質的調査）の結果	
4. 第4ステップ（質的データ分析と実践家参画型ワークショップ③準備ステップ）	P 96
【実践家参画型ワークショップ②（第4回）、専門家との討議の実施】	
(1) プログラムゴール、インパクト理論の作成	
(2) プロセス理論—サービス利用計画の作成	
(3) プロセス理論—組織計画の作成	
(4) 効果的援助要素の作成	
5. 第5ステップ	P 104
(実践家参画型ワークショップ③による第1次効果モデル構築ステップ)	
【実践家参画型ワークショップ③（第5回、一部第6回）の実施】	
(1) インパクト理論、プロセス理論、効果的援助要素の完成	
(2) 評価ツール、実施マニュアルの検討	
6. 第6ステップ	P 114
(第1次効果モデルの形成、構築、改善のステップと5アイテムの作成)	
【実践家参画型ワークショップ③（第6回）の実施】	
(1) 5アイテムの完成と実践家評価チームによる合意	
V. 「出張暮らしの保健室」の実施結果	P 115
1. プログラム実施の時間的経過と研究ステージ	
2. 出張暮らしの保健室」開催の結果	
3. プログラム実施による多職種連携への影響	
VI. 総合考察	P 125
VII. 本研究の限界と今後の方向性	P 135
(巻末資料) ①「出張暮らしの保健室」実施マニュアル ②市民アンケート用紙	P 144

I. はじめに

1. 研究の背景

我が国は、65歳以上の人口比率が、2021年現在、29.1%を超える「超高齢社会」であり、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目前にしている。今後、労働者人口は減少し介護職員数も増加が見込めない中で、要介護者となる比率が前期高齢者に比べて4倍以上（介護給付費等実態統計2019）に増大する75歳以上の後期高齢者をだれが介護するかという物理的な課題に直面する。また、年間160万人の高齢者が死亡する多死社会を迎えることとなり、身近に介護を必要とする人が増加し、亡くなって行く社会にどのように人々が向かい合っていくかという課題に直面する。核家族化、女性の社会進出も進み家族が介護の担い手とされた時代は終わり、独居高齢者世帯も増加し、地域との繋がりが希薄化するなど社会構造的にも課題は多い状況の中で、2025年問題に対応するために、厚生労働省（以下厚労省）は、自治体の主導によりこの課題を地域コミュニティが支え、高齢者が重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構想と活動の基盤として多職種連携を提唱している。更により広範な社会福祉目標として地域共生社会の構築を推進している。

研究者は、外資系製薬企業に勤務する中で、医療と介護の連携推進事業を支援する機会を得、現場の課題を知ることとなった。国は、本事業を自治体と地域医師会が協力して行うことを提唱しているが、医師会は日常的に地域への貢献度も高いことから医師会が積極的に動く地域とそうではない地域など種々の要因から事業推進に格差が生じている。自治体は、地域包括ケアシステムの中核として期待される在宅医療を担う「かかりつけ医」の不足という課題に長い間苦慮しておりこうした中で「かかりつけ医」が多職種連携に積極的に関与していけるのかという課題も存在する。また、地域包括ケアシステムのプレイヤーは、医師、歯科医師、訪問看護師、薬剤師の医療職と介護福祉分野の出身が多い介護支援専門員、訪問介護員、地域包括支援センターや社会福祉協議会の職員、そして自治体の福祉部門職員と多様であり、公的な制度であるが故に各職種団体内の調整、多職種代表が関与する会議、現場での地域ケア会議などの運営と調整の困難さの克服に多くの時間を要している実態もある。多職種間のコミュニケーションの取り方の困難さは根幹で医療と福祉の其々の価値観が共有されていないことにも問題があるとも言われている（成瀬ら2016）。

地域包括ケアシステムでは、高齢者自身の意思決定が重視されるが、多くの高齢者は、住み慣れた地域、我が家で最期まで暮らし続けるために必要な在宅医療や介護、自宅看取りなどの知識や意識を十分に身に付けていない現状がある（大河内2017）。地域包括ケアシステムの推進は、2005年の介護保険法改正時に提唱され20年近い年月を経ており、官主導の取り組みはその方向性を示し、公的な制度、組織を中心として共助、公助を実行してきたが、今後、要介護高齢者の絶対数が増大する都市圏では、高齢者やその家族からの相談が増加し、自治体や地域包括支援センターなど公的機関の対応のみでは限界を来す可能性もある。高齢者を地域コミュニティが支える意識と共通の価値観を地域に燎原の火

の様に広げ、公的制度を補完するために、専門職が価値観を共有し互助を活性化し高齢者の自助を促す活動が生まれることが期待されている。こうした中で、2011年に訪問看護師の秋山正子氏が、新宿区の大規模団地の一室にて団地住民に対する無料の相談施設として「暮らしの保健室」の活動を開始した。常駐する看護師と地域の保健医療、福祉職の協働により孤立しがちな大規模団地の高齢者の保健指導と公的制度への橋渡しの役割を担っている。また、多職種制度外のコミュニケーションを計る拠点とすることで、地域での在宅看取りの拡大を図っている。秋山を招聘し「暮らしの保健室」の活動をT市の多職種連携講演会で紹介したことをきっかけに、T市で訪問看護ステーションの連絡組織が発足し、2018年に、本研究が対象とする「出張暮らしの保健室」という活動が開始された。現在では、「出張暮らしの保健室」は、訪問看護師と地域包括支援センターの福祉職員が協働し、地域の医療職、福祉職が参画するアウトリーチ形態での団地高齢者への訪問活動となっている。研究者は、訪問看護連絡会の事務局として当初よりこの活動に関与してきた。こうした市井の実践的活動が地域包括ケアシステムの拠点として地域の保健医療・福祉専門職が連携し、いかに役割を果たせるかは今後の課題である（上野ら 2016）との指摘がある。この機会に地域の多職種連携の活動を通じて感じた課題を整理し、多職種連携の理論枠組みを踏まえた上で、多職種連携の一つの形態と考えられる「出張暮らしの保健室」の位置づけを明確にし、その活動を科学的な手法により効果的なモデルとして提案することは、活動継続への支援や同様の課題を抱える他自治体への提言に繋がると考えた。また、多職種連携はネットワークの強化による地域機能の活性化でもあり、社会福祉学領域とも関係するソーシャル・キャピタル理論の面からも「出張暮らしの保健室」は説明が可能であると考えられる。T市で取り組んでいる「出張暮らしの保健室」の主な対象が団地高齢者である点も大きな特徴である。1960年代に首都圏近郊で開発が進んだ大規模団地は、半世紀を経て現在も住み続ける住人の多くは後期高齢者となり、経済的に恵まれない人も多く、地域との関係も希薄になるケースも多々見られる。こうした団地高齢者が、地域包括ケアシステムの目的である「住み慣れた地域で、最期まで安心して自分らしく暮らし続ける」ために地域での支援活動の必要性は高いと思われる。前述のとおり、厚労省は地域包括ケアシステムの目的を「住み慣れた地域で」とし、介護保険サービスの対象となる施設居住も含めて提唱している。今後、最大の課題となる認知症への対応においてはグループホームなど施設居住の役割は増すと考えられるが、一方で、様々なアンケートで、人生の療養、看取りの場所として国民の6割以上は「自宅」を希望することが分かっており、更にその希望とは裏腹に、最期は「自宅」で過ごすことは適わないと考えている人が多いという現実がある。「住み慣れた地域」に加えて、「住み慣れたわが家」で最期を過ごすためにはどのようなニーズと支援が必要であるかを視野に入れた研究が必要と思われる。そのため、本研究の中では、地域包括ケアシステムの目的を示す際に、（我が家）を追記している。

団地全体の平均年齢は、自治体平均の2倍以上となっており、大規模団地における「出張暮らしの保健室」のような医療職と福祉職が協働で実施する社会福祉活動のモデルを科学的に形成評価することは、近い将来、地域の高齢者人口比率がさらに高まった際の社会福祉施策のあり方や専門職による社会貢献活動の推進に示唆を与え得ると考え本研究の計

画に至った。

2. 研究の目的

訪問看護師を中核とし、福祉職である地域福祉コーディネーターらとの協働により実践する団地高齢者に対する「出張暮らしの保健室」の活動を多職種連携のひとつの形ととらえ、本プログラムを実践家参画型評価である CD-TEP の手法により可視化し 1 次効果モデルを提案する。改善されたプログラムの実施が、更に参加する多職種の連携を高め当活動が地域医療・福祉の支援プログラムとして継続的に運営されて行くことを検証する。

3. 研究の計画

医療職、福祉職の連携により実施される「出張暮らしの保健室」を、先行研究を参考に地域包括ケアシステムの多職種連携における一形態ととらえ、その位置づけを明確にすると共に、地域包括ケアシステムの目的である「住み慣れた地域、(我が家)で最期まで安心して自分らしく暮らし続けるため」の効果的な支援プログラムとするために科学的な手法を用いて、改善されたプログラムとして提案する。

「出張暮らしの保健室」は、主に市内の団地高齢者に対して実施する。これは、今日の団地高齢者が近隣自治体に先んじて超高齢社会のコミュニティーの中で生活しており、経済的にも人間関係においても社会から孤立しがちな社会的弱者となっていることが多く、まさに社会福祉の観点から支援の必要な対象層として捉えられるからである。

実証的な検証、改善プログラムの提案方法として、社会福祉の問題や社会状況を改善する効果モデルを開発するために導入された「実践家参画型エンパワメント評価」の手法である CD-TEP 評価アプローチ法（大島ら 2019）に基づき「出張暮らしの保健室」の内容を検証し、改善された暫定的な効果モデルを提言する。

具体的には、CD-TEP 法の全 12 ステップのうち 6 ステップまでを実施して 1 次効果モデルを構築する。その核となる方法として、①利用者となる高齢者のニーズ調査として、在宅医療や看取りに関する知識や意識、「出張暮らしの保健室」の支援プログラムに対する要望を明らかにするための量的調査を行うこと ②グッドプラクティス事例の検証として全国で拠点型「暮らしの保健室」を開催している責任者へのインタビュー調査を行うこと ③「出張暮らしの保健室」を実施している T 市訪問看護連絡会、福祉専門職の実践家とワークショップを行い本プログラムの目的、アウトカムを明らかにすることの 3 点を行う。

上記の 3 項目の結果を基に、「出張暮らしの保健室」のインパクト理論、プロセス理論を明らかにし、効果的プログラムとして実践するための効果的援助要素、実施手順書を作成する。最終的に実践家評価チームと参加する多職種により改善されたプログラムが地域の医療、福祉施策として継続的に運営されて行くことを検証する。

II. 先行研究

1. 我が国の地域包括ケアシステムの現状

(1) 背景と経緯

我が国は、2007年に65歳以上人口が全人口の21.5%となり、超高齢社会に入った。この時点で、厚労省は、団塊の世代約800万人が75歳以上となる2025年を見据えて、社会が医療と介護サービスをどう補償して行くべきかの将来構想として、地域コミュニティが中心となり、高齢者やその家族を支える地域包括ケアシステムを提唱した。高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制として「地域包括ケアシステム」の構築を目指している。その背景として、1) 急速な高齢化への対応に国として指針を示し介護保険の主体である各自治体が地域の人口構成、医療・介護資源の実情に合った仕組みを考える必要があること 2) 高齢化率の高まりに比例し認知症患者の絶対数が増加し医療と介護の連携による専門性の高い体制が急務となったこと 3) 高齢独居、高齢夫婦のみ世帯が25%を超え、介護の担い手が家庭内になくなったこと 4) 今後増加する要介護比率の高い75歳以上人口の多くは、慢性病床数の少ない大都市圏に集中しており大都市圏での在宅医療の需要が大きく伸びること 5) 医療費・介護費の増大による財政負担に対するために医療と介護の効率的な連携が必要なこと 6) 要介護比率の高い75歳以上人口の増加により介護人材が大幅に不足するため地域全体での介護人材不足への対応が必要なこと 7) 介護の場所として家を望む本人のニーズと家族の介護ニーズを調整する第三者の存在が必要となったことなどが挙げられる（厚労省ホームページ：地域包括ケアシステム）。

具体的な法整備、施策を遡ると、2005年改正介護保険法において、地域包括支援センターが全国自治体に整備され、2012年介護保険法第5条において、国および地方公共団体の責務として地域包括ケアシステムの推進を図る趣旨の条文が加わり、法的根拠が与えられた。2009年に始まった地域包括ケア研究会による具体的取り組みの提言と並行し、2011年在宅医療連携拠点事業により、全国の自治体と関係団体による先駆的な取り組みの実践を経て、2015年在宅医療・介護連携推進事業として、全国の自治体へ具体的な事業の推進が義務付けられた。全国の自治体で、医療・介護の関係団体の代表者による医療・介護連携推進協議会が定期的開催され、「住み慣れた地域、（我が家）で最期まで安心して自分らしく暮らし続ける」とのスローガンを掲げ事業を推進している。地域包括ケアシステムでは、高齢者の尊厳の保持と自立支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続するための5つの構成要素として、「医療」「介護」「予防」その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えるとしている。また、在宅生活を選択する意味を本人家族が理解しそのための心構えをもつことが重要としている（地域包括ケア研究会報告書 2013）。

(2) 地域包括ケアシステムの特徴

2007年に超高齢社会に入り、疾病構造が変化する中で、高齢者に必要とされる医療と介

護を効率的に提供するために 2000 年に介護保険制度が導入された。特に増加する高齢者の 7 割以上を占める大都市圏で療養型の病床を新設することは困難であり、医療計画による急性期病床からの転換を進めた場合でも高価な医療資源を投入することは効率的とは言えず、結果として在宅医療、介護を中心として地域全体で高齢者をケアする道が選択された。2004 年の第 5 次医療法改正により、医療計画制度を見直し、医療機能の分化・連携を推進し切れ目のない医療を提供することにより早期に在宅生活に復帰できるよう在宅医療の充実を図ることが目標とされた（厚労省 2011）。在宅医療に係る体制構築の指針（厚労省 2012）を出すことで地域の医療・介護関係者がどのように連携体制を整えるかを示した。地域包括ケアシステムは、その目的である「高齢者が住み慣れた地域で最期まで尊厳を維持し暮らし続ける」ために地域で在宅医療体制を構築し、実践者である多職種が連携を実践して行くことが鍵となっている。厚労省は、地域包括ケアシステムの目的と地域資源の関係を模式図に示しており、平成 27 年度より介護保険制度の中で具体的な事業計画を手引きとして示し、介護保険の保険者である全国の自治体へ実施を指示した。推進の母体として「在宅医療と介護連携推進協議会」の定期的な開催と推進すべき事業項目を提示している。こうした政策には、東京大学高齢社会総合機構が千葉県柏市で行った柏プロジェクトが影響を与えている。柏市役所が地域の老朽化した公営団地の再開発などハード面の対策と市役所と医師会が合意形成を行い医師会のリーダーシップにより在宅医療の推進と多職種の連携モデル化を行った。柏モデルと言われる多職種の合同研修、ブレインストーミング、医師をファシリテーターとするなどを決めた顔の見える会議の提唱などは、その後、各地域の医師会が主導する形で開催された（東京大学高齢社会総合研究機構 2014）。日本医師会は、柏モデルも参考とし、地域医療を支える立場から前述の本協議会の中心的な役割を市町村医師会が務めるべく指示を出しており、地域医師会の在宅医療に関係する担当理事などが多く参加している。我が国の地域包括ケアシステムでは、地域で看取ることを可能にする在宅医療を充実させることであり、そのための多職種の連携を効果的に推進して行くことに焦点が当てられている。効果的に推進するために、①市町村自治体がリーダーシップを取り地域の实情に合わせて課題解決、施策を立案する ②地域医療の担い手である地域医師会が強くコミットしている ③医療保険と介護保険の実践当事者である在宅医療関係者と介護関係者の連携の重要性が重視されており連携が地域に根差すことが強く期待されるなどの特長があるが、逆にこうした特長が発揮できない地域ではその推進が加速されない懸念がある。

2. 地域包括ケアシステムにおける多職種連携

(1) 多職種連携の理論的枠組み

地域包括ケアシステムの推進には医療制度改革において、医療費削減の目的で慢性期医療の効率化を計るためにも入院医療から地域、在宅への患者の移動、さらにマクロの視点では、医療保険から介護保険へのシフトの側面もある。結果的にまだ医療ニーズの高い慢性期患者が地域コミュニティーに移行することとなり、医療関係者にとっても介護、福祉関係者の協力が不可欠となり、福祉関係者にとっては専門分野とは言えない医療の知識や

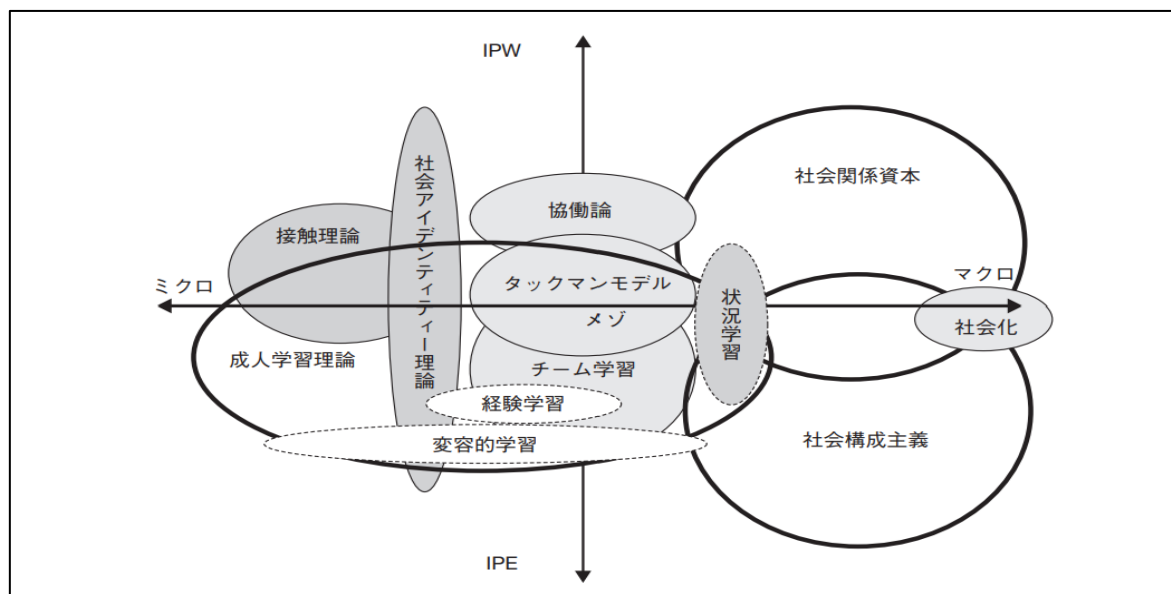
スキル面において医療職に頼らざるを得ない状況となっている。こうした背景から地域包括ケアシステムにおいては、各自治体が地域の医療、介護、福祉の資源を明確にし、その地域に適したケアマネジメントの計画を立て、継続的に機能させる方法として、多職種連携、協働が最も重要とされている。各自治体により活動できる資源には格差もあり、地域や歴史的な特徴もあることから地域包括ケアシステムの推進の状況は、全国の市町村の取組を参考事例として紹介するに留まってきた。連携の必要性や有効性が強調されているもののそれを効果的に展開する方法があきらかでないため多職種連携の実現には相当な困難が伴うという課題が残され普遍的に応用できる方法論が確立されていない（河野 2018）とされてきたが、近年、多職種連携の理論的枠組みは、インタープロフェッショナルワーク（IPW）論として構築されつつあり、その教育、インタープロフェッショナルエデュケーション（IPE）が進められている。IPW/IPEは、英国での医療事故、児童虐待の原因が専門職間のコミュニケーションの不足やチームワークの不十分さ、リーダー不在などの複合的な連携システムの不全と結論付けられ、2001年に英国保健省により生涯教育・基礎教育課程両方でIPEの推進が提起され、高等教育機関に対して2004年までに専門職連携教育の推進を勧奨したことに端を発している（新井2007）。日本では、1970年代に大病院内での医師、看護師、薬剤師、検査技師などによるチーム医療の必要性が高まり、その後、更に多くの専門職との関係性が重視され、また英国同様の医療過誤へのリスクマネジメントの観点からもチーム医療の必要性が高まった。福祉職においては、2000年の介護保険の導入を機に、医療職、介護職、福祉職など多くの関係者の協働による職務の進め方にチームという単位が不可欠となり医療、保健、介護の各方面からIPW論を受入れる土壌が高まって来たと言える。CAIPE（the UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education）は、IPEを「専門職連携教育（IPE）とは、複数の領域の専門職者が連携およびケアの質を改善するために、同じ場所でともに学び、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶこと」と定義し、専門職が継続的な学習によって多職種連携を実践するIPWを「複数の領域の専門職が、それぞれの知識と技術を提供しあい、相互に作用しつつ、共通の目標の達成を患者・利用者とともに目指す援助活動」と定義した（埼玉県立大学編2009）。また、下井ら（2016）はIPWを実践して行くために各専門職に求められる能力（コンピテンシー）に加え、専門職が連携してゆくために必要なコンピテンシーを「患者・利用者に関わる（全ての）専門職の役割を理解し、認め合い、尊重し、相互作用が起きるような雰囲気を作り出し、時に固定観念の変容あるいは異なる観念を形成し、患者・利用者のためのサービスを協働して提供する能力」と提唱している。国際的にもBarr, Hugh(1998)は、専門職に求められる核となる3つのコンピテンシーとして「個々の専門的能力」「共通の能力」「協働的能力」をあげ、OECDの主要国では、医療ケアの現場専門職に求められる具体的なコンピテンシーを各国の体制に応じて定義している。春田（2016）は、日本の多職種連携のコンピテンシーを示す模式図の中で、患者・利用者・家族・コミュニティーを中心に置き、その周りを職種間コミュニケーションが囲み、その外円に「職種役割を全うする」「他職種を理解する」「自職種を省みる」「関係性に働きかける」という4つのドメインを定義した。4つのドメインに関しては、その内容を次のように説明している。「職種役割

を全うする」(role Contribution)とは、互いの役割を理解し、互いの知識・技術を活かし合い職種としての役割を全うする。「他職種を理解する」(understanding for others)とは、他の職種の思考、感情、価値観を理解し連携協働に活かすことが出来る。「自職種を省みる」(reflection)とは自職種の思考、行為、感情、価値観を振り返り、複数の職種との連携協働の経験をより深く理解し、連携協働に活かすことが出来る。「関係性に働きかける」(facilitation relationship)を複数の職種との関係性の構築、維持、成長を支援、調整することが出来る。また、時に生じる職種間の葛藤に適切に対応することが出来ると定義した(春田 2016)。また、文部科学省委託事業として日本保健医療福祉連携教育学会が【医療・保健・福祉の現場を支える「多職種連携力」を持つ人材育成プログラム開発事業(代表校:三重大学)平成26年度事業報告】として具体的な多職種連携におけるコンピテンシーを定義した。その中では、「患者・利用者中心」「職種間コミュニケーション」「パートナーシップ」「相互理解と職種活用」「ファシリテーション」「リフレクション」の6つのコンピテンシーと具体的な行動指標をあげている。また、異なる専門職が協働して目的を達成する多職種連携の働き方についても種々の説明がなされている。篠田(2011)は、グループを医局、看護部、人事課の様に類似した職種を担当する人達が集まり、似た様な仕事を進めることから相乗効果は発揮されず、業績は個々のメンバーの総和になるのに対して、チームは目標を達成するために異なる職種の人たちが協働で活動することであり、協調を通じてシナジーを生み個々の投入量の総和よりも高い業績水準をもたらすものと定義している。チームワークの型として、藤井(2018)、マルチディシプリナリモデル、インターディシプリナリモデル、トランスディシプリナリモデルに分類し、目標、役割、当事者と専門職の位階、医療の場の項目を提示している。マルチディシプリナリモデルは、専門職各自が目標をおき、独自の役割をもつ位階制の高いチームであり主に医療の急性期の場面で形成される。インターディシプリナリモデルは、メンバーが目標のすり合わせを行い、役割を重複するかたちで、当事者のニーズを取り入れながら進めるリハビリ医療の場で発揮される。トランスディシプリナリモデルは、目標を統合し、役割の交代・開放も可能、当事者もチームの一員となる地域医療の場で発揮されるとしている。これらの分類は何れも医療の場が中心となっており、医療現場では、医師を頂点とした上位下達的な指示する人とされる人の関係性が常に存在するが、地域ケアや地域包括ケアといった地域を舞台としたチームでは、異なったミッションを持つ経営体に属する多職種チームのメンバーであることから、権限は分散型であり、関係性については対等平等であることが基本である。地域包括ケアでは、「治療の場」と「生活の場」の両面が混在、或いは推移しており、チームの中心は医師であるという考えが当てはまらないケースが多々あることから各専門職の自立性が重要である(藤井2018)と指摘している。

春田ら(2014)は、多職種連携の理論を、それを構成する社会学、心理学、教育学、マネジメント学により説明し、更に社会集団をミクロ、メゾ、マクロに分類する社会福祉学の理論を用いて概念図(図1)を用いて整理している(春田ら2014)。その中で、社会関係資本(ソーシャルキャピタル)をIPW理論の重要な理論基盤に置き、人々の協調行動を活発にすることによって社会の効率性を高めることの出来る「信頼」「規範」「ネットワーク」

を豊かにする社会関係資本への貢献が多職種連携に期待されているとしている。「出張暮らしの保健室」の活動は、マイクロレベルでは、他の職種と平常時にボランティア活動に近い形で頻回に触れ合うことによって、個人の偏見を減らし、広い意味での成人学習の場として、共通の目標を対等の立場で設定し協働して行くことによって、個人よりも集団での活動により成果を生むことを確認する協働論を実現することに至ることとなる。こうした学習と実践の継続により、お互いの信頼関係を深め、利用する高齢者も含めて社会関係資本を高めることに繋がると思われる。

(図1) 多職種連携に関する理論の俯瞰：春田(2014)より転載



*接触理論：集団間接触により偏見を減らす。そのための条件として、対等な集団地位、共通する目標、集団間の協力、権威（法律, 習慣）による支援が挙げられる

*経験学習：具体的経験⇒省察⇒概念化⇒試行という経験学習サイクルを回すことで、経験からより深く学べるとした。

*変容的学習：習慣的性格とももの見方を、批判的な内省で変化に積極的になるものとした。

*タックマンモデル：グループの経時的な変遷として、形成期、混乱期、統一期、機能期の4段階で説明した。

(2) 在宅医療と介護の連携と課題

地域包括ケアシステムの目的は、高齢者が尊厳を維持しながら住み慣れた地域、(我が家)で最期まで安心して自分らしく暮らし続けることであり、この目的を達成するための具体的事業として、厚労省は、平成27年度に、高齢者を地域コミュニティーで支える、地域の当事者である在宅医療を担う医療者、日常生活を支援する介護従事者と地域自治体で構成される多職種の連携推進事業を以下の(ア)～(ク)として示した(厚労省ホームページ：地域包括ケアシステム)。

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業者等の住所、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報と合わせて、マップ又はリストを作成する。作成したマップ等は、地域の医療・介護関係者間の連携等に活用する。

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等の検討を行う。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行う。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有の手順等を定めた情報共有ツールを整備し、地域の医療・介護関係者の情報共有を支援する。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療、介護に関する事項の相談の受付を行う。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、患者・利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行う。

(カ) 医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種でのグループワーク等の研修を行う。また、必要に応じて、地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催等の研修を行う。

(キ) 地域住民への普及啓発

在宅医療・介護に関する講演会開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

複数の関係市区町村が連携して、広域連携が必要な事項について協議する。

平成 27 年 4 月に開始された在宅医療と介護連携推進事業は、平成 30 年度迄に全国すべての市町村で事業の構築がなされることが目標であった。平成 31 年に厚労省の研究班から国立病院機構に所属する病院からの退院患者の連携を通じて、病院医療者と自治体職員の意識を取り上げた報告がある（三菱総合研究所 平成 31 年 3 月刊行）。病院関係者の連携に関する自己評価意識は高く、連携、情報共有の両面で、80%が出来ている、どちらかと言えば出来ていると回答している。国立病院という組織の中で、最新の医療制度、重視すべき診療報酬に合致した指示を受けて行動する病院医療職として当然の回答にも思われる。また、自治体職員の回答と病院医療職の回答に、連携事業の進捗、情報の共有、相談などの項目で乖離があることも報告されている。本事業のリーダーシップを取る自治体職員が医療現場の状況を十分に把握できていないとの指摘がある。本事業計画の（ア）～

(ク)に関する進捗状況に関しては、市町村の自己評価の形式で報告書が出されている(株式会社野村総合研究所 平成30年3月)。報告では、自治体の規模による進捗の格差があり全国自治体1,741の68%を占める5万人未満の自治体で関係団体との調整の遅れ、各事業項目の進捗の遅れがあった。また人口50万人以上の大都市で事業進捗の遅れがあった。特に事業計画が抽象的な項目(ウ)、実際に人の配置など予算の必要となる(オ)で進捗に遅れが出ていた。自治体が調整をとるべき団体に関して、医師会、歯科医師会、薬剤師会など医療系団体の70%以上とは調整をとっている一方、介護・福祉系の団体では、介護支援専門員関係の協会が53%とあるが、訪問介護、介護施設の団体の記載は無く、本事業が医療系主導で進んでいる可能性を示していた。自己評価形式ではあるが全国の自治体で本事業の取り組みが開始されていたことは分かった。

地域包括ケアシステムの中で医療と介護を支える多職種には、かかりつけ医(訪問診療をする医師が中心)、訪問看護師、訪問薬剤師、訪問歯科医、介護支援専門員(ケアマネジャー)、地域包括支援センター職員(ソーシャルワーカー)、訪問介護職員が含まれ、市町村の「在宅医療と介護連携推進協議会」のメンバーとなっている。(カ)でこうした実践者への研修の項目もあり多くの市町村で在宅医療に関する研修会が開催されている。「出張暮らしの保健室」は、これら推進事業の各項目を日常的な医療職、介護職、福祉職の協働と当事者となる高齢者と一緒に活動することで基盤となる連携の在り方を学習し理念を共有する機会として期待できる。具体的には、推進事業の(イ)課題の抽出、(エ)情報の共有(オ)住民からの相談支援(カ)研修(キ)住民への普及啓発など多くの項目へ寄与する活動と考えられる。筒井は、日本の地域包括ケアシステムは、コミュニティーを基盤とすることを要素として包含したintegrated careという提供体制の変革に焦点をおいたもの(筒井2014)としている。日本では、integrated careを実現する手法であるintegrationを多職種協働、多職種連携と定義することが多く、多職種が協働する際のあらゆる段階においても規範的統合、即ち関連する多職種の価値観が共有されていることが最も重要としている(Fulop, N. 2015) (筒井2014)。(カ)の研修会は、多職種がお互いの職種や機能を理解し合い、地域包括ケアシステムの地域のゴールや目標を一致させるための活動であるが、全国の報告や多職種連携に関する研究では、継続的に解決されない多数の課題が挙げられている。成瀬らは、都下自治体の4回にわたる多職種研修会の参加者474名へのアンケート調査から多職種連携上の困難な課題を「他職種とコミュニケーションを取る上での困難」「利用者サービス提供上の困難」「ケアチームとして機能する上での困難」としてまとめ、具体的には「互いに時間的余裕が無い」「忙しいので遠慮してしまう」「専門職間の視点や役割期待が異なる」「利用者の情報を共有するのが難しい」「相手の能力がわからない」「本音で話しづらい」「他職種との壁がある」ことを指摘している(成瀬ら2018)。他の研究でも「情報の双方向性の欠如による情報共有の難しさ、チームとして人間関係を構築する難しさ」(吉川ら2014)や「人となりが分かる関係、さらに信頼感を持って一緒に仕事ができる関係」(森田ら2012)「医師への遠慮・心理的抵抗感やチーム内での上下関係」(吾妻ら2013)の難しさに課題があることが報告されている。平成26年(2014年)の介護保険法改正により「地域ケア会議」が制度化され多職種の連携強化が図られているが、行

政主導の会議体であり、具体的な目の前の患者・利用者のケアの課題解決を目指し、利用者に関係する限られた当事者のみによる会議となっている。こうした日常業務に直結した場のみではインフォーマルなコミュニケーションへ発展し人間関係を構築するまでに発展するには時間を要すると考えられ、現状の様に公的な場での交流のみでは現場で指摘される多職種連携上の課題の解決は難しいと考えられる。こうした中、令和3年（2022年）に地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律の中で、複雑化、複合化する地域住民の支援ニーズに包括的に対応するためにコミュニティーソーシャルワーカーとしての社会福祉士の重要性がクローズアップされている。社会福祉士教育の中では、2007年の社会福祉士および介護福祉士法改正の中で、社会福祉士の定義は「福祉サービスを提供する者または医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連絡および調整」と見直され、社会福祉士は、その実践において多職種と連携できる専門職としての質と責任を明確に問われるようになった（野村 2021）。コミュニティーソーシャルワーカーとして多職種連携での役割は蓄積されてきており、地域包括支援センターの社会福祉士が多職種連携のチームで担う役割は重要性を増している。本研究で取り上げたT市の「出張暮らしの保健室」では、訪問看護師と地域包括支援センターに席を置く地域福祉コーディネーター（T市では社会福祉協議会職員の社会福祉士）が中心となって活動を推進しているが、コミュニティーソーシャルワーカーとして活躍の期待される地域福祉コーディネーターが、医療職との日常的な協働によってコミュニケーション能力を高め地域の課題を解決して行くための活動としていることが特徴となっている。

(3) 多職種連携とソーシャル・キャピタル理論

春田ら(2019)は、多職種連携の理論の重要な枠組みとして社会関係資本（ソーシャルキャピタル）をとりあげ、多職種連携の推進は、社会福祉学の枠組みのマクロにおいては社会関係資本の拡充につながるとしている。多職種連携推進の一つの目的にも繋がる社会関係資本について確認した。

① ソーシャル・キャピタルの定義

ソーシャル・キャピタル（以下SC）は、日本語では社会関係資本と訳される。人と人のつながりや関連性を表している概念であり 20 世紀初頭に米国のハニファンが提唱し、教育学者のデューイにより学問的な基礎付けがなされた(松本 2019)。1980 年代に入り米国の政治学者パットナムが、イタリアの南北において政治、行政の効率性が大きく異なっている要因の研究を通じて、SCを「人々の相互利益のための協議と協力を促進するネットワーク、信頼、互酬性の規範といった社会組織の特徴」(Putnam1993)としたものが今日でも代表的な定義とされている（関根 2019）。社会疫学研究者の Kawachi ら(2000) は、SCを「ネットワーク又はグループの一員である結果として個別に評価される資源」、SC の研究者で経済学者でもある稲葉(2007)は、経済学にある外部性という用語を用いて「心の外部性を伴った信頼、互酬性の規範、ネットワーク」と定義している。

② ソーシャル・キャピタルの特徴と課題

Putnam (2000) は、SC の実証研究が進んでいる分野として健康分野をあげている。地域

住民の健康維持・増進を目的とする公衆衛生での研究は増えており SC の一指標である一般的信頼の高い地域では低い地域に住んでいる人に対して主観的健康が高くなることが報告されている(松本 2019)。WHO の健康と社会的決定要因の検討報告においても、SC は健康の社会的決定要因の一つとして重要な要因として挙げられている (Wilkinson & Marmot, 1998)。日本においても厚生労働省が掲げる健康日本21にSC増進が組み入れられ、研究だけでなく自治体の介入や実践レベルでの効果が期待されている (厚生労働省 健康日本 21 (第二次))。パットナムは SC の形式として、メンバーの選択や必要性によって、内向きの志向を持ち排他的なアイデンティティと等質の集団を強化するタイプの「結合型」と外向き志向で外部資源との連携や情報伝達において優れているタイプの「橋渡し型」とに区別しておりその特徴を(表1)に示した。「結合型」のSCは農村型、近所付き合い、内向き、結びつきが強いと示される通り、同質のメンバーの互酬性を高め集団を安定させるとしている。「橋渡し型」は、都市型、広い、拡散的、遠距離交際として示されるような、結びつきは弱い、遠く離れた異なる集団との結びつきによってより広い互酬性を生み出すことが出来るとしている(関根 2019) (Putnam 2000)。

SC の豊かな社会では、相互の信頼や協力が得られるため社会の効率性が高まるとされるが、他方、SC 自体の資源量が階層間で異なり不平等が偏在することから SC が格差拡大を助長することも指摘している (Putnam1993)。一方で、SC の研究は多分野にまたがる学際的な性質を持っているために、稲葉ら (2016) は、その定義や測定方法などに相対的なばらつきがあるとしてその批判の内容を纏めている。その中で、評価対象としての「信頼」は、測定可能であるか、また他の研究者との間での「信頼」に関する相対的な比較が可能であるかなど定義に関する批判、また SC が個人に関するものを扱っているか、集団に係るものを扱っているのか、対象を特定する SC の定義が研究者によって異なるといった批判を纏めた上で考察を加えている。稲葉(2007)は、代表的な SC との相対的な位置関係を明確にした上で、対象となる集団とその性質の相対的な違いを分類している。分類では、ミクロは個人間のネットワーク、メゾレベルではクラブやグループ内での信頼や規範とし、マクロレベルを社会全体の公共財としての規範としている。さらに SC の評価基準でもある「信頼」「互酬性」という認知的な概念が人の協調的な行動を促すという性質を「心の外部性」という経済学の用語を援用することで各学際研究者にも理解可能とした。経済学での外部性とは、市場を通さずに第三者もしくは環境に与える正(プラス)の効果であり、その反対に想定した市場の範囲外に負(マイナス)の影響を与えてしまうことを外部不経済という。SC の定義に外部性という言葉を使うことで、SC が認知されるだけでなく外部に形として正負の効果があることを明示した(松本 2019)。稲葉の定義により SC が他者とのかわりの中で成立し、社会的文脈における個人や組織の相対的な位置によって得られる外部性の影響が異なることを示している。また、SC の外部性は、経済学の物理的なそれとは異なり、SC を醸成し享受する人々によって認識されて意味を持つ心の外部性であり、信頼、互酬性といった心のありようが見える形として現れる(稲葉 2011) という SC の特徴を示した。

(表 1) 結合型と橋渡し型の比較

	結合型	橋渡し型
形態	フォーマル	インフォーマル
結びつきの強さ	強い	弱い
組織の地理的範囲	狭い, 地域限定	広い, 拡散的
組織の使命や志向	内向き	外向き
組織への帰属	排他的(exclusive)	包括的(inclusive)
帰属の基盤	共同性	公共性
コミュニティ	農村型	都市型
イメージ※	熱い	ちょっとした
対比表現	近所付き合い	遠距離交際
強み	安定性	革新性
弱み	保守性	不安定性

(資料) 地域保健対策におけるソーシャルキャピタルの活用のあり方に関する研究班
「住民組織活動を通じたソーシャルキャピタルの醸成・活用にかかる手引き」2015年, 25頁.
※亀岡誠『現代日本人の絆—「ちょっとしたつながり」の消費社会論』日本経済新聞出版社, 2011年による。

③ ソーシャル・キャピタルの測定方法

SC は個人に内在する心のありようが外部に認識される形で集合化されたものであり定量的に計測可能であるとされる(松本 2019)。その際に、個人に対する質問の回答を集計して SC 変数として使われることが多く、パットナムの定義を基に認知的 SC として「信頼」「互酬性」、構造的 SC として「ネットワーク、社会組織」に分けるのが一般的とされている。他の研究の調査と比較が可能なように、「信頼」に関しては、「たいていの人は信頼できると思いませんか、それとも用心したほうがいいと思いませんか」という質問により一般的な信頼を測定している。「互酬性」とは、日本でいう「お互い様」という言葉で表現される助け合いの精神の事であり、一般的に「人からものを貰ったらお返ししますか」という質問で測定される。ネットワークの測定では、各個人が参加している組織の種類や参加頻度を集計してネットワークの変数として取り扱う。また、質問の対象を「ご近所」「あなたの住んでいる地域」「一般的に」と明確にすることで、稲葉の定義と分類によって、ミクロレベル、メゾレベル、マクロレベルのどのレベルでの信頼、互酬性を調査しているかを明確にすることが可能となる。

④ ソーシャル・キャピタルの健康、高齢者への影響

SC の研究は、パットナムの指摘するように健康、公衆衛生の分野で多くの研究が盛んになっている。カワチら (2008) は、SC が健康に良い影響を与える経路として、①密なネットワークにより健康に良い情報が提供されていること②地域の組織により健康に良いサービスが提供されること③住民間の摩擦が少なく治安が良くなること④住民の結束が行政に働きかけて健康に良い施策を促し行政サービスの質が高まることの 4 つの経路により健康に影響を及ぼすとの仮説を提唱している。他にも多くの研究はあるが、SC の醸成、地域に住む人々に影響を与えるまで、更に目的である健康への効果を上げるまでには時間が掛かることが SC の検証を複雑にしている。SC は、文化や歴史的背景などその地域に依存して形成されることから日本においては地域文化に根差した固有の研究例も多く、慶應義塾大

学の調査グループは、医療や健康保険の分野の成功した調査分析の事例から日本の SC を「遠慮がちなソーシャル・キャピタル」と名付けている（今村ら 2010）。「自分から手を上げるのではなく、誘われたら参加する」「周りの人に悪いからという気持ちから協力する」といった日本人の国民性を反映した行動パターンの中に、静かな形で意志と社会性と自発性が潜んでいると指摘している。こうした日本的な SC の成功例として、「半ば強制的、半ば自発的」な誘いや促しから長野県の保健指導員の活動が活発になっていった実態をあげている。白井は沖縄社会での SC の重要な資源として、沖縄文化に残るユイマールという言葉とそこに表れている価値観をあげている（白井 2016）。健康日本 21 では、高齢者の健康寿命の延伸や健康格差の縮小への対策として SC の醸成や活用が目標として挙げられており、その役割を地域包括支援センターが地域住民の自助・互助の醸成と地域住民を巻き込んだ地域づくりによって担うことが期待されている。だが、地域包括支援センター職員への調査では、地域づくりにどのように取り組んでよいかに苦慮しているものの、取り組むべき重要課題との認識は薄いという現状が報告されている（白井ら 2017）。SC は国の施策である地域包括ケアシステムの中でも取り組まれるべき課題であるが実施者の間では十分に認識、活用されていないことがわかる。また、前述の通り、SC が健康へ与える影響はその効果の検証に長い年月が必要となり長期的な効果を示した研究は少なく、短期的に健康増進に繋がった事例に留まるものが多いのが現状である。平均寿命が 80 歳を超える超高齢社会においては、SC が心身の健康へ与える影響を考えることに加えて、生活全般の QOL を高めることの検証がより重要になるとの指摘がある。高齢者における SC の信頼に関する調査研究では、信頼する対象が個人、地域など対象を「何に」するかに関わらず、他者を信頼すること自体が高齢期の生活の質と関連があると報告されている（長谷部 2013）。SC のネットワークである組織に自立して参加できる若年層と異なり、高齢者は身近な隣人や地域への信頼を基にして一般的な信頼への認知に繋がりやすい傾向があるとされている。杉澤(2016)は SC と老年学の視点から高齢者は生活圏が地域に限定され、更に身体的・精神的な機能低下から地域での暴露時間が増加することにより地域の影響を受けやすくなるとしている。SC の調査、研究の多くは高齢者を対象としていても前期高齢者が主でありネットワークも中壮年期との同じ集まりや社会参加をネットワークとして扱ったものが多いが、今後の超高齢社会で、社会参加がままならなくなった 75 歳以上の集団にどのような SC が必要かを研究することが重要となっている。また、数少ない 75 歳以上の集団を含めて SC の介入試験で、サロンの開設を広めることでサロン以外の社会参加が増え、サロン参加者の認知症の発症を 3 割近く抑えられたとの結果が示されている（Hikichi, 2017）が、人口が減少し、こうしたサロンに係る層の増加が見込めない昨今では新たな社会参加の施策や装置の開発の余地は少なくなっているという事実もある。超高齢社会の特有の問題に対応するためには、より高齢者が影響を受けやすいミクロレベルの視点に立ちその地域に根ざした固有の人の繋がり方にまで目を向けた SC を模索することが重要（松本 2019）と指摘されている。稲葉(2013)は、高齢者の孤立を調査、分析した結果から高齢者の孤立は若年期、壮年期の社会参加の状況と深く関連しており、高齢者の社会参加促進策には、壮年者を含む重層的な施策が求められると指摘している。高齢化に伴う活動範囲の狭小化により

同世代間の閉じたコミュニケーションに陥ることを避けるためには多世代間の交流を含む SC の構築が重要とされているが、こうした多世代が関わった形での SC の醸成や活用の研究は殆どないのが現状（松本 2019）である。

市民活動と SC の両者の間に何らかの関係があることは明らかであり、そこに住む人々の間で豊かなソーシャル・キャピタルが育まれている地域では市民活動が活発に行われている事例が多数報告されている。内閣府国民生活局の調査報告では、様々な市民活動を支援する中間機能的組織の重要性が指摘されている（内閣府国民生活局 2003）。パットナムの SC の形式分類における「結合型」は、日本においては町内会、団地内での自治会など地縁型組織が典型的であるが、こうした組織の活動と他の組織の活動を結びつける中間支援組織が連携することによって新たな SC を形成し、それまでの SC を組み替え、活性化させることが期待される（三浦 2015）との指摘がある。

3. 地域包括ケアシステムにおける「かかりつけ医」

(1) プライマリ・ケアを担う「かかりつけ医」の定義と機能

White(1961)らが、英米 16 歳以上の一般住民における健康問題の発生頻度と受療行動を調べた結果では、人口 1,000 人換算で、1ヶ月間に何らかの症状を訴える人は 750 人、そのうち医師を受診する人が 250 人、そのうち入院する人が 9 人、専門医へ紹介される人が 5 人、大学病院へ紹介される人が 1 人であったとしている。日本でも Fukui ら(2005)が同様の結果を示している。こうした一連の研究は、一般地域における健康問題の大部分は「病院でなく地域で」「他の医師への紹介を必要とすることなく 1 人の医師」によって完結できる可能性を示している（澤 2018）。こうした地域での「初期治療・一時医療」をプライマリ・ケアと称している。プライマリ・ケアという言葉は万国共通であり、世界保健機構（WHO）は、その定義を「保健医療システムの一翼として、定められた地域住民に対し、継続的かつ人間中心のケア、ケアが最初に必要とされる際の受診のしやすさ、稀または例外的な健康問題であるために他の機関に紹介される場合を除くケアの包括性、およびケアの全ての側面が統合されるケアの一体性を保証するもの」（WHO ホームページ）と定義している。米国医学会では、プライマリ・ケアを「日常の健康問題の大半に責任を持って取り扱うことが出来るような幅広い臨床能力を有する医師によって提供される、包括的な地域の第一線で提供されるヘルスケア・サービスである。そのヘルス・ケアは、継続的で地域や家庭を視野に入れたものでなければならない」と定義している（Institute of Medicine1996）。プライマリ・ケアの概念を簡潔に示したものとしては、ACCCA が良く知られている。ACCCA とは、近接性（Accessibility）、包括性（Comprehensiveness）、協調性（coordination）、継続性（Continuity）、責任性（Accountability）の 5 項目の頭文字を並べたものである。こうしたプライマリ・ケアを担う医師を示す用語として、プライマリ・ケア医（Primary care physician）、家庭医（Family physician, Family doctor）、一般医（General physician :GP）、総合医、かかりつけ医、ホーム・ドクター、開業医、町医者、山医者などがある（鶴岡 2008）。欧米では、家庭医、GP と称されることが多いが、日本では、日本医師会がプライマリ・ケアを担う医師として「かかりつけ医」の名称を使用して

おり、日本の「かかりつけ医」は、様々な疾病に幅広く、新しい概念で対応する。新しい概念とは高齢者に相応しい医療の在り方であり、様々な専門職と共存し、生活の中で外来診療から訪問診療、看取りまでを行う事であり、総合診療医、イギリスのGP、家庭医など名称は違っても内容には違いがない(新田 2017)としている。

我が国の地域包括ケアシステムは、先駆的な成功事例である広島県尾道市の公立みつぎ病院と尾道市医師会が確立した尾道方式を参考としている。1994年には7つの柱からなる「尾道市医師会高齢者医療ケアシステム整備、基本コンセプト」が策定されているが、このコンセプトでは、「主治医機能」を最も重要な位置づけとし、この機能を最大限に発揮できる環境整備が地区医師会の役割であるとしている(川越 2008)。以来、地域包括ケアシステムにおける医師、医師会の役割は大きく、「主治医機能」として「かかりつけ医」が定義されている。

日本医師会・四病院団体協議会は、超高齢社会への対応としての地域包括ケアシステムの中心的な役割を担う医師である「かかりつけ医」の定義と機能を以下の様に提唱した(「医療提供体制のあり方」2013年8月8日日本医師会・四病院団体協議会合同提言)。

【定義】 なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知し、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師

【機能】

- ・ 日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する
- ・ 自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する
- ・ 日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康診断、検診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健などの地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- ・ 患者や家族に対して、医療に関する適切かつ分かり易い情報の提供を行う。

厚労省は、2018年診療報酬改定に際して、日本医師会の「かかりつけ医」定義を基本とし、診療報酬上の加算を拡大し、地域包括ケアシステムにおける地域の中核的な医師として「かかりつけ医」の役割、位置づけを明確にした(中医協 総-5 平成29年2月22日資料)。

(2) 「かかりつけ医」の現状と課題

医師自身の「かかりつけ医」機能に対する受け入れに関して、日本医師会の「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査(2017年2月15日概要版)」によれば、実施する業務で負担の大きな項目として「在宅患者に対する24時間対応」49.8%、「患者に処方されているすべての薬剤の管理」27.9%、「患者が受診している全ての医療機関の把握」

18.6%となっていた。その結果、「かかりつけ医」としての登録（地域包括診療料加算取得施設）は、東京で330軒、全診療所に占める比率が3%に満たない状況となっている（平成29年関東厚生局データ）。また、在宅医療を行う施設として平成30年度に「在宅療養支援診療所」として登録した施設は、全国で13,498軒（日本医師会 JMAP データ）、他の資料では、登録はしていないが、在宅医療を行う診療所数は、20,597軒、看取りを実施する施設数は、4,312軒と報告されており（厚生労働省2016）地域医療を担う「かかりつけ医」としては、在宅医療を担う施設の軒数、看取りの件数ともに少なく、症状の安定時は訪問診療を行うが、急変時や終末期には病院へ搬送して看取りは行なわないという実態が推測される（安倍2017）。一方で、内科系の開業医が所属する臨床内科医会（会員数約14,000名）の在宅医療に関するアンケート調査では、回答者の81.6%は、在宅医療を実施しており、その内在宅療養支援診療所の登録は49.1%、地域包括診療料を申請している施設は8.2%であった。1年間の看取りの数は、在宅療養支援診療所登録、登録以外共に1~5人が50%代と差は無く、登録や申請の施設基準のハードルや煩わしさから申請は行っていないが、内科系の一般診療所は地域の在宅医療の担い手である事も示している（白石2014）。厚労省の資料では、「かかりつけ医」を診療報酬上の加算で地域包括診療料を算定する為の24時間体制、在宅医療の実施などの登録要件を備える施設としており、現状では、前述の通り内科系の開業医の5%以内と少なげ、日本医師会は、現在の内科系開業医は、かかりつけ医としての機能を果たしているとし、「かかりつけ医」研修による認定制を開始している。日本医師会としても在宅医療の実践を会員に求めており、地域包括診療料の登録要件を満たす会員の増加をめざしているが、現在の開業医の多くは、24時間の在宅医療体制を負担と感じており、在宅医療の実施施設、看取りの実施施設共に将来の需要予測を満たさない現状がある。「かかりつけ医」の定義と機能は、「かかりつけ医機能推進事業」など裏付けとなる研究から導き出されており、「寝たきり予防におけるかかりつけ医機能と役割」では、寝たきり予防の為の病院との連携、地域保健福祉へ結び付ける役割を明らかにしている（若松1999）。「かかりつけ医」の在宅医療に関する役割に関しては、日本医師会の幹部が様々な論文で述べており、既に1993年、老人保健福祉計画で、在宅ケアの優先が記載された当時、診療所医師が「かかりつけ医」機能の重要な一つとして在宅医療に正面から取り組むべきである（糸氏1993）とした。また医療を提供して生活を支える活動をするのが「かかりつけ医」の役割であり、在宅医療では、このかかりつけ医の機能が最も発揮できる（野中2013）と強調された。日本医師会の「かかりつけ医機能研修制度」では、応用研修、実地研修に「在宅医療」がカリキュラムに入り、知識と体験が要求される事となったが、昨今では在宅医療体制も担う「かかりつけ医」が思うように増えない実情もあり、在宅療養支援病院、診療所との水平連携により地域医療圏の中で役割を果たして行く（鈴木2016）事が強調されるようになった。

日本医師会は2017年度より「かかりつけ医」研修を開始しているが、研修終了後の認定制度に更新制度は無く継続的な知識、技能向上は個人に委ねられているのが現状である。一方、専門医としてのプライマリ・ケア医師を育成する目的で複数の団体を統一し、2010年にプライマリ・ケア連合学会が発足し、英国のGP専門医認定制度に近い研修と臨床能力

評価試験を経て認定されるプライマリ・ケア専門医が4,500名程度いる。また、大学医学部に、臓器別ではなく患者を全人的に診る「総合診療科」が増え、厚労省が2011年に「総合診療医」を19番目の基本領域専門認証制への追加を答申するに至り、専門領域を「総合診療」とする医師も増えている。

こうした中、新型コロナウイルス感染症の第五波において、医師会の定義する「かかりつけ医」を含む内科系開業医が発熱外来への対応等で十分に地域住民の需要に対応出来なかったことを踏まえて、政府は「全世代型社会保障構築本部」の議事録を公表（2022年5月24日）し、医師会の主張する内科系開業医の大多数が「かかりつけ医」として機能しているという主張に対して、国としての公的な制度を構築する姿勢を示している。

(3) 高齢者の「かかりつけ医」、「在宅療養」に対する知識・意識

① 高齢者の「かかりつけ医」に対する意識

「かかりつけ医」に関する実態、国民の意識に関する大規模な調査を日本医師会総合政策機構が定期的実施している。2014年の調査では、かかりつけ医が「いる」と答えた者の割合は53.7%、「いないがいと良い」と答えた者は71.5%であった。年齢別にかかりつけ医が「いる」と答えた割合は、60歳代で60.8%、70歳以上では凡そ80%となっていた。2020年の第7回調査においてもこうした比率は同様の傾向であった（日本医師会総合政策研究機構2020）。2014年の調査では、設問時に「かかりつけ医」を「一般的に健康の事を何でも相談でき、必要なときは専門の医療機関へ紹介してくれる、身近にいて頼りになる医師のこと」と丁寧に説明していたが、あなたにとって「かかりつけ医」はどういう医師ですか？という質問に対して、「病気の主治医」のみを回答した人が約50%いた。複数回答を入れて、「健康について何か心配のある時に幅広く診てもらう医師」と答えた人は65～74歳で32.9%、75歳以上で39.7%であった。「病気を限定せずに総合的に診てくれる医師」は同様の年代で26.8%、27.8%であった。「かかりつけ医」に望む医療や体制に関する質問では、「必要な時はすぐに専門医や専門施設に紹介する」が93.3%、「患者情報を紹介先に適時適切に提供する」が87%、「どんな病気でもまずは診察できる」が82%であった。前回調査の2006年から特に割合の増加した項目は、「往診や訪問診療など在宅医療」が43.6%から59.8%、「不在時には別の医師が診療してくれる24時間体制」の50.6%から57.8%であった。医療機関の受診のあり方に関する考え方の設問では、「病気の症状の程度に関らず、病院と診療所の区別なく自分の選んだ医療機関を受診する」へ賛成、どちらかといえば賛成の人が30%、「最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する」に賛成、どちらかといえば賛成の人が56.7%であった（日本医師会総合政策研究機構2014）。別のデータでは、日頃から相談・受診している医師へ期待する事に関しては、「自宅から近く通院が便利」が79.8%、「必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示をくれる」35.1%、「深夜や休日など緊急時にも診てくれる」24.7%とアクセスの良さに関係する項目が高く、次いで、「病気や治療についてよく説明してくれる」60.8%、「医師の診断技術が優れている」45%、「病歴や健康状態などをよく知っている」38.7%など全人的かつ継続的な診療に関する項目も期待されていた（健康保険

組合連合会 2011)。日本医師会総合政策機構の調査においても「かかりつけ医」への期待の第一は、専門機関への紹介などゲートキーパー的な機能であり、高齢者を支える地域包括ケアシステムにおいても地域の病院との入退院連携は重要な項目の一つにあげられる。地域の中核病院である市立長浜病院の「かかりつけ医情報提供同意書」を用いた入院患者の「かかりつけ医」に対する意識調査では、かかりつけ医「あり」54.6%、「なし」45%、で「あり」と答えた人の69.7%は、病院とかかりつけ医の間の診療情報の提供に同意した。入院時に紹介状のある患者の94.5%はかかりつけ医が「あり」、紹介状の無い患者では、かかりつけ医「あり」と答えた患者は44.6%であった(多賀 2008)。

② 高齢者が求める在宅医療、看取り機能への期待

在宅医療に関する国民の意識は、国の在宅誘導、マスメディアによる好意的な報道の増加もあり受け入れ度が高まっている。終末期の療養場所に関する経年調査では、「自宅で最後まで療養したい」「自宅で療養し必要になればそれまでの医療機関、緩和ケア病棟」を希望する比率は、平成10年、57.7%、平成15年、58.8%、平成20年、63.3%と年々上昇している。療養の場所においても自宅での介護希望が41.7%と高かった。一方、在宅医療への移行や継続の阻害要因として国民が考える項目は、介護してくれる家族への負担80%、症状が急変した時への対応が不安60%、往診してくれる医師がいない30%、訪問介護体制が整っていない、介護してくれる家族がいないなどが20%であった(平成24年7月11日厚生労働省医政局指導課会在宅医療推進室 PDF)。厚労省が平成29年度に実施した人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書では、最期の療養に際して、終末期の状態を末期がん、重度の心臓病、認知症に分類すると前述の一般的な質問に比べて、一般国民では「自宅」と回答する比率が50%程度に低下するが、医師、看護師、介護関係者などは、「自宅」とする回答は70%程度に維持されている。また、最期の療養や看取りに関して普段から考えている、家族と話している比率も一般国民と医療・介護関係者では10ポイント以上の差があることが示されている。一般の高齢者が自分の望む最後の療養や看取りの場所を自らの意思によって判断するためには、普段から専門職と接する機会を持つことの重要性が見て取れる(厚労省 2017)。

(4) 欧米の「家庭医」「GP」について

① 欧米の「家庭医」「GP」の現状

プライマリ・ケアのプライマリという意味は、「第一の・主要な・最も重要な」という意味であり、地域医療において最も重要な治療領域と言える。諸外国では、高齢化に伴う疾病構造の変化を捉え、プライマリ・ケアを基盤とした医療制度の改革を続けており、プライマリ・ケアの専門医として「家庭医」「GP」の位置づけを明確にしている。世界の100を超える家庭医、GP関連の学会が加盟する世界家庭医機構(World Organization of National Colleges, Academies and Academic Association of General Practitioners/Family Physicians: WONCA)が組織され、プライマリ・ケアの専門医としての定義、コンピテンシー、認定制度や研修内容などを明確にしている。日本からは日本プライマリ・ケア連合学会が正式会員学会として参加しているように、「家庭医」「GP」は、

プライマリ・ケアの専門医であることが分かる。また、WONCA の英語名には家庭医、GP が併記されている事からも二つの名称は同様に扱われていると言える。葛西(2016)は、プライマリ・ケアの整備が進んだ先進国は、英国、オランダ、オーストラリア、カナダ、デンマーク、ニュージーランドであり、米国は、3,000 万人の無保険者の存在もありプライマリ・ケア整備が遅れているが、プライマリ・ケアの整備がより少ない医療費、より良い健康アウトカム、公平性に関連することが示されており、米国家庭医学会も改革を進めているとしている。英国では、1952 年創設の英国 GP 学会(Royal College of General Practitioners :RCGP)と国民保健サービス(National Health Service :NHS)が大学教育の一環として市中の地域に開設した一般医からスタートし、「地域で医師を育成し、プライマリ・ケア研究を進める」という画期的なシステム構築を経て、科学的根拠を持ったプライマリ・ケアの専門医としての「GP」が生まれた経緯もありプライマリ・ケアの整備では最も伝統と実績があるとされる。英国では、全国民が自己の選択により 1 つの GP 診療所に登録し全てのプライマリ・ケアを無料で受診できる。病院の利用は救急時を除き GP からの紹介によってのみ利用が可能となる。GP は民間であり、自己所有の診療所で、医師 5~6 人、ナースプラクティショナー1 人、プラクティスナース 2~3 人、受付管理スタッフ 6~10 人からなるチームで働いている(葛西 2016)。GP の週平均労働時間は 41 時間、報酬は、登録数に応じた人頭払いが 70%、成果報酬が 30% となっており平均年収は 10 万 1,500 ポンド(約 1,700 万円)程度となっている(澤 2018)。1948 年当初、医師は誰でも GP (一般医)として働くことが出来たが、1980 年代に入り、専門性が確立され、初任者研修後に 3 年間の GP 専門研修プログラムが必修化された。2007 年には、新しい GP 後期研修プログラムと専門医試験を基盤とするライセンス制度が導入され、それ以降はこの二つをクリアし「家庭医療専門医(special in family medicine)」になることで初めて GP としての診療が許されることとなった。RCGP が認定する GP 専門医(Membership of Royal College of General Practitioners :MRCGP)は約 4 万人、英国統計では約 6 万人、英国の全医師数の 25%が GP として登録されている(澤 2011)。GP1 人当たりの登録患者数は 1,567 人(2000 年)と GP 人数の増加に伴って減少している。その他のプライマリ・ケア先進国であるオランダも全国民が約 9,000 人の家庭医に登録されており、家庭医 1 人の登録住民数は約 2,500 人となっている。カナダでは、住民 1,000 人当たり 1 人の家庭医、デンマークでは家庭医 1 人あたりの登録患者数は 1,561 人となっている(葛西 2016)。

②「家庭医」「GP」の特徴

英国を初めとした欧米先進国では「家庭医」「GP」をプライマリ・ケアの専門医として位置づけ、国の医療制度の中でその役割、報酬、研修などを定義している。WONCA が「家庭医療の専門分野としての 12 の特徴」(葛西 2016)を示し、参加する各国を代表する学会がそれぞれの国でプライマリ・ケアの専門医としての行動指針を提示している。英国で実際に家庭医(GP)として診療する澤は、英国の「GP(家庭)専門医」の特徴を①身近な存在(地域基盤)②あらゆる相談にのる(全科診療、包括性)③チームで対応する(多職種連携)④患者と二人三脚(患者中心)⑤継続的に診る(かかりつけ機関)⑥生活を支える(生活支援、介護、住まい)⑦地域を守る(予防、健康増進)⑧資源の無駄を抑える(費用対効

果)の8項目で示している(澤 2015)。また、諸外国では専門医としての認定を研修、試験制度、継続的な更新制度によって保証し、英国では国の診療報酬の中でも認定専門医として規定している。プライマリ・ケア先進国としてあげた諸外国では、ナースプラクティショナーの制度を有し、看護師が慢性疾患の管理と処方権を持ち医師と診療業務のタスクシェアを推進している。英国では1995年から2008年の13年間で看護師による診察が21%から34%へ、電話による診察が3%から12%へ、診療時間が8.4分から11.7分へ増加し、訪問診療が9%から4%へ減少した(葛西 2016)。こうした看護師を含め、保健師、助産師、ソーシャルワーカーがネットワークを組み多職種連携によって地域住民の健康に関与していることがプライマリ・ケアにおける「家庭医」「GP」の大きな特徴と言える。また、多職種連携を円滑に推進するためのIT化の推進も特徴と言える。全ての患者のカルテは電子化されており、「家庭医」「GP」は、他の地域の家庭医の診療データの全てにアクセスが可能であり、患者は全国どこの薬局でも薬歴管理をした上で処方薬の購入ができる仕組みになっている。終末期の看取りの場所、療養に関する支援に関して、医師には遠慮があるが、看護職に相談相手としての役割を期待するとの調査結果(福井ら 2013)があるが、プライマリ・ケア先進国では高齢者への相談初期対応は看護師が重要な役割を担っている。欧米での看取りは在宅、施設が一般的であり高齢者の意思決定に大きな影響を与えるアドバンスケアプランニング(ACP)の担い手は主に看護師が行う(Rietzeら 2018)ことも特徴と言える。

4. 団地に住む高齢者の特徴と課題

(1) 団地及びその研究の時代的変遷

戦後復興の流れの中で、地方からの人口移動に伴い、1950年代には大都市で住宅不足が生じることとなり1955年に住宅建設十か年計画を基にした日本住宅公団法が制定され日本住宅公団(以下公団)が設立された。公団により、1965年から1975年に掛けて、結婚直後の若夫婦世帯、子育て世代を対象とした住宅団地の建設が進み首都圏では、国道16号線の沿線や主要な鉄道で都心からの通勤圏に大規模な団地が多数建設された。こうして生まれた大規模な住宅団地に住む人たちは「団地族」と呼ばれ社会学の立場から研究がなされた。「団地族」はそれまでの日本人の暮らしとは異なる生活をする人達として捉えられ、「団地族なる人間類型、或いは団地性とでもいふべき団地共通の生活傾向なり文化の型」(鈴木 1966)を有するとされた。1960年代には、多くの都市社会学者らによる調査結果が発表され、「団地社会は、人為的に大規模に突然形成された。また団地内での人間関係は配偶者のみのように家族の成員に限られ、長期の定着意識も薄い、そのため地元意識が薄く伝統が作られにくい」(磯村 1960)「団地社会はこれまでの地域共同社会に比べて人間関係が低調であり、団地生活者の多くは団地生活を腰かけ生活ととらえ、いつかは他のより良い住宅に移り住むことを胸に秘めており、団地生活を自分たちの外側にあるものとしてとらえ、それに無関心である。また、年齢構成、職業構成、ステータス構成が同質的で多様性に欠けている」(大橋 1964)としている。戦後の住宅供給政策は、高所得者層へは持ち家取得の融資を行うための住宅金融公庫法、低所得者層へは公営住宅法による賃貸住宅の供

給がなされ、日本住宅公団法による大規模な住宅団地の賃貸、分譲は主に中所得者、中流階級の人たちを対象として階層別に進められた(小池 2016)という背景が研究の仮説や結果に影響を与えた可能性はある。一方で、調査が1960年代の遅い時期の研究では、「仮住まいの意識は見られず、現在の生活環境整備に努力しており交際の範囲や深度についても組織的な集いや子供の成長をきっかけとして団地内の人間関係が広がっていることが示唆され」「団地族の生活は都市部の一般勤労世帯の生活と本質的にも現象的にも少しも変わらない」(水野 1964)と結論付ける論文もある。1970年代になると団地族は社会的にも新しいものでなくなり70年代から80年代に掛けて社会学の論文は殆ど見られない。1990年代になると住宅団地での孤立死とその予防が社会問題となりメディアで取り上げられるに至り、団地居住高齢者の社会的孤立に関する研究が活発となった(小池 2016)。

(2) 団地高齢者の特徴

急速に進んできた我が国の高齢化は、全国一様に高齢化したわけでは無く、都市部と農村部でも違いがあり、都市部の中でも高齢者の多く住む場所と比較的若者の多い場所があるが、都市部にある大規模住宅団地は、いわゆる限界集落の基準とされる高齢化率が50%を超え全国平均の高齢化率の2倍程度となっている。1960年代から70年代に集中的に建設された大規模住宅団地は建設から50年以上が経過し入居当時若者だった住民が高齢化し団地自体が高齢化集落となっている。1990年に玉野らは東京都老人総合研究所が都内の2つの団地で行った調査を基に、単身および夫婦のみの高齢者の社会的ネットワークを分析し、「日本の高齢者の社会的ネットワークの特長である友人が少なく、配偶者と子供を中心とした小家族に閉塞しがちな小家族主義が団地高齢者においてもみられる」ことを報告し、持ち家世帯と異なり子供との同居が少ない団地高齢者では問題となることを指摘している(玉野 1990)。2007年に安田らは東京近郊の4つの団地の高齢者を調査し「近所にすんでいることがきっかけで知り合った友人の数を近隣における人間関係量として、その数が0人であった人がいずれの団地でも過半数であった」結果を示した。2014年に小池らは、和光市在住の高齢者全体を対象として、地域の中で団地に暮らす高齢者と団地以外で暮らす高齢者の社会関係を比較しどちらに社会的孤立が多いのかを明らかにする大規模な研究を実施している。先行研究で、社会的孤立状態にある高齢者の特徴として、男性、未婚、子供がいない、低収入、高齢、移動能力の障害(斎藤ら 2010)などが挙げられているが、小池らは、住居形態による社会的孤立を分析し団地高齢者の特徴を示している。「社会的孤立」を示す尺度として、別居家族、親戚、友人、近所の人との接触頻度を使い、週に1回未満の人を社会的孤立として定義した結果、社会的孤立状態にある高齢者の住居形態は、独居者においては、賃貸の団地と団地以外の賃貸居住者が有意であり、同居者のいる世帯においては、分譲住宅であっても団地居住者に孤立者が多かった。1960年代の団地研究で示された「団地族」の、近隣関係が希薄で、家族中心の生活を送るという特徴が、時間を経て住民が高齢化した現代においても継続し孤立を生んでいると指摘している(小池ら 2014)。現在の団地高齢者がかつての「団地族」であるかをしらべた住居歴においては、1964年に入居を開始した神奈川県公田団地で27.3%、1971年に入居を開始した東京高島平の53.6%

の人が30年以上暮らしており（小池 2016）、東京都国立市の富士見台団地では35年以上経過している世帯が35%となっている（南ら 2010）など、現在の団地高齢者の一定比率はかつての「団地族」であったことが確認されている。一方で最近になって移住してきた高齢者も含まれており、団地居住高齢者の近隣関係や地域活動への参加を検討する際にはこの両者の存在を念頭に置くことが必要（小池 2016）との指摘がある。前述の国立市富士見台団地は、本研究で対象としたT市と近接した地域であり、母体もUR機構（元日本住宅公団）で、T市にも同様の母体の団地がある点で、住民構成などは比較的似ているものと推測できる。

(3) 団地高齢者が持つ今日的課題

① 社会から孤立し易い特異性

2019年から全世界に大きな影響を与え続けている新型コロナウイルス感染症の問題は、とりわけ感染リスクの高い高齢者に大きな恐怖感と孤独感を与えている。高齢化比率が50%を超える団地では自治体やボランティアによる活動も途絶える傾向にあり地域からの情報の孤立も大きな問題となるなど高齢化の進む団地においては、コロナ禍以前より指摘されてきた課題が浮き彫りになったといえる。

団地高齢者が社会的な孤立に陥る要因として「団地族」に代表されるグループとしての独自性が指摘されているが、高齢化が更に進んだ現在においては、男性の未婚率の高さも加わり独居世帯の増加が大きな要因となっており、孤立死や消費者被害の増加にも繋がっていると認識されている。自治体による各種の活動や地域包括支援センターの設置により対策が講じられているが、こうしたサービスは受ける側からの積極的なアプローチやサービスを受容する気持ちに委ねられていると言える。日常生活において個人では解決が困難な問題が生じた際に、身近な援助者や専門職に援助を要請する行動をとるか否かを調査した研究では、ケアマネジャーの61.6%が援助を拒否された経験を持つ（小川ら 2009）など多くの高齢者が周囲の支援を頑なに拒否する態度をとることで高齢者の生活をめぐる課題もより深刻になってしまう現実を明らかにしている（鈴木ら 2012）。水野（2003）は、「高齢者が家族や親類などの身近な援助者や専門的・役割的ヘルパー、あるいはボランティアヘルパーにどの程度援助を求めるかの認知的枠組み」を「被援助思考性」と定義したが、この被援助的志向性を高橋ら（2014）が横浜市公田団地の独居高齢者を対象に調査した結果、被援助的志向性が男性で女性よりも低いこと、社会的な接触を持たない高齢者が、たとえ僅かであっても接触を持つ高齢者よりも支援をうけることに否定的であることが示された。一方、独居高齢者の増加の問題では、2005年の国勢調査において男性の独居高齢者は女性の3分の1ほどであったが、2015年時点ではそれが2分の1ほどに差が縮まって来ており増加の勢いとして男性の伸びが急激になっていることが分かる（小池 2017）。被援助性志向の観点からは、助けを求めたい相手として女性が家族や親戚などインフォーマルサポートに助けを求めようとするのに対し、男性はどちらかというと家族ではなく行政などフォーマルサポートに助けを求めようとする傾向がある（高橋ら 2015）など団地高齢者の課題に取り組むための支援策を考えるには男女の特徴を考慮することが必要との指摘がある。

②低所得者層の増加と必要に迫られた中での互助活動

現代の大規模団地の課題の一つは高齢化に伴う低所得者層の増加と言われている。全国的生活保護世帯の6割強は65歳以上であり高齢化問題は貧困問題の一面も持っている。全国公団住宅自治会区議会が実施した「第11回団地の生活と住まいアンケート」(2017)(全国公団自治協HP)よれば、242万円以下の世帯が約半数を占めており、353万円以下の世帯を含めると約7割となっている。世帯収入を5分類に分けた総務省家計調査(世帯編)の下位2分類に大半の団地高齢者の世帯が含まれていることとなる。同調査では、家賃負担に関して、重いと感じている人が75%を超えており経済的に苦しい実態も示されている。1960年代に建設された当時は比較的、中所得者層のホワイトカラーが住民の多くを占めており「団地族」と呼ばれた人たちの多くは、より良い持ち家に移動し、建設当初より住み続けている住民は3割程度と言われており、その後近隣の民間住宅よりも家賃が廉価なことを理由に新たに移り住んできた人の増加により団地全体の低所得化が進んだと思われる。小池(2018)は、板橋区にある10,170戸という大規模な高島平団地における「助け合いの会」というちょっとした困りごとを住民相互の協力によって支援する互助活動について調査している。調査の中で、利用回数は2002年の開始時から毎年増加しており、近年では高齢化に伴い「介護付き添い」など本来は介護保険サービスの対象となっている自助(訪問介護など市場サービスの購入)の代替として、より低価格の「助け合いの会」の利用を経済的理由により頼らざるを得ない世帯が増えていると指摘している。

③自治機能の低下と情報からの遮断

大規模な団地に暮らす住民にとって、戸建てに住む人達との大きな違いは団地内の自治会の存在である。T市と同様に多摩地域の大規模団地である滝山団地で地域福祉を研究してきたプロジェクトチームは、自治会が昭和40年代の建設当初から現在に至るまで団地内の人口構造の変遷に合わせて常に住民のニーズに沿った活動によって住民を支えてきたことを報告している(児玉2013)。同団地の住民アンケートの回答を分析した結果によれば、超高齢化した団地住民の生活上の不安・困難を表す言葉とともに「自治会」「活動」「参加」といった支援に繋がる言葉も頻出し依然として自治会活動の重要性が示されている(佐藤ら2015)。その一方で、多くの大規模公営団地では65歳以上の住民が50%を超え、高齢化に伴い自治会活動が危機に瀕している団地も少なくない。小池(2015)は、団地自治会報の調査により、自治会活動と住民のニュースソースを報告しているが、高齢者の79.3%が、自治会報を読んでおり、行政からの連絡、イベント開催の情報、自治会からの連絡など主要な情報源となっていることがわかる。四季の行事など、本来家庭内で行う行事の多くは、家族や近隣との接触の低下により、団地自治会がその多くを担っている現状も報告されている。活動内容も高齢者を対象とした健康教室、カラオケ教室、茶話会などであり、参加者は古くからの住民が大半となるため情報源も限られているのが現状となっている。他の世代との交流も少ないために自治会活動を引き継ぐ人材の発掘にも苦勞している。SNSの発展により現代の情報入手量には大きな世代間格差があると言われているが、今回の新型コロナウイルス感染症の渦中では、こうした情報格差が露呈した形となり、団地に住む高齢者はTVメディアからの悪戯に恐怖心を煽る報道によって個室に引きこもった生活を送り体調

をより悪化させるなどの事例も見られた。医療、介護の情報提供に関しては、自治体からの広報紙や診療時の医療者からの情報が高齢者の重要なツールとなっているが、十分に知りたい情報が伝わっていない現状がある。専門職がこうした情報を分かり易い形で日ごろから届けられる場の提供がより重要になっていると思われる。

⑤ 団地高齢者への生活支援の特異性

住み慣れた我が家での生活を継続する為には、医療との繋がり以外にも様々な要因がある。特に大規模団地、公営住宅など集合住宅には特殊な住環境からくる生活活動域の制限が要介護度の影響以上に存在する可能性があるため居住者の要介護度、生活のパターンに応じた生活支援と住環境の整備が必要との指摘がある(加藤 2006a 2006b)。高齢者の食に関する支援では、摂食状況や食事内容など生活管理能力の低下を早期に発見する為のアウトリーチの重要性が指摘されている(久保 2013)。食事指導、口腔ケアなど予防に関する知識や指導は集合住宅の利点を活かした場の提供が可能であり、地域包括支援センター、生活支援・地域福祉コーディネーターなどと専門職である看護師、栄養士などとの連携によるアウトリーチも互助機能として有効な活動とされている。

5. 「暮らしの保健室」などの取り組みの現状

団地高齢者が「住み慣れた我が家で暮らし続ける」ことに貢献する専門職によるボランティアや社会貢献活動として「暮らしの保健室」の活動が全国に広がりつつある。

(1) 「まちの保健室」について

阪神淡路大震災後(1995年)に、住民の健康相談、災害対策として厚労省の委託を受け日本看護協会が関与し「まちの保健室」として開室された(永見 2018)。看護協会によれば概略の定義として「地域にある保健室で、看護師などの専門職が相談を受ける体制をとっている場所、住民の健康ニーズに答えるための健康情報や相談にのる場所」とされている。現在でも各県の看護協会を中心に地域住民の健康相談、疾病予防啓発の居場所として開催されている。兵庫県や鳥取県の看護協会などは、精神科に特化した共同研究、糖尿病と足の管理などの共同研究のフィールドとして継続的に活動している(片岡ら 2016)。

(2) 「暮らしの保健室」の沿革と基本理念

「暮らしの保健室」は、2011年に秋山正子(白十字訪問看護ステーション統括所長)が新宿戸山ハイツ(3,400世帯5,800人、高齢化率54%、独居率40%)の一室に開所した。秋山は、1992年からの訪問看護ステーションでの在宅看取りの経験から、その推進の為には、①住民の意識改革 ②医療者の意識改革 ③地域の医療連携体制の確立 ④地域の介護体制の充実 ⑤予防から看取りまでを包括的に捉えられる行政の体制整備が必要と考え、「暮らしの保健室」での活動を開始した(秋山 2015)。拠点となる戸山ハイツの一室には、常駐の看護師、ボランティア(専門職含む)が在室し、住民の健康、医療、介護など様々な相談に応じる事で在宅医療に関する不安の払拭に努めている。目的は、在宅看取りの推進であり、看護の「つなげる」機能を発揮し、地域の多職種との連携の拠点としての役割を目指している(秋山 2017)。英国のマギーズキャンサーケアリングセンターをモデルとし

ている点から、がん患者と家族の相談の場としてのノウハウも蓄積し 2016 年には豊洲にマギーズ東京も開設した。「暮らしの保健室」の活動は、当初の在宅看取りを推進するための医療者、行政、住民の意識変革に向けた地域の拠点作りから拡大し、最近では、地域共生社会に向けた「未来型のコミュニティ再生の資源」としている。「暮らしの保健室」の基本理念は英国マギーズキャンサーケアリングセンターが持つ「自分の考えを表出できる」、そのための環境づくりにある。ちょっとした相談が気軽に出来、誰かと会って会話が弾む、相談は無料で予約もいらないといった「相談機能」が根幹にある(秋山 2019)としている。

「暮らしの保健室」には、①健康に関する「相談窓口」②在宅医療や病気予防について「市民との学びの場」③受け入れられる「安心の居場所」④世代を超えてつながる「交流の場」⑤医療や介護・福祉の「連携の場」⑥地域ボランティアの「育成の場」の6つの機能があると、根幹である①「相談窓口」が機能するためには、いついっても受け入れられる③「安心の居場所」がベースにあることが重要であり人が集まり③「学びの場」が広がることによって、地域の特性に合わせて④⑤⑥の機能に発展するとしている。

(3) 「暮らしの保健室」の広がり

秋山の「暮らしの保健室」の活動は、地域包括ケアシステムの推進という国の指針と時代の潮流の中で、在宅医療、訪問看護関係の学会シンポジウムで多数取り上げられる事となり、精力的な講演活動、NHK 番組のプロフェッショナルなどのメディア取材により「暮らしの保健室」の概念、名称が全国に浸透する事となった。秋山と供に働いた看護師や親交を深めた看護師が各地で、「暮らしの保健室」の概念と機能を取り入れた形で同様の地域拠点を作り活動している。北九州の「こみねこハウス」は、地元のソシオフアンドを活用し、インパクトフレームを作り、「いのちを育み、守り、そして見送る社会」をアウトカムにおいて活動している(杉本 2017)。秋田大学では地域看護学の学生らが大学の一角「おらほの暮らしの保健室」として運営している(中村 2017)。患者、家族の健康、介護相談窓口機能に加えて、自治体の委託による地域包括ケアの研修、コミュニケーション拠点、所属の異なる看護師間の協力を促す活動も行っている。全国都道府県の看護協会が運営母体となる公的な健康相談を目的とした「まちの保健室」と秋山が概念を作り活動を開始した地域の看取りの推進拠点としての「暮らしの保健室」の他に、民間クリニックや介護施設が、患者、利用者へのサービスの一環として「暮らしの保健室」の名称を載せた会合を無料、有料で運営しているケースも多々見られる。上野ら(2016)は、「まちの暮らしの保健室が地域で継続した生活を支えるための地域包括ケアシステムの拠点として地域の保健医療福祉専門職が連携し、いかに役割を果たせるかは課題である」としてより科学的な検証に期待している。「暮らしの保健室」は、実践の場であり研究対象としての論文は存在しないが、地域包括ケアシステムを医療専門職や福祉専門職がボランティアに近い形の社会活動として支える重要な地域活動といえる。

6. 考察

2012 年の介護保険法改正時に法制化された地域包括ケアシステムの推進とその基盤と

なる多職種連携はその実践から10年を経過した。医療制度の改革とも相まって、医療措置の必要度が高い高齢者の退院、在宅への移行のケースは増加しており、こうした医療優位の場面では、治療目標の完遂に向けて医師を頂点とするマルチディシプリナモデルに近い形式でのチーム医療として多職種連携は機能してきていると思われる。一方、近年では医療、福祉の教育課程として多職種連携の理論とコンピテンシーをIPW, IPEとして学習してきた若手実践者が増加している。IPW 論本来のインタープロフェッショナルリズムは、お互いに同心円の中で学び合い、刺激し合う関係を基礎に患者とその家族をも同心円の一つに置いた治療や介護を目指している。その意味では、地域医療、ケアの場面での多職種連携をよりIPW論に基づき実践するためには、あらゆる職種が対等な関係でコミュニケーションが取りやすい、より生活の場に近い平時の場面で、様々な形態での多職種連携の機会があることが重要と思われる。特に退院、在宅移行における多職種連携では、患者の生活背景を知り退院後の生活を支えるためにより「生活の場」への意識が重要となる。その分野の専門職である介護支援専門員、介護職、地域包括支援センターの福祉職員が多職種連携の同心円に対等の立場で参加する事の意義は大きく、IPWの理論に沿った多職種連携を推進するためには医療職、福祉職、高齢者を含めた取り組みが日常的に行える機会が必要と思われる。

地域包括ケアシステムの最終目標が地域の高齢者が住み慣れた地域、(我が家)で最期まで安心して自分らしく暮らし続けることである以上、主役となる高齢者の現状を知ることが大切であり、我が家で暮らし続けるための在宅医療、看取りに関する知識や、その際に重要となる医師、かかりつけ医に関する高齢者の意識についても整理した。高齢者の「かかりつけ医」に対する現在の意識は、国、医師会の定義や期待する機能を理解しているとは言えず、生活全般の相談者では無く、単なる病気の主治医、地理的に近い医院と考えている。

日本の高齢化は一様でなく、地方と大都市圏では高齢化率に違いがあるが、今後、増加する要介護者数の6割以上は大都市圏に集中しており高齢化問題は大都市圏の課題との指摘がある。中でも高度経済成長期の人口増大を支えるために都市近郊に建設された大規模団地の高齢化率は全住民の2倍以上となりいわゆる限界集落化が進んでいるなど団地高齢者への福祉施策は喫緊の課題となっている。先行研究では、団地高齢者の固有の課題も指摘している。その特徴として①社会的に孤立を生じやすい低所得、男性、独身、子供と別居世帯、の比率が高い②自治会の担当者も高齢化が進み自治会機能が低下している③住まいの構造上の特徴から支援サービスを受けにくい④1960年代の一時期に集団として形成された団地族として固有の心理的な集団意識がある⑤SCの視点からは結合型として仲間意識が強く排他的であるなどが挙げられている。地域包括ケアシステムを推進する中で、自治体が緊急度の高い団地高齢者への福祉施策を優先し、ここで得られた経験を来るべき市全体の更なる高齢化へ活かしてゆくことは極めて有効と言える。

団地高齢者への調査では最後まで我が家で住み続けたいと考える7割の高齢者の3分の1は看取りの際には病院に行くことになると考えており、その要因が在宅医療や人生の最期に関する十分な知識を持っていない事によるなど一般住民では最期まで住み続けるため

の知識を得る機会のない現状が明らかになっている。自治体も市の広報や講演会等を通じて、高齢者の脆弱化予防や介護情報の通知には努力をしているが、一方通行の情報伝達方法では自分事としての深みを感じ難いのが現実である。高齢者に対して、住み慣れた地域、我が家で最期まで安心して自分らしく暮らし続けることへ向けた知識、意識の向上のためには継続的でより個別的な啓発機会の構築が重要と考えられる。

自治体、医師会は、地域包括ケアシステムとその方法である多職種連携のリーダーとしての「かかりつけ医」へ期待を寄せている。英国の GP の様に終末期医療や看取りに至る前に長年その高齢者の相談に乗り家族を含めて背景を理解する「かかりつけ医」が日本に定着し住民当たりの「かかりつけ医」数が十分となる事は理想ではあるが、資料で検証した通り短期間でその数と質が改善されるとは思われない。増加しない大きな要因の一つは、患者がかかりつけ医に求める機能として、外来に通えなくなった場合の在宅医療体制を期待する声が高まる現実とは逆に負担の多い在宅医療を躊躇する医師が多い事があげられる。また、都会では自宅と診療所が異なるビル診療所が多く、夜間の対応など地域に密着した対応は物理的に難しい面もある。制度上の違いとして、英国の GP は、国民保険サービス（NHS）の中で明確に位置付けられ、地域の施設に複数の GP と共同で所属し看護師らとのチーム制により登録患者の外来、訪問診療を受け持つ言わば勤務医形態に近い形式になっており、医療が公のサービスとの色彩が強い英国では、登録された患者数に応じて基本的な診療報酬が支払われる方式であり、家庭医の平均年収は 1,700 万円程度と社会的コンセンサスが得られている。一方、日本医師会の使用する「かかりつけ医」という名称は、国の制度では無く、古くから身近な開業医に対して患者サイドからネーミングされた名称であり、失われがちな患者と医師の強い絆、すなわち医療の原点がある（糸氏 1993）とした曖昧な存在である。開業の自由が根底にある日本では、開業時の多大な初期投資の回収のために地域医療への貢献と経済原則のバランスに苦慮する医師も少なくないという現実がある。昨今の新型コロナウイルス感染症の対応において医師会は「かかりつけ医」が対応可能として内科系開業医の大多数が発熱外来の診療料加算を掲示しながら近隣患者の受診、往診への対応が十分ではなかった実態も同様の事例として露呈した。現状では、英国の GP と異なり、公的制度として定義されていない日本の「かかりつけ医」の数、質が向上することは期待できない。地域包括ケアシステムの中で重視される在宅医療も担う「かかりつけ医」の急速な増加が見込めない現状では、在宅を専門とするクリニックや中小病院と一般開業医との連携、看取りとそれ以前の終末期への意思決定の心構えなどの環境整備は欧米の様に看護職や他の職種が担うタスクシフト、タスクシェアリングなど踏み込んだ仕組みの検討が必要であり、その中での「かかりつけ医」の役割を定着させることが現実的と思われる。また医療資源として考えた場合には、コストの高い医療の頂点である医師に本来の診療行為の他に多職種連携の日常的な質向上の役割を担わせることは効率的ではないという側面もある。

IPW 理論に則した多職種連携を実践するためには、実際の治療現場の他にも患者や家族を専門職と同心円上、同じ立場でお互いを理解するための事前作業の機会が必要と考える。秋山らの「暮らしの保健室」は、日常的に高齢者が元気なうちから気楽に立ち寄れる場所

となっており、利用者も看護師や福祉職員と同じ目線で接する機会となっている。その意味で IPW の目指す具体的な多職種連携の形態としての側面を有しているといえる。「暮らしの保健室」の活動は、創始者である秋山の考えである地域での在宅看取りの土壌作りの思想を受け継ぎ活動しているグループが各地で増加している。開催場所は、団地、地区公民館、ボランティアの民家、診療所併設などの拠点で、開催時間も常時開放型、週の定期開催型など様々ではあるが、看護師など専門職を中心に近隣住民のボランティア参加などにより「互助」の広がり専門職が支援する側面もある。フォーマルサービスの代替品ではなく、フォーマルサービスとインフォーマルサービスを繋ぐプログラムとして高齢者の健康「予防」に加えて、医療者や高齢者の意識改革を促し在宅看取りの土壌づくりに発展する事によって、高齢者が自宅で最後まで過ごすという地域包括ケアシステム構築の本来の目的を助けるプログラムと言える。ある市の市民アンケートでは、最後を自宅で迎えたいと明確に意思表示していた人の 70%は在宅での看取りとなったが、「わからない」と答えた人の 90%は病院での看取りとなったという報告があり、自らの意思を伝えること、伝える機会として日常的に医療、福祉専門職と接する機会をつくることは重要である。高齢者の意識を変え、住み慣れた我が家で最後まで暮らすことへ積極的に意思表示が出来る環境の形態として「暮らしの保健室」は貴重な場所の提供と言える。

以上、先行研究からは、1) 地域包括ケアシステムの目的である高齢者が「住み慣れた地域、（我が家）で最期まで安心して自分らしく暮らし続ける」ための地域での支援体制の要となる多職種連携は十分に機能していない。 2) 平時より IPW 理論を共有する実践の機会を作ることで、共通の理念に基づく多職種連携の機能を高めることにより、地域の SC へも好影響を与える可能性が高い 3) 地域包括ケアシステムへ積極的な参画が期待される「かかりつけ医」は、人数、実態からその中核とはなりえない現状はあるが高齢者からの期待は大きく、かかりつけ医の関与は重要となる 4) 団地高齢者の高齢化率は地域の 2 倍と限界集落化しており、団地の高齢者の特徴を捉えた支援は自治体全体の将来の支援対策へ示唆を与える 5) 「暮らしの保健室」というグッドプラクティスは、IPW 理念に基づく多職種連携に示唆を与える。の 5 つの論点を抽出することができた。

本研究の「出張暮らしの保健室」は、秋山の拠点型の「暮らしの保健室」を参考としてスタートした。最初は、訪問看護師と社会福祉協議会職員によるボランティア活動として始まり、次章で説明する実証研究の介入によって、薬剤師の参加、福祉職である地域福祉コーディネーターによる開催団地やグループの特定などより多くの医療職、福祉職の協働活動へと進展してきた。先行研究で検証した秋山の「暮らしの保健室」の目的、機能を整理し、両者の比較を通じて双方の利点を検証することには意味があると思われる。特に「出張暮らしの保健室」が多職種による団地高齢者や高齢者グループに対して訪問形式、アウトリーチの形態をとる点は、自治体との協力においては市民へ公平にサービスを提供するという公平性と効率性の利点もあり、先行研究で示された日本の高齢者が外からの支援を受け入れる際の「遠慮がちな SC」の視点からも、グループとして参加する団地の高齢者への支援として効果的な方法と考えられる。また、「出張暮らしの保健室」の主要な実践者による形成評価を通じて、参画者に共通の理念を産むことで、IPW 理論に基づく多職種連携

の実践に繋がることを期待される。こうした形で生まれた平時の多職種連携を推進することは、異なる職種間で生まれた規範やネットワークの発展を促し地域の SC をより豊かにすると思われる。また団地の自治会と言った典型的な結束型の組織の活動を活性化し継続させるためには、他の団体とのネットワークを支援する中間機能的組織である地域包括支援センターの地域福祉コーディネーターの関与も重要な視点と考えられた。こうした市民活動を他の地域でも実施しやすい様にモデル化することで英国における社会処方箋(熊川ら 2016)の様に市井の活動をより公的な活動に発展させられる可能性があると思われる。

地域包括ケアシステムにおいて強調される点は、高齢者が自らの意思で、住みたい場所、最後を迎えたい場所を選択し地域がそれを支える事であり、意思決定に必要な知識や制度を多様なレベルと場所で日常的に提供する機会をつくる事の意義は大きいと思われる。

「出張暮らしの保健室」は、ミクロの視点では、IPW 理論に基づき、多職種が当事者である高齢者も含めた平時の交流、学習を通じて地域の医療・福祉に必要なチームとしての機能を構築して行くことであり、メゾ、マクロの視点では、地域包括ケアシステムにおける 0 次から 1 次予防を担う地域資源としての活動を通じ、地域全体を豊かにする SC を高める役割の一端を担って行くと考えられる。

III. 研究計画

1. 研究の背景と意義

2025 年の超高齢社会へ向けて「住み慣れた地域、(我が家) で安心して最期まで自分らしく暮らし続ける」ことの実現に向けて、地域包括ケアシステムの構築と要となる多職種連携が推進されている。一方、先行研究で指摘される通り、多職種連携の理論的枠組みであるインタープロフェッショナルワーク (IPW) は必ずしも浸透しているとは言えず、特に地域への退院移行、在宅医療など「医療の場」からより「生活の場」へ比重が高まる局面においては、医師を含むすべての関係者が同じ目線で目標を擦り合わせ、対等な立場でのコミュニケーションの発揮が必要とされるトランスディシプリナモデル型のチーム連携が出来ているとは言い難い現状がある。また、本来多職種連携のリーダー、或いは一員としての参画が期待されている「かかりつけ医」に関しては、地域包括ケアシステムにおける医師の重要な職務となる在宅医療を担う「かかりつけ医」の絶対数、役割共に不足し将来においても改善が見込めない現状がある。こうした中で、訪問看護師がリーダーシップを発揮し、多職種も参加するかたちで先駆的に実施されてきた秋山の「暮らしの保健室」が全国に広がっている。これらの活動は、地域において「生活の場」における多職種連携による取り組みと考えられ、高齢者と専門職が日頃から同じ目線で接する機会を提供することにより多職種の間で IPW の精神を育む土壌となり得ると期待されるが、こうした活動は経験的、実践的であり、今後は更なる科学的な検証が期待されるとの声がある。今回の研究主題である「出張暮らしの保健室」は、秋山の「暮らしの保健室」を参考としながらも、実施の形態を医療職・福祉職の協働を基礎に高齢化の進む公営団地を中心にアウトリーチの方法によって行う特徴がある。本プログラムの主な対象者を大規模な公営団地の高齢者とした背景は、1960~70 年代に都市近郊に建築された多くの公営団地は建設から 50 年以

上を経て、団地住民の高齢化率は市平均の2倍以上と高齢化が進み、限界集落化するなど自治体や地域が支援活動を考える際の優先順位が高まっていることが挙げられる。都市近郊のT市においても同様な公営団地が多く存在している。高齢化の進んだ公営団地において先ず、地域包括ケアシステムの要となる多職種連携を基盤とした「出張暮らしの保健室」の様な協働プログラムを実践し、運営のノウハウや改善点を明確にすることで、市民全体の高齢化が進み自治体が支援施策を加速する際に先駆的なロールモデルとしての役割を果たすことが期待できる。先行研究では、団地高齢者の持つ固有の課題が挙げられており、本プログラムの提供に際しては、こうした課題への対応を意識する一方で、より幅広く高齢者全体の課題と捉えてプログラムを構築することも視野に入れた。

本研究では、「出張暮らしの保健室」のプログラムをプログラム実践者の試行錯誤により運営、支援内容、参加者の追加などの改善を行い、その過程において、参画する多職種がIPW理論に基づく共通の価値観を形成することを意義としている。研究の手法として、社会福祉領域で用いられるプログラム評価の方法である「実践家参画型エンパワメント評価」に基づくCD-TEP評価アプローチ法(CD-TEP)を用いた。CD-TEPの手法を活用し、医療職、福祉職がワークショップを中心に協働でプログラムの形成、改善を行うことで多職種連携の基盤となる対等な立場でのコミュニケーションを発展させ、IPW理論の共有を促進することが期待できると考えた。またプログラム評価の目的の一つである知識への貢献として、実践家評価チームが獲得した知識をプログラムの参加を通じて地域の多職種へ波及させることも研究の意義としている。

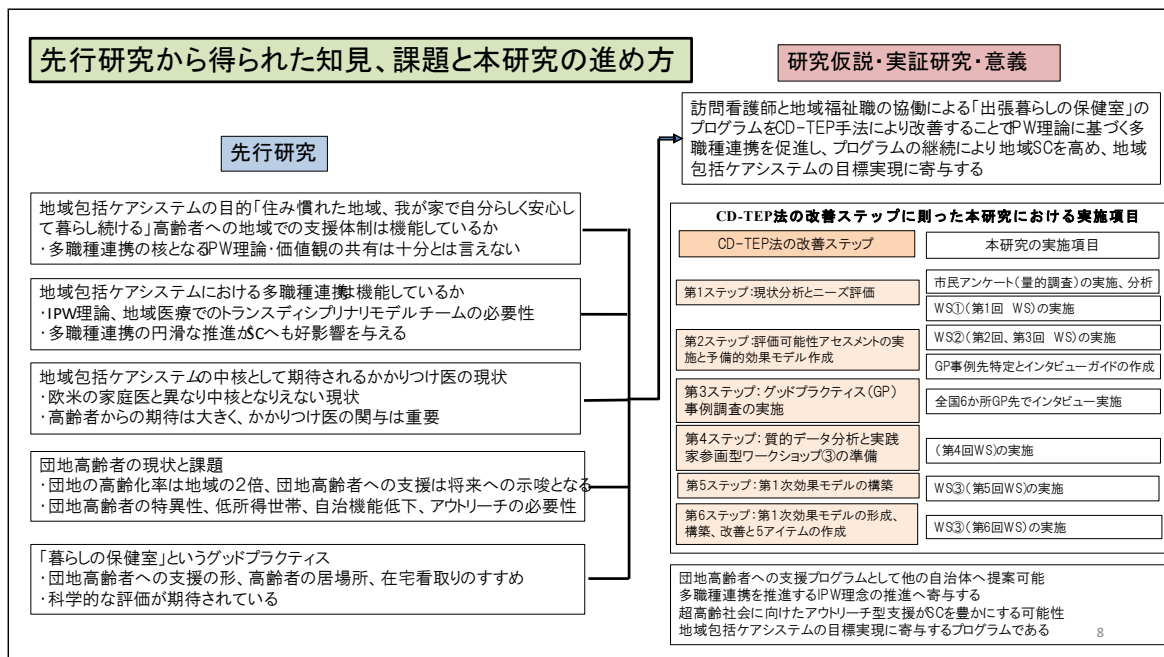
CD-TEPの手法に準拠し、プログラムを見える化し、1次効果モデルとして普遍的で実施しやすいプログラムとして提案することで、地域のソーシャル・キャピタルを高める専門職による医療・福祉活動が継続的に実施されることも意義のあることと考えた。科学的手法により可視化されたプログラムの1次効果モデルが提案されることにより、同様の課題を持つ地域の自治体や団体が同様の施策の推進に繋げることにも寄与すると考えた。

この活動の延長線上に地域包括ケアシステムが目的とする「住み慣れた地域、(我が家)で安心して最期まで自分らしく暮らし続ける」ことの実現が存在すると考えられる。

地域包括ケアシステムの理念では、「公助・共助・互助・自助」が強調されている。2013年の地域包括ケア研究会の報告書で、「互助はお互いに支え合う活動の中で費用が制度的に裏図けられていない自発的なもの」とされ、「社会保障費の財政状況からも今後は自助、公助の果たす役割が大きくなることを意識した取り組みが必要」と指摘している。公営団地での自治会など互助活動は重要な一方で、団地全体の高齢化から自治会活動が劣化した中で、訪問看護師、薬剤師、社会福祉士などからなる外部のグループが、自治会活動に寄り添う形で支援を行うことは、自治会自体の互助を活性化すると同時に寄り添って活動する専門職グループ内の連携も向上させ、地域全体としてのソーシャル・キャピタルを豊かにするという側面からも意義ある活動と期待される。

以上の様に本研究活動と先行研究から得られた仮説、実証方法と予想される研究成果の概略図を(図2)に示した。

(図2) 先行研究と本研究の仮説・研究方法・意義の概略図



(1) 「出張暮らしの保健室」の沿革と現状

T市の「出張暮らしの保健室」は、T市の訪問看護ステーションで組織するT市訪問看護連絡会が実施主体となり活動している。2017年にT市の在宅医療・介護連携推進協議会の委員である看護師、薬剤師、社会福祉協議会の社会福祉士が相談し、自治会機能が低下し住民間のコミュニケーションが疎遠となっている市内公営団地へのボランティアによる支援活動を検討したことからスタートした。研究者は、前職の外資系製薬企業の業務として自治体の地域包括ケアシステムの推進を支援する活動の一環として、T市訪問看護連絡会の組織化を支援し事務局を勤めていたことからこの活動の当初から参画していた。その後、地域支援活動として著名な秋山を招聘し「暮らしの保健室」の紹介講演と検討会を同市で開催するなどの経緯を経て、団地高齢者への支援活動として「出張暮らしの保健室」が開始された。開始当時は、参加に積極的な訪問看護師の有志が個人のネットワークを通じて、地域包括支援センターの職員らの協力を仰いで開催していたが、継続的な活動を可能とするための方法や効果的な運営に必要な人材確保などを本研究の討議を基礎に、T市に事業計画書として提出し2019年度より市の委託事業としてT市訪問看護連絡会の訪問看護師を主体として、多職種である医師、歯科医師、薬剤師、介護支援専門員、介護職、地域包括支援センターに席を置く地域福祉コーディネーター（所属は社会福祉協議会の社会福祉士）などの福祉職が参加する地域の社会活動に至っている。2022年現在の活動定義は以下の通りとなっている。

- ① 市の委託事業として実施主体は訪問看護連絡会としている
- ② 地域包括支援センターが協力し主に団地自治会と協議し開催を決定している。
- ③ 開催内容は開催グループの希望を考慮したうえで訪問看護連絡会が決定し実施する

- ④ 開催当日は訪問看護師、訪問薬剤師、地域包括支援センター（主に地域福祉コーディネーター）及びテーマに応じた多職種が参加する
- ⑤ 開催時間は1時間から1時間半程度で、会場は高齢者グループ（主に自治会）が用意した集会場（団地集会場など）を使用する

(2) T市及び「出張暮らしの保健室」の代表性と特異性

①T市の人口、地理的な特徴と公営団地の現状

地域包括ケアシステムは、全国の自治体にその構築と推進が委ねられているが、その理由の一つは我が国の高齢化の構造が地域毎に違いがあるためである。今後増加する75歳以上の人口の大半は慢性、療養病床の少ない首都圏、愛知、大阪の大都市圏に集中しており、在宅医療と医療介護連携の構築が大都市とその近郊地域で急務となっている。今回研究対象としたT市は、人口18.3万人、高齢化率24.8%であり、東京都平均22.1%、全国平均28.7%の間にある（令和2年国勢調査）。また、こうした大都市周辺には、高度成長期に建設が進められた大規模公営団地が多く、そこでの高齢化、限界集落化が大きな問題となっているが、（表2）に示した様にT市は多摩地域で同様の人口20万人弱の周辺市に比較して都営住宅など公営団地の世帯人口比率が高いことが分かる。T市が地理的に都心からJR及び私鉄で1時間以内の通勤圏であり高度成長期に建設が進められた大規模団地の多い典型的な市であることがわかる。T市は西多摩、南多摩地域への玄関口として発展してきた国鉄（現JR）T駅を中心とした商業都市であったが、昭和38年に面積としては2倍以上となる私鉄で都心と結ばれている北側の農村地域と合併し、その後の南北のモノレール開通などによって多摩地域の中核的な市となった。合併した地域は北側に国道16号線も近いことから住宅公団が大規模な団地を建設し、同開発に伴い都営住宅、市営住宅なども周辺に多く建設された経緯がある。（表3）に運営母体別の公営団地と棟数を示したが、公営団地は団地ごとの棟数も多く運営主体も多様なため、世帯状況の把握も十分とは言えず具体的な対策に苦慮している現実がある。公表されている市営住宅の統計によれば、市内9カ所465棟の居住者の高齢化率（65歳以上）は、45.4%と市平均の2倍程度となっている。世帯主が65歳以上の世帯は60.8%と高齢世帯が多いことが分かる。単身世帯が38.6%、夫婦のみ世帯が24.7%、併せて63.3%となっている。世帯収入について市は家賃設定のために世帯収入分類を7階層に分けているが、市営団地全体の83.3%が世帯収入0～10.4万円の第一階層に属している。居住年数は、30年以上が24.2%と最も多く、20年以上で43.3%となっていた（令和3年T市市民生活部住宅課報告資料）。上記のデータは、先行研究が対象とした大規模団地の統計数値と同様でありT市は人口の高齢化比率、大規模公営団地における高齢化問題など大都市近郊の都市を代表していると考えられる。本研究が対象とした「出張暮らしの保健室」はこうした大規模公営団地の訪問を中心としている。先行研究では、社会的孤立においては、賃貸の小規模集合住宅でより顕著な課題のあることも指摘されている（小池2016）が、社会福祉プログラムの実証段階において、自治会の協力、場所の確保、1度により多くの市民にサービスを提供できるという意味での効率性などを考慮して優先的に大規模団地で行うこととした。この成果を次の段階で市民全体にどの様に拡

大するかも重要な課題と考えられる。こうした環境の中、医療・福祉専門職の協働による高齢者支援プログラムは、同様の環境と問題を持つ大都市圏の平均的な自治体へ適応可能なプログラムの提示とすることが期待できると考えた。

(表2) T市、近隣市における公営団地人員数、人口比率

近隣市	世帯人員数	持家人員数	公営住宅人員数	公営住宅人員比	民間借家人員数	その他借家
T市	180,320	106,761	20,576	11.4%	42,785	10,198
A市	190,844	111,022	11,804	6.2%	58,170	9,848
B市	193,499	124,723	13,383	6.9%	47,419	7,974
C市	187,443	121,486	13,571	7.2%	45,846	6,540
D市	204,098	130,340	18,613	9.1%	48,307	6,838

令和2年国勢調査 人口等基本集計

第18-5表 住宅の所有の関係別一般世帯人員一全国、都道府県、市区町村より抜粋

(表3) T市公営団地運営母体別団地数、棟数、戸数

公営住宅運営母体	団地数	棟数	戸数
東京都住宅供給公社(JKK)	11	33	4,977
UR都市機構	8	—	5,860
市営住宅	9	21	465

東京都統計年鑑(建設・住居)令和2年

②T市の地域医療・福祉活動の特徴

T市は、生活圏域に分けて6か所の地域包括支援センターと3つのブランチセンターを配置し、社会福祉協議会(以下社協)が運営する基幹型地域包括支援センターが行政と協働して専門機関・専門職ネットワーク形成の推進役として活動を進めている。地域包括支援センターには、専門職3役がチームとして活動しているが、T市の特徴として、法的には義務とされていない地域福祉コーディネーターを社協職員から選抜し、6か所の地域包括支援センターに席を設けてエリアソーシャルワーカーとして2006年のモデル事業開始時点より配置していることが挙げられる。当初6カ所6名の地域福祉コーディネーターは、2022年時点では12名となり全員が社会福祉士の資格を持つソーシャルワーカーとして活動している。地域課題を住民とともに考えて、孤立を防止し、地域課題の解決に住民が参加できる地域づくり、地域に多様なソーシャル・キャピタルを住民とともに作ってゆく、そういう役割の専門職(山本2019)としての理念が根付いていた。基本構想に「住民主体のネットワーク」と「専門機関のネットワーク」を形成し、この二つのネットワークを組み合わせながら地域包括支援ネットワークを形成してゆくという考えがあり、地域福祉コーディネーターは、日ごろから団地自治会、高齢者グループとの接点を持ち、高齢化により自治機能の脆弱化している大規模団地への支援方法を検討するなど住民主体のネットワーク作りへの高い意識を持っている。また、社協内に地域包括支援センターの主任介支援

専門員と居宅介護事業所の代表者でつくる「介護支援専門員連絡会」を作るほか、市内の「訪問介護事業所連絡会」「通所サービス事業所連絡会」など各種サービス事業者別の連絡会の情報交換ができる仕組みを作るなど社協の責任者が福祉側の拠点として機能しており、「医師会」「歯科医師会」「薬剤師会」「訪問看護連絡会」など医療側の団体との結びつき機能を担っている。こうした背景が「訪問看護連絡会」が起点となった「出張暮らしの保健室」に地域福祉コーディネーターを中心に福祉介護側の協力がスムーズに得られたことに繋がったと思われる。また、T市には国立病院、共済病院、民間の3軒の基幹型大規模病院と6軒の民間病院があるが、社協の企画により、各病院の地域医療連携室担当者、メディカルソーシャルワーカーと介護支援専門連絡会を始めとした福祉介護側の関係者との懇談会を定期的実施し、在宅医療・介護への入退院連携時のスムーズな移行を図っている。

医療側の特徴として、前述の民間基幹型大規模病院に併設されたクリニックが長年外来と在宅医療を幅広く行い、通院が出来なくなった高齢者の在宅医療を訪問看護ステーションと行っており、いわゆる老衰に至る患者を中心に市内の在宅医療、自宅看取りを支えている。また、在宅医療の黎明期からがん患者の終末期医療と緩和ケアを行い近隣の多職種に在宅医療の普及と啓発に努めてきた在宅医療の専門クリニックの緩和ケア専門医師がおり、「在宅ケアネットワーク」「緩和ケアネットワーク」の名称で10年以上にわたり定期的な研修会を開催してきた。この会には、市内から在宅医療に関係する訪問看護師、薬剤師、医師、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員、介護職、自治体職員が会員となり参加しており、多職種が顔見知りになって交流をしてきた経緯がある。こうした環境も今回の様に「出張暮らしの保健室」として多職種で協働するプログラムを円滑に立ち上げることが出来た下地になっていたと思われる。

③看護師など専門職による地域保健活動と「出張暮らしの保健室」の違い

全国では、看護師、薬剤師、社会福祉関係の専門職が様々な地域福祉活動を行っている。T市においても地域包括支援センターの看護師が、地域の自治会や団体の要請により専門分野に関するレクチャーを行ういわゆる出前講座を行っている。こうした活動の主な目的は、地域住民が関係する専門分野の知識を身に着けることへの支援にある。秋山が新宿区戸山ハイツで行う「暮らしの保健室」を始めとした全国の「暮らしの保健室」は、こうした出前講座による知識の獲得から一歩進めて、個々の住民が知りたいことのニーズに合わせて相談に乗ること、更に参加する住民同士の会話や専門職との日常的な会話を通じて自ら学び自らの意思表示に結びつけることを支援することにある。「暮らしの保健室」は公営団地の一室やクリニック併設型で行う拠点型の活動であり、主催者が場所を準備し自らの方針で実施が可能であり言うなれば個人に委ねられた活動と言える。T市の「出張暮らしの保健室」の活動は、開催の内容は「暮らしの保健室」の主旨を参考とし、参加する住民（主に高齢者）のニーズに合わせた情報の提供と当日の参加者同士、参加者と専門職の双方向の会話を重視する形で実施している。地域の高齢者に対する福祉的な活動としての大きな違いは、実施の形態にある。開催に際しては、自治体と地域包括支援センターという公的機関が協力し、訪問看護師の団体を中心に他の多職種団体が組織として協力し地域の医療、福祉活動として実施している。また実施型式として大規模団地へ複数の専門職がチ

ームとしてアウトリーチの方法で訪問している点も前述の活動とは異なる地域住民への福祉的活動と言える。高齢化比率の高い公営団地等を支援するという意味では、秋山らの「暮らしの保健室」と同様に代表性を有しているが、実施団体の組織的な活動と支援の方法において拠点型に対するアウトリーチ型と言う特異性を有している。

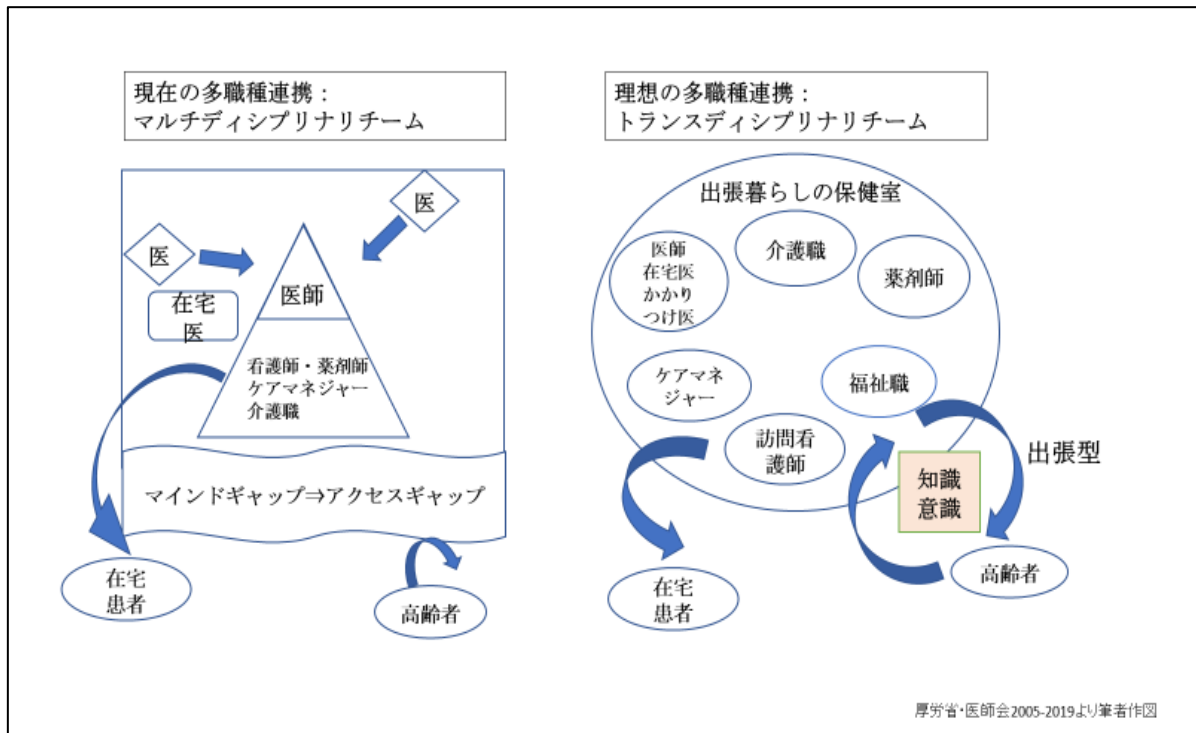
2. 研究の仮説、期待される成果

多職種連携のチームワークモデルとして、マルチディシプリナリモデル、インターディシプリナリモデル、トランスディシプリナリモデルの3つの形式があげられている。地域医療に於ける多職種連携においては、参加する職種がお互いに目標を擦り合わせ、対等な立場でコミュニケーションを取り合い、当事者もチームの一員となるトランスディシプリナモデルが相応しいとされているが、(図3)に示した様に、現状の地域包括ケアシステムに於いては、医療制度改革と相まって、より医療措置比率の高い高齢患者が早期に退院、在宅移行を余儀なくされるケースが多く、本来は、急性期病院におけるチームワーク形式である医師主導のマルチディシプリナモデルが取られることが多く、在宅移行後の医療から生活の場の比率が高まった状況でもこのチームワーク形態が維持されることが少くない。マルチディシプリナモデルでは、各職種のヒエラルキーが存在し、患者、家族は治療される側として枠外にあると考えられる。仮説として、こうした状況を本来の地域医療に相応しいトランスディシプリナモデルのチームワーク形式へ移行させるためには、日常的に医療専門職や福祉専門職が医療緊急度の高くない状況下で、高齢者やその家族と接する機会や活動を行うことが必要と考えられる。トランスディシプリナモデルのチームワークは、同時にIPW論の基本概念である患者、家族を中心として多職種が対等な立場でコミュニケーションを取れる関係性を向上させることも期待できる。また、訪問看護師や福祉職が中核となって運営するプログラムに「かかりつけ医」を参画者として呼び込むことで本来の多職種連携の全てのプレーヤーの対等の立場での参加を促進することが期待できると考えた。また、研究方法として実践家参画型エンパワメント評価としてのCD-TEP法の手法を用いることで、実践家である医療職、福祉職がワークショップ等の日常的な学習を通じて、形成評価によりプログラムの改善に関与し、参画意欲を高めることでプログラムの継続的な実施に繋がると考えた。

CD-TEP法の活用により、プログラムの対象者である高齢者のニーズを量的調査により明らかにすることが出来、異なる運営方法ではあるが、ベストプラクティスとして実施されている拠点型「暮らしの保健室」の実践者へのグッドプラクティスインタビューを行うことで、その目標、実施利点などを明らかにすることが出来る。これらのデータを基にした実践家による複数回のワークショップ(以下WS)により形成評価を行うことで、科学的根拠に基づく「出張暮らしの保健室」の効果モデルを提示することを第一義的な成果とする。また、多職種の協働によって改善された「出張暮らしの保健室」は、改善のプロセスでIPW精神を醸成し、自らの活動としての参画意識を高めることにより、この活動が継続して実施されることも成果として確認することとした。

中長期的には、「出張暮らしの保健室」の活動を、同様の課題を抱える他の自治体、団体に広げることで、地域包括ケアシステムの目標である「住み慣れた地域、(我が家)で安心して最期まで自分らしく暮らし続ける」高齢者の増加に寄与することが本研究の成果といえる。

(図3) 現状の多職種連携のチームワーク仮説と理想となる多職種連携のチームワーク型



3. 研究方法

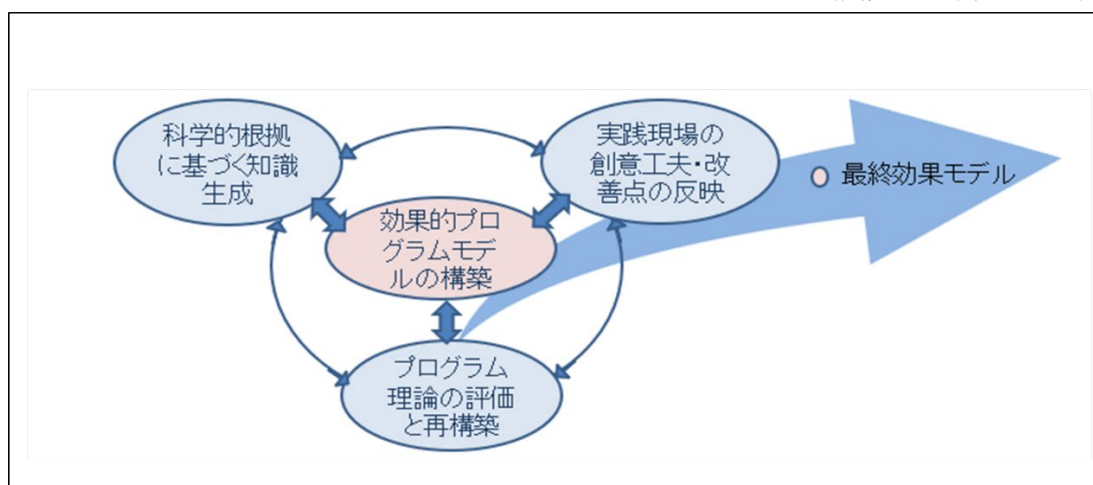
(1) 実践家参画型エンパワメント評価としてのCD-TEP法を活用する意義

社会的に課題となる問題を緩和し、社会状況を改善・解決するための社会プログラムは、支援ゴールや目標が達成できたか、その支援方法が十分に効果的であったのかという成果の検証によってこそ、社会的に認められる支援サービスとなる。こうした社会プログラムは、科学的エビデンスに基づく構築と検証が求められており、その評価理論として、Rossiら(2004)のプログラム評価とFettermanら(2005)のエンパワメント評価に基づく実践家参画型エンパワメント評価が確立している。大島ら(2019)が実践家参画型エンパワメント評価の評価手法として開発したCD-TEP法(協働によるEBP効果モデルの構築)は、「プログラム理論(Theory T)」と「エビデンス(Evidence E)」「実践(Practice P)」との「円環的対話(Circular Dialogue CD)」に基づいて、社会プログラムに関わる関係者が協働で「効果モデル」を構築する形成的な評価手法である(図4)。CD-TEP法は、プログラムに関係する実践家が積極的に関与することにより、実践家ならではの創意工夫を盛り込み形成・改善を行うボトムアップ評価を可能とし、実施・普及に向けた現実的な受け入れ可能性の判断が可能となり、改善・評価を通じて実践家自らがプログラムで満たされていないニーズ、制度の狭間問題などへの対応力を身に着けることを可能とする。

CD-TEP 法が扱う社会プログラムは、新しく導入された対人サービスや十分な成果があげられていない既存のプログラムの中で、福祉・社会・教育・労働・保健・医療などの対人サービスの領域における効果モデルを対象としている。本研究の「出張暮らしの保健室」は、福祉と医療を兼ねた社会プログラムであり、未だ制度化されたプログラムでは無いため、少数の実践家の熱意によって実施されており、プログラムを効果的に運営し継続して行くための組織、運営方法、内容が可視化されておらず、実践家はその改善方法や継続へ向けて組織の充実を模索していた。CD-TEP 法が扱う「既存制度プログラムの見直しのための評価活動」に位置づけられる。こうした状況の下、当該プログラムを CD-TEP 法の改善手順に則り、プログラムのゴール、支援方法、実施する組織とマニュアルを明確にすることは有効と考えられた。「出張暮らしの保健室」は、CD-TEP 法の改善手順に沿って、医療職、福祉職、参加する利用者が参画意識を高めて自ら改善に向けて形成的評価を行うことに適したプログラムと考えた。

(図 4) プログラム理論・エビデンス・実践間の円環的対話による効果的プログラムモデル形成のためのアプローチ法 (An Approach of Circular Dialogue between Program Theory, Evidence and Practices.: (CD-TEP)

(出典 大島ら 2019)



(2) CD-TEP 法を活用した研究の具体的枠組み

①CD-TEP 法の進め方

CD-TEP 法は、実践家が参加しボトムアップ評価を繰り返すことによって最終的にエビデンスに基づく社会プログラムの効果モデルを提示する手法であり、効果的なモデルを形成する段階を第 I ステージ、第 II ステージ (1)、第 II ステージ (2)、第 III ステージの 4 段階に分け、(表 4) に示すような改善の 12 のステップを規定している。第 I ステージをモデルの設計・開発評価ステージとし、予備的効果モデル (暫定版) に対して、ステップ第 1~6 までの規定に準拠し改善することで、第 1 次効果モデルと名付けた試行版の効果モデルを提示する段階としている。第 II ステージ (1) を、形成・改善評価ステージ (導入期) とし、第 I ステージで形成した試行版の効果モデルを第 7~10 のステップにより第 2 次効

果モデル（提示版）を生成する段階としている。第Ⅱステージ（2）を、形成・改善評価ステージ（成熟期）とし、前ステージで形成された提示版の効果モデルを第11,12の改善ステップにより第3次効果モデル（エビデンス版）として生成する。第Ⅲステージでは、実施・普及評価ステージとして、前ステージで生成したエビデンス版の効果モデルの広範な普及を目的として改善を行う。CD-TEP法は、形成的評価であり、改善を繰り返し、モデルとなる社会プログラムを進化させてゆく手法であり、その改善のステップの中で実践家等による参画型ワークショップを組み込むことを重要な要素としている。また、効果モデルを可視化するための重要な5つのアイテムとその構成要素としての計画の作成が必須となる。5つのアイテムは、①プログラムゴールとインパクト理論 ②プロセス理論を形成するサービス利用計画と組織計画 ③効果的援助要素リスト ④評価ツール（効果的援助要素の適合度） ⑤実施マニュアルから形成される。

(表4) 改善の12ステップ：具体的な評価活動、実践家・評価研究者の役割

大島ら(2019)より転載

CD-TEP法改善の12ステップ				
改善ステップ	ステップの課題	評価ステージ	効果モデル	実施形態
第1ステップ	現状分析・ニーズ評価： ターゲット集団と プログラムゴールの設定	設計・開発	予備的效果モデル	実践家を含む評価チーム結成 実践家・研究者・学識者による ワークショップ(WS①)
第2ステップ	評価可能性アセスメントと 予備的效果モデルの作成	設計・開発	予備的效果モデル	評価チームによる検討又は 実践家参画型ワークショップ (WS②)
第3ステップ	グッドプラクティス(GP) 事例調査の実施	設計・開発	予備的效果モデル	訪問調査、GP事例実践家との 意見交換
第4ステップ	質的データ分析と実践家 参画型WS③の準備	設計・開発	予備的效果モデル	評価チームでの検討または ワークショップ
第5ステップ	実践家参画型WS③： 第1次効果モデルの構築	設計・開発/ 形成・改善 (導入期)	第1次効果モデル	参画型ワークショップ (WS③)
第6ステップ	第1次効果モデルの形成・ 構築・改善：効果モデル 5アイテムの作成	設計・開発/ 形成・改善 (導入期)	第1次効果モデル	評価チームによる検討 又はワークショップ
第7ステップ	広域的事業調査：第1次効果 モデルの広域的調査	設計・開発/ 形成・改善 (導入期)	第1次効果モデル	効果モデル実施状況調査
第8ステップ	広域的試行評価調査①：単 一グループデザインで行う 他施設共同調査	設計・開発/ 形成・改善 (導入期)	第1次効果モデル	モニタリング評価、評価 ファシリテーター訪問・フィード バック
第9ステップ	質的・量的データ分析と 実践家参画型WS④：準備、 効果モデル改定案の作成	設計・開発/ 形成・改善 (導入期)	第1次効果モデル	評価チームでの検討または ワークショップ
第10ステップ	実践家参画型WS④： 第2次効果モデルへの形成 ・改善	設計・開発/形 成・改善(導入期 /成熟期)	第2次効果モデル	参画型ワークショップ (WS④)
第11ステップ	広域的試行評価調査②：比 較による有効性研究で行う 他施設共同研究	設計・開発/ 形成・改善 (成熟期)	第2次効果モデル	モニタリング評価、評価 ファシリテーター訪問・フィード バック
第12ステップ	第3次効果モデルへの形成・ 改善：効果モデル	設計・開発/ 形成・改善 (成熟期)	第3次効果モデル	評価チームでの検討または ワークショップ⑤

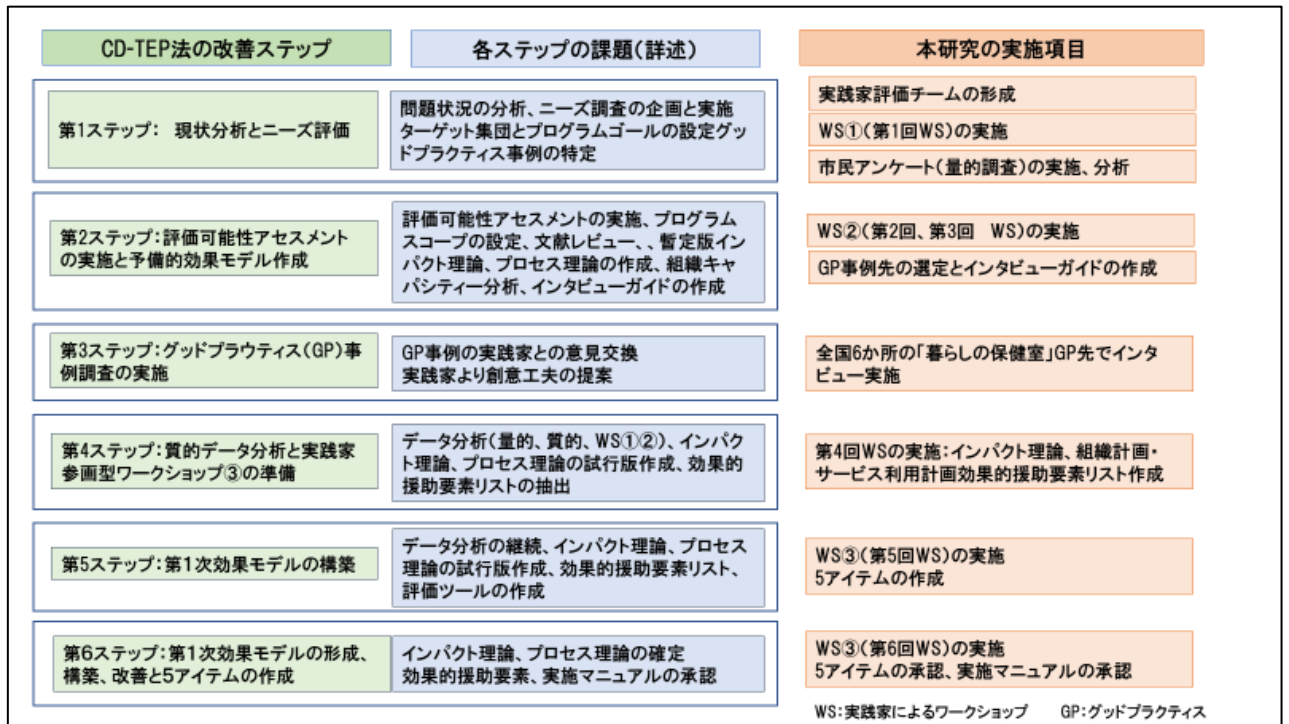
②本研究の具体的な進め方

本研究では、第Iステージで、ステップ1～6の改善プロセスを経て第1次効果モデルを形成することまでを範囲としている。その理由として、「出張暮らしの保健室」は、全国

でも T 市だけで実践されているために、まずは、T 市でプログラムを実行する実践家と関与する多職種を中心とした外部団体との関係を構築するプロセス、プログラムの内容を形成評価し、プログラム遂行の実行可能性を明らかにすることが優先されると考えるためである。また、本研究の目的の一つには、本プログラムを通して IPW 理論を共有する多職種連携の推進を計ることも含んでいる為であり、T 市実践家によるプログラムの改善を CD-TEP 法の改善ステップの手法に準拠し完成させることを第一義的な研究の範囲とした。

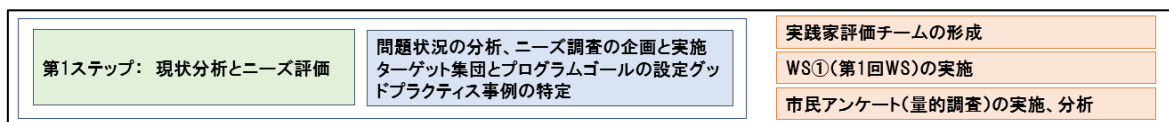
ステージ 1 で実際に効果的モデルを形成するために、(図 5) に示した改善ステップに準拠し、第 1 ステップで、「現状分析とニーズ評価」を行い、第 2 ステップで「評価可能性アセスメントの実施と予備的効果モデル作成」、第 3 ステップで「グッドプラクティス (GP) 事例調査の実施」、第 4 ステップで「GP 調査の質的データ分析と実践家参画型ワークショップ③の準備」を経て、第 5 ステップ「実践家参画型ワークショップ③による第 1 次効果モデルの構築」、第 6 ステップ「第 1 次効果モデルの形成、構築、改善と 5 アイテムの作成」へ段階的に進めた。各ステップの課題に対応する実施項目として、第 1 ステップでは、実践家評価チームを形成し、WS①で行うべき内容を第 1 回ワークショップとして実施することで、現状の「出張暮らしの保健室」の課題を分析し、ターゲット集団とプログラムのゴールを設定した。同時にニーズ調査として、対象となる集団である T 市高齢者へのアンケート調査を行った。第 2 ステップでは、WS②として 2 回のワークショップを行い、評価可能性アセスメントを行い、暫定的なインパクト理論、ロジックモデル、プロセス評価として組織キャパシティ分析、サービス利用計画を作成した。またグッドプラクティスインタビュー調査の準備としてインタビューガイドを作成した。第 3 ステップでは、全国 6 か所のグッドプラクティス実践者へのインタビュー及び「暮らしの保健室」創設者の秋山との意見交換会を実施した。第 4 ステップでは、4 回目の実践家ワークショップを開催し、これまでの量的調査、質的調査の結果を再確認し、インパクト理論、プロセス理論の試行版を作成し、効果的援助要素の項目を抽出した。第 5 ステップでは、WS③として 5 回目のワークショップを行い、インパクト理論、プロセス理論を完成させ、効果的援助要素と評価ツールを完成させた。第 6 ステップでは、第 6 回ワークショップにて、実践家評価チームにより、第 5 ステップまでの各アイテムの承認を得て、実施マニュアルを作成し、第 1 次効果モデルを完成させた。

(図5) 第1次効果モデルの開発：CD-TEP法の改善ステップに則った本研究の実施項目



IV. 実証研究の結果： 第1次効果モデル作成の為の改善ステップ

1. 第1ステップ (現状分析とニーズ評価のステップ)



「出張暮らしの保健室」は、訪問看護師、薬剤師、社会福祉協議会職員の3名によって発案され個人的ネットワークを通じて2017年より実践されて来た。この活動を拡げ、運用基盤を安定させ、団地高齢者の健康福祉に役立つプログラムとしたいとの思いがあった。従って、CD-TEP法においては、「既存制度プログラムの見直しのための評価活動」と位置づけられる。同時期に発案者の訪問看護師を中心として、T市内の訪問看護ステーション23事業所を組織化する構想が出来、研究者が当時の業務の関係からボランティアの事務局として参加した。T市訪問看護連絡会の設立と組織内に「幹事会」が構成され。幹事会メンバーと本プログラムの活動の構想を検討する中で、自治体など公的制度との協働の必要性が持ち上がり、協力のための事業計画書を作成し、その評価検証の方法として研究者がプログラム評価を説明し幹事会の了解を得て本プログラムの実践と研究が実行されることとなった。同時に幹事会メンバーが、「出張暮らしの保健室」を改善するための実践家評価チームとなった。本研究及びファシリテーターとして研究者が受け入れられた背景には、前述の通り、訪問看護師らの希望に沿って、訪問看護連絡会の設立を支援し実質的に事務局として活動していた経緯がある。

CD-TEP 法は、実践家によるワークショップを重視するが、その目的に必ずしも実践家の対等な関係づくりなど IPE が含まれているとは言えないが、研究者は本学「福祉プログラム評価論各論Ⅲ」の授業を受けた経験から本ワークショップによる自由な意見出しと意見集約によりコンセンサスを得る手法はお互いを尊重し対等な関係性を作ることに繋がることを実感していた。また、実践家評価チームとなった幹事会メンバーの数名は、柏モデルが推奨する多職種連携の「顔が見える研修会」で、同様な KJ 法を用いて対等な関係づくりを目指した討議手法を経験していたこともワークショップの目的の理解に寄与したと考えられる。「出張暮らしの保健室」という実践活動を研究テーマとすること、その手法として CD-TEP 法を活用する説明に際しては、プログラムを可視化することによって、他の多職種団体や自治体への説明を容易にし、協力が得られやすい点、自治体に組織として継続的に本プログラムを実施するための事業計画書を提出する際に助けとなることを説明し合意を得ることとなった。

実践家参画型ワークショップ (WS) ① (第 1 回 WS : 現状分析とニーズ評価) の実施

【目的】「出張暮らしの保健室」の現状の課題を抽出し、プログラムのターゲット集団とプログラムのゴールを設定する

【対象、実践家評価チームの形成】T 市訪問看護連絡会の幹事会委員 7 名により実践家評価チームが形成された。実践家評価チームである訪問看護師 6 名、社会福祉協議会兼地域包括支援センター福祉職職員 1 名の 7 名とファシリテーターとして研究者が参加した。

【開催日】第 1 回 (2019 年 8 月 6 日)

【場所】T 市社会福祉協議会ボランティア会議室

【倫理的配慮】実践家評価チームへの参加同意、ワークショップは、社会事業研究所の研修倫理審査 (19-0707) の承認を得て実施した。

【実施方法】実践家評価チームによる本ワークショップは、「実践家参画型エンパワメント評価の理論と方法」(大島ら 2019) に基づき、日本社会事業大学前期博士課程「福祉プログラム評価論各論Ⅲ」源由理子教授 (2018. 8 月 1 日, 2 日) のワークショップの手法に則り実施した (埜村ら 2016)。

具体的には、研究者が提示したクエスチョンに対し実践家評価チームの参加者が意見を記述した付箋を貼付し、参加者の合意を得て順次、分類、集約して行く方法を用いた。各回 1 時間程度の開催のため、同テーマが複数回に跨ぐ場合には前回の意見を議事録に残し、各自の意見を整理し研究者が必要に応じて図表に纏め合意を得る事とした。

(進行の方法)

- 1) フリーディスカッションと意見の書き出し、付箋の張り出しにより合意形成を行った
- 2) 各回 60 分程度として事前に配布した各回の「クエスチョン」への意見を持ち寄った
- 3) 継続開催時には、研究者が前回結果を纏めて会の最初にコンセンサスを得た

(事前配布と当日のクエスチョン)

1. 「出張暮らしの保健室」の目的は何か?
2. 「出張暮らしの保健室」で個人として達成したいことは何か?

3. 「出張暮らしの保健室」で地域（近所、圏域、T市など）として達成したいことは何か？
4. 「出張暮らしの保健室」で看護師以外に関与して欲しい人達は誰か？
5. 現在の「出張暮らしの保健室」で困っていること、改善が必要なことは何か？
6. 「出張暮らしの保健室」のゴールを達成するためにおこなうべき行動や作業は何か？
7. 「出張暮らしの保健室」は誰のために開催するのか？
8. 「出張暮らしの保健室」を実施して最も役に立てそうな人たちはだれか？

【結果】

各質問について、実践家評価チームより以下の意見、提案が挙げられた。

1. 「出張暮らしの保健室」の目的は何か？
 - ・秋山氏の活動のように地域の高齢者を支援する
 - ・高齢者の現在の健康状態の維持改善、感染症やフレイルの予防につなげる
 - ・在宅医療や看取りの情報を伝えることで将来への不安を無くすこと
 - ・訪問看護の活動を地域の人へ知ってもらう
 - ・地域の多職種との関係を強くすること
 - ・訪問看護連絡会の多くの会員に活動に参加いただき組織としての結束を強める
 - ・訪問看護連絡会と行政のつながりをより強いものにする
 - ・一人暮らし高齢者への支援につなげる
 - ・引きこもり、支援の届きにくい人へのアプローチにつなげる
 - ・訪問看護の日常業務を離れて若い看護師にも高齢者の声を聴く機会をつくる
2. 「出張暮らしの保健室」で個人として達成したいことは何か？
 - ・比較的元気な高齢者との交流を通じて、将来への不安を知ることで通常の訪問活動にも活かせる
 - ・地域への貢献
 - ・多職種との会話、業務を離れた場所での交流
 - ・看護力のアップ、寄り添う力のアップ
 - ・他の地域で活動する「暮らしの保健室」との交流
 - ・T市の地域の実情や公営団地の実態などを知る
3. 「出張暮らしの保健室」で地域（近所、圏域、T市など）として達成したいことは何か？
 - ・T市を高齢者に優しい住みやすい街にする
 - ・在宅医療に関係する人たちのフランクな関係づくりへの貢献
 - ・地域包括ケアシステムやT市のスローガンにある最期まで住み慣れた地域で安心して暮らせる街創りへの貢献
 - ・6圏域全体への貢献
4. 「出張暮らしの保健室」で看護師以外に関与して欲しい人達は誰か？
 - ・在宅医、近隣の開業医（いわゆるかかりつけ医となりえる医師）
 - ・市役所高齢福祉課
 - ・病院の連携室、ソーシャルワーカー
 - ・地域包括支援センターの福祉職員

- ・ケアマネジャー
 - ・介護職員
 - ・薬剤師（既に関与しているのでより組織的に）
 - ・自治会の幹部や、公営団地のまとめ役のような人
5. 現在の「出張暮らしの保健室」で困っていること、改善が必要なことは何か？
- ・実践するメンバーが増えないこと
 - ・参加メンバーへ活動の内容を十分に伝える時間がないこと
 - ・組織的な活動になっていない
 - ・目的が明確になっていない
 - ・開催の内容が実施側の考えだけで行われているのではないか
 - ・健康相談は重要だが、秋山氏の目標のような自宅看取りを推進するなどの活動は入っていない
 - ・対象となる団地高齢者に受け入れられているか確認できていない
 - ・運営の母体、方法が確立していない
 - ・広報活動が十分に行われていない
 - ・訪問看護ステーションでボランティアとして参加可能な人が管理者に限られている
 - ・交通費など持ち出しになっている
 - ・訪問看護ステーションの事業に役立つのかなどビジネスとボランティアの境界が曖昧なこと
 - ・コアとなる組織が明確でないこと
 - ・自治体、地域包括など公的な組織との関係が明確でないこと
 - ・出張型は拠点型より何が良いのか不明確
6. 「出張暮らしの保健室」のゴールを達成するためにおこなうべき行動や作業は何か？
（意見の一部は、第2回WS、秋山氏とのミーティング後の追加意見も含む）
- ・自分の慣れた場所（居場所）で何でも相談できる
 - ・無料の会であること
 - ・親しい仲間と参加できる
 - ・お茶会、自治会のサークル活動などの延長での開催
 - ・定期開催、継続開催での信頼作り
 - ・看護師、薬剤師、福祉職など参加者を身近に感じてもらう仕組み
 - ・イベントの開催
 - ・出席カード、クイズ、アンケートなどで参加モチベーションを高める
 - ・自治体、包括の地域分析により、意図した居場所作りをする
 - ・定期開催をする
 - ・健康診断結果の相談
 - ・希望者への血圧、脈拍測定
 - ・包括、訪看ステーションへ不安な時、急な時は連絡、立ち寄れる仕組みを作る
 - ・包括、自治体も参加し相談の間口を広げ、距離を縮める

- ・ 独居宅への個別訪問を包括、民生委員と連携して行う
 - ・ 主役は参加する高齢者、参加者の発言、参加者同士の会話が多い会にする
 - ・ 専門職は壁を作らず会話に寄り添う姿勢で参加
 - ・ 新たな仲間作り
 - ・ 気になる近所の方へ声掛け、集いへの誘いを促す仕組み、個別訪問
 - ・ 事例、自宅での療養や看護をイメージできるきっかけとなるレクチャー
 - ・ 継続開催、計画的なプログラム設計（在宅、かかりつけ医、看取りの3つの話題）
 - ・ 継続開催の中で、かかりつけ医も参加する会を設定
 - ・ 近所の医師（外来、往診、訪問診療）の参画を重視
 - ・ 医師と会話ができる準備（看護師による予行演習サポート）
 - ・ 高齢者が自身の「かかりつけ医」へ働きかけられる仕組みを作る
 - ・ 医師会、訪問診療キドクターの協力
 - ・ 理念の説明、共有する人の集まり、継続により参加者を急がず増やす仕組み
 - ・ 多職種の参画を円滑にする手順書の作成
 - ・ ケアマネジャー、介護職からのレクチャーも行う
 - ・ 多職種による共同イベント、事例検討会の開催
 - ・ 自治体、地域包括など公的組織との協働
 - ・ 多職種の団体との合意、協力
7. 「出張暮らしの保健室」は誰のために開催するのか？
- ・ 市民
 - ・ 比較的元気な高齢者
 - ・ 支援の届き難い、引きこもりなどへも可能な限りアプローチを考える
 - ・ 訪問看護師や多職種、自治体のためにもなる
8. 「出張暮らしの保健室」を実施して最も役に立てそうな人たちはだれか？
- ・ 公営団地の高齢者（高齢者が多い、自治会機能が落ちて相談者がいない）
 - ・ 高齢者のグループ

① 現状分析、課題の共有のパート

2017年に開始された「出張暮らしの保健室」は、高齢者の多い団地への健康啓発、慰問として始まり、団地内の健康フェアでの血圧測定や骨密度測定など主に健康の不安に応えることが主であったが、発足メンバーの悩みは、活動の実践者が増えないこと、訪問する公営団地のグループも固定化しT市全体で本当に必要なグループへアクセスできているかが不明な点、運営の基盤がぜい弱で継続性に不安があるなどの点であった。実践家評価チームとのワークショップで出された主な課題は以下の通りであった。

【組織的課題】

- ・ 運営の母体が不明確であること
- ・ 他の参加団体への依頼の方法が確立していないこと
- ・ 実践するメンバーが増えないこと

- ・実施メンバーの所属団体内会員へも活動の内容を十分に伝える時間がないこと
- ・継続的な運営に必要な自治体の協力が得られていないこと
- ・訪問看護ステーションでボランティアとして参加可能な人員は管理者に限られること

【実施に関して】

- ・実施方法が確立していない
- ・開催の内容が対象者のニーズに合っているか確認できていない
- ・実施者の役割を明確にする必要がある
- ・当日の実施内容のひな型を作る必要がある
- ・対象となる団地高齢者に受け入れられているか確認できていない
- ・広報活動が十分に行われていない
- ・交通費など持ち出しになっている
- ・訪問看護ステーションの事業に役立つのかなどビジネスとボランティアの境界が曖昧
- ・開催が必要な団地や高齢者の団体はどこなのか不明確なこと

上記の課題を踏まえて「活動の目的と内容を明確にする」「必要な高齢者に受け入れられる内容にする」「運営組織、メンバーを明確にする」「他の団体、組織との関係を明確にする」ことが必要との結論となった。

② ターゲット集団とプログラムのゴール設定のパート

プログラムの享受者となる集団として、広くは市内高齢者であるが、市内の高齢者福祉事業に長年携わってきた社会福祉協議会幹部より、高齢者比率が市内平均の2倍以上と高く自治会機能の低下している公営団地の高齢者への支援の必要性を提案されておりターゲット集団の候補として公営団地の高齢者が挙げられた。研究者より実践家評価チームへ先行研究で得られた大規模団地の高齢者の特長や現在の課題等の情報を提供した。訪問看護師からなる実践家評価チームのメンバーも日頃の訪問看護活動から公営団地の脆弱な高齢者の多さを実感しており、団地高齢者が重点的なターゲット集団であることが共有された。T市には6圏域の地域包括支援センターが存在し、各圏域に中規模団地が存在し、また訪問看護ステーションの23事業所も分散していることから市内高齢者へ公平に提供可能なプログラムとして各圏域の地域包括支援センターが活用しやすい利点も挙げられた。

第1ステップの重要項目であるプログラムのゴールと目標の設定に関しては、日本社会事業大学前期博士課程「福祉プログラム評価論各論Ⅲ」源由理子教授のワークショップの手法に則り各自が考える目標をより上位の目的と思われる内容に集約し合意を取りながら進行する方法を進めた。ワークショップにおける実践家同士のディスカッションを通じて、団地高齢者の健康相談を中心とした現在の活動の最終的な目標が、地域包括ケアシステムの目的でもある「住み慣れた地域、(我が家)で最期まで安心して自分らしく住み続けられる」ことを実現させる活動であることが暫定的に導き出された。実際には第1回目のワークショップ単独のディスカッションでは、最終的なゴールや中間となる指標に到達することはなく、ワークショップの継続とその後、秋山とのミーティングや全国の「暮らしの保健室」主催者へのインタビュー調査の情報、T市高齢者へのニーズ調査「住み慣れた地域、

我が家で暮らし続けるための市民アンケート」から得られた情報を蓄積することによって、「出張暮らしの保健室」の本来の目的や意義を確認するに至った。

ワークショップでは、先行研究からのインプットも実践家評価チームへ影響を与えている。団地高齢者の7割は、自宅で最期を迎えたいと考えているが、それが実現すると考える人は25%と少なく、その要因は在宅医療や介護、自宅看取りに対する知識が少なく具体的なイメージがわからない（大河内ら2017）との報告があるが、その要因の解決に看護師の立場から「出張暮らしの保健室」の活動を通じて貢献できるとの意識が高まった。最終的に「住み慣れた地域、我が家で安心して自分らしく暮らし続けられる高齢者」が増加することが本活動の最終的なゴールを示す言葉としてコンセンサスを得た。実際にこの最終的なゴールを定量的に確認するには長期的な時間と調査が必要となるため、実践者がこの活動を通じて実感できる一歩手前の目標（後に遠位アウトカム）かつ実施した対象者に評価されることで将来的には効果の測定も可能となる指標の必要性が検討された。

③ ニーズ調査のためのアンケート調査の準備（質問肢の検討は第1回WSに先行して実施した）

本プログラムの最終的なゴールを暫定的に「住み慣れた地域、我が家で最後まで安心して自分らしく暮らし続ける」という地域包括ケアシステムの目的に置き、それを実現するために相応しいプログラムへ改善するためのニーズ調査として、高齢者が「住み慣れた地域、我が家で安心して暮らし続ける」ために大切に思っている事、地域の行政や医療サービスへの現状の知識や意識、「出張暮らしの保健室」という具体的サービスへのニーズを調査することとした。また、現在のT市在住の高齢者は、実際に「住み慣れた地域、自宅で最期まで暮らし続ける」という希望や自信を持っているのかという核となる質問も設定した。「出張暮らしの保健室」の現在の主要なターゲットは後期高齢者の多い団地高齢者であるが、アンケート実施の実施可能性を考慮し、将来の対象候補となる60歳以上の高齢者へ広くニーズ調査を行うこととした。ワークショップでは、先行研究の質問項目を参考とし実践家評価チームの協力により独自の60項目の質問肢を作成した。

(2) 「市民アンケート」によるニーズ調査の実施

【目的】

高齢者が「住み慣れた地域、我が家で最期まで安心して自分らしく暮らし続ける」ための要件のひとつとなる人生の最終段階の治療、看取りの場として「自宅」を希望する高齢者の背景とそのために大切と考えること、サービス項目を調査し、最期を自宅で過ごすことを希望する高齢者のニーズと特性を明らかにする。

【研究方法】

i) 調査対象

T市が「看取り支援事業」として6圏域の地域包括支援センター毎に実施した講演会、地域包括支援センターが継続的に実施する高齢者の集いなど市の広報紙で日ごろから広く

案内している集まりに参加した市内在住の60歳以上の男女とした。対象は、こうした情報にアクセスし参加が可能な比較的健康な高齢者であり、既に要介護状態にある高齢者を含む市内全体の高齢者を代表する対象ではないが、「住み慣れた地域、我が家で最期まで暮らし続ける」高齢者を増やすために、現状で人生の最終段階に自宅を希望する高齢者の背景、意識が明らかとなり今後の施策の参考とするために相応しい対象者と考えた。

ii) 調査方法・実施時期

前述の会場にて「安心して住み慣れた地域・我が家で最期まで暮らし続けるための市民アンケート」として本調査の主旨説明を行い、無記名自記式の質問用紙と受取人負担の返信用封筒を配布し、郵送法にて回答を得た。質問用紙は、各イベント時に合計で1,340人へ配布し385名より回答を得た。調査は2019年6月～10月に実施した。

iii) 調査の内容

アンケートの調査項目は、先行論文（日本医師会総合政策機構2014）（藤田2011）を参考とし、1)「高齢者の属性と背景」2)「高齢者の在宅療養、自宅看取りに対する希望とその周辺情報に対する知識」に関して確認し、T市で「出張暮らしの保健室」を実践する実践家評価チームとのワークショップを通じて、3)「住み慣れた地域、我が家で最期まで暮らし続けるために大切に思うこと」への意識、4)「出張暮らしの保健室」に求めることに関する質問を作成し最終的に以下の60項目を独自に作成した。

(表5) アンケート用紙の質問項目

(I) 背景
1.性別 2.年齢 3.世帯構成 4.住居形態 5.健康状態
(II) 在宅医療・介護の知識と意見
6. 家族に在宅医療、訪問介護を受けた人がいるか 7. 通院が難しくなった場合にどこで治療、介護をうけたいか 8. 最期を迎える看取りの場所はどこが希望か9. 実際の看取りの場は何処と考えるか 10. いつも診て貰うかかりつけ医はいるか 11. かかりつけ医へ生活全般の相談も可能か12. かかりつけ医が訪問診療をするか 13. かかりつけ医に訪問診療を希望するか 14. かかりつけ医から在宅医の紹介を希望するか 15. 在宅医の存在の認知 16. 訪問看護の存在の認知 17. 名前を知っている在宅医、訪問看護師はいるか 18. 在宅医療、介護の自己負担額の希望範囲
(III) 19. 住み慣れた我が家で最期まで住み続ける為の大切に思う項目
①自身が自宅での療養を望んでいる②家族も在宅での療養を望んでいる③自身が最期への考えを持つ④専門職のみで自宅療養ができる⑤家族への負担が掛からない⑥自宅療養の知識を持つ⑦信頼できる在宅医がいる⑧信頼できる看護師がいる⑨信頼できる介護士がいる⑩かかりつけ医が最期まで面倒を診てくれる⑪食事など生活面の心配が無い ⑫近所に親しい友人がいる⑬在宅療養生活費用で経済面の不安が無い⑭痛みの治療が十分できる⑮普段通りの生活でゆっくり療養できる⑯病院と同じ高度な医療ができる⑰認知症になっても住み続けられる⑱地域の支援サービスが充実している
(IV) 「出張暮らしの保健室」のサービスに対する現状の調査
20. 当サービスの認知度 21. 参加の意向 22. 身近にいて欲しい専門職(医師、看護師、薬剤師、歯科医師、介護士、ケアマネジャー、包括職員) 23. 出張暮らしの保健室に期待する内容 ①健康相談、健康診断 ②在宅医療、介護の内容に関する情報 ③地域の医療・介護施設の情報 ④医療、介護の費用に関する情報⑤最期の治療・看取りに関する情報 ⑥病気・薬剤、治療に関する情報 ⑦人生の最期への心の準備に関すること ⑧保険・年金など家計に関する情報⑨自治体の支援サービス、窓口情報 ⑩高齢者施設のサービス情報

iv) 分析の方法

- ① 全ての質問項目を集計し記述統計をおこなった。
- ② 「住み慣れた地域、我が家で最期まで暮らし続ける」高齢者を増やすためには、高齢者自身がそれを希望することが大切であるという視点から、現状で、「高齢で体力が弱り通院できなくなった場合、どこで治療、介護を続けたいか」「人生の最期を迎える場

所（終末期療養・看取り）の場所としてどこを希望するか」「実際に人生の最期を迎える場所、看取りの場所は何処になると考えているか」の3つの質問に対して「自宅」と回答した人の背景と意識を明らかにするための検定を行った。検定に際し、前述3つの目的変数となる質問の回答は、「自宅」「病院」「高齢者施設」「その他」の4件であったが、「自宅」と、それ以外を「自宅以外（病院・施設）」とし2件にまとめた。「自宅で療養し、最期まで我が家に住み続けるために大切と思うこと」に関する18項目の質問の5件は「そう思う」「どちらかといえばそう思う」を「思う」に、「あまりそう思わない」「そう思わない」を「思わない」にまとめ、「どちらとも言えない」はそのままとし3件にまとめて分析した。また、「出張暮らしの保健室」への参加意向、希望するプログラムに関する回答は、5件を上記同様の3件としたが有意な項目は出なかったため、より明確な意思を示す「そう思う」とそれ以外の2件にて分析した。

- ③ 前述3つの質問を目的変数として、他の全質問項目である回答者の背景、在宅医療や介護への知識、「住み慣れた地域、我が家で最期まで暮らし続ける」ために大切と思う18項目、訪問看護師の支援プログラムである「出張暮らしの保健室」に関する質問との間でカイ二乗検定を行った。データ分析には IBM SPSS Ver. 26 を使用しオプションとして Exact test を導入した。
- ④ 問19の「自宅で療養し最期まで住み慣れた我が家で暮らし続けるために大切に思うこと」の18項目に関して因子分析を行い、天井効果に該当した質問を除外し、主因子法にて探索的分析を試み最終的に最尤法にて検証する手法により2つの因子を抽出した。2つの因子が高齢者の背景、「出張暮らしの保健室」のプログラムとどのような関係を持つかを調べることを目的に一元配置分散分析にて平均値の比較を行った。

v) 倫理的配慮

調査に協力頂く地域包括支援センター職員、訪問看護連絡会の幹事には、調査の主旨を説明し文書にて同意を得た。対象となる市民に対し、質問用紙の表紙に記載された調査の要旨、方法、自由意志での参加、参加しないことによる不利益の無いこと、無記名式で個人が特定されないことなどを説明した。回収は受取人払いの個別の郵送法にて行い、質問用紙の返送により同意を確認した。本研究は日本社会事業研究所の倫理審査の承認(19-0303)を得て実施した。

【結果】

i) アンケートの記述統計

1,340人に配布し、60歳以上の385人より返送が得られた（回収率29%）。385人の回答はすべて分析対象とした。

① 対象者の基本属性（表6）

「女性」は272人(70.6%)、「男性」が109人(28.3%)であった。年齢は「65歳以上の高齢者」が351人(91.1%)、「75歳以上の後期高齢者」は199人(51.6%)であった。世帯構成は、「夫婦のみ」が160人(41.6%)と最も多く「単身」103人(26.8%)、「夫婦と子と同居」が72人(18.7%)

であった。住居形態は、「集合住宅」213人(55.3%)、「一戸建て住宅」167人(43.4%)であり、「賃貸」149人(38.7%)、「持ち家」231人(60%)の構成比であった。健康状態に関しては、「健康である」143人(37.1%)、「持病はあるが生活に支障はない」が185人(48.1%)と全体の85%以上は日常生活に支障のない高齢者の集団であった。「家族に在宅医療の経験のある人」は140人(36.4%)であった。

(表 6) 対象者の基本属性

		人数	%
性別 (n=385)	女性	272	70.6
	男性	109	28.3
	無回答	4	1.0
			100.0
満年齢 (n=385)	60～64 歳	31	8.1
	65～69 歳	55	14.3
	70～74 歳	97	25.2
	75～79 歳	107	27.8
	80～84 歳	54	14.0
	85～89 歳	29	7.5
	90 歳台以上	9	2.3
	無回答	3	0.8
		100.0	
世帯構成 (n=385)	単身	103	26.8
	夫婦のみ	160	41.6
	夫婦と親と同居	9	2.3
	夫婦と子と同居	72	18.7
	親のみと同居	5	1.3
	子のみと同居	29	7.5
	その他	5	1.3
	無回答	2	0.5
		100.0	
住居形態 (n=385)	集合住宅(賃貸)	142	36.9
	集合住宅(持ち家)	71	18.4
	一戸建て(賃貸)	7	1.8
	一戸建て(持ち家)	160	41.6
	その他	3	0.8
	無回答	2	0.5
		100.0	
健康状態 (複数回答) (n=385)	健康である	143	37.1
	持病はあるが生活に支障はない	185	48.1
	持病があり、生活に支障がある	55	14.3
	家族、配偶者に持病がある	69	17.9
	その他	8	2.1
	無回答	2	0.5
		100.0	
家族に在宅 医療の経験 (n=385)	あり	140	36.4
	なし	243	63.1
	無回答	2	0.5
			100

② 在宅療養・看取りの希望と実際に考える最期の場所に関して

「高齢で体力が弱り通院が出来なくなった場合にどこで治療、介護を続けたいですか」の質問に対して、「自宅」での治療や介護を望む人は182人(47.3%)、「人生の最期を迎える場所(終末期療養、看取り)としてどこを希望しますか」に対して「自宅」を希望する人は190人(49.4%)と凡そ2人に1人は、人生の最期の段階では自宅での治療や看取りを希望しているが、「実際に人生の最期を迎える場所、看取りの場所は何処になると考えていますか」の質問に対して、「自宅」と回答した人は、78人(20.3%)と5人に1人であった。

③ 在宅療養に関する知識、意識

「病気の時にいつも診て貰う かかりつけ医はいますか」の質問では277人(71.9%)から「はい」と高い回答があったが、「その医師は、病気以外の生活など何でも相談できますか」に対して、「はい」の回答は93人(24.2%)となった。「その医師は、自宅に往診、訪問診療(在宅医療)をしてくれますか」への回答は58人(15.1%)であった。一方で、高齢者の多くは、「自宅で治療が必要になった場合に、かかりつけ医に来て欲しいですか」「自宅で治療が必要な時、かかりつけ医から在宅の専門医師を紹介して欲しいですか」の質問に対して、「はい」と回答した人がそれぞれ167人(43.4%)、246人(69.3%)と高い回答であった。また、「自宅で治療が必要になった時、訪問してくれる在宅の専門医師のいることを知っていますか」、「自宅で治療、看護が必要になった時、訪問する訪問看護師がいることを知っていますか」に対してそれぞれの認知度は236人(61.8%)、294人(76.4%)と高いが、「自宅で治療、看護が必要になった場合に備えて、既に名前を知っている在宅医師、訪問看護師はいますか?」との質問では「はい」と答えた人は119人(30.9%)であった。

⑤ 自宅で療養し最期まで我が家に住み続けるために大切と思うこと

「自宅で療養し、最期まで我が家に住み続けるために大切と思うことを教えてください」の質問に対して、18項目の選択肢(5件法)の中で、「そう思う」「ある程度そう思う」の回答の合計が60%を超えた項目は「自身が在宅での療養を望んでいる」が241人(62.6%)、「人生の最期について自分自身の考えを持つ」304人(78.9%)、「自宅での治療、療養の知識を持つ」250人(64.9%)の3項目であった。「信頼できる在宅の医師がいる」「信頼できる在宅の看護師がいる」「信頼できる在宅の介護士がいる」「家族に介護の負担が掛からない」「食事、掃除など生活面で心配が無い」「在宅療養費、生活費用など経済的に問題が無い」の回答が50%以上であった。また、「普段とあまり変わらない生活でゆっくり治療、療養ができること」が208人(54%)、「痛みの治療などが十分受けられる」220人(57.1%)が50%を超えていたが、「病院と同じように高度な医療が受けられること」は112人(29.1%)であった。

⑤ 「出張暮らしの保健室」で訪問看護師らから聞きたい内容

「看護師など専門職が身近な相談相手として出張暮らしの保健室で訪問してくれる場合にどのような相談や話が聞きたいですか」の質問に対して、現在のプログラムで既に実施している「日頃の健康相談、予防のための検診」、「病気、薬、治療に関する情報」の項目はそれぞれ200人(51.9%)、193人(50.1%)との回答を得たが、同様に「将来に備えた在宅医療、介護の内容に関する情報」の210人(54.5%)、「地域の在宅医療施設、介護施設の情

報」の213人(55.3%)、「医療、介護に掛かる費用の情報」253人(65.7%)「人生の最期に向けた治療選択、看取りに関する情報」201人(52.2%)などもプログラムの内容として現在実施しているプログラムと同程度の希望があった。

ii) 人生の最終段階の治療や看取りの場として自宅を希望する高齢者の意識

現状で人生の最終段階の治療、看取りの場として「自宅」を希望する高齢者の意識を明らかにするために、分析の方法で記述したこれら高齢者を現すと思われる3つの質問と「自宅で療養し最期まで我が家に住み続けるために大切と思うこと」の18項目の間でカイ二乗検定を行った(表7)。「高齢で体力が弱り通院が出来なくなった場合に治療・介護を続けたい場所」に「自宅」を希望する人は、「自宅以外」を希望する人に比べて、「住み慣れた我が家で最期まで住み続けるために大切に思うこと」の18項目の内11項目で「思う」が有意に高かった。同様に「人生の最期を迎える場所(終末期療養・看取り)」に「自宅」を希望する人は、18項目中の7項目、「実際に人生の最期を迎える場所、看取りの場所」が「自宅」になると考えている人は、18項目中8項目で大切に「思う」が有意に高かった。人生の最終段階における療養や看取りの場所に自宅を希望する高齢者は、日ごろから自宅で最期を迎えるために大切と考える情報の多くに関心を有していることが分かった。大切に思うことの18項目のなかで、3つの目的変数全ての質問に対して有意であった項目は、「自身が在宅での療養を望んでいる」「家族も在宅での療養を望んでいる」「医療・介護専門職の支援だけで自宅で療養できる」「信頼できる在宅の医師がいる」「信頼できる在宅の介護師がいる」「認知症になっても自宅に住み続けられる支援がある」の6項目であった。2つの目的変数と有意であった項目は、「家族に介護の負担が掛からない」「かかりつけ医が最期まで面倒を見てくれる」であり、1つの目的変数と有意であった項目は、「普段とあまり変わらない生活でゆっくり治療、療養ができる」であった。

(表 7) 人生の最期の療養、看取りの場所に自宅を希望する高齢者と「住み慣れた我が家で最期まで住み続けるために大切に思う項目との関係

	高齢で体力が弱り通院できなくなった場合 どこで治療・介護を受けたいですか？					正確な 有意確率	人生最期を迎える場所(終末期療養、看取り) としてどこを希望しますか？					正確な 有意確率	実際に人生の最期を迎える場所、看取りの 場所はどこになると考えていますか？					正確な 有意確率
	選択肢〔度数(比率)〕						選択肢〔度数(比率)〕						選択肢〔度数(比率)〕					
住み慣れた我が家で 最期まで住み続ける 為に大切に思う項目	1	2	3	計	自宅> 病院・施設	1	2	3	計	自宅> 病院・施設	1	2	3	計	自宅> 病院・施設			
1) 自身が在宅での療養を望んでいる	自宅 147 (80.8)	26 (14.3)	5 (2.7)	178 (100)	0.000	自宅 148 (80.4)	28 (15.2)	4 (2.2)	180 (100)	0.000	自宅 67 (89.3)	7 (9.3)	1 (1.3)	75 (100)	0.000			
2) 家族も在宅での療養を望んでいる	自宅 90 (51.7)	70 (40.2)	14 (8.0)	174 (100)	0.000	自宅 99 (54.4)	73 (40.1)	10 (5.5)	182 (100)	0.000	自宅 49 (66.2)	21 (28.4)	4 (5.4)	74 (100)	0.000			
3) 人生の最期について自分自身の考えを持つ	自宅 149 (83.7)	24 (13.5)	5 (2.8)	178 (100)	0.238	自宅 148 (83.1)	23 (12.9)	7 (3.9)	178 (100)	0.274	自宅 67 (88.2)	6 (7.9)	3 (3.9)	76 (100)	0.078			
4) 医療、介護専門職の支援だけで自宅で療養できる	自宅 93 (53.1)	46 (26.3)	36 (20.6)	175 (100)	0.025	自宅 104 (57.1)	49 (26.9)	29 (15.9)	182 (100)	0.000	自宅 49 (68.1)	15 (20.8)	8 (11.1)	72 (100)	0.000			
5) 家族に介護の負担が掛からない	自宅 107 (61.1)	31 (17.7)	37 (21.1)	175 (100)	0.469	自宅 116 (63.4)	36 (19.7)	31 (16.9)	183 (100)	0.015	自宅 54 (74.0)	12 (16.4)	7 (9.6)	73 (100)	0.004			
6) 自宅での治療、療養の知識を持つ	自宅 130 (73.9)	27 (15.3)	19 (10.8)	176 (100)	0.032	自宅 132 (72.1)	29 (15.8)	22 (12.0)	183 (100)	0.072	自宅 55 (76.4)	9 (12.5)	8 (11.1)	72 (100)	0.118			
7) 信頼できる在宅の医師がいる	自宅 102 (58.3)	39 (22.3)	34 (19.4)	175 (100)	0.032	自宅 102 (55.7)	44 (24.0)	37 (20.2)	183 (100)	0.038	自宅 46 (64.8)	17 (23.9)	8 (11.3)	71 (100)	0.003			
8) 信頼できる在宅の看護師がいる	自宅 113 (63.8)	34 (19.2)	30 (16.9)	177 (100)	0.011	自宅 111 (60.3)	39 (21.2)	34 (18.5)	184 (100)	0.089	自宅 48 (65.8)	15 (20.5)	10 (13.7)	73 (100)	0.057			
9) 信頼できる在宅の介護士がいる	自宅 105 (60.7)	39 (22.5)	29 (16.8)	173 (100)	0.003	自宅 106 (58.9)	41 (22.8)	33 (18.3)	180 (100)	0.013	自宅 46 (64.8)	17 (23.9)	8 (11.3)	71 (100)	0.008			
10) かかりつけ医が最期まで面倒を見てくれる	自宅 90 (52.9)	42 (24.7)	38 (22.4)	170 (100)	0.008	自宅 83 (48.0)	47 (27.2)	43 (24.9)	173 (100)	0.291	自宅 40 (56.3)	19 (26.8)	12 (16.9)	71 (100)	0.027			
11) 食事、掃除など生活面で心配がない	自宅 100 (57.5)	43 (24.7)	31 (17.8)	174 (100)	0.028	自宅 112 (63.3)	35 (19.8)	30 (16.9)	177 (100)	0.074	自宅 49 (66.2)	16 (21.6)	9 (12.2)	74 (100)	0.057			
12) 近所付き合いが上手でできること(親しい隣人がいる)	自宅 108 (61.7)	32 (18.3)	35 (20.0)	175 (100)	0.540	自宅 110 (60.1)	34 (18.6)	39 (21.3)	183 (100)	0.453	自宅 47 (63.5)	10 (13.5)	17 (23.0)	74 (100)	0.203			
13) 在宅療養費、生活費用など経済的に問題がない	自宅 97 (55.4)	49 (28.0)	29 (16.6)	175 (100)	0.054	自宅 105 (57.4)	46 (25.1)	32 (17.5)	183 (100)	0.251	自宅 39 (53.4)	23 (31.5)	11 (15.1)	73 (100)	0.148			
14) 痛みの治療などが十分に受けられる	自宅 111 (63.4)	37 (21.1)	27 (15.4)	175 (100)	0.254	自宅 114 (63.3)	39 (21.7)	27 (15.0)	180 (100)	0.190	自宅 47 (63.3)	18 (25.0)	7 (9.7)	72 (100)	0.080			
15) 普段とあまり変わらない生活でゆっくり治療、療養ができる	自宅 111 (63.1)	46 (26.1)	19 (10.8)	176 (100)	0.004	自宅 107 (58.8)	50 (27.5)	25 (13.7)	182 (100)	0.188	自宅 46 (63.0)	20 (27.4)	7 (9.6)	73 (100)	0.092			
16) 病院と同じように高度な医療が受けられる	自宅 51 (29.1)	71 (40.6)	53 (30.3)	175 (100)	0.204	自宅 58 (32.0)	70 (38.7)	53 (29.3)	181 (100)	0.219	自宅 23 (31.9)	31 (43.1)	18 (25.0)	72 (100)	0.149			
17) 認知症になっても自宅に住み続けられる支援がある	自宅 78 (44.6)	49 (28.0)	48 (27.4)	175 (100)	0.025	自宅 82 (45.1)	53 (29.1)	47 (25.8)	182 (100)	0.002	自宅 37 (50.7)	22 (30.1)	14 (19.2)	73 (100)	0.008			
18) 自治体、地域自治体の支援サービスが充実している	自宅 90 (51.1)	46 (26.1)	40 (22.7)	176 (100)	0.555	自宅 100 (54.3)	45 (24.5)	39 (21.2)	184 (100)	0.120	自宅 41 (55.4)	15 (20.3)	18 (24.3)	74 (100)	0.384			

χ 2乗検定(Exact test)による 正確な有意確率 p>0.05を太字で表示)

選択肢

1. そう思う 2. どちらかと言えばそう思う 3. どちらとも言えない 4. あまりそう思わない 5. そう思わない の5件法を
1. そう思う/どちらかと言えばそう思う 2. どちらとも言えない 3. あまりそう思わない/そう思わない の3件に集約して分析した

iii) 人生の最終段階の治療や看取りの場として自宅を希望する高齢者の背景

人生の最終段階の治療、看取りの場として「自宅」を希望する高齢者の背景を明らかにするために、ii)と同様に3つの質問を目的変数として、背景、在宅療養などに関する知識、看護師による支援プログラムへの回答との間でカイ二乗検定を行った。3つの目的変数ともに世帯状況、住居形態、医療・介護に要する自己負担金など経済的な背景との関係は有意ではなかったが、男性が女性に比べて「自宅」を有意に選択した。在宅医療・介護への知識に関する質問に関して、「高齢で体力が弱り通院できなくなった場合の治療・介護の場所」として「自宅」を希望する人では「既に名前を知っている在宅医師や訪問看護師がいる」にのみ有意であった。「人生の最期を迎える場所（終末期医療・看取り）として「自宅」を希望する人は、「かかりつけ医が訪問診療をする」の項目でのみ有意を示した。「実際に人生の最期を迎える看取りの場所が自宅になる」と考えている人は、(表8)に示した通り「かかりつけ医に何でも相談できる」「かかりつけ医が訪問診療をする」「自宅で治療が必要になったらかかりつけ医に来て欲しい」「既に名前を知っている在宅医師や訪問看護師がいる」など「かかりつけ医」に関する4項目の質問すべてで有意差を認めた。また、「実際に人生の最期を迎える看取りの場所が自宅になる」と考えている人でのみ訪問看護師による支援プログラムである「出張暮らしの保健室に参加したい」という項目、プログラムの内容において、「健康相談、健康診断」「将来に備えた在宅医療の内容、介護の内容に関する情報」の項目でも有意であった。人生の最終段階における治療・介護の場所、看取りの場所として「自宅」を希望する人と、「実際に人生の最期を迎える場所、看取りの場所が自宅になる」と回答した人の考えに異なる点も示された。

(表 8) 実際に最期を迎える看取りの場所は「自宅」になると考えている人と「背景」、「知識」などに関する質問との関係

		実際に最期を迎える看取りの場所をどこと考えているか				
		選択肢〔度数(比率)〕				
背景に関する質問		男性	女性		計	自宅>病院・施設
性別「男性」	自宅	31(43.7)	40(56.3)		71(100)	0.02
	病院・施設	65(24.5)	200(75.5)		265(100)	
意識、知識に関する質問		1	2	3	計	自宅>病院・施設
かかりつけ医へ生活など何でも相談できるか	自宅	28(41.8)	19(28.4)	20(29.9)	67(100)	0.035
	病院・施設	58(25.4)	80(35.1)	90(39.5)	228(100)	
かかりつけ医が訪問診療をするか	自宅	21(31.8)	22(33.3)	23(34.8)	66(100)	0.001
	病院・施設	31(13.4)	70(30.3)	130(56.3)	231(100)	
かかりつけ医に訪問診療を希望するか	自宅	48(73.8)	12(18.5)	5(7.7)	65(100)	0.001
	病院・施設	110(47.6)	95(41.1)	26(11.3)	231(100)	
名前を知っている在宅医、訪問看護師がいるか	自宅	33(43.4)	4(5.3)	39(51.3)	76(100)	0.027
	病院・施設	77(27.5)	15(5.4)	188(67.1)	280(100)	
出張暮らしの保健室に対する質問		1	2		計	自宅>病院・施設
「出張暮らしの保健室」へ参加したい	自宅	29(39.7)	44(60.3)		73(100)	0.043
	病院・施設	74(26.9)	201(73.1)		275(100)	
出張暮らしの保健室で希望するプログラム 1.健康相談、健康診断	自宅	50(68.5)	23(31.5)		73(100)	0.002
	病院・施設	133(48.5)	141(51.5)		274(100)	
出張暮らしの保健室で希望するプログラム 2.将来に備えた在宅医療、介護の内容に関する情報	自宅	50(68.5)	23(31.5)		73(100)	0.017
	病院・施設	142(52.0)	131(48.0)		273(100)	

χ^2 乗検定(exact test導入) 正確有意確率 $P>0.05$ を表示

選択肢(意識、知識に関する質問項目)

1. そう思う 2. どちらかと言えばそう思う 3. どちらとも言えない 4. あまりそう思わない 5. そう思わない の5件法を

1. そう思う/どちらかと言えばそう思う 2. どちらとも言えない 3. あまりそう思わない/そう思わないの3件に集約して分析した

選択肢(保健室へ参加意向、のプログラムに関する質問項目)

1. そう思う 2. どちらかと言えばそう思う 3. どちらとも言えない 4. あまりそう思わない 5. そう思わない の5件法を

1. そう思う 2. そう思う以外の2件に集約して分析した

iv)「自宅で療養し最期まで住み慣れた我が家で暮らし続けるために大切に思うこと」18項目から抽出された2つの因子と高齢者の背景、「出張暮らしの保健室」のプログラム項目の関係分析

上記18項目の質問から2つの因子が抽出された(表9)。「在宅生活満足」と名付けた因子Ⅰには、8項目が該当し、「普段とあまり変わらない生活でゆっくり治療、療養ができる」を筆頭に在宅時に期待する項目が含まれている。「専門職支援」と名前を付けた因子Ⅱでは「かかりつけ医」が最期まで面倒見てくれる」を含む専門職への期待の3項目が含まれていた。

(表9)「最期まで我が家で住み続けるための大切と思うこと」18項目の因子分析結果

	因子Ⅰ α 0.871 項目平均値 3.428	因子Ⅱ α 0.887 項目平均値 3.377
普段とあまり変わらない生活でゆっくり治療、療養ができる	0.863	0.041
痛みの治療などが十分に受けられる	0.814	0.045
病院と同じように高度な医療が受けられる	0.783	-0.076
自治体、地域、自治体の支援サービスが充実している	0.666	0.075
在宅療養費、生活費用など経済的に問題がない	0.665	0.032
認知症になっても自宅に住み続けられる支援がある	0.558	0.206
近所付き合いが上手くできること(親しい隣人がいる)	0.484	-0.024
家族に介護の負担が掛からない	0.392	0.035
信頼できる在宅の介護士がいる	-0.048	0.946
信頼できる在宅の医師がいる	-0.027	0.915
かかりつけ医が最期まで面倒見てくれる	0.179	0.618

因子抽出法: 最尤法 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法 3回の反復で回転が収束した	2因子(尺度)が抽出された 第Ⅰ因子(尺度)を「在宅生活満足」 第Ⅱ因子(尺度)を「専門職支援」と名前を付けた
---	---

2つの因子に関して、「出張暮らしの保健室」の内容で希望する10項目の質問との間で、一元配置分散分析にて平均値の比較を行った(表10)。希望する内容には、現在の「出張暮らしの保健室」で実施している「日頃の健康相談、予防のための検診(血圧・脈拍測定)」と「病気、薬剤、治療に関する情報」の他に、「将来に備えた在宅医療・介護の内容に関する情報」「地域の在宅医療・介護施設の情報」「人生の最期に向けた治療・看取りに関する情報」「自治体の支援サービス、相談窓口の情報」4つのプログラム内容への期待が有意であった。同様に2つの因子を「背景」「在宅療養、看取りに対する知識・意識」に関する各質問との間で、一元配置分散分析による平均値の比較を行った(表11)。その結果「親と同居」「家族に在宅医療・訪問看護を受けた経験がある」「かかりつけ医が訪問診療をしている」「既に名前を知っている在宅医師、訪問看護師がいる」の4つの質問との間で有意な関係があり、在宅医療を身近で経験している人達であった。また、前述の3つの質問として、「在宅療養の希望の場所」「看取りの希望の場所」「実際の希望の場所」との関係では、因子Ⅰ、Ⅱともに「自宅」と回答した人達の平均値は有意に高かった。

(表 10) 2つの因子と出張暮らしの保健室の希望するプログラム内容

【出張暮らしの保健室で希望するプログラム内容】		在宅生活満足(因子Ⅰ)		専門家支援(因子Ⅱ)	
		平均値	有意確率	平均値	有意確率
日頃の健康相談、予防の為に健診(血圧・脈拍測定)	思う			0.103	0.042
	それ以外			-0.115	
将来に備えた在宅医療・介護の内容に関する情報	思う	0.121	0.018	0.093	0.050
	それ以外	-0.132		-0.117	
地域の在宅医療・介護施設の情報	思う	0.128	0.007		
	それ以外	-0.164			
人生の最期に向けた治療・看取りに関する情報	思う	0.105	0.031		
	それ以外	-0.131			
病気、薬剤、治療に関する情報	思う	0.113	0.030		
	それ以外	-0.120			
自治体の支援サービス、相談窓口の情報	思う	0.123	0.035	0.122	0.022
	それ以外	-0.102		-0.125	

選択肢(保健室のプログラムに関する質問項目)

1. そう思う 2. どちらかと言えばそう思う 3. どちらとも言えない 4. あまりそう思わない 5. そう思わない の5件法を
1. そう思う 2. そう思う以外の2件に集約

(表 11) 2つの因子と回答者の背景、意識・知識、療養・看取りの場所などに関する質問の分析

【背景】【知識・意識】に関する設問		在宅生活満足(因子Ⅰ)		専門家支援(因子Ⅱ)	
		平均値	有意確率	平均値	有意確率
親と同居の人 1)	該当	0.601	0.021		
	それ以外	-0.019			
家族に在宅医療・訪問看護を受けた経験がある	はい	0.159	0.024	0.183	0.010
	いいえ	-0.898		-0.102	
かかりつけ医が訪問診療をしている 2)	はい			0.475	0.00
	それ以外			-0.099	
既に名前を知っている在宅医師、訪問看護師がいる 2)	はい	0.249	0.001	0.314	0.00
	それ以外	-0.116		-0.147	
療養の希望の場所 3)	自宅	0.132	0.013	0.178	0.00
	自宅以外	-0.187		-0.311	
看取りの希望の場所 3)	自宅	0.128	0.004	0.131	0.001
	自宅以外	-0.236		-0.288	
実際に最期の看取りの場所を何処と考えているか 3)	自宅	0.293	0.005	0.299	0.006
	自宅以外	-0.111		-0.093	

選択肢

- 1) それ以外は、(夫婦のみ、単身、子と同居)
 2) それ以外は、(いいえ、どちらとも言えない)
 3) 自宅以外は、(病院、高齢者施設、その他)

【ニーズ調査に関する考察】

人生の最終段階での治療や療養、最期の看取りの場として「自宅」を希望する人は、自宅以外の病院や施設を希望する人に比べて、在宅医療、看取りに関する多様な情報に関心を示していることが分かった。こうした情報を得る場所を増やし、伝える方法を工夫することで「自宅」を希望する人のニーズに応え、より「自宅」で住み続けることへの自信を深めることに繋がる可能性があると思われる。更に、既に人生の最期の場所が「自宅」になると考えている人は、「名前を知っている訪問看護師、在宅医師がいる」など具体的な在宅に関する情報を持ち、現在の「かかりつけ医」との関係が良好であるとの結果も得られた。一方でこうした高齢者の頻度は2割程度と低く、国が地域包括ケアシステムの核と位置付ける在宅医療も担う「かかりつけ医」の存在が十分でないことも示された。

自らの意思で、住み慣れた我が家で最期まで暮らし続ける高齢者を増やすためには、今回の調査で、既に人生の最期の場所が「自宅」になると考えている2割の高齢者の持つ意識や知識を今後のプログラムの内容に組み入れることが必要と思われる。具体的には、こうした高齢者は、多様な情報が得られる「出張暮らしの保健室」の様な支援サービスを強く望んでいることが先ず挙げられる。プログラムの内容としては、従来の健康相談に留まらず、在宅医療や看取りがより自分事として感じられるような具体的で参画意識を高める参

加者主導のプログラム作りと「かかりつけ医」の積極的な参加が重要となることが解った。また、女性は男性に比べて自宅での療養、看取りを希望しない傾向があったが、アンケートの自由コメント欄には女性が親や配偶者の介護で苦労した経験談が多く載せられており、こうした経験が影響していると考えられた。支援活動において、女性には「専門職による支援」の実際や専門職の支えで自宅療養や自宅看取りを実現した事例の紹介、男性には、単に自宅療養や自宅看取りの希望に留まらず自らも学びの場への参加を促す取り組みも必要と考えられた。

【ニーズ調査から抽出された項目】

今回、ニーズ調査としてのアンケート調査及びその後のワークショップによって「住み慣れた地域、我が家で安心して暮らし続ける」ことに自信を持つ高齢者を増やすために以下の項目を抽出した。

(情報提供に関して)

- ・在宅医療、看取りなど高齢者に必要な多様な情報を提供する
- ・多様な情報が届く機会を増やす
- ・多様な情報を届ける方法を工夫する
- ・医療、介護に関する具体的なサービス機関、提供者と直接触れ合う機会が必要

(高齢者の意識に関して)

- ・自身が「自宅」での療養・看取りを望むこと
- ・家族も「自宅」での療養・看取りを望むこと
- ・介護が家族の負担にならないこと

(支援サービスに関して)

- ・医療、介護の専門職の支援を核に自宅での療養、看取りができること
- ・信頼できる在宅での医師がいる
- ・信頼できる在宅での介護職がいる
- ・認知症になっても自宅で過ごせること
- ・かかりつけ医が最後まで面倒をみってくれること
- ・普段と変わらない生活の中で過ごせること

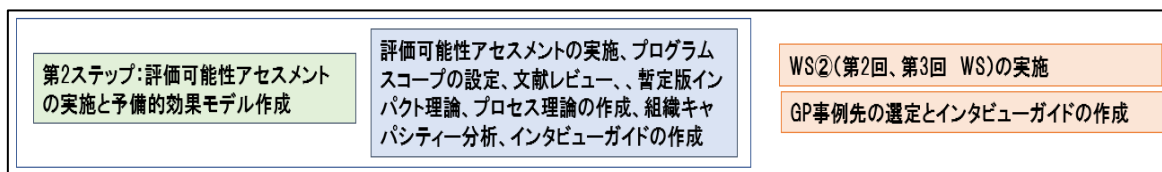
(出張暮らしの保健室のプログラムに関して)

- ・健康相談、病気・薬剤に関する話
- ・将来に備えた在宅医療・介護に関する情報提供
- ・地域の在宅医療、介護施設に関する情報提供
- ・在宅医師、訪問看護師など具体的な情報提供
- ・在宅医療や自宅看取りに関する具体的な経験的な話
- ・自治体のサービス体制

【その他】

本調査の一部は、第9回日本在宅看護学会学術集会にて口頭発表し、日本在宅看護学会誌10(2).2022に掲載した。

2. 第2ステップ（評価可能性アセスメントの実施と予備的効果モデル作成のステップ）



第2ステップで、「出張暮らしの保健室」の暫定的なインパクト理論、プロセス理論を形成するためのワークショップを開催する前に、CD-TEP手法を用いることの妥当性の確認を研究者が評価可能性アセスメント、文献レビュー、プログラムスコープとしてまとめ実践家評価チームとの合意形成を行った。

(1) 評価可能性アセスメント

(a) 先行研究と実践家によるワークショップ(第1回)によって、地域包括ケアシステムの目的である「住み慣れた地域、(我が家)で安心して自分らしく暮らし続ける」高齢者を増やすためには、看護師、薬剤師、福祉関係者が本来の専門業務の中で医療と介護の連携を強化することは当然であるが、IPW理論に基づく多職種連携を推進するための価値観の共有は、「出張暮らしの保健室」のような日常的なプラスアルファのボランティアに近い社会貢献活動を通じて醸成して行くことが重要であることが共有された。

(b) 現状の「出張暮らしの保健室」を実施しているT市訪問看護連絡会の幹事会メンバー(実践家評価チーム)が中心となり、科学的な手法として確立しているCD-TEP法を用いてプログラムを改善し、可視化することの重要性を合意した。秋山の「暮らしの保健室」を参考としながらも先行研究の知見も加えてアウトリーチの長所短所の分析が必要となる。

(c) 地域社会からの受け入れを確認するためにも自治体、地域包括支援センターなど公的な組織との連携を図って行くことが必要との合意を得た。

既存の制度、プログラムの見直しのために形式的に評価(改善)を行ってゆく手法としてCD-TEP法を用いることが相応しいとの合意形成が得られた。

(2) 文献レビューの実施

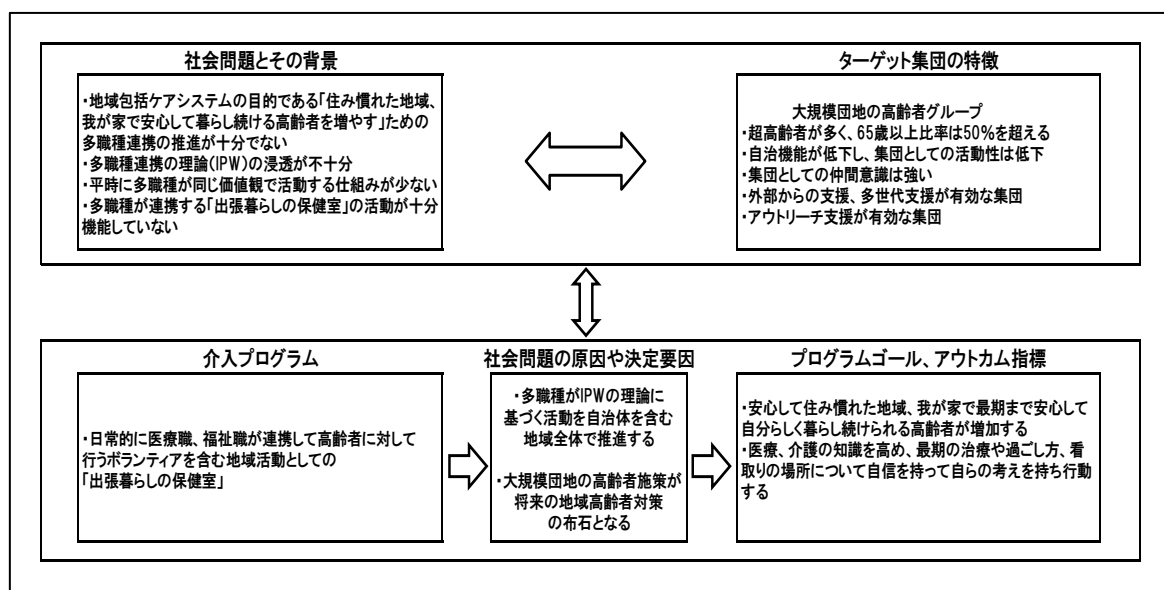
ワークショップに於いて、研究者の先行研究の内容を共有した。秋山の「暮らしの保健室」に関する文献、著書を共有し後述するGPインタビューガイドに活かした。

(3) プログラムスコープの分析

プログラム理論の暫定版を作成するにあたって、本研究が扱う社会問題、ターゲット集団の特徴をこれまでのワークショップ、先行研究から(図6)の通り整理した。社会問題の背景には、地域包括ケアシステムの目的である「住み慣れた地域、(我が家)で安心して自分らしく暮らし続ける」高齢者を増やすためには、地域包括ケアシステムの要となる多職種連携がその理論であるIPWに則って推進されることが肝要であるが、実際の医療、介護現場では目の前の利用者の病状や様態への対応から上下下達形式のチーム運営が優先される傾向にあり、多職種が共通の価値観でお互いを尊重し利用者をも同心円上に置いた形でのチーム形成が出来ていない現状がある。その要因の一つに、日常的に多職種が対等な立場で活動する機会が少ないことが挙げられる。こうした背景の中、特に高齢化の比率が市平均の2倍以上と高い首都圏近郊に多い大規模団地を主要なターゲット集団とした支援

策が検討された。先行研究により、団地高齢者の特徴として、自治機能が低下し集団としての活動性が難しくなっていること、集団としての仲間意識は強いこと、日本人の高齢者の特徴でもある外部からの支援への受容度は高いこと、多世代の支援が有効なこと、アウトリーチ支援が有効である点を明らかにした。そこで、介入プログラムとして医療職、福祉職が連携し、ボランティア活動の形式で行う「出張暮らしの保健室」という地域活動を取り上げ、プログラムの形成評価（改善）と継続的な実施の確認をプログラムのスコープとし下図に示した。

(図6) プログラムスコープ



(4) 予備的効果モデル（暫定版）としてのインパクト理論、プロセス理論の作成

第1ステップの第1回ワークショップでは、事前に提示したクエスチョンへの回答を基に「出張暮らしの保健室」が目指す最終的なゴールが挙げられた。第2ステップの第2回ワークショップでは、各クエスチョンに対する意見を深堀し、プログラムスコープも参考として、最終ゴールへ至る過程で必要な項目や組織、活動内容を抽出し、CD-TEP手法に準拠してインパクト理論、プロセス理論として図式化した予備的効果モデルを作成した。

【目的】 プログラムの実施から最終的なゴールに至る活動の道筋と要素を明らかにする。またこのプログラムを継続的に運営するために必要な組織とサービス提供の流れを明らかにする。

【対象】 実践家評価チーム 7名 研究者1名

【開催日】 第2回 (2019年9月10日)

第3回 (2019年10月20日) 「インタビューガイドの作成を含む」

【場所】 T市社会福祉協議会ボランティア会議室

【倫理的配慮】 本ワークショップは社会事業研究所の研修倫理審査(10-0707)の承認を得て実施した。

【実施方法】 第1回ワークショップと同様に日本社会事業大学前期博士課程「福祉プログラム評価論各論Ⅲ」源由理子教授（2018.8月1日,2日）のワークショップの手法に則り実施した（埜村ら2016）。

具体的には、研究者が提示したクエスチョンに対し実践家評価チームの参加者が意見を記述した付箋を貼付し、参加者の合意を得て順次分類し、集約して行く方法を用いた。各回1時間程度の開催のため、同テーマが複数回に跨ぐ場合には前回の意見を議事録に残し、各自の意見を整理し研究者が必要に応じて図表に纏め合意を取る事とした。

（進行の方法）

- 1)フリーディスカッションと意見の書き出し、付箋の張り出しにより合意形成を行った
- 2)各回60分程度として事前に配布した各回の「クエスチョン」への回答、意見を出した
- 3)継続開催時には、研究者が前回結果を纏めて会の最初にコンセンサスを得た

（事前配布したクエスチョンをワークショップにおいて下記の質問形式で討議した）

「インパクト理論、ロジックモデルに関連したクエスチョン」

1. 「出張暮らしの保健室」の目的を達成するために必要な要素は何か？
2. 「出張暮らしの保健室」を継続させるために必要な要素、要件は何か？
3. 現在のプログラムで良い点、足りない点は何か？
4. 「出張暮らしの保健室」当日のプログラムで実施したい内容はどのようなことか？
5. プログラム利用者に参加して貰うために必要なことは
6. プログラム利用者はどんな内容を望んでいると思うか？
7. 秋山氏の拠点型とT市の出張型の違う点、長所、短所は何か？

「プロセス理論：サービス利用計画、組織計画に関連したクエスチョン」

1. 「出張暮らしの保健室」をどのような外部の団体と一緒に行いたいのか？
2. 「出張暮らしの保健室」を継続するために必須の参加者はだれか？
3. 現在の開催手順で困っている点は何か？
4. 開催手順の改善アイデアは？
5. 外部団体への協力要請の方法は？
6. 現状の多職種連携で困っていることは何か？
7. 多職種連携をもっとスムーズ、効果的に行うために必要なこと、アイデアは？

（インパクト理論、ロジックモデルに関連したクエスチョンに対する回答、意見）

1. 「出張暮らしの保健室」の目的を達成するために必要な要素は何か？

- ・参加者が喜んで参加する
- ・定期開催、継続開催での信頼作り
- ・多職種による共同イベント、事例検討会の開催
- ・自治体の参加、協力
- ・多職種の参画、協働
- ・自治体、地域包括など公的組織との協働
- ・多職種の団体との合意、協力

2. 「出張暮らしの保健室」を継続させるために必要な要素、要件は何か？

- ・継続開催、計画的なプログラム設計（在宅、かかりつけ医、看取りの3つの話題）
- ・看護師、薬剤師、福祉職など参加者を身近に感じてもらう仕組み
- ・自治体、包括の地域分析により、意図した居場所作りをする
- ・包括、訪看ステーションへ不安な時、急な時は連絡、立ち寄れる仕組みを作る
- ・包括、自治体も参加し相談の間口を広げ、距離を縮める
- ・独居宅への個別訪問を包括、民生委員と連携
- ・出席カード、クイズ、アンケートなどで参加モチベーションを高める
- ・医師会、訪問診療キードクターの協力
- ・理念の説明、共有する人の集まり、継続により実践者、参加者を急がず増やす仕組み
- ・多職種の参画を円滑にする手順書の作成

3. 現在のプログラムで良い点、足りない点は何か？

- ・イベントの開催ができない
- ・専門職は壁を作らず会話に寄り添う姿勢で参加
- ・主役は参加する高齢者、参加者の発言、参加者同士の会話が多い会にする必要がある

4. 「出張暮らしの保健室」当日のプログラムで実施したい内容はどのようなことか？

- ・新たな仲間作り
- ・気になる近所の方へ声掛け、集いへの誘いを促す仕組み、個別訪問
- ・事例、自宅での療養や看護をイメージできるきっかけとなるレクチャー
- ・高齢者が自身の「かかりつけ医」へ働きかけられる仕組みを作る
- ・ケアマネ、介護職からのレクチャーも行う
- ・医師と会話ができる準備（看護師による予行演習サポート）

5. プログラム利用者に参加して貰うために必要なことは？

- ・自分の慣れた場所で何でも相談できる
- ・無料
- ・親しい仲間と参加できる
- ・お茶会、自治会のサークル活動などの延長での開催
- ・定期開催をする
- ・健康診断結果の相談
- ・希望者への血圧、脈拍測定

6. プログラム利用者はどんな内容を望んでいると思うか？

- ・様々な不安の解消
- ・必要な情報を得られる
- ・専門職と気軽に話せる、知り合いになる
- ・継続開催の中で、かかりつけ医も参加する会
- ・近所の医師（外来、往診、訪問診療）の参画
- ・仲間づくり

7. 秋山の拠点型とT市の出張型の違う点、長所、短所は何か？

- ・出張はアウトリーチ型
- ・アウトリーチは公平な市民サービスという自治体の方針と一致する
- ・多職種特に福祉職が高齢者へのアプローチで主役として活躍
- ・利用者と親しくなるのに時間がかかる
- ・市の多くの多職種が関与する
- ・拠点の費用がいない

(プロセス理論: サービス利用計画、組織計画に関するクエスチョンに対する回答、意見)

1. 「出張暮らしの保健室」をどのような外部の団体と一緒に行いたいのか？

- ・医師会、歯科医師会、薬剤師会、ケアマネジャー連絡会、地域包括支援センター、介護職団体、自治体

2. 「出張暮らしの保健室」を継続するために必須の参加者はだれか？

- ・主幹となる訪問看護連絡会とより多くの会員
- ・地域包括支援センター、特に地域福祉コーディネーター
- ・薬剤師

3. 現在の開催手順で困っている点は何か？

- ・多団体への支援依頼方法などが確立していない
- ・地域包括支援センターの協力が一部の自主協力になっている
- ・自治体との協力が確立していない
- ・実施の看護師が少ない
- ・訪問看護師は管理者以外の参加が難しい
- ・交通費の持ち出し
- ・実施手順書がない
- ・活動の指針や連絡方法が個人任せになっている

4. 開催手順の改善アイデアは？

- ・自治体、地域包括支援センターと正式な協力合意
- ・実施手順書の作成
- ・実施内容のモデル化
- ・どの看護師、薬剤師が参加しても実施可能な資材準備

5. 外部団体への協力要請の方法は？

- ・組織同士の参加協力の同意
- ・主幹の訪問看護師がアプローチを容易にするための手順書、依頼書

6. 現状の多職種連携で困っていることは何か？

- ・医師とのコミュニケーション
- ・SNS 活用のバラツキ
- ・関係する多職種が偏る、人間関係依存

7. 多職種連携をもっとスムーズ、効果的に行うために必要なこと、アイデアは？

- ・訪問看護連絡会として他団体と共同での研修会やイベントの開催
- ・日ごろからの会話、接触機会を増やす

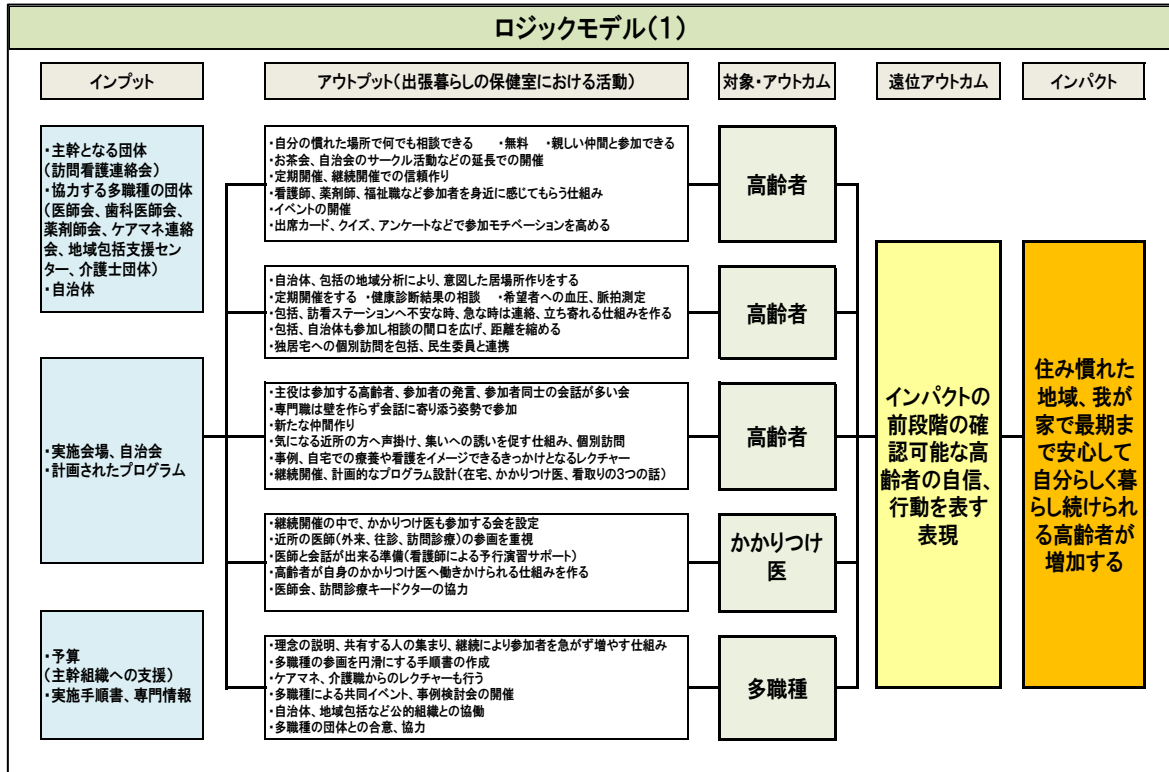
【結果】1. 暫定提示的なインパクト理論のためのロジックモデルの作成

前述ステップ1のクエスチョンへの回答も活用し第2回ワークショップに於いては、上記の質問形式で意見を集約し、ロジックモデルの型式で（図7）にまとめた。

《インプット》プログラムに必要な資源、人材を「インプット」として、上記の「出張暮らしの保健室をどのような外部の団体と一緒に行いたいか?」「出張暮らしの保健室を継続するために必須の参加者はだれか?」の質問への回答項目を当てはめた。「インプット」には、必要な人材として、主幹となる団体として訪問看護連絡会、協力する多職種の団体として医師会、歯科医師会、薬剤師会、ケアマネジャー連絡会、地域包括支援センター、介護職団体、自治体が挙げられた。資源として、開催する団地自治会の会議室、自治体の助成金、構築された再現可能なプログラム、手順書、専門情報が挙げられた。

次に、「出張暮らしの保健室」の実施内容として必要と考える活動や要素を《アウトプット》として抽出するために、インパクト理論、ロジックモデルの作成に関係する上記の1～6の質問、「出張暮らしの保健室の目的を達成するために必要な要素は何か?」「出張暮らしの保健室を継続させるために必要な要素、要件は何か?」「現在のプログラムで良い点、足りない点は何か?」「出張暮らしの保健室当日のプログラムで実施したい内容はどのようなことか?」「プログラム利用者に参加して貰うために必要なことは何か?」「プログラム利用者はどんな内容を望んでいると思うか?」に対して出された回答、意見から類似回答をまとめる作業を行い最終的な行動要素を32項目に集約した。ワークショップでは32項目を共通する内容に分類し参加者のコンセンサスを取りながら5つの要素に纏めた。5つの要素は、対象が高齢者となる要素が3つ、対象が近隣の医師やかかりつけ医に関する要素と多職種を対象とした要素となった。「出張暮らしの保健室」の対象者は、団地高齢者であるが、このプログラムを効果的に運営するためには、関係する多職種と高齢者のニーズアンケートで重要な関係者としてあげられた「かかりつけ医」に関する行動や支援要素が重要となることが判明した。実践家評価チームへの質問を基礎としたワークショップにより、本プログラムが目指す最終的なゴールに必要な多数の活動が挙げられた。これらの活動を実践することが最終的なゴールに結びつくとのコンセンサスが得られた。ステップ1のワークショップでも試みた、最終ゴールに至る一步前の遠位アウトカムの言葉に関しては、この段階でも情報量が少なく相応しい文言の合意はできなかった。（図7）の図表は、プログラム評価の理論と方法（大島ら2005）を参考に作成した。

(図7) 暫定的なインパクト理論を作成するためのロジックモデル(1)



【結果】2. プロセス理論（サービス利用計画、組織計画）の暫定版提示

前述の（プロセス理論：サービス利用計画、組織計画に関連したクエスチョンに対する回答、意見）を基に、プロセス理論として、「出張暮らしの保健室」のプログラムをターゲット集団である団地高齢者に提供する方法をサービス利用計画として、また円滑、継続的にプログラムを運営するために必要な関係者を組織計画として暫定的に作成した。

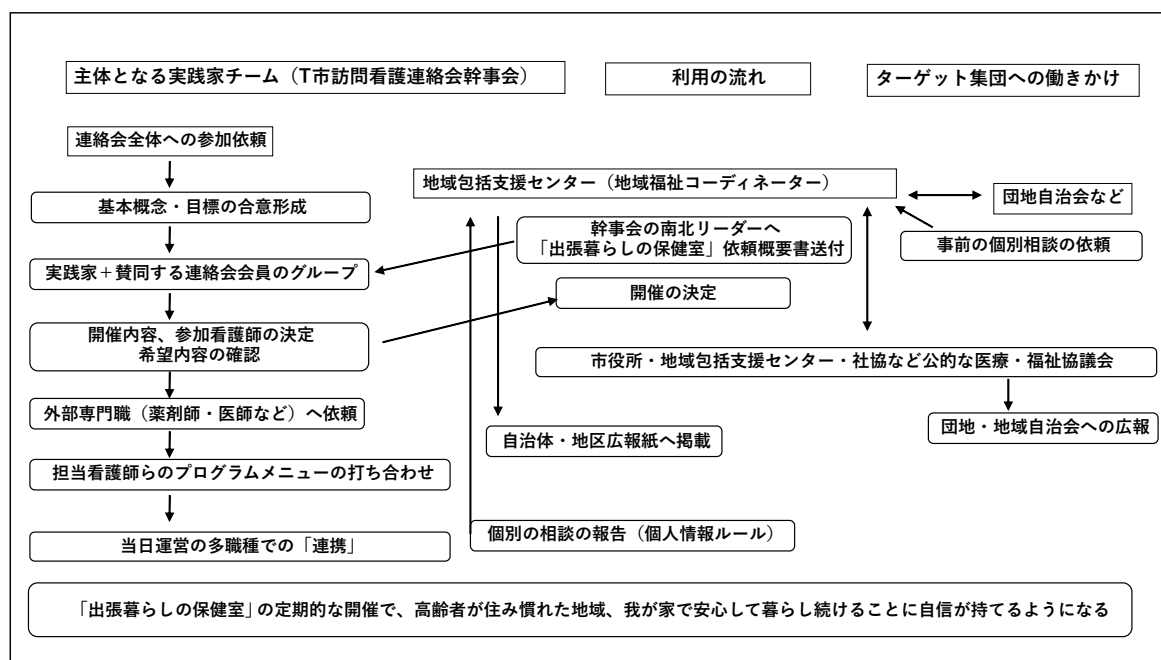
1) サービス利用計画

本研究の開始前、2017年の時点では、3名の実践者によってスタートし、その後、個人的ネットワークを通じて参加する訪問看護師が増え、訪問看護師と関係する圏域の地域包括支援センターの福祉職員が半ばボランティアの形で協力する形であった。ステップ2の質問項目への意見を基にワークショップでは、前述のインプットで特定したプログラムの運営に不可欠な人材、団体を提示し、どのように参画を依頼するか、各団体、個人がどのような役割を担うかを話し合い、この段階では、理想的と思われるサービスの流れとして記述した。サービスの流れは、地域の高齢者事情をよく把握している地域包括支援センターの福祉職員と所属は社会福祉協議会に置きながら地域包括支援センター内に席を置き、地域の福祉企画をコーディネートし、コミュニティソーシャルワーカーとして活動する社会福祉士を中心とした人材が、本プログラムの必要優先度の高い団地や高齢者グループに最初にアプローチすることが理想的との結論に至った。(図8)に示した通り、地域福祉コーディネーターによって、実施を希望する団地が決まった後は、従来のボランティア参加のように個別に実施主体となる訪問看護連絡会へ連絡するのではなく、連絡、経過報告を

効率的に行うために、地域包括支援センターに「窓口」の設置、カウンターパートとなる訪問看護連絡会側へも「窓口」を設置する案が提案された。実施する団地の希望が十分に反映されることが重要であり、希望テーマなども地域福祉コーディネーターと団地自治会代表者が相談するプロセスも明記した。最初にコンタクトを行う地域福祉コーディネーター、「窓口」となる地域包括支援センターの福祉職員、訪問看護連絡会の「窓口」との情報の交信に齟齬が生じないように定型様式の連絡シートを作成することも決定した。開催決定後、テーマ、企画内容に応じて外部団体へ、人材の参加依頼を行うこととなるため、本プログラムの開始前、その後も継続的に外部団体へ目的や趣旨説明を行うことは実施主体団体の重要な役割となった。実施主体の団体は、実践家評価チームが幹事として活動するT市訪問看護連絡会とした。先ず、実施主体団体の会員の参加を増やすために、幹事からプログラムの目的、運営方法の概略を連絡会総会で説明し連絡会内部での合意形成を行うことの必要性が話し合われこの活動も当初のサービス利用計画として利用の流れに追記した。薬剤師会、介護関係団体への参加呼び掛け、目的の説明は、自治体内の多職種の代表による委員会（在宅医療、介護連携推進協議会）や各団体への総会等へ直接訪問し説明することも決められた。

プログラムが数名のボランティア活動から地域医療、福祉に関係する外部団体、公的な組織を含む活動へ拡大する中で、自治体との協力関係を明確にするために、これまで話し合われてきた、本プログラムの目的、目指すべきゴール、参加を依頼する団体、サービスの流れを詳述した計画書にまとめ、昨年度に案として提案していた事業計画を正式にT市役所高齢福祉課へ申請することを決定した。

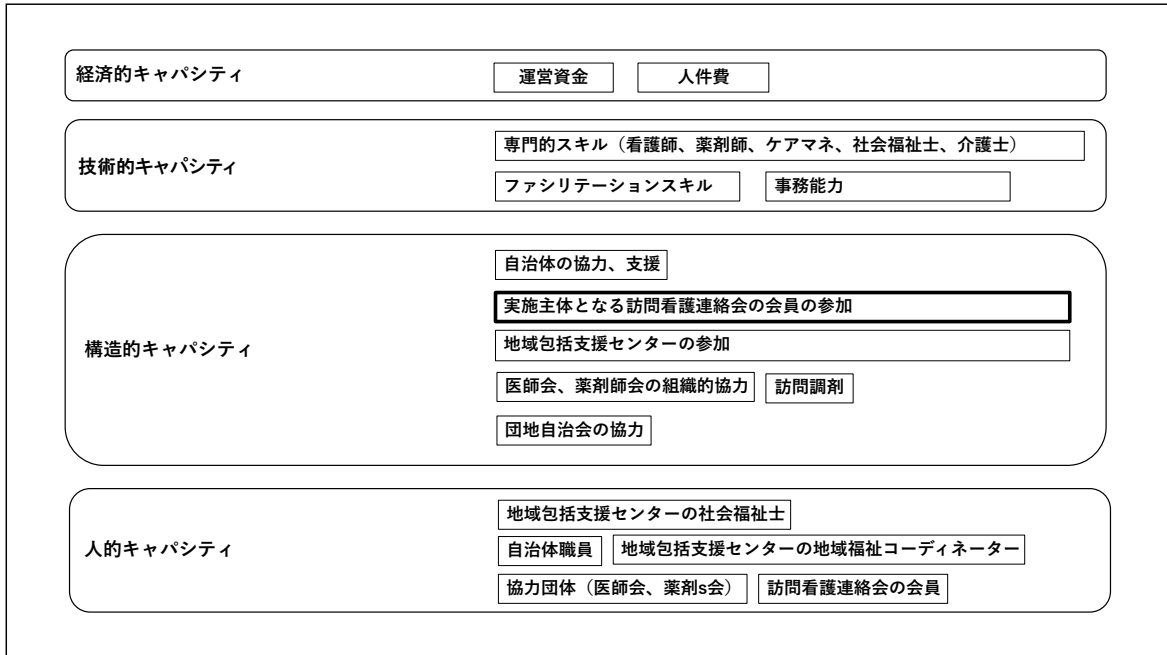
(図8) サービス利用計画 (ステップ2 暫定版)



2) 組織計画

「出張暮らしの保健室」を機能させるために必要な組織計画の前段階として、必要な資源の分析として組織キャパシティの各項目を検討した(図9)。経済的キャパシティに関しては、プログラム発足時の完全ボランティア運営という初期参画者の熱意だけでは広がりを見込めないという意見が多く、自治体の参加としてT市の高齢福祉部門に協力を仰ぐことになった。前述のとおり、実践家評価チームである幹事会名で、本プログラムの目的、事業計画を自治体へ提出することとなった。技術的キャパシティとしては、ターゲット集団である高齢者への健康、保健、福祉行政などの情報提供においては、各領域の専門職の協力を得ることで可能であるが、プログラムの対象者の参画意識を高めると同時に実施者である多職種連携を強化するという目的の達成のためには、実施者のファシリテーションスキルやプレゼンテーションスキルなど専門スキル以外の向上が求められることも判明した。構造的キャパシティとしては、本プログラムの主体となる訪問看護連絡会の会員全体がプログラムの実施に合意し参画意識を高めて関与することの重要性が指摘された。また、各回の実施に際して医師、薬剤師など外部組織の専門職への協力、支援要請を実践家グループとしてどのように進めて行くかも重要な点として課題となった。外部組織では、地域包括支援センターも兼任する社会福祉協議会の職員1名が、開始当初より実践家評価チームに参加しているが、他の5圏域の地域包括支援センターへの参画依頼も重要な課題となった。これは、自治体への参加協力依頼と一体化して進める必要があることも確認された。組織計画として、必要な人的資源は、主体となる実践家チームを含む訪問看護連絡会会員、実践家チームと一体となり団地高齢者の自治会等との交渉活動を行う地域福祉コーディネーターとそれを支える地域包括支援センターが最も重要な資源となる。資金的な支援先、広報活動や地域包括支援センターへの継続的な協力要請も期待される自治体の高齢福祉部門、毎回の実施プログラムへの実施者としての参加が期待される薬剤師、医師、介護専門職が主要な人的資源となった。また、利用者側の団地自治会関係者が参加者であると同時にプログラムの運営上も重要な人的資源と位置付けられた。

(図 9) 組織キャパシティ分析

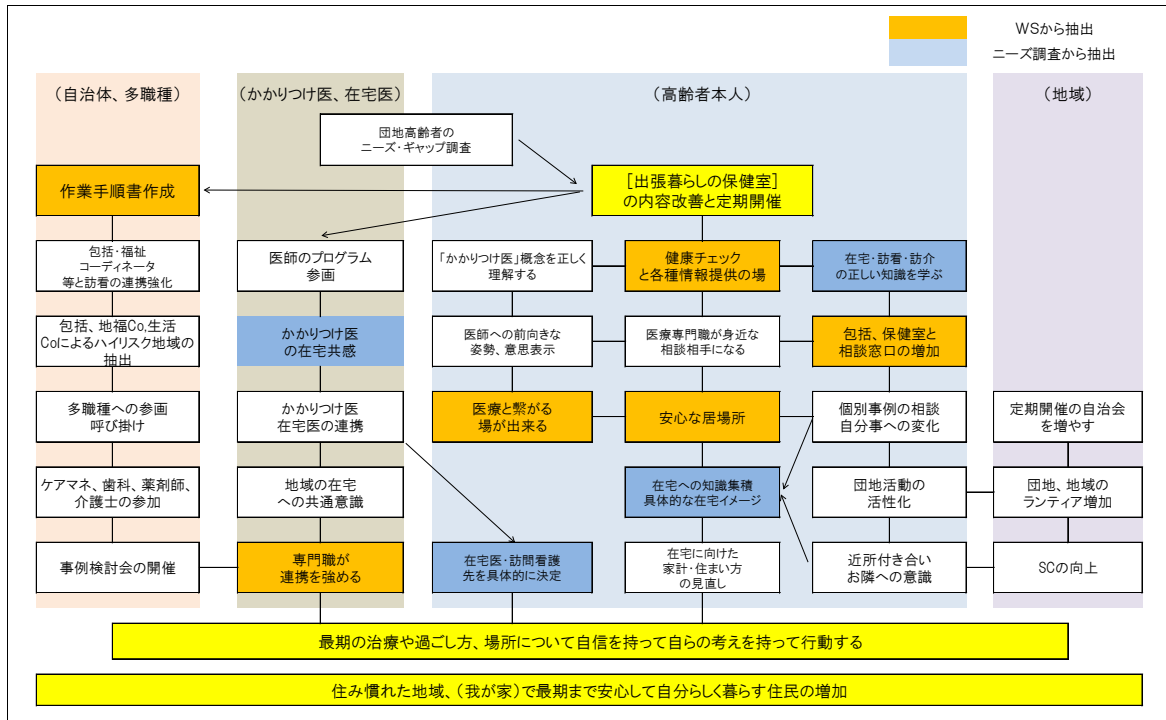


3) 「出張暮らしの保健室」実施と外部団体との関連図

「出張暮らしの保健室」の活動が外部の組織へどのような働きかけを及ぼすかをまとめた。本プログラムに必要な要素を実践家評価チームによるワークショップ、ニーズ調査アンケートの結果と先行研究の「暮らしの保健室」で秋山が提示している要素も併せて示し、関係する多職種、利用者である団地自治会の協力も含めて実施の全体像を示した(図10)。

「出張暮らしの保健室」を定期的で開催するためにCD-TEP法を活用し形成、改善する活動は、実施手順書の作成やプログラムの可視化のためのワークショップなど会議の中での対等なコミュニケーションを促進し多職種の連携意識を高めて行くことが期待される。ニーズアンケートを通じて、明らかとなった「かかりつけ医」の関与の重要性の実現に向けて、実施主体となる訪問看護連絡会から自治体の協力も含めての公式なアプローチが「かかりつけ医」やその団体へ可能となることが期待できる。対象となる高齢者本人へ対しては、ニーズ調査から得られた真に求められるプログラム内容の実施によって、在宅医療、介護など将来への不安を解消する知識の習得や自宅で最期まで暮らし続ける具体的なイメージを持つことへの支援に繋がることを期待できる。地域への影響として、自治体の協力も得て、地域での開催拠点を増やすことで対象となる公営団地と周辺の高齢者との交流も増え、地域のSCの向上へつながることも期待できる。「出張暮らしの保健室」のプログラム継続は、他の団体や自治体、自治会との協力により医療、福祉支援活動として地域への貢献が期待できると考えられる。

(図 10) 出張暮らしの保健室の関係範囲と働きかけの相関図



(5) グッドプラクティス (GP) インタビューガイドの作成

① 「暮らしの保健室」の概念と機能の確認

2011年に秋山が新宿区戸山ハイツの一室でスタートした「暮らしの保健室」の活動は、当初の在宅看取りを推進するための医療者、行政、住民の意識変革に向けた地域の拠点作りから拡大し、最近では、地域共生社会に向けた「未来型のコミュニティ再生の資源」としている。「暮らしの保健室」の基本概念は英国マギーズキャンサリングセンターが持つ「自分の考えを表出できる」、そのための環境づくりにある。ちょっとした相談が気軽に出来、誰かと会って会話が弾む、相談は無料で予約もいらぬといった「相談機能」が根幹にある。秋山はこれまでの活動の経験から得た知見を「暮らしの保健室の始め方」(秋山 2019)として纏め日本看護協会出版会から出版している。そこでは、「暮らしの保健室」には、①健康に関する「相談窓口」②在宅医療や病気予防について「市民との学びの場」③受け入れられる「安心の居場所」④世代を超えてつながる「交流の場」⑤医療や介護・福祉の「連携の場」⑥地域ボランティアの「育成の場」の6つの機能があるとしている。根幹である①「相談窓口」が機能するためには、いついっても受け入れられる③「安心の居場所」がベースにあることが重要であり人が集まり③「学びの場」が広がることによって、地域の特性に合わせて④⑤⑥の機能に発展するとしている。研究者はT市訪問看護連絡会が「出張暮らしの保健室」をスタートさせる際と1年後に秋山を招いてT市訪問看護連絡会幹事会(実践家評価チーム)のメンバーと様々な助言を頂く会合を開き拠点型の「暮らしの保健室」と出張型の「出張暮らしの保健室」の特性を議論した。①②③の根幹機能を如何にして確保するかの重要性を指摘された。また、高齢者の健康状態や老いに対する精神的な安定度は日々刻々と変化するが、拠点型の「暮らしの保健室」における専門職による定点観

測的な継続的なフォローアップの仕組み作りも重要であると指摘されている。ワークショップ②においては、先行研究と秋山との討議を経て研究者が事前に作成したインタビューガイド案を討議し合意を得た。

② 全国のグッドプラクティスインタビュー先の選定

「暮らしの保健室のはじめかた」（秋山 2019）に紹介されている全国の実践事例を表 12 にまとめグッドプラクティス事例の中から秋山が提唱している 3 つの根幹的な機能を実践し継続的な運営を行っている保健室をインタビュー先として選定した。選定に際しては、「出張暮らしの保健室」が団地自治会のグループへの出張実施が多いことより団地内或いは団地高齢者が多く対象となる保健室を選択した。

③ グッドプラクティス（GP）インタビューガイド

【目的】 全国で展開する拠点型の「暮らしの保健室」の目的、実施内容、期待成果を確認し、T 市で実施する「出張暮らしの保健室」のプログラム実施のプロセス、内容の改善、形成評価の参考とする事で本研究全体の目的である効果的支援モデルへのプログラム改善に結び付ける

【対象】 「暮らしの保健室のはじめかた」で紹介されたグッドプラクティス事例を一覧表に纏め（表 12）その中より根幹的な機能を満たし継続的に実施している全国 6 か所の「暮らしの保健室」を選択し、6 箇所の実施責任者をインタビュー対象者とした。尚、今回紹介された全国の「暮らしの保健室」は秋山の活動をモデルとしており、全て拠点型の運営方法となっているため出張型の実施先へのインタビューは適わなかった。

【期間】 2019 年 11 月～2020 年 1 月

【インタビュー時間】 60 分～90 分

【インタビューの方法】 事前にインタビューガイドを作成し半構造化された面接方法にて実施した。実施責任者への個別インタビューとし、録音した内容を逐語化し分析した。

【倫理的配慮】 事前に日本社会事業研究所倫理審査の承認（19-0707）を得た。

【分析の方法】 秋山が長年の経験から「暮らしの保健室」の 6 つの機能として提示している「相談窓口」「安心の居場所」「学びの場」「連携の場」（多職種）「育成の場」（ボランティア）「交流の場」（世代間）をカテゴリーに置き、インタビューの発言内容をコード化し、関連するコードを集約する形とし、最終的に 6 つのカテゴリーに関するグループへ纏める方法を取った。発言内容のコード化、6 つのカテゴリーへの集約に際しては、医療介護の専門家である実践家評価チームが関与し、また途中経過、最終的な表の作成に関しては社会福祉領域の専門家の意見を聞き作成した。インパクト理論の要素にも関係するサブカテゴリーの言葉を最終的に抽出する方法を採った。

【質問項目】

1. プログラムゴールとインパクト理論に関わる質問事項

「暮らしの保健室」の目的に関して

（主宰者は、その目的をどう考えているかオープンクエスチョンで確認する）

（例えば）

- ① プログラムで提供したいことは何でしょうか？その感触はどのような時に感じますか？
- ② 「高齢者が住み慣れた地域、我が家で暮らし続ける為」に「暮らしの保健室」はどのように関係しているとお考えですか？
- ③ 「在宅看取り」につなげることと何か関係がありますか？
- ④ 多職種連携、地域の連携拠点としての目的にはどのようにつながっているとお考えですか？

⑤ 皆さんのグループが目指している方向

2. サービス利用計画に関する質問事項

「暮らしの保健室」の運営に関して

秋山氏が掲げる6つの機能に関して各自の考えを確認する

- ① 「相談窓口」「安心の居場所」「学びの場」「連携の場」(多職種)「育成の場」(ボランティア)「交流の場」(世代間)
- ② 利用者との関係作りはどのような形でおこなっているか？
- ③ 住民、医療者の意識の変化をどのような時に確認できるか
- ④ サービスの提供によって利用者の生活にどのような影響を与えたか、変化はあったか
- ⑤ サービスの提供で気を付けている点は何か
- ⑥ T市の「出張暮らしの保健室」へのアドバイス。拠点型の暮らしの保健室、出張タイプの違いや気を付ける点は何か
- ⑦ 目的の進捗、成果をどうとらえていますか？

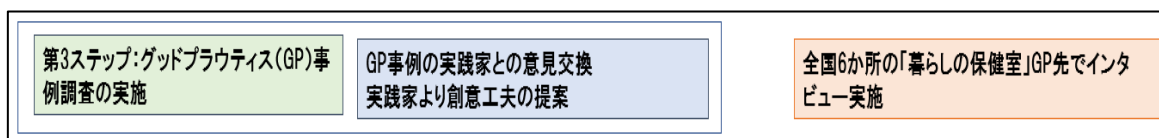
3. 組織計画に関する質問項目

- ① 常勤スタッフは、主にどのような役割を担っているか？
 - ・相談者の内容記述、伝達、自治体の公式ルート繋ぐなどルールはありますか？
- ② ボランティアさんとのつながりなどはありますか？
- ③ 地域のフォーマルな組織（自治体、地域包括支援センター）との関係はどうですか？
 - ・予算的な支援は？
 - ・定期的なミーティングは？
 - ・保健室から地域包括へ繋がるホットラインなど
 - ・訪看、医療との繋がり、継続的なコミュニケーションの方法は
 - ・ICTの活用は？
- ④ 「在宅医療拠点」としての役割
 - ・事例検討会などあれば方法等
 - ・保健室の中で、医療、介護者の定期的な集まりなどあれば教えてください。
- ⑥ 「かかりつけ医」(在宅をやらない外来医)との関係で繋がり工夫などあれば教えてください。
- ⑦ 運営で難しい、悩ましい事があれば教えてください
- ⑧ スタッフの意識の変化

(表12) 全国の主な暮らしの保健室

地域と名称	直接の高齢者支援			多職種、地域、ボランティアへ			運営主体	スタッフ	行政支援	利用者	場所	開催頻度	特徴	開設	事例検討会開催	
	相談窓口	安心な居場所		交流の場	連携の場	育成の場									頻度	参加者
		市民との学びの場														
Tハイッ 保健室	○	○	○	○	○	○	看護師2、ス タッフ3、ボ ラ30名	一部区の委託 事業	月300人	団地の1室	常設			2011年7月	毎月開催	多職種20名～
北海道T町	○	○	○	○	○	○	看護師3兼務 ボラ15名	訪看護金	1回30人	町施設での固 定ケアカフェ	年3～8回、 出前講座		個別相談から講演 会、事例検討	2014年7月	隔月開催	薬剤師、社福 など16名～
北海道N町センター	○	○	○	○	○	○	9人行政の専 門職	自治体運営	月10～20人	町施設内の1 室	センターは常 設、保健室は月 に1回		診療所・デイサー ビス・保健室一体 行政主導	2017年10月		
秋田県U市保健室	○	○	○	○	○	○	常勤看護師1 名		月30～50人	医院の別棟	常設		認知症カフェ、裁 縫、キルト教室な ど誰でも立ち寄れ るベストブレース	2017年7月		
埼玉県S市 保健室	○	○	○	○	○	○	13人、看護 師、MIE音楽 療法士	一部自治体委 託事業	1回10人～50 人	喫茶店、公共 施設、薬局	各施設で週1		出前型で、主体は プラチナナース	2016年4月		
愛知県I市 保健室	○	○	○	○	○	○	14人、多職 種、大学職 員	市と一部協働 事業	1日平均20人	UR豊明団地 一室	常設		大学地域包括ケア 中核センターの一 部、住民・学生の ボランティア参加	2015年4月	行政の多職種 合同ケアカン ファレンス	
京都市U市 相談室	○	○	○	○	○	○	相談員7人は 看護師、社会 福祉士	看護協会、自 治体	1日平均15人	訪看ステー ション1階	常設		元ステーション看 護師を含め地元で 30年以上の訪看活 動経験者	2006年9月	事例検討会、 ケースカンファ レンス	多職種
大阪市H区 Y相談室	○	○	○	○	○	○	看護師28人、ケ アマネ4 人、CWA4人	大阪府、市と の協定	月間延べ500 人	訪看ステー ション1階	常設		元施設など医療相 談の拠点、住民参 加のボランティア の増加	2016年4月		
神戸市Nの家	○	○	○	○	○	○	看護師2人、 スタッフ1人	助成金活用	17-18人/1回	商店街の元喫 茶店	常設		ホームホスピスが 母体、勉強会、ラ ンチ会などボラン ティア参加	2016年4月		
福岡県K市 Wハウス	○	○	○	○	○	○	看護師など多 職種14人		17-18人/1回	地元住民の古 民家	月に2回		ソシオファウンドの 活用、独居の方の 立ち寄り場所、語 りの場の工夫	2016年10月		
宮城県M市 暮らしの保健室	○	○	○	○	○	○	看護師9人介護 士20人ボラなど	市との委託事 業も有り	12-13人/1回	古民家の改築	常設		ホスピスと面の整 備、がん治療の相 談としての機能も	2016年10月		

第3ステップ（グッドプラクティス「GP」事例調査の実施）



(1) 全国の「暮らしの保健室」のGP事例へのインタビュー調査（質的調査）の結果

第3ステップでは、第2ステップで作成したインタビューガイドに沿って全国6か所の「暮らしの保健室」実施の責任者にグッドプラクティスインタビューを実施した。その結果を以下に示した。

【結果】

カテゴリー「相談窓口」（表13）に関しては、「安定した運営資金の確保」「身近に医療専門職の知り合いが出来る」「看護師が生活者視点でゆっくりと寄り添う」の3つの関連したワードをサブカテゴリーとして作成した。「安定した運営資金の確保」では、（公的機関や友人ネットワークによる資金）（ソシオなど地域活動による資金調達）（テンポラリーでも助成金の活用）（本業の訪問看護ステーションと別の予算確保）（スタッフ人件費の確保）などのコードがあり、実施責任者は、無料で相談窓口を継続するためには、安定した運営資金を確保することの重要性を感じており、様々な資金確保の可能性を検討した苦労が伺えた。「身近に医療専門職の知り合いが出来る」としたサブカテゴリーは、（専門職が得意分野の相談に乗る）（看護師が得意な自然と入り込む姿勢を活かす）（いざという時に医療者と会話出来る基礎知識）（家族にも必要な医療情報、知識を提供する）（医療情報を必要とする人のニーズに応える）などのコードが挙げられた。訪れる利用者の多くは、高齢者であり健康への不安を感じていることから情報へのニーズの多くは、医療、健康、老後の体力的な不安、家族との会話では解決できない医療的な疑問、医師や薬剤師へは直接聞くことを躊躇ってきた相談が多いことが理由となっている。3つ目のサブカテゴリーとして「看護師が生活者視点でゆっくりと寄り添う」を挙げた。（そっと背中を押す看護師の役割）（友達同士、参加する仲間が中心、専門職は必要な時に会話に入る）（最初から看護師の看板で相談に乗らない）（生活全般の相談の中での健康相談）（医療を知る看護師が生活に視線を下ろして相談に乗る）（普通の人として相談に乗れる看護師）（直ぐに答えを求めない）などのコードを集約した。これは、利用者の情報ニーズの多くは、医療と関連した情報ではあるが、相談窓口が医療専門職であると意識されると相談の垣根が高くなるとの発言内容が多く、同じ目線で日常的に生活の会話を継続する中で自然と相談に繋がることの重要性が多く語られた。更に相談への対応も急ぐことなく高齢者自身が持っている答えを引き出すような対応の重要性が強調された。

(表 13) カテゴリー「相談窓口」

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	発言内容
「相談窓口」	安定した運営資金の確保	公的団体や友人ネットワークによる資金援助の重要性	地元看護協会、市の資金援助があってスタートできた。友人のネットワークによる支援も有効だった。
		様々な方法により資金を確保する	ボランティアだけでは、自分がやりたいことの実現は難しい。謝礼も長く続けるには必要でそのための予算、資金を確保するのは必要だ。色々な助成金など公的な広報紙には目を通すことが重要だ。
		ソシオなど地域活動の資金支援	ソシオで資金を集め多職種のボランティアで運営している新しい形だ。
		テンポラリーでも助成金の活用が重要	助成金は一過性、プラスの事業の際にテンポラリーに活用できれば良いが常に申請できる助成金が無いかスタッフがリサーチしている
		スタッフ人件費の安定した確保	年間 100 万円でスタッフの人件費は協会と市からの事業支援から出ている。専任のプラチナナースが交代でいてくれるので平日の昼間は保健室を開けていられる
		本業のステーション予算と保健室は別の予算を確保	訪問看護ステーションと保健室の予算は別。ステーション、保健室は人も分けている。私が個人的に間を繋いでいる。
		法人からの収入でスタッフの給与は確保	医療法人からの収入で管理者、コミュニティーナースとしての給与は確保されている
		会員の会費、場所の費用の確保	主催会員の会費、診療所の場所提供、参加者のお茶代実費

	サブカテゴリー	コード	発言内容
「相談窓口」	身近に医療専門職の知り合いが出来る	専門職が得意な分野の相談に乗る	看護師なら出来る相談、専門的なアドバイスがある。他の専門職も得意な相談にのって最適なところへ繋ぐ役割を行っている。
		看護師が得意な自然と入り込む姿勢を活かす	前の老夫婦がじーっと保健室を見ていた。徘徊もあるがだれとも繋がろうとしない。主治医もいない。保険証も無い。看護師は入り込むのが得意。医師へ繋ぐ、家に入り込むなど看護師の得意なことを保健室で行う
		専門的な情報へのニーズは高い	相談に関してはボランティアの役割は特にならない。医療、介護の専門的な相談ニーズが高いので。
		いざいという時に医療者と会話ができる基礎知識	カルテの中の表記へ延命はしたくない、挿管、チューブだらけは嫌だなどの意思表示を医師にしておくなどの知識を持つ。看護師なら医師への会話も助けてもらえると思う人は多い
		家族にも必要な医療情報、知識を伝える	点滴をする意味を家族に説明し止め時も家族に話せる特定看護師が必要。
		専門職の得意分野の情報提供	保険の専門家、予防や保険の前の段階での情報提供が求められている。困る前、困ってから情報支援だ
		医療情報を必要とする人のニーズにこたえる	保健室の特色によるが、病院からの紹介、その患者さんの友人など医療の相談が必要な人のニーズに応える

	サブカテゴリー	コード	発言内容
「相談窓口」	看護師が生活者視点でゆっくりと寄り添う	そっと背中を押す看護師の役割	流れを見ながら寄り添って、そっと背中を押すのが上手い人が看護師には多い
		友達同士、参加する仲間が中心、専門職は必要な時に会話に入る	気兼ねなくしゃべれる場所。友達同士、複数グループでのおしゃべりと昼食会。必要な時に看護師、ケアマネが聞かれたことの会話に入る
		専門職が分かりやすい言葉に言い換えて伝える	お互い様の街づくり、難しい言葉を分かりやすく、意思決定、共生と言っても通じないので分かり易く普通の言葉で伝える
		最初から看護師の看板では相談しない	旗を挙げて保健室の日をステーションに設定するのもプラスだが、最初から看護師の看板だと相談しにくい
		生活全体の中の健康相談としての役割	血圧からは入らない。気になっている人は向こうから言うが多くは自宅で測ったりして知っている。健康相談ではない。生活全般の中に健康の話も入っている。
		医療を知る看護師が生活に目線を下ろして相談にのる	医療を知っている目線で生活に降りてくることで、医師から言われると何も言えない一般人の知識武装を助ける役目
		看護師が専門家、医師と同じ目線になりすぎるのは問題	特定看護師が在宅に入って来て、医師と同じ目線で医療重視の訪問看護をするのは功罪相半ば。訪問看護師は生活目線が重要。
		普通の人として相談できる看護師	困ったときに相談できそうな場所に普通の人としての看護師のような人がいる
		生活中心の会話の中で必要な時に医療情報を支援する	生活に医療を持ち込めるのが訪看ステーションだが、保健室は生活中心で医療は必要最低限でよい。医療が無くても看取れる。

「相談窓口」	看護師が生活者視点でゆっくりと寄り添う	医療がどこまで人生の最期に関与するかを 考えながら	医療がどこまで人の最後に関するべきか、食べたいという本人の気持ちが優先、 食べられないから胃ろうで幸せなのか。その人毎に違うので医療の出来ることしなくても良いことを伝える
		家族のグリーフケアの相談相手	家族のグリーフケアも大切だがその相談相手は医療者としての看護師ではなく亡くなった人の生活を知っている普通の人
		コミュニティーナースという役割	コミュニティーナースとして町に いる意義、普通の人として人を支える
		地域で悩みをもつ 様々な人に寄り添う	高齢者に留まらず地域で悩んでいる人の様々な悩みに寄り添って自分の考えに至ってくれば良い
		直ぐに答えを求めない	高齢者は意見が行ったり来たり。継続的に付き合う。本当に言いたいことを 理解するには時間を要する
		身近な相談から医療へつながる	医療が身近な生活の相談から広がっていることを感じる
		患者とかかりつけ医の繋ぎ役、通訳	相談者がかかりつけ医にどう相談したらよいかの仲介もする

カテゴリー「学びの場」（表 14）については、サブカテゴリーとして「参加者が主役となり本来の力を取り戻す」、「もしもの時への情報、知識の蓄積を分かり易い言葉でサポートする」の二つに集約した。「参加者が主役となり本来の力を取り戻す」では、（高齢者の本来の逞しさを取り戻せるようにする）（在宅に居れば生活者としての自分を取り戻せる）（相談者の情報の整理の手助け）（本来は解決する力を持っている）（看取りなど重たい話は時間を掛けて自ら話し出すのを待つ）（仲間との会話を続けて家族へも話せるように）（時間を掛けて継続的な対話）などのカテゴリーを集約した。参加する高齢者の仲間同士の会話、高齢者が長年の人生経験などから培った本来持っている意見や力強さを看護師や参加する福祉職が情報整理し、高齢者がもっている解決策を自らの意見として引き出せるような場を作ることが重要であり、看護師や他の専門職も高齢者との会話によって学ぶことも多い。「もしもの時への情報、知識の蓄積を分かり易い言葉でサポートする」のサブ

カテゴリーは、(将来の為の情報、知識支援) (普段からいざという時のための会話を生活の中で行える場所) (知識の蓄積が生き方へも影響する) (在宅に必要な情報の伝え手になる) (自己決定に繋がる医療の出来ることの限界を伝える) (この場所での継続的な会話がACP そのもの) (在宅看取りを考えるきっかけ) などのカテゴリーを集約した。高齢者の不安は、もしもの時への備えや心の準備が整理できていないことによることが多い。また、自らが将来のもしもの時を話し出す場所が少ない現実がある。「暮らしの保健室」は、同じ不安を持つ高齢者が顔なじみになった看護師といっしょにもしもの時を話し合う場所になっている。集まった参加者同士の何気ない会話からその時への備えの話に発展することは多い。こうした会話と看護師のアドバイスを積み重ねることで、対処の仕方に変化を起こし、従来から持っている自分の意見に自信を持つことに繋がる「学びの場」となっている

(表 14) カテゴリー「市民との学びの場」

カテゴリー (機能)	サブカテゴリー	コード	発言内容
「学びの場」	参加者が主役となり本来の力を取り戻す	高齢者の本来の逞しさを取り戻せるようにする	独居で脳梗塞、リハビリ後、要介護1、杖をつきながら坂道を登ってこの場所へ通ってくる。 高齢者の逞しさを感じる。ここで元気を取り戻している。
		在宅にいれば生活者としての自分を取り戻せる	病院にいと病人、同じ容態の人でも家に居れば普通に生活している人として生活できることを知らない人も多い。
		受ける看護師も生活者から学ぶことは多い	保健室に来てくれる人から看護師も何が必要かを学んでいることが多い
		相談者の情報の整理の手助け	年齢にかかわらず自身の決定に不安を持つ人は多い、情報の整理を手伝う、答えはその人毎
		本来は解決する力を持っている	既に元からその力を持っている人だけど、相談によってできたと思ってくれているように感じる。
		相談や会話の中から自らの答えに気づく	相談や質問をしながらはっと自分の答えを見つける瞬間があるようだ
		参加者、グループで話し合うおしゃべり	樹木希林のことばを抜き取ってカードを作り皆で感想を話し合う、

「学びの場」		の中で 看取りまでの会話に 繋がる	人生ゲームの高齢者看取り版 を面白く看取りに蓋をしない。
		看取りの会話など重 たい話は時間を掛け て自ら話し出すのを 待つ	3年掛かって、最期はどこで過 ごしたいかの話題、身近な相続 や死後の話が自然と出て来たが、 最期の治療の話は更にハードル 高い
		仲間との会話を続け て家族にも話せるよ うに	関係性が出来た人たちやその人 の前で初めて看取りの気持ちが出 てくる。 ここで練習して家族と話せる様 になるのではないかな。
		専門職の壁は作らな い	磁場の力、専門職の壁を作っ てはダメ。
		時間を掛けて継続的 な対話が大切	出張はきっかけ、こうした場所 もある事を知らせる手段だが、本 当の悩みが出てくるのは時間が掛 かる、継続的な観察が必要
サブカテ ゴリー	コード	発言内容	
もしもの 時への情 報、知識 の蓄積を 分かり易 い言葉で 支援する		将来のための情報、 知識支援	元気な人、デイケアには行きた くないなど自由を求めている人が いるが、元気なうちに学んでお けば、将来助けが必要な時に道筋 ができる
		普段からいざという 時のための会話を生 活の中で行える場所	看取った患者から「こんな筈で なかった」との後悔の言葉が多 かった。もっと早くから「死」へ の準備の会話が普段の生活の中 ですて行きたかったのが始めた きっかけ
		いざという時のため の身の回りの情報を 整理する	入院の話。入院と突然言われた ときの準備。何を持ってゆくの か。パソコンのパスワード、印鑑 の場所などに困る人は多い。こ の場所でそんな会話ができてい てまとめた人がいる。

「学びの場」	もしもの時への情報、知識の蓄積を分かり易い言葉で支援する	知識の蓄積が生き方へも影響する	漠然としている将来の健康への不安も知識の蓄積で生き方を考えることにも寄与する
		在宅に必要な情報の伝え手になる	この地域は病院市場、動けるうちは家で、家に居たくても最後は病院でと思う人が多く家で過ごせる手段、情報の伝え手はいない
		自己決定に繋がる医療のできること、限界を伝える	自宅、民間施設、病院での治療の実状、最期に必要な医療と、して欲しい医療の限度を伝えること。自己決定する知識は無いのが現状
		継続的な会話は ACP そのものだ	皆がたどる道なので、最期に向けての情報を継続的に伝えたい。事前指示書と ACP の違いなど一般の人にも分かり易く伝える
		最期の時の専門的な情報をやさしく伝える	樹木希林の言葉でのおしゃべりなど最期の時への情報の壁を低く
		医療者が伝えることでのデメリットも理解する	医療者と一般人の感覚の違い。医療者から言うことで壁を高くしているかもしれない
		在宅看取りを考えるきっかけ	在宅看取りを増やし、それまでの過程、療養を支援する。考えるきっかけを作っている。
		一般人の看取りに関する怖さも知る	看取り、死の話は1年に2回くらいが適当ではないか。一般人にはこわい。
		家で望んだ最期を迎える	認知症の生活が向上した。家で望む死に方をした人の話など、提供してきた話が役立ったと感じた。
		施設看取りも進めるきっかけにする	戸建ても多く、坂が多い、高台の少し高級地、最期は施設で、施設看取りも必用なので民間施設へ看取りの教育もしている。

カテゴリー「安心の居場所」(表 15)については、サブカテゴリー「安心して入れて居心地が良い」「楽しい多様なイベントが開催できる」「ご近所や制度に繋がらないサイレントな人の居場所」の3つに集約した。「安心して入れて居心地が良い」では、(近所で知られる場所になりできるだけ在室している)(無料で入れる)(常設で知っている顔がいる)(落ち着いた居心地の良さ)(入り易い雰囲気や繰り返し来やすい工夫)などのコードが挙げられた。さりげなく立ち寄れる、良い雰囲気でもた来たくなる、いつも知った顔がいる、綺麗で入り易いなどが居場所としての安心感につながっている。「楽しい多様なイベントが開催できる」では、(男性も入り易い工夫)(全世代型のイベント)(楽しんで参加できる)などのコードが挙げられた。多様なイベントは、引きこもり易い男性も引き付ける工夫や多世代が参加可能なイベントで高齢者の家族を引き付けることの他に、イベント自体の盛り上がりにも多世代型が大切であるとの発言があった。「ご近所や制度に繋がらないサイレントな人の居場所」には、(看取り家族のグリーフケアにも繋がる)(制度へ繋がるまでの相談の場所)(病院と家族の気持ちのギャップを埋める相談)(独居の人の居場所)(制度の狭間にいる人の受け皿)(地域包括の不足を補足する)などが挙げられ、制度の狭間で行き場所の無い人、看取った家族や独居の人、サイレントな人が立ち寄れる場所となることも重要な視点となっていた。

(表 15) カテゴリー「安心の居場所」

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	発言内容
「安心の居場所」	安心して入 れて居心地 が良い	近所で知られる存在 になり、できるだけ 在室している	近所の顔となり時間のある限り は保健室に居て、近所の人が入っ てきやすいようにしている
		さりげなく立ち寄れ る	さりげなく立ち寄れる場所。何を している場所かしらから始まる
		無料で入れる	無料での相談という基本的な姿 勢を継続する
		常設で知っている顔 がいる	常設で常に誰か顔になる人がい ることが大切
		定期開催、開催時間 の明記	開けている日は、10時から16時、 お昼ご飯、味噌玉作りなどイベン トも増やして、案内もスーパーに 張り出したりしている
		穏やかな居場所の必 要性	緩やかな居場所が必要なことは 直観、長年の病院看護、訪問診療 の現場経験から感じていた
		落ち着いた居心地の 良さ	絵や作品を飾ったり、雰囲気も大 切。マギーズホームとはいかない けど木の雰囲気作り。居心地の良 いことも大切
		アクセスが良い	アクセスが良い。都会との中間点 に全世代型の相談場所になれば よい
		入り易い雰囲気や繰 り返し来やすい工夫	庭先から入り易いように、鉢植え など花の咲く植物を多く飾って 目に留まる工夫もしている。 本の寄付も集めて図書館として 貸し出せるようにした。

「安心の居場所」	サブカテゴリー	コード	発言内容
	楽しい多様なイベントが開催できる	様々なイベントの開催	いろいろな教室、体操教室、勉強会イベントを保健室のロビーで開催
		男性も参加しやすいイベント開催の工夫	哲学カフェ。男性は参加したがいらない。逃げる。看取った後は引きこもる。男性が継続参加するには理屈が必要のようだ。心理学？独りぼっち男性の会？色々と考え中。
		多様なテーマ、全世代参加型イベント	テーマは多様、高齢者だけへのイベントより全世代イベントの方が入りやすいし盛り上がる
		楽しんで参加できる	お茶会、昼食づくりの会など来たら楽しんで帰ってもらう
多様な場所、イベントで参加するメンバーも多様な	民家、喫茶店、薬局など仲間づくりを違う土壌で行うことで多様性が生まれる。 それぞれ会場の大きさ（10-50人）も違うので雰囲気も変わる		
サブカテゴリー	コード	発言内容	
ご近所や制度に繋がらないサイレントな人の居場所	看取り家族のグリーンケアにも繋がる	看取った家族は、ここと繋がりを保つ事での安心感を感じたいのではないか	
	看取った家族からの相談	訪問看護の看取った家族の相談も多く、家族は地域で気持ちを出す場所が無い	
	近所のコアとなる女性の集まりが周りを引き付ける	利用者 60-80 代が中心。女性ばかり。おしゃべりの場所だがこういう人が近所の人を誘ったりしてくれる。	

「安心の居場所」	ご近所や制度に繋がらないサイレントな人の居場所	制度へ繋がるまでの相談の場所	ここで相談していた人で地域包括に至るほどでない人の急な変調の際の相談相手になれる。 入院後の急変事例、区分変更の戸惑いなど病院の MSW は退院した後は細かい相談には対応していないことも多い
		病院と家族の気持ちのギャップを埋める相談	セカンドオピニオンの役割、病院入退院支援室の一般的（客観的）退院の方向指示と家族の気持ちのギャップを丁寧にフォロー
		制度の狭間にいる人の受け皿	家族や本人の気持ちを聞いて欲しいという受け皿がない。制度の側にいたので狭間を感じてきた。
		独居の人の居場所	独居の人が話す場所はない。出向くのも難しいが身近に場所があれば来られるようになるきっかけとなる
		地域包括の不足を補足する	地域に 4 か所の拠点を作ったことに意義もある。地域包括だけでは足りないので療原の火の保健室を広げる。
		公的な医療の場所では相談が不十分な人がいる	病院から退院後に行き場のない、相談相手も無いような人もいる
		相談場所の分からない人の場所	居場所のない人、答えや相談が漠然としている人の頼る場所

カテゴリー「連携の場」（表 16）は、「価値観を共有する仲間がいる」「公的制度、機関との狭間を埋める」「地域の緩やかな拠点となる」の 3 つのサブカテゴリーに集約された。サブカテゴリー「価値観を共有する仲間がいる」では、（志の同じ人との活動）（実践者の気持ち、自分のためになっている）（自分の方針で運営する）（ビジネスではない）（多職種とのデスカンファレンスなどを通じて方針を共有する）（多職種との事例を通じての繋がり意識の統一）（スタッフも方針を理解し活動を通じて成長）（自分のために行っていることが地域に役立てばよい）などのコードを集約した。実施責任者は、継続の為に資金支援先や自治体との協力は重要であるが、それ以上に、運営の基本理念や仲間の共感を最優先す

ることが重要である点を強調していた。こうした活動はビジネスでは無いので、実施者の理念に賛同する仲間を増やすことが大切であり、イベントや多職種によるカンファレンスを通じて自らの考えを発信し連携を強めて行くことを重視している。サブカテゴリーの「公的制度、機関との狭間を埋める」では、(公的制度だけでは足りないことは経験から明らか) (制度の狭間を埋める役割) (保健室は効率を追わないところが公的制度との違い) (公的制度では非効率な事例にも対応) (公的制度の後のフォローアップ) (市や包括に必要以上には頼らないが協力は惜しまない) (市や包括とは対等な位置関係) などのコードを集約した。公的制度や機関との繋がりは重要であるが、公的制度では救えない人たちに寄り添うことに保健室の強みが発揮できるとの意見があった。公的制度の支援で十分でない点のフォロー、公的制度への繋ぎ役も専門職が参加する保健室の特徴になっている。サブカテゴリー「地域の緩やかな拠点」では、(組織や仲間との共通の意識、ぶれない関係を確信する場所) (多職種の外枠にも更にネットワークが広がる) (地域の大切な場所としての認識) (公的制度への繋ぎの場所) (相談が途絶えない、更に広がっている実感がある) (繋がる人は多様、人との繋がりから医療や介護の相談場所に発展) などのコードを集約した。多職種が集う場所であることは勿論であるが、地域を良くしようとする意識は医療や介護に留まらず、多様な人達との繋がりが重要であるとの意見も多かった。

(表 16) カテゴリー「連携の場」

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	発言内容
「連携の場」	価値観を共有する仲間がいる	志の同じ人との活動	資金規模は脆弱だが志を同じくする人の集まりなので楽しくできる。
		家主のミッションと共鳴	家主は将来自分たちが帰って来た時に近所の人が集まれる場所になるようなミッション
		他の保健室との情報交換やノウハウ蓄積	周りの保健室実施者とのコミュニケーションでノウハウを蓄積
		実践者の気持ち、自分のためになっている	実践者の気持ちが確かなこと、自分のために行っているという意識も必要だ。
		将来の地域の構想まで考える	仲間との将来の構想は、地域の憩いの場、図書館や喫茶の併設で子供も集まってくる場所に。
		自分の方針で運営する	周りに左右されないで自分の方針で運営できる場にする
		ビジネスではない	スポンサーの思惑の変遷に左右されるのでビジネスと思われるとう齟齬が生じる
		自らの考えと協力者	自治体予算は過度にあてにしない。自前、協力者との協力で運営している
		多職種とのデスクカンファレンスなどで方針を共有する	開設当初はデスクカンファレンスを行っていた。ドクターの予定を聞いて開催。お酒を飲みながらの開催もある。今年は忙しくできなかった来年は実施する。集まって話すことで方針や共通の意識ができる
		多職種との事例を通しての繋がり意識の統一	独居96歳で亡くなった。家族も無く、成年後見人なども集まって支えたケース。多職種で支えた計画からデスクカンファレンスまでフォローすることで仲間意識が強くなった。
専門家通しの話し合いから良いアイデアが出る	日頃の仕事の矛盾や悩みを専門職で楽しみながら知恵を出す集まりの機会		

「連携の場」		スタッフも方針を理解し活動を通じて成長	スタッフの変化。時間とともに自分は何をしたら役立っているかを自覚して積極的に参画。傾聴ボランティア研修に行った人もいる。
		自分のために行っていることが地域に役立てればよい	自分のために行っていることが他人のためになっている。やっていると人が集まってくる。
サブカテゴリー	コード		発言内容
公的制度、機関との狭間を埋める	役所、包括との連携の仕方は様々		公的な窓口との連携には、市役所、包括はそれほど積極的でない。バッティングすると思うのではないか
	公的な制度だけでは足りないことは経験から明らか		保健所、社協での看護経験を経て、ステーション設立。長い経験から地域に必要な、足りないと感じた事を実現。
	公的制度へ繋げる実務的なことも多い		相談だけで終わるケースは少なく、繋げなければならないケースは多い。包括や医師へ直接つなぐ役割もする。
	制度の狭間を埋める役割		保健室をのぞいていた人に声を掛けたら結構な問題があつてそこから包括へつないだ。制度の隙間を埋めている事例。
	公的制度から再び漏れる人の再度の受入れ		繋いだ後の自己決定、制度の中で出来ることには関与できないが、また困ったときに相談に来る
	かかりつけ医との会話を苦勞している人のサポート		かかりつけ医に相談する時に必要な知識や伝え方を支援する
	包括の医療知識の不足を補うバランス		包括は生活相談が中心で医療への連携はまだ不十分
	保健室は効率を追わないところが公的制度との違い		社協のサロン作りは、組織なので作った数の目標重視、保健室の様に長く寄り添うという考えとは目標が違っている

「連携の場」	公的制度、機関との狭間を埋める	単なる遊びの場ではなくそこから相談にもつなげる	サロンとの違いはある。遊びの場所か相談や学びの場かの違い
		公的制度とは必要な時に繋がればよくルールに縛られるのはマイナス	地域包括支援センター、市との繋がりは特別なルールや制約はない。症例ベースで必要な時に連携する
		制度と制度の途切れた繋ぎの役割	要支援から入院、要介護への区分変更中の隙間、ケアマネ変更など制度で途切れる場合の対応者がいない
		制度の隙間や公的制度で非効率な事例にも対応	ケアマネも制度の隙間でお金にならない相談には対応しにくい。保健室でワンクッションを置いて制度につなげる
		制度の中では高齢者のニーズに対応できていないことを知っている専門職は多い	集まったボランティアの気持ちは、制度の中では高齢者のニーズに答えられていない矛盾を埋め合わせ、知恵を出し合いたい
		病院より前の段階での相談	始まりが病院からでは遅いケース、保険も含めてもっと前からの付き合いが必要。
		公的制度の終了したあとのフォローアップ	包括が地域をカバーして満ち足りている高齢者も多い、寧ろここは癌患者のフォローアップなど相談先が無い人のため
		法人、設立主体の基本コンセプトが緩やかな繋がり	枠を超えて緩くつながるがこの保健室を支える医療法人のコンセプト
		市や包括に必要以上に依存しないが必要な協力は惜しまない	市も包括も人も予算も厳しい話が多く、支援は期待せず繋がりをつける。共催など名前を借りることで根底では地域に貢献。
		市や包括とは対等な関係維持	社協や包括の制度の活動に乗りすぎると手足で使われてしまうだけになるので注意してつきあう

「連携の場」		公的機関もネットワークの一つとして協力関係を維持	地域包括支援センターは忙しいので保健室には来ないが、それでも良い。ネットワークの一つだと思い必要な時にだけ繋がればよい
		自分の方針と一致する公的活動との協力	市の委員などの謝金も運営に活用しているが、お金よりも市や社協への影響力発揮や意見を言える環境作り
		公的機関との繋がりは難しい面もある	包括との人間関係が重要だが市と包括の関係が強く保健室を懐疑的にみる地域では難しさもある
サブカテゴリー	コード		発言内容
地域の緩やかな拠点となる		組織や仲間との共通の意識、ぶれない関係を確認する場所	地域でのビジョン&ミッション「命を育て看送る地域」で志を一緒に持つ仲間。ソシオで作ったインパクトフレームもあるのでぶれない仲間意識がある。こうした意識を確認し合う場所。
		地域を良くしようと考えて活動していれば同じ仲間が集まってくる	地域、街を良くしようと考えてアンテナを張っている人達はいるのでそうした人が自然と集まる場所
		同じ地域で働く多職種の症例検討会なども大事なイベント	症例検討会、デスカンファなど多職種の勉強会へ広がっているが大事なことは分っているが忙しくて回数は増えないのが悩み。
		多職種の外枠にも更にネットワークが広がる	多職種を超えた地域の人との協力、街づくり、ネットワークの広がりを感じる
		地域の大切な場所としての認知	地域の自治会が最初は不思議がっていたが、最近は、地域の大事な場所として認識されてきた。3年掛かった。
		公的な制度、相談場所への繋ぎの場所	答えや相談内容を知っている人は制度に繋がる場所へ最初から行ける。行けない人を繋ぐ地域の居場所、相談場所になる。

「連携の場」	地域の緩やかな拠点となる	相談者が途絶えない、更に広がっていることを実感	繰り返し来てくれる人がいる。相談の報告に来てくれる人がいる。人づてに来る人も増えているのは事実。
		繋がる人脈は多様、人とのつながりからの医療介護の相談場所	地域の顔役的な人への相談内容が医療、介護だと保健室へという流れもある
		地域の中で役立てれば政治的なしがらみにはこだわらない	市議、市長の理解が必要。様々な人の思惑はあるが地域、住民へ役に立てば目的が果たせるので協力する
		地域の中で時間を掛けて良い事例が増えている	成果は、良い事例が増える事。3年経って地域の回覧板を回して貰えるようになった。成果は緩やか、ゆったり。
		地域の課題を広くとらえる	地域づくりを高齢者、少子など多面的な側面から
		地域の中で存在が確立できるように努める	地域の中で全体最適の一翼を担うようなお墨付きが必要だかそうになっているか常に模索している

今回の GP インタビューでは、秋山の掲げた6つの機能からカテゴリーとしてとり挙げた「育成の場」(ボランティア)「交流の場」(世代間)に関する発言は無かった。理由として「暮らしの保健室」は先ずは基本的な機能として対象である高齢者の居場所づくり、学びの場、相談窓口が重要であり、参加する多職種との連携が徐々に広がっているステージであり多世代の交流や地域の学生ボランティアの育成にはさらに時間を要すると考えられた。最終的に4つのカテゴリーから「安定した運営資金の確保」「身近に医療専門職の知り合いが出来る」「看護師が生活者視点でゆっくりと寄り添う」「参加者が主役となり本来の力を取り戻す」、「もしもの時への情報、知識の蓄積を分かり易い言葉でサポートする」「安心して入れて居心地が良い」「楽しい多様なイベントが開催できる」「ご近所や制度に繋がらないサイレントな人の居場所」「価値観を共有する仲間がいる」「公的制度、機関との狭間を埋める」「地域の緩やかな拠点となる」の11のサブカテゴリーを抽出した(表17)。

(表 17) 暮らしの保健室を機能させる重要な要素 (サブカテゴリー)

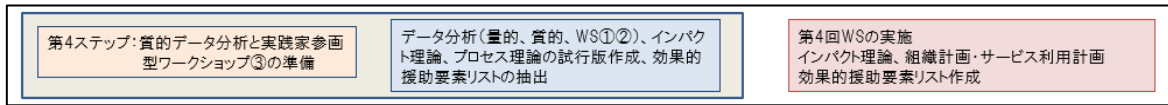
「暮らしの保健室」を機能させる重要な要素	
サブカテゴリー	カテゴリー
安定した運営資金の確保	「相談窓口」
身近に医療専門職の知り合いが出来る	
看護師が生活者視点でゆっくと寄り添う	
参加者が主役となり本来の力を取り戻す	「学びの場」
もしもの時への情報、知識の蓄積を分かり易い言葉で支援する	
安心して入れて居心地が良い	「安心の居場所」
楽しい多様なイベントが開催できる	
ご近所や制度に繋がらないサイレントな人の居場所	
価値観を共有する仲間がいる	「連携の場」
公的制度、機関との狭間を埋める	
地域の緩やかな拠点となる	

【GP インタビューの考察】

全国で「暮らしの保健室」を開催している実施責任者へのインタビューでは、秋山の経験から挙げられた6つの基本的な機能の内、カテゴリ項目として「相談窓口」「安心の居場所」「学びの場」「連携の場」の4つの機能が確認できた。発言内容をコード化し、実践家評価チームの意見を参考に、11のサブカテゴリーを抽出した。このサブカテゴリーが「暮らしの保健室」を実施する上で実践者が共通して重視している項目と考えられた。無料の「相談窓口」を継続的に「運営」するためには安定した運営資金の確保が重要であるが、基本は実践者が保健室を開催する基本的な姿勢や思い入れに影響しない資金確保が重要になっている点である。開催に当たっては、実践者の思いに賛同する協力者や開始前に協力者と十分に開催の意図や概念を話し合う機会を作るなど開催の意義を十分に共有することが重要となる。「安心の居場所」「学びの場」として重視されている点は、本音で相談に至るまでには、日ごろから看護師としての顔でなく、垣根を低くした生活者視点で相談に応じることや普段は参加者同士の会話や行事を重視し、参加する高齢者が主役となって居られる場所を提供しその中から必要な質問が出た時にサポートし本来高齢者が持っている力を引き出す役割として存在することの重要性が語られた。「連携の場」では、地域には制度の狭間で行き場のない高齢者も多く、こうしたサイレントな人たちをきめ細かく緩やかに支え、必要に応じて公的な制度に繋げることの重要性が語られた。実践者とその周りに集まる協力者や専門職はこうした活動を通じて共通の価値観を醸成し実際の多職種連携の場でも公式、非公式の円滑なコミュニケーションと医療・介護の連携活動に繋げる素地を作っていく活動になっていると考えられた。

インタビューでは、その他の質問事項として、拠点型の「暮らしの保健室」に対して、アウトリーチを基本とする「出張暮らしの保健室」への意見を貰ったが、拠点型が重視する4つの機能の中で「安心の居場所」としての機能をアウトリーチ型で実現するための工夫が必要であり、逆にアウトリーチ型での工夫が拠点型の運営にも参考になる可能性があるという期待を寄せられた。本インタビューの結果と分析プロセスは、実践家評価チームのステップ4以降のワークショップでの活用が可能と思われる。

4. 第4ステップ（質的データ分析）



(1) プログラムゴール、インパクト理論の作成

先行研究、T市における高齢者のニーズ調査、全国で実施される「暮らしの保健室」のGPインタビューで得たインプットを基に、ステップ2で議論した「出張暮らしの保健室」のインパクト理論の図式を改善した。

【目的】 プログラムの実施からアウトカムに至る活動の道筋と要素を明らかにする

【対象】 実践家評価チーム7名 研究者1名、専門家1名（10月23日参加）

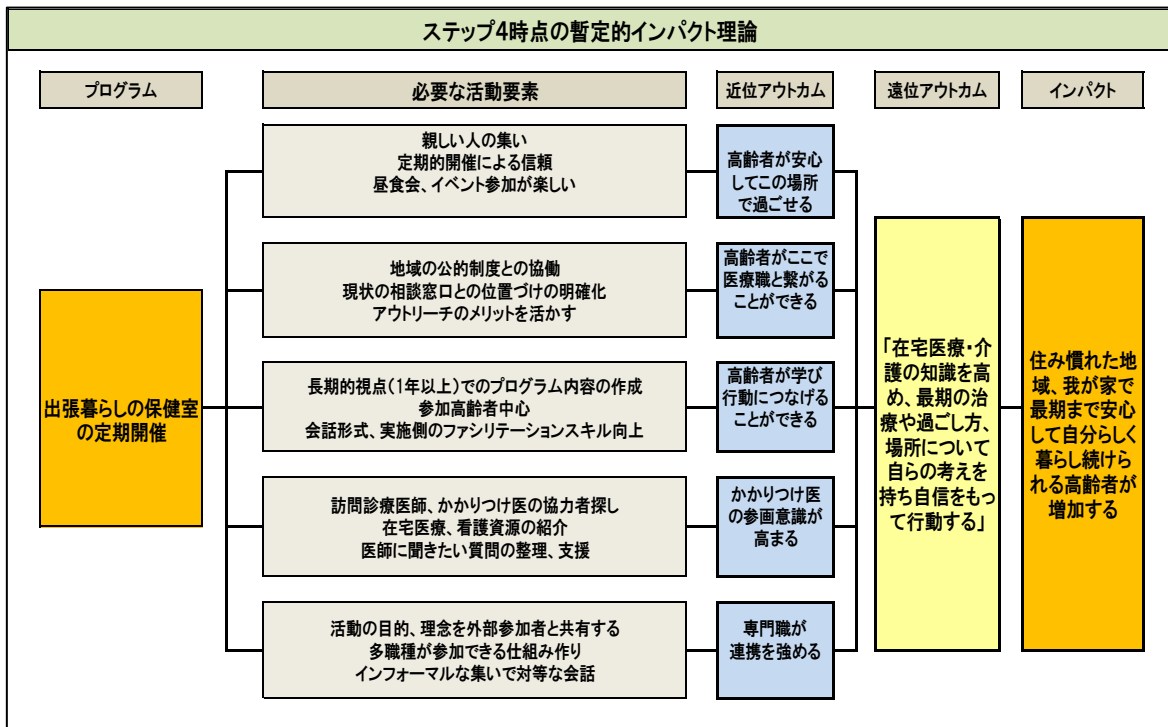
【開催日】 第4回（2019年11月13日）

専門家（秋山正子氏）を迎えての特別検討会（2019年10月23日）

【場所】 T市社会福祉協議会ボランティア会議室、T市こども未来センター会議室

【方法】 これまでのワークショップで得られた、「出張暮らしの保健室」の実施の目的と必要な要素に加えて、GPインタビューの結果から得られた要素を加え、研究者がステップ2のワークショップにより生成されたロジックモデルをインパクト理論のモデルに近づけて図式化し、「評価の場」として実践家評価チームが検討した。

(図11) インパクト理論（ステップ4時点）



【結果】 ステップ2時点のロジックモデルで取り上げた、5つの集合体の中の32の活動項目を集約し、行動要素の実践によって対象へ与える言葉を近位アウトカムの表現として

纏めた。5つの近位アウトカムを「高齢者が安心してこの場所で過ごせる」「高齢者がここで医療職と繋がることできる」「高齢者が学び行動につなげることできる」「かかりつけ医が参画意識を高める」「専門職が連携を強める」とした。各5項目に必要な活動要素として、「高齢者が安心してこの場所で過ごせる」の項目では、GPインタビューに於いて、拠点型の「暮らしの保健室」では常設でいつでも立ち寄れる特徴から訪れる高齢者との信頼、安心感の醸成が容易だが、出張型のプログラムではこの点への検討がより重要になるとの指摘もあり、実践家チームでも時間を掛けて検討した。団地高齢者への出張型という特徴もあり「親しい人の集い」となる既に団地内の集会やサークル活動の仲間へのアプローチが良いとの意見に集約した。定期開催による信頼獲得が重要であり、実践者と参加者の距離を縮める昼食会、レクリエーションなどのイベント開催も必要とされた。従来からある参加者同士の信頼関係に加えて定期的に看護師が参加することで顔見知りとなり話しやすい雰囲気づくりは可能との意見もあり、拠点型よりも信頼関係作りに時間を要する可能性はあるものの継続開催により安心の居場所づくりは可能であるとの合意に至った。「高齢者がここで医療職と繋がることできる」の項目に関しては、プロセス理論の組織計画において意見の出た、地域の公的制度との関係を明確にすることの重要性が挙げられた。地域の中で「出張暮らしの保健室」の相談窓口の役割と地域包括支援センターなど公的な相談窓口が協力して行くことが重要であり公的機関との協働体制を最初から構築して行く働きかけが重要とされた。その際にアウトリーチ型の支援方法は、優先度の高い高齢者の集団へこちらからアプローチできることが長所となるとの意見があった。「高齢者が学び行動につなげることできる」ためには、「長期的視点（1年以上）でのプログラム内容の作成」の重要性が挙げられた。医療者からの一方通行での健康レクチャーではなく双方向の会話重視の形式とするためには、実践者の意識変革とファシリテーションなどスキルの向上も必要であり、参加者が主役になり自分の意見を発する場となるためには、開催が決まった団地のグループに対して、長期的視点で計画的なプログラムの立案が必要とされた。「かかりつけ医が参画意識を高める」の項目に関しては、医師会など団体への説明が重要であるが、同時に訪問診療や在宅医療に関与し、日頃から実施主体の訪問看護師と関係のあるかかりつけ医や一般開業医へ個々のプログラムへ参加ベースで依頼をすることも重要なスタートとされた。まずは、この場で看護師に対して、普段から通院している医師へ聞いてみたいことなどを練習会話として行うプログラムの設定なども挙げられた。最期に「専門職が連携を強める」に至るためには、このプログラムへの参加を通じて、「活動の基本概念、目標を共有する」ことを体感し、様々な多職種が参加出来るように手順書の作成や「出張暮らしの保健室」への参加をきっかけとして、医療職、福祉職による「インフォーマルな集いで対等な会話」に発展することが重要との合意を得た。

【小考察】 ニーズ調査、先行研究においても2人に1人の高齢者は、最後まで自宅で過ごすことを希望しているものの、実際に最期を自宅で療養し看取られると思っている人は5人に1人と半減してしまうことが解った。「出張暮らしの保健室」の改善においては、この5人に1人の方々の持つ特徴である在宅医療、介護に関する情報の取得への積極的姿勢、在宅医師、訪問看護師との繋がり、現在の「かかりつけ医」との良好な関係性、具体的な

在宅療養のイメージの構築などを意識し、こうした要素をプログラムに取り入れることを意識して議論を進めた。参加する高齢者に積極的な姿勢が生まれるような実践者側の意識の改革が重要であるとの意見がありそのためには、自治体とも協力しプログラムが地域の理解と協力を得た上で長期的視点での実践が必要と考えられた。

(2) プロセス理論—サービス利用計画の作成

【目的】「出張暮らしの保健室」のサービス利用の流れと関係する組織を明らかにする

【対象】実践家評価チーム 研究者1名

【開催日】第4回（2019年11月13日）

【場所】T市社会福祉協議会ボランティア会議室

【方法】ステップ2のワークショップで作成した本プログラムの運営に必要な外部団体、組織に関する「キャパシティ分析」とプログラムを実施するサービスの流れに、その後の自治体、外部団体への協力依頼の経過を加味して「サービス利用計画」の修正を討議した。

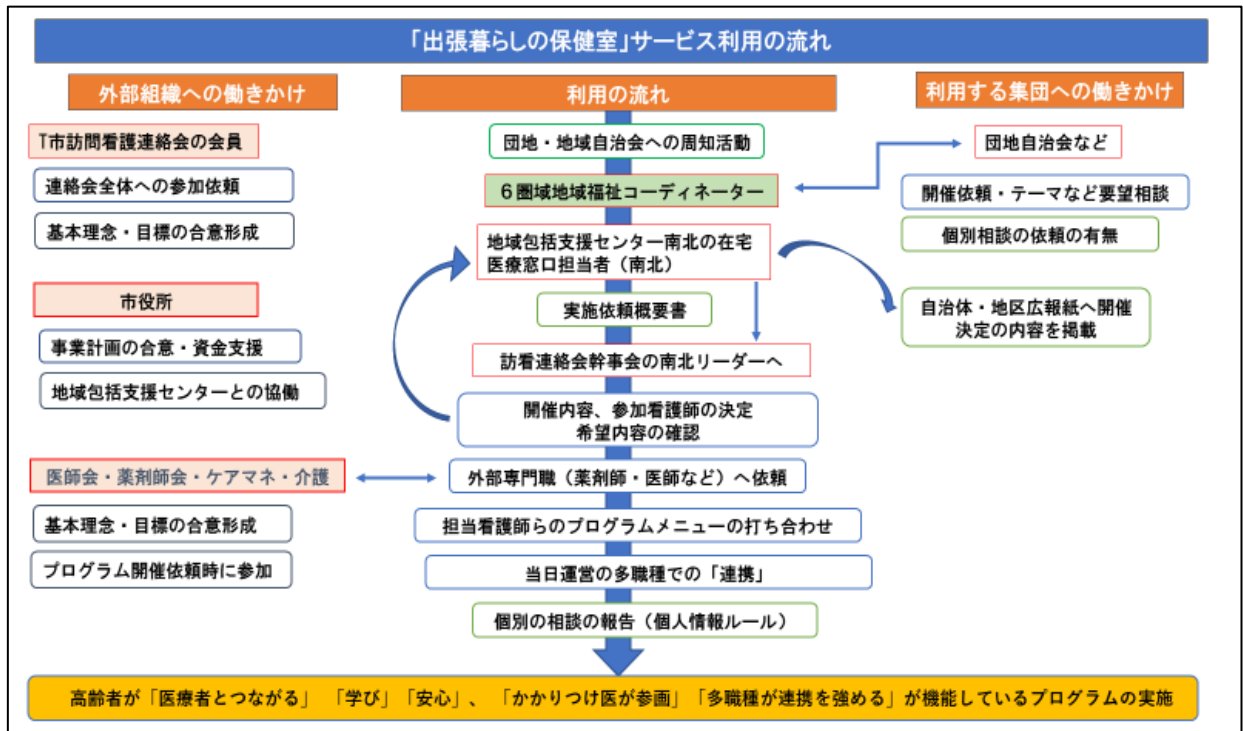
【結果】ステップ2の暫定版から進展した点は、「出張暮らしの保健室」の開催をT市訪問看護連絡会の有志による活動からT市の多職種連携に関わる人たち全体の活動へ発展させるための働きかけが前進し、プログラムに関与する福祉側の中心となる地域包括支援センターの担当窓口が決定しサービス利用計画がより精緻なものとなったことである。また、働きかけるべき外部団体とその内容をサービス利用計画に記載した。

サービスの実施主体は、実践家評価チームでもあるT市訪問看護連絡会の幹事会メンバーであるが、図で示した働きかけるべき最初の団体は、ステップ2の暫定版でも記述したT市訪問看護連絡会の全会員とした。全会員へ総会、団体内の会員限定のSNS（メディカルケアステーション®）を通じて、本プログラムの理念と活動内容を伝達し、その理念に賛同する大半の会員から参加の了解を得た。T市高齢福祉課へ協力を依頼する事業計画書に関し、直ぐには予算化とはならなかったが、運営協力として、市内6圏域の地域包括支援センターと任意での協力合意が得られる方向となった。プログラム実施の重要な目的の一つは、「出張暮らしの保健室」の活動を通じてIPW理論に基づく多職種連携の推進であり、出来るだけ多くの多職種団体に理念の理解と価値観を共有するために参加依頼を行うこととなった。ターゲット集団である団地自治会への働きかけは、サービス利用計画の流れで示した通り、地域包括支援センターに席を置く地域福祉コーディネーターが日常的な活動の中で行うと同時に、自治体の協力が得られたことにより市広報誌、地域包括支援センターが発行するタウン誌でも案内が出されることとなった。

サービス利用の流れでは、市内各団地へ広報誌の特集号による「出張暮らしの保健室」の紹介、開催日の案内も行われることとなったが、直接の開始点は、地域福祉コーディネーターが中心となり団地自治会役員へのアプローチとなっている。各コーディネーターが日常の圏域内高齢者との接点の中で自治会機能が活発で受け入れ度の高い団地、逆に自治会機能が低下し地域包括支援センターとして支援の必要度の高い団地などを勘案し「出張暮らしの保健室」を紹介する仕組みとなった。地域福祉コーディネーターと開催に興味を示した自治会役員の相談により、開催日時、開催の内容への要望事項を把握したうえで、

6 圏域の地域包括支援センターから選ばれた南北の窓口担当者（在宅医療相談窓口とした）へ開催依頼を提出する流れとなった。南北の窓口担当者は、実施依頼概要書など定型フォームに依頼内容を記載し、メールで訪問看護連絡会の南北のリーダーに送付する。訪問看護連絡会の南北リーダーは、依頼書の内容を確認し、当日の実施看護師を団体内の SNS で募集し、他団体の専門職に参加依頼を行う。市薬剤師会へは、開始当初よりボランティアとして参加していた薬剤師と訪問看護連絡会会長、研究者の 3 人で訪問し、市薬剤師会役員会で本プログラムの目的、内容の説明を行い正式に薬剤師会として本プログラムへ参加することが了承された。薬剤師の当日プログラムの参加者に関しては、代表窓口の薬剤師に連絡することで、実施日の担当薬剤師を決定し実施主体の訪問看護連絡会の南北リーダーへメール返信が届くこととなった。その他の医師会、ケアマネジャー、介護関係の専門職は、プログラムの内容によって必要時に団体窓口へ連絡する仕組みとなった。開催決定後の運営の中心となる訪問看護連絡会の南北リーダーが、実施日の内容、担当者が決まった段階で、定型フォームに必要事項を記入し、地域包括支援センターの南北窓口担当者へメールにて返信する。地域包括支援センターの南北窓口担当者は、最初に依頼のあった地域福祉コーディネーターへ開催の決定と内容をフィードバックし、団地自治会へ伝達する流れとなった。また、市広報誌、圏域のタウン紙へ開催案内の掲載を了解した自治会に関しては、近隣住民の参加も了解する形で広く開催を通知することとなった。開催に際して、自治会から個別の相談者がいる場合は事前に地域福祉コーディネーターに知らせ、別室での個別相談の準備も行う。そのために看護師は必ず 2 名で参加する体制とした。当日の相談内容を地域包括支援センターの関係部署へ伝達すべきと判断した場合は、本人の了解を得た上で関係する地域包括支援センターへ伝達するルールと個人情報の提供を了解を得るための提携フォームも準備した。

(図 12) サービス利用の流れ



【小考察】ステップ2からステップ4への時間的経過は6か月程度であり、ワークショップで議論し、自治体、他団体へのアプローチを行いながらも既に有志により実施中の「出張暮らしの保健室」は開催した。2018年度から2019年度は新型コロナウイルス感染症の発症前で開催が最も活発な時期であった。実践家評価チームで理想的と思われるサービス利用の流れを実際の開催プロセスによって実現する形式はCD-TEP法で重視される実践家による創意工夫と実践家自身の成長を促す意味において必要とされる段階であり形成評価に望まれる形式と考えられた。

(3) プロセス理論—組織計画の作成

【目的】「出張暮らしの保健室」に関する組織とその役割を明らかにする

【対象】実践家評価チーム

【開催日】第4回(2019年11月13日)

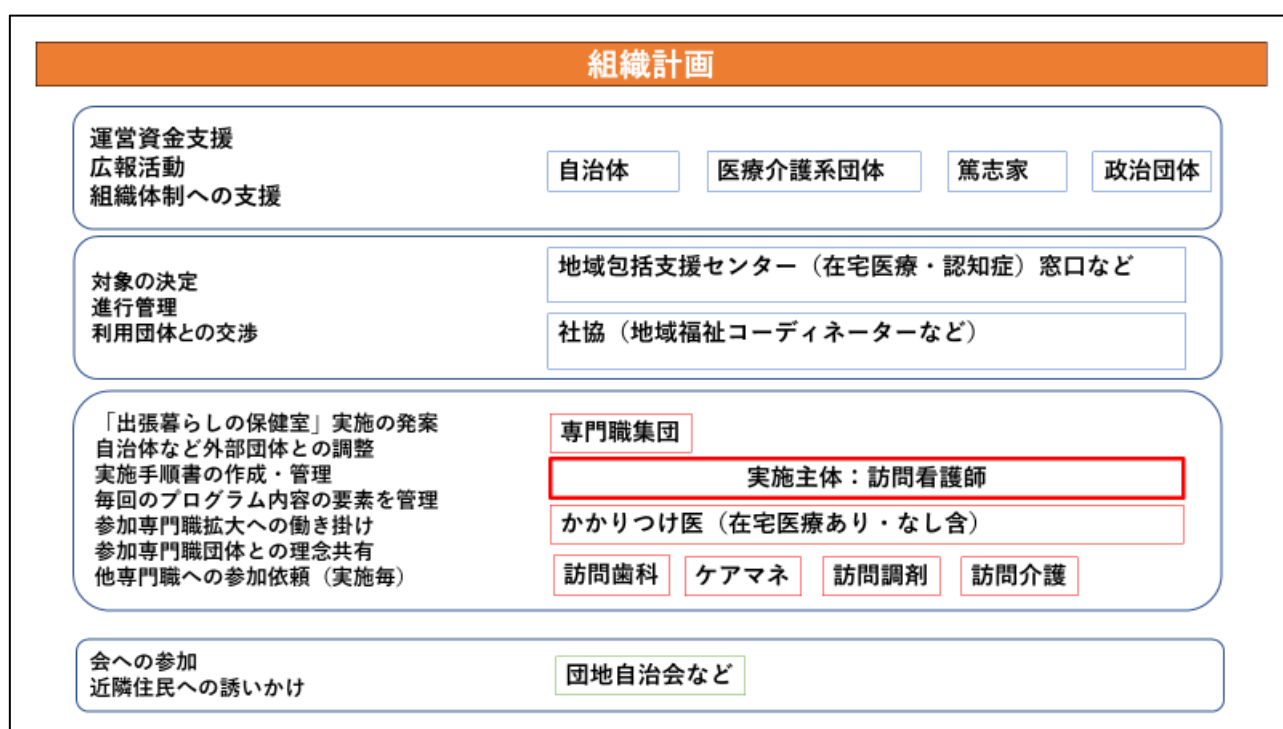
【場所】T市社会福祉協議会ボランティア会議室

【方法】第2ステップで作成した組織キャパシティ分析を実践家評価チームに提示し、プログラムを継続的に運営するための資源と役割を討議した。

【結果】本プログラムを継続的に運営するための資金、広報活動、組織運営の支援として、「自治体」が重要な組織として挙げられた。他にも組織体制への支援として関係する多職種の各団体、資金支援として篤志家、政治団体なども挙げられた。自治体から組織体制への支援が得られた結果でもあるが、任意の協力団体として、地域包括支援センター、地域福祉コーディネーターなどの公的組織の福祉関係者が、実施対象となる団地自治会との交

渉、開催の決定と進行の管理面で役割を担う組織とされた。プログラムの実施主体となる訪問看護連絡会の幹事会と会員は、本プログラムの実施が後述する「効果的援助要素」に上げた目標達成に必要な項目を満たす内容で実施されるように、自治体を始めとした他団体への働きかけなど組織へのアプローチ、当日のプログラムの実施内容そのものの補償、こうした活動が継続出来るような実施マニュアルの作成などを担当することとなる。他団体の専門職は、実施内容に応じて参加依頼が来た場合に協力する重要な組織として位置づけられた。対象となる団地自治会は参加者であると同時に開催に向けての団地内への案内、場所の手配、近隣住民への参加を了解して開催する場合の手続等で関与することとなる。

(図 13) 組織計画



【小考察】訪問看護師有志による活動が、自治体への支援要請を機に地域の活動へと進展した。有志活動時代より参加の訪問調剤薬剤師の働きかけにより市薬剤師会が団体として活動へ参加することとなり在宅医療の現場で活動する医療職同士の関係が高まることとなり多職種連携の強化という目的も推進されることに繋がった。実施主体の訪問看護師、薬剤師、市高齢福祉課、地域包括支援センターによる初回説明会（その後、年に2回連絡会議として定期開催となる）では、地域包括支援センター責任者より市からの支援要請ではなく自主的な任意協力であることが確認された。多職種連携のIPW理論に基づく活動を推進する上でも、制度的な枠組みによる強制にならずに地域で必要なグループに対して福祉専門職が活用可能なツールとして自らの意思で医療専門職と協働することが重要であり、協力体制を参加する各団体の責任者が議論できたことは有意義であった。

4) 効果的援助要素の作成

【目的】「出張暮らしの保健室」の目的を達成するために実施する活動内容を明記する

【対象】実践家評価チーム7名 研究者1名

【開催日】第4回(2019年11月13日),第5回(2020年1月26日)にても継続討議

【場所】T市社会福祉協議会ボランティア会議室

【方法】第4回ワークショップで作成したインパクト理論、ロジックモデルで記述した活動内容を精査し、ニーズ調査、GPインタビューの結果を踏まえ、研究者が必要な支援要素を表に纏めて実践家評価チームに提示した。第5回ワークショップに於いて、支援要素の表をプログラムの「準備段階」「実施段階」「フォロー段階」に分け、対象となる組織と支援要素の妥当性を話し合った。効果的援助要素の項目の妥当性は、大島ゼミ、贅川ゼミでCD-TEP法により研究を進める研究者より意見をもらった。

【結果】「準備段階」の支援要素は、2018年度に訪問看護連絡会幹事会(その後実践家評価チーム)が立ち上げられ、ボランティアに近い社会貢献活動として「出張暮らしの保健室」を実践してきた過程において、自治体を始めとした外部協力団体への協力を依頼するアプローチ方法を振り返る形で記述した。実施主体となる訪問看護連絡会の会員、外部団体への説明に際しては、GPインタビューで得られた結果も参考とし、プログラムの活動理念を明確にすることが重要な項目として挙げられた。活動の継続に際して地域の公的機関との協働を基本とし、且つ、協力を強制しない姿勢も重要な項目とされた。自治体の協力を賛同が得られた後は、地域包括支援センターなど地域の公的機関や専門職との活動を円滑に進めるための手順書の作成が不可欠であることも確認された。「実施段階」は、「出張暮らしの保健室」の当日の実施プログラムの内容と対象となる参加高齢者との関係性に重点を置き、参加者の会話が弾み、参加者が主役となるプログラムの内容、進め方に不可欠な要素が挙げられた。単発的な開催ではなく、1年間程度の期間を考え3-5回の継続的な開催が出来るようにプログラムの内容も継続性を重視し計画的な内容を構築することを目標とし必要な支援要素を提示した。「フォロー段階」は実践者である訪問看護師、地域福祉コーディネーター、プログラムに応じて参加する医療・介護の外部団体協力者が継続的にこのプログラムに関与を続け、更に多職種連携としてのインフォーマルな会合を持つなどの進化に必要な支援要素を記述した。また参加者の反応と成果の評価に関する要素も提案した。支援要素の記述は、実施後に内容をチェックボックス形式で確認出来るように出来るだけ質問形式で記述した。

【小考察】効果的援助要素として提示された項目は、実践者である訪問看護連絡会幹事会のメンバーが2018年から2019年のワークショップと並行して、「出張暮らしの保健室」を団地グループに対して実施してきた経験に基づき、既にできている点、更に改善が必要な要素を抽出して修正を重ねてきたが、既に実施主体の幹事メンバーの間では、自らが必要として提示した効果的援助要素の項目であるために現時点では、項目の多くは実践できているとの意見が出されており客観的評価の困難な点も明らかとなった。

(表 18) 効果的援助要素

効果的援助要素と実行度の確認								
	実施項目	組織	実施項目詳細	○	途中	×		
準備	プログラム実施の合意	実施主体グループとその団体内部	実施主体となるグループ（看護師、薬剤師など）に共通の目的、概念があることが確認できているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			「住み慣れた地域、我が家で最期まで住み続ける」ことを地域で支える活動である点の合意があるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			参加する専門職の数、開催頻度がプログラムの目的達成に達しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			プログラムの内容、外部協力団体の枠組みを決定しているか（段階的で良い）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	協力団体への依頼	実施主体グループと外部協力団体	実施主体のグループから外部協力団体である地域の公的団体（社協、自治体など）へ協力を依頼する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			協力団体が主旨、概念を理解し協力の範囲を決定する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			既に類似のプログラムのある地域には協力は無理強いしない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			実施主体グループ、協力団体、開催団体（団地代表、自治会長）の役割を明記する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			地域独自のプログラム実施手順書を作る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			実施主体グループの窓口、協力団体の連絡窓口、連絡方法を決定する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	開催場所の決定	対象者へアプローチする外部協力団体	地域福祉Co、生活支援Co、地域包括支援センターなどと自治体の話し合いで開催場所の合意があるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			地域包括支援センターとしてリスクの高い集団として開催の優先順位があるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	開催の合意	外部協力団体と団地代表	自治会、団地代表者との話し合いで相手も開催を希望しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			自治会、団地代表者との話し合いで内容が十分に説明できているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			内容、テーマは自治会の要望が優先されているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	開催のルール	実施主体グループと外部協力団体	開催依頼、開催決定など各グループ間の伝達方法を決定し図式化する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			外部協力団体から団地代表などへの伝達方法、利用ツール（チラシ）を決定する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			実施主体グループ内での執行者の決定ルール、伝達方法を決定する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	実施	プログラム内容	実施主体グループと外部協力団体	3～5回分のレクチャー内容を決める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				「疾病・介護予防」「在宅療養」「介護保険制度」などの大枠を意識して検討する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3～5回の開催の何れかでかかりつけ医、ケアマネ、介護士など多様な専門職が参加する内容にする				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
医師と会話のできる情報提供や環境づくりの工夫				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域の在宅医療・介護施設の情報を提供する回を準備する				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
レクチャーは、全体時間の20%程度とする				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
双方向性のレクチャー、質疑の時間が十分とれる内容にする				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ファシリテーションを意識しスキルを向上させる仕組みをつくる				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
参加者の発言を促すオープンクエスチョン、クローズドクエスチョンを準備しておく				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
顔なじみの看護師が出来るように対象グループに定期参加する看護師のローテーション表を作る				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
もしばなゲーム、ランチミーティングなどイベント開催を工夫する				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
個別相談の方法、ルールを決めておく				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
実施主体グループ内でレクチャー資料を作成しておく				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
プログラム参加者				参加者の全員から何らかの発言がある	参加者の全員から何らかの発言がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					参加者同士の会話が出来ている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
実施主体グループと外部協力団体	自治体、地域包括への個人情報の提供ルールを決めておく	自治体、地域包括への個人情報の提供ルールを決めておく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		自治体、地域包括へ報告すべき事例の伝達ルール、ツールを決めておく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
フォロー	多職種への展開	実施主体グループと外部協力団体	専門職、協力団体の参加者は定期的に情報交換の機会を設ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			専門職、協力団体の参加者は定期的に事例検討会を開催する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			多職種を形成する各団体への参加を働きかける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	評価	プログラム参加者	団地代表、自治会長へプログラムの評価をして貰う機会を設ける	団地代表、自治会長へプログラムの評価をして貰う機会を設ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
アンケート調査、要望書などによって評価を行う				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

4. 第5ステップ（実践家参画型ワークショップ「第5回、第6回ワークショップ」）

第5ステップ:第1次効果モデルの構築	データ分析の継続、インパクト理論、プロセス理論の試行版作成、効果的援助要素リスト、評価ツールの作成	WS③(第5回WS)の実施 5アイテムの作成
--------------------	---	---------------------------

(1) 第5ステップの第一段階「インパクト理論、プロセス理論、効果的援助要素の完成」

【目的】インパクト理論、プロセス理論、効果的援助要素を完成させる

【対象】実践家評価チーム 7名 研究者 1名

【開催日】第5回（2020年1月26日）第6回（2020年2月6日）

【場所】T市社会福祉協議会ボランティア会議室

【方法】第4ステップで作成した、プログラムのゴール、インパクト理論の図、プロセス理論のサービス利用計画・組織計画、効果的援助要素を研究者が図、表で整理し第5回ワークショップにて討議を行った。

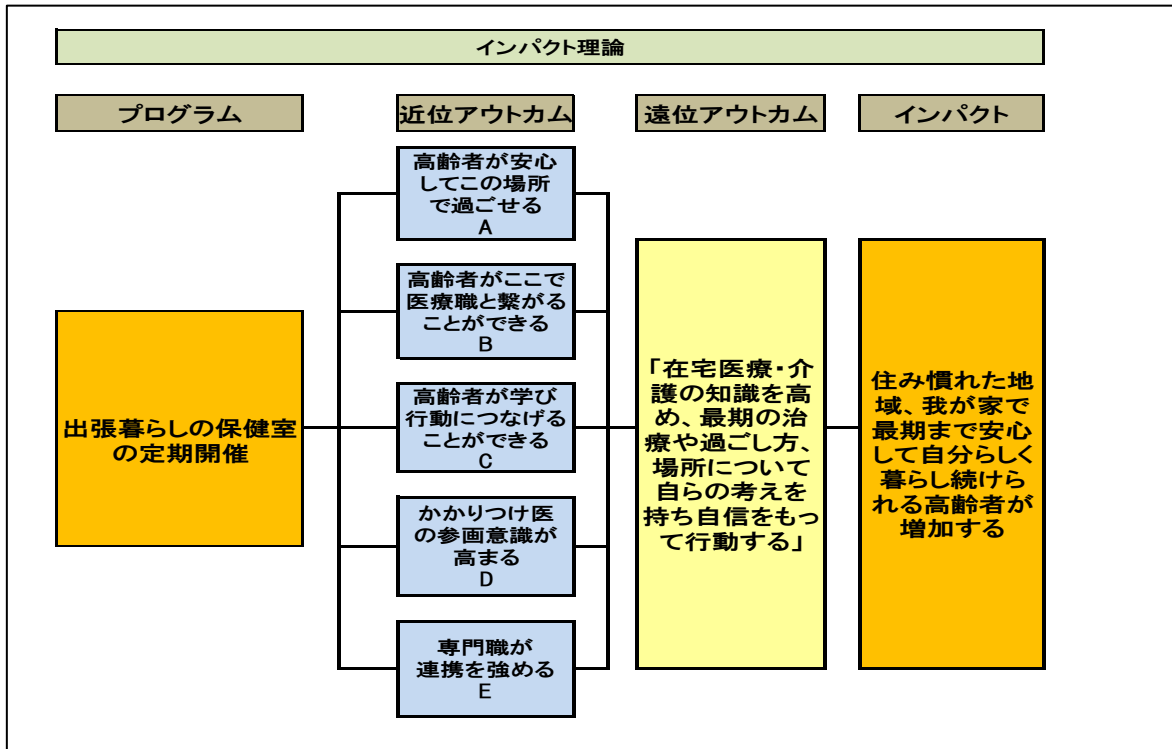
【結果】インパクト理論

ワークショップとニーズ調査、GPインタビューのフィードバックを通じて、第4ステップに於いて作成した暫定的なインパクト理論からプロセスを示す活動項目を除き、「出張暮らしの保健室」のプログラムからインパクトへ至る近位アウトカム、遠位アウトカムを示した構図を最終的なインパクト理論の図表として完成させた(図14)。

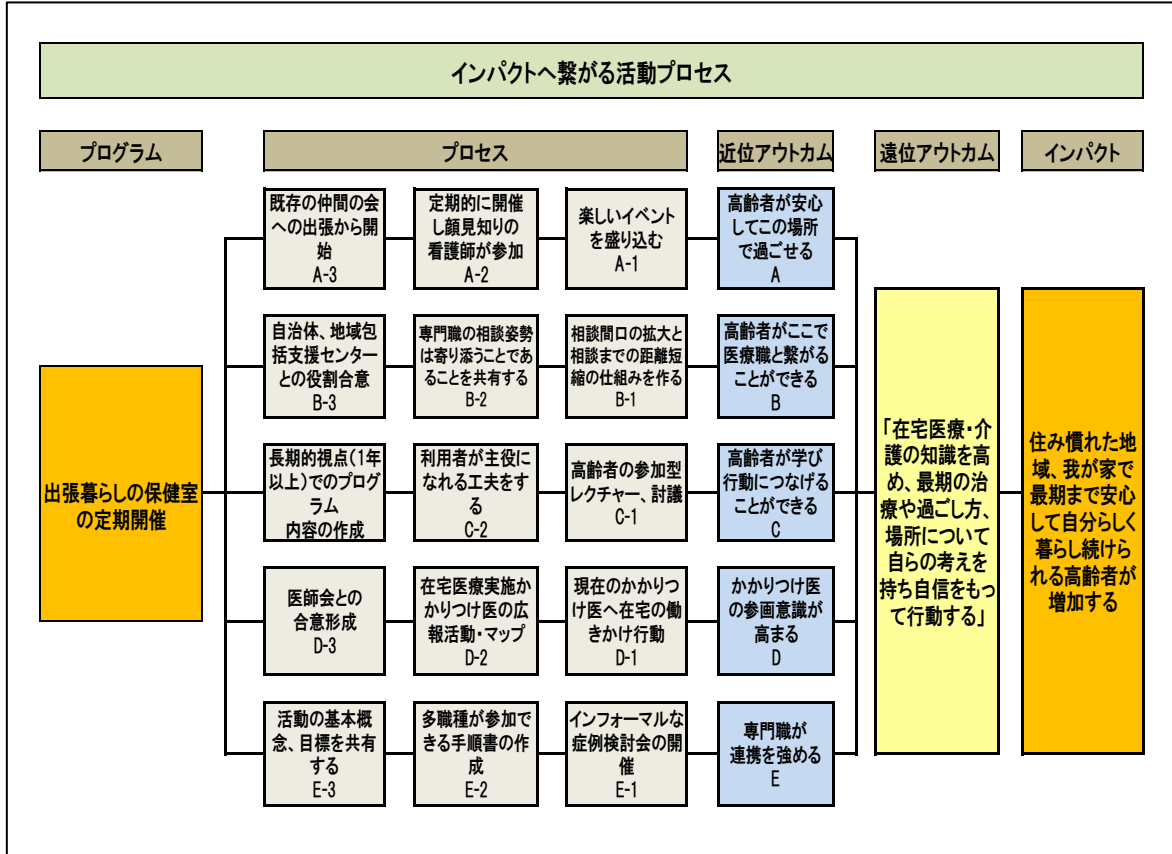
プログラム実施のゴールは、地域包括ケアシステムが掲げる「住み慣れた地域、(我が家)で安心して暮らし続ける高齢者を増やすこと」であり、その為の中期的に評価の可能性のある項目として、高齢者が「最期の治療や過ごし方、看取りの場所について自信を持って自らの考えを持ち行動する」ことを遠位アウトカムとした。プログラムの実践活動においては、遠位アウトカムに直結する近位アウトカムの実践度が重要となるが、実践項目の詳細を「効果的援助要素」として取り上げることと並行して、各近位アウトカムへ至るプロセスを(図15)にまとめた。高齢者が安心してこの場所で過ごせる」の項目では、GPインタビューに於いて、拠点型の「暮らしの保健室」では常設でいつでも立ち寄れる特徴から訪れる高齢者との信頼、安心感は醸成が容易だが、出張型のプログラムではこの点への検討がより重要になるとの指摘があったが、団地高齢者への出張型という特徴もあり「既存の仲間の会から開始する」ことで、仲間内での信頼関係もあり話しやすい雰囲気づくりが醸成され、こうしたグループへ「定期的開催し顔見知りの看護師が参加」することで、拠点型よりも信頼関係作りに時間を要する可能性はあるものの継続開催により安心の居場所づくりは可能であるとの合意に至った。この点は、本来、団地高齢者がSCの上では結合型として、閉鎖的で外部との交流には消極的という特徴を持つ点を配慮し十分な時間をかけてアプローチすることが必要であり、その後のプロセスで1年以上の長期計画を作って訪問を継続するという項目に繋がっている。継続によって、「日本人が持つ遠慮がちなSC」が発揮され受け入れられることが期待できる。看護師が楽しいイベントや行事を提案することで、会全体の信頼感、安心感へ繋げることが重要であるとの意見となった。「高齢者がここで医療職と繋がる事が出来る」の項目に関しては、プロセス理論の組織計画において意見の出た、地域の公的制度との関係を明確にすることの重要性が挙げられた。地域の

中で「出張暮らしの保健室」の位置づけを明確にするために「自治体、地域包括支援センターとの役割合意」をスタートに置き、GPインタビューで専門職の役割としての要点に挙げられた「専門職の相談姿勢は寄り添うことであることを共有する」ことを実践家チームからプログラムに関与する多職種全員に浸透させることが大切であり、地域全体として高齢者やひきこもってしまった社会的弱者の「相談窓口の拡大と相談までの距離の短縮の仕組みを作る」ことがプロセスの順番となった。また、「自治体、地域包括支援センターとの役割合意」に関しては、開催のための最初の団地自治会へのアプローチは地域包括支援センターに席を置く地域福祉コーディネーターであり、福祉職の役割を明確にし、医療職である訪問看護師と対等な立場で本プログラムを進めるという重要なプロセスとなっている。団地での実施という特徴は、開催の参加者側の重要な役割を担う自治会との関係が重要であり、地域福祉コーディネーターがエリアソーシャルワーカーとして日頃から地域の事情に精通し、福祉施策を優先的に実施すべき集団を把握していて初めて成立するプログラムとなっている。SCの発展に欠かせない対象となる集団と支援する専門家集団との間をつなぐ重要な中間組織としての活動となる。「高齢者が学び行動に繋げることが出来る」の最終項目に至る系列として「高齢者の参加型レクチャー、討議」「利用者が主役になれる工夫をする」「長期的視点（1年以上）でのプログラム内容の作成」の3項目が挙げられた。プログラムは、専門職によるレクチャーは最小限とし、利用者が主役になり自分の意見を発する場となる設定が重要であり、開催が決まった団地のグループに対しては、長期的視点で継続的なプログラムの立案が必要である。「かかりつけ医の参画意識が高まる」の項目に関しては、ニーズ調査の結果から、高齢者が自宅で療養、看取りを行うことに自信を持つためには、現在の「かかりつけ医」との関係性が重要であることが判明しており、また多職種連携を効果的に進めるためのIPW理論においてもその重要性がわかっている。系列として、このプログラム全体にかかりつけ医が関与するための「医師会との合意形成」、プログラムを通じて、地域にある医療資源、とりわけ「在宅医療実施かかりつけ医の広報活動・マップ」を通じてその情報を知り、看護師らとの気楽な会話の中で、現在の「かかりつけ医」に疑問に思ったことを聞いてみる、現在の「かかりつけ医」へ将来自分が通院できなくなった場合に自宅に訪問してもらえるか、或いはどのような訪問診療医を紹介してもらえるかなどを聞いてみる「在宅時の働きかけ行動の実施」に至ることによって「かかりつけ医の参画意識を高める」ことに繋げる道筋になるとの合意を得た。「専門職が連携を強める」ためには、このプログラムへの参加を通じて、IPW理論の要となる価値観の共有、参加者全員が同じ目線で話し合った上でプログラムの「活動の基本概念、目標を共有する」ことで、地域医療に求められるトランスディシプリナリチームに繋がることを体感し、実際の在宅医療の現場における多職種連携の実行にもつなげることが期待されるとの合意を得た。そのために様々な多職種が参加出来るように「多職種が参加できる手順書の作成」や「出張暮らしの保健室」への参加をきっかけとして、医療職、福祉職による「インフォーマルな症例検討会の開催」が重要との合意となった。各プロセスと中間アウトカムに付記した記号は、次のステップで示す「効果的援助要素と評価ツール」に付記した記号に対応している。

(図 14) インパクト理論



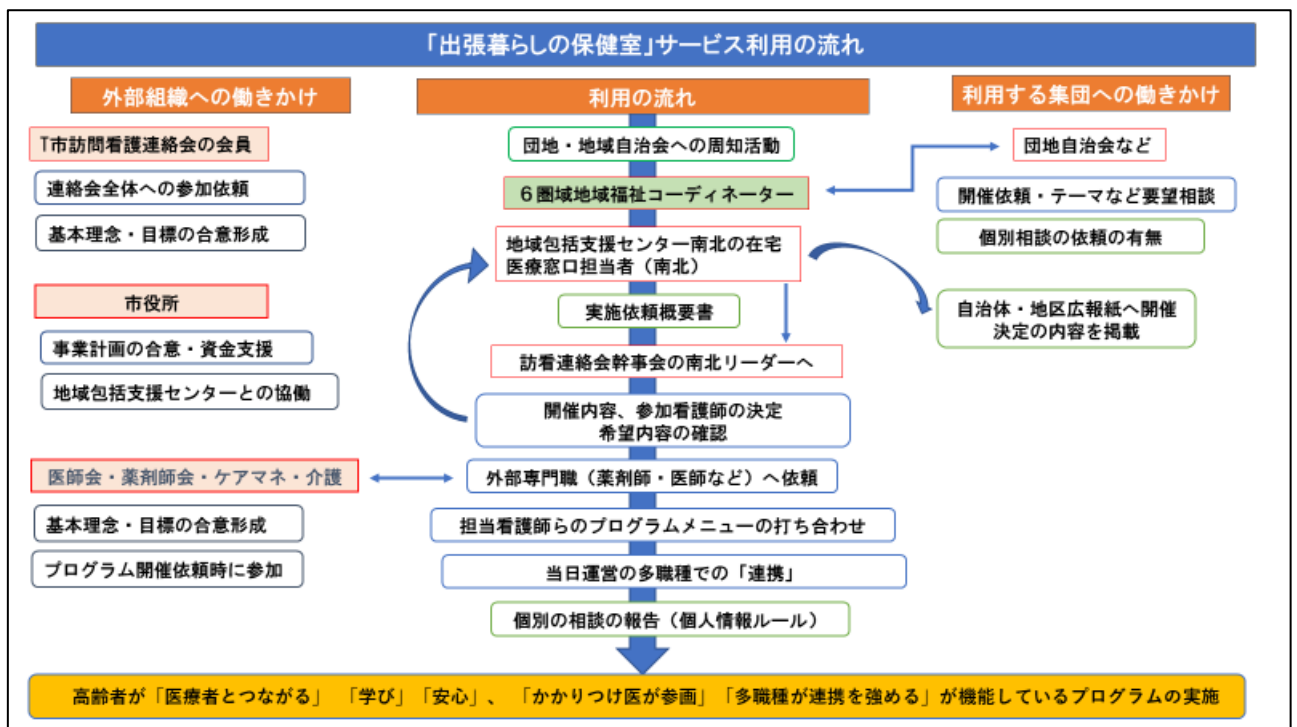
(図 15) インパクト理論とそこに至るプロセス



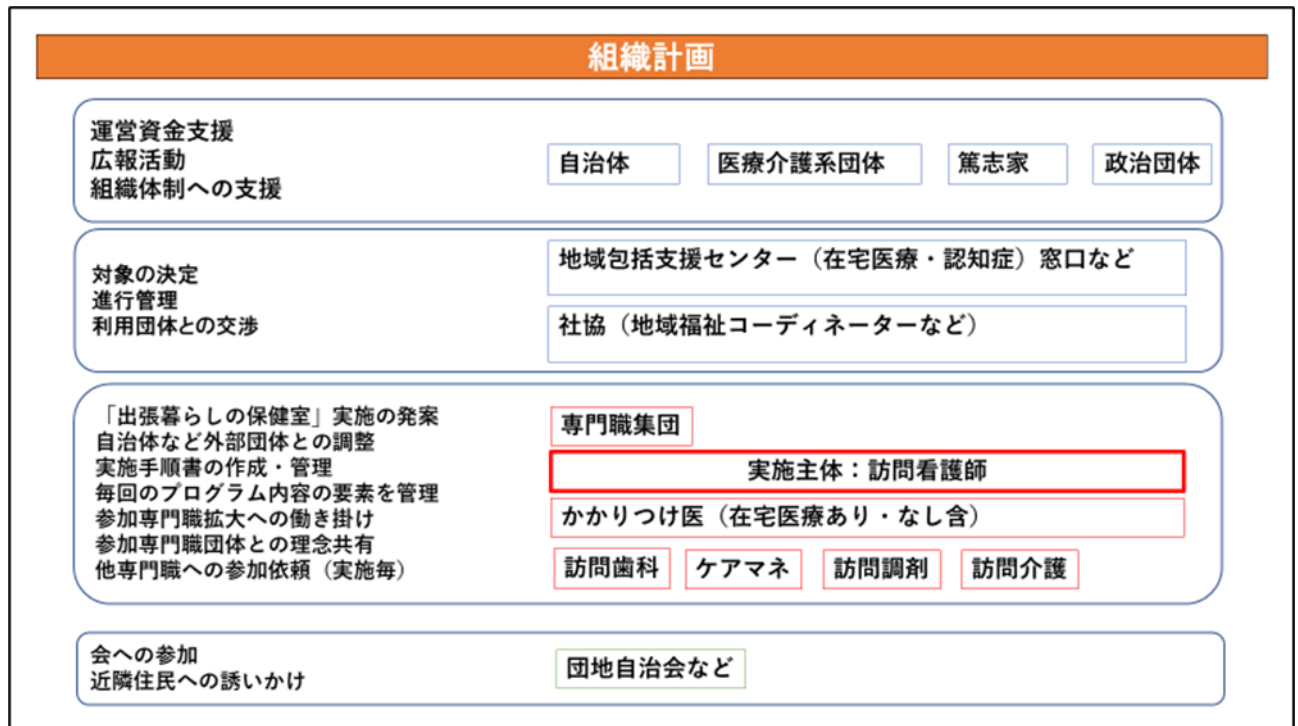
【結果】プロセス理論（サービス利用計画、組織計画）

プロセス理論、効果的援助要素に関しては、ステップ4で完成させたプロセス理論（サービス利用計画と組織計画）の図、効果的援助要素の表を確認する合意形成のワークショップとなった。自治体、地域包括支援センター責任者、訪問看護連絡会幹事、薬剤師会幹事、研究者が出席した説明会で、運営のカギとなるサービス利用の流れを説明し合意されていたこともあり、この頃にはサービス利用計画に沿って、出張暮らしの保健室は運営されるようになった。後述する実施マニュアルの原案となる定型フォームによる、地域福祉コーディネーターから地域包括支援センターの南北窓口担当への実施依頼、その先の訪問看護連絡の南北リーダーへの伝達も行われるようになった。地域福祉コーディネーターと団地自治会の責任者の相談は、日ごろの良好な関係もあり、本プログラムへの関心と開催への賛同はスムーズであったが、開催内容に関して参加側の団地自治会からの希望やテーマへの意向は寄せられることが少なく、本プログラムが目指す、参加者が主役となり、積極的な姿勢で関与できるようにするにはまだ時間を要すると思われ、当日の開催内容に様々な工夫をすることが今後の課題となった。効果的援助要素の「実施」の項目が重要となるため、プログラム内容、活用する資材などで実践家評価チームの更なる工夫が必要と思われた。また、組織計画の実施主体となる訪問看護連絡会の会員への主旨、目的の説明はステップ4の段階で行い、全会員23事業所の18事業所の参加同意もあり、参加事業所の登録を自治体へ行ったが、開催が決まり、訪問看護連絡会の窓口担当者が事業所へ参加を募る形式において手を挙げる事業所が少なく、実践家評価チームである幹事会メンバーが実施の中心となる状況が続いていることもこの段階の課題として挙げられた。

(図16) プロセス理論—サービス利用計画



(図 17) プロセス理論—組織計画



(2) 第 5 ステップの第二段階「評価ツール」「実施マニュアル」の検討

《評価ツールに関して》

【目的】 評価ツール作成の為の討議と試行版の表を作成する

【対象】 実践家評価チーム

【開催日】 第 5 回 (2020 年 1 月 26 日) 第 6 回 (2020 年 2 月 6 日)

【場所】 T 市社会福祉協議会ボランティア会議室

【方法】 第 5 ステップ第一段階で完成させたインパクト理論とそこに至るプロセス(図 15)と効果的援助要素(表 15)を参考として、プログラムの実施により近位アウトカムに至る各プロセスの実施度を評価するためのツールの作成を話し合った。効果的援助要素の各項目がプロセスのどの項目の実行度に影響を与えているかを討議した。

【結果】 評価ツールとなるフィデリティ評価尺度は、ステップ 4 で作成した効果的援助要素を用いた。効果的援助要素を作成するワークショップにおいて実践家との討議の中で、「出張暮らしの保健室」のプログラムを実践するためには、準備段階と当日のプログラム内容と言う性質の異なる 2 つの大きな段階があることが判明した。プログラムのゴールである「住み慣れた地域、(我が家) で安心して自分らしく暮らし続ける」高齢者を増やすための遠位アウトカムである「最期の治療や過ごし方、看取りの場所について自信を持って自らの考えを持ち行動する」ことの実現には、開催するプログラムの内容そのものが直接影響を与えるが、このプログラムを実施するにあたっては、実践者だけではなく関係する団体や個人へ働きかけ、如何に賛同者を増やし、組織的な運営に結び付けるかが前段階での重要事項となる。従って、効果的援助要素は、「準備」と「実施」に大きく分け、その両方が実現されないとアウトカムに結び付かないことが確認された。一方、プログラムの実

施がどのようにターゲット集団に影響を与えたかを判断するアウトカム評価尺度に関しては、プログラムの内容そのものが重要であることからインパクト理論で近位アウトカムとして挙げた5つの項目を評価する尺度を採用した。即ち「高齢者が安心してこの場所で過ごせる」(A)に対しては、「同じグループからの実施依頼が3回以上継続している」「参加に好意的な高齢者が過半数となっている」「過半数の参加者は継続的に参加している」「イベントが開催出来た」などの項目を利用者へのアンケート、当日の実施内容から評価した。

「高齢者がここで医療職と繋がることできる」(B)に対しては「訪問看護師の名前を憶えている」「かかりつけ医など地域の在宅医療・介護施設の情報を知る機会となっている」の2項目を挙げた。「高齢者が学び行動につなげることができる」(C)に対しては、「過半数の参加者が会で発言する様になっている」の項目を看護師、薬剤師、地域福祉コーディネーターなど当日の実施者が複数の目で判断した。「かかりつけ医の参画意識がたかまる」

(D)は、「かかりつけ医が参加する会を開催出来た」という事実を評価した。「専門職が連携を強める」(E)に関しては「薬剤師、ケアマネ、介護専門職、福祉職など多職種が参加している」「多職種がお互いの名前呼び合えるようになっている」「多職種が別の機会ですれ違う機会ができた(課外の協働イベント、懇親会、症例検討会など)」の開催時の事実を評価した。

(表 19) 効果的援助要素の実行度を測定する評価ツール

効果的援助要素と実行度の確認							
実施項目	組織	インパクト理論記号	実施項目詳細	○	途中	×	
準備	プログラム実施の合意	実施主体グループとその団体内部	E3	実施主体となるグループ（看護師、薬剤師など）に共通の目的、概念があることが確認できているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			B3, C3, E3	「住み慣れた地域、我が家で最期まで住み続ける」ことを地域で支える活動である点の合意があるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			B3	参加する専門職の数、開催頻度がプログラムの目的達成に適しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			B3	プログラムの内容、外部協力団体の枠組みを決定しているか（段階的で良い）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	協力団体への依頼	実施主体グループと外部協力団体	B3, C3, E3, D3	実施主体のグループから外部協力団体である地域の公的団体（社協、自治体など）へ協力を依頼する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			B3, C3, E3	協力団体が主旨、概念を理解し協力の範囲を決定する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			B3	既に類似のプログラムのある地域には協力は無理強いしない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			B3, C3, E3, D3, B1	実施主体グループ、協力団体、開催団体（団地代表、自治会長）の役割を明記する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			E2	地域独自のプログラム実施手順書を作る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			B3, C3, E3	実施主体グループの窓口、協力団体の連絡窓口、連絡方法を決定する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	開催場所の決定	対象者へアプローチする外部協力団体	B3	地域福祉Co、生活支援Co、地域包括支援センターなどと自治体の話し合いで開催場所の合意があるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			B3	地域包括支援センターとしてリスクの高い集団として開催の優先順位があるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	開催の合意	外部協力団体と団地代表	B3	自治会、団地代表者との話し合いで相手も開催を希望しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			B3	自治会、団地代表者との話し合いで内容が十分に説明できているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			B3, C2, A3	内容、テーマは自治会の要望が優先されているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	開催のルール	実施主体グループと外部協力団体	B3, E2	開催依頼、開催決定など各グループ間の伝達方法を決定し図式化する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			E2	外部協力団体から団地代表などへの伝達方法、利用ツール（チラシ）を決定する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			E2	実施主体グループ内での執行者の決定ルール、伝達方法を決定する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
実施	プログラム内容	実施主体グループと外部協力団体	C3	3～5回分のレクチャー内容を定める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			C3	「疾病・介護予防」「在宅療養」「介護保険制度」などの大枠を意識して検討する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			C3, A2, D	3～5回の開催の何れかでかかりつけ医、ケアマネ、介護士など多様な専門職が参加する内容にする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			D1	医師と会話のできる情報提供や環境づくりの工夫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			D2	地域の在宅医療・介護施設の情報を提供する回を準備する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			C2	レクチャーは、全体時間の20%程度とする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			C2, C1	双方向性のレクチャー、質疑の時間が十分とれる内容にする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			C2	ファシリテーションを意識しスキルを向上させる仕組みをつくる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			B2, C2	参加者の発言を促すオーブングエスチョン、クローズドクエスチョンを準備しておく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			A2	顔なじみの看護師が出来るように対象グループに定期参加する看護師のローテーション表を作る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			A1	もしばなゲーム、ランチミーティングなどイベント開催を工夫する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			E2	個別相談の方法、ルールを決めておく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		E2	実施主体グループ内でレクチャー資料を作成しておく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		プログラム参加者	C2, C3	参加者の全員から何らかの発言がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			A3, C2	参加者同士の会話が出来ている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		実施主体グループと外部協力団体	E2	自治体、地域包括への個人情報の提供ルールを決めておく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			E2	自治体、地域包括へ報告すべき事例の伝達ルール、ツールを決めておく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		フォロー	多職種協力の展開	実施主体グループと外部協力団体	E1	専門職、協力団体の参加者は定期的に情報交換の機会を設ける	<input type="checkbox"/>
E1	専門職、協力団体の参加者は定期的に事例検討会を開催する				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2, E1	多職種を形成する各団体への参加を働きかける				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
評価	プログラム参加者		A, B, C	団地代表、自治会長へプログラムの評価をして貰う機会を設ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		A, B, C	アンケート調査、要望書などによって評価を行う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
アウトカム指標							
アウトカム指標			A	同じグループからの実施依頼が3回以上継続している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				参加に好意的な高齢者が過半数となっている（アンケート）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				過半数の参加者は継続的に参加している（アンケート）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				イベントが開催出来た	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			B	訪問看護師の名前を憶えている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				かかりつけ医など地域の在宅医療・介護施設の情報を知る機会となっている（アンケート）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			C	過半数の参加者が会で発言する様になっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				かかりつけ医が参加する会を開催出来た	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			E	薬剤師、ケアマネ、介護専門職、福祉職など多職種が参加している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				多職種がお互いの名前で呼び合えるようになっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				多職種が別の機会ですれ違った機会ができた（懇親会、症例検討会など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

《実施マニュアルの作成》

【目的】 実施マニュアル作成の為の討議とマニュアル案となる手順書の作成

【対象】 実践家評価チーム 7名 研究者 1名

【開催日】 第6回（2020年2月6日）

【場所】 T市社会福祉協議会ボランティア会議室

【方法】 前ステップまでで作成した効果的援助要素および評価ツールを参考として、プログラムの準備段階、実施段階の実施項目の詳細項目を抽出するための話し合いを行った。討議に際しては、研究者がこれまでの準備段階において行ってきた協力外部団体へのアプローチを振り返り、実施した活動の一覧表を提示してその妥当性を検討した。また、当日のプログラム内容に関しては、従来から行っていた健康相談などの実施項目を振り返り、ニーズ調査アンケートで得られた、高齢者が希望するテーマや情報提供の内容を再度確認しプログラムに取り入れるべき項目、テーマを取捨選択する方法で話し合った。当日の進行方法に関しては、グッドプラクティスアンケートの質的評価の結果も全員で確認して話し合いを進める方法を採用した。

【結果】 全国で同様の課題を持つ自治体や団体が本プログラムの実施マニュアルを参考として「出張暮らしの保健室」を実践する際の参考となるようにマニュアルの原案となる実施手順書を作成した。作成に当たっては、これまでのプロセス理論のサービス利用計画、組織計画を基としたプログラムの「準備」段階とインパクト理論に直結する「実施当日の手順書」（表18）に分けて作成した。「準備」段階は、更にプロセス理論の「組織計画」を実現するために関係する自治体や団体への参加依頼を行う「組織アプローチ手順書」（表20）とサービス利用計画に沿って、このプログラムを運営するための「実施手順書」（巻末に添付）に分けて作成した。「実施手順書」は、サービス利用計画に沿って、地域福祉コーディネーターを中心として自治会へのアプローチから関係者への連絡手順、その為の定型フォーム（様式4）、相談内容を当日の実施者と市役所や地域包括支援センターが共有するための報告書、個別相談の中で公的制度への申し送りが必要な場合に使用する個人情報保護するための承認書なども含まれている。また、自治会へのアプローチや広報活動へ使用する案内状も添付している。「実施手順書」は、作成案を自治体の協議の場に上げ、自治体、地域包括支援センター6 圏域責任者、実践主体となる訪問看護連絡会、団体として参加を承認している市薬剤師会責任者、研究者が参加する会議で合意を得た。

「実施当日の手順書」は、ニーズ調査アンケートから得られた結果を基に、従来の健康相談に加えて、如何にして、在宅医療や介護の情報を提供し、安心して自宅で過ごすイメージを持ってもらうかを考えた。GPインタビューの結果も参考に、双方向の会話の中で、実践者と参加者の信頼関係を作り、在宅医療や介護の実際を共有して行くことが重要との意見が出された。また、訪問診療や近隣の高齢者に対しては往診をする医師の情報などを共有する事、実際にこうした医師にこのプログラムに参加してもらうことも手順書に記載した。

尚、実施マニュアルは巻末に、他地域の団体がそのまま利用できるように解説付きで掲載した。

(表 20) プログラム実施に必要な外部団体への参加依頼時に活用する手順書

<u>「出張暮らしの保健室」の開催「準備段階」組織アプローチ手順書</u>	
有志による活動を継続的な地域での組織的活動へ進展させるために必要な手順を明記する。	
	チェック項目
1) 実施主体となるグループ、団体内部の合意形成	
・活動の目的や理念を明確とし文章化する	<input type="checkbox"/>
・団体の組織内、会員へ理念、活動の内容を説明する機会を持つ	<input type="checkbox"/>
・理念、活動に合意した人達の参加を募る（無理強いせず徐々に増やす）	<input type="checkbox"/>
2) 関係外部団体へ協力の依頼をする	
・実施主体となるグループ、団体で協力を依頼する外部団体を特定する	<input type="checkbox"/>
・活動の目的、理念、内容、予算計画などを明記した企画書を準備する	<input type="checkbox"/>
・外部団体のキーパーソンを特定し説明の機会を作る	<input type="checkbox"/>
3) 外部団体（自治体の場合）	
・高齢福祉、介護予防などに関係する担当課長へ活動の説明と協力を依頼する	<input type="checkbox"/>
・地域包括支援センターの活動への参加を依頼する	<input type="checkbox"/>
・社会福祉協議会が重要団体の場合には同様に参加を依頼する	<input type="checkbox"/>
・自治体、実施主体のグループ、地域包括支援センター合同での説明会を開催する	<input type="checkbox"/>
・活動に賛同が得られた場合、「実施手順書」を参考にサービスの運用形態を作成する	<input type="checkbox"/>
3) 外部団体（医師会、薬剤師会、ケアマネ団体、介護団体の場合）	
・各団体の代表者（キーパーソン）へ説明の機会を作る	<input type="checkbox"/>
・事前に団体へ依頼する協力内容の概略を決めておく（全体への協力か当日参加者か）	<input type="checkbox"/>
・活動全体への参加の場合は、自治体などとの会議への参加も依頼する	<input type="checkbox"/>
・活動当日の参加了承の場合は、参加依頼の方法、連絡者などを決める	<input type="checkbox"/>
・各団体の意見、要望を十分に聞いて、多職種連携の推進に繋げる活動とする	<input type="checkbox"/>

(表 21) プログラム実施当日の開催内容に関する手順書

「出張暮らしの保健室」開催当日の実施手順書	
【目的】	
T市高齢者へのアンケート結果から「自宅での療養や看取りを希望する人は5割以上いるが、実際に在宅療養や自宅看取りに自信を持つ人が2割程度と低い現実」を改善するために、従来実施してきた団地高齢者の健康相談に加えて、在宅での医療・介護や自宅看取りへの不安を解消するための情報提供や相談の機会をプログラムに取り入れる。	
【改善の理由】	
T市アンケートでは、市内の医療介護施設や関連情報への要望も高く、自宅での療養や看取りの経験が少なくイメージが湧いていない人が多いことも分かった。全国の「暮らしの保健室」主宰者へのインタビューでは、医療・福祉の専門職からの一方的な情報提供ではなく、時間を掛けて高齢者からの質問や高齢者同士の会話を看護師がサポートする進め方は、高齢者自身が本来持っている意見を整理し自らの気持ちに自信を持つことへ効果的であることもわかっている。こうした状況を踏まえ下記の実施方法と内容を参考に実施当日のプログラムを運営する。	
【実施手順】	
(1) 実施者（看護師、薬剤師、地域福祉関係職員など）	チェックポイント
*①名前 ②所属 ③どんな仕事をしているか (名前を知っている専門職と知り合いになっている人は在宅療養を希望している人が多い)	<input type="checkbox"/>
(2) 事前に要望のあった（無い場合は準備した）医療介護情報のレクチャー	
*最初にこのテーマでの問いかけの質問を行い参加意識を高める	<input type="checkbox"/>
*自分の経験などあれば聞いてみる	<input type="checkbox"/>
*レクチャー時間は15分程度とする	<input type="checkbox"/>
*基本テーマ資料を準備してある（感染症、熱中症、フレイル、認知症）	<input type="checkbox"/>
(3) 双方向の会話と相談の時間	
*次の3つのテーマから毎回1つを取り上げて参加者と会話を進める	
*継続した会では、前回のテーマのフォローアップの会話をする	<input type="checkbox"/>
① かかりつけ医の先生はいますか？（問いかけて話し合う）	
・よく通っている医師と色々な相談ができますか？	<input type="checkbox"/>
・体力が弱った、通院をサポートする人が居なくなったらどうしますか？	<input type="checkbox"/>
・かかりつけ医の先生に、往診や訪問診療をしてもらえるか聞いてみましょう	<input type="checkbox"/>
・介護認定、介護保健を知っていますか？	<input type="checkbox"/>
・訪問看護先の利用者さんのお話をしてください（在宅でも快適に療養中）	<input type="checkbox"/>
② 在宅医療を知っていますか？	
・在宅で出来る治療や介護の実際事例の紹介（看護師）	<input type="checkbox"/>
・実際の要介護認定の経験を参加者に話してもらおう	<input type="checkbox"/>
・在宅医療で出来る治療の内容（かかりつけ医、在宅医の招聘で15分程度講話）	<input type="checkbox"/>
・訪問看護で出来る看護の内容（看護師）	<input type="checkbox"/>
・立川市内の在宅医療機関、訪問看護ST、訪問薬局の紹介、マップ配布	<input type="checkbox"/>
③ 在宅看取りってしていますか？（このテーマはグループとの関係が出来てから）	
・在宅で看取る、看取られる事をどう感じますか？	<input type="checkbox"/>
・自宅看取りの看護師の経験の紹介	<input type="checkbox"/>
・普段から家族や友人と話していますか？	<input type="checkbox"/>
・最後のご飯、もしばなカード、樹木希林の最後のことばなどを使って参加者との会話	<input type="checkbox"/>
連続的に集中して実施するわけではありません。季節毎の健康談話を挟み、季節の話題10分、在宅医療や看取りの話10分などでゆっくりですが、継続的に反復して会話をしていきます。	
④ 季節の健康談話（資料は幹事会で準備します）・熱中症（夏季）・脳卒中など脳血管疾患とヒートショック（冬季）・高齢者に多い健康相談（尿失禁、睡眠障害）	

6. 第6ステップ（第1次効果モデルの形成・構築・改善：効果モデル5アイテムの作成と提示）

第6ステップ:第1次効果モデルの形成、構築、改善と5アイテムの作成

インパクト理論、プロセス理論の確定
効果的援助要素、実施マニュアルの承認

WS③(第6回WS)の実施
5アイテムの承認、実施マニュアルの承認

(1) 5アイテムの完成と実践家評価チームによる合意

【目的】 5アイテムの合意と完成

【対象】 実践家評価チーム

【開催日】 第6回（2020年2月6日）（一部第5ステップと重複）

【場所】 T市社会福祉協議会ボランティア会議室

【方法】 前ステップまでで作成した5アイテムを整理し、研究者より作成の意図とこれまでの経緯を説明し5アイテムを提示し、討議の上で合意した。既に実施マニュアルに関しては、並行してプログラムを実施していることから「実施手順書」の運用状況、「実施当日の手順書」の実施状況を実践家より報告して貰うことで現状での修正点などを話し合うこととした。

【結果】 ステップ5の段階でCD-TEP法におけるワークショップ③に相当する第5回ワークショップ、第6回ワークショップを継続して実施しており、5アイテムに関しての変更点は無く、実践家評価チーム全員での合意ワークショップとなった。結果的にステップ5に於いて説明した5アイテムを完成させた。「実施マニュアル」は、巻末に別掲した。

V. 「出張暮らしの保健室」の実施結果

1. プログラム実施の時間的経過と研究ステージ

2017年下期にT市の多職種研修会にて秋山の講演会を開催したことを切欠として、有志の訪問看護師、薬剤師、社会福祉協議会の職員により、地域の高齢者に対する疾病予防啓発活動をボランティア活動として実施する話が出た。地域の実情に精緻する社会福祉協議会の職員から、新宿区における秋山の活動と同様にT市内の公営団地においても高齢化が進み、住民間の交流も疎遠となり、実際に孤立死の事例も発生するなど課題の多いことが提示された。研究者は、前職で自治体の地域包括ケアシステムの推進を支援する業務についており、その関係からT市23軒の訪問看護ステーションの組織化に協力し、2018年に発足したT市訪問看護連絡会の事務局を勤めていた。前述の有志による市内公営団地への健康増進啓発活動を推進するにあたり事務局としてこの活動の方向性を考える立場にあり、同時期に発足した幹事会メンバーと協議を行い、活動の継続性と地域住民への支援活動のためには自治体、地域包括支援センターなど公的組織との協働の必要性が高いとの結論に至った。自治体への協力要請の提案書の作成に際して、自治体の高齢関係部署の責任者より、活動の成果を示す必要性を提案され、当該活動を研究対象とすることとなった。以上の時間的経緯を（表19）に示した。2018年には、看護師の有志による活動が開始され、実践活動と並行する形で研究計画を進め、自治体への協力提案書の提出、幹事会との研究活

動の合意を経て、2019年よりCD-TEP法のステップに則り、実践者の幹事会メンバーが改善点を各ワークショップで提案し形成評価を行ってきた。

(表22)「出張暮らしの保健室」の実施と研究の年表

実践活動と研究の年表						
時期	実施主体メンバー	出張暮らしの保健室の活動	外部協力団体	研究のステージ、イベント	CD-TEP ワークショップ(WS)	多職種連携の課外活動
2017年下期	有志による活動の発案	秋山正子氏講演会開催				
2018年上期	訪問看護連協会発足 幹事会(7名)発足、参加	幹事会メンバーが活動開始 運営の仕組の相談開始	地域包括支援センター 個人的な協力	研究者が連絡会事務局として参加		
2018年下期	訪問看護連協会の 会員へ実施者が拡大	訪問看護連協会 会員へ参加依頼	市高齢福祉課へ事業支援 依頼書の提出	研究計画書の作成 幹事会(実践家評価チーム)との合意	研究説明WS	
2019年	訪問看護連協会幹事会 (実践家評価チーム)	市の委託事業として組織的 活動開始 薬剤師会の正式参加 地域包括支援センター正式協 力 開催回数16回	自治体高齢福祉課 薬剤師会 地域包括支援センター	第1ステップ:現状分析、ニーズ評価 市民アンケート実施 第2ステップ:予備的効果モデル作成	第1回WS 現状分析・ニーズ評価 第2回WS ゴール、ロジックモデル 第3回WS 市民アンケート結果分析 第4回WS インパクト理論など	多職種連携による市民活動 「看護の日」イベント開催
				第3ステップ:事例調査 グッドプラクティスインタビュー実施 第4ステップ:質的データ分析 日本在宅看護学会口頭発表		秋山正子氏と実践家評価チ ームのワークショップ
2020年	参加会員 18訪問看護ステーション	新型コロナウイルス感染症により ZOOM開催以外中止	(当日の参加協力) 医師会	第5ステップ:第一次効果モデル作成 第6ステップ:5アイテムの完成、提案	第5回WS 5アイテム暫定モデル 第6回WS 5アイテムの完成	
2021年		活動再開		日本在宅医療学会誌掲載		拠点型保健室の始動 かかりつけ医と市民の懇談会
2022年		地域包括支援センター窓口3 に増設し16回の予約システム 完成		博士論文提出		

2. 「出張暮らしの保健室」開催の結果

(1) 2018年 27回の開催

2018年は結果的に1年間で27回の開催となった。2018年上期の開催は、試行的な活動であり、訪問看護師の有志が個人的ネットワークにより地域包括支援センター職員が従来から関係のある団地自治会と相談の上で、看護師が健康相談に訪問し、血圧の測定、健康啓発のレクチャーをする形式であった。下期に研究者より本研究の概略の説明と合意を経て、幹事会メンバーが正式に実践家評価チームとして活動を開始した。同時に自治体への協力支援提案書を提出し、予算化の検討と地域包括支援センターへの任意での協力要請と合同での定期検討会議の発足に至った。幹事会は月に1度開催されており、研究者より実践家評価チームとなる幹事会メンバーへは、先行研究の説明、秋山らの拠点型「暮らしの保健室」の活動内容を継続的に説明した。

(表 23) 2018 年の開催実績表

2018		T市「出張暮らしの保健室」開催実績表							
企画・運営ルール		1. 原則各包括最大3か所までの開催とする 2. 地域再生で優先順位の高いと包括が考える公営団地、グループでの定期開催を原則とする 3. 医療専門職(看護、薬剤師、医師)の参加が望まれる健康予防、医療テーマの企画内容であること 4. 原則1時間として、レクチャー、相談、検診などを行う 5. 詳細は実施手順書を参照する							
開催名称	1地区	2地区	3地区	4地区	5地区	6地区-Aセンター	6地区-Bセンター		
包括責任者									
包括連絡窓口									
地域福祉コーディネーター									
固定開催	T団地	N4丁目アパート	H都営第2/3	A3丁目アパート	グリーンカフェ	S2丁目アパート	K団地Kカフェ	O団地Aカフェ	Nホーム
日程	第1土曜日、隔月	第1水曜 6. 10. 2月		13:30~15時	(未固定)	第4土曜 6. 9. 12. 3月			
開催時間	10~11時半	13:30~14:30	13:30~14:30			9~10時	10時半~11時半	10時~11時	
番外開催									
2月	2/3 (看護師1・2)	2/23Tワーく (看護師1)			2/16 (看護師1・2)				
3月		3/7市営錦町(看護師1) 3/22Tワーく(看護師1)				3/22 (看護師1・2)			
4月	4/7 (看護師1・2) (薬1)(福1)	4/20Tワーく (看護師1)							
5月				5/16 (看護師1)	5/22 (看1・2) (福1)	5/26 (看護師1・2) (福1)			
6月	6/2 (看護師1)	6/6 (看護師1) (薬1)(医1)				6/23(看護師1・2) (薬1)			
7月	7/7 (看護師1・2) 9/29 13:30-14:30 S町GN会 (看護師1) (福1)		7/5 (看護師1/2/3) (福1)					7/30 (看護師1・2) (薬1)	
8月									
9月	9/1 (看護師1・2) 9/29 13:30-14:30 S町GN会(看護師1・2)				9/9 10:30~ W団地イベント (看護師1・2) (福1)	9/22 (看護師1・2) (福1)		9/15 (看護師1・2・3) (福1)	
10月			10/3 (看護師1・2) (薬1)(福1)	10/13オストミー 10-11:30 (看護師1・2)			10/27 (看護師1・2) (福1)		
11月	(看護師1・2)								
12月						(看護師1・2)			
1月	(看護師1・2)								
2月		(看護師1・2) (薬1)							
3月	(看護師1・2)					(看護師1・2)			

(2) 2019年 16回の開催

2018年より市役所高齢関係部署の責任者と話し合いを行い、事業計画の承認と予算化（交通費支給）につなげることができた。2019年より市の委託事業としてT市訪問看護連絡会が主幹となり実施することとなった。事業化に当たり、市民全体への告知とサービスを基本計画にいれ、地域包括支援センターの正式な協力を得ることとなった。実施主幹となった訪問看護連絡会においては、幹事会メンバーより会員全体へのプログラムの目的、理念を説明し具体的な参加依頼を行った。結果的に大半の会員の参加了解を得て、市に参加看護師の名簿を提出し、前年の開催実績を参考に実施回数計画を立案した。参加看護師のローテーション表を作成し16回を市の委託事業として開催する回数に決定した。16回以上の実施依頼に対しては、訪問看護連絡会の予算を活用し会の自主開催とすることとした。プログラムの実施と並行する形で、本研究のワークショップを開催し、実施手順書、サービス利用計画、組織計画を見直すなど形成評価を行いながら進行した。組織計画として挙げた外部協力団体への働きかけによって、市薬剤師会は、団体としてのプログラム参加に合意し、プログラム実施当日に毎回1名の薬剤師を派遣することとなった。サービス利用計画、組織計画に記載した市役所高齢部門と地域包括支援センター責任者、訪問看護連絡会代表、市薬剤師会代表による定期会議が年に2回開催されることも決定し、2022年の現在に至るまで継続している。T市の地域包括支援センターは、6圏域6か所と福祉センター3か所の合計9か所のサービス窓口拠点となっているが、理念に共有した人達の参加の原則を重視し、プログラム実施の圏域への強制や回数目標などは設定しないことを最初の合意とした。

(表 24) 2019 年 16 回の開催実績表

2019		T市「出張暮らしの保健室」開催依頼表									
企画・運営 ルール		1. 年間最大16か所までの開催とする(16回以降、自治会等から要望があった場合、訪問看護連絡会に対し、無償開催等の交渉) 2. 地域再生で優先順位の高いと包括が考える公営団地、グループでの定期開催を原則とする 3. 在宅医療・介護相談窓口担当(認知症地域支援推進員)が、開催日程が重ならないよう調整の上、2か月以上前に訪問看護連絡会(担当上原麻実)と相談する 4. 開催チラシ・広報には「市出張暮らしの保健室」を表題とし、年間の通し番号を明記する									
担当包括	1地区		2地区		3地区	4地区	5地区		6地区A	6地区B	
包括責任者											
地域福祉 コーディネーター											
生活支援 コーディネーター											
在宅医療・ 介護相談窓 口											
固定開催	T 団地	F 児童館	市営 N 住宅	H 都営第3 アパート	ALTグループ	W 団地 おしゃべり会	S 2丁目 アパート	K 団地 Kカフェ	K町1丁目 アパートカフェ	N ホーム	
日程	第1土曜日、隔月		第1水曜 6. 10. 2月			毎月第4土曜 (保健室は未固定)	毎月第4土曜 (保健室は実施未 定)	(保健室は実施未 定) 毎月第1火曜	毎月第3土曜	毎月第2土曜	
開催時間	10～11時		13:30～14:30		13:30～14:30	10時半～12時半		9～10時	10時半～11時半	10時～11時	
4月											
5月											
6月	第1回 1日 ・薬剤師1 ・看護師1・2 福1・2		第2回 5日 ・薬剤師1 ・看護師1・2 福1				第3回 6日 ・薬剤師1 ・看護師1・2 福1・2				
7月					第4回 3日 ・薬剤師1 ・看護師1・2 福1・2					第5回 13日 ・薬剤師1 ・看護師1・2 福1	
8月											
9月	第9回 7日 ・薬剤師1 ・看護師1・2 福1・2					第11回 12日 ・薬剤師1 ・看護師1・2 福1	第6回 28日 ・薬剤師1 ・看護師1・2 福1・2				
10月						第8回 3日 ・薬剤師1 ・看護師1・2 福1					
11月											
12月					第12回 4日 ・薬剤師1 ・看護師1・2 福1・2	第14回 7日 ・薬剤師1 ・看護師1・2 福1					
1月									第7回 18日 ・薬剤師1 ・看護師1・2 福1・2		
2月	第10回 1日 ・薬剤師1 ・看護師1・2 福1・2		第16回 25日 ・薬剤師1 ・看護師1・2 福1		第13回 5日 ・薬剤師1 ・看護師1・2 福1・2		第15回 6日 ・薬剤師1 ・看護師1・2 福1				
3月											

(3) 2020年 新型コロナ感染症のために3回実施、4回の申し込みは中止

2020年は年度初めより、新型コロナ感染症が蔓延し、市役所、地域包括支援センター、訪問看護ステーションの話し合いによってより原則休止の合意となった。その中でも下期より、ZOOMによる感染症予防の対策レクチャーの開催を行うなど団地高齢者の孤立への対策を実施した。

(4) 2021年 8回開催

2021年度も新型コロナ感染症の波が定期的に表れ、開催を計画しては中止、延期となる事態に追い込まれた。こうした中で、市役所から前年の経験を踏まえ、ZOOMによる開催の予算も認められ、また自治会へ配布する啓発資材作成への予算も認められるようになった。中止、延期が重なり申し込み回数より大幅に少ない8回の開催となった。一方で、初期には参加に消極的であった圏域からも申し込みが出るなど、6圏域全体、市全体でプログラムの理念が共有され市全体へのサービス提供の形に発展するなど成果も見られた。市および参加団体での話し合いの結果、新型コロナ感染症への過剰な対応により高齢者の孤立、認知症、フレイルなど感染症以外の悪影響の大きさも報告される機会が増え、感染症予防対策を行って、申し込み側、実施側の合意を得た場合にはプログラムの実施を可能とすることの合意となった。

(表 25) 2021 年 開催実績表

2021年度 T市「出張暮らしの保健室」開催一覧表														
企画・運営ルール		1. 年間最大16か所までの開催とする(16回以降、自治会等から要望があった場合、訪問看護連絡会に対し、無償開催等の交渉) 2. 地域再生で優先順位の高いと包括が考える公営団地、グループでの定期開催を原則とする 3. 在宅医療・介護相談窓口担当(認知症地域支援推進員)が、開催日程が重ならないよう調整の上、2か月以上前に訪問看護連絡会(エリア責任看護師)と相談する 4. 開催チラシ・広報には『立川市出張暮らしの保健室』を表題とし、年間の通し番号を明記する												
地区	1地区			2地区			3地区		4地区	5地区		6地区		
担当包括	F包括 F/S町			H包括 N/H町			T包括 A/M/T町		W包括 S/W町	S包括 S/K/S/1町		K福祉相談	N福祉相談	
包括責任者														
地域福祉 コーディネーター														
生活支援 コーディネーター														
在宅医療・介護 相談窓口														
会場	T 団地	F 児童館	市営 N 住宅	H 都営第3 アパート	MNカフェ	A L T グル ープ	KT会	W 団地 O会	S 2丁目 アパート	K 団地 Kカフェ	K町1丁目 アパートカ フェ	N ホーム		
日程	第1土曜日、隔月			第1水曜 6. 10. 2月					毎月第4土曜 (保健室は未固 定)	毎月第4土曜(保 健室は実施未 定) 毎月第1火 曜		毎月第3土曜	毎月第2土曜	
開催時間	10:00~11:00		13:30~14:30		13:30~14:30			10:30~12:30	9:00~10:00		10:30~11:30	10:00~11:00	10:30~12:30	
4月														
5月														
6月														
7月														
8月														
9月														
10月														
11月														
12月														
1月	第6回8(土)10 時 場所:T団地 広報掲載なし 看1・2、薬1 福1・2													
2月														
3月														
												第2回 15日 (K会館第2集 会室) 看護1、薬1 福1		
												第1回 17日(H会場) 看護1・2 薬1 福1・2		
												第3回 8日(水)14時半~ 15時半 対象:K教 室 学習会参加者 場所:T学習館 広報有、看護1・2 薬1、福1・2		
												第4回 18日(木)14時 対象:市民「ま ちねっとカフェ」 広報:10月25日 看護1、薬1 福1・2		
												第5回22日(土)10 時 場所S集会所 広報:12月25日号 掲載 看1・2、薬1 福1・2		
												第7回 18日 エンディング ノー ト記入会、 看護1 薬1 福1・2		
												第8回 19日 エンディング ノー ト記入会、 看護1 薬1、福1・2		

(5) 2022 年 16 回の合意

開始から 5 年目となる 2022 年度は、新型コロナウイルス感染症も落ち着いた時期にスタートしたが、第 7 波となり夏の予定先の中止が相次いだ。8 月に年に 2 回の関係者による検討会議が開催され、現状報告、今後の方針の相談となった。今年度より地域包括支援センターの地域福祉コーディネーターが各圏域 1 人から 2 人に倍増されたため、新規メンバーへ対して、改めて「出張暮らしの保健室」の理念の共有と手順書の確認を行った。プログラムの継続的な運営のためには、自治体など公的機関と公式な会議を持つことは、関係団体の

組織変更があった場合に確実な情報伝達の機会として有効であると感じられた。昨年に引き続き、感染症予防対策を行って、団地自治会、主幹の訪問看護連絡会の合意があれば実施が可能であることも確認された。地域包括支援センターの責任者からは、新型コロナウイルス感染症への予防対策も含め、本プログラムの理念に立ち戻り、高齢者が安心して地域で暮らし続けることに自信を持てるように2022年度は16回の実施計画に沿って各自治体責任者と相談し開催を進めることが確認された。

(表26) 2022年 開催と予定

2022年度 T市「出張暮らしの保健室」開催(予定)一覧表																		
企画・運営ルール		1. 年間最大16か所までの開催とする(16回以降、自治会等から要望があった場合、訪問看護連絡会に対し、無償開催等の交渉) 2. 地域再生で優先順位の高いと包括が考える公営団地、グループでの定期開催を原則とする 3. 在宅医療・介護相談窓口担当(認知症地域支援推進員)が、開催日程が重ならないよう調整の上、2か月以上前に訪問看護連絡会(エリア責任看護師)と相談する 4. 開催チラシ・広報には『立川市出張暮らしの保健室』を表題とし、年間の通し番号を明記する																
地区	1地区		2地区		3地区		4地区		5地区		6地区							
担当包括	F包括 F/S町		H包括 N/H町		T包括 A/M/T町		W包括 S/W町		S包括 S/K/S/町		K福祉相談	N福祉相談						
包括責任者																		
地域福祉 コーディネーター																		
生活支援 コーディネーター																		
在宅医療・介護 相談窓口																		
会場	T 団地	F 児童館	市営 N 住宅	H 第3期 アパート	MNカフェ	A.L.Tグループ	KT会 他	W 団地 おしゃべり会	S 2丁目 アパート	K 団地 きままカフェ	K町1丁目 アパートカフェ	N ホーム						
日程	第1土曜日、隔月		第1水曜 6. 10. 2月						毎月第4土曜 (保健室は未 定)		毎月第4土曜 (保健室は未 定)		毎月第1火 曜		毎月第3土曜		毎月第2土曜	
開催時間	10:00~11:00		13:30~14:30		13:30~14:30				10:30~12:30		9:00~10:00		10:30~11:30		10:00~11:00		10:30~12:30	
4月																		
5月																		
6月																		
7月																		
8月																		
9月	第3回 3日(土) 参加者:お茶のみサ ロン参加者 場所:団地集会場 (看1・2) (業)1・2、福1・2																	
10月																		
11月	第4回 5日(土) 参加者:お茶のみサ ロン参加者 場所:団地集会場 (看1・2) (業)1・2、福1・2																	
12月			第6回 21日 S学習館 看護1・業1 福1・2															
1月																		
2月																		
3月																		

(6) 5年間開催の成果

2018年度に有志による活動からT市訪問看護連絡会を主体とする活動となり、市高齢部門、外部団体への協力依頼を行い、2019年度より自治体など公的制度との協働の形式で組織的な地域活動へと進展してきた。2018年当初より研究者も関与し、2019年度よりCD-TEP法のステップに準拠し活動を形成的に評価してきた。この間、訪問看護連絡会の幹事会を中心に薬剤師会の正式参加、自治体、地域包括支援センターとの定期会議の設定、医師会の実施日への参加協力など多職種の輪が確実に拡大してきた。実際の退院支援から在宅への移行など患者、利用者の発生する個別の事例の場ではなく、平常時の地域活動の中で多職種が会話を増やして行く機会となっている。5年間の実施により市内全ての圏域で開催が進められ時間を掛けてプログラムの理念の浸透が進められており、運営の骨格が手順書として確立していることによって、関係する実践者が変化しても参加への対応を容易にしていると考えられた。2022年度よりきめ細かい対応と全圏域の参画意識の高まりから地域包括支援センターの代表窓口が2か所から3か所に増やされ、それに伴って訪問看護連絡会の責任看護師も北・中・南の3箇所を増やすなど現在でも実施マニュアルへの改善提案は継続しており形成評価が継続している。当初、プログラム参加を合意した訪問看護事業所の多くは、開催決定後の参加依頼に対して、業務多忙から依頼承諾を躊躇い、結果的に幹事会（実践家評価チーム）メンバーが実施者となるケースが多かったが、時間の経過とともに、実施者が増え、現在では、年間の実施者ローテーションの作成にも合意が得られ参加を合意した事業所は定期的に実践者として参加する仕組みが出来た。このことは会員の参画意識が高まった証左と言える。評価マニュアルは、参加する実践者自身が改善し完成させたマニュアルであることから現在では、大多数の項目で実施として評価されている。本研究の目的として、多職種が「出張暮らしの保健室」という平常時の地域活動の改善作業を通じて、共通の意識を持ち協働して作り上げた自分たちの改善モデルとしての自覚を持つことで、こうした地域活動が継続されることを検証することを挙げているが、5年間の活動実績からその目的は検証できたと考えられる。

活動の継続が、参加する団地の高齢者に関してどのような影響を与えたかの評価は、現在3箇所の団地で継続的な開催が実現しており、将来的に介入研究によって中間アウトカムの測定が可能と考えている。継続的に開催される団地に対しては、参加者による内容の評価を定期的に行い、参加者評価を中長期的に分析する介入計画を立てている（社会事業研究所倫理審査20-0101③）。介入試験に先立ち、試験的に参加者アンケートをT団地で実施した結果を（表24）に示す。当日の参加者は24名であったが、回答は14名であった。参加者の平均は75歳を超えており、超高齢者へのアンケート実施の困難さを実感した。回答者14名の内、10名は3回以上の出席、4名が他の人に誘われて初めての参加であった。効果的援助要素の評価指標の項目として挙げた「継続的な参加者がいる」を実現していると考えられた。結果は、「出張暮らしの保健室」の中間アウトカムとして設定した「高齢者の安心の居場所」「専門職との相談窓口」「多職種が連携を強める場」としては、一定の評価を得ていることが解った。実施する看護師や福祉職が話しやすい双方向の運営に心がけている点が反映した結果ともいえる。一方で、学びの場の結果指標として挙げた、「在宅医

療や看取りの知識とその先の自分の考えを持つ」までには成果が至っていない実態も判明した。さらに「かかりつけ医の参画の場」への評価は不十分な結果となった。市民へのニーズ調査から出ていた、最期まで自宅で療養、看取りを希望する人は多いが、実際にそうなると考えている人が少ないとの結果を受けて、形を変えた質問として、「最期は自宅で看取ったり看取られたりすることが幸せと思うか」との質問は、幸せと思う人が若干多いが、市民アンケートと同様に、自宅療養、看取りが可能と思っている人は平均より少ない結果が出た。今後、継続的に開催し、定期的な参加者評価を反映させプログラム内容の改善によって、中間アウトカムの各要素への評価がどのように推移して行くかを繰り返し検討することが重要と考えている。

(表 27) 参加者アンケート

「出張暮らしの保健室」に参加したことでの感想や意見をお聞かせ下さい。								
「この場所」とは皆さんが参加している「出張暮らしの保健室」のことです	そう思う	ある程度思う	言えない	どちらとも	そうあまり	そう思わない	中間アウトカム	全体平均 N=14
(1)この場所に来ると健康や将来の不安を和らげることができる	5	4	3	2	1		高齢者の安心の居場所に関して	4.43
(2)この場所は、看護師など専門職と身近で知り合え安心感が得られる	5	4	3	2	1			4.57
(3)「出張暮らしの保健室」に来ると友達もいて参加が楽しみだ	5	4	3	2	1			4.29
(4)「出張暮らしの保健室」は、安心して居られる場所になっている	5	4	3	2	1			4.29
(5)在宅療養に関して相談できるかかりつけの医師ができた	5	4	3	2	1		専門職との相談窓口が増える	3.21
(6)訪問看護、在宅療養に関して相談できる看護師ができた	5	4	3	2	1			3.07
(7)介護や在宅療養に関して相談できる地域の自治体職員ができた	5	4	3	2	1			3.43
(8)「出張暮らしの保健室」は在宅医療や介護の相談ができる場所だ	5	4	3	2	1			3.86
(9)「出張暮らしの保健室」は、身近な相談場所のひとつになっている	5	4	3	2	1			3.86
(10)私は、在宅医療や介護に関する情報に詳しいほうだ	5	4	3	2	1		学び行動する場所	2.50
(11)在宅療養や介護に関して具体的なイメージを持っている	5	4	3	2	1			2.43
(12)自宅看取りに関して自分の考えを持っている	5	4	3	2	1			2.64
(13)人生の最期や看取りに関して家族や友達と話したことがある	5	4	3	2	1			2.50
(14)「出張暮らしの保健室」で得た情報を他の人に教えてあげたい	5	4	3	2	1			4.36
(15)私の周りには、健康や介護の事でサポートしてくれる人がたくさんいる	5	4	3	2	1		専門職が連携を強める場所になる	2.29
(16)近所の自治体職員や医療職へ相談しやすい地域だ	5	4	3	2	1			3.36
(17)かかりつけ医に在宅療養について質問したことがある	5	4	3	2	1		かかりつけ医が参画する場所になる	1.79
(18)かかりつけ医に訪問診療をしてくれるか質問したことがある	5	4	3	2	1			2.57
(19)名前を知っている在宅医師がいる	5	4	3	2	1			2.00
(20)名前を知っている訪問看護師がいる	5	4	3	2	1			2.93
問3. 自宅での療養、治療や看取りに関する考えを教えてください								
(1)私は、希望すれば、自宅での療養や治療ができと思っている	5	4	3	2	1		アンケートでの鍵となった質問 分析の際に上記の質問と関連を見る	2.79
(2)私は、最期まで自宅で暮らし続けられると思っている	5	4	3	2	1			2.50
(3)最後は自宅で家族を看取ったり、看取られることが幸せだと思う	5	4	3	2	1			3.64

3. プログラム実施による多職種連携への影響

本プログラムは、訪問看護師である秋山らの活動にT市の訪問看護師数名が共鳴し、日頃の訪問看護活動で接する地域の高齢者が自らの将来に向けて自分の意見を持てるように必要な情報を提供し、周りに支援をする専門職がいることを実感してもらえるようにしたいとの気持ちからスタートしている。研究者と実践家評価チームは、有志の活動によるボランティア活動からスタートした本プログラムをCD-TEP法の研究手法を利用することで、活動の理念や運営方法を可視化し、マニュアル化することでこの活動の改善と継続性を支援してきた。そのプロセスで、医師会、歯科医師会、薬剤師会、地域包括支援センターの福祉職、ケアマネジャーなどの参画の輪を広げてきた。患者に対する医療、介護の現場業務での関与ではなく、平場のボランティア活動を通じての関係性の構築、対等な立場でのコミュニケーションは、多職種が利用者也含めて同心円上で活動するマインドセットの醸成に寄与してきた。医療職である訪問看護師と福祉職である地域包括支援センターの主任ケアマネジャーも務める職員、地域福祉コーディネーターらが、年に2回の定期会議の席で開催手順や開催内容を話し合う機会が出来たことも関係性の構築には有効となっている。2018年初期の会議で、圏域での開催回数は強制しないという合意は、理念を共有し共通の目標に基づいた人たちが実行するという多職種連携のIPW理論に基づいた考えであり、時間を掛けて、賛同者と参加者を増やすことで、実践者の間で共感を呼び、参加する高齢者も含めた信頼関係の醸成に繋げることを重視した。このプログラムを通じて構築した他団体との関係性を基に、(表22)の課外活動として2018年、2019年には、市内の多職種団体(市訪問看護連絡会主催、市医師会、歯科医師会、薬剤師会、社会福祉協議会、T市の共催)が参加するイベントも開催され(翌年以降計画もコロナで休止中)、2021年には「かかりつけ医」と市民の懇談会の開催、地域包括支援センターの協力により1軒屋を借りて、毎週1度の拠点型の「暮らしの保健室」の開催にも繋がるなど多職種が対等の立場で活動する機会は増加している。近位アウトカムとして挙げた「多職種が連携を強める」へのプロセス項目でもある多職種によるイベント開催の実績を積み上げている。

VI. 総合考察

1. 先行研究から得られた考察

研究者は 30 年前に大学院経営管理研究科に於いて公共政策、医療経済を専攻する田中滋先生（現社会保障審議会会長：厚労省地域包括ケア研究会報告書により植木鉢のモデルを提唱）の研究室で将来の高齢者対策に於ける大規模団地の経営戦略を修士論文の研究テーマとした。人口統計から今日の高齢社会と大都市圏における高齢者の絶対数の増加は予見されており、大規模団地の建設を進めてきた公団を始めとした経営母体が、住民と協力して住まいや医療の将来設計を行い米国のサンシティーをモデルとし、個人としても団地経営の観点からも自立した公営団地のあり方を修士論文で提唱した。30 年を経て 2025 年問題を直前に迎えた現在、首都圏近郊の大規模団地は、高齢化率は市民平均の 2 倍を超え、住民の大半が後期高齢者となり自治会機能は低下し、住民の大半が所得分類の下位に位置するという経済的な問題も起きている。

2018 年に縁あって、T 市の「出張暮らしの保健室」の活動に関与することとなった際に、30 年前に挙げた経営学的な視点から提唱した理想とのギャップを埋めるためにも、この活動を社会福祉的視点に立ち地域に必要な活動として定着させる必要があると感じた。この活動は、国が進める地域包括ケアシステムの目的である高齢者が「住み慣れた地域、(我が家)で安心して自分らしく暮らし続ける」地域づくりに寄与する活動であるとの思いから、安定した継続的な活動となるように社会福祉学の研究として取り組むこととした。

国は、2025 年問題への対処として、2005 年の介護保険法改正時に提唱した地域包括ケアシステムを 20 年にわたって推進している。2012 年の法制化により「在宅医療と介護の連携推進事業」の多職種連携が正式に進められてからも 10 年を経過した。地方自治体、医師会が中心となり高齢者が「住み慣れた地域、(我が家)で安心して自分らしく暮らし続ける」ための医療、介護、住まいの環境整備は進みつつあり、この基本的単位が自治体である通り、全国ではその地域に応じた地域包括ケアシステムのベストプラクティスが報告されている。一方で、地域包括ケアシステムの要となる医療職、介護職、福祉職からなる多職種連携の推進は、各種先行研究から多くの課題が指摘されている。本研究の先行研究では、多職種連携がその後、理論的な裏付けとなった IPW 理論や地域医療へ相応しいチーム作りに至っていないことを示した。地域包括ケアシステムが自治体と医師会を中心に推進される地域も多く、多職種連携においても「かかりつけ医」の役割が期待されているが、日本の「かかりつけ医」には、地域包括ケアシステムに不可欠な在宅医療（訪問診療）に携わる医師が少なく、将来に於いても絶対数と役割の両面で多職種連携の中心とはなり得ないことが分かった。また、先行研究では、長い間、医療職と介護職、福祉職間のコミュニケーションギャップや人間関係の課題が挙げられている。英国 GP 制度に於いては、地域の高齢者は外来から在宅医療、看取りまでを自らが登録した GP（家庭医と訳されることが多い）が看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士などのチームで担当する制度となっており多職種連携は制度として機能している。そこでの看護師の役割は医師とのタスクシェアリングによる医療行為から患者に対する ACP（アドバンスケアプランニング）も担うなど、チームのコミュニケーションの中心を担っていることが示されており、先行研究からは、多

職種を中心は必ずしも医師である必要は無く、寧ろ全員の合意形成を促す役として、看護師が相応しいと考えられた。「出張暮らしの保健室」のような地元の社会貢献活動が社会関係資本（ソーシャルキャピタル）を豊かにする可能性もありソーシャル・キャピタルの側面からも「出張暮らしの保健室」に必要な要素を検討した。また、「出張暮らしの保健室」の対象者が団地高齢者であることから、団地高齢者に関する先行研究から、団地住民の背景、特徴や団地内で行われている互助活動も検討した。男性独居の問題は団地内でも孤立を生むケースが多く、男性高齢者へ配慮した取り組みも参考とした。先行研究の最後に、拠点型の「暮らしの保健室」で実績を積んでいる秋山の取組と全国で同様の理念で展開している活動の目的や実態を検討し、アウトリーチ型の「出張暮らしの保健室」との違いを明確にすることとした。先行研究から導き出された仮説として、地域包括ケアシステムの目的である高齢者が「住み慣れた地域、(我が家)で安心して自分らしく暮らし続ける」ことを実現するためには、地域の医療、介護、福祉の関係者が日常的に多職種連携の本来の理念である同じ目線で共有の目標を設定した活動を継続的に行う機会を持つことが必要であり、日常的な社会貢献活動である「出張暮らしの保健室」の活動が有効であると考えた。医療緊急性のない日常的な社会貢献活動を通じて、お互いの考えや人となりを知り、利用者である高齢者やその家族とも接することで全ての関係者が公平な立場でチームとして、個人としての目標を達成して行くことの経験を積み上げることに繋がると考えた。こうした日常的な経験が、実際の入退院支援や在宅の現場など職務の際にも多職種が同じ目線で会話し、目標を共有し、利用者や家族も同心円状のチームとして捉える意識を醸成することに繋がると思われる。

2. CD-TEP 法の活用により得られた考察

秋山が都内の大規模団地で10年以上にわたり実施している拠点型「暮らしの保健室」を参考に2017年にT市の数名の訪問看護師がボランティア活動として「出張暮らしの保健室」の活動を開始した。同時期に前述の訪問看護師らより市内訪問看護事業所の情報交換、研修を円滑に行う目的で訪問看護事業所の連絡会組織設立の希望があり、研究者は業務の関係から事務局として設立に携わり、「出張暮らしの保健室」の活動へも当初より関与することとなった。この活動を設立した訪問看護連絡会の組織的な活動へ発展させたいとの考えがあり、研究者がその活動を支援する過程で、方法として社会福祉分野の人的サービスとして既存の社会サービス活動の改善を目的として活用されるCD-TEP法の導入を提案した。CD-TEP法を活用したことによって、本活動の目指すゴールが明確となり、ゴールを達成するためのプロセス、活動の内容を可視化することができた。

本研究では、「出張暮らしの保健室」が実施している団地高齢者へのアウトリーチという形式が全国でも例がないため、CD-TEP法が提示するステップ1から12の項目のうち、ステップ7以降の他施設での実施拡大の項目は実施せず、ステップ1から6の項目の実施によって1次効果モデルを構築するところ迄を研究の範囲とした。大島ら(2019)による「実践家参画型エンパワメント評価の理論と方法」の方法を参考に、アンケート調査により対象者のプログラムへのニーズを明確にし、活動の方法は異なるが、グッドプラクティスと

して選定した全国で「暮らしの保健室」を実施する責任者へのインタビューにより、プログラムの重要な活動要素を確認した。CD-TEP 法の重要な要素であるワークショップについては、実践家評価チームとなった訪問看護連絡会の幹事会メンバー（看護師、福祉職）7名による6回と専門家として秋山を入れた会議の計7回が実施され、プログラムの可視化に必要なインパクト理論、プロセス理論（サービス利用計画、組織計画）、効果的援助要素、実施マニュアル、評価ツールの5点のアイテムを完成させた。

ワークショップにより、「出張暮らしの保健室」の目指すべき最終的なゴールは、地域包括ケアシステム、地域共生社会が目標としている「住み慣れた地域、(我が家)で最期まで安心して自分らしく暮らし続ける」社会の実現であることを確認し、その前段階で、より検証可能な遠位アウトカムとして、プログラムに参加する高齢者が「在宅医療・介護の知識を高め、最期の治療や過ごし方、場所について自らの考えを持ち自信をもって行動する」を目指すことに決定した。同時に「出張暮らしの保健室」の当日のプログラムとして実施すべき活動とプログラムの運営に必要な資源を話し合った結果、33項目の活動要素が挙げられ、その項目を分類することで5つの近位アウトカムを確定した。ワークショップでは、社会へ与えるインパクトとなる最終ゴールからのトップダウンと実践者が必要と考える個々の活動要素からのボトムアップを結び付けた項目が近位アウトカムとして位置付けられた。

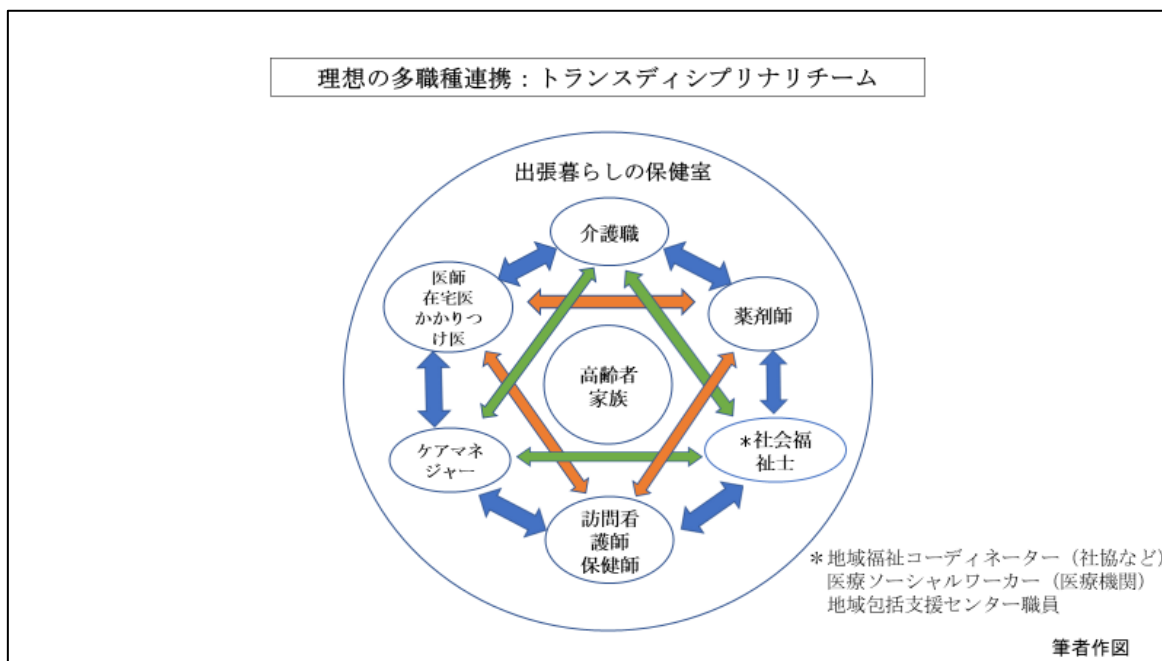
CD-TEP 法によるステップの初期段階のアンケート調査からは、すでに「最期まで自宅で過ごす」ことに自信を持っている高齢者が有する要素と特徴が抽出された。これら対象者が持つニーズ、特徴に対応するプログラムテーマや進行方法を構築することが意識され、グッドプラクティスインタビューで得られた実施に必要な要素を採り入れるだけでなく、より対象者のニーズを意識した内容に繋げることができた。グッドプラクティスインタビューでは、「暮らしの保健室」の基本要素として、高齢者の「安心の居場所」「学びの場」「相談窓口」が強く意識され、更に「連携の場」が進みつつあることが分かったが、「出張暮らしの保健室」の実践家評価チームのワークショップでは、アンケートで得られた「かかりつけ医の参画意識を高める」「多職種の連携を強める」ことへ高い意識が向けられることとなった。CD-TEP 法による客観的なプログラムの評価により、対象者のニーズ、グッドプラクティス実施者の経験、現在のプログラム実践者の日々変わる現場での対応を複合的にワークショップによって昇華することによってプログラムが可視化され、実践者の参画意識の高まりと自信に繋がったと考えられる

3. IPW 理論に基づく多職種連携の進展

2000年の介護保険の導入以降、医療、介護の現場においては、役割、背景の異なる多様な職種の人達とのチームによる業務遂行が不可欠となり、従来の病院内、施設内といった同じ職種によるチーム運営とは異なる複雑な関係構築への対応に翻弄されてきた。英国のIPW理論とその教育としてのIPEを始めとして適応に向けた議論と研究が重ねられてきた。春田らは、日本の多職種連携に必要な4つのドメインを「職種役割を全うする」「他職種を理解する」「自職種を省みる」「関係性に働きかける」と定義した（春田2016）。他職種を理

解し、自職種との違いや特性を理解したうえで関係性に働きかけ互いの関係性を成長させることを強調している。多職種連携のチームの構成モデルとして藤井ら（2018）は、トランスディシプリナリモデルを提唱し、目標を統合し、役割の交代・開放も可能、利用者など当事者もチームの一員となることを定義している。その基礎には、権限の分散、対等平等の関係性が不可欠としている。研究の背景と意義の項目でT市の地域医療・福祉活動の特徴を示したが、T市では社会福祉協議会（社協）が長年、福祉、介護系の諸団体の取りまとめを行い医療系団体との接点役を務めている。また、社協の職員である地域福祉コーディネーターが各圏域の地域包括支援センターに席を置きエリアソーシャルワーカーとして活動している。こうした環境も「出張暮らしの保健室」の様に医療・福祉の諸団体が関与するプログラムにおいて各団体の協力が得られたことに寄与した可能性が高い。CD-TEP法のワークショップにおいては、幹事会の訪問看護師、福祉職（社協職員）は従来から良好な関係であったが、ワークショップにおいて日常業務とは異なる議題で意見を交わし、前向きなアイデアを出し合う中で、更にトランスディシプリナリモデルに相応しい対等な関係を構築したと言える。「出張暮らしの保健室」の運営の中心となる訪問看護師と福祉職の地域福祉コーディネーターにおいても、プログラムが開催されるためのスタートが地域福祉コーディネーターと団地自治会の相談からとなっておりその役割の重要性、その後の運営に関する相談、連絡の過程で医療職である訪問看護師、薬剤師などと連携して積極的なコミュニケーションが求められることから自然と対等な関係性を構築することになった。開催の内容は、効果的援助要素で示した通り、医療職・福祉職の専門職は参加する高齢者との双方向の会話、相談への対応、イベント支援であり、専門職同士は勿論、参加する高齢者との関係も対等な関係性を重視して運営されている。研究者は、こうした開催状況を目にするによって、トランスディシプリナリなチームが形成されていることを実感するに至った。開催を重ねることで、出前講座の様な専門職によるレクチャーとは異なり、主役は参加する高齢者やその家族であることへの意識は共有されている。当日のプログラム内容によって参加する医師や薬剤師、介護関係者もボランティアに近い社会貢献活動としての参加であり対等な関係で参画しており、そのチームの成り立ちはトランスディシプリナリモデルを構築していると考えられる。更に「出張暮らしの保健室」の枠組みとT市の特徴によって構築された多職種の諸団体の関係性によって課外活動として実践されてきた「看護の日」「医師と市民の懇談会」には、医師会、歯科医師会、訪問看護連絡会、地域包括支援センター、理学療法士、ケアマネジャーなどが対等な関係で社会貢献活動として参加し、市民の医療・介護の相談や講演会を実施するなどトランスディシプリナリモデルの実践例が拡大していることも見て取れる。こうした対等な関係、対等なコミュニケーションの継続により、互いの人となりや職種の特性を理解することで、実際の医療・介護現場でIPW理論に基づく多職種連携に繋がっていると思われる。

(図 18) 「出張暮らしの保健室」における多職種の関係性、自由な役割の交換



CD-TEP 法は、本来の目的として IPW, IPE を目指しているとは言えないが、実践家評価チームによるワークショップによって対等な関係性の構築が促進されたと言える。本研究における実践家評価チームは、最初に「出張暮らしの保健室」を始めた訪問看護師を含む、訪問看護連絡会の幹事会メンバーであり、研究に関わる度重なるワークショップと本プログラムの運営を振り返る年 2 回の自治体、地域包括支援センター責任者、薬剤師会など関係する外部団体を含めた定期会議を通じて、業務経験を基礎としながらも日常業務とは異なるテーマに対するアイデアを創出することによって IPW 理論、IPE を体現してきたと言える。本研究の進捗と「出張暮らしの保健室」が数名のボランティアから自治体や外部団体を含めた地域の医療・福祉への貢献活動へ進展する時期は重複しており、ワークショップで検討した事項は、実際の明日の「出張暮らしの保健室」開催によって修復、削除されることが多く、改善を繰り返す形成評価に合致した運営となった。

先行研究で示した通り、初期の多職種連携の研修として柏モデルを参考に医師会を中心とした顔の見えるブレインストーミング研修が各地で開催され一定の成果は上げたが、こうした座学の研修は一定期間で終了することが多い。これに対し、CD-TEP 法の形成評価は、プログラムの続く限り改善が継続されることで、関与する多職種は常に IPE を学習し知識を生成していると言える。多職種連携の研修という観点からも座学の研修に勝る方法と思われる。春田 (2014) が提唱した多職種連携の俯瞰図の中に「出張暮らしの保健室」の形成評価を位置づけると、ミクロからメゾレベルで関わっており、図中の点線で示した範囲と思われる。つまり、成人学習論をベースに、チーム学習、タックマンモデル、経験学習、状況学習などを意識しながら今後も IPE を進めていく必要があると思われる。学ぶべきことは尽きないが、こうした地道な取組みが T 市の地域包括ケアシステムを活性化させ、質を上げることにつながると期待する。

SC の従来の研究では各種データが取得可能な比較的若い高齢者層での研究が中心となり、後期高齢者を対象とした研究は少なく、超高齢者への固有のニーズを考慮した地域活動の研究が必要との指摘があるが、過去の高齢者に対する地域活動の研究からは、SC を豊かにする要素として、日本人に見られる「遠慮がちなソーシャル・キャピタル」として、ミクロレベルでは、活動が実施されると「他の人に悪いから参加する」ことをきっかけに効果が発揮されることも多く、「出張暮らしの保健室」の様にアウトリーチ型でわざわざ訪問してくれる活動への参加はサイレントで引きこもりがちの高齢者には効果的と考えられる。また、SC 研究の中では、多世代による活動の有用性、実践する外部組織と利用者の所属する組織（団地の場合は自治会）をつなぐ中間的組織の存在の重要性が指摘されているが、「出張暮らしの保健室」では、地域包括支援センターの中でも地元の実情をよく把握している地域福祉コーディネーターが関与し中間的組織として活動することの意義は大きいと言える。以上の利点を持つアウトリーチ型の活動は、後期高齢者が住民の大半となった大規模団地への地域活動としてもその特徴に合致した形式と考えられる。団地内に拠点型の「暮らしの保健室」を持つ恵まれた団地は全国的にみれば少数と言える。自治体が公平な住民サービスとして展開するにあたっては、医療専門職と福祉専門職が協働し、定期的に出張暮らしの保健室で訪問し、拠点型「暮らしの保健室」で培われた利点も活用し地域活動として実施することはより現実的な取り組みと考えられる。

SC の分類として、「結合型」といえる都市団地高齢者の内向きで地域限定的な互酬性を持つ集団の孤立という課題に対して、中間機能的組織として地域包括支援センターの地域福祉コーディネーターを介して、多世代、異なる集団である訪問看護師や他の医療職、介護職の協働によって運営される「出張暮らしの保健室」という「橋渡し型」のグループが介入することにより、新たな信頼関係、ネットワークを構築し、より大きな SC が産み出されることが期待できる。

5. 団地高齢者への医療・福祉支援活動としての考察

高度成長期に首都圏への労働力流入の住宅確保政策として建設された大規模団地は 50 年を経て、団地住民の高齢化率は市民平均の 2 倍以上となり、世帯収入は、所得 5 分類の下位 2 分類に大半の住民が分類されるなど、高齢化と低所得化が大きな課題となっている。T 市を始めとした都市近郊の自治体では、大規模団地住民が福祉的な支援策の重要な対象となっている。団地住民への福祉活動の展開とその評価は、市全体の高齢化率が高まり現在の団地住民の課題が市全体の課題となる近い将来へ向けての重要な挑戦と思われる。

本研究でニーズ調査として行った 60 歳以上の市民へのアンケートでは、55.3%が団地住民であったが、戸建て、集合住宅、持ち家、集合住宅の住居形態による各種質問とのクロス解析での有意な差は見出すことは出来なかった。従って、「出張暮らしの保健室」のプログラムの改善に至るインパクト理論、プロセス理論は、厳密には団地高齢者を多く含む高齢者へのプログラムの提案と言える。プログラムの対象を団地高齢者とした理由は、既に高齢化率が市民全体の 2 倍以上と高く、高齢者を対象とする地域の医療・福祉施策を実践するためにはより効果的に実施が可能であると考えたことであり、今回の実証で得られ

た経験が今後市民全体へのプログラム構築への試金石として活用されることが重要と考えている。一方で、先行研究では団地特有の課題も挙げられており、プログラムの実施に当たっては、可能な限りこうした団地特有の課題も整理した上でプログラムの構築を行った。

先行研究では、①福祉施策の重点対象となる社会から孤立し易いグループとして、男性、未婚、子供のいない世帯、独居、移動能力の障害が指摘されているが、既に高齢化率が50%を超える大規模団地にはこうした世帯が多く存在することが分かっていること。②自治会の担当者も高齢化が進み自治機能が低下しているとの調査結果から孤立の傾向が助長されている可能性があること。③住まいの構造上の課題から支援サービスを受けにくいこと。④かつて「団地族」と言われ地域社会との関係性が希薄な特徴を持つ住民が現在も団地住民の3割程度を占めていること。⑤団地内でのグループは、SCでは「結合型」として内向きで排他的な特徴を持つとされていること。などが挙げられている。社会から孤立し易いグループへの対策など自治体、地域包括支援センターなど公的機関を含む地域全体での対策が必要と思われるが、「出張暮らしの保健室」は、個々の専門職による出前講座の様に要請ベースの単発の活動に留まらず、自治体、地域包括支援センターなどの公的機関と一体となる組織的な運営へ発展したところに地域の医療・福祉貢献活動としての特徴がある。こうした組織的、継続的な活動を通じて社会からの孤立を防ぐプログラムの構築を目指している。また、近隣住民との交流を好まず閉塞的になり易い団地高齢者へ対して、地域事情に精通し日ごろからコンタクトを取っている地域福祉コーディネーターがコミュニティーソーシャルワーカーとしての役割を担い、開催当日のプログラムは、人と寄り添うことに高い専門的コンピテンシーを持つ看護師が中心となってアウトリーチ方式により開催するスタイルが、本プログラムの介入を可能にしていると言える。

先行研究では、近年の団地の特徴として、低所得層の増加による必要に迫られた中での互助活動の増加傾向があることを示したが、「出張暮らしの保健室」の開催時の高齢者との会話、ニーズ調査の結果からは、公的機関や専門職との接触機会の少ないことによる情報不足も要因となっている可能性が考えられた。実際に介護認定の取得方法、サービスの具体的な自己負担費用への質問なども会話の中に出てくるが、これらの情報は、いざ自分や家族が当事者になったときにはじめて必要と感じる情報となることも考慮して提供方法を検討することも必要である。T市においても大規模団地の経営母体は多岐にわたり住民情報の把握が困難な状況もある。対策の方法として、本プログラムのサービス利用計画に示した様に、具体的なアプローチの手段を持ったうえで、地域福祉コーディネーターが定期的に団地自治会と接触し、医療職と協働した支援活動を通じて住民情報の把握とニーズに合致した情報提供を継続することが重要と考えられる。高齢化により弱体化した自治会機能へは、アウトリーチによるサービス提供は前述のとおり日本人のSCの特徴を考えたいうでも重要な方法であり、こうした活動を通じて、団地自治会の必要な互助活動を支援すると同時に、本来は適正な情報提供により公的サービスで賄える部分は代替し個人の費用負担軽減に繋げることも重要と思われる。

CD-TEP法を活用し、ワークショップにより運営方式、当日のプログラム内容などを改善してきた実践家参画型の方式は、研究ステージが終了した後も継続されており、年に2回

の関係者による会議ではその後も形成評価的に改善が継続されている。関係者が対等な立場でコミュニケーションをする姿勢が確立しており団地高齢者への個別訪問など更に強度を上げたアウトリーチの必要性も議論が可能と思われる。「出張暮らしの保健室」が自治体を中心とした地域福祉の公的組織と民間の医療・介護専門職の協働により実施されることで、地域の高齢者福祉施策の重要な対象となる団地高齢者へ求められるサービスが提供可能なものとなっていると言える。また今後も様々な施策の検討を公的機関である自治体、地域包括支援センターと民間の医療・福祉団体との間で組織的に検討できる体制が出来たことは大きな利点となった。

6. 研究目的の達成

本研究の最初の目的は、訪問看護師のボランティア活動として開始された「出張暮らしの保健室」を地域全体による医療・福祉への貢献活動として発展させるために、実践家参画型評価の一つである CD-TEP 法を用いて、本プログラムを改善し可視化することであった。活動の中心となる訪問看護連絡会の幹事会メンバーが実践家評価チームとなり、計 7 回のワークショップ、専門家を交えての会議を経て、CD-TEP 法の手順に準拠し 1 次効果モデルに必要な、インパクト理論を始めとした 5 つのアイテムを完成させた。実践家参画型評価のもたらす成果でもある実践家のプログラムへの参画意識は高まり、ワークショップによる積極的なコミュニケーションによって実践家はもとより、関係する外部団体である多職種のメンバーとも実際の運用を通じて対等な関係を構築するに至った。「出張暮らしの保健室」を平時における多職種連携の一つの形として、当プログラムの改善のプロセスと多職種の参加による活動を通じて目的の一つであるプログラムの可視化を達成することができた。

また、可視化され、実施手順に基づき、実践家評価チームと多職種が実際の運営を重ねることにより研究のもう一つの目的である多職種連携の高まりと、結果として本プログラムが地域全体の医療・福祉専門職の協働による継続的な貢献活動として定着したことを確認することが出来た。

具体的な活動の成果に関しては、2018 年からの実施結果で示した通り、組織的な活動となった 2019 年に地域包括支援センターとの協働により 16 回の計画と実施となった。この年には、3 つの団地で定期開催となりプログラムの形成評価に大いに参考となった。2020 年は新型コロナウイルスの影響で開催延期となったが、2021 年には 8 回の開催、2022 年度には地域福祉コーディネーターの増員もあり、またコロナ蔓延の今こそ実践家がアイデアを出し実施することの必要性が自治体、主幹団体の間で高まり 16 回の開催予定が決まっている。評価マニュアルの項目には継続的な開催、参加者の継続的な出席を挙げているが、この点での成果は確実に達成できていると言える。プログラムの内容や運営方法は、形成評価として常に実践家評価チームが改善を行うことが重要であるが、開催当日のプログラムの内容改善など細部に関して、主幹団体となる訪問看護連絡会の幹事会が引き続き機能しており、組織計画として、自治体、地域包括支援センター、実施主幹である訪問看護連

絡会、市薬剤師会の代表、研究者による年2回の検討会議が定例化され現在に至るなど CD-TEP 法によるサービス利用計画、組織計画などの規定が寄与していると考えられる。

開始から5年を経過し、目的の一つである多職種連携の進化にも成果が見られた。「出張暮らしの保健室」に参加する地域包括支援センターは拡大し、現在では6圏域の地域包括支援センター、3福祉センターの市内9箇所全ての参加となり、前述の通り、地域包括支援センターの福祉職である地域福祉コーディネーターの人員が倍増され全員がこのプログラムに関与することとなった。これまでのプログラムには、中心的な実施主体である訪問看護師、薬剤師会として参加を承認している薬剤師が参加しその連携は5年間継続している。各プログラムには、要望に応じる形で、医師、歯科医師、主任ケアマネジャーなどが参加しているが、「出張暮らしの保健室」の活動理念が多くが多職種団体に浸透していることが感じられる。具体的な多職種による協働の成果である課外活動として、「出張暮らしの保健室」の実施主体である訪問看護連絡会が主催し、その声掛けによって市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会、社会福祉協議会、自治体の共催する市民を対象としたイベントが「看護の日」として定例化されるなど多職種連携の参加者の目線が揃う機会が増えている。

市民アンケートの結果を基にしたワークショップから近位アウトカムの項目として挙げた「かかりつけ医の参画意識を高める」ことに関しては、プログラム参加者へ実施した試験的なアンケート結果からもまだ改善の継続が必要と実践家評価チームも認識している。プログラムは、平日昼間の開催が多く医師の参加が難しい課題はあるが、別の方法として、「かかりつけ医」と市民の懇談会という形式で、医師と市民が同じ目線で車座になって話せる機会を医師のスケジュールに合わせて開催するなどインパクト理論のプロセス項目を実現するための実践家評価チームのアイデアが実現に繋がっている。昨今「かかりつけ医」の概念が議論となっているが、ワークショップと前述の懇談会の参加者の意見から、高齢者が最後に頼りにする医師は、都内の病院の専門医ではなく、近所の開業医となるのが望ましく、プログラムに参加する高齢者が近所の開業医を身近に持てるための支援も効果的援助要素となっている。プログラムの中に近所の開業医が参加し名前を知る近所の医師を作ることは近位アウトカムの達成に不可欠であるが、プロセスとして、市民アンケートで高いニーズとして出された医療、介護の施設情報へのニーズに対しては、標榜上の施設だけではなく、高齢者に必要な近医の紹介、訪問診療の有無など高齢者の将来の不安解消につながる質を踏まえた情報提供が実施されている。T市では、こうした情報を印刷配布するだけではなく、情報更新を容易にするための独自のインターネット配信も行うなど自治体と多職種による協働の活動が活かされていると思われる。

以上の通り、先行研究から抽出した課題を基に、研究仮説を立て、実際の「出張暮らしの保健室」の活動を CD-TEP 法の手法に則り、第1ステップから第6ステップまでのプロセスを実施し1次効果モデルとしての「出張暮らしの保健室」の改善プログラムを提示した。CD-TEP 法を活用して本研究を実施したこと自体が IPE であり、改善の中心となった実践家評価チームの活動を通じて、参加する多職種が本プログラムの意義を考え、その目標や地域での役割を認識することで多職種の連携を促進したと思われる。

今回のプログラムは、高齢化が一般住民の2倍と高く、社会と孤立し易い世帯的な特徴を持つため、自治体の福祉的支援活動の優先度の高い都市近郊の大規模公営団地の高齢者を主な対象とした。先行研究で得られた団地固有の特徴への対応として、エリアソーシャルワーカーとしての地域福祉コーディネーターが、団地自治会と専門家集団を繋ぐ中間組織として機能し、本来は外部サービスの受け入れ度が低い結合型の特徴に対して、地域福祉コーディネーターが日常的な接触により専門職がアウトリーチで場を設定してしまうことで「遠慮がちなSC」を刺激することで受容度を高めて行った。本プログラムは、優先度の高さと、開催時により多くの参加者を集客できるという実施の効率性から大規模団地での開催が中心となったが、当日のプログラム開催内容である、参加者同士の会話や参加者と専門職の双方向の会話を重視し、参加者を主役として高齢者の本来の力を呼び起こし自らの選択を支援する学びの場とする考えは、高齢者全てに当てはまる内容である。団地での開催を周知する市の広報誌、地域包括支援センターのタウン誌への掲載に関しては、団地外の住民の参加を許容する自治会は半数程度であったが、積極的に団地外への広報を望む自治会幹部の中には、東日本大震災の際に団地が外部との情報から孤立し自治体サービスへのアクセスに後れを生じた際に、地域の住民から多くの支援を貰った事例などを引き合いに、団地と地域住民との交流を図りたいとの意向があった。本プログラムは、団地高齢者での実証を優先させたが、本来は市内高齢者の全てを対処としたプログラムであり、更に開催の効率性から実施場所は団地自治会主会場などではあるが参加者は近隣の高齢者であれば誰でも参加が出来る地域の医療・福祉プログラムとして位置づけられるべきであり、継続する中でこうした方向性を打ち出せるようにすべきと考える。

結果的に多くの協力者によって、科学的なデータに基づくプログラムの改善に繋げることが出来た。実施マニュアルの作成によって、大都市近郊に於いて多くの大規模団地を抱え、同様の課題を持つ自治体や団体が「出張暮らしの保健室」を実践して行くことに貢献できれば良いと考える。

VII. 本研究の限界と今後の計画

本研究はその研究範囲を、CD-TEP法の第1ステージの第1ステップから第6ステップとし、量的、質的調査に基づく科学的なデータ分析と実践家によるワークショップにより第1次効果モデルを提唱することが出来た。CD-TEP法では、次のステージで、第1次効果モデルを全国の同様な施設で実施し、実施度と成果の検討を行い最終的な効果モデルを作成することを推奨している。その場合、多くのケースでは全国で既に同様の取組を行っており、改善、評価した1次効果モデルの実施に協力する施設や研究グループを持つことが前提となる。本研究の対象となる「出張暮らしの保健室」というプログラムは、全国でも実施している自治体、グループは現状ではT市とT市訪問看護連絡会のみでありその時点でステップ12まで進められない限界があった。一方、研究者が本研究を2019年に日本在宅看護学会学術総会で発表した際には、他県の大学や訪問看護ステーションより多数の質問があり、閉会後に開催手順等の提供依頼が寄せられた。将来的には、こうした協力施設を募り、1次効果モデルの実施により更に科学的根拠に基づくプログラムの推進に繋げるこ

とが必要と考える。また、現在拠点型の「暮らしの保健室」を実施する主催者へバリエーションとして「出張暮らしの保健室」への協力を仰ぐことも考えられる。本研究は、「出張暮らしの保健室」というアウトリーチ型のボランティア活動を科学的な分析手法に準拠して効果モデル構築し、その過程で醸成された IPW 理論に基づく多職種連携の高まりによって本プログラムが地域の医療・福祉活動として継続されている点を成果としているが、このプログラムが実際に他の地域で実行が可能かどうかの検証は今後の課題でありその意味で本研究の限界といえる。

今後は、本研究論文の公表と学会発表等を通じて、「出張暮らしの保健室」の実施を検討する自治体や医療、介護福祉関係のグループを募集し、さらに多くの実施データを収集する計画としている。また、遠位アウトカムである「最期の治療や過ごし方、看取りの場所について自信を持って自らの考えを持ち行動する」の効果測定を評価マニュアルの中では、実施する団地自治会の賛同によりプログラムが継続的に開催できること、高齢者が継続的に参加していることなどを挙げ、2018 年、2019 年の開催実績により試験的なアンケートとして確認したが、今後開催する団地自治会に対しては、本学社会事業研究所倫理審査で承認を受けた（承認番号 20-0101③）前後比較の介入調査も計画している。

拠点方の「暮らしの保健室」は、秋山を始めとした実践者が学会、雑誌等でその成果や始め方を公表しており、実施に際しては、場所と個人のやる気の実施に繋げることは可能と思われる。一方で自治体も関与し組織的に実施するアウトリーチ型の「出張暮らしの保健室」は、関与する多職種、組織も多く、関係者の理念の共有に始まり、実施に際しては規範と文章化された手順書が必要となるなど計画的な推進が必要となる。本研究により科学的に構築した「出張暮らしの保健室」の 1 次効果モデルと実施マニュアルによって他の自治体、団体での実施を促進し更にエビデンスに基づく社会福祉活動としてのプログラムの構築を目指したい。

謝辞

本研究の最初に論文主査となり先行研究の厚労省政策などに助言を頂いた菊池いづみ先生、「出張暮らしの保健室」をプログラム評価、CD-TEP 法により形成評価することを了解いただき、プログラム評価の初歩からご指導いただいた大島巖先生には心より感謝申し上げます。両先生の退官後、引き続き CD-TEP 法の活用法と可能性をご指導いただいた贅川信幸先生に感謝申し上げます。鶴岡浩樹先生には、論文主査をお引き受けいただき、地域医療、多職種連携を日々支える豊富な現場でのご経験と、地域包括ケアシステムに関する豊富な学術知識から多くのご助言とご指導を賜り、先生のおかげで論文を書き上げることが出来ました。心より感謝申し上げます。

秋山正子先生には、実践家評価チームの会議にも参加いただき多くのご助言を頂いたことに改めて感謝申し上げます。インタビューにご協力いただいた全国の「暮らしの保健室」の主催者の方々にも感謝申し上げます。田中滋先生には、卒業後も人生の節目で貴重なご助言を頂き、本研究を含め社会貢献への動機づけを頂いていることに感謝申し上げます。

本大学院の履修過程において、専門外の私に社会福祉学、高齢福祉学の基礎、研究方法論など多岐にわたりご指導を頂いた多くの先生方に感謝申し上げます。特に有村大士先生には投稿論文の統計解析を丁寧にご指導いただき感謝申し上げます。審査委員の先生方には、不足している論点への気づきを与えていただき再度細部を見直す機会となり論文を完成することが出来たことに改めて感謝申し上げます。

本プログラムを研究で扱うことに合意頂き、現在も改善を実践する T 市訪問看護連絡会の皆さま、活動を支える、市役所、地域包括支援センター、社会福祉協議会、多職種の諸団体の方々には心より御礼申し上げます。

本研究は、公益財団法人勇美記念財団より在宅医療助成金を頂き、研究の一部は、日本在宅看護学会誌で発表しています。

【引用文献】

- 秋山正子(2015) 訪問看護の実践から見た地域包括ケアにおける看取り：医療と社会
25(1), 71-85.
- 秋山正子(2017) 地域を耕し、育む活動を通じて：死の臨床, 40(2), 288.
- 秋山正子(2019) 暮らしの保健室のはじめかた：コミュニティケア 21(7) 日本看護協会出版会, 東京
- 吾妻知美、神谷美紀子、岡崎美晴他(2013) チーム 医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難：甲南女子大学紀要, 7, 22-33.
- 安倍正美(2017) 診療所の医師の役割に関する一考察、地域医療を担う かかりつけ医：埼玉女子短期大学研究紀要第35号.
- 新井利民(2007) 英国における専門職連携教育の展開：社会福祉学, 48(1) 142-152
- 磯村栄一(1960) 団地社会形成の社会的意義：都市問題研究, 12(9), 3-19.
- イチローカワチ、SV スブラマニアン、ダニエルキム(2008) ソーシャル・キャピタルと健康、日本評論社, 東京
- 糸氏 英吉(1993) 《かかりつけ医》機能と在宅医療：順天堂医学, 39(3), 301-309.
- 小川栄二、三浦ふたば、中島裕彦(2009) 利用者の援助拒否・社会的孤立・潜在化問題から福祉労働のあり方を考える：総合社会福祉研究, 34, 28-40.
- 稲葉陽二(2007) ソーシャル・キャピタル「信頼の絆」で解く現代経済・社会の諸問題：生産性出版, 東京
- 稲葉陽二(2011) ソーシャル・キャピタル入門—孤立から絆へ：中央公論社, 東京
- 稲葉陽二(2013) 「ソーシャル・キャピタル「信頼の絆」で解く社会的孤立：ミネルヴァ書房, 東京
- 稲葉陽二・吉野諒三(2016) ソーシャル・キャピタルの世界 学術的有効性・政策的合意と統計・解析手法の検証, ミネルヴァ書房, 東京
- 今村晴彦(2010) コミュニティーのちから—遠慮がちなソーシャル・キャピタルの発見：慶應義塾大学出版, 東京
- 医療・医療保険制度に関する国民意識調査 (2017)：(9) 全国健康保険組合
Institute of Medicine (1996)：Primary care—American's Health in a New Era.
National Academy Press. Washington DC. 1996
- Wilkinson, R.G & Marmot, M. (1998) The solid fact :Social Determinants of Health,
World Health Organization.
- 上野佳代・菊池和美・長田久雄(2016) まちの暮らしの保健室における研究課題：老年社会科学, 38(2), 252.
- 大河内 彩子(2017) 都市部団地高齢者の認識するエイジング・イン・プレイスの実態と課題(原著論文)：横浜看護学雑誌, 10(1), 12-19.
- 大島 巖、源 由理子、贅川 信幸、他(2019) 実践家参画型エンパワメント評価の理論と方法—CD-TEP 法 協働による EBP 効果モデルの構築—：日本評論社, 東京
- 大島 巖、平岡 公一、児玉 桂子、他ほか(2015) 実践家参画型福祉プログラム評価の方

- 法論および評価教育法の開発とその有効性の検証:平成23~26年度文部科学省科学研究費補助金基盤研究(A)総括報告書
- 大橋薫(1964)団地社会におけるコミュニティオーガニゼーション:都市問題研究,16(5),14-29.
- 介護給付費等実態統計(2019)
- 令和2年度 介護給付費等実態統計の概況(令和2年5月審査分~令和3年4月審査分)|厚生労働省(mhlw.go.jp)(2020.10.1閲覧)
- 葛西 龍樹(2016)家庭医とは何か—諸外国の最新事情:日本内科学会雑誌,105(4),736-746. 29.
- 片岡 千明、由雄 緩子、城宝 環ほか(2016):兵庫県立大学地域ケア開発研究所研究活動報告集1,13-15.
- 加藤 田歌(2006a)生活スタイルと住まい方からみた団地居住高齢者の環境整備に関する考察 多摩ニュータウン団地高齢者の生活像と居住環境整備に関する研究 その2:日本建築学会計画系論文集,72(617),9-16.
- 加藤 田歌(2006b)「団地住宅における高齢者居住の様態と居住環境整備条件について:多摩ニュータウン団地高齢者の生活像と居住環境整備に関する研究 その1」日本建築学会計画系論文集 71(600),9-16.
- 川越 雅弘(2008)我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題:海外社会保障研究 Spring.2008.No.162
- Kawachi, I & Berkman, L, F(2000). Social Cohesion, Social Capital, and Health. In L. F Berkman&I. Kawachi (Eds.). Social Epidemiology. New York:Oxford University Press.
- 久保 美由紀(2013)高齢者の生活継続を支える生活支援のあり方に関する一考察:会津大学短期大学部研究紀要,(69),171-182.
- 熊川寿郎,森川美絵,大野賀政昭ほか(2016)地域処方箋の可能性:保健医療科学,65(2),136-144.
- 健康保険組合連合会(2011)「医療に関する国民意識調査」(2021.4閲覧)
- 調査研究報告書|研究事業|けんぽれん[健康保険組合連合会](kenporen.com)
- 小池高史(2015)自治会報紙面に見る高齢化した団地での生活:現代民俗学研究,第7号59-68.
- 小池高史(2016)老年社会学の対象としての団地居住高齢者:老年社会科学38(1),102-107.
- 小池高史、安藤孝敏(2014)団地に暮らす独居高齢者の周縁的社会関係:応用老年学,8(1),23-30.
- 小池高史(2017)高齢者の孤立は男性問題か?: Aging & Health, 7, 22-25.
- 小池高史(2018)高齢化した団地における互助活動の変遷:地域共創学会誌創刊号,13-22.
- 厚生労働省ホームページ:地域包括ケアシステム
- https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/(2020.10.1閲覧)
- 厚生労働省(2011)良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正

- する法律案の 概要（平成 18 年度改正）：平成 23 年度版厚生労働白書資料編， p. 38. 厚生労働省.
- 厚生労働省（2012）疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について：厚生労働省医政局指導課長通知，医政指発 0330 第 9 号.
- 厚生労働省（2016）医療施設（静態、動態）調査・病院報告の概要（2021. 4. 1 閲覧）
平成 28 年医療施設（動態）調査・病院報告の概況 | 厚生労働省 (mhlw. go. jp)
- 厚生労働省（2017）平成 29 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書（2022. 4. 1 閲覧）調査の結果 | 厚生労働省 (mhlw. go. jp)
- 河野高志（2018）地域包括ケアシステムにおけるケアマネジメントとインタープロフェッショナルワークの可能性：福岡県立大学人間社会学部紀要, 28(2), 37-53
- 児玉桂子（2013）超高齢団地における安心居住の支援方法に関する実践研究-滝山団地における大学・団地自治会・都市再生機構(UR)との連携-：平成 24 年度日本社会事業大学社会事業研究所 社会福祉実践研究事業報告書デジタル版
- 埼玉県立大学（2009）IPW を学ぶ-利用者中心の保健医療福祉連携-：中央法規出版
- 在宅医療・介護連携推進事業における市町村の取組状況及び都道府県による支援の在り方に関する研究：野村総合研究所（2021. 4. 1 閲覧）
<https://www.nri.com/-/media/Corporate/jp/Files/PDF/>
- 斎藤雅茂、藤原佳典、小林江里香ほか（2010）首都圏ベッドタウンにおける世帯構成別にみた孤立高齢者の発現率と特徴：日本公衆衛生雑誌, 57(9)785-795.
- 埼玉村 詩織、源 由理子編（2016）行政の健康づくり事業における参加型評価の活用：晃洋書房, 163-183.
- 佐藤 惟（2015）超高齢団地の居住者が抱える生活上の不安・困難と支援課題：厚生指標, 62(15), 29-37
- 澤 憲明（2011）英国家庭医学会の新しい専門医教育・認定制度から見える日本の課題：日本プライマリ・ケア連合学会誌, 34(4), 308-316.
- 澤 憲明（2015）イギリスの総合診療：治療, 97(7), 934-938.
- 澤 憲明（2018）プライマリ・ケアを基盤とする英国の在宅医療 家庭医(GP)の視点から（特集 在宅医療と腎泌尿器疾患）：腎臓内科・泌尿器科, 8(1), 7-18.
- 篠田道子（2011）多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル：医学書院, 11.
- 下井俊典、大塚真理子、春田淳志ほか（2016）保健医療福祉職における専門職連携コンピテンスー日本保健医療福祉連携教育学会 IPE 推進委員会によるー：保健医療福祉連携特集, 9 巻 2 号, 116-120.
- 白井和美、杉浦加代子、津下一代（2017）地域包括支援センターの機能強化に繋がる都道府県支援の在り方の考察：日本公衆衛生会雑誌, 64(10)630-637.
- 白井こころ（2016）沖縄におけるソーシャル・キャピタルと健康に関する探索的考察：生存科学, 27(1), 79-96
- 白石恒明（2014）在宅医療に関するアンケート調査報告：日本臨床内科医会誌, 29(4)541-545.
- 杉澤秀博（2016）老年学におけるソーシャル・キャピタルに関する研究の意義と課題：老年社

- 会学, 37(4), 465-472.
- 杉本 みぎわ(2017)暮らしの保健室 in 若松 こみねこハウス 空き家を「地域の資源」に変える (特集 開いてわかった! 「保健室」と地域の姿) : 訪問看護と介護, 22(4), 270-275.
- 鈴木邦彦(2016) 医の原点としての在宅医療、かかりつけ医の役割を再考する: Geriatric Medicine, 54(6), 543-547.
- 鈴木広(1966) 団地の社会学: 教育と医学, 14, 19-27.
- 鈴木浩子、山中克夫、藤田佳男 (2012) 介護サービスの導入を困難にする問題とその関係性の検討: 日本公衆衛生雑誌, 59(3), 139-150.
- 関根薫 (2019) 老人クラブにおけるソーシャル・キャピタルの測定と関連要因についての考察: 皇學館大學「日本学論叢」第10号
- 全国公団自治協 HP より <http://www.jichikyo.com/11th-anq/11th-anq-top.html> (2022. 4. 1 閲覧)
- 多賀 俊明(2008) かかりつけ医情報提供同意書を用いた入院患者のかかりつけ医に対する意識調査: 日本医療マネジメント学会雑誌, 9(2), 350-353.
- 高橋知也、小池高史、安藤孝敏(2014) 団地に暮らす独居高齢者の被援助的志向性: 技術マネジメント研究, 13 47-55.
- 高橋知也、小池高史、安藤孝敏(2015) 独居高齢者は誰に援助を求めるか—高齢者における被援助的志向性と援助要請を行う対象との関連検討から—: 技術マネジメント研究, 14. 23-31
- 立川市市営住宅長寿命化計画: 令和3年 総務委員会報告資料 14-2 市民生活部住宅課
立川市営住宅長寿命化計画 | 立川市 (tachikawa.lg.jp) (2022. 12. 1 閲覧)
- 田中千枝子(2017) チーム医療・地域医療連携と社会福祉士・精神保健福祉士 (第1章第4節) : 中央法規出版, 200.
- 玉野和志(1990) 団地居住老人の社会的ネットワーク: 社会老年学 14, 19-27.
- 地域包括ケア研究会報告書(2013)
https://www.murc.jp/report/rc/policy_research/public_report/koukai_130423/
- 内閣府国民生活局(2003) 「ソーシャル・キャピタル 豊かな人間関係と市民活動との好循環を求めて」 国立印刷局(2021. 4. 1 閲覧)
- 筒井孝子(2014) 地域包括ケアシステム構築の為のマネジメント戦略: 73 頁, 中央法規, 東京
- 鶴岡 浩樹(2008) プライマリ・ケアと統合医療: 日本統合医療学会誌, 1(2) 28-34.
- 辻哲夫(2014) 多職種連携の土台づくり: 東京大学高齢社会総合研究機構編, 地域包括ケアのすすめ, 95 頁, 東京大学出版会, 東京
- 中村 順子(2017) 大学の1室に「暮らしの保健室」の機能を持たせた相談の場を開設 おらほの暮らしの保健室(秋田県秋田市) (新たな制度を生み出すコンセプト 「まるごとケアの家」の展開) (全国に広がる「まるごとケアの家」とそのコンセプト) : コミュニティケア, 19(7), 50-59.
- 成瀬和子・宇多みどり(2018) 在宅ケアにおける多職種連携の困難と課題: 神戸市看護大学紀要, 22号, 9-15.

- 永見 純子 (2018) 高齢者とまちの保健室に関する文献レビュー 超高齢社会におけるまちの保健室の役割: 効果鳥取看護大学・鳥取短期大学研究紀要, (77), 1-12.
- 新田國夫(2017) 地域医療の現状とこれから、かかりつけ医にとっての在宅医療: 日本臨床内科医会誌, 32(1), 59-63.
- 日本医師会 JMAP データ (<http://jmap.jp/facilities/search>) (2021.4.1 閲覧)
- 日本医師会総合政策研究機構 第5回日本の医療に関する意識調査 (2014年) (2020年) 第7回 日本の医療に関する意識調査 | 日本医師会総合政策研究機構 (med.or.jp)
- 野中博(2013) 在宅医療に対するかかりつけ医の役割: 日本老年医学会雑誌, 50(4)469-471.
- 野村裕美(2021) 保健医療領域における連携、協働の意義: 小原真知子、今野宏紀、竹本与志人編, 保健医療と福祉: (14)194-195, ミネルヴァ書房, 東京
- 長谷部雅美、小池高志、深谷太郎ほか(2013) 認知的ソーシャル・キャピタルにおける一般的な信頼と地域への信頼の乖離に関する検討-首都圏高齢者の地域包括的孤立予防研究より-: 老年社会科学, 35(2), 266
- 春田淳志(2016) 特集 専門職連携コンピテンシー1 多職種連携コンピテンシーの国際比較: 保健医療福祉連携, 9(2), 113.
- 春田淳志、錦織宏(2014) 医療専門職の多職種連携に関する理論について: 医学教育, 45(3)121-134
- Barr, Hugh(1998) : A competency-based model of interprofessional education is commended to remedy weaknesses in knowledge-based and attitude-based models. It distinguishes between common, complementary, and collaborative competences. Journal of Interprofessional Care, 12(2), 181-187.
- Peter H. Rossi, Mark W. Lipsey, Howard E. Freeman (2004) Evaluation : A Systematic Approach, 7th edition. (大島 巖、平岡 公一、森 俊夫 (監訳) プログラム評価の理論と方法 : システマティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド, 日本評論社, 東京)
- Putnam RD. (1993). Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy, Princeton University Press. (ロバート・D・パットナム河田潤一 (訳) 哲学する民主主義-伝統と改革の市民構造: NTT 出版, 東京)
- Putnam RD. (2000) Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community, Simon & Schuster, United States.
- Fulop, N., Mowlem, A. Edwards (2005). Building Integrated Care: Lesson from the UK and Elsewhere. London: The NHS Confederation.
- Hiroyuki, Hikichi., Katsunori, Kondo., Tokunori, Takeda. (2017) Social interaction and cognitive decline : Result of 7-year community intervention Alzheimer' s & Dementia, 3, 23-32
- Fukui T, Rhaman M, Takahashi O, et al. (2005) The ecology of medical care in Japan. : JMAJ, (48)163.
- 藤井博之(2018) ラーニングシリーズ I P (インタープロフェッショナル) 保健・医療・福祉

- 専門職の連携教育・実践④臨床現場でIPを実践し学ぶ：28-29, 協同医書出版社, 東京
 三菱総合研究所 (2019) 平成30年在宅医療・介護連携推進 (特に多職種連携) に関する調査研究事業報告書 (平成31年3月刊行三菱総合研究所)
- 福井 小紀子, 乙黒 千鶴, 石川孝子 (2013) 都市部公営団地に在住する健康相談未利用者における健康相談の必要性に関する認識とその関連要因の検討：日本公衆衛生雑誌, 60(12), 745-753.
- Fetterman DM, Wandersman A. eds. (2005) Empowerment evaluation principles in practice. Guilford Press, 笹尾敏明監訳. エンパワメント評価の原則と実践. 風間書房, 東京
- White K.L., Williams T.F., Greenberg B.G. (1961), The ecology of medical care. :New England Journal of Medicine 265:885-892.
- 松本晴明 (2019) ソーシャル・キャピタル研究の現状と課題：生老病死の行動科学, (23), 45-59.
- 三浦一浩 (2015) 地域自治、市民活動とソーシャル・キャピタル：福祉+ α , (7) 「ソーシャル・キャピタル」第11章 139-141. ミネルヴァ書房, 東京
- 水野元 (1964) 団地社会における生活実態について：都市問題研究, 16(5), 76-93
- 水野治久 (2003) 留学生の被援助思考性に関する心理学的研究」風間書房.
- 南誠一、大井薫、竹之下雄輝 (2010) 公的賃貸住宅団地における長期居住履歴に関する研究：日本建築学会計画系論文, 651, 997-1005
- 森田達也、野末よし子、井村千鶴 (2012) 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か？：Palliative Care Research, 7 (1), 323-333.
- 吉川峰子、長谷川美香 (2014) 在宅医療、ケア実践者が認識している連携時の困難-多職種連携を促進するための研修内容の検討-：日本看護学会論文集 地域看護, 44, 35-38.
- Rietze L, Heale R, Roles S, Hill L. (2018) Identifying the Factors Associated With Canadian Registered Nurses' Engagement in Advance Care Planning. :J Hosp Palliat Nurs, 20(3):230-236.
- ロバート・D・パットナム著、柴内康文訳 (2006) 孤独なボーリングー米国コミュニティの崩壊と再生, 柏書房, p441-442
- 若松弘之 (1999) 寝たきり予防におけるかかりつけ医機能と役割：順天堂医学 44(4), 434-447.
- World Health Organization. Health Systems Strengthening Glossary ,P-Q Available from:URL:http://www.who.int/healthsystems/has_glossary/en/index8.html.
- Institute of Medicine :Primary care-, American's Health in New Era. National Academy Press. Washington DC, 1996
- 山本繁樹 (2019) 行政・社会福祉協議会・地域包括支援センターの協働によるシステム構築
 宮城 孝、菱沼幹男、大橋謙策編集 コミュニティソーシャルワークの新たな展開 ー理論と先進事例, 200-209, 中央法規出版, 東京

(巻末資料)

- ① 「出張暮らしの保健室」実施マニュアル
- ② 市民アンケート用紙

**「出張暮らしの保健室」
実施マニュアル**

【実施マニュアルとは】

「出張暮らしの保健室」の理念、趣旨に賛同し、地域の医療、介護、福祉関係者が本プログラムを実施する際に、運営に必要な資源（人、資金、場所など）、実施の方法を分かり易く解説した資料です。マニュアルは、T市で実際に、訪問看護ステーションと自治体、地域包括支援センターの福祉職、医療、介護に関わる団体が協力して実施した経験から作成されています。マニュアルを参考にし、各地域の実情や資源に応じて地域に相応しい方法での実施を推奨します。

【出張暮らしの保健室実施の目的】

地域包括ケアシステムの目標として、高齢者が「住み慣れた地域、わが家で安心して自分らしく暮らし続ける」ことが挙げられています。この目標は容易にその達成を確認することは出来ない最終ゴール、言わば社会に与えるインパクトと言えます。T市訪問看護連絡会では、T市と共同で、市民へのアンケート調査、同様の活動として「暮らしの保健室」を実践する人達へのインタビュー調査により、前述の最終ゴールの実現には、高齢者が「在宅医療・介護の知識を高め、最期の治療や過ごし方、場所について自らの考えを持ち自信をもって行動する」ことが必要と考え、こうした高齢者を増やすための活動として「出張暮らしの保健室」を実施しています。また、本プログラムの実施と改善は、多職種が協働で行います。日常的に多職種が利用者となる高齢者や家族と接し、プログラムの内容に同じ目線で創意工夫を加える事でお互いの連携意識を高めることもこのプログラムの大きな目的となっています。

【出張暮らしの保健室の内容】（図1参照）

前述の目的の達成を目指した支援策である「出張暮らしの保健室」が実行すべき行動目標を図1に示しました。5つの重要な項目を「アウトカム」としています。「出張暮らしの保健室」の活動は、次の5つの重要な項目を達成することを目指しています。

- 「高齢者のこの場所で安心して過ごせること」
- 「高齢者がここで医療職と繋がるができること」
- 「高齢者が学び行動につなげることが出来ること」
- 「かかりつけ医が参画意識を高めること」
- 「専門職が連携を強める場所になること」

それぞれの項目に必要な具体的な活動項目の案も図中に提示しています。

【出張暮らしの保健室の実施に必要な関係者】（図2参照）（表1参照）

本プログラムの実施の中心となるグループは「訪問看護師」及びその団体としています。協働で行う外部の団体、自治体などの公的組織を「組織計画」として図2に示しました。地域での「出張暮らしの保健室」のような医療・福祉活動を継続的に行うためには、公的な組織との協力、資金的な支援を検討することが必要です。

プログラムの実施に際しては、初期の準備段階として、必要な組織の特定と外部団体への協力依頼が必要となります。主体となる訪問看護師らのグループが外部組織への協力を依頼するプロセスをチェックシートの形式で「組織アプローチ手順書」として表1に示しました。

【出張暮らしの保健室のサービス利用の流れ】(図3参照)

プログラムに関係する公的機関や外部団体の組織が決まった後に、サービス利用の流れを検討します。利用の流れは組織と並行して作成します。T市のモデルを図3に示しました。T市では、地域の高齢者の事情に詳しく、日ごろから高齢者の多い団地自治会や高齢者のサークルなどと良い関係を持っている地域包括支援センターの職員や、地域福祉施策を企画する地域福祉コーディネーターと言われる職員が、開催を希望する団地自治会などと相談して開催場所や日時、内容の希望を確認し、その後は、地域包括支援センターの窓口を経由し実施主体となる訪問看護師のグループの窓口へ伝え、訪問看護師の窓口担当者が当日の実施者、プログラムの内容に応じて参加する外部団体の専門職との調整を行う利用の流れを作りました。各組織が各段階で行う役割も決めておく必要があります。

【出張暮らしの保健室の開催当日の内容】(表2参照)

プログラム当日の内容のモデルを「開催当日の実施手順書」としてチェックシート形式で表2に示した。事前に利用団体から要望のあったテーマでのレクチャーを重視するが、要望が上がらない場合は、季節の疾病予防や高齢者が関心を持つテーマを選択します。レクチャーは15分程度に留め、事前に質問を考えておくなど参加者に出来るだけ積極的に発言してもらえそうな雰囲気を作ります。

レクチャー後の参加者との会話時間に、T市のアンケート結果より、高齢者が将来の不安として抱えていることの多い、「在宅医療、介護」「かかりつけ医」「自宅看取り」の話題を計画的にプログラムに入れて参加者全員で会話を進めるプログラムになっています。

【出張暮らしの保健室を効果的に実施するためのチェック項目と成果の確認】(表3参照)

プログラムを効果的に実施するために必要な要素を「効果的援助要素」としてチェックシート形式で表3に示しました。プログラムの開始に必要な組織構築の段階を「準備」、サービスの流れと当日のプログラムの内容を確認する段階を「実施」、実施後の確認を「フォロー」としました。開催の成果を定期的に確認する段階を「アウトカム指標」として示しました。プログラムの実施後に参加者で個々の項目の実施度を評価すると共に、定期的に参加者に対して評価してもらい内容の改善に繋げることを目的にしています。

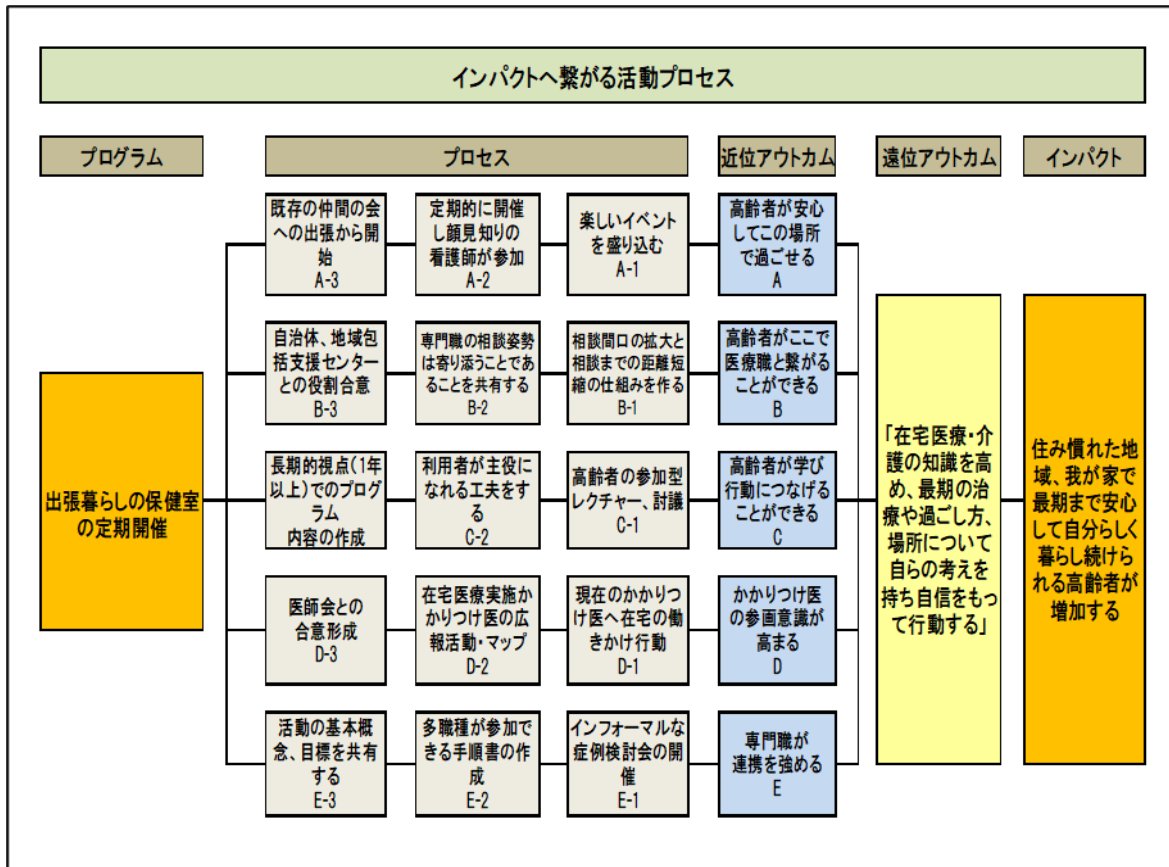
【プログラム開始日に向けた実施手順書と関係書類、案内状】

プログラムを実際に運用して行く際に、関係者の役割、連絡先、連絡方法、コミュニケーションの方法を全員で共有するための実施手順を「プログラム開始日に向けた実施手順書と関係書類、案内状」として示しました。特に開催の内容や必要事項は、定型フォームで関係者が共有することが重要であり、(様式 4) として参考例となる書類を示しました。実施の報告は、実施団体及び公的機関への伝達の必要もあり(様式 1)(様式 2)として作成しました。また、相談事項が個別の相談となるケースもあり、個人情報保護の観点より(様式 3)で関係組織が共有することの受諾書も作成が必要となります。利用対象となる団地自治会等へ開催の案内を行う地域包括支援センターの職員、地域福祉コーディネーターが使用する案内状も作成が必要となります。

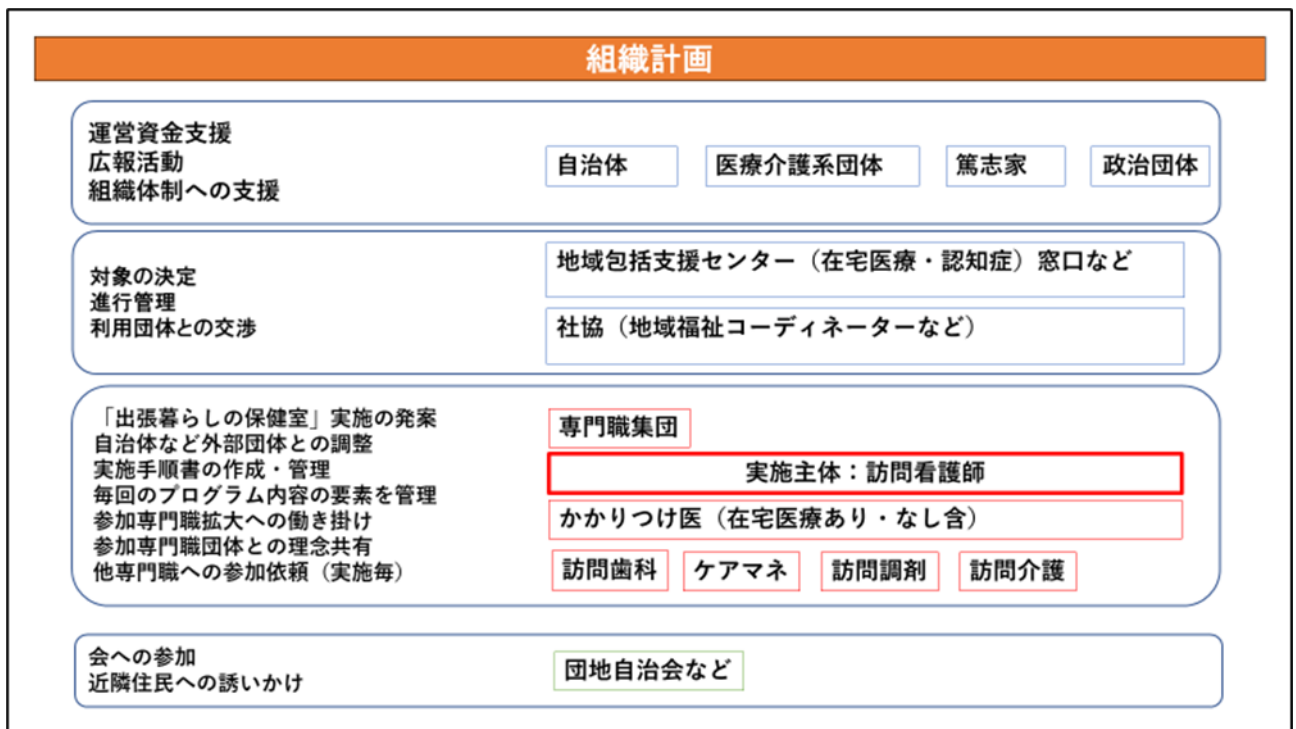
【出張暮らしの保健室の長所】

「出張暮らしの保健室」は、多職種が団地高齢者のグループなどの要望に応じてアウトリーチ方式で訪問して開催します。高齢になると外部との接触頻度が減少すると言われています。高齢化が地域の2倍以上となっている団地内に常設の相談室などがあれば良いですが、その実現には様々な障壁があります。地域自治体が高齢者への医療、福祉サービスを実施する場合には、公平な市民サービスの観点からより多くの団地へのアプローチが可能なアウトリーチ方式の「出張暮らしの保健室」は適した方法と思われます。また、高齢者サービスの研究から、日本人の高齢者は、自身からサービスへアクセスすることは遠慮するが、相手から提供されるサービスに対しては受け入れる傾向が高いことも分かっています。「出張暮らしの保健室」は、多職種が協働して実施しますが、利用対象となる団地高齢者にとっては、医療職、介護、福祉職と定期的に交流することが可能となり地域で自分らしく暮らし続けることへの支援となる事が期待できます。

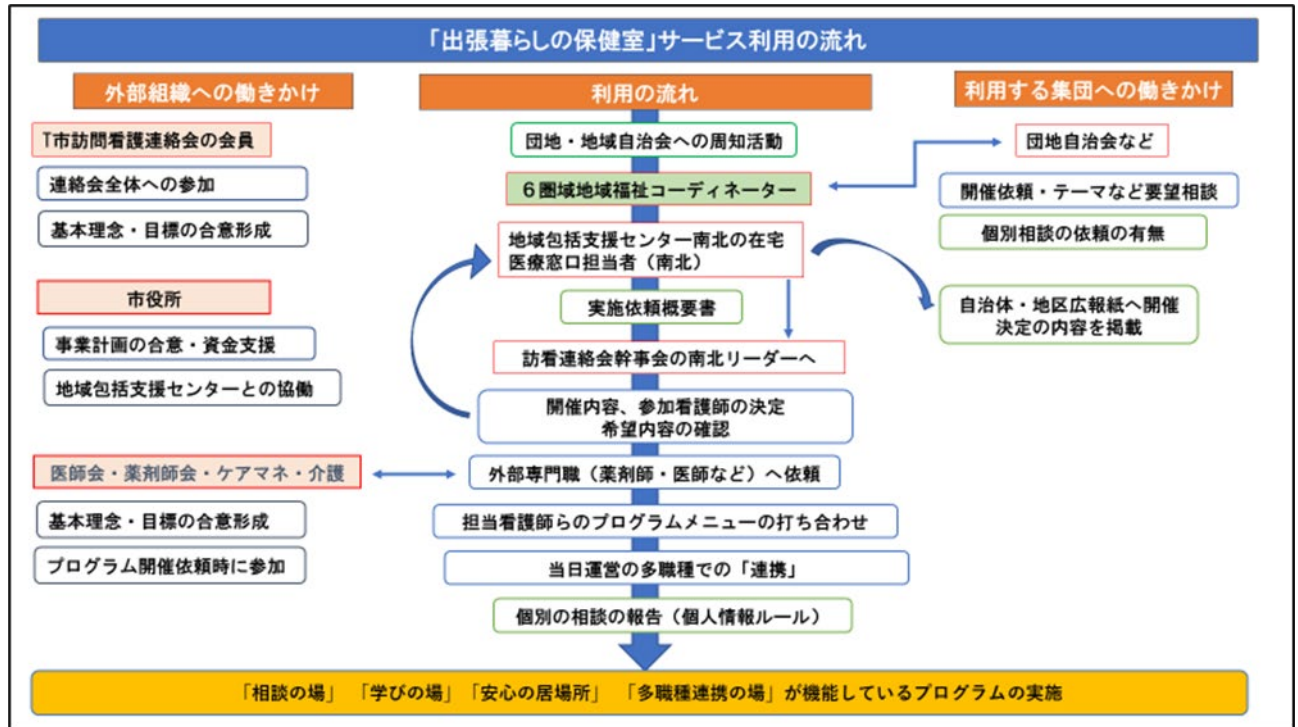
(図1) プログラムの目的と達成に向けてのプロセス (行動要素)



(図2) 本プログラムに必要な団体とその役割



(図3) プログラムを運営する流れ



(表 1) 運営に必要な外部団体・組織へのアプローチの手順書

<u>「出張暮らしの保健室」の開催「準備段階」組織アプローチ手順書</u>	
有志による活動を継続的な地域での組織的活動へ進展させるために必要な手順を明記する。	
	チェック項目
1) 実施主体となるグループ、団体内部の合意形成	
・活動の目的や理念を明確とし文章化する	<input type="checkbox"/>
・団体の組織内、会員へ理念、活動の内容を説明する機会を持つ	<input type="checkbox"/>
・理念、活動に合意した人達の参加を募る（無理強いはせず徐々に増やす）	<input type="checkbox"/>
2) 関係外部団体へ協力の依頼をする	
・実施主体となるグループ、団体で協力を依頼する外部団体を特定する	<input type="checkbox"/>
・活動の目的、理念、内容、予算計画などを明記した企画書を準備する	<input type="checkbox"/>
・外部団体のキーパーソンを特定し説明の機会を作る	<input type="checkbox"/>
3) 外部団体（自治体の場合）	
・高齢福祉、介護予防などに関係する担当課長へ活動の説明と協力を依頼する	<input type="checkbox"/>
・地域包括支援センターの活動への参加を依頼する	<input type="checkbox"/>
・社会福祉協議会が重要団体の場合には同様に参加を依頼する	<input type="checkbox"/>
・自治体、実施主体のグループ、地域包括支援センター合同での説明会を開催する	<input type="checkbox"/>
・活動に賛同が得られた場合、「実施手順書」を参考にサービスの運用形態を作成する	<input type="checkbox"/>
3) 外部団体（医師会、薬剤師会、ケアマネ団体、介護団体の場合）	
・各団体の代表者（キーパーソン）へ説明の機会を作る	<input type="checkbox"/>
・事前に団体へ依頼する協力内容の概略を決めておく（全体への協力が当日参加者か）	<input type="checkbox"/>
・活動全体への参加の場合は、自治体などとの会議への参加も依頼する	<input type="checkbox"/>
・活動当日の参加了承の場合は、参加依頼の方法、連絡者などを決める	<input type="checkbox"/>
・各団体の意見、要望を十分に聞いて、多職種連携の推進に繋げる活動とする	<input type="checkbox"/>

(表2) 「出張暮らしの保健室」開催当日の実施手順書

「出張暮らしの保健室」開催当日の実施手順書	
【目的】	
T市高齢者へのアンケート結果から「自宅での療養や看取りを希望する人は5割以上いるが、実際に在宅療養や自宅看取りに自信を持つ人が2割程度と低い現実」を改善するために、従来実施してきた団地高齢者の健康相談に加えて、在宅での医療・介護や自宅看取りへの不安を解消するための情報提供や相談の機会をプログラムに取り入れる。	
【改善の理由】	
T市アンケートでは、市内の医療介護施設や関連情報への要望も高く、自宅での療養や看取りの経験が少なくイメージが沸いていない人が多いことも分かった。全国の「暮らしの保健室」主宰者へのインタビューでは、医療・福祉の専門職からの一方的な情報提供ではなく、時間を掛けて高齢者からの質問や高齢者同士の会話を看護師がサポートする進め方は、高齢者自身が本来持っている意見を整理し自らの気持ちに自信を持つことへ効果的であることもわかっている。こうした状況を踏まえ下記の実施方法と内容を参考に実施当日のプログラムを運営する。	
【実施手順】	
(1) 実施者（看護師、薬剤師、地域福祉関係職員など）	チェックポイント
*①名前 ②所属 ③どんな仕事をしているか (名前を知っている専門職と知り合いになっている人は在宅療養を希望している人が多い)	<input type="checkbox"/>
(2) 事前に要望のあった（無い場合は準備した）医療介護情報のレクチャー	
*最初にこのテーマでの問いかけの質問を行い参加意識を高める	<input type="checkbox"/>
*自分の経験などあれば聞いてみる	<input type="checkbox"/>
*レクチャー時間は15分程度とする	<input type="checkbox"/>
*基本テーマ資料を準備してある（感染症、熱中症、フレイル、認知症）	<input type="checkbox"/>
(3) 双方向の会話と相談の時間	
*次の3つのテーマから毎回1つを取り上げて参加者と会話を進める	
*継続した会では、前回のテーマのフォローアップの会話をする	<input type="checkbox"/>
① かかりつけ医の先生はいますか？（問いかけて話し合う）	
・よく通っている医師と色々な相談ができますか？	<input type="checkbox"/>
・体力が弱った、通院をサポートする人が居なくなったらどうしますか？	<input type="checkbox"/>
・かかりつけ医の先生に、往診や訪問診療をしてもらえるか聞いてみましょう	<input type="checkbox"/>
・介護認定、介護保健を知っていますか？	<input type="checkbox"/>
・訪問看護先の利用者さんのお話をしてください（在宅でも快適に療養中）	<input type="checkbox"/>
② 在宅医療を知っていますか？	
・在宅で出来る治療や介護の実際事例の紹介（看護師）	<input type="checkbox"/>
・実際の要介護認定の経験を参加者に話してもらう	<input type="checkbox"/>
・在宅医療で出来る治療の内容（かかりつけ医、在宅医の招聘で15分程度講話）	<input type="checkbox"/>
・訪問看護で出来る看護の内容（看護師）	<input type="checkbox"/>
・立川市内の在宅医療機関、訪問看護ST、訪問薬局の紹介、マップ配布	<input type="checkbox"/>
③ 在宅看取りってしていますか？（このテーマはグループとの関係が出来てから）	
・在宅で看取る、看取られる事をどう感じますか？	<input type="checkbox"/>
・自宅看取りの看護師の経験の紹介	<input type="checkbox"/>
・普段から家族や友人と話していますか？	<input type="checkbox"/>
・最後のご飯、もしばなカード、樹木希林の最後のことばなどを使って参加者との会話	<input type="checkbox"/>
連続的に集中して実施するわけではありません。季節毎の健康談話を挟み、季節の話題10分、在宅医療や看取りの話10分などでゆっくりですが、継続的に反復して会話をしていきます。	
④ 季節の健康談話（資料は幹事会で準備します）・熱中症（夏季）・脳卒中など脳血管疾患とヒートショック（冬季）・高齢者に多い健康相談（尿失禁、睡眠障害）	

(表3) 効果的援助要素の項目と実行度の確認票

効果的援助要素と実行度の確認								
実施項目	組織	インパクト理論記号	実施項目詳細	○	△	×		
準備	プログラム実施の合意	実施主体グループとその団体内部	E3	実施主体となるグループ（看護師、薬剤師など）に共通の目的、概念があることが確認できているか	□	□	□	
			B3, C3, E3	「住み慣れた地域、我が家で最期まで住み続ける」ことを地域で支える活動である点の合意があるか	□	□	□	
			B3	参加する専門職の数、開催頻度がプログラムの目的達成に適しているか	□	□	□	
			B3	プログラムの内容、外部協力団体の枠組みを決定しているか（段階的で良い）	□	□	□	
	協力団体への依頼	実施主体グループと外部協力団体	B3, C3, E3, D3	実施主体のグループから外部協力団体である地域の公的団体（社協、自治体など）へ協力を依頼する	□	□	□	
			B3, C3, E3	協力団体が主旨、概念を理解し協力の範囲を決定する	□	□	□	
			B3	既に類似のプログラムのある地域には協力は無理強いしない	□	□	□	
			B3, C3, E3, D3, B1	実施主体グループ、協力団体、開催団体（団地代表、自治会長）の役割を明記する	□	□	□	
			E2	地域独自のプログラム実施手順書を作る	□	□	□	
			B3, C3, E3	実施主体グループの窓口、協力団体の連絡窓口、連絡方法を決定する	□	□	□	
	開催場所の決定	対象者へアプローチする外部協力団体	B3	地域福祉C6、生活支援C6、地域包括支援センターなどと自治体の話し合いで開催場所の合意があるか	□	□	□	
			B3	地域包括支援センターとしてリスクの高い集団として開催の優先順位があるか	□	□	□	
	開催の合意	外部協力団体と団地代表	B3	自治会、団地代表者との話し合いで相手も開催を希望しているか	□	□	□	
			B3	自治会、団地代表者との話し合いで内容が十分に説明できているか	□	□	□	
	開催のルール	実施主体グループと外部協力団体	B3, C2, A3	内容、テーマは自治会の要望が優先されているか	□	□	□	
			B3, E2	開催依頼、開催決定など各グループ間の伝達方法を決定し図式化する	□	□	□	
			E2	外部協力団体から団地代表などへの伝達方法、利用ツール（チラシ）を決定する	□	□	□	
			E2	実施主体グループ内での執行者の決定ルール、伝達方法を決定する	□	□	□	
	実施	プログラム内容	実施主体グループと外部協力団体	C3	3～5回分のレクチャー内容を定める	□	□	□
				C3	「疾病・介護予防」「在宅療養」「介護保険制度」などの大枠を意識して検討する	□	□	□
C3, A2, D				3～5回の開催の何れかでかかりつけ医、ケアマネ、介護士など多様な専門職が参加する内容にする	□	□	□	
D1				医師と会話のできる情報提供や環境づくりの工夫	□	□	□	
D2				地域の在宅医療・介護施設の情報を提供する回を準備する	□	□	□	
C2				レクチャーは、全体時間の20％程度とする	□	□	□	
C2, C1				双方向性のレクチャー、質疑の時間が十分とれる内容にする	□	□	□	
C2				ファンリテーションを意識しスキルを向上させる仕組みをつくる	□	□	□	
B2, C2				参加者の発言を促すオープンクエスチョン、クローズドクエスチョンを準備しておく	□	□	□	
A2				顔なじみの看護師が出来るように対象グループに定期参加する看護師のローテーション表を作る	□	□	□	
A1				もしばなゲーム、ランチミーティングなどイベント開催を工夫する	□	□	□	
E2				個別相談の方法、ルールを決めておく	□	□	□	
E2			実施主体グループ内でレクチャー資料を作成しておく	□	□	□		
プログラム参加者			実施主体グループと外部協力団体	C2, C3	参加者の全員から何らかの発言がある	□	□	□
				A3, C2	参加者同士の会話が出来ている	□	□	□
				E2	自治体、地域包括への個人情報の提供ルールを決めておく	□	□	□
	E2	自治体、地域包括へ報告すべき事例の伝達ルール、ツールを決めておく		□	□	□		
フォロー	多職種の協力への展開	実施主体グループと外部協力団体	E1	専門職、協力団体の参加者は定期的に情報交換の機会を設ける	□	□	□	
			E1	専門職、協力団体の参加者は定期的に事例検討会を開催する	□	□	□	
	評価	プログラム参加者	E2, E1	多職種を形成する各団体への参加を働きかける	□	□	□	
			A, B, C	団地代表、自治会長へプログラムの評価をして貰う機会を設ける	□	□	□	
A, B, C	アンケート調査、要望書などによって評価を行う	□	□	□				
アウトカム指標								
アウトカム指標	A		同じグループからの実施依頼が3回以上継続している	○	△	×		
			参加に好意的な高齢者が過半数となっている（アンケート）	□	□	□		
			過半数の参加者は継続的に参加している（アンケート）	□	□	□		
			イベントが開催出来た	□	□	□		
			訪問看護師の名前を憶えている	□	□	□		
	B		かかりつけ医など地域の在宅医療・介護施設の情報を知る機会となっている（アンケート）	□	□	□		
			過半数の参加者が会で発言する様になっている	□	□	□		
	C		かかりつけ医が参加する会を開催出来た	□	□	□		
			薬剤師、ケアマネ、介護専門職、福祉職など多職種が参加している	□	□	□		
	E		多職種がお互いの名前呼び合えるようになっている	□	□	□		
多職種が別の機会であう機会ができた（懇親会、症例検討会など）			□	□	□			

【プログラム開始日に向けた実施手順書】と関係書類、案内状

1. 関係者、連絡先

地域包括支援センター

推進員 南エリア担当（○地域包括、△地域包括、◎地域包括）

○包括 担当者名★★ XXX-XXXX XXX-XXXX(FAX) メールアドレス

北エリア担当（●地域包括、□地域包括、★地域包括）

●包括 担当者名☆☆ XXX-XXXX XXX-XXXX(FAX) メールアドレス

T市高齢福祉課 介護予防推進係 〒XXX-XXXX T市XX町XXXX

訪問看護連絡会

南エリア責任看護師 ○○ XXX-XXXX メールアドレス

XXX-XXXX(FAX)

北エリア責任看護師 □□ XXX-XXXXX メールアドレス

XXX-XXXX (FAX)

会長 △△ XXX-XXXXX メールアドレス

事務局 XXX-XXXX メールアドレス

2. 「出張暮らし保健室」の実施手順

【実施先及び日程の決定から責任訪問看護師への依頼まで】

1) 日程、内容を包括等が自治会等と相談し仮決定案を作成する

地域包括支援センター（包括及び福相）職員、必要に応じ、地域福祉コーディネーター（福祉 Co）、生活支援コーディネーター（生活 Co）が協力し圏域内で必要度の高い自治会等と相談して実施先を決定し、大凡の年間実施回数、1回目の実施日を仮決定する。



2) 包括職員等が推進員に相談する

担当する包括及び福相職員、地域 Co、生活 Co が、仮決定した実施場所等、右記の申し送り事項を、実施地域を担当する北・南推進員へ伝える。推進員は、他の開催予定等を勘案し、実施に問題の無い事を確認し、エリアの責任看護師へ申し送り事項を伝達し実施依頼を行う。

（担当者）

申し送り事項

（包括職員等⇒エリア推進員）

【申し送りシート】（様式4）を利用し出来るだけメールに添付で送信

- ① 会の名称
- ② 実施場所（住所）
- ③ 日・時間（○時～△時）
- ④ 希望の内容（レクチャーテーマ等）

3) 各推進員が訪問看護連絡会の各責任看護師へ実施を依頼する



*レクチャーテーマ未決定の場合は開催決定後に担当包括等と責任看護師が直接相談する

【訪問看護連絡会での当日の執務看護師、薬剤師の決定】

4) ①南・北責任看護師は、MCSで全員へ参加応募を通知する。
②担当薬剤師を〇〇さんへMCSを使って依頼する

(担当者)
申し送り事項

④ 特に、実施地域の近隣ステーションへ参加を依頼する。
エリア責任看護師 (〇〇 又は □□)



実施エリアのステーション管理者・看護師/N 薬剤師
(MCS で全施設へ伝達後、応答者の無い場合に実施エリアに依頼)

(南北責任看護師⇒看護師・Nさん)
【申し送りシート】(様式4)を
活用しメール、MCSで添付送信
① 会の名称
② 実施場所(住所)
③ 月日・時間(〇時～△時)
④ 希望の内容(レクチャーテーマ)
⑤ 駐車場の有無(駐車可能台数)
⑥ 開催担当者及び当日緊急時連絡先
⑦ 市広報掲載の可否

5) 開催の可否、開催内容をエリア推進員へ伝達する

「開催可否の回答」
・エリア責任看護師は、エリア推進員へ実施の可否を1週間以内に電話かメールで返事をする。不可の場合は理由も伝える。
「執務看護師、薬剤師の名前の伝達」
・執務する看護師(2名)薬剤師(1名)の名前を開催1箇月前までに各エリア推進員へ申し送りシートに追記し伝える

(各責任看護師⇒各エリア推進員)
【申し送りシート】(様式4)に
追記しメール添付かFAXで送信
① 参加看護師名
② 参加薬剤師名
③ レクチャーテーマ等(要望への対応、看護側で決めている場)

エリア責任看護師 (〇〇又は□□)



エリア推進員(☆☆ 又は ★★)



開催担当の包括及び福相職員、福祉 Co、生活 Co 市役所

(各エリア推進員⇒開催担当包括等)
【申し送りシート】(様式4)
完成版をメールかFAXで送信

当該会の担当包括及び福相職員、福祉 Co、生活 Co 等は、実施可否を自治会等の依頼団体へ伝達し、更に詳細を決定し、変更等のある場合に随時推進員へ伝達する。推進員了解の下で直接、エリア責任看護師等と相談する事も可とする。

(エリア推進員⇒市役所:〇〇)
【申し送りシート】(様式4)
完成版をメールかFAXで送信

【出張暮らしの保健室開催当日のモデル内容】

60～90 分間 事前に担当包括職員等と相談の事

1. 担当包括及び地域福祉 Co の挨拶（名前、所属、役割などできるだけ詳しく）
2. 看護師、薬剤師などの自己紹介（名前、役割、所属施設など詳しく） レクチャー
15 分程度（事前に講義依頼のあった場合は 30 分程度）
3. 要望に応じて看護師による血圧、脈拍等の測定
4. 参加者との双方向の会話、相談（看護師、薬剤師）・・・・・・・・・・60 分程度*
5. 事前に個別相談の依頼のあった場合は包括職員等と相談

原則として執務看護師 2 名、薬剤師 1 名とする。

*内容は訪問看護連絡会の中で別途取り決める（開催当日の実施手順書参照）

【開催後の執務看護師による報告の体制】

終了後、執務看護師は協力し報告書（様式 1, 2）を作成し、7 営業日以内に担当エリア推進員と市役所へ FAX を送信する（送信者は執行看護師のリーダー、幹事など）。

☆☆ XXX-XXXX (FAX) 又は ★★ XXX-XXXX (FAX)

◆◆ XXX-XXXX (FAX)

包括職員等の出席の無い会で、特に包括へつなぐ必要のある個人に関しては、執務看護師は同意書（様式 3）を当該個人と共に記入した上で、すみやかに電話、パスワード付のメール等で推進員へ報告する。同意書の原本は市役所高齢福祉課（◆◆）へ郵送する。

【個別報告に対する推進員、包括及び福相職員のフォロー体制】

- ・個別報告内容を担当の包括及び福相職員へ伝達し、包括及び福相職員の支援へ繋げる。
- ・口頭での報告の場合は、推進員の報告書式で定められた期日までに市役所に報告する。
- ・包括及び福相職員は、該当者を適切に支援し、保健室からの紹介事例である事も含め、内容をワイズマン等の記録に残す。

(様式1)						担当	担当	係長	課長
年度 市出張暮らしの保健室事業 実績報告書									
日時	年	月	日()	時	～	時			
会場									
執務者	氏名：					(職種：)	
	氏名：					(職種：)	
	氏名：					(職種：)	
来館者数	来館者合計		名	相談者合計		名			
	*相談の内容は別紙参照(2ページ以降)								
講話	有	無							
内容	●								
	●								
	●								
	●								
特記事項	●								
	●								
	●								
	●								
	●								

(様式2) T市出張暮らしの保健室 相談記録

年

月 日 () 担当:

No	相談者情報	相談内容			備考
1	女性・男性 年齢 歳代	【医療】 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 排便トラブル <input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/>	【介護】 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/>	【その他】 <input type="checkbox"/>	
2	女性・男性 年齢 歳代	【医療】 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 排便トラブル <input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/>	【介護】 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/>	【その他】 <input type="checkbox"/>	
3	女性・男性 年齢 歳代	【医療】 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 排便トラブル <input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/>	【介護】 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/>	【その他】 <input type="checkbox"/>	
4	女性・男性 年齢 歳代	【医療】 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 排便トラブル <input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/>	【介護】 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/>	【その他】 <input type="checkbox"/>	
5	女性・男性 年齢 歳代	【医療】 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 排便トラブル <input type="checkbox"/>	【介護】 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/>	【その他】 <input type="checkbox"/>	

		<input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/>			
6	女性・男性 年齢 年代	【医療】 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 排便トラブル <input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/>	【介護】 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/>	【その他】 <input type="checkbox"/>	

(様式3) T市出張暮らしの保健室事業 同意書

太枠内をご記入下さい。また、下記の確認事項をお読みのうえ、内容に同意をしていただければご署名をお願いいたします。

この同意書は、氏名等をご記入された後に看護師等にお渡しください

<確認事項>

①この同意書に記載された情報は、T市・訪問看護連絡会・地域包括支援センター・福祉相談センター・生活支援コーディネーター・地域福祉コーディネーター等と共有します。

②この同意書は、「市個人情報保護条例」に基づき、市で保管します。

上記①～②の確認事項を十分に理解したうえで、この同意書を自己責任において記入しました。

年 月 日 氏名 _____

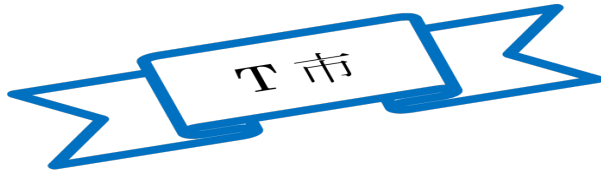
ふりがな	男	生年月日	大正・昭和	年齢
氏名	女	年 月 日		歳
住所	<input type="text"/>	町	— —	電話番号

本日の相談内容と対応(看護師等が記入)

現在治療中の病気(薬を飲んでいる病気や通院中の病気)はありますか。

心臓病、高血圧症、脳梗塞、脳内出血、糖尿病、腰痛、膝痛、他関節痛

その他 ()



出張！ 暮らしの保健室

<健康・医療・介護に関するお話をいっしょにしませんか？>



お薬、これとこれは一緒に飲んでも大丈夫？



介護の話はどこで聞くのかな



どういふふうにお医者さんに
聞けばいいのかな？



出張暮らしの保健室とは、日々の暮らしの中における医療、介護に関する相談を、普段地域で活躍している看護師・薬剤師が無料でお受けする場です。

自治会・老人会やサロンなどの定例会や集いの場に出向きます。まずは地域の看護師・薬剤師との顔見知りになるだけでも構いません。ご相談時可能な方は、お薬手帳や検査データをお持ち下さい。お気軽に下記までお問合せください。

【出張暮らしの保健室の実施機関】

T市訪問看護連絡会

【出張暮らしの保健室に関する問合せ先】

T市在宅医療・介護相談窓口

○町・○町・○町・○町・○町・○町・○町にお住いの方は…

南エリア担当：○○地域包括支援センター ☎XXX-XXXX 担当者：☆☆

●町・●町・●町・●町にお住いの方は…

北エリア担当：●●地域包括支援センター ☎XXX-XXXX 担当者：★★

「住み慣れた地域、我が家で最期まで暮らし続ける」

ためのアンケート調査

ご協力をお願い

T市は、高齢になっても、多様な世帯構成でも「住み慣れた地域、我が家で最期まで暮らし続ける事」を支援する為に、行政、医療、介護関係者が協力して地域全体で支える仕組みを構築中です。この調査は、広く皆様のご意見を伺い、暮らしやすい街の実現へ向けて効果的な施策を実施するための基礎資料とすることを目的としています。

本調査は、市内居住の60歳以上の方々を対象とし、T市、T市地域包括支援センター、T市訪問看護連絡会に協力を頂き実施しています。調査の実施にあたり、日本社会事業大学社会事業研究所研究倫理委員会による審査を受けて、次の様に研究倫理上の配慮の下に進めております。

- ご回答は任意であり、ご回答頂けない場合にも不利益が及ぶことはありません。
- ご回答を本調査の目的以外に使用する事は致しません。
- 分析は、電子情報に置き換えて統計的に処理しますので、個人を特定する事は致しません。
- ご回答いただいた方の個人情報の守秘義務を遵守致します。
- 調査票ならびにデータを記録した媒体は調査終了後5年間保管後、廃棄致します。
- 分析結果は、行政施策に活かす他、関連学会等での口頭発表や論文発表を予定しています。

以上を遵守したうえで本アンケート調査を実施致します。趣旨をご理解いただき是非ともご協力賜りますよう謹んでお願い申し上げます。

実施協力

T市 T市地域包括支援センター T市訪問看護連絡会

実施責任者（問い合わせ先）：

日本社会事業大学大学院 後期博士課程 船津 元

連絡先：medinucare@yahoo.co.jp 080-5442-5502

ご回答は各設問に従って、あてはまる番号を1つ○で囲んで下さい

(Ⅰ) あなたご自身のことをお伺いします

問1. 性別： 1. 女性 2. 男性

問2. 満年齢：

1. 60～64歳 2. 65～69歳 3. 70～74歳 4. 75～79歳
 5. 80～84歳 6. 85～89歳 7. 90歳台以上

問3. 世帯構成：

1. 単身 2. 夫婦のみ 3. 夫婦と親と同居 4. 夫婦と子と同居
 5. 親のみと同居 6. 子のみと同居 7. その他 ()

問4. 住居形態：

1. 集合住宅（賃貸） 2. 集合住宅（持ち家）
 3. 一戸建て（賃貸） 4. 一戸建て（持ち家） 5. その他
()

問5. 健康に関して（この問いは2つ以上に○をつけても結構です）

1. 健康である 2. 持病はあるが生活に支障はない
 3. 持病があり、生活に支障がある
 4. 家族、配偶者に持病がある 5. その他 ()

(Ⅱ) 在宅医療、介護に関するご意見をお伺いします

問6. 家族に在宅医療、訪問介護を受けた人がいますか？ 1. はい 2. いいえ

問7. 高齢で体力が弱り通院できなくなった場合どこで治療、介護を続けたいですか？

1. 自宅 2. 病院 3. 高齢者施設 4. その他 ()

問8. 人生の最期を迎える場所（終末期療養、看取り）としてどこを希望しますか？

1. 自宅 2. 病院 3. 高齢者施設 4. その他 ()

問9. 実際に、人生の最期を迎える場所、看取りの場所は何処になると考えていますか？

1. 自宅 2. 病院 3. 高齢者施設 4. その他 ()

問10. 病気の時いつも診て貰うかかりつけの医師はいますか？

1. はい 2. いいえ 3. どちらとも言えない

(2. 「いいえ」の方は問15へ進んでください)

問11. その医師は、病気以外の生活など何でも相談できますか？

1. はい 2. いいえ 3. どちらとも言えない

問12. その医師は自宅に往診、訪問診療（在宅医療）をしてくれますか？

1. はい 2. いいえ 3. 知らない

問13. 自宅で治療が必要になった場合、かかりつけの医師に来て欲しいですか？

1. はい 2. いいえ 3. どちらとも言えない

問14. 自宅で治療が必要な時、かかりつけ医から在宅の専門医師を紹介して欲しいですか？

1. はい 2. いいえ 3. どちらとも言えない

問15. 自宅で治療が必要な時、訪問してくれる在宅の専門医師のいる事を知っていますか？

1. はい 2. いいえ 3. どちらとも言えない

問16. 自宅で治療、看護が必要な時、訪問する訪問看護師がいる事を知っていますか？

1. はい 2. いいえ 3. どちらとも言えない

問17. 自宅で治療、看護が必要になった場合に備えて、既に名前を知っている在宅医師、訪問看護師はいますか？

1. はい 2. いいえ 3. どちらとも言えない

問18. 自宅で治療、介護の際に自己負担の月額はどの位であれば良いですか？

1. 1万円未満 2. 1～2万円未満 3. 2～3万円未満
4. 3～4万円未満 5. 4～5万円未満 6. 5万円以上

(Ⅲ) 安心して「住み慣れた我が家で最期まで住み続ける」為の大切な項目に関する調査

問 19. 自宅で療養し、最期まで、我が家に住み続ける為に大切と思うことを教えて下さい

「5段階のどこかの番号に○を付けてください」

	そう 思う	ある 程度 そう 思う	ど ちら とも 言 え な い	そ う あ ま り 思 わ な い	そ う 思 わ な い
(1)自身が在宅での療養を望んでいる	1	2	3	4	5
(2)家族も在宅での療養を望んでいる	1	2	3	4	5
(3)人生の最期について自分自身の考えを持つ	1	2	3	4	5
(4)医療、介護専門職の支援だけで自宅で療養できる	1	2	3	4	5
(5)家族に介護の負担が掛からない	1	2	3	4	5
(6)自宅での治療、療養の知識を持つ	1	2	3	4	5
(7)信頼できる在宅の医師がいる	1	2	3	4	5
(8)信頼できる在宅の看護師がいる	1	2	3	4	5
(9)信頼できる在宅の介護士がいる	1	2	3	4	5
(10)かかりつけ医が最期まで面倒見てくれる	1	2	3	4	5
(11)食事、掃除など生活面で心配がない	1	2	3	4	5
(12)近所付き合いが上手くできること(親しい隣人がいる)	1	2	3	4	5
(13)在宅療養費、生活費用など経済的に問題がない	1	2	3	4	5
(14)痛みの治療などが十分に受けられる	1	2	3	4	5
(15)普段とあまり変わらない生活でゆっくり治療、療養ができる	1	2	3	4	5
(16)病院と同じように高度な医療が受けられる	1	2	3	4	5
(17)認知症になっても自宅に住み続けられる支援がある	1	2	3	4	5
(18)自治体、地域、自治体の支援サービスが充実している	1	2	3	4	5

(IV)「出張暮らしの保健室」のサービスに対する現状の調査

立川市では、地域包括支援センターや社会福祉協議会の職員の取りまとめで、希望する団地や自治会のグループへ「出張暮らしの保健室」という訪問看護師を中心に医療、介護専門職による健康相談や在宅医療に関するお話が聞ける訪問教室を行っています。

問 20. 訪問看護師さん達が団地を訪問する「出張暮らしの保健室」を知っていますか？

1. 参加した 2. 知っているが参加していない 3. 知らない

問 21. 「出張暮らしの保健室」サービスが近くで開催された場合、参加したいですか？

1. 参加したい 2. ある程度参加したい 3. どちらともいえない
4. あまり参加したくない 5. 参加したくない

問 22. 在宅医療、介護の相談をする時に身近にいて欲しい専門職はどのような人ですか？

	そう思う	ある程度そう思う	どちらとも言えない	あまりそう思わない	そう思わない
(1)医師	1	2	3	4	5
(2)看護師	1	2	3	4	5
(3)薬剤師	1	2	3	4	5
(4)歯科医師	1	2	3	4	5
(5)介護職	1	2	3	4	5
(6)ケアマネジャー	1	2	3	4	5
(7)地域包括支援センターなど自治体職員	1	2	3	4	5

問 23. 看護師など専門職が身近な相談相手として「出張暮らしの保健室」で訪問してくれる場合にどの様な相談や話が聞きたいですか？

「5段階のどこかの番号に○を付けてください」

	そう思う	ある程度そう思う	どちらとも言えない	あまりそう思わない	そう思わない
(1)日頃の健康相談、予防のための健診	1	2	3	4	5
(2)将来に備えた在宅医療、介護の内容に関する情報	1	2	3	4	5
(3)地域の在宅医療施設、介護施設の情報	1	2	3	4	5
(4)医療、介護に掛かる費用の情報	1	2	3	4	5
(5)人生の最期に向けた治療選択、看取りに関する情報	1	2	3	4	5
(6)病気、薬、治療に関する情報	1	2	3	4	5
(7)人生最期へ向けての心の準備に関する事	1	2	3	4	5
(8)保険、年金など家計に関する情報	1	2	3	4	5
(9)自治体の支援サービス、相談窓口の情報	1	2	3	4	5
(10)高齢者施設のサービス情報	1	2	3	4	5

(V)「出張暮らしの保健室」に参加している方への調査

「出張暮らしの保健室」へご参加の方に伺います。

参加されたことのない方は終了です。最終ページの自由記載欄へ進んで下さい。

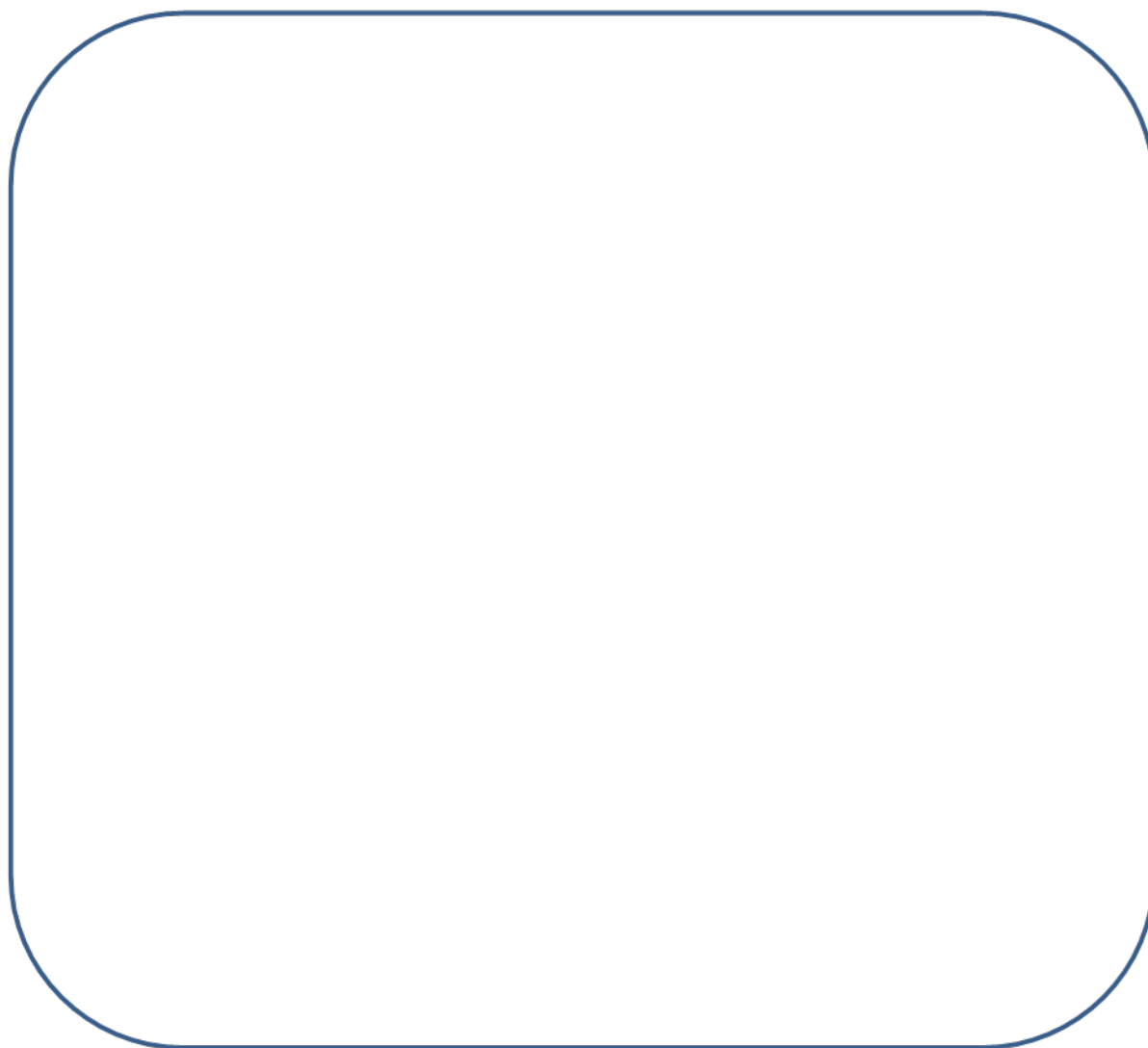
問 24. 「出張暮らしの保健室」へ参加されてのご感想をお聞かせください。

「5段階のどこかの番号に○を付けてください」

	そう思う	ある程度そう思う	どちらとも言えない	あまりそう思わない	そう思わない
(1)健康、病気の予防に対してより考えるようになった	1	2	3	4	5
(2)近所の人により関心を持つようになった	1	2	3	4	5
(3)近所であまり外出しない人を誘ってみたい、誘った	1	2	3	4	5
(4)在宅医療、訪問介護に関心を持つようになった	1	2	3	4	5
(5)在宅医療、訪問介護について知識を深めた	1	2	3	4	5
(6)人生の最期に向けた治療選択や看取りの知識を深めた	1	2	3	4	5
(7)現在の住まいで最期まで住み続ける自信ができた	1	2	3	4	5
(8)地域の高齢者サービスについて知識を深めた	1	2	3	4	5
(9)自治会活動に積極的に係わる気持ちが強くなった	1	2	3	4	5
(10)在宅医療の医師、看護師と親しくなった	1	2	3	4	5
(11)医療職と知り会って健康に対する安心感が高まった	1	2	3	4	5

自由意見記入欄：

住み慣れた地域、我が家で住み続ける為に皆さんの自由なご意見をお聞かせ下さい。



ご協力ありがとうございました。

皆さんのご意見を反映し、より良い地域活動支援に結び付ける様に今後も務めてまいります。

関係者一同