

# 介護予防と地域連携

2013年9月

埼玉大学大学院経済科学研究科博士後期課程

学籍番号 10VE104

氏名 北島泰子

主指導教員名 後藤和子

# 目次

図表リスト	iv
序章	1
<b>第1章 地域包括ケアシステムの提唱とその背景</b>	15
第1節 介護保険制度の導入と課題	15
第2節 2005(平成17)年の介護保険制度の改正	18
第3節 2011(平成23)年の介護保険制度の改正	21
<b>第2章 要介護高齢者の発生</b>	25
第1節 要介護高齢者の増加	25
第2節 要介護高齢者出現率の地域間格差	28
<b>第3章 介護予防と地域連携</b>	36
第1節 地域包括ケアシステム	36
第2節 介護保険制度下の介護予防	38
第3節 介護予防・日常生活支援総合事業の創設	44
<b>第4章 介護予防事業対象外の高齢者と三次予防事業対象者の生活支援と介護予防</b>	48
第1節 介護予防が必要な高齢者	48
第2節 医療と介護予防・退院調整・在宅	55
第3節 異なる職種間の連携	59
<b>第5章 生活支援による介護予防と地域連携～長野県茅野市の意事例から～</b>	62
第1節 長野県茅野市の医療福祉ネットワークの形	62
第2節 地域に潜在している生活支援を必要とする高齢者の把握方法	72
第3節 茅野市の保健、医療、福祉、住民との連携	77

第 6 章	三次予防対象者に対する専門職間の連携～東京都足立区の事例から～	84
第 1 節	保健・医療・福祉の地域連携	84
第 2 節	東京都足立区の概要	86
第 3 節	健和会と医療の地域連携	91
第 4 節	医療の地域連携～同行政区内の 2 医療施設の事例から～	194
終章		118
参考文献一覧		125

## 図表リスト

図序-1	地域におけるネットワーク型連携	9
図序-2	ネットワークの媒介中心性としての橋渡し看護師	9
図 3-1	基本チェックリスト	41
図 4-1	国際生活機能分類（ICF）の生活機能構造モデル(2001年)	51
図 5-1	諏訪広域連合市町村別の介護認定者の出現率（前期、後期高齢者別）	64
図 5-2	生活圏の5つの階層	67
図 5-3	保健福祉サービス地域（エリア）	70
図 5-4	保健福祉サービス体制の概念図	72
図 5-5	二次予防事業対象者把握事業	77
図 6-1	専門職ネットワーク	85
図 6-2	ケアカンファレンスのネットワーク構造専門職ネットワーク	86
図 6-3	東京都足立区の地理	87
図 6-4	足立区の要介護4、5出現率の合計	88
図 6-5	足立区の65歳以上人口の推移	88
図 6-6	足立区の要支援、要介護認定者の構成比（平成18年4月）	89
図 6-7	足立区の要支援、要介護認定者の構成比（平成23年4月）	89
図 6-8	健和会の専門職間の連携（第1段階：入院中）	95
図 6-9	健和会の専門職間の連携（第3段階：退院後）	96
図 6-10	S病院の連携（入院中）	110
図 6-11	退院時支援退院時ケアマネジメントの流れ	115
表 1-1	第1号被保険者数の推移	16
表 1-2	要介護者数の推移	16
表 1-3	第1号被保険者（65歳以上）の要介護度別認定者数の推移	19
表 2-1	要介護認定者数の推移	25
表 2-2	都道府県別軽度要介護認定者の出現率と重度介護認定者の出現率	29
表 2-3	保険者別要支援1、2の出現率	31
表 2-4	保険者別要介護4、5の出現率	33
表 5-1	諏訪広域の人口	63
表 5-2	諏訪広域連合市町村別第1号被保険者に対する後期高齢者率	64
表 5-3	各生活圏の階層と保健福祉サービス	68
表 5-4	新たな生活圏の階層	69
表 6-1	退院後の住居を地域で探した事例	97

表 6-2	患者の退院後の生活が評価されている事例	98
表 6-3	問題解決のために過去に例のない新たな試みを実施した事例	100
表 6-4	患者が自宅へ退院することを受け入れられない家族へ対応した事例	101
表 6-5	介護者の健康状態を重視した事例	102
表 6-6	患者の希望と看護師のアセスメントに相違がある事例	103
表 6-7	介護者の希望と看護師のアセスメントに相違がある事例	104
表 6-8	病院外部のサービス提供者にケア計画の実施が可能であるか確認する事例	106
表 6-9	家族を通じて病院外部のサービス提供者にケア計画を引き継ぐ事例	107
表 6-10	社会的問題を抱える患者の事例	111
表 6-11	患者と家族の希望が食い違う事例	111

## 序章

わが国は、世界に類をみないスピードで少子高齢化が進行している。高齢者人口が増加することに伴い、生ずるのが高齢者の介護問題である。社会が少子高齢化のみならず核家族化、介護する家族の高齢化、女性の就労率の増加などと変化してきたことから、高齢者の介護問題はもはや一部の限られた人の問題ではなくなった。そこで高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして公的介護保険制度が2000年(平成12年)4月に導入された。

介護保険制度が導入されて10年以上が経過し、その間に3回の改正が行われている。その中で高齢者介護をめぐる課題とされているのが要介護高齢者の増加である。要介護高齢者は介護保険制度が施行されて以来増加し続けている。厚生労働省「介護保険事業状況報告」<sup>1</sup>によると、第1号被保険者の要介護者数は2000(平成12)年の2,470,982人から、2010(平成22)年の4,907,439人へと約1.99倍に増加している。75歳以上の要介護者の数では2000(平成12)年の2,019,732人から、2010(平成22)年の4,266,338人へと約2.11倍に増加している。

要介護高齢者が増加する理由には、高齢者人口の増加にともなう要介護高齢者の増加、介護ニーズの高まり、家族構成の変化により介護機能が低下したことによる要介護高齢者の増加、介護予防策の未整備などがあげられている。中でも介護予防については、その効果や対象者の発見方法など多くの課題を残している。

介護予防とは「要介護状態の発生をできる限り防ぐ(遅らせる)こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」<sup>2</sup>と定義されている。人は加齢とともに身体機能が衰えていくことを避けることができないが、介護予防の定義にあるように、要介護状態へと陥ることを防いだり、遅らせたりすることはできると考えられている。しかし、後述する介護予防策ではその効果を必ずしも上げているとはいえない現状がある。そこで現行の介護予防施策に不足している点は何かを検討し、介護予防を実践するために必要な要素は何かを明らかにする。

高齢者では、完治を望めない慢性疾患を抱えながら生活をしている人が多く、そのため急性期型の医療と高齢者の医療では、患者の転帰を同様に期待することは適当ではないと考えられる。急性期型の医療においては完全治癒、社会復帰、救命や延命が望まれるが、高齢者の医療では、障害との共存、生活復帰、納得のゆく死を迎えることが重視されるからである。換言すれば、高齢者の医療では、医療の範疇を超えた支援が必要ということになり、医療に加えて保健や福祉に関する支援も同時に、あるいは連続的に提供される必要があるということになる。高齢者の生活を支えるためには保健、医療、福祉の連携は不可欠な要素となる。そして、この保健、医療、福祉の連携において高齢者の状態に合わせて少しでも介護が必要な状態と陥るのを防ぐ介護予防も実施される必要があると考える。そのためには実際にどのような連携が必要とされるのかを検討する。保健、医療、福祉の地域連携を構築するにあたり中心的な課題となるのは、「保健」「医療」「福祉」のそれぞれに

存在する種々の専門職同士の連携である。特に複数の専門職が混在する「医療」を中心にその連携について究明する。

## (1) 要介護高齢者の増加要因

### ①高齢者人口の増加にともなう要介護高齢者の増加

介護保険制度が施行されて以降、要介護高齢者は増加し続けている。その要因として高齢者（65歳以上）人口の増加が挙げられる。我が国の総人口は、平成23（2011）年10月1日現在で1億2,780万人であり、そのうち高齢者人口は過去最高の2,975万人であり、高齢化率は23.3%となっている<sup>3</sup>。高齢者が増加することは、介護が必要な状態に陥りやすい人が増えることである。つまり人の生理機能や心身は、年齢とともに衰退の経過をたどり、個人差はあるとしても避けることができない現象であるからである。したがって、高齢者人口が増加することに伴い、要介護者も増加する可能性が高くなるということができる。

### ②介護ニーズの高まりから増加する要介護高齢者

また介護ニーズが高まったことも要介護高齢者が増加する一因であると考えられる。例えば、家族が全面的に介護を担っているという状況下では重度の要介護高齢者を自宅で入浴させることは困難であり諦めざるを得ないことであった。しかし、介護保険制度を利用することで専門の人員と専門の器具を使用して自宅で入浴することが可能となった。かつては諦めていた家族だけでは困難な介護を介護保険制度が導入されたことで受けることができるようになったため要介護認定を受ける高齢者が増加したと考えられる。

### ③家族構成の変化により介護機能が低下したことによる要介護高齢者の増加

家族構成の変化が介護機能を低下させ、要介護高齢者が増加する要因となったといわれている。ひとり暮らしの高齢者や、高齢者夫婦のみの家族が増加したことから、家族で高齢者を介護することが困難となってきた。事実、65歳以上の一人暮らし高齢者の増加は男女ともに顕著であり、1980（昭和55）年には男性約19万人、女性約69万人であったが、2010（平成22）年には男性約139万人、女性約341万人へと上昇している<sup>4</sup>。

藤森克彦氏は「単身世帯の増加と求められるセーフティネットの再構築」の中で、世帯類型別に要介護者の介護度について調査している。単身世帯における要介護高齢者は、介護度の軽い者の割合が高く、要支援と要介護1を合わせて75%を占めていると報告している<sup>5</sup>。この報告では、単身世帯であると要介護度が重度となった時に、ひとり暮らしの継続が難しくなるため早期の段階で施設への移転を考えているのではないかと推測されている。しかし、高齢者夫婦のみの世帯では、施設への移転という推測はあてはまらないと考える。高齢者夫婦のみの世帯では介護を受ける高齢者ではなく、介護者が必要として介護認定を

受けていると考える方が妥当ではないだろうか。

#### ④介護予防策の未整備による要介護高齢者の増加

要介護高齢者が増加する要因の中に、介護予防策が未整備であるということが挙げられている。厚生労働省の高齢者介護研究会の「2015年の高齢者介護 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」<sup>6</sup>によると、2003年時点で要支援者は介護保険制度上「介護が必要になるおそれのある状態」と位置づけられ、介護が必要な状態となることを予防する目的で保険給付の対象となっている。しかし、被保険者の要介護状態の変化を時系列的に把握した結果、期待される効果が得られていない状況にあると報告されている。また、第6回介護予防継続的評価分析等検討会議資料<sup>7</sup>でも、特定高齢者施策の効果について、介護予防効果がある傾向はあるが統計学的に有意ではないことが報告されている。以上のことから介護予防策には課題が残されているといえることができる。

介護予防策の未整備による要介護高齢者の増加は、他の要介護高齢者が増加した理由と比較して、介入することで要介護者の増加を食い止めることができる可能性がある要因ではないかと考える。高齢者人口が増加することや、介護ニーズの高まり、家族構成の変化は、時代の趨勢とともに抗うことができない問題を含んでいるが、介護予防策を整備、普及させることは、高齢者が永遠に介護を必要としないようになるとはいわないまでも介護を必要とする状態に陥ることを遅らせることができるのではないかと考えられるからである。高齢者が介護の必要な状態に陥る理由を整理し、そこから現行の介護予防施策の問題を明らかにし、効果のある介護予防を実践するため必要な保健、医療、福祉の連携のあり方を検討していく。

## (2) 介護予防

現在、介護予防事業には、一次・二次・三次予防の3段階があり、それぞれの段階に適したプログラムが提供されることとなっている。「介護予防マニュアル改訂版」によると、一次予防とは生活習慣病予防であり、介護予防に特化すれば健康な者を対象に発病そのものを予防する健康づくり、疾病予防が主な取り組みである。

二次予防とは、要支援となるリスクが高い高齢者を早期に発見し、対応することによって状態を改善し要支援状態となることを遅らせる取り組みを行うことである。対象者は、生活機能の低下を調べる基本チェックリスト等で二次予防事業対象者と判定された高齢者である。基本的に基本チェックリストによって選定されるほか、要介護認定を受けていた者が非該当と判定された場合も対象者となる。

三次予防とは、症状が出現した者を対象に、重度化の防止、合併症の発症や後遺症を予防する取り組みである。また三次予防では、要介護状態にある高齢者を対象に、要介護状態の改善や重度化を抑制するための取り組みを行うとされている<sup>8</sup>。



## ①高齢者が要介護状態に陥る原因

要介護状態が発生するメカニズムを端的に言えば、生活が不活発になることで、それに続いて廃用症候群が起き介護が必要な状態となっていくということである。介護予防マニュアル改定委員会では<sup>9</sup>「閉じこもり症候群」を引き起こすことによって生活が不活発になり、廃用症候群を起し、最終的には寝たきりの状態となってしまうと述べている。

「閉じこもり症候群」を起す原因には、身体的、心理的、社会・環境要因の3要因があるといわれている。これら3要因のうち、どこかに問題が生じると連鎖して閉じこもり症候群を発症し、そして廃用症候群の発症へとつながる。例えば、精神的に落ち込んだ状態となれば、地域や社会に接する気力がなくなり、家に閉じこもりがちになり、やがて足腰が衰え転倒しやすくなり、より外出することを避けるようになるという悪循環が生じ、廃用症候群を起し介護の必要な状態に陥ることになる。高齢者が介護の必要な状態に陥らないためにもこの悪循環を断ち切る介護予防策が必要となる。

## ②介護予防事業の効果

市町村が実施する介護予防事業は、二次予防事業対象者に運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上等の予防プログラムを提供している。末永和也氏は「介護保険・特定高齢者施策における介護予防事業に関する一考察」において、介護予防事業のサービスについて実態を通じて課題を考察している。その中で、二次予防事業対象者に対する介護予防プログラムの提供期間は、多くの市町村で週1回、3カ月間の提供というものであり、このような短い期間ですべての二次予防事業対象者が介護予防の効果を得ることには限界があると述べている。介護予防プログラムは継続することや生活に活かすことが大切であるが、介護予防プログラムが終了した後は、これを補完する受け皿の整備が出来ていないと指摘している<sup>10</sup>。

介護予防プログラムは日々継続して実施することで身体機能を維持していくことができると考えられる。よって現行の介護予防プログラムでは一時の身体機能の改善がみられる可能性はあるが、その後はまた元の状態に戻ってしまうことになる。結果的に介護予防の効果が得られていないということになる。また、高齢者が自宅でひとり介護予防プログラムを継続することは困難が伴うと考えられる。介護予防プログラムを継続させる何らかの方法が必要となる。

また、大淵修一氏は、「より効果の見込まれる介護予防プログラムを実施するモデル（プログラム介入） 運動器疾患対策プログラムの効果について」の中で、医療を必要としない程度の膝痛や腰痛を持つ高齢者に対して、理学療法士などの医療専門職ではない人が講習を受け、運動器の機能向上サービスを提供した場合の介護予防の効果について報告している。この報告からは、膝痛対策に対する運動介入には効果があることが明らかになり、膝痛が改善したことにより身体機能が改善し、健康に関する生活の質や精神的健康も改善させたと述べている<sup>11</sup>。この報告は、専門職の人材不足を補うことができること、介護予

防プログラムが終了したあとの受け皿として活用できることが考えられる。しかし一方で、専門職ではない人がサービスを提供することに対し、どの程度までその質を担保できるか、またすべきかが問われることになる。また、実施できる介護プログラムの範囲も医療を必要としない程度の高齢者に対するものに限られるため、高齢者の状態が医療を必要としない程度であるかどうかをまず判断する専門職を必要とすることになる。

### ③介護予防事業への参加者

介護予防事業が実施されているにもかかわらず、そこに参加する高齢者がいないとなれば介護予防の効果など全く得られないことになる。末永和也氏は、前掲の論文の中で、二次予防事業対象者の介護予防事業のサービスを利用しようとする意識は低く、介護予防プログラムへの参加につながっていないことを指摘している。介護予防事業のサービスが魅力のあるサービスとなっていないとその理由を述べている<sup>12</sup>。

また、萩野寛雄氏も「地域支援事業における通所型介護予防事業の利用素材要因に関する調査研究」の中で、科学的根拠に基づいた効果的な予防型健康サービスが提供されているにも関わらず、その利用は遅々として進まないと述べている<sup>13</sup>。萩野氏は、通所型介護予防事業の利用阻害要因は「自分はまだまだ若い」、「特定高齢者の指定を受けていないから」、「自分でやっているから必要ない」などであると述べており、末永氏の介護予防プログラムに魅力がないという視点とはやや違っている。しかし、仮に介護予防プログラムが魅力的なものであったとすれば「自分でやっているから必要ない」という人々も、その介護プログラムに参加したいと感じるのではないかと考える。介護予防プログラムの利用率を向上させる取り組みが課題となる。

さらに小坂健氏は「より効果の見込まれる介護予防プログラムを実施するモデル（プログラム介入） 複合プログラム」の中で、介護予防プログラムへの参加者が低迷している理由をプログラムに魅力がないということの他に効果を感じられないことが原因であると述べている。介護予防事業の運動器の機能向上プログラムと比較して、口腔機能の向上、栄養改善に関するプログラムへの参加者が低迷している。これは運動することと比較して高齢者にとっては魅力がないプログラムであり、効果を感じることができないプログラムであるということを指摘している<sup>14</sup>。介護予防プログラムへの参加を促すために介護予防プログラムを魅力的であり、効果を感じることができるよう工夫することが求められる。

### ④介護予防事業対象者の発見方法

介護予防事業の対象者となるためには、特定健康診査や関係機関が実施する基本チェックリストを受け、二次予防事業対象者と判定されるか、要介護判定審査において要支援と判定される必要がある。鈴木隆雄氏は、「介護予防の実際―特定高齢者の決定基準等の見直しと課題を中心として―」において、特定高齢者（二次予防対象者）の決定基準の問題点と課題を明らかにしている。その中で、基本チェックリストが実施された高齢者の集団特

性はきわめて良く生活機能が保持されている者が多く、逆に生活機能の低下している者の割合は少ないと述べている<sup>15</sup>。これは基本チェックリストを受ける機会が特定健康診査受診時であるために、基本チェックリストを受けたという高齢者は普段から自身の健康に関して意識が高い高齢者であるということがいえるからだと考える。鈴木氏は、基本チェックリストの実施率を大幅に改善することが必要であると指摘し、特に生活機能低下者、あるいは要支援・要介護となるハイリスク高齢者での高い実施率が求められると述べている。

基本チェックリストの実施率を上げることは重要であるが、ここで問題となるのは生活機能が低下しているような高齢者は、基本チェックリストを受ける機会に接触することができない高齢者である可能性が高いということである。例えば郵送を使うなどして実施率を上げようとしても、生活機能が低下している高齢者では基本チェックリストに記入をして返信することが不可能である場合もある。生活機能が低下しており、近い将来要介護状態に陥る可能性が高い高齢者を発見する方法を基本チェックリストに頼るだけでは限界があり、他の方法を併用するなどの対策が必要となる。

また、渡辺美鈴氏は「生活機能の自立した高齢者における閉じこもり発生の予測因子」において、生活機能が自立している85歳未満の高齢者を対象に追跡し、閉じこもりが発生する予測因子を調査している。その中で閉じこもりのリスクが高い高齢者は、地域の諸活動への参加に何らかの障害があり、集団的な仲間づくりに容易に参加しない人たちであると推察している。そして閉じこもりの高齢者が要介護や要支援に陥らないようにするためには、個別訪問が有効な手段であると述べている<sup>16</sup>。生活機能が自立している高齢者であっても、閉じこもることで生活が不活発になり、廃用症候群を起こすことで徐々に介護が必要な状態に陥って行くと考えられる。まして生活機能が低下している高齢者ではその経過が早いと推測される。それを防ぐために個別訪問が有効な手段であれば実施することには意義がある。しかし、ここでどのような職種が個別訪問を実施するべきであるのか、また地域で孤立してしまっているような高齢者すべてを個別訪問する方法について検討する必要がある。

### ⑤介護予防の対象者

二次予防事業対象者、要支援と判定されない理由が基本チェックリストを受けた後の審査結果からではなく、受けることができなかったために除外されているという高齢者では生活支援を必要としている可能性が高く、生活支援がないことで閉じこもるなどの生活機能のバランスを崩しやすい人であると推測できる。

生活機能のバランスを崩しやすい人とは、国際生活機能分類(ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health=以下 ICF)<sup>17</sup>から知ることができる。ICF の概念では、単に心身機能の障害だけを見て生活機能の障害を分類するという考えではなく、活動や社会参加、環境因子も含めて、その人の生活機能に障害があるかどうかを判断する分類方法である。ICF では、「身体機能・構造 (生命レベル)」、「活動 (生活レ

ベル)」、「参加 (人生レベル)」の 3 つのすべてを含む包括概念が「生活機能」であるとしている。したがって生活機能という場合には、必ずこの 3 つの要素を含んでいるものである<sup>18</sup>。この 3 つのレベルのどこかに問題が起きると、人は連動して他のレベルにまで問題が起きようになる。例えば、疾患によって生命レベルに問題が生じると、活動レベルである日常生活に障害が現れ、次いで人生レベルである自身の役割を果たすことができなくなるなどである。

生活機能のバランスを崩しやすい高齢者は、必ずしも虚弱な高齢者であるとは限らない。独居でも地域の中で自らの生活を営んでいる高齢者であることもある。しかし、介護保険を利用して介護を受ける必要はないが、買い物やゴミ出しなどの家事や移動手段に困っている高齢者や見守りが必要な高齢者は存在する。このような高齢者では、身体機能の状態から介護保険の適用や介護予防の対象者とはならないことが多く、そのために必要な生活支援を受けるすべがないのが現状である。現行の介護予防策では、対象を近い将来介護が必要となる可能性の高い高齢者に限定し、介護予防プログラムは身体機能の改善に偏重している。生活支援を受けることで地域の中で生活することができる高齢者にも介護予防につながる支援が必要であり、それは生活支援を受けながら自らが望む生活スタイルを貫くことを可能とする支援であると考え。自らが望む生活スタイルを貫くことは能動的な生活を送ることであり、生活が活発となり廃用症候群を防ぐことになるからである。よって、既存の介護予防の概念に生活支援の視点を加えることが重要になると考える。

また、これまで述べてきた介護予防の課題では、三次予防対象者についてはふれられていなかった。二次予防事業の対象者が、要支援認定者や軽度の要介護認定者であることからすると、既に介護を必要としている中程度以上の要介護者では要介護状態となることを予防する段階ではないとされているからである。しかし、三次予防事業対象者が既に介護が必要な状態に陥っているとしても、介護状態が悪化することを防ぐことや軽減することは高齢者の日々の生活の質にとって大きく影響することであり重要である。三次予防事業対象者が病院での治療とリハビリテーションによって歩行できる状態となって退院した後、家の中で何の意欲もなくベッド上での生活を続けることによって、ほとんど寝たきりの状態になってしまうという事例もある。逆に失った機能を介護サービスや生活支援を受けることで補い、出来る限り高齢者自身が望む生活スタイルをかなえようと能動的な生活をすることで精神的な充実や、それに伴い身体機能が改善する事例もある。

上田敏氏は、『ICF(国際生活機能分類)の理解と活用—一人が「生きること」「生きることの困難 (障害)」をどうとらえるか』の中で、「活動」を行わなくなり「活動量」が低下すると廃用症候群が起り、それが「活動」の質を低下させ、そして「参加」することを困難にさせるという悪循環が起ると述べている<sup>19</sup>。三次予防事業対象者の廃用症候群を防ぐためにも生活支援や要介護状態の悪化を防ぐ活動が必要となる。よって本研究では、三次予防事業対象者も介護予防の対象とすることとする。

### (3) 保健、医療、福祉の地域連携

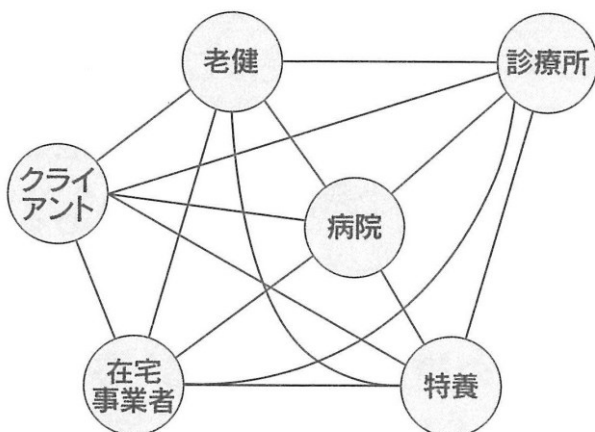
当初、保健、医療、福祉の地域連携が求められるようになった理由は、慢性疾患を抱える高齢者に必要とされる医療が治療や完治を目的とした急性期型の医療の範疇では対応しきれなくなったことがあげられる。筒井孝子氏は、「日本の包括ケアシステムにおけるサービス提供体制の考え方―自助・互助・共助の役割分担と生活支援サービスのあり方―」において、地域包括ケアシステムの構築に際して生活支援サービスの提供者や提供主体をどのように考えるか、諸外国の事例を紹介しながら考察している<sup>20</sup>。その中で **integrated care** というシステムで重要視されたのは、慢性疾患と終末期に至るまでの長期にわたって提供される治療とケアの効率的提供であって、これを導入した国では **integrated care** を実現させるために、まず医療分野の臨床における **integration** を試み、次の段階としてこれを地域に拡大し、さらにサービスの効率化のために介護・福祉領域までその範疇を広げてきたと述べている。そして筒井氏は、「日本で実施されようとしている地域包括ケアシステムのように、介護予防という公衆衛生的な予防活動に加えて、低所得者対策としての住宅施策をも **integration** の対象として、そのシステム化をはかるといった考え方や、これらを地域圏域を基盤として同時に展開しようとする試みは、国際的にも稀有な例といえよう」と述べている。

生活支援を受けて地域で生活することが高齢者の介護予防となるとすると、慢性疾患を抱えている高齢者も生活支援を提供される中に多く存在することとなり、単に日常生活の支援をするという福祉の領域だけではなく、高齢者の健康状態の見守りや、内服薬の管理などという医療に関わる範疇の支援も含まれるようになってくる。よって、生活支援を提供するにあたってヘルスケアである保健・医療とソーシャルケアである福祉が地域において連携する必要がでてくる。福祉施設に入居している高齢者であれば、施設が保健、医療、福祉の分野にまたがる専門職を配置し、その都度必要とされる人材で迅速に対応するということも可能となるだろう。しかし、地域に在住する高齢者に対しては、施設と同等の対応は困難となる。地域において施設に入居しているかのような支援が受けられるようにするためには具体的に保健、医療、福祉がどのような連携をとればよいか検討する必要がある。

保健、医療、福祉の地域連携の形については種々いわれているが、島津望氏は、『地域医療・介護のネットワーク構想』の中でその連携の形を図示している<sup>21</sup>。図序-1 は地域におけるネットワーク型の連携を図示したものである。これはすべての組織や利用者（クライアント）が腕を伸ばして同等につながっているという形である。ここでは組織間の連携の強弱をあらわす紐帯の太さの変化や円の大小という変化がつけられていない。すべての組織と組織、組織と利用者との関係には、その関わり方の頻度や多寡はなく同等な関わりを持っているということになる。また、利用者がすべての組織と同等な関係を持っていることは、かつての医療中心で患者不在であった関係から利用者が中心である連携へと変化していったという意味で評価ができる。しかし、いくら利用者がすべての組織と同等の関係

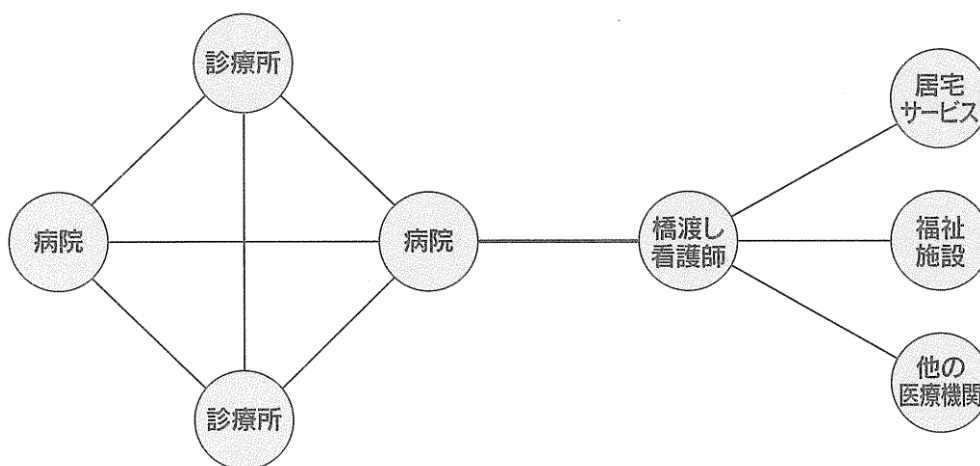
を持つことができるとしても利用者は医療や福祉の専門家ではないため、その利用者に必要な治療やケアの詳細については、利用者の状態を熟知した専門職が利用者との間を媒介し、かつ利用者は他の組織と自由に関係をもつことができる体制を作ることが重要である。

図序-1 地域におけるネットワーク型連携



出所) 島津望「地域医療・介護の課業変化とネットワーク型供給の必要性」小笠原浩一、島津望『地域医療・介護のネットワーク構想』千倉書房、2007年、37ページより引用。

図序-2 ネットワークの媒介中心性としての橋渡し看護師



出所) 島津望「地域医療・介護ネットワークにおける分析課題」小笠原浩一、島津望『地域医療・介護のネットワーク構想』千倉書房、2007年、105ページより引用。

利用者が医療施設から退院し、地域で居宅サービスを受けながら生活する、または他の福祉施設や医療施設へ入居する際に、生活の場が変わっても利用者に必要な治療やケアが継続されるように図るには、前述のように媒介となる専門職が必要となる。図序-2 は、医療施設から他の福祉施設や医療施設、居宅サービス業者へと利用者が生活の場を変えていく時に専門職が両者の間に立ち利用者の情報提供や種々の調整をすることを図示したものである。

ここでは「橋渡し看護師」となる看護師が医療機関と地域で生活するためのケア提供者とのネットワークを媒介している。一般的にこの形は窓口が一本化され、病院の情報を病院の外部に届ける、または病院外部の情報を受ける形として機能的である。しかし、この図に残された課題は、病院の内部と外部をつなぐ「橋渡し看護師」の能力が解明されていないことである。また「病院」「診療所」の中に存在する専門職の連携も明確にされていない。この「病院」の中にこそ複数の職種が混在するため、専門職同士が協力し連携する必要があると考えられる。特に三次予防事業対象者の生活の場の環境整備や生活支援、介護サービスの選択では、疾患が発症した急性期から治療に携わっている医療に関わることは不可欠な要素であるということが出来る。医療施設内で専門職同士の連携がどのようにとられ、それをどのように生活の場に引き継いでいくかを解明する必要がある。

#### (4) 専門職間の連携

保健、医療、福祉の地域連携を構築するためには、前述のようにまず「保健」「医療」「福祉」のそれぞれに存在する種々の専門職同士にどのような連携が必要であるか明らかにする必要がある。中でも複数の専門職が混在する「医療」での連携は複雑であると考えられる。ここでは「医療」の中の専門職の連携の仕方を解明するため、利用者である患者は三次予防事業対象者ということを前提とする。

退院後、患者が望む生活スタイルをかなえるために多くの専門職が連携することは、ひとりの患者にそれぞれの専門的な視点から関わることが出来るため有益である。その中でも患者との時間を一番多く過ごす看護師はそのアセスメント能力を発揮し、可能な限り患者の安全を確保し、安心感をもって退院できるように尽力する必要がある。

看護師は患者をアセスメントする能力を身につけている。それは患者やその家族から客観的に、または主観的に情報を収集して、その情報を看護師が専門的知識や経験を基に解釈・分析し、患者の状況を判断する能力である。多くの看護理論が人をどのようにとらえるかを追求し、様々な側面から人を解釈・分析し、看護問題を抽出することに結び付けようとしている。それらの基となるのはすべて情報であり、アセスメントの第 1 歩は患者の情報を収集することであるともいわれている。

その人をより理解するためには、情報収集の視点を、身体、心理面、社会面、家族、文化に及ぶものとする必要がある。収集した情報をアセスメントした結果から看護問題が抽

出され、問題解決に向けて看護計画が立てられ、看護を実施し、実施したことに対して評価がなされることを看護過程と呼ぶ。しかし、アセスメントの段階で集められる情報はその段階で判明していることに限られる。

退院という未知な環境へ向かう患者から得られる情報は限られてくる。マーサ E. ロジャーズは『ロジャーズ看護論』の中で、人と環境の関係には普段の相互作用と相互変化がみられると述べている。人と環境は相互的な関わりで、両者は同時に影響し合って、その性格を形作るということである<sup>22</sup>。このロジャーズの理論からすると、病院内で集められる情報から未知の退院後の生活に対する看護問題を抽出し、未知の環境に置かれる患者の看護計画を立てることは未知数となる。それは未知の環境とともに患者の状態も時間とともに変化していくからである。看護過程の限界であるということもできる。

しかし、未知の環境を把握する努力をすることは可能である。それは、退院後の環境についての情報を、実際に足を運んで収集して行くことである。できれば看護師だけではなく複数の専門職が連携して足を運んで得た情報の方が未知の環境からアセスメントするための情報を多角的に収集することができる。これまでのその人からその時点で収集される情報によってアセスメントを行っていた看護過程の限界を唯一克服する方法ということができるのではないだろうか。退院という未知な環境へ向かう患者をサポートする看護師には、看護過程の限界を超えた未知の生活環境へのアセスメント能力が求められることになる。

## (5) 調査方法と事例の位置付け

本論文中的高齢化率、要介護高齢者の出現率等は、政府の統計、厚生労働省等の統計データを使用して分析する。保健、医療、福祉の地域連携の事例は、長野県茅野市と東京都足立区で調査を行う。茅野市では、諏訪中央病院、西部保健福祉サービスセンター、2カ所の診療所（訪問診療に同行）、医師、看護師、保健師、社会福祉協議会の職員、社会福祉士、家族等から聞き取り調査を行った<sup>23</sup>。足立区では、健和会、S 病院で看護師、医療ソーシャルワーカー、民間サービス提供者等から聞き取り調査を行った<sup>24</sup>。

調査対象地域に茅野市を選択した理由は、古くから医療の地域連携に成功している地域であり、またその連携を形成するにあたっては地域住民の参加によってなされているものであるからである。茅野市には、基幹病院である諏訪中央病院があり地域医療の要となっており、その諏訪中央病院を囲むように地域の医師たちの連携もある。また、茅野市の地域福祉計画である「福祉 21 ビーナズプラン」が住民参加で作られ実際に機能しているという点も有名である。このことから茅野市には地域の医療福祉システムがあるだけでなく、医療関係者にとどまらない広範な人々とのネットワークが存在することがわかる<sup>25</sup>。

以上のことから茅野市では、生活支援を受けることで介護予防となるような高齢者に対する支援をどのように実施しているかを調査する。調査の視点として、保健、医療、福祉、



そして地域住民の連携に焦点をあてる。

また、もうひとつの調査対象地域として足立区を選択した理由は、古くから貧困者が多く在住する下町で、地域医療に奔走した病院（健和会）が存在したからである。健和会は戦後の混乱期から地域に医療を普及させる活動を行っている。実際に足を使い、東京東部地区の約 2 万人の高齢者の家を訪問し寝たきり実態調査を実施した経緯がある。また東京都で第一号となる訪問看護ステーションを開設するなど地域に向けた活動に力を入れている。

足立区では健和会において、三次予防事業対象者に介護予防となるような退院後の生活を目標に、病院内に存在する複数の専門職がどのように連携してそれを支援しているかを調査する。調査の視点として、医療の中における専門職同士の連携と退院後に患者が利用する地域の保健、医療、福祉の社会資源との連携、つまり病院内と病院外との連携について焦点をあてる。

## (6) 本研究の構成

本研究では、高齢者介護の課題に対し既存の介護予防の概念を見直すことから始め、効果のある介護予防を実践するために地域包括ケアシステムの構成要素である保健、医療、福祉の地域連携がどのように構築されるかを探究するものである。

本研究は、以下の章から構成される。

第 1 章では、高齢者の介護問題に対し、介護保険制度が導入されるに至った理由から介護保険制度が導入されてもなお出現する課題とその課題への対策を概観し、地域包括ケアシステムが求められるようになった経緯を明らかにする。

第 2 章では、介護保険制度が導入された以降も課題の中核となっている要介護高齢者の増加について、その理由と現状を再確認する。また要介護高齢者の出現率には地域間格差が大きいことがいわれているため、多くの研究が都道府県別に出現率を比較している中で、本研究では保険者ごとにその比較をする。これは、後の章で地域包括ケアシステムに関する事例検討をするために必要な要素となる。

第 3 章では、2011（平成 23）年の介護保険法の改正によって導入された地域包括ケアシステムを巡る課題を明らかにする。また、地域包括ケアシステムを巡る課題と関連がある現行の介護予防事業を概観し、介護予防事業が実施されているにもかかわらず要介護高齢者が増加し続けている背景を介護予防事業の対象者の選定方法や介護予防プログラムの内容や継続方法といった視点から分析する。これは第 4 章で、介護予防の概念を見直す理由となる。

第 4 章では、なぜ既存の介護予防の概念を見直す必要があるのかを ICF の分類を使用して検証する。そして生活支援という視点を介護予防の中に含めることを提唱する。さらに生活支援の視点で介護予防が必要となる高齢者はどのような高齢者であるか、そのような

高齢者を発見するためにできることは何か、それを地域包括ケアシステムの中で展開するにはどのような方法が必要かを検討する。

第5章では、古くから地域医療を実現している茅野市での聞き取り調査から、第4章で検討した生活支援の視点に立った介護予防を展開するための保健・医療・福祉そして地域住民の地域連携が実際にどのように展開されているか、どのように機能しているかを検証する。

第6章では、東京都足立区の同一行政区内の二つの医療施設で聞き取り調査を実施する。医療施設内に複数存在する専門職が、三次予防事業対象者に対してその人が望む生活をかなえるという目標を達成するためにどのような連携をしているか、また退院後にもその目標が継続されるように医療施設外部の社会資源との連携がどのようになされているかを検証する。

終章では、序章から第6章までの議論をふまえ、生活支援の視点に立った介護予防や、三次予防事業対象者に対する介護予防も含めた高齢者への支援を可能とする保健、医療、福祉の地域連携について展望する。

---

1 厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/84-1.html> 2012年11月28日最終確認）

2 介護予防マニュアル改訂委員会「介護予防マニュアル改訂版」2012年、1-13ページ。

3 内閣府「平成24年度版 高齢者白書」

（<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/index.html> 2012年11月28日最終確認）

4 前掲、内閣府「平成24年度版 高齢者白書」

5 藤森克己 みずほ情報総研「単身世帯の増加と求められるセーフティネットの再構築」2008、19-23ページ。

6 平成16年度末を終期とする「ゴールドプラン21」後の新たなプランの策定の方向性、中長期的な介護保険制度の課題や高齢者介護のあり方について検討する厚生労働省老健局長の私的研究会である。

老人保健福祉法制研究会『高齢者の尊厳を支える介護』法研、2003年、43-93ページ。

7 財団法人 日本公衆衛生協会「介護保険制度の適切な運営・周知に寄与する調査研究事業 介護予防事業等の効果に関する総合的評価・分析に関する研究 報告書」2009年

（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/dl/s0326-12f.pdf> 2012年12月14日最終確認）

8 介護予防マニュアル改訂委員会「介護予防マニュアル改訂版 平成24年3月」平成23年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）「介護予防事業の指針策定に係る調査研究事業」2012年、4-8ページ。

9 前掲、「介護予防マニュアル改訂版」1-13ページ。

10 末永和也、倉田康路「介護保険・特定高齢者施策における介護予防事業に関する一考察」『西九州大学健康福祉学部紀要』第40号、2009年、21-26ページ。

11 大淵周修一「より効果の見込まれる介護予防プログラムを実施するモデル（プログラム介入）運動器疾患対策プログラムの効果について」財団法人日本公衆衛生協会『介護予防事業の推進に関する調査委研究事業』2012年、22-35ページ。

12 前掲、末永和也、倉田康路「介護保険・特定高齢者施策における介護予防事業に関する一考察」21-26ページ。

13 萩野寛雄、工藤健一、岩田一樹「地域支援事業における通所型介護予防事業の利用素材要因に関する調査研究」特定非営利活動法人日本介護経営学会『準市場としての介護保険制度における経営状況等に関する調査研究事業研究報告書』2011年、103-152ページ。

14 小坂健「より効果の見込まれる介護予防プログラムを実施するモデル（プログラム介入）複合プログ

---

ラム) 財団法人日本公衆衛生協会 『介護予防事業の推進に関する調査委研究事業』2012年、36-42 ページ。

<sup>15</sup> 鈴木隆雄「介護予防の実際—特定高齢者の決定基準等の見直しと課題を中心として—」『日本老年医学会雑誌』45巻 4号 2008年、381-384 ページ。

<sup>16</sup> 渡辺美鈴、渡辺丈眞、松浦尊麿、樋口由美、渋谷孝裕、臼田寛、河野公一「生活機能の自立した高齢者における閉じこもり発生の予測因子」『日本老年医学会雑誌』44巻 2号、2007年、218-246 ページ。

<sup>17</sup> World Health Organization *ICF International Classification of Functioning, Disability and Health* 2008:11-25.

<sup>18</sup> 諏訪さゆり「ICF(国際生活機能分類)の基本的考え方 採択ケアへの普及のために」『訪問看護と介護』第15巻 第12号(通巻174号)、2010年、948-953 ページ。

<sup>19</sup> 上田敏『ICF(国際生活機能分類)の理解と活用—人が「生きること」「生きることの困難(障害)」をどうとらえるか』きょうされん、2011年、7-31 ページ。

<sup>20</sup> 筒井孝子「日本の包括ケアシステムにおけるサービス提供体制の考え方—自助・互助・共助の役割分担と生活支援サービスのあり方—」『季刊社会保障研究』47巻 4号、2012年、368-381 ページ。

<sup>21</sup> 島津望「地域医療・介護ネットワークにおける分析課題」小笠原浩一、島津望『地域医療・介護のネットワーク構想』千倉書房、2007年、87-111 ページ。

<sup>22</sup> マーサ E. ロジャーズ著、樋口康子、中西睦子『ロジャーズ看護論』医学書院、2008年、116-129 ページ。

<sup>23</sup> 茅野市西部保健福祉サービスセンター センター長、保健師、社会福祉協議会職員等へのインタビューより 2012年3月29日、11月8日。

<sup>24</sup> S病院 医療ソーシャルワーカー、看護師長へのインタビューより 2012年11月9日

<sup>25</sup> 鷹野和美『地域医療福祉システムの構築』中央法規出版、2005年、45-68 ページ。

## 第1章 地域包括ケアシステムの提唱とその背景

地域包括ケアシステムという概念は、昭和 50 年代に広島県公立みつぎ総合病院の院長、山口昇医師によって御調町で実施された「ねたきりゼロ作戦」に使われた名称である。国に在宅ケアに関する制度が何もなかったころ、山口医師は病院を退院した後に寝たきりになってしまう患者が増えていったことに対し、それを防ぐために訪問看護、訪問リハビリ等の在宅ケアを開始した。同時に治療のみならず、保健（予防）、介護、福祉との連携の仕組みを構築していったことから、地域包括ケアシステムとは山口医師の実践から生まれた概念であるといわれている<sup>1</sup>。

2000（平成 12）年に介護保険制度が施行されて以来 3 度の法改正がなされ、2011（平成 23）年の改正では地域包括ケアシステムの推進が改正の趣旨として前面に押し出されている。介護保険制度が導入されてから見えてきた課題と対策、そして地域包括ケアシステムの構築が求められるようになるまでの経緯をここで整理する。

### 第1節 介護保険制度の導入と課題

介護保険制度は 1990 年代半ばに政府において検討が始まり、1997（平成 9）年 12 月に介護保険法として成立した制度であり 2000（平成 12）年 4 月から施行されている。介護保険制度が創設される以前の高齢者の介護を支える制度は、老人福祉制度と老人医療制度であった。

介護保険制度が創設されるに至った主な理由は、高齢化の進行に伴う要介護高齢者の増大、家族の介護機能基盤の弱体化と家族の介護負担の増大、老人福祉と老人医療との異なる制度下で行われてきた高齢者介護の改革、介護費用の増大に対応した新しい財源の確保の必要性があったからとされている<sup>2</sup>。そこで介護保険制度は、介護に対する社会的支援、要介護者の自立支援、利用者本位とサービスの総合化、社会保険方式の導入を目的として創設されることとなったのである<sup>3</sup>。

#### (1) 介護保険制度施行後の高齢者介護の課題

##### ①要介護認定者の増加・軽度の要介護者の増加

介護保険制度施行後の要介護認定者数の推移をみると 2000（平成 12）年からの 3 年間で高齢者人口の伸びを上回る勢いで増加している。特に要支援、要介護 1 のような軽度要介護者の増加が目立つ【表 1-1、表 1-2】。

これは介護保険制度の導入によって、介護状態が軽度のうちからサービスを利用できるようになったためと考えられる。また、サービスを利用する予定がなくても介護認定を受けるための申請ができることもその一因であると考えられる。長崎市の介護保険課での聞き取り調査から<sup>4</sup>、介護サービスを利用する予定はないのだが念のため申請するという高齢

者が存在することが明らかになった。長崎市ではこのような申請でもすべて受けているとのことである。長崎市は2011（平成23）年3月末の要支援1、2の出現率が8.06%と比較的高い地域である。

表 1-1 第1号被保険者数の推移

年	2000(4月末)	2001(4月末)	2002(4月末)	2003(3月末)
1号被保険者数	2,165	2,247	2,322	2,393
増加率	—	3.80%	7.20%	10.50%

出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」より作成

表 1-2 要介護者数の推移

年	2000年(4月末)	2001年(4月末)	2002年(4月末)	2003年(3月末)
要支援	29.1万人	32.0万人	39.8万人	49.9万人
増加率	—	9.90%	36.90%	71.40%
要介護1	55.1万人	70.9万人	89.1万人	105.6万人
増加率	—	28.70%	61.60%	91.60%
要介護2	39.4万人	49.0万人	57.1万人	63.6万人
増加率	—	24.40%	45.00%	61.40%
要介護3	31.7万人	35.8万人	39.4万人	42.6万人
増加率	—	13.00%	24.40%	34.40%
要介護4	33.9万人	36.5万人	39.4万人	41.9万人
増加率	—	7.80%	16.20%	23.70%
要介護5	29.0万人	34.1万人	38.1万人	40.9万人
増加率	—	17.30%	31.30%	40.80%
認定者数合計	218.2万人	258.2万人	302.9万人	344.4万人
増加率	—	18.40%	38.80%	57.80%

出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」より作成

介護サービスを利用する予定のない高齢者の健康状態で予測されることは、要介護度が軽度であるということである。重度の要介護状態であれば家族や親族が全面的に介護を担当し、公的なサービスを一切使用しない状態ではない限り介護サービスを利用する必要がでてくるはずである。介護サービスを利用する予定がなく、念のため申請するという高齢者が介護認定審査を受けた場合には軽度の要介護者と判定される可能性が高い。したがって、サービス利用を目的としない介護認定の申請が増加することも軽度要介護者が増加する一因となっていると考えられる。

一方でサービス利用を目的としないにもかかわらず、なぜ高齢者に念のため介護認定の

申請をしておくという動機が起こるのかを考える必要がある。これは現行の制度が要支援や要介護者と認定されない限り、必要であってもサービスを受けることができないシステムとなっていることに起因しているのではないだろうか。要支援や要介護者と認定されない人が望んだ時に利用できるサービスが不足しているということが、サービス利用を目的とせず介護認定の申請をする高齢者を増加させている一因であると考えることができる。

## ②ケアマネジメントの現状

ケアマネジメントは、高齢者の状態を適切に把握し自立支援のためのサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みである。高齢者介護研究会の報告<sup>5</sup>では、高齢者のアセスメントが不十分なため適切で効果的なサービスが提供されていないことを指摘している。アセスメント不足から不必要な介護を過剰に提供するケア計画が立てられたことによって高齢者の行動が制限され活動的ではなくなり、最終的に廃用症候群に陥ってしまうということが実際に起きている<sup>6</sup>。また、ケアカンファレンスも十分におこなわれておらず総合的に自立支援のためのサービスが提供されているか疑わしい状況にあるということも報告されている。

要介護高齢者やその家族との面接によってケアマネジャーはケア計画を作成する。短時間の面接で得られる情報は限られており、その情報だけを頼って要介護高齢者の状態をアセスメントし立てられたケア計画では、要介護高齢者の全体像やその背景などが十分に把握されていないため高齢者にとって適切ではないケア計画となることもある。高齢者の抱える問題は多岐にわたり、要介護者に精神的な支援が必要な場合や家族が介護以外の問題を抱えるような場合にはケアマネジャーが実施する面接だけでその状況を把握することは困難である。また把握できたとしてもケアマネジャーだけでは問題を解決することは難しい場合がある。そこで地域の保健、医療、福祉が連携して介入することが必然的に求められるようになってきた。

## (2) 地域包括ケアシステムの構想

冒頭にあげた御調町ように地域包括ケアシステムを古くから実施している地域もある。地域包括ケアシステムとは、その御調町の山口医師によって提唱されたことが始まりであると述べたが、介護保険制度が施行された以降、最初に地域包括ケアシステムの構想を打ち出したのは2003（平成15）年6月に公表された高齢者介護研究会の「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」<sup>7</sup>である。介護保険制度が施行されたことによってケアマネジメントや他職種協働などという考えが定着していった。その考えを持ち込んで地域包括ケアシステムを確立する必要性を最初に打ち出したということになる。

この報告では、介護保険制度が導入された以降、要介護認定者の増加、軽度の要介護者

の増加、在宅サービスの脆弱性、居住型サービスの伸び、施設サービスでの個別ケアへの取組、ケアマネジメントの現状、求められる認知症高齢者ケア、介護サービスの現状が課題となっていることをあげ地域包括ケアシステムの確立の必要性が打ち出されている。

また、地域包括ケアシステムの確立については以下のように述べている。「要介護高齢者の生活を住み慣れた地域においてできるだけ継続していくためには、個々の高齢者の身体的、精神的状況やその変化に応じて、介護サービスを中心にし、医療、看護、リハビリテーションなど様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みが必要である」<sup>8</sup>とし、地域包括ケアシステムが有効に機能するためには、各種のサービスや専門領域が連携してケアを提供することが必要であることを強調している。

その後、介護保険制度の最初の改正である 2005（平成 17）年の改正では、高齢者が介護の必要が状態となっても出来る限り住み慣れた地域で生活が継続できるような体制の整備が謳われ、その中核機関として地域包括支援センターが創設されることになった<sup>9</sup>。地域包括支援センターの創設は、後の地域包括ケアシステムの構想を見据えたものであるといわれている。2011（平成 23）年の介護保険制度の改正では、地域包括ケアシステムの推進が前面に押し出されている。

## 第 2 節 2005（平成 17）年の介護保険制度の改正

2005（平成 17）年には、第 1 回目の介護保険制度の見直しが行われる。介護保険法の附則において「法律の施行後 5 年を目途としてその全般に関して検討を加え、その結果に基づき介護保険制度の必要な見直し措置を講じること」と規定されていることが見直しの経緯である。この規定に基づき、2003（平成 15）年 5 月から社会保障審議会介護保険部会において制度の見直しについて議論が始まった<sup>10</sup>。

見直しの基本的な視点は、①この制度が将来にわたって安定的に存在し、機能し続けるものでなければならないという制度の持続可能性の観点から、将来を見据えた思い切った見直しを行うこと、②今後到来する超高齢社会において、高齢者ができる限り健康で活動的な生活を送るために、明るく活力ある超高齢社会を構築すること、③介護、年金、医療などの各制度間の機能分担を明確化するとともに、相互の調整を進める社会保障の総合化を引き続き進めていくこと、の 3 点を基本としている<sup>11</sup>。また、認知症高齢者やひとり暮らし高齢者の増加、都市部における急速な高齢化という新たな課題にも対応できる見直しが求められた。

上記②の「高齢者ができる限り健康で活動的な生活を送るために、明るく活力ある超高齢社会を構築すること」に対してとられた施策は以下のとおりである。

## (1) 予防重視型システムへの転換

2005（平成17）年の介護保険法の見直しの大きな柱となったのは予防重視型システムへの転換である。介護保険制度施行後の要介護認定者数の推移をみると2000（平成12）年からの5年間で要支援、要介護1のような軽度要介護者の増加が著しい【表1-3】。その理由のひとつには、現行の介護保険制度下では要支援と認定された人が要介護状態に陥ることを予防できていない状況があるといわれている<sup>12</sup>。また、不必要な訪問介護がケアプランに組み込まれ、軽度要介護者の生活行動が減少して要介護度の悪化が生じているということもいわれている<sup>13</sup>。

そのため2005（平成17）年の見直しでは、介護保険制度の基本理念である自立支援の観点から、予防給付の対象者の範囲を拡大しサービス内容やケアマネジメント体制を見直し、新たな予防給付へと再編がなされた。また、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から市町村が実施する地域支援事業が創設された。地域支援事業には、介護予防事業、包括的支援事業、任意事業がある。

介護予防事業には、一次予防事業として、①介護予防普及啓発事業、②地域介護予防活動支援事業、③一次予防事業評価事業がある。また、二次予防事業として、①二次予防事業対象者の把握、②通所型介護予防事業（運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上等）、③訪問型介護予防事業、④二次予防事業評価事業がある。

包括的支援事業には、①総合相談支援事業、②権利援護事業、③包括的・継続的ケアマネジメント事業、④介護予防ケアマネジメント事業がある。

介護予防は、要支援、要介護になる前の段階から推進するために要支援、要介護になる恐れの高い高齢者を特定高齢者として介護予防事業を実施することとなり、介護予防ケアマネジメントは後述する地域包括支援センターが行うこととなった<sup>14</sup>。

表1-3 第1号被保険者（65歳以上）の要介護度別認定者数の推移（千人）

平成	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
13年度(2001)	385	848	536	373	376	360	2,877
14年度(2002)	493	1,022	605	408	405	390	3,324
15年度(2003)	584	1,198	567	466	457	432	3,704
16年度(2004)	659	1,282	582	501	476	443	3,943
17年度(2005)	706	1,374	616	531	504	445	4,175

出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」より作成

## (2) 地域包括支援センターの創設

2005（平成17）年の見直しのもう一つの柱は、高齢者が介護の必要な状態となっても、出来る限り住み慣れた地域で生活が継続できるように、サービス体系の見直しや地域にお



ける総合的・包括的なマネジメント体制の整備を行うことである。住み慣れた地域で地域の特性に応じて多様で柔軟なサービス提供が可能となるよう、新たなサービス体系として地域密着型サービスが創設され 2006（平成 18）年 4 月に施行された。また、公正・中立な立場から、地域における介護予防マネジメントや総合相談、権利擁護などを担う中核機関として地域包括支援センターが創設された<sup>15</sup>。

地域包括支援センターの構想は、2003（平成 15）年の高齢者介護研究会の報告のなかで既に触れられている。そこでは地域包括支援センターという名称は使用されていないものの、要介護高齢者の生活を出来る限り継続して支えるためには個々の高齢者の状況やその変化に応じて様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みが必要であるとし、各種のサービスや住民が連携して支援できるよう、関係者の連絡調整を行いサービスや支援のコーディネートを行う機関が必要であるということが述べられている。つまり地域包括ケアシステムを実現するための中核機関として地域包括支援センターが必要であるということが示唆されているのである。

また翌年の 2004（平成 16）年 7 月には、社会保障審議会介護保険部会による「介護保険制度の見直しに関する意見」<sup>16</sup>が提出され、「市町村を責任主体とし、〈地域に開かれた〉センターとして十分機能出来るような運営主体のあり方について検討する必要がある」として、地域包括支援センターを創設することを検討すべきであると言明している。最終的に 2005（平成 17）年の介護保険法の見直しにおいて、サービスや支援のコーディネート機関としての地域包括支援センターの創設が決定された。

地域包括支援センターが動き出した 2006 年 4 月以降、当初新予防給付マネジメントにおいて、予防プランの報酬が 4,000 円と低く抑えられたこともあり現場では混乱が起り、予防プランを作成してもらえない利用者も続出した。また地域包括支援センターは予防プランの作成に奔走したため、予防ケアプランセンターなどと揶揄されることもあった<sup>17</sup>。地域包括支援センターが介護予防プランに傾注する背景には、要支援、要介護には認定されないが、近い将来支援や介護が必要となる危険のある高齢者（当時は特定高齢者）を選定、把握することが煩雑であった上に、この業務を行政がまる投げ委託をしているという現状があった<sup>18</sup>。

地域包括支援センターは地域包括ケアシステムにおいて重要な役割を果たすとされていたが、地域包括ケア研究会の報告書では、現状の地域包括支援センターの役割や活動内容について以下のような問題点を挙げている<sup>19</sup>。①地域包括支援センター等が創設されたものの、地域におけるこれらの資源は未だに断片化されており、有機的に連動して提供されているとは言えない、②住民が地域包括支援センターに相談に行っても、互助・共助に関わる多様なサービスが紹介されることは少ない、③現在の地域包括支援センターは、介護予防事業、相談、権利擁護等業務が多忙であるため不必要な機能を外す必要がある、④地域包括支援センターを核とし地域住民の参画等によって、うつ、閉じこもりに対する介護予防に取り組むべきではないか、⑤地域包括支援センターにおいて地域包括ケアシ

テムを支えるサービスをマネジメントできるような仕組みについて検討するべきではないか、などである。

また、地域包括支援センターの課題の一つに、医療連携の仕組みが不十分であるといわれている。要介護者に必要なサービスを提供する担当者が集まる会議において、それを取りまとめるケアマネジャーは要介護者の主治医と連携することが望ましいが、現状では連携の仕組みが確立されていないといわれている。医療との連携がなくケアマネジャー個人の力量で利用者のサービスが決定されるとすると、利用者との面接のみがサービス内容を決定する情報となる。したがって不適切なサービスを選択する可能性も高く、利用者の生活環境が損なわれることにもなりうる。さらには不適切なサービスを利用することにより、利用者の生活行動が減少した場合には介護状態が悪化することも考えられる。地域包括ケアを推進するためにはケアマネジャーと医療の連携は欠かせない要素である。また医療との連携だけではなくその他の保健、介護と地域の特性を活かした地域連携が望まれる。

### 第3節 2011（平成23）年の介護保険制度の改正

介護保険制度は2008年（平成20）年の事業者の法令遵守等を定めた第2回目の改正を経て、2011（平成23）年には3回目の見直しが行われた。この改正の趣旨は地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを進めることである。

厚生労働省の社会保険審議会介護保険部会が、2010（平成22）年11月に取りまとめた意見書によると、介護保険の現状として介護の負担は軽減されてきているが地域全体で支える体制がなお不十分であること、介護費用の増大により第1号保険料が全国平均月額5,000円を超える見込みであり、給付と負担のバランスを確保することが必要であることを挙げている。そのためには、①日常生活圏域において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現、②給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担のバランスを図ることで将来にわたって安定した持続可能な介護保険制度の構築、という2点を見直しの基本的な考え方としている<sup>20</sup>。

厚生労働省では、この意見書を基にして与党である民主党と協議した上で、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律を2011（平成23）年の通常国会に提出し同年6月15日可決成立した（一部を除き2012（平成24）年4月から施行）。提案理由説明では、「今後の急速な高齢化の進行に伴い、医療ニーズの高い高齢者や重度の要介護者の増加、単身・高齢者のみ世帯の増加への対応、介護人材の確保等が喫緊の課題となっている。そのような中で、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する地域包括ケアシステムを構築するため、この法律案を提出した次第である」<sup>21</sup>と述べている。

改正法の概要は以下のとおりである<sup>22</sup>。

#### 1 医療と介護の連携の強化

- ①医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進
- ②日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題を踏まえた介護保険事業計画を策定
- ③単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合サービスを創設
- ④保険者の独自の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする
- ⑤介護療養病床の廃止期限（平成24（'12）年3月末）を猶予（新たな指定は行わない）

#### 2 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ①介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする
- ②介護福祉士の資格取得方法の見直し（平成24（'12）年4月実施予定）を3年間延期
- ③介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事務所指定の欠格要件および取消要件に労働基準法等違反者を追加
- ④公表前の調査実施を義務づけ廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施

#### 3 高齢者の住まいの整備等

- 有料老人ホーム等における利用者保護規定を追加
- \*厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進（高齢者住まい法の改正）

#### 4 認知症対策の推進

- ①市民後見人の活用など、高齢者の権利擁護を推進
- ②市町村における認知症対策を計画的に推進

#### 5 保険者機能の充実

- ①介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画等との調和を確保
- ②地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする

#### 6 保険料の上限の緩和

- 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用

利用者が日常生活圏域において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく利用することができるようにするためには地域包括ケアシステムという形態が必要となる。そのうちの医療、介護、予防、生活支援サービスは、利用者にとって連続的また

は並行して提供される必要があるものである。それは高齢者の心身の状態が、予防が必要な状態、治療と早期のリハビリテーションが必要な状態、介護を受けながらリハビリテーションや慢性疾患の治療や管理が必要な状態と、ひとりの人の中で明瞭な境目がなく常に変化し、その変化に対応した支援をその都度必要とするからである。そして高齢者の心身の変化の仕方や、個人の生活環境はそれぞれ違うということも地域包括ケアシステムという形が必要とされる所以であると考えられる。よって単に切れ目なく利用できるサービスがあるということだけではなく、具体的に利用者の生活を支えるものであり、また地域で生活することに不安を感じないシステムとならなくてはならない。そのためには利用者を中心とした医療、介護、予防、生活支援サービスを提供する側の連携が必要となるだろう。その連携は単に必要な医療や介護を必要時に提供すればよいということではない。具体的に利用者の生活を中心に見据えたものでなくてはならず、そのために、それぞれの専門領域が積極的に高齢者個人の生活についての情報を得ることができ、その情報を他の専門領域と同等の立場で交換するようなシステムが構築されなくてはならない。これまでの保健、医療、福祉などの専門領域のなかだけで完結してきた縦割りといわれる高齢者とのかかわり方では利用者の生活を重視した支援をすることはできないため、それぞれの専門領域をつなぐ方策が必要となると考える。

---

<sup>1</sup> 片山壽『父の背中の中の地域医療「尾道方式」の真髓—カンファレンスがつくる地域包括ケアシステム』2009年、16-36 ページ。

<sup>2</sup> 一般財団法人 厚生労働省統計協会『国民の福祉と介護の動向・厚生指標』増刊・第59巻第10号 通巻第929号、2012年、137-156 ページ。

<sup>3</sup> 介護保険法（平成9年12月17日・法律第123号〔改正〕平成9年5月9日・法律第48号／6月24日・法律第103号〔平成12年1月1日施行〕／12月17日・法律第125号／平成10年6月17日・法律第109号） 第1章（目的）第1条より

<sup>4</sup> 長崎市 高齢者すこやか支援課 認定審査係長へのインタビューから2011年9月2日。

<sup>5</sup> 老人保健福祉法制研究会『高齢者の尊厳を支える介護』法研、2003年、43-93 ページ。

<sup>6</sup> 貴島日出見「在宅介護者の要介護度の経年的変化についての研究—サービス利用量と要介護度変化に触れながら—」『鈴鹿医療科学大学紀要』第14号、2007年、39-52 ページ。

<sup>7</sup> 前掲、老人保健福祉法制研究会『高齢者の尊厳を支える介護』43-93 ページ。

<sup>8</sup> 同上、43-93 ページ。

<sup>9</sup> 同上、14-18 ページ。

<sup>10</sup> 厚生労働省「介護保険制度改革の概要—介護保険法改正と介護報酬改定—」2006年、2-6 ページ。

<sup>11</sup> 同上、2-6 ページ。

<sup>12</sup> 高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html#3-2-4> 2010年6月12日閲覧

<sup>13</sup> 貴島日出見「在宅介護者の要介護度の経年的変化についての研究—サービス利用量と要介護度変化に触れながら—」『鈴鹿医療科学大学紀要』第14号、2007年、39-52 ページ。

<sup>14</sup> 一般財団法人 厚生労働統計協会『国民の福祉と介護の動向・厚生指標』増刊・第59巻第10号 通巻第929号、2012年、139-149 ページ。

<sup>15</sup> 同上、14-18 ページ。

<sup>16</sup> 社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」2004年、53 ページ。

<sup>17</sup> 春名苗 「在宅介護支援センターから地域包括支援センターまでの変遷」『聖隷クリストファー大学社

---

会福祉学部紀要』No.5、2006年、17-27ページ。

<sup>18</sup>前掲、春名苗 「在宅介護支援センターを活用した地域包括支援センターの方向性」29-37ページ。

<sup>19</sup>地域包括ケア研究会（平成20年度老人保健健康像人等事業）「地域包括ケア研究会 報告書～今度の検討のための論点整理～」2009年、5-26ページ。

<sup>20</sup>社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」2010年、4-7ページ。

<sup>21</sup>一般財団法人 厚生労働省統計協会 前掲『国民の福祉と介護の動向・厚生指標』増刊・第59巻第10号 通巻第929号、2012年、22-23ページ。

<sup>22</sup>厚生労働省「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要」2011年。

## 第2章 要介護高齢者の発生

### 第1節 要介護高齢者の増加

介護保険制度が開始されてから要介護認定者数は増加の一途をたどっている。介護保険制度が施行された2000（平成12）年では、第1号被保険者中、要介護認定を受けている人の割合は11.02%である<sup>1</sup>。そのうち75歳以上では、割合は21.88%となる。10年後の2010（平成22）年では、第1号被保険者中、要介護認定を受けている人の割合は16.86%であり、そのうち75歳以上割合は29.88%となっている<sup>2</sup>。以上のことから要介護高齢者の割合が増加しており、特に75歳以上の高齢者でそれは顕著であるといえることができる【表2-1】。

表2-1 要介護認定者数の推移

	1号被保険者			75歳以上被保険者		
	人数(人)	要介護認定者数(人)	要介護認定者の割合	人数(人)	要介護認定者数(人)	要介護認定者の割合
2000年	22,422,135	2,470,982	11.02%	9,230,109	2,019,732	21.88%
2001年	23,168,174	2,877,249	12.42%	9,744,493	2,357,712	24.20%
2002年	23,933,684	3,324,156	13.89%	10,224,845	2,723,931	26.64%
2003年	24,493,527	3,704,095	15.12%	10,757,514	3,050,373	28.36%
2004年	25,111,368	3,942,808	15.70%	11,240,147	3,268,022	29.07%
2005年	25,877,564	4,175,295	16.13%	11,752,609	3,493,745	29.73%
2006年	26,763,282	4,251,432	15.89%	12,261,896	3,590,391	29.28%
2007年	27,511,881	4,378,140	15.91%	12,804,236	3,730,446	29.13%
2008年	28,317,370	4,523,903	15.98%	13,280,432	3,881,905	29.23%
2009年	28,917,121	4,696,384	16.24%	13,772,700	4,052,938	29.43%
2010年	29,098,466	4,907,439	16.86%	14,276,616	4,266,338	29.88%

出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」より筆者作成。

ここで一度整理しておかなくてはならないのは、なぜ要介護高齢者が増加しているかということである。要介護高齢者が増加する要因は複数あると考えられる。

#### (1) 高齢者人口の増加

要介護高齢者が増加する要因として、まずは高齢者人口の増加があげられる。日本人の平均寿命は2009（平成21）年時点で、男性が80歳、女性が86歳、男女平均で83歳である。この数値はWHO加盟国193カ国中で女性は第1位、男性は第2位、男女平均でも第1位となっている。

総人口に占める高齢者人口（65歳以上）の比率が7%以上の社会を高齢化社会、14%

以上を高齡社会、20%以上を超高齡社会というが、我が国においては1999（平成11）年に高齡化率が16.7%となり高齡社会となり、2009（平成21）年では高齡化率が22.7%となり超高齡社会に突入した<sup>3</sup>。1950（昭和25）年に8.3であった老年人口指数<sup>4</sup>が2010（平成22）年には35.5となり、60年の間に約4.3倍という世界に類をみないスピードでわが国は高齡化が進行していることを示している<sup>5</sup>。

超高齡社会の到来は、高齡者人口が増加することに伴う要介護者数の増加を意味している。人は加齢と共に介護が必要な状態となる可能性が高くなるからである。それは人の「老い」に関連している事柄である。成長と老化は、人間が生まれて死んでいく過程で誰もがたどる道である。老化がなぜ起きるかについてはいまだに解明されておらず、多様な学説により説明されている。例えば、老化は遺伝によりプログラムされているという考え方のプログラム説、老化は加齢に伴う器官や臓器の機能低下により起こるという考え方の機能低下説、老化は加齢に伴い生体物質が変性、修飾され、これの蓄積により起きるという考え方の生体物質変性説、老化は酸素呼吸し生きている生物体において、活性酸素やフリーラジカルによる酸素障害に伴い進行するという考え方の酸素関連説がある<sup>6</sup>。

高齡者の身体的な特徴は、①多臓器に疾患が認められることが多い、②各臓器の予備能力が低下しているため容体が急激に変化する、③慢性疾患が多く入院が長期になりやすい、④疾患の症状が非定型的で無症状や精神障害を伴うことがある、⑤急性疾患からの回復が遅延し慢性化しやすく寝たきりにもなりやすい、⑥合併症をきたしやすい、⑦薬物の使用が多くなり副作用の発現が増加する、⑧予後が医療のみならず社会環境により大きく影響される、などである<sup>7</sup>。精神的な特徴は、①心理的に不安感、孤独感を抱きやすい、②うつ状態、うつ病にかかりやすい、などがあげられる。その理由は、高齡期になると社会経済的条件や人間関係が変わりやすい環境に置かれるために、心理的に不安定になりやすいからであるといわれている<sup>8</sup>。以上のような老化による生理機能や心身の衰退は避けることができず、したがって高齡者人口が増加することに伴い、要介護者も増加する可能性が高くなるということがいえるのである。

その例証として健康寿命と平均寿命の差が拡大しているということがあげられる。日本人男性の健康寿命の平均は2001（平成13）年で69.4年（平均寿命78.07歳）であり、2010（平成22）年では70.42年（平均寿命79.64歳）となっている。また同様に女性では2001（平成13）年で72.65年（平均寿命84.93歳）であり、2010（平成22）年では73.62年（平均寿命86.39歳）となっている<sup>9</sup>。2001（平成13）年から2010（平成22）年の間で男性も女性も健康寿命の延長が見られているが、平均寿命も延長していることから日常生活に制限のある期間が長くなっているということになる。日常生活に制限のある期間は、男性では2001（平成13）年の8.67年から2010（平成22）年の9.22年へと延長し、また女性も2001（平成13）年の12.28年から2010（平成22）年の12.77年へと延長している。日常生活に制限があるということは介護を必要とする健康状態にある可能性が高く、よって平均寿命が延び、高齡者人口が増加することは要介護高齡者が増加すること

を裏付けている。平均寿命と健康寿命の差が縮まることが望ましいが、そのためには、できるだけ介護を必要とする状態に陥ることを防ぐ策が必要となるだろう。

## (2) 高齢者夫婦のみの世帯での介護

要介護高齢者が増加した理由には、社会の変化がひとつの要因であるということもいわれている。家族構成が変化したことから高齢者が高齢者を介護することもまれではなくなった。そのため介護者にとっても介護サービスを利用することが必要不可欠となってきたといえるのではないだろうか。

高齢者を介護する高齢者にも介護に対する不安が常にあると考えられる。前述のように高齢者の精神的な特徴の中には心理的に不安感、孤独感を抱きやすいということがあった。これは介護を受ける高齢者のみならず、家族を介護する高齢者にもいえることである。このような高齢者が、自宅で安心して介護を継続するためには、介護者をサポートする体制が必要となる。軽度の要介護者を介護する場合であるとしても、ひとりきりで介護をしているという孤独感から解放され、何か問題が起きた時に頼ることができる窓口があり、安心感をもたらすサポートが必要となると考える。

## (3) 介護予防策の未整備

要支援、要介護1のような軽度の要介護認定者の介護が必要となった要因から、要介護高齢者が増加した理由を知ることができる。軽度の要介護認定者が、介護が必要となった主な原因としているのは「高齢による衰弱」「関節疾患」「骨折・転倒」であり認定者の約半数を占めている<sup>10</sup>。これらの原因は廃用症候群<sup>11</sup>に関連している。例えば、腰痛や膝痛のある高齢者、または転倒したことにより骨折をした高齢者などは、痛みから身体を動かすことが困難になり、臥床する時間が長くなり身体を動かす機会が減ることが起きやすくなる。それが原因となって筋肉は衰え、骨ももろくなり、さらに身体の機能が低下して寝たきりの状態になるという悪循環が起きることもある。

この廃用症候群を防ぐためには、まず体を動かすことが重要である。廃用症候群が原因となって要支援、要介護1の状態に陥ることは、体を動かすことによって予防できるといわれている。加齢に伴う筋力低下やバランス能力の低下に対しては、事実上運動療法を介入させること以外に改善策はないとさえいわれている<sup>12</sup>。これを逆にいえば、廃用症候群は予防が可能であるといえることができるだろう。単純に生活が不活発になることによる廃用症候群が原因となって要介護認状態に陥ったということであれば、これは高齢者に対する介護予防活動が普及していないと捉えることができる。

要支援と認定された高齢者は介護保険制度上「介護が必要になるおそれのある状態」と位置づけられ、介護が必要な状態となることを予防する目的で保険給付の対象となっている。第6回介護予防継続的評価分析等検討会議資料<sup>13</sup>の報告では、全国83カ所の地域包括支援センターで介護予防ケアプランの作成対象となった者全員9,105名を対象に、介護予防サ



ービス利用開始時の初回アセスメント情報と1年後の生活機能レベルとの関連を分析し、介護予防に関する個人特性と機能的予後との関連を調査している。その結果、「第1に、高齢者に多い疾患のなかでも、脳血管疾患、認知症、骨折・転倒、高齢による衰弱は、介護予防にとって予後不良因子であること。第2に、認知機能レベルが高いこと、認知的活動を活発に行っていることは予後良好因子であること。第3に、社会的な状況は予後に影響を及ぼしており、普段の生活で役割があることは、予後良好因子であることが示唆された」としている。

この報告では、脳血管疾患、認知症、骨折・転倒、高齢による衰弱は介護予防にとって予後不良因子であるということである。例えば脳血管疾患では、脳細胞に不可逆的な損傷が起きると健康時の身体機能を取り戻すことができない可能性が高いのは事実である。しかし、脳血管疾患でも程度によっては適切な治療と早期のリハビリテーションによって回復を望むことができることもあり、また骨折においても同じことがいえるのである。これらの疾患が介護予防にとって予後不良因子であるということは、要介護状態に陥らないという側面だけをみれば的を射ているといえるだろう。しかし、その前段階として脳血管障害を予防するために食生活を改善することや、転倒、骨折をしないように筋力を保持するための運動を日常生活に取り入れるなどの予防策はあるはずである。以上の報告からは、介護予防策が質的、量的に普及していないということがいえるのではないかと考える。よって要介護認定者が増えた要因のひとつには、高齢者に対する介護予防策の未整備があるという事がいえるのではないだろうか。

## 第2節 要介護高齢者出現率の地域間格差

介護保険制度が施行されて以来、要介護高齢者が増加している理由を第1節で整理した。一方で要介護高齢者の増加だけではなく、高齢者に対する要介護認定者の占める割合（以下、要介護出現率）のうち、特に要支援または要介護1のような軽度の要介護者の出現率が4～10%と、都道府県により差があるということを高齢者介護研究会<sup>14</sup>が報告している。この報告では要介護高齢者の出現率に地域間格差が出る理由について言及されていない。

都道府県別の集計を使用し、要支援者および要介護者の出現率を比較して地域間格差があるという報告は介護保険制度が導入された以降、比較的早い時期から存在する。2001（平成13）年度介護保険事業報告をもとに比較を行った研究では、軽度要介護者の認定率が高い県は、鹿児島県、長崎県、沖縄県、徳島県、大分県、福岡県で、逆に低い県は茨城県、山梨県、栃木県、千葉県、埼玉県であり、どちらも九州と関東に集中していると報告されている<sup>15</sup>。

また2005（平成17）年の介護保険制度の見直し時には、厚生労働省の2003（平成15）年度の介護保険事業状況報告の集計を使用して、都道府県別の要支援、要介護1の出現率には4～10%の間で格差があるということが報告されている。それによると軽度要介護者

である要支援、要介護1の出現率は、茨城県で3.75%と最も低く、鹿児島県では9.96%と最も高く、ここには約2.7倍の格差があり、一方で重度要介護者である要介護4、5の出現率は、最も低い埼玉県で2.86%、最も高い秋田県で4.35%であり、全体的にどの都道府県も3~4%程度の出現率で大きな格差は生じていないと述べている<sup>16</sup>。

2005（平成17）年の介護保険制度の見直しから、介護認定の区分が6段階から7段階に改正されたため2003（平成15）年と同じ比較はできないが、2010（平成22）年の要支援1、要支援2の出現率と、要介護4、要介護5の出現率を過去と比較してみる。すると2010（平成22）年に要支援1、要支援2の出現率が最も低い茨城県（2.51%）は、2003（平成15）年の時点でも最も低い都道府県となっている。一方2010（平成22）年に要支援1、要支援2の出現率が最も高い長崎県（7.22%）は、2003（平成15）年の時点では出現率の高い方から3番目に位置している。また2010（平成22）年の茨城県と長崎県の出現率の間には約2.9倍の格差がある。

2010（平成22）年の要介護4、要介護5の出現率の最も低い都道府県は埼玉県の3.11%で、最も高い都道府県は秋田県の5.21%である。2003（平成15）年時点でもこの両県は最低、最高の出現率をそれぞれ堅持している。2010（平成22）年の埼玉県と秋田県の出現率の間には約1.7倍の格差がある。

以上の数値からいえることは、都道府県別の比較による重度要介護者の出現率の地域間格差は小さいにもかかわらず、軽度要介護者の出現率の差は大きいということである。これに加え、軽度・重度にかかわらず要介護者出現率が低かった地域は常に出現率が低い地域であり、また高かった地域は常に出現率が高い傾向にある地域であるということである

【表2-2】。

表2-2 都道府県別軽度要介護認定者の出現率と重度介護認定者の出現率

都道府県	要支援、要介護1出現率（2003年）	要介護4、5出現率（2003年）	要支援1、2出現率（2010年）	要介護4、5出現率（2010年）
北海道	6.93%	3.22%	4.79%	3.79%
青森県	7.54%	3.83%	3.77%	4.70%
岩手県	5.91%	3.49%	3.52%	4.52%
宮城県	5.33%	3.27%	3.91%	4.06%
秋田県	5.75%	4.35%	3.86%	5.21%
山形県	5.45%	3.65%	3.71%	4.60%
福島県	5.16%	3.26%	3.89%	4.56%
茨城県	3.75%	2.92%	2.51%	3.56%
栃木県	4.68%	3.37%	3.29%	3.87%

群馬県	5.30%	3.23%	3.82%	3.96%
埼玉県	4.05%	2.86%	2.84%	3.11%
千葉県	4.40%	2.87%	3.16%	3.22%
東京都	5.76%	3.32%	4.09%	3.99%
神奈川県	5.50%	3.10%	3.54%	3.58%
新潟県	5.04%	3.87%	3.60%	4.93%
富山県	4.89%	3.85%	3.38%	4.69%
石川県	6.34%	3.60%	4.06%	4.33%
福井県	6.06%	3.12%	3.23%	4.32%
山梨県	4.67%	3.22%	2.78%	3.96%
長野県	5.74%	3.49%	3.30%	4.37%
岐阜県	5.15%	3.12%	3.36%	3.76%
静岡県	4.51%	3.08%	2.89%	3.58%
愛知県	5.06%	2.99%	3.52%	3.29%
三重県	6.30%	3.35%	4.20%	4.10%
滋賀県	5.30%	3.19%	3.13%	3.78%
京都府	6.84%	3.58%	4.27%	4.26%
大阪府	7.79%	3.21%	5.66%	3.97%
兵庫県	6.86%	3.21%	5.43%	3.74%
奈良県	6.76%	2.99%	4.75%	3.30%
和歌山県	7.98%	3.73%	6.20%	4.78%
鳥取県	6.89%	3.80%	4.54%	5.03%
島根県	7.31%	4.04%	4.79%	4.99%
岡山県	7.88%	3.71%	5.10%	4.55%
広島県	8.00%	3.60%	5.58%	4.11%
山口県	7.13%	3.51%	4.62%	4.15%
徳島県	9.33%	3.78%	6.68%	4.60%
香川県	7.81%	3.14%	4.50%	3.98%
愛媛県	7.59%	3.91%	5.44%	4.83%
高知県	7.19%	3.81%	4.46%	5.30%

福岡県	8.95%	3.30%	5.30%	3.72%
佐賀県	8.06%	3.11%	4.94%	3.63%
長崎県	9.52%	3.13%	7.22%	3.97%
熊本県	8.34%	3.41%	5.18%	4.33%
大分県	8.80%	3.56%	6.01%	4.20%
宮崎県	7.41%	3.39%	3.87%	4.13%
鹿児島県	9.96%	3.68%	5.35%	4.78%
沖縄県	7.69%	4.18%	4.22%	5.13%

出所) 第1号被保険者に対する要介護度別出現率(要支援・要介護1)(要介護4・要介護5)介護保険事業状況報告(2003年3月末)と介護保険事業状況報告(2010年3月末)より筆者作成。

以上のように都道府県別でみた出現率には地域間格差があるが、ここであげられた茨城県、鹿児島県にはそれぞれ43、42の保険者があり、埼玉県においては61の保険者が存在している。このため都道府県全体を地域と一言にいつてしまった場合、そこには都市部や山間部、農村地域までが含まれ、過疎地域や高齢化率の高い地域もすべてが平均化されて比較された数値であるということを考慮しなくてはならない。

茨城県は軽度要介護認定者の出現率が低いから、そこに含まれる市町村の軽度要介護認定者の出現率も同じ割合で低いと解釈するのは間違っている。実際に軽度要介護者の出現率が2003(平成15)年、2010(平成22)年の両年で最も低いといわれた茨城県内の要支援1、2の出現率を保険者別に見てみると、最も出現率の低い守谷市の1.19%から最も高い大子町の4.73%までは約4倍の差がある<sup>17</sup>。また、2010(平成22)年では軽度要介護出現率が最も高いといわれた長崎県でも同様に保険者別の比較をしてみると、要支援1、2の出現率が最も低い小値賀町の3.38%から最も高い西海市の8.79%までは約2.6倍の差が生じている<sup>18</sup>。埼玉県では、最も出現率が低い和光市の0.71%から最も高い小川町の4.95%までは約7倍の格差が生じている<sup>19</sup>。これらの同一都道府県内における保険者間の出現率の差は、都道府県別の比較による軽度要介護者の出現率の地域間格差を上回る数値であり、実際に生じている格差である【表2-3、表2-4】。

表2-3 保険者別要支援1、2の出現率

都道府県	保険者数	県内最低 要支援1・2 出現率	保険者	県内最高 要支援1・ 2出現率	保険者
北海道	156	0.81%	沼田町	8.42%	滝上町
青森県	40	1.04%	田子町	7.08%	板柳町

岩手県	24	1.31%	宮古市	5.14%	久慈広域連合
宮城県	53	1.47%	利府町	6.52%	七ヶ宿町
秋田県	22	2.17%	横手市	6.74%	小坂町
山形県	35	1.70%	最上町	4.55%	小国町
福島県	59	1.61%	富岡町	6.44%	只見町
茨城県	44	1.19%	守谷市	4.73%	大子町
栃木県	27	1.08%	西方町	4.15%	佐野市
群馬県	35	1.80%	甘楽町	7.33%	上野村
埼玉県	62	0.71%	和光市	4.95%	小川町
千葉県	54	0.51%	長生村	4.12%	千葉市
東京都	62	1.99%	福生市	13.46%	御蔵島村
神奈川県	33	1.16%	開成町	4.86%	鎌倉市
新潟県	30	0.58%	粟島浦村	5.16%	出雲崎町
富山県	9	2.15%	砺波地方介護保険組合	4.55%	新川地域介護保険組合
石川県	19	2.22%	内灘町	5.52%	金沢市
福井県	16	2.07%	おおい町	4.26%	南越前町
山梨県	27	0.92%	山中湖村	4.27%	甲府市
長野県	63	0.58%	根羽村	6.42%	平谷村
岐阜県	36	1.60%	揖斐広域連合	6.15%	白川町
静岡県	35	1.02%	小山町	3.75%	伊東市
愛知県	54	1.52%	飛島村	5.66%	設楽町
三重県	25	2.01%	志摩市	6.64%	伊賀市
滋賀県	19	1.55%	湖南市	4.05%	大津市
京都府	26	2.62%	向日市	5.78%	宮津市
大阪府	41	1.75%	太子町	8.55%	岬町
兵庫県	41	2.92%	たつの市	6.70%	高砂市
奈良県	39	1.89%	天川村	8.74%	上北山村
和歌山県	30	2.58%	高野町	8.24%	紀の川市
鳥取県	17	2.33%	若桜町	6.71%	日南町
島根県	13	2.03%	斐川町	7.37%	吉賀町
岡山県	27	0.57%	西粟倉村	8.24%	吉備中央町
広島県	23	2.74%	熊野町	8.58%	三次市
山口県	19	3.27%	長門市	5.88%	下関市
徳島県	23	2.32%	海陽町	10.75%	上勝町
香川県	17	3.40%	三豊市	6.89%	坂出市

愛媛県	20	3.00%	松野町	7.38%	宇和島市
高知県	30	3.20%	日高村	5.75%	大月町
福岡県	28	2.86%	八女市	7.25%	飯塚市
佐賀県	7	2.26%	玄海町	6.17%	伊万里市
長崎県	19	3.38%	小値賀町	8.79%	西海市
熊本県	45	2.31%	相良村	7.43%	芦北町
大分県	18	4.10%	姫島村	8.56%	竹田市
宮崎県	26	2.00%	都農町	6.21%	串間市
鹿児島県	43	2.14%	天城町	7.81%	奄美市
沖縄県	14	2.29%	多良間村	5.53%	名護市

出所) 介護保険事業報告：保険者別要介護（要支援）認定者数（当年度末現在）平成 23 年 3 月末（平成 22 年度末）より筆者作成。

表 2-4 保険者別要介護 4、5 の出現率

都道府県	保険者数	県内最低要介護 4・5 出現率	保険者	県内最高要介護 4・5 出現率	保険者
北海道	156	2.33%	幌加内町	7.61%	豊富町
青森県	40	3.65%	階上町	6.92%	田子町
岩手県	24	3.35%	田野畑村	5.37%	遠野市
宮城県	53	2.60%	大河原町	5.46%	七ヶ宿町
秋田県	22	3.38%	大潟村	7.54%	小坂町
山形県	35	3.60%	山形市	6.16%	鮭川村
福島県	59	1.38%	檜枝岐村	6.49%	富岡町
茨城県	44	2.10%	美浦村	4.46%	下妻市
栃木県	27	3.38%	小山市	4.84%	西方町
群馬県	35	2.55%	草津町	6.68%	上野村
埼玉県	62	2.24%	三芳町	7.30%	東秩父村
千葉県	54	2.21%	四街道市	5.37%	長南町
東京都	62	2.66%	稲城市	7.69%	御蔵島村
神奈川県	33	2.57%	綾瀬市	4.80%	松田町
新潟県	30	3.87%	湯沢町	6.94%	粟島浦村
富山県	9	4.26%	中新川広域行政事務組合	5.45%	魚津市
石川県	19	2.89%	内灘町	5.58%	七尾市

福井県	16	2.60%	池田町	5.36%	永平寺町
山梨県	27	2.37%	小菅村	5.62%	身延町
長野県	63	2.75%	平谷村	6.30%	泰阜村
岐阜県	36	2.22%	東白川村	4.88%	海津市
静岡県	35	2.77%	裾野市	4.64%	河津町
愛知県	54	1.79%	大口町	5.30%	豊根村
三重県	25	2.56%	朝日町	5.00%	伊賀市
滋賀県	19	2.83%	近江八幡市	4.94%	米原市
京都府	26	3.11%	城陽市	6.14%	笠置町
大阪府	41	2.78%	高槻市	5.53%	能勢町
兵庫県	41	2.89%	播磨町	5.32%	養父市
奈良県	39	1.94%	上北山村	6.61%	野迫川村
和歌山県	30	3.27%	北山村	6.35%	紀美野町
鳥取県	17	4.04%	倉吉市	6.43%	日野町
島根県	13	3.59%	東出雲町	6.13%	邑智郡町村総合事務組合
岡山県	27	3.61%	赤磐市	5.85%	美咲町
広島県	23	3.27%	呉市	6.14%	安芸太田町
山口県	19	2.44%	田布施町	5.62%	周防大島町
徳島県	23	3.30%	佐那河内村	5.28%	牟岐町
香川県	17	2.46%	善通寺市	5.19%	綾川町
愛媛県	20	3.55%	上島町	6.41%	愛南町
高知県	30	3.86%	土佐市	8.75%	越知町
福岡県	28	1.35%	八女市	5.42%	嘉麻市
佐賀県	7	2.83%	鳥栖地区広域市町村圏組合	4.08%	杵藤地区広域市町村圏組合
長崎県	19	2.95%	波佐見町	5.48%	佐々町
熊本県	45	3.00%	湯前町	6.45%	相良村
大分県	18	2.89%	姫島村	5.86%	豊後大野市
宮崎県	26	3.12%	高鍋町	6.90%	美郷町
鹿児島県	43	3.53%	姪良市	7.47%	天城町
沖縄県	14	2.58%	多良間村	10.12%	与那国町

出所) 介護保険事業報告：保険者別要介護（要支援）認定者数（当年度末現在）平成23年3月末（平成22年度末）より筆者作成。

同都道府県内での保険者間による要支援1、2の出現率の格差が一番大きかったのは、岡山県の14.5倍であり、一番小さかったのは高知県、山口県の1.8倍であった。岡山県と

高知県、山口県の格差は約 8.1 倍となる。また要介護 4、5 の出現率の格差が一番大きかったのは福島の 4.69 倍で、一番小さかったのは富山の 1.28 倍であった。福島県と富山県の格差は約 3.7 倍であった。これによって都道府県別による比較より保険者別の格差の方が大きいことがわかった。介護予防事業を実施するのは都道府県単位の地域ではなく市町村単位の地域であるため、都道府県別の比較による要支援、要介護の出現率の結果をもとに要介護者の発生について評価することは市町村の特徴が希薄化する可能性が高く合理性に欠けるということができる。

- 
- 1 厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/84-1.html>）2012 年 11 月 28 日最終確認
  - 2 総務省「人口推計」（<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2011np/index.htm>）2012 年 11 月 28 日最終確認
  - 3 総務省「推計人口（平成 23 年 10 月 1 日現在）—全国：年齢（各歳）、男女別・都道府県：年齢（5 歳階級、男女別人口—）2012 年」（<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2011np/index.htm>）2012 年 7 月 26 日最終確認
  - 4 老年人口指数＝老年人口÷生産年齢人口×100 で表す。老年人口指数は、人口の高齢化の程度を見る指標の一つである。老年人口（65 歳以上の人口）の生産年齢人口（15 歳から 64 歳までの人口）に対する比率をいう。厚生労働省「人口動態調査 平成 24 年我が国の人口動態（平成 22 年までの動向）」2012 年、5 ページ。（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/81-1a2.pdf>）2012 年 8 月 20 日最終確認
  - 5 UN, United Nation, Department of Economic and Social Affairs Population Division, Population Estimates and Projections Section *World Population Prospects, the 2010 Revision* File 5-3A: Old-age dependency ratio 65+/(15-64)by major area, region and country . 1950-2100(ratio of population 65+per100 population 15-64) 2011.（<http://esa.un.org/wpp/Excel-Data/population.htm>）2012 年 7 月 26 日最終確認
  - 6 奥野茂代、大西和子『老年看護学 I』ヌーヴェルヒロカワ、2008 年、40-46 ページ。
  - 7 鎌田ケイ子、川原礼子『老年看護学概論 老年保健』メヂカルフレンド社、2010 年、28-31 ページ。
  - 8 坂田三允『高齢者の精神看護』中山書店、2005 年、2-12 ページ。
  - 9 厚生労働科学研究 健康寿命のページ「健康寿命の算定結果（平成 22 年）」（<http://toukei.umin.jp/kenkoujyumvou/>）2012.11.30 最終確認
  - 10 厚生労働省「平成 19 年国民生活基礎調査の概況」（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-19-1.html>）平成 24 年 11 月 28 日最終確認
  - 11 廃用症候群とは「長期臥床などで活動しないことによって生ずる合併症で、筋萎縮、関節拘縮、骨萎縮、心肺機能の低下など身体的低下とともに、知的・精神機能の低下などを示す症候群」とされている。岩本俊彦編集、臨牀看護セクション 07『老化と病気の理解』へるす出版、2000 年、41 ページ。
  - 12 角田亘、安保雅博「転倒をなくすために—転倒の現状と予防対策—」『東京慈恵医科大学雑誌』123 巻 6 号、2008 年、347-371 ページ。
  - 13 前掲、財団法人 日本公衆衛生協会「介護保険制度の適切な運営・周知に寄与する調査研究事業 介護予防事業等の効果に関する総合的評価・分析に関する研究 報告書」
  - 14 前掲、老人保健福祉法制研究会『高齢者の尊厳を支える介護』43-93 ページ。
  - 15 池田省三「介護認定率から見る地域差」『コミュニティケア』日本看護協会出版会、Vol.05 No13、2003 年、6-7 ページ。
  - 16 増田雅暢『介護保険見直しへの提言—5 年目の課題と展望—』法研、2004 年、20-30 ページ。
  - 17 厚生労働省、2003 年、「平成 15 年度介護保険事業状況報告」（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/84-1.html>）2011 年 12 月 26 日最終確認
  - 18 厚生労働省、2010 年、「平成 22 年介護保険事業状況報告 月報」（<http://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1.html>）2011 年 12 月 26 日最終確認
  - 19 同上。



### 第3章 介護予防と地域連携

#### 第1節 地域包括ケアシステム

##### (1) 地域包括ケアシステムの概要

2011（平成23）年の介護保険制度の改正は、地域包括ケアシステムの実現に向けた取り組みを進めることをねらいとしている。地域包括ケアシステムを目指す理由を、地域包括ケア研究会の報告書<sup>1</sup>では以下のように述べられている。①団塊の世代が75歳以上となり高齢者がピークとなる2025（平成37）年には、病気や介護が必要な状態になっても適切なサービスを利用して個人の自立とQOL（quality of life）の追求が可能になるような、医療や介護を通じた個々人の心身状態にふさわしいサービスが切れ目なく提供できるようなサービス提供体制の改革が実現している必要がある。②高齢者の尊厳、個別性の尊重を基本に、出来る限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を支援することを目指し、高齢化の進行等による要介護高齢者数の増大を踏まえたサービス全体の量的拡充を図るとともに、単独・夫婦のみ世帯の増加、認知症を有する高齢者の増加、医療と介護の双方を要する者の増大など、要介護高齢者の状態像の変化を踏まえたサービスシステムの機能強化が不可欠である。③地域には、介護保険サービス（共助）だけでなく、医療保険サービス（共助）、住民主体のサービスやボランティア活動（互助）、セルフケアの取組（自助）等数多くの資源が存在するが、これらの資源はいまだに断片化している。今後それぞれの地域が持つ「自助、互助、共助、公助」の役割分担を踏まえながら、有機的に連動して提供されるようなシステム構築が検討されなければならない。以上の理由から地域包括ケアシステムの構築が必要とされている。

そこで、地域包括ケアシステムに関する新规定が2011（平成23）年の介護保険法改正で追加された。その内容は、①地域包括ケアの推進、②地域包括ケアを念頭に置いた介護保険事業計画の策定、③24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの創設、④複合型サービスの創設、⑤介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）の創設、⑥保険者による主体的な取り組みの推進、⑦高齢者住まい法の改正である<sup>2</sup>。

国と地方自治体は、被保険者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、介護、予防、生活支援に関する施策を、医療および住居に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するように努めなければならないことが定められた。同様に、国と地方自治体に共通した責務として、認知症に関する調査研究や認知症の人に対する支援の強化に努めることが定められた<sup>3</sup>。

市町村保険者は、地域包括ケアシステムを念頭に置いた介護保険事業計画の策定が求められ、第5期介護保険事業計画（2012〈平成24〉年～2014〈平成26年度〉）の策定にあたっては日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題やニーズを的確に把握・分析することが求められた。その上でこれまでの内容に加え、認知症支援策や、在宅医療、高齢者向けの住まいの整備、生活支援について、地域の実情を踏まえて新たに記載することとされた<sup>4</sup>。

地域包括ケアシステムを実現するためには、高齢者の日常生活圏域とされる 30 分で駆けつけられる圏域（中学校区を想定）において、医療、介護、予防、住まい、見守り、配食、買い物などの生活支援が、利用者のニーズに応じて適切に組み合わせられたサービスとなり、包括的に提供される必要があるといわれている。しかしこれは理想の形であって、すべての地域で画一的に地域包括ケアシステムを構築することは困難であるとする。地域によって人口規模や人口密度、地形が全く異なるからである。人口が少ない地域では、中学校区ごとに医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを整えることは難しい。このような地域では、介護の担い手となる人口も少ないことが予測されるからである。また、医療資源や、介護サービス資源が潤沢でないことも考えられる。2011（平成 23）年の介護保険法改正で追加された地域包括ケアシステムに関する新規定をすべての地域に適用することは困難である。したがって地域包括ケアシステムは、地域の特質に合わせて構築されることになる。

## （2）地域包括ケアシステムを巡る課題

古くから地域包括ケアシステムに取り組んでいる地域がある一方で、全国的な取り組みは 2011（平成 23）年の介護保険法の改正によって規定されてからであり、まだ緒に就いたばかりである。そのような中で地域包括ケア研究会では地域包括ケアシステムを巡る課題を報告している<sup>5</sup>。介護予防と地域連携に関する課題を取りあげると以下のとおりである。

### ①サービスの在り方

- ・通所介護では、身体機能や生活機能の維持向上訓練、社会的孤立感の解消、レスパイトケアなどをプランニングしサービス提供がなされているが、機能訓練部分が十分に提供されていない。
- ・現行の介護予防事業について、健診や医師の診察による特定高齢者（二次予防事業対象者）の把握は手間とコストがかかりすぎており、非効率であり、把握内容から見ても支援を必要とする閉じこもりなどの高齢者を把握することは難しい。
- ・リハビリテーションについては、介護支援専門員や医師等の理解不足や区分支給限度基準額の存在などの影響から、他の介護サービスが優先され必要なリハビリテーションが十分に提供されていない。
- ・急性期から回復期にかけての医療分野におけるリハビリテーションと介護分野における生活期のリハビリテーションとが一体的に提供されていない。
- ・訪問看護は、他の訪問系のサービスとの連携が図られておらず、看護職員が訪問介護サービスを介護職員に代替して実施していることが多い。
- ・在宅医療に携わる医師との連携が必ずしも十分ではない。
- ・地域包括支援センターは、地域のネットワーク構築、ケアマネジャーへの支援が十分に行えていないところが多い。

- ・地域包括支援センターは、介護予防関係事業に忙殺されて総合相談業務や包括的・継続的ケアマネジメントに十分取り組めていない。

## ②人材

- ・介護職が基礎的な医療的ケアを実施出来ないとともに、ニーズを満たすだけの看護職員が十分に確保されていない。
- ・要介護者に対する基礎的な医療的ケアに看護職員しか従事出来ない現状は、人材全体の役割分担から考えれば効率的ではなく、適切なケアにつながらない可能性がある。
- ・人材を巡る状況が地域ごとに大きく異なっている。
- ・介護分野では事業者内での教育が十分に行われているとはいえない。

以上の報告から介護予防に関する課題を整理すると、①介護予防事業の対象となる高齢者を把握することが困難である、②介護予防事業が十分に提供されていない、③要介護状態を悪化させないために必要である専門的なリハビリテーションが十分に実施されていないということである。

介護予防事業の対象となる高齢者を把握することが困難であるという課題に対しては、介護予防事業対象者に該当する高齢者を画一的な方法で発見しようとしていることに問題があるのではないかと考える。地域連携に関する課題では、それぞれの役割や専門性を持つ職種間で良好な連携ができていないことや、その専門性を活かせてないということが指摘されている。前述の「要介護状態を悪化させないために必要である専門的なリハビリテーションが十分に実施されていない」という課題も、医療と介護の間で良好な連携ができていないために生じた課題であるということが出来る。地域包括ケアシステムを構築するためには専門職がその専門性を活かして、他の専門職と連携することが不可欠であると考えられる。具体的にどのように連携していくかは、第5章、第6章で検討する。

## 第2節 介護保険制度下の介護予防

人間の生理機能は年齢とともに衰退の経過をたどる。これは不可逆的な現象であって、誰もが避けることができないことである。しかし廃用症候群は生体の老化現象を基盤にしてライフスタイルで大きく左右される変化であるため、介護予防にはたとえ一時的に病床についたとしても積極的に離症を促すことや、早期にリハビリテーションを開始することなどが大切である。それによって要介護状態になることや、より重度の要介護状態となることを避けられる可能性があるからである。

介護保険法における介護予防に対する施策は2005（平成17）年の介護保険法の見直しで特に注目されることとなる<sup>6</sup>。介護保険制度施行後の要介護認定者の推移をみると2000（平成12）年からの5年間で要支援、要介護1のような軽度要介護者の増加が著明になってい

る。軽度の要介護者であれば、早期に予防することによって介護の重度化を抑止することができ、また回復を望むこともできる可能性が高い。また、現在は要支援、要介護状態には陥っていないが近い将来何らかの支援が必要になる可能性が高い高齢者を積極的に発見し、早期に介護予防を行うことも重要となる。

### (1) 一次・二次・三次予防

介護保険の基本理念である自立支援の観点から、2005（平成 17）年の介護保険法の改正では、予防給付の対象者の範囲を拡大し、サービス内容やケアマネジメント体制を見直し、新たな予防給付へと再編がされた。その後、介護予防事業は 2007（平成 19）年度の特定高齢者の決定方法の見直し、2008（平成 20）年度の基本健診から特定健診・特定保健指導への移行、2010（平成 22）年度の生活機能評価の見直し等、いくつかの見直しを繰り返しながら現在に至っている。

介護予防事業で重要なことは、近い将来要支援・要介護となる可能性の高い高齢者を早期に発見すること、適切な介護予防プログラムが継続して提供されること、軽度の要介護者が重度の要介護者となることを抑制することであると考えられる。現在、介護予防事業には一次・二次・三次予防の 3 段階があり、対象者の段階に相応した事業が提供されることになっている。

一次予防とは、健康な者を対象に生活習慣病予防や、疾病の発病そのものを予防する健康づくりなどが主な事業である。また介護予防に特化したものは、活動的な状態にある高齢者を対象に、生活機能の維持、向上に向けた取り組みを行うことが一次予防の範疇である。介護予防における一次予防事業の種類には、地域介護予防活動支援事業、介護予防普及啓発事業、一次予防事業評価事業がある。地域介護予防活動支援事業の内容は、ボランティア等の人材育成のための研修を行うこと、地域活動組織を育成・支援すること、二次予防事業終了者の活動の場を提供すること、介護予防に資する地域活動（社会参加活動等）を実施することが挙げられる。介護予防普及啓発事業の内容は、基本的知識に関するパンフレットを作成・配布すること、有識者等による講演会・相談会を開催すること、運動教室等の介護予防教室等を開催すること、各対象者の介護予防の実施を記録する媒体を配布することが挙げられる<sup>7</sup>。

二次予防とは、すでに疾病を保有する者を対象に、症状が出現する前の時点で早期に発見し早期治療をする取り組みである。また介護予防に特化した二次予防では、近い将来介護が必要な状態に陥る可能性の高い高齢者を早期に発見し、介護予防プログラムを提供することで状態を改善し、要介護状態となることを遅らせる取り組みを行う。対象者は、高齢者が健康診査を受けた時などに実施される基本的にチェックリストの結果から選定される。または要介護認定を受けていた者が身体機能が改善し、非該当とされた場合にも対象者となる。なお 2010（平成 22）年 8 月以前は二次予防対象者を特定高齢者と呼んでいた。

介護予防における二次予防事業の種類には、対象者把握事業、通所型介護予防事業、訪

問型介護予防事業、二次予防事業評価事業がある。対象者把握事業の内容は、基本チェックリストを実施して二次予防事業の対象者を決定すること、必要に応じて検査等を行うことがあげられる。通所型介護予防事業の内容は、通所する対象者に介護予防プログラムを実施し、自立した生活の確立と自己実現の支援を行うことである。訪問型介護予防事業の内容は、保健師・歯科衛生士等が対象者の居宅を訪問して生活機能に関する問題を総合的に把握、評価し、その上で必要な相談、指導のほか必要なプログラムを行い通所型介護予防事業につなげていくことである<sup>8</sup>。

三次予防とは、既に症状が出現した者を対象に、疾病の重度化、合併症の発症を予防する取り組みである。また三次予防では、既に要介護状態に陥っている高齢者に対し、要介護状態が悪化することを抑制する取り組みを行う<sup>9</sup>。

## (2) 二次予防事業対象者の発見方法

近い将来、要支援・要介護となる可能性の高い高齢者を発見することは二次予防事業が対応している。二次予防事業の対象者を選別するのは基本チェックリストである。基本チェックリストの内容は図 3-1 である。この基本チェックリストの 1～5 の質問項目は日常生活関連動作について、6～10 の質問項目は運動器の機能について、11～12 の質問項目は栄養状態について、13～15 の質問項目は口腔機能について、16～17 の質問項目は閉じこもりについて、18～20 の質問項目は認知症について尋ねている。二次予防事業対象者の早期発見のために、健康診査などの機会に 65 歳以上の高齢者に対し上記基本チェックリストへの回答を求め生活機能評価を実施する。この生活機能評価によって生活機能の低下が確認された高齢者を二次予防事業の対象者とし、地域包括支援センター等において本人の同意のもと介護予防ケアプランの作成と介護予防のための運動器の機能向上、低栄養改善、口腔機能向上などのサービスプログラムを受けることができる。

しかし、二次予防対象者が特定高齢者と呼ばれていた当時の基本チェックリストによる特定高齢者の発見数、事業への参加者数は当初の想定と比較して極めて少なく、そのまま事業を継続した場合には、当初想定した介護予防の効果が十分に見込めないおそれがあることが明らかとなった。厚生労働省の発表した介護予防事業の実施状況では、2007（平成 19）年 11 月 30 日時点で基本健診等を通じて基本チェックリストを実施した高齢者は 23.9% にとどまっている<sup>10</sup>。

高齢者が基本チェックリストに回答する機会は、多くの場合が健康診査の受診時である。ここから考えられることは、健康診査を自ら受診しようとする高齢者は元来自身の健康状態に対する意識が高いということである。したがって基本チェックリストが実施された高齢者の生活機能はよいと考えることができる。問題は健康診査を受診しない、または何らかの理由で受診できない高齢者の健康状態をどのように把握するかである。このような高齢者こそ、基本チェックリストの実施や生活機能の状態を確認すべき高齢者である。

図 3-1 基本チェックリスト

介護予防：基本チェックリスト 平成18年6月厚労省

No	質問項目	回答		*
		はい	いいえ	
1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ	A
2	日用品の買物をしていますか	はい	いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	いいえ	B
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	はい	いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	いいえ	はい	
10	転倒に対する不安は大きいですか	いいえ	はい	C
11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	いいえ	はい	
12	体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) = (BMI) ⇒ BMIが18.5未満である。	いいえ	はい	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	いいえ	はい	D
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい	
15	口の湯きが気になりますか	いいえ	はい	
16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	E
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	いいえ	はい	
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	いいえ	はい	F
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	はい	いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	いいえ	はい	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	いいえ	はい	G
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	いいえ	はい	
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	いいえ	はい	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	いいえ	はい	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	いいえ	はい	

- 1 ~ 5 は、社会性【A】  
 6 ~ 10 は、運動機能【B】  
 11 ~ 12 は、栄養状態【C】  
 13 ~ 15 は、口の中の状態【D】  
 16 ~ 17 は、閉じこもり度【E】  
 18 ~ 20 は、物忘れ度【F】  
 21 ~ 25 は、うつ傾向【G】

出所) 厚生労働省老健局送人保険課「基本チェックリストの考え方」2006年 より引用。

2010（平成 22）年の二次予防事業対象者の把握経路別の対象者数の合計は 942,244 人であり、そのうちの 585,854 人が郵送等により届いた基本チェックリストに回答することで二次予防対象者として発見されていることになる<sup>11</sup>。これは全体の約 62%にあたる。基本チェックリストを実施することで二次予防事業対象者の半数以上が発見されるということになるが、それ以外の対象者は医療施設からの紹介や、訪問活動をしている保健部局からの情報、民生委員の情報から発見されている。生活機能がより低下している高齢者がこの対象者にあたる可能性が高いと考えられる。このような高齢者では、郵送された基本チェックリストを返信することが困難な状況であるか、または返信する気力がない高齢者であることも推測できる。地域包括ケア研究会が指摘していたように基本チェックリストによる二次予防事業対象者の把握という方法自体が有用ではない可能性もある。より介護予防を必要とする二次予防事業対象者の発見方法に、基本チェックリストの郵送という方法以外で閉じこもりや虚弱な高齢者を見出す方法を検討していくことが必要であると考えられる。具体的には、民生委員を活用し在宅高齢者の生活状況や心身の状態の把握することや、病院や診療所で受診する高齢者の自宅での生活状況を看護師などの専門職が積極的に把握するという方法なども同時に実施していく必要があるのではないかと考える。

### （3）介護予防事業サービス

介護保険制度の理念では、利用者がサービスを主体的に選択できることが謳われている。しかし介護予防については 2005（平成 17）年の介護保険制度の改正から、要支援者に対する介護予防は介護保険給付によって行われ、二次予防事業対象者に対する介護予防は地域支援事業によって行われるようになったため利用者が自由に選択することはできなくなっている。また、地域支援事業は要介護認定を受けている高齢者は利用できないという制約もある。これは介護予防プログラムに参加した高齢者が努力し身体機能が改善されると、同じ提供主体からの介護予防プログラムを受けることができなくなるということになり、介護予防プログラムが寸断されてしまうことになる。

介護予防が効果あげるためには適切な介護予防プログラムが継続的に提供される必要がある。身体機能の向上プログラムに参加する高齢者がプログラム終了後に自宅でひとり介護予防プログラムを継続することは困難であると思われる。介護予防プログラム終了後の受け皿が整備されていないことは、結果的に介護予防プログラムが機能していないということにつながるのではないだろうか。介護予防プログラムが終了した後にそれを補完するサービスは、必ずしもリハビリテーションなどの専門職が集中的に提供するサービスではなくてもよいと考える。高齢者の身体的な状態にもよるが、専門職から講習を受けたボランティアなどによるサービスを実施し、プログラムを継続することに介護予防の効果があるからである。この場合は、医療専門職が講習会を開いてボランティアなどに十分な教育をする必要がでてくるが、介護予防にとっては重要であるプログラムの継続がなされるという点で今後活用できるのではないかと考える。

また、二次予防事業対象者に該当する者の介護予防事業のサービスを利用しようとする意識は低く、介護予防プログラムへの参加につながっていないことが指摘されている<sup>12</sup>。介護予防事業のサービスが魅力のあるサービスとなっていないのではないかと考える。東京都東久留米市の福祉保健部介護福祉課への聞き取り調査によると<sup>13</sup>、基本チェックリストと医師の審査書を約 18,000 人に郵送したが、結果として介護予防プログラムに参加した高齢者は 260 人であったという。これらに支出した費用は約 5,000 万円となっている。なぜこのように介護予防プログラムに参加する高齢者が少ないのかという理由には、「自分には必要がない」と思っている高齢者が多いのではないかと、またはプログラム自体に魅力がないのではないかとという返答があった。魅力のないプログラムでは参加者が少なくなるのは当然のことであるといえるだろう。魅力のあるプログラムとするためには、利用者の意見を反映させたプログラムに改善することも必要である。同じ介護予防の効果を得ることができるのであれば、その方法を変えることに何も題はなく、それによって魅力のあるプログラムとなれば参加者が増加することも期待できる。また、効果が実感できるプログラムというのも魅力のひとつとなるのではないかと考える。いくら通っても効果が感じられない場合に人はそれに対して魅力を感じなくなる。ダイエットなどがそうであるように、効果を感じだすと目的に向かって取り組もうという意欲が湧いてくるものである。

介護予防事業において運動器の機能向上プログラムと比較して、参加者が低迷しているといわれている口腔機能の向上、栄養改善の二つのプログラムを運動器の機能向上プログラムと複合させ 3 ヶ月間実施した場合に、口腔機能、栄養摂取、主観的健康感、意識や行動、精神的健康の維持改善がみられ、介護予防複合プログラムが高齢者の介護予防に有効であるという報告がある<sup>14</sup>。これまでは別々に提供されていた介護予防サービスを複合させることによってより効果を得ることができるというのであれば、現存の介護予防サービスの提供の仕方を改変することも参加者を増やすことにつながるのではないかと考える。

以上、二次予防事業についてみてきたが、三次予防対象者への具体的な取り組みについての報告は少ない。二次予防事業の対象者が、要支援認定者や近い将来要介護状態に陥る可能性が高い高齢者であることからすると中程度以上の要介護認定者は、介護予防事業の対象者とはならないことになる。しかし、中程度以上の要介護認定者に対しても専門的なリハビリテーションを長期に提供することや、生活に必要な介護やサービスを提供することによって高齢者自身が望む生活スタイルをかなえることは、要介護の程度を悪化させないためには重要なことである。また、個々の高齢者の要介護度は必ずしも軽度から重度へと一直線上で変化するとは限らず、例えば脳卒中の急性期では突然に身体が利かなくなることも稀ではない。要介護度でいえば中程度から重度要介護者ということになるだろう。発症時点で介護の状態が中程度から重度であったとしても、専門家によるリハビリテーションを積極的に実施する必要がある。それは早期に適切なリハビリテーションが開始されたか否かによって急性期を脱した後の患者の状態を大きく左右するからである。

わが国の要介護状態となった主な原因の第 1 位は脳卒中である<sup>15</sup>。脳卒中に対する介護



予防として、まず力を入れるべきは脳卒中を発症しないための生活習慣の改善や、啓発活動を普及させることなのではないだろうか。そして不幸にも脳卒中を発症してしまった場合でも、その病態に応じた適切な治療や早期から開始されるリハビリテーションを継続して受けることが症状や後遺症を少しでも改善する方法となる。急性期を脱した後、脳卒中によって失われた脳の機能を回復させることは困難であるが、失った機能を介護サービスや生活支援を受けることで補い、出来る限り高齢者自身が望む生活スタイルをかなえることは、その後の廃用症候群を防ぐことにつながるのである。

これまでに一次、二次、三次予防と対象者をみてきたが、問題として残るのは、二次予防事業対象者、要支援、要介護者と判断されない高齢者の存在である。これら的高齢者の健康状態をどのように把握していくかは地域包括ケアシステムを確立するうえでは忘れてはならない問題となるだろう。そして報告の少ない三次予防への取り組みについても第4章で検討していきたい。

### 第3節 介護予防・日常生活支援総合事業の創設

2011(平成 23)年の介護保険制度の見直しにおける、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(平成 23 年法律第 72 号)により、地域支援事業の一類型として、介護予防・日常生活支援総合事業(以下、総合事業)が創設された。この総合事業とは市町村の主体性を重視し、地域支援事業において多様なマンパワーや社会資源の活用等を図りながら要支援者・二次予防事業対象者に対して、介護予防や、配食、見守り等の生活支援サービスを市町村の判断、創意工夫によって総合的に提供することができるという事業である<sup>16</sup>。この総合事業が導入されることになれば既存の介護予防サービスだけではなく、高齢者の身体の状態の変化に応じた切れ目のない総合的なサービスが提供できるようになると期待されている。利用者の視点に立った柔軟な対応や、既存の枠組みにとらわれないサービスが提供できるようになる。

介護予防事業に関しては、各市町村の主体的な判断により要支援者と二次予防事業対象者に対し、地域の多様な提供主体が介護予防と生活支援を一体的に行うことができるようになる。つまり、要介護認定において「要支援」と「非該当」を行き来するような高齢者に対しても、切れ目のない介護予防サービスが提供できるようになるということである。その他に総合事業では、①虚弱・引きこもりなど介護保険利用に結び付かない高齢者に対する円滑なサービスの導入、②自立や社会参加の意欲の高い者に対して、ボランティアとしてこの事業への参加、または活動の場の提供、③生活支援の必要性が高い要支援者に対して、地域の実情に応じた生活を支えるための総合的なサービスの提供などができるようになる。これは地域包括ケアシステムを具現化する第一歩ともいわれている<sup>17</sup>。

この総合事業の導入で注目すべきは、上記②の制度である。ここでいう「自立や社会参加の意欲の高いもの」とは、年齢や性別、団体の種類などの制限は設けられていない。高

齢者の中には、介護予防や生活支援の担い手となろうとする意思をもつ人が少なからず存在している。また、社会との接点を持ち続けながら元気でいたいと願う高齢者は地域の中に数多く存在している。こうした高齢者が活躍できる出番や場所をつくるのが、この総合事業では可能となる。活動的な高齢者を対象に介護予防サポーター研修等を実施して地域活動のリーダーを育てることや、老人クラブ、町内会等に見守りの協力を呼びかけるなど、総合事業は高齢者が活躍できる場を数多く作り出すことができる事業でもある<sup>18</sup>。2012（平成24）年現在で、総合事業を実施している保険者（市町村等）は27に留まっており、第5期介護保険事業計画期間では約200弱の保険者が実施予定とされているが、まだ緒についたばかりである<sup>19</sup>。

しかし介護予防の面ではこの総合事業に期待することは大きいと考える。柴田博氏は、高齢社会には、要援護高齢者と同じ割合で優秀高齢者が存在するといい、高齢者の集団は全体として他の世代に依存しているものではなく自助能力を持っていると述べている。さらに高齢者に対して障害高齢者の介護、消極的な寝たきり予防などしか発想できないようでは社会の要請に全く応えられず、あたかも人類プラス高齢者で社会が成り立っているように考えるのは差別の一種であるとさえ述べている<sup>20</sup>。従来の介護予防施策は「人類プラス高齢者」という視点で考えだされてきたものという感がいなめないものである。制度にとらわれた画一的な介護予防対象者の発見方法、介護予防事業、介護サービスの提供をしているだけでは、その制度の網目からこぼれてしまう高齢者に対しは何も対策を打つことができない。高齢者の個別性を重視した対応が求められる中では、むしろ制度の範囲を超えた部分にその地域の特性を活かした介護予防策なりを考えることが社会の要請に応える手段となるのではないかと考える。

前述の優秀高齢者と呼ばれる人達が総合事業で活躍する場を持つことは、二つの利点があると考えられる。ひとつは介護予防活動や介護の担い手が増えることであり、もうひとつは活動する高齢者達自身の介護予防になるということである。高齢者の身体的な介護予防のために体操教室を開くことも大切ではあるが、社会の中で自己啓発に繋がる活動をするのも介護予防へとつながるのである。アメリカの老年学者 Kahn は、高齢者の生産活動として、社会的自立、相互扶助、ボランティア活動、家政、有償労働をあげている<sup>21</sup>。そしてこの中のボランティア活動は、高齢者の身体機能障害のリスクを抑制するという報告もある<sup>22</sup>。総合事業によって高齢者が活躍の場を持つことで、活躍する高齢者の介護予防にもつながるといえるのである。

介護予防・日常生活支援総合事業の手引きによれば<sup>23</sup>、高齢者が活躍できる「出番」や「居場所」をつくる方法として「ワークショップ等を開催して徒歩圏内に、どのような参加の場や機会があればよいか、高齢者自身にアイデアを出し合ってもらい一緒に考え、協働で体操やウォーキングなどの運動を楽しく行うことのできる場や参加できる居場所を作る」とある。確かにこの方法は高齢者が活躍する場を提供するという意味においては、目的がかなっているといえよう。高齢者が参加した話し合いによって介護予防策を創造す

ることは、より世代の近い者の考えが反映されるという意味でも利点があると考えられる。しかし、これでは一部の高齢者を対象とした参加や活躍の場となってしまいう可能性が高いのではないだろうか。過去の研究や聞き取り調査によると、元気な高齢者に対する介護予防教室などは参加者が少ないことがわかっている。それはその介護予防教室自体が魅力のないものであり、参加の意欲が削がれることや介護予防が自分には必要のないことと考えている高齢者が多いことなどが理由として報告されている。総合事業という制度が導入されることによって高齢者が介護予防活動や介護の担い手として活躍する機会を作ることが可能となったのである。そうであるならば、自分には介護予防は必要ないと思っている高齢者に介護予防や生活支援を提供する立場として活躍してもらい、それが自ずと彼らの介護予防にもつながるといような仕組みを作ることができるのではないかと考える。

介護予防マニュアルでは、介護予防を提供する人々に対し「たとえばボランティア・ポイント制（ボランティア活動の実績に応じてポイントを付与し、高齢者等の社会参加、地域貢献を促しつつ、貯めたポイントを活用できる仕組み）など、地域における互助・インフォーマルな支援をさらに推進していくことが望まれる」<sup>24</sup>とある。介護予防プログラムへの参加者が少ない理由に魅力のないプログラムであることがいわれているが、ボランティア活動であっても魅力のないものであれば参加する人は少なくなるであろう。その観点からすればポイント制とはいえ、有償労働は活動の動機づけになる。またボランティア活動を行うのは高齢者だけではなく地域住民の参加も望まれるため、幅広い層に魅力のある活動となることが求められる。

今は介護予防など必要ないと思っている高齢者でも年齢を重ねるごとに身体能力は衰えて行き、さらに家に引きこもっていることや社会とつながりがなくなることで急激に身体の衰えがすすむことがある。高齢者を介護予防や生活支援を提供する立場として活躍することが介護予防につながるのであれば、既存の介護予防策を提供するための手伝いという立場ではなく、高齢者個々人が持つ能力をより引き出すかたちで、高齢者の参加、活躍のできる場をつくることも肝要であると考えられる。

---

<sup>1</sup> 地域包括ケア研究会（平成 21 年度老人保健健康増進等事業）「地域包括ケア研究会 報告書」2010 年、3 ページ。

<sup>2</sup> 一般財団法人 厚生労働省統計協会 『国民の福祉と介護の動向・厚生指標』増刊・第 59 巻第 10 号通巻第 929 号、2012 年、22-29 ページ。

<sup>3</sup> 同上、22-29 ページ。

<sup>4</sup> 同上、22-29 ページ。

<sup>5</sup> 地域包括ケア研究会（平成 21 年度老人保健健康増進等事業）「地域包括ケア研究会 報告書」2010 年、3 ページ。

<sup>6</sup> 厚生労働省老健局総務課 「介護保険制度改革の概要 ～介護保険法改正と介護報酬改定～」2005 年。

<sup>7</sup> 同上。

<sup>8</sup> 介護予防マニュアル改訂委員会「介護予防マニュアル改訂版 平成 24 年 3 月」平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）「介護予防事業の指針策定に係る調査研究事業」2012 年、

---

4-8 ページ。

<sup>9</sup> 同上、4-8 ページ。

<sup>10</sup> 厚生労働省「介護予防事業の実施状況の調査結果の概要」 (<http://www.pref.mie.lg.jp> 2011年11月26日最終確認)

<sup>11</sup> 厚生労働省「平成22年度介護予防事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果」 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/02/tp0222-1.html> 2012年8月16日最終確認)

<sup>12</sup> 前掲、末永和也、倉田康路「介護保険・特定高齢者施策における介護予防事業に関する一考察」21-26 ページ。

<sup>13</sup> 東久留米市 福祉保健部 介護福祉課 課長へのインタビューから平成23年8月12日。

<sup>14</sup> 小坂健「より効果の見込まれる介護予防プログラムを実施するモデル（プログラム介入）複合プログラム」36-42 ページ。財団法人 日本公衆衛生協会 平成23年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「介護予防事業の推進に関する調査委研究事業」2012年。

<sup>15</sup> 厚生労働省、2010年、「平成22年 国民生活基礎調査」 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html>2012年2月20日最終確認)

<sup>16</sup> みずほ情報総研株式会社「介護予防・日常生活支援総合事業の手引き」平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2012年、3-6 ページ。

<sup>17</sup> 厚生労働省 老健局振興課「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的事項について」2011年、1-4 ページ。

<sup>18</sup> 同上 1-4 ページ。

<sup>19</sup> 原勝則「地域包括ケア都介護保険制度」『日本介護経営学会 第8期 総会記念シンポジウム資料集 地域包括ケアシステムと地域ケアマネジメント』2013年、17-18 ページ。

<sup>20</sup> 柴田博「高齢者の保健と福祉」『公衆衛生研究』第43号1、1994年、13-17 ページ。

<sup>21</sup> Kahn RL., *Produc behavior SURVIVAL, Assessment, determinants, and effects.* J Am Geriat Soc 31 1983: 750-757.

<sup>22</sup> 藤原佳典「高齢者によるボランティア活動の意義と心身の健康に及ぼす影響—productivity としての理論から実践的課題へ—」『秋田県公衆衛生学雑誌』第3巻 第1号、2005年、12-20 ページ。

<sup>23</sup> 前掲、みずほ情報総研株式会社 「介護予防・日常生活支援総合事業の手引き」17-21 ページ。

<sup>24</sup> 前掲、介護予防マニュアル改訂委員会 「介護予防マニュアル改訂版」1-13 ページ。

## 第4章 介護予防事業対象外の高齢者と三次予防事業対象者の生活支援と介護予防

### 第1節 介護予防が必要な高齢者

介護保険制度が、高齢者が要介護状態になる前の介護予防に力点を置くようになった理由は、介護保険制度が将来にわたって安定的に存在し、機能し続けるものではなければならないという観点や、高齢者ができる限り健康で活動的な生活を送るために明るく活力ある超高齢社会を構築することという視点に基づいている<sup>1</sup>。

介護保険制度が将来にわたって安定的に存在することに対して課題のひとつとなるのが、介護費用の財源を安定的に確保するということである。要介護高齢者の増加に伴い介護保険の総費用も増加する一方である。介護保険財政の状況を見てみると2000年（平成12）年度は3.6兆円であった総費用が2012（平成24）年度には8.9兆円にまで増加している。65歳以上が支払う保険料も年々増加しており、第1期2000～2002（平成12～14）年度では2,911円（全国平均・月額）であったのが、第5期2012～2014（平成24～26）年度では4,972円（全国平均・月額）となっている<sup>2</sup>。現行のままでは保険料の大幅な上昇が見込まれ制度の継続可能性が危ぶまれることになる。その点から介護予防に重点をおいた施策は介護保険財政の課題を解決に導く方法のひとつであるということになる。

しかし、介護予防は介護保険財政の課題を解決するだけではなく、それ以上に肝要である理由が存在する。それは高齢者本人にとって介護を必要とせずに生活することは何よりも望まれることであるからである。本章ではどのようにして要介護状態が発生するのかを明らかにし高齢者に必要な介護予防策について検討する。

#### (1) 要介護状態の発生のメカニズム

高齢者が要介護状態に陥る、または要介護状態が悪化するメカニズムはどのようなものであろうか。要介護状態の発生について、厚生労働省の介護予防マニュアル改定委員会では、高齢者が「寝たきり」の状態となることを指し、その原因として「閉じこもり症候群」をあげている。そして「閉じこもり症候群」を引き起こす原因として、身体的、心理的、社会・環境要因の3要因を挙げている。これらの3要因が相互に関連して「閉じこもり症候群」は発生すると考えられている。

では「閉じこもり症候群」とはどのような状態を指すのだろうか。閉じこもりの定義は多岐にわたっており統一された定義はないといわれている。閉じこもり予防・支援マニュアルによれば「週に1回以上は、外出する」と回答した場合には非閉じこもり、「月に1～3回は、外出する」または「ほとんど、または、全く外出しない」と回答した場合には閉じこもりと判定できるようにし、二次予防対象者を発見するための基本チェックリストにもその内容を反映させている<sup>3</sup>。

閉じこもりの高齢者は要支援・要介護状態に陥るリスクを数々抱えている場合が多い。例えば、社会活動が不活発であることが認知症の発症リスクを上げると考えられていることから、閉じこもりは認知症発症のリスクとなる可能性がある。また、定期的な運動は、

認知症の発症予防に有効であるという報告があり、身体が活動が、脳の機能を下支えしていることを示す事例もある<sup>4</sup>。それ以外にも閉じこもり状態が長くなることは、人との交流が減り、会話も少なくなり、落ち込んだ気分になっていき、うつ傾向になっていくといわれている。また、閉じこもりになった原因を辿っていくと、高齢者にとっては身体的、心理的、社会・環境要因の3要因のうち、いずれに問題が生じて連鎖して閉じこもり症候群を発症する契機となりうるという事が理解できる。上記は社会・環境が要因で閉じこもりとなる例だが、身体的要因がその引き金であるという例を示すと、栄養状態が悪く、体力がなくなれば、外出する意欲も低下して閉じこもりになるということになる<sup>5</sup>。

以上のことを、ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health: 国際生活機能分類)<sup>6</sup>によって説明することができる。ICFとは、多くの目的に用いられる健康に関する分類のことである。ICFの概念は、単に心身機能の障害によって生活機能の障害を分類するという考え方ではなく、活動や社会参加、環境因子に大きく光を当てているのが特徴である。またICFは障害のある人にだけ適用できる分類ではなく、全ての人に関する分類であるといわれている。したがって、高齢者の生活機能の障害を分類することも可能である。

ここでICFについて少々説明をする。まずICFに至る前にICIDHの考えが存在した。ICIDH(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: 国際障害分類、正式名称「機能障害・能力障害・社会的不利の国際分類」)の基本理念は、1980年にWHOから刊行された。ICIDHは障害の階層構造の3レベルを明らかにしたものであり、この3レベルとは、「機能・形態障害」「能力障害」「社会的不利」であり、これをあわせたものの全体が「障害」であるという理論を打ち出した。障害をレベル分けしたことによって、機能・形態障害があっても能力障害を解決することができ、仮に能力障害が残っても社会的不利を解決することができるというこの考え方が国際障害者年世界行動計画(1981年)の基本概念として採用された<sup>7</sup>。

ICIDHモデルは障害を3つのレベルに分けてとらえるという「障害の階層性」を示した点で画期的なものであったが、一方でICIDHに対する批判や誤解もあった。ICIDHモデルは「客観的な障害」しか扱っていなかったため、それと同等に重要な「主観的な障害」である、障害のある人の心の中の悩みや苦しみ、絶望感についても付け加える必要があるという批判があった。また「障害の分類」は、障害というマイナス面を中心にみるものであるが、障害者とは障害というマイナスしか持たない存在ではなく、健全な機能、能力を持っている、などの批判もあった。指摘された問題点を整理すると以下のとおりである。①環境の影響が含まれていない、②社会的不利の分類が不十分(わずか7項目)である、③欧米中心で他の文化を考慮していない、④障害者の意見を聞かず専門家だけで作ったものである、⑤主観的障害の無視<sup>8</sup>、そこで必要な修正がくわえられ2001年5月に改訂版として、ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health: 国際生活機能分類)が誕生した。

ICFモデルにおいても、障害を3つのレベルで把握するという点はICIDHと同じである。しかしプラス面を重視する立場からプラスの用語を用いている。「機能障害」は「心身機能・構造」(Body Functions & Structure)となり、「能力障害」は「活動」(Activity)となり、「社会的不利」は「参加」(Participation)となった。この3つを含む包括概念が「生活機能」である。生活機能とは、「人が生きること」の全体を示すものであり、「心身機能・構造」「活動」「参加」の三者は生活機能の3つのレベルを示している。それは「生命レベル」、「生活レベル」、「人生レベル」の3つのレベルである。これら3つのレベルによって、人が生きるということを総合的にとらえると考えることが生活機能である<sup>9</sup>。

3つのレベルの「身体機能・構造(生命レベル)」は、人間が生物として「生きる」ことをとらえている。「活動(生活レベル)」は、生活行為、すなわち生活上の目的を持ち、一連の動作からなる具体的な行為のことをいう。日常生活行動(ADL: activities of daily living)とは生きていくために必要な歩行、食事摂取、入浴、排泄、整容、などの行為を言うが、ICFでいう「活動」とはそれだけにとどまらず、一般的な家事行為や通勤、勤務、労働など社会生活上必要な行為がすべて含まれる。また余暇活動もこの「活動」に含まれる。「参加(人生レベル)」は、人生の種々な状況に関与し、そこで役割を果たすことをいう。ここでの「参加」は単に「社会参加」を指すのではなく、例えば、主婦としての役割や、職場での役割を担っていることも参加とし、また趣味に参加する、地域活動に参加する、政治活動に参加するなども含めた広義の参加を指す<sup>10</sup>。

図4-1のICF(国際生活機能分類)の生活機能構造モデル(2001年)をみると、ほとんどすべての要素が双方向の矢印で結ばれているということがわかる。これは全ての要素が、全ての要素に影響するということであり、各要素が相互に影響を与えあうということの意味している。これを「相互作用モデル」と呼ぶ<sup>11</sup>。「心身機能・構造」と「活動」の間に双方向の矢印があるが、これは「心身機能」に問題が生じれば、「活動」にも障害が起こるということの意味している。簡単な例でいうと、下肢が切断されるという問題が「心身機能・構造」に起きれば、歩行ができなくなるという「活動」にも問題が生じてくるということである。

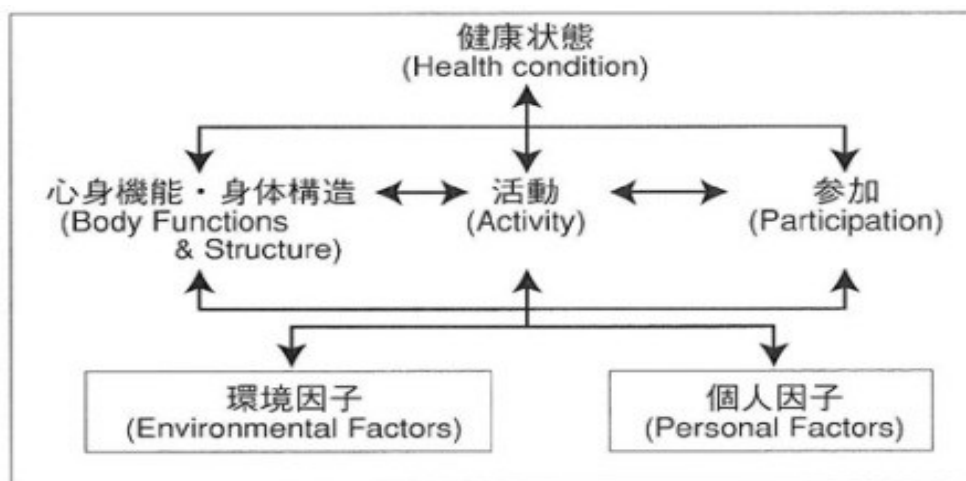
さらにICFの双方向の矢印の意味は、上記のような因果関係だけでなく、逆の影響もあるということを示している。この逆の影響こそが高齢者の介護予防には非常に重要となってくると考えられる。高齢者では、「活動」が低下することに起因して「心身機能・構造」である、筋肉、骨、関節、心臓、血液、糖代謝、知的機能、感情、意欲などが容易に低下する。不活発な生活によって廃用症候群が起き、心身機能が低下することで、さらに生活を不活発にするという悪循環が起こることになる。このICFの相互作用モデルの矢印をみると「閉じこもり」から「寝たきり」となることが示されている。

次に、「活動」と「参加」の間の矢印を見てみると「活動」に制限が生じることによって、労働、買い物、趣味の集会、地域活動への出席などの「参加」が制約されるということになる。例えば、家事の「活動」が困難になると、主婦としての家庭内役割という「参加」

が果たせなくなることがそれにあたる。逆に「参加」が制約されると、「活動」をする機会が減少することになる。例えば、定年退職になると仕事上行ってきた「活動」を行わなくなり、「活動量」が低下すると廃用症候群が起こり、それが「活動」の質を低下させ、そして「参加」することを困難にさせるという悪循環が起こる<sup>12</sup>。どこかひとつのレベルの質、または量が低下することによって「心身機能」「活動」「参加」の全体に悪影響を及ぼすということがわかる。プラスの面で考えてみると、「活動」の質が向上すれば「参加」を容易にする可能性が出てくる。また「参加」が容易になれば「活動」が活発になるということもできる。

一方で、「心身機能・構造」と「参加」の間の矢印をみると、「活動」には制限がなくても「心身機能・構造」に問題があることで「参加」に制約が生じることを意味していることがわかる。例えば、高齢者が尿失禁を心配するために外出を控えてしまうことなどである。高齢者は一度失敗を体験すると、それが引き金となり家に引きこもったり、うつになったりすることもある<sup>13</sup>。逆に「参加」に制約があると「心身機能・構造」の低下を起こすことがある。交友や趣味などの機会がなくなり、「参加」しなくなることで独り家に閉じこもり、うつ状態になったりすることがある。ICFの生活機能とは、「人が生きること」であると先に述べたが、3つのレベルである「身体機能・構造（生命レベル）」、「活動（生活レベル）」、「参加（人生レベル）」が相互に作用していることから、どこかひとつのレベルに問題が生じて「人が生きること」のバランスが崩れてしまう危険を孕んでいる。

図 4-1 国際生活機能分類（ICF）の生活機能構造モデル(2001年)



出所)「障害保健福祉研究情報システム」より引用。

[http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n251/n251\\_01-01.html](http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n251/n251_01-01.html) 2012年8月7日最終確認。

高齢者ではこの3つのレベルのどこかに容易に問題が生じると考えられる。そこで重要となるのは問題が起きないように予防することはもちろんだが、仮に問題が起きてしまっ



たレベルがあっても、何らかのサポートによって問題を解決、あるいは不足している部分を補うことによって 3 つのレベルのバランスを保つことができるようにすることではないかと考える。それによって、閉じこもり症候群の発症を防ぎ、続いて廃用症候群を引き起こすことを防ぎ、最終的に要介護状態に陥ることを防ぐことに繋げることができるのである。

生活機能のバランスを崩す可能性が高い高齢者を早期に発見するために、現行の基本チェックリスト等を使用しても発見するには至らない可能性が高いと考える。高齢者自身が健康状態に自覚症状がないこともあり、また、日々の生活に何が問題であるか自身で気がつかない可能性もあるからである。そのためにも第三者の専門的な視点から高齢者をアセスメントする機会が設けられることが望まれる。

## (2) 介護予防事業対象外の高齢者の生活支援と介護予防

第 3 章までに介護保険制度下の介護予防について概観したが、そこから浮かびあがってきた課題は、二次予防事業対象外の高齢者、要支援・要介護認定者ではない高齢者の介護予防対策が希薄であるということである。

介護保険制度下の介護予防事業対象者は、将来要介護状態に陥りやすいといわれている二次予防事業対象者や要支援と判定された高齢者である。これら的高齢者は、介護予防事業の対象者となるための何らかの手段をもっていたということになる。その方法は、自ら、または家族などが地域包括支援センターや福祉事務所に相談に行くことや、要介護認定の申請、健康診査の受診など種々あるが、自身の心身の状態を第三者に訴える機会があった、または相談できる人に接触できた、ということになるだろう。

二次予防事業対象外の高齢者、要支援・要介護認定者ではない高齢者の介護予防が重要となるのは、これら的高齢者の中には介護予防事業の対象者として発見される何らかの手段や情報を持っておらず、さらには健康状態の悪い高齢者や日常生活に不便を感じている高齢者が存在するということである。閉じこもり症候群が起きる可能性のある高齢者は、二次予防事業対象外の高齢者、要支援・要介護認定者ではない高齢者である可能性が高いということができると考える。

二次予防事業対象外の高齢者、要支援・要介護認定者とされていない高齢者は、一般的な解釈からすれば日常生活において身体機能に大きな問題がない高齢者であるということができるだろう。しかし、外出能力のある高齢者でも閉じこもりの状態がある高齢者は身体機能や生活機能が低いといわれており、閉じこもり予防への取り組みは移動能力の高い高齢者に対しても必要であるといわれている<sup>14</sup>。加えて独居であり、介護職員などの訪問者に接する機会が少ない高齢者であって、何らかの理由で介護予防プログラムに参加できないような高齢者においても「閉じこもり症候群」を引き起こす可能性が高いといえるため、このような高齢者にまで介護予防の取り組みをする範囲を広げるべきであると考えられる。

医療の現場で、一見自立した生活をしていると思われる高齢者が退院後にまたすぐ体調

を崩し治療が必要な状態となって入退院を繰り返すという事例を目にすることがある。退院後すぐに体調を崩す理由は、内服薬の管理ができない、食事の管理ができず低栄養状態や脱水となる、清潔行動がとれず感染を起こす、などの日常生活行動の一部が自力で不可能なことに起因して本来の疾患が悪化することなどである。このような事例の高齢者は、日常生活機能については要介護認定を受けるような状態ではないために、特に退院時にケアカンファレンス等が開かれることがない。病院の看護師等も日常生活機能が自立しているとみていた高齢者であれば、退院が決定したとしても自宅に戻ることに何の注意も払うことはないだろう。ましてや病院に所属している医療ソーシャルワーカーでは医師や看護師、または高齢者本人から相談を持ちかけられない限りこのような患者の生活背景を知る機会はない。

入退院を繰り返すことは高齢者にとって廃用症候群に陥る可能性を高めることになる。さらに入退院を繰り返すよりも高齢者にとって良くない事例では、自宅で体調を崩したまま誰かに発見されるまで閉じこもるという方法しか持たない高齢者が存在することである。医療の現場で目にする一見自立していると思われる高齢者は、基礎疾患を持っていることからICFでいうところの「身体機能・構造（生命レベル）」に既に問題を抱えていることとなり、3要素のバランスを崩しやすい高齢者であるということが出来る。このような高齢者にはどのような介護予防策が必要となるだろうか。

介護予防事業では通所型介護予防事業で行われている介護予防のためサービスプログラムが存在するが、二次予防事業対象外の高齢者、要支援・要介護認定者とされていない高齢者はこれらの介護予防のためのサービスプログラムの対象外となっている。しかし、二次予防事業対象外の高齢者、要支援・要介護認定者ではない高齢者であっても、一部の生活支援を必要としている高齢者である可能性がある。また、医療の現場には、生活支援が不足しているために本来ならば通院で治療が可能な患者であるはずであるのに、入院という治療形態をとらざるを得ないこともある。入退院を繰り返すことによって心身の機能低下に拍車がかかる高齢者も存在する。このような高齢者が一部の生活支援（例えば内服管理や配食など）を受けることによって体調を崩すことなく地域で生活することが可能となれば、それは介護予防へとつながると考えられる。

たとえ一部の生活支援を受けたとしても、地域で生活していくということは受動的な生活ではなく、能動的な生活をすることであり、能動的な生活は、廃用症候群を引き起こす生活の不活発化<sup>15</sup>を防ぐことができる。二次予防事業対象外の高齢者、要支援・要介護認定者ではない高齢者に対する介護予防策を単に介護予防サービスプログラムへの参加と捉えるのではなく、生活支援という視点を加えることが重要であると考えられる。

介護予防の対象者を現行の横断的にスクリーニングしただけの選別から、また事業内容では画一的なものからより個別な支援へと範囲を広げる必要があると考える。より広範囲介護予防とは、対象では二次予防事業対象外の高齢者、要支援・要介護認定者ではない高齢者を含むものであり、事業内容では現行の介護予防プログラムだけではなく生活支援を

提供することを重視することである。

### (3) 三次予防事業対象者の生活支援と介護予防

介護予防を狭義の「介護が必要な状態となることを予防する」ととらえると、既に要介護状態に陥っている三次予防事業対象者は、介護予防を適用する段階ではないということになるだろう。しかし、介護予防の定義は「要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」<sup>16</sup>とされており、三次予防事業対象者はこれに相当するということができる。既に要介護状態となっている三次予防事業対象者においても状態の悪化を防ぐ介護予防は重要であると考えられる。

一方で三次予防事業対象者がどのような者であるかという具体的な説明はほとんどされていない。前述のように三次予防事業が「症状が出現した者を対象に、重度化の防止、合併症の発症や後遺症を予防する取り組み」であるとすると以下のような者が対象になると考えられる。①急性期が過ぎて生命危機を脱したものの、疾病や外傷によって一時的に失われた機能の回復、あるいは永続的に失われた機能・能力に対する代償を促進することが必要とされる者、②再発や合併症などを予防しながら、回復した機能を最大限に維持していく必要がある者、ということがいえるのではないだろうか<sup>17</sup>。

①は発症の段階からいえば回復期であるといえる。回復期ではできるだけ早期に適切なリハビリテーションを集中的に実施する必要がある。そのため介護予防事業というよりは医療の専門家による管理や介入を必要とするもののほうが多い段階であるということができる。②は維持期であるといえる。維持期になると医療施設ではなく主に生活の場で過ごすことになる。生活の中で回復した機能を最大限に維持するためには、個人の努力だけではなく活動性を維持できるような環境整備やサービスの利用などが必要となってくる。三次予防事業によって対象者は病態の進行や加齢に伴って起こる機能や活動性の低下をできるだけ遅延させることが肝要となる。しかし、健康状態は発症前と同じ状態に戻るとは限らないため、三次予防事業対象者への生活支援では失った機能を人的、物的、社会的環境などによって補う必要がでてくる。

三次予防事業対象者が日々の生活の中で身体機能を維持していくことができるように環境を整えるには、二次予防事業対象に実施される介護予防プログラムのような画一的な方法は適用できない。三次予防事業対象者個々によって原疾患が違っており、またその症状もそれぞれ違っているためである。さらには回復した機能の程度や永続的に失われた機能の代わりとなる機能もまたそれぞれ違うため、三次予防事業対象者への介護予防は複雑であり個別性を重視しなければならないということがいえるだろう。そのために三次予防事業対象者の生活の場の環境整備や生活支援、介護サービスを選択する際には疾患が発症した急性期から治療に携わっている医療に関わることが不可欠な要素となる。その不可欠な要素をどのように生活の場に引き継いでいくかは、保健、医療、介護の連携のとり方にかかってくるだろう。

三次予防事業対象者は既に症状が出現した者であるため、医療施設から退院し生活の場へと移行する例がほとんどである。まずは医療施設内で患者に関わる複数の専門職が連携し、患者の回復した機能を患者の望む生活スタイルの中で最大限に維持できる方法を患者の合意のもとで計画していく必要がある。次にそれを生活の場で実現するためには、生活を支援する職種にその計画を引き継ぐ必要がある。患者の情報を提供するだけの引き継ぎ方では不十分であり、医療施設で立てられた計画が具体的に生活の場で実現可能かどうか確認する必要がでてくる。この場合、医療施設は医療施設の外にある地域資源との連携が求められることになる。三次予防事業対象者の介護予防と生活支援には医療が医療施設の中だけで完結するのではなく、地域連携の必要性が非常に高いことが理解できる。

## 第2節 医療と介護予防・退院調整・在宅

### (1) 要介護となる可能性の高い高齢者の把握～二次予防事業対象外の高齢者～

要介護となる可能性の高い高齢者の健康状態をすべて把握することは非常に難しいことである。それではどのような高齢者が将来要介護高齢者となる可能性が高いだろうか。継続的に管理をしていかななくてはならないような慢性疾患を抱えていて、二次予防事業対象外の高齢者、要支援・要介護認定者ではない高齢者で、なおかつひとり暮らしである高齢者が ICF のいう「身体機能・構造（生命レベル）」、「活動（生活レベル）」、「参加（人生レベル）」のバランスを崩しやすい高齢者ということができるとはならないだろうか。普段の生活では、二次予防事業対象者、要支援・要介護認定者とはならないが、抱えている疾患が悪化した場合に「身体機能・構造（生命レベル）」に問題が生じ、ひとり暮らしであるために連動して食事摂取、入浴、排泄、などの「活動（生活レベル）」にも問題が生じやすい高齢者である。または、「活動（生活レベル）」に問題が生じたために、疾患が悪化し「身体機能・構造（生命レベル）」が脅かされるという高齢者などである。

以上のような高齢者が、医療の現場で発見されることがある。将来 75 歳以上人口が急激に増加すると推計されている東京都足立区の病院の医療ソーシャルワーカーにその現状について聞き取り調査を行った<sup>18</sup>。医療ソーシャルワーカーによると、例えば内服薬の管理ができない、食事を作ることができないことなどから入退院を繰り返すような高齢者は、自ら直面している問題を相談しに来ることということがほとんどないということである。多くは自宅に病態が悪化した状態でおり、たまたまそれを発見した人が病院を受診するように促し、そこで初めて一人で日常生活を営んでいくには問題があるという事態が発覚するということである。このような場合に選択される方法は、まず悪化した病態を治療するために入院してもらおうということであった。通院することで治療可能な場合でも、自宅に戻れば食事が摂れない、身体の清潔を保つことができない、内服薬の管理ができないなど、自宅療養が困難であると判断された高齢者では入院治療を受けることが最善の策ということになる。症状が改善し退院の目処が立っても、入院前の生活状況を考慮すると単身で自

宅へ戻って頂くわけにはいかず、また血縁の協力も得られないような場合に残された選択肢は要介護高齢者と認定してもらう努力をすることであった。要介護認定さえ受けることができれば介護サービスを利用することができるからである。

現行の制度下で体調を崩しがちで生活支援の必要な高齢者がひとりで暮らしていくためには、要介護高齢者と認められる努力をすることによって速やかに問題が解決する方へと向かうようになっている。確かに要介護高齢者と認められれば介護サービスを利用することにより介護者やヘルパーなどとの接点ができ、自宅で全く閉じこもってしまうという状況を避けることに繋がる。しかし生活支援を受けるだけでなんとか自立した生活ができる高齢者にとって、過剰な介護サービスを受けることは廃用症候群を引き起こす要因となる場合があり問題である。2005（平成17）年の介護保険法の改正が介護予防を重視する政策転換となった理由のひとつである「必要としない介護サービスがケアプランに組み込まれ、軽度の要介護者の生活行動とその範囲が減少することにより要介護状態の悪化が生じた」<sup>19</sup>という現象と同等のことが起こる可能性が高くなるからである。

普段ひとりで生活している高齢者であれば不足している生活支援（例えば食事の準備や洗濯など）を提供することで、過剰な介護サービスによる廃用症候群を起こすこともなく、ひとり暮らしを継続することが可能となる。また、「身体機能・構造（生命レベル）」、「活動（生活レベル）」、「参加（人生レベル）」のバランスを崩す可能性が高い高齢者では、生活支援を受けることで人と接する機会ができ見守られることにもなる。必要な生活支援を受けながら自ら望むスタイルで生活を続けることは介護予防へつながると考えられる。

しかし、現行の制度下で医療ソーシャルワーカーがひとり暮らしが困難と思える高齢者を効率的に対処する方法は、入院するか高齢者がどのような体調であっても、なんとかして要介護認定を受けられるように努力するというところにある。そこにはひとり暮らしの生活における問題を自ら訴えることができない、または何が問題かさえよくわからないという高齢者を第三者である医療ソーシャルワーカーも把握しきれないという現状があり、さらに早急に解決を求められる事態であるために安易に要介護認定を受けるという方向へその対処法が向かざるを得なくなってしまうという現状があると考えられる。

二次予防事業対象外の高齢者、要支援・要介護認定者となっていない高齢者で「身体機能・構造（生命レベル）」、「活動（生活レベル）」、「参加（人生レベル）」のバランスを崩す可能性が高い高齢者は、一度医療の現場から離れてしまうとより発見が困難になると考えられる。その観点からすると医療の現場は生活支援を受けることによって介護予防へとつながるような高齢者をいち早く気づく役割を担う場所ということもできる。

国民生活基礎調査による通院者率は65歳以上で人口1000人に対して678.5である。また75歳以上では721.9である<sup>20</sup>。この数値からすると高齢者の約7割は病院を訪れる機会があるという事になる。このことから医療の現場を単に治療の場とするのではなく、高齢者の介護予防のためにより積極的に活用することが望まれる。

## (2) 退院調整～三次予防事業対象者～

平成 20 年度の診療報酬改定では退院調整加算が新設され、病院でも退院調整看護師の配置が始まっている。日本訪問看護振興財団による独立行政法人福祉医療機構の WAM-NET に登録されていた病院のうち、一般病床と療養病床数の合計が 150 床以上の病院 2,932 箇所を対象とした「退院調整看護師に関する実態調査 報告書」<sup>21</sup>によると、病院の退院調整部門に配置されている職員は、有効な回答が得られた 558 病院において「医師・歯科医師」が 26.3%、「看護師」が 84.2%、「医療ソーシャルワーカー」が 86.9%、「事務」が 41.1% となっており看護師の配置が非常に高くなっている。また、看護師と医療ソーシャルワーカーを組み合わせ配置している病院も 70.9%にのぼっている。

一方で退院調整部門で検討される患者は「一部の退院患者を対象としている」と回答した病院が全体の81.9%であり「退院患者全員を対象としている」と回答した病院は17.6%のみであった。対象者の選定基準で最も回答が多かったのは「介護の必要性」の79.6%で、ついで「医療の必要性」の76.8%であった。その他には「世帯構成」の66.4%、「経済的状況」の58.4%、「患者の年齢」52.3%が挙げられている。

退院調整部門の看護師が中心となって行う業務は「退院準備・在宅ケア移行支援に関する合同カンファレンスの企画・開催」が73.2%で最も多く、ついで「患者・家族が利用可能な社会資源・制度の情報提供」の70.0%、「訪問看護ステーションの紹介・調整」の69.6%であった。「ホームヘルパーの紹介・調整」は18.7%である。

以上の調査結果からいえることは、退院調整は主に看護師や医療ソーシャルワーカーが担っており、その対象とされる患者の多くは介護や医療が必要とされる患者であるということである。介護や医療が必要とされる患者とは、疾患が発症していることや要介護状態であるということであるから三次予防事業対象者ということになる。「退院患者全員を対象としている」と回答した病院が17.6%であるとする、生活支援を必要としているが一見自立しているという高齢者に対する退院調整は重視されていない。そのため退院後の生活に不自由があった場合でも見過ごされることにもなりかねない。

続いて退院調整を円滑に行うために実施していることについての自由記載では「退院調整看護師と病棟看護師（プライマリナース）との連携・患者の情報共有」や、「急性発症直後から今後の方針に関するチームカンファレンスを行っている」、「評価において残存する後遺障害の予測を立て家族や患者の目指すゴール設定を行っている」、「病状の安定が確認できた時点で介護保険や身体障害者手帳の申請に関する説明を行う」、「随時チームカンファレンスや担当看護師による家族面談を行い最終的には家族を交えたカンファレンスを実施することで効果的な退院調整が実施できている」などがあつた。

厚生労働省の「平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 23 年度調査）在宅医療の実施状況と医療と介護の連携状況調査 報告書」<sup>22</sup>では、定期的な会合や患者情報の共有を行うなどの連携を行っている施設・事業所における定期会合の回数を調査している。病院・診療所、訪問看護ステーション、歯科保健医療機関、保健薬局、介護

老人保健施設、介護老人福祉施設、居宅介護支援事業所、その他の施設を含む 145 施設が回答したなかで 2009（平成 21）年から 2011（平成 23）年までの各年の 6 月の 1 カ月間で実施した会合の数はいずれも平均値が 1 回未満という状況であった。定期会合の回数が全体的に少なかったことから他の施設や職種との連携が希薄であるということがうかがえる。

一方で退院調整看護師が「チームカンファレンスを実施することで効果的な退院調整が実施出来ている」と回答していることや、退院調整部門の看護師が中心となって行う主な業務が「退院準備・在宅ケア移行支援に関する合同カンファレンスの企画・開催」であることからすると、情報共有という「連携」が退院調整には欠かせないことがわかる。しかし、この情報共有や合同カンファレンスの開催についても、その内容が問われるところである。単に言葉で申し送る情報共有や顔を合わせるだけの合同カンファレンスでは、ひとりの患者の退院後の生活を想像し具体的なケア計画を立てることはできないだろう。看護師が必要と考えるケア内容を理学療法士では考えつかないこともあり、またその逆もあるからである。患者を取り囲む専門職それぞれが患者に直接関わり、その専門的な視点から情報を得、その情報を共有するという連携が肝要となる。その連携を実施する場所は合同カンファレンスの場だけではなく、患者の入院生活に関わる随所で専門職同士が連携できることが重要であると考ええる。

東京都足立区の病院で看護師に対し、医療ソーシャルワーカーとの連携についての聞き取り調査を行った<sup>23</sup>。「医療ソーシャルワーカーの介入が必要な患者がいれば報告している」、「どのような福祉サービスがあるか詳細がわからない」、「看護師ももっと福祉について勉強すべき」などの声が聞かれた。看護師が福祉の知識を増やすことは好ましいことである。しかし、看護師が福祉の知識を増やすことよりも、その専門性をもっと発揮すべきなのではないかと考える。その専門性とは患者をアセスメントする能力である。看護師は医師と違い、その患者の治療だけではなく生活全体を援助している。見舞が来ない患者や、着替えをほとんど持っていない患者、洗濯ができない患者など、それらを把握する機会に接しているのは看護師である。また医療従事者の中で看護師が患者に接する時間はトータルでみると一番長く、その時間帯も早朝から深夜を含む 24 時間におよび、患者がそれぞれの時間帯で見せる横顔を見ることもできる。入院以外でも外来を訪れる患者の診察の際に、その服装や身体の状態から清潔行動がとれていないことや、内服薬の管理ができていないことなどが把握できるはずである。

看護職が退院調整に関わる利点として、対象の生活を把握している、他部門との調整がしやすい、病状を十分に把握している、患者・家族と十分なコミュニケーション・信頼関係がとれる、などがいわれている<sup>24</sup>。また、患者や利用者の生活の流れに切れ目なく関わる看護師の理解と協力なくしては患者のニーズを満たした退院は成立しないともいわれている<sup>25</sup>。これらの報告は、看護師が退院調整には不可欠な存在であるということを示唆している。例えば、退院時調整が行われない退院後の生活に問題がないと思われる患者でも、実は生活支援が必要な患者であるというような患者を発見し、退院時調整を行うことを計

画できるのは看護師である可能性が高い。しかし逆に看護師の視点からのみ患者をアセスメントしたために本来退院時調整が必要とされる患者を見逃してしまうということも考えられる。その危険を回避するためにも、加えて看護師以外の医師、薬剤師、理学療法士、栄養士、医療ソーシャルワーカー、事務職などのすべての職種間で患者の退院後の生活に関わる情報交換を日常的に行うことが理想的であるとする。複数の職種で患者をみると、職種の違いによって患者をみる視点が違うため思わぬ発見があることもある。そのような発見が患者の退院時に大きな意味を持つことがある。また、複数の職種が退院時調整に参加する際は、単に参加するというだけではなく、それぞれの専門的な立場から意見交換ができる土壌が必要である。

### 第3節 異なる職種間の連携

地域に潜在している二次予防事業対象外の高齢者、要支援・要介護認定者となっていない高齢者で「身体機能・構造（生命レベル）」、「活動（生活レベル）」、「参加（人生レベル）」のバランスを崩す可能性が高い高齢者を発見することは難しい。ひとつの方法として医療の現場でそのような高齢者をいち早く発見することができるのではないかと提案した。しかし、たとえ看護師がその職種の特性から、なんらかの生活支援を受ける必要がある高齢者を発見したとしても看護師だけでは具体的に利用できる社会資源やその利用方法などについては専門分野でないためうまく利用者と結びつけることができない現状がある。また地域や自宅において高齢者が望む生活を送ることができるように必要なサービスや支援の調整をすることが専門である医療ソーシャルワーカーだけでも、その高齢者に必要なサービスは何かを判断しかねることもあるだろう。一方的に利用者の希望だけを聞き入れることは、過剰なサービスを提供することにもなりかねず介護予防のためには悪影響を及ぼすこともあるからである。よって自らが抱える問題を自覚できない、または訴えることができないような高齢者への生活支援は、異なる専門を持つ職種間での連携が必要となる。そしてできるだけ多くの職種で連携することが望ましいと考える。

地域包括ケアシステムの構成要素である保健・医療・福祉のそれぞれのなかにも連携が必要である。前述の「退院調整看護師に関する実態調査 報告書」<sup>26</sup>から、退院調整部門に看護師と医療ソーシャルワーカーを組み合わせ配置している病院が70.9%あることがわかったが、ひとつの目標に向かって円滑な連携をとるためには同じ部門に同居しているというだけでは意味をなさない。単に看護師が患者の情報を医療ソーシャルワーカーに提供すればよいということではないからである。その観点からすると複数の専門職が一同に顔を合わせる退院調整カンファレンスも同様のことがいえるだろう。単に同じ場所でそれぞれの情報を申し送るだけでは作業分担の割り当てをしているに過ぎなくなるからである。

ひとりの患者の退院にかかわる意見交換には、医師、薬剤師、理学療法士、栄養士、看護師、医療ソーシャルワーカー、事務職などのすべての職種が連携することが望まれる。



看護師と医療ソーシャルワーカーだけがそれぞれ単独で支援した場合では、必ず不足する点が出てくると思われる。これは同じ対象を見ている職種が異なるとその知識の専門性から対象の見方の方向性が違って来るからである。看護職と介護職に対して、ある簡単なモデル事例を提供し、援助すべき問題点、必要な援助内容、今後の予測などについて質問をした報告がある。看護職では、命を守る観点から予防的観点を持って健康に重点を置き、介護職では、生活・文化を守る視点から家政学に拠った生活調整に重点を置いていたという結果が報告されている<sup>27</sup>。これはそれぞれの職種の専門性から同じ対象を見ている、その見方に異なった知識を使っているということのあらわれである。

生活支援は一般的に福祉の分野に属すが、医療の現場で発見される生活支援を必要としている高齢者では福祉だけではなく医療の側面からみたケアが同時に必要である可能性が高い。したがって福祉と医療の両方の視点から高齢者をアセスメントすることが必須となり、またそのアセスメント結果を統合し高齢者に必要な支援は何かを吟味していく必要がある。そのためには専門職同士がお互いの専門性を理解することが重要である。

長野県茅野市の諏訪中央病院の地域連携室師長へのインタビューでは<sup>28</sup>、在宅医療、看護、介護を受けている高齢者に対して個別性の高いケアを提供していくためには異なった職種間で同じ現場を共有することが大切であると力説していた。異なった職種（例えば看護師と介護士）がそろって高齢者の自宅を訪問し、協力してケアを行うことを繰り返すことにより互いの仕事を理解し、それぞれが持つ異なった知識や技術を共有していくことになり、さらにはそれが統合されてより良いケアを生み出すことがあるということである。したがって異なる職種間での連携では、それぞれの専門性を活かすことが求められるが、同時に他の専門職への理解を深める努力も必要となる。

---

<sup>1</sup> 厚生労働省「介護保険制度改革の概要－介護保険法改正と介護報酬改定－」2006年、2-6ページ。

<sup>2</sup> 厚生労働省「介護費用と保険料の推移」 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi.html> 2012年11月28日最終確認)

<sup>3</sup> 安村誠司「閉じこもり予防・支援マニュアル（改訂版）」2009年、6-7ページ。

<sup>4</sup> Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L, Foster JK, Bockxmeer F, Xiao J, et al. , *Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease* a randomized trial. *JAMA* 2008; 300: 1027-1037.

<sup>5</sup> 前掲、介護予防マニュアル改訂委員会「介護予防マニュアル改訂版」1-13ページ。

<sup>6</sup> World Health Organization, *ICF International Classification of Functioning, Disability and Health*

<sup>7</sup> 前掲、上田敏『ICF(国際生活機能分類)の理解と活用一人が「生きること」「生きることの困難(障害)」をどうとらえるか』7-31ページ。

<sup>8</sup> 大川弥生『「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用－目標指向的介護に立って』中央法規出版、2011年、29-33ページ。

<sup>9</sup> 前掲、諏訪さゆり「ICF(国際生活機能分類)の基本的考え方 採択ケアへの普及のために」948-953ページ。

<sup>10</sup> 中俣恵美「国際生活機能分類ICFにおける「生活機能」をめぐる課題」『総合福祉科学研究』2011年、103-114ページ。

<sup>11</sup> 前掲、厚生労働省老健局総務課 「介護保険制度改革の概要 ～介護保険法改正と介護報酬改定～」4-9ページ。

- 
- <sup>12</sup> 前掲、上田敏『ICF(国際生活機能分類)の理解と活用―一人が「生きること」「生きることの困難(障害)」をどうとらえるか』7-31 ページ。
- <sup>13</sup> 奥野茂代、大西和子『老年看護学Ⅰ』ヌーヴェルヒロカワ、2008年、190-198 ページ。
- <sup>14</sup> 渡辺美鈴、渡辺丈眞、松浦尊麿、樋口由美、渋谷孝裕、臼田寛、河野公一「生活機能の自立した高齢者における閉じこもり発生の予測因子」『日本老年医学会雑誌』44巻2号、2007年、238-245 ページ。
- <sup>15</sup> 大川弥生「ICFから高齢者医療・介護を考える―生活機能学の立場から―」『日本老年看護学会誌 Journal of Japan Academy of Gerontological Nursing』Vol.13 No2、2009年、18-27 ページ。
- <sup>16</sup> 前掲、介護予防マニュアル改訂委員会「介護予防マニュアル改訂版」1-13 ページ。
- <sup>17</sup> 奥宮暁子、金城利雄、石川ふみよ『リハビリテーション看護』メディカ出版、2010年、19-23 ページ。
- <sup>18</sup> 前掲、S病院 医療ソーシャルワーカー、看護師長へのインタビューより 2012年11月9日
- <sup>19</sup> 井上尚子「都市郊外在宅高齢者における3年後の要介護度経年変化と関連要因及び累積生存率」『社会医学研究』第30巻1号、2012年、1-12 ページ。
- <sup>20</sup> 厚生労働省「平成22年 国民生活基礎調査」  
(<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001031016> 2013年3月3日最終確認)
- <sup>21</sup> 財団法人 日本訪問看護振興財団「社団法人日本看護協会委託事業退院調整看護師に関する実態調査報告書」2011年、17-39 ページ。
- <sup>22</sup> 厚生労働省「平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査)在宅医療の実施状況と医療と介護の連携状況調査 報告書」2011年、30-43 ページ。
- <sup>23</sup> 前掲、S病院 医療ソーシャルワーカー、看護師長へのインタビューより 2012年11月9日
- <sup>24</sup> 黒江ゆり子、藤澤まこと、普照早苗、佐賀純子、平山朝子、田辺満子、若原明美「県内医療施設における田院調整の実態」『岐阜県立看護大学紀要』第5巻1号、2005年、109-115 ページ。
- <sup>25</sup> 望月宗一郎、小澤結香、村松照美、飯島純夫「介護療養型医療施設の退院調整に関わる看護師・医療ソーシャルワーカーの業務に関する認識とストレス退所力(SOC)との関連」『山梨大学看護学会誌』第8巻2号、2010年、21-29 ページ。
- <sup>26</sup> 財団法人 日本訪問看護振興財団「社団法人日本看護協会委託事業退院調整看護師に関する実態調査報告書」2011年、17-39 ページ。
- <sup>27</sup> 日本病院会「シンポジウム 医療と福祉の連携」『日本病院会雑誌 病院学 1998年』第45巻第12号、1998年、49-70 ページ。
- <sup>28</sup> 諏訪中央病院 地域連携室看護師長へのインタビューより 2012年3月29日。

## 第5章 生活支援による介護予防と地域連携～長野県茅野市の事例から～

地域で生活するすべての高齢者の生活状況を把握することは容易ではない。特に独居高齢者であり、社会との接触を積極的に持つことがない高齢者の健康状態や生活の状況を把握することは困難となる。本章で事例として取り上げる長野県茅野市は、医療の地域連携のモデルとして有名な地域である。古くから医療の地域連携に成功している地域であり、またその連携の仕方には保健、医療、福祉のみならず地域住民との連携が存在する<sup>1</sup>。しかしその茅野市においても地域に住む全高齢者の生活状況を把握することは難しく課題のひとつとなっている<sup>2</sup>。

冷水豊氏は『「地域生活の質」に基づく高齢者ケアの推進』の中で「地域生活の質」という観点から、高齢者介護に対し新たなインフォーマルケアの形成をどう進めて行くか茅野市において検証している<sup>3</sup>。そこで優先的に取り組むべき課題としてあげられているのは「ひとり暮らしや認知症の高齢者であっても、孤立せず地域で支えられる」ことである。また冷水氏は、ひとり暮らしや認知症の高齢者が孤立せず地域で支えられるためには個別訪問が有効であると述べている。しかしその具体的な方法は不明であり検討する必要がある。

本研究では、茅野市において地域に潜在している生活支援を受けることで介護予防となるような高齢者の生活状況を、専門職同士あるいは地域の人々との連携によってどのように把握しているのか、また高齢者を保健、医療、福祉の連携と広範な人々との連携によって支援する場合に専門職はどのような連携を準備し地域住民はそこにどのように関わることかを検証する。

### 第1節 長野県茅野市の医療福祉ネットワークの形成

#### (1) 長野県茅野市の概要

##### ① 長野県の特徴

長野県は本州の中央部に位置する県であり、海岸線を持たない県である。面積は13,562.23 km<sup>2</sup>であり日本で4番目に大きな県である<sup>4</sup>。気候は内陸性で湿度が低く気温較差が大きい。県が南北に長いため北部の新潟県境では冬期に平地で3mを超える積雪をみる地域もあり、一方南部では太平洋側の温暖な気候に近い地域もある。

長野県の産業は、戦前には日本でも有数の製糸業の産地として栄え、戦後はカメラ、時計などの精密機械工業が発達し高い経済成長を遂げてきた。現在はコンピュータ関連などの電子部品を中心とする電気機械工業に主流は移ってきている<sup>5</sup>。

長野県の医療計画では、いつでも、どこでも、等しく保健医療サービスが受けられる体制を整えることを目標としている<sup>6</sup>。公的病院と民間病院の役割を明確にしておき、そのうちの公立病院の役割は地域における基幹的な医療機関として地域の医療を支えることであり、へき地医療、救急医療、高度・先端医療など採算性の面から民間の医療機関による提供が困難な医療を提供することとされている。

旧制度である老人保健制度における長野県の 2007（平成 19）年度の 1 人当たりの老人医療費は 715,564 円である。同年度の全国平均は 869,604 円であり、長野県は全国で一人当たりの医療費が最も低額な県となっている<sup>7</sup>。後期高齢者医療制度における長野県の 2010（平成 21）年度の一人当たりの医療費は 770,560 円であり、全国平均の 904,795 円を下回っている<sup>8</sup>。一方で厚生労働省が公表した「平成 22 年都道府県別生命表の概況」<sup>9</sup>によれば、長野県の平均寿命（0 歳の平均余命）は男 80.88 年、女 87.18 年であり男女とも最も長寿の県となっている。長野県の長寿は佐久病院や諏訪中央病院などが早くから地域医療活動を実践し、県内一円をカバーするような集団スクリーニング等が実施されてきた成果であるといわれている<sup>10</sup>。

## ② 茅野市の特徴

茅野市は、長野県の中部からやや東寄りに位置する諏訪盆地の中央にある。東は八ヶ岳連峰を境として南佐久郡、佐久市に接し、北は大河原峠、蓼科山、大門峠等により北佐久郡、小県郡に接し、西は諏訪市に、南は富士見町、原村に、西南部は杖突峠等によって伊那市に接している<sup>11</sup>。

茅野市は長野県の 10 広域の中では諏訪地域に属している。諏訪地域は茅野市のほかに岡谷市、諏訪市、下諏訪町、富士見町、原村の 3 市 2 町 1 村からなっている。それぞれの地域の人口、65 歳以上人口、高齢化率は表 5-1 の通りである。また、後期高齢者率は 2009（平成 21）年では 48.5%であり【表 5-2】、そのうちの要介護者の出現率は 25.8%である【図 5-3】。

茅野市の 65 歳以上人口のうち、労働力人口は 4,040 人となっている。それに対する就業者は 3,920 人で、65 歳以上人口の就業率は 97.03%で全国を上回っている（30 歳から 49 歳までの就業率は 96.75%）<sup>12</sup>。

表 5-1 諏訪広域の人口

	面積(km <sup>2</sup> )	総人口(人)	平均年齢(才)	65歳以上人口(人)	高齢化率(%)
諏訪広域	715.40	204,875	47.25	54,831	26.76
岡谷市	85.14	52,841	47.25	14,975	28.38
諏訪市	109.06	51,200	45.60	12,865	25.19
茅野市	266.40	56,391	45.05	13,509	24.08
下諏訪町	66.90	21,532	49.37	6,879	31.96
富士見町	144.65	15,338	48.62	4,568	29.97
原村	43.25	7,573	47.63	2,035	26.87

出所：総務省統計局「平成 22 年国勢調査」より筆者作成。

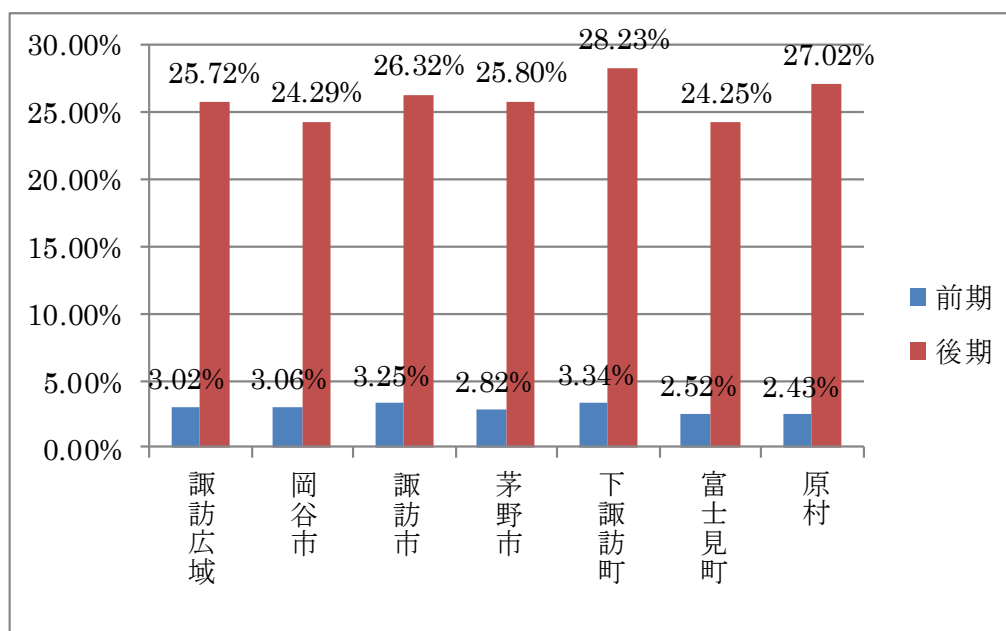
表 5-2 諏訪広域連合市町村別第 1 号被保険者に対する後期高齢者率

2009（平成 21）年

市町村	広域	岡谷市	諏訪市	茅野市	下諏訪市	富士見町	原村
後期率（%）	50.2	49.6	49.2	48.5	50.7	57.6	53.2

出所) 諏訪広域連合介護保険課「諏訪広域連合&関係市町村 介護保険事業の推移 平成 21 年度 事業運営状況」2010 年,5 ページより筆者作成。

図 5-1 諏訪広域連合市町村別の介護認定者の出現率（前期、後期高齢者別）



出所) 諏訪広域連合介護保険課「諏訪広域連合&関係市町村 介護保険事業の推移 平成 21 年度 事業運営状況」2010 年,10 ページより筆者作成。

## (2) 諏訪中央病院と地域医療

### ① 地域医療の背景

長野県には佐久総合病院の若月俊一医師が構築した地域医療がひとつのモデルとして存在した。第二次世界大戦中の混乱の時期に、地域に飛び込んでいった若手医師が全国に存在し、若月医師もその一人であった。若月医師の地域医療のモデルとは、若月医師が佐久病院に就任した後に、手術、入院患者の受け入れとともに無医村地区への出張診療に力を入れたことである<sup>13</sup>。そして「予防は治療にまさる」との考えから病院で患者を待つだけでなく、地域住民の中に積極的に入り込み住民と一体となって衛生の普及に努めたことが地域医療のモデルとなっている。農村型地域医療といわれるものであり、その他の地域でもこれをお手本にしながら地域医療を引き継いでいったという背景がある。諏訪中央病院を中心とする茅野市の地域医療もその流れを汲んでいる<sup>14</sup>。

かつて農村部では国民健康保険に加入していても病気になった時に受診できる医療機関がないという事態に陥っていた。市町村は国保直診の病院や診療所を設立することになったが、厳しい財政状況であったため予防や健康管理を重視せざるを得なかった<sup>15</sup>。農村地域では、予防や健康管理を重視するという方法で地域医療を推し進めていった。

## ②諏訪中央病院の概要

諏訪中央病院は1950（昭和25）年に、ちの町国保直営諏訪中央病院として開設された。開設当時の病床数は一般病床22床であった。1953（昭和28）年に諏訪中央病院組合が設立し、ちの町より組合へ病院経営が移管される。1958（昭和33）年に、町村合併により茅野市、諏訪市、原村の2市1村の組合立病院となる。

諏訪中央病院では、予防からリハビリまで一貫した医療を担っている。予防では人間ドック、健康診断、予防接種を実施し、入院施設では急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養型病棟と患者の病態に合わせて全てがカバーされるようになっている。また高齢者介護では介護老人保健施設、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）を持ち、地域リハビリテーションセンターや、在宅ケア、訪問看護ステーションも併設されている<sup>16</sup>。2013（平成25）年現在、諏訪中央病院は一般病床315床、療養病床45床の計360床の病院となっている<sup>17</sup>。

## ③諏訪中央病院の地域との関わり方

諏訪中央病院在宅診療部部長への聞き取り調査から<sup>18</sup>、諏訪中央病院の医療が地域とどのように関わってきたかを整理する。

諏訪中央病院の地域医療に関する歴史は古いが、本格的に現在の流れになったのは1980（昭和55）年に今井澄医師が院長に就任したことや、鎌田實医師が就任した頃からである。当時の諏訪中央病院は赤字病院であった。外来を開いても受診する患者が全く訪れず、医師や職員達はキャッチボールやピクニックをして過ごしたという逸話が残っている。「患者が病院に来ないのであればこちらから出かけて行こうじゃないか」という発想から訪問医療を開始した。訪問医療を始めたことにより病で苦しんでいる人々が地域に多数いることを目の当たりにする。これを期に人々が苦しむ病を予防する活動ができないかと考え始めるようになり、保健師による高血圧予防活動や入浴サービスが開始された。

諏訪中央病院が地域と積極的に関わるために実施してきた活動は以下の通りである。1980（昭和55）年には、長野県の国保病院では2人目となる医療ソーシャルワーカーを採用し、健康相談室を開設した。これにより本格的な地域医療福祉システムが構築された。1982（昭和57）年には、保健婦採用により本格的な家庭訪問活動が開始される。1983（昭和58）年には第1回のほろ酔い勉強会が始まる。ほろ酔い勉強会とは、市民から要望のあったテーマを取り上げて開催される誰でも無料で参加できる健康に関する勉強会であり今日でも継続されている<sup>19</sup>。1984（昭和59）年にはデイケアが開始される。これはわが国

初のデイケアであると言われている<sup>20</sup>。

病院とは、身体に問題を抱える人がそれを治療してもらうためや継続的に管理してもらうために患者の方から病院を訪れることが一般的である。しかし諏訪中央病院では病院側から地域へ向かって活動がなされている。地域に向かって医療従事者が出ていくことで、そこでまた新たな問題に気づき、それを解決するためにまた地域に出る、ということが繰り返されている。医療が地域に出ていくという形が滲透しており、これは若月医師の構築した地域医療のモデルが受け継がれていることになる。

### (3) 福祉 21 ビーナズプランの創設

茅野市のまちづくりのために 2000（平成 12）年度を「地域福祉元年」として「福祉 21 ビーナズプラン」（以下ビーナズプラン）という茅野市地域福祉計画が実行された。ビーナズプランとは、高齢者福祉だけでなく全ての年代にわたる障害者福祉、保健予防、子育て、教育、まちづくり等を包括した計画である<sup>21</sup>。最初のビーナズプランができるまでに 4 年を費やしている。

#### ①地域住民参加による計画立案

1996（平成 8）年に茅野市の福祉を住民主体で進めるための組織が発足した。これが「茅野市の 21 世紀の福祉を創る会（通称：福祉 21 茅野）」である。この組織は 21 名の住民代表からなり、またこの組織を中心に多数の専門部会がつくられた。

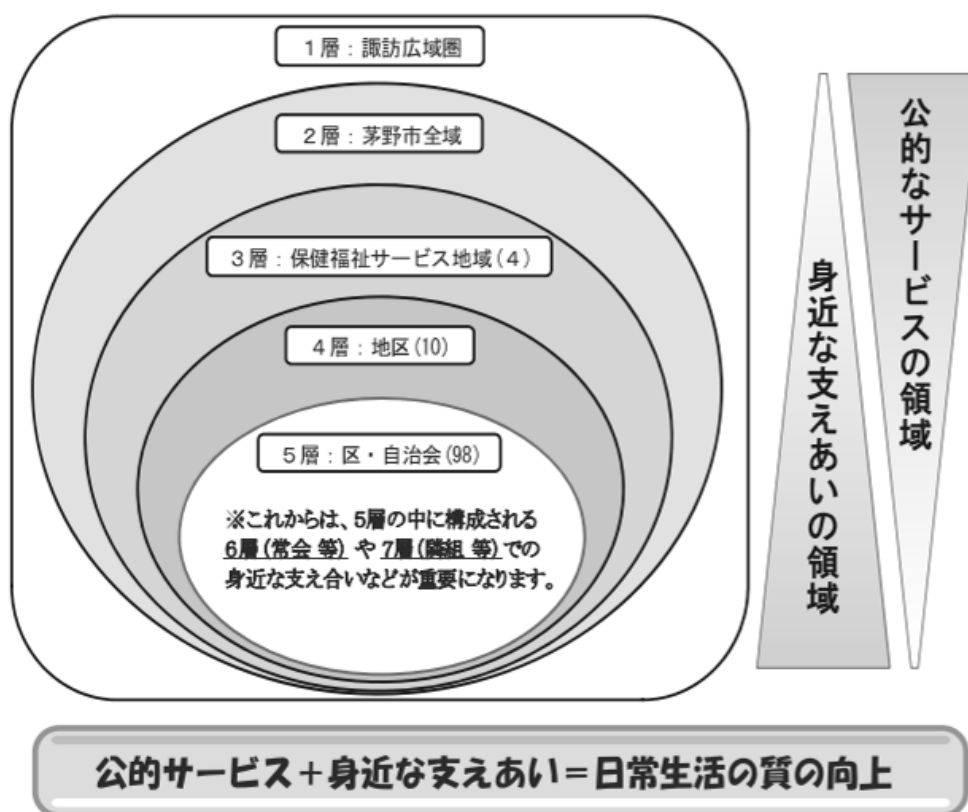
専門部会とはケアマネジメント部会、在宅支援部会、痴ほう対策部会、健康づくり部会、福祉教育・ボランティア活動推進部会、福祉マンパワー育成・確保・研修部会、地区学習部会、子育て部会、学校保健部会、現状等調査部会、情報提供プロジェクト、ターミナルケア部会の 12 部会である。これらの専門部会には 100 人を超える住民が何らかの形で参加し、すべての年代の保健、医療、福祉の多岐にわたる問題について約 3 年間の検討を重ね、2000（平成 12）年に「福祉 21 ビーナズプラン」ができあがったのである<sup>22</sup>。2000（平成 12）年 4 月の介護保険制度の施行と時期を同じくしてこのビーナズプランも実行された。

大橋謙策氏は「21 世紀の社会システムづくりと地域福祉計画—保健・医療・福祉・生涯学習の連携でまちづくり—」の中で、在宅福祉サービスは日々の生活の場において利用するものであるため、自らもサービスを利用したくなるようなものにしていく活動が地域において展開されないと述べ、地域福祉計画の策定過程における住民参加の重要性を指摘している<sup>23</sup>。各市町村が策定する計画づくりに関心をもってもらい、自らが望む社会福祉サービスのあり方について積極的に発言するためにも住民参加は重要である。茅野市の「福祉 21 ビーナズプラン」の策定には多くの住民が参加していることから、保健、医療、福祉の連携にとどまらず、加えて広範な人々との連携の基礎が築かれているということがわかる。

## ②住民本位の計画内容

ビーナスプランは住民が身近な地域で保健福祉サービスを受けられることを目的としているため、まずは生活圏を階層化した【図 5-4】。階層は5つに分けられており、5層から1層に向かうにしたがって地域が拡大していくようになっている。5層にあたる部分は住民のもっとも身近な「行政区・自治会・公民館分館」とされている（さらに5層のもとには、常会、町会等の6層、隣組等の7層が存在する）。4層は「地区（10地区）」であり、3層は「保健福祉サービス地域（エリア）」、2層は「茅野市全域」、1層は「諏訪広域」と地域が拡大していく【図 5-5、図 5-6】。

図 5-2 生活圏の5つの階層



出所)「第2次福祉 21 ビーナスプラン」より引用。



表 5-3 各生活圏の階層と保健福祉サービス

階層	地域	主な組織や期待される役割・主な保健福祉サービスの例
1層	諏訪広域	<p>◎保健所、児童相談所、地域障害者自立生活支援センター、介護保険の運営など県・広域連合が実施する機関</p> <p>◎高齢者・障害者等の介護に関するサービス 訪問看護・通所介護・入所介護など</p> <p>◎医療：諏訪赤十字病院、富士見高原病院など</p>
2層	茅野市全域	<p>◎茅野市役所（地域包括支援センター）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健管理センター（健診・予防接種など）・保育園</li> <li>・こども・家庭応援センター・0123 広場</li> <li>・CHUKO らんどチノチノ・老人福祉センター塩壺の湯など</li> </ul> <p>◎茅野市社会福祉協議会</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティア・市民活動センターほか</li> </ul> <p>◎シルバー人材センターなど</p> <p>◎茅野市に営業所のあるサービス提供事業所、施設</p> <p>◎医療：諏訪中央病院、各種医院・歯科医院</p>
3層	保健福祉サービス地域 (4エリア)	<p>◎保健福祉サービスセンター（地域包括支援センターサブセンター）</p> <p>保健福祉の拠点</p> <p>◎温泉施設：ミニデイサービス、憩いの場機能</p>
4層	地区（10）	<p>◎地域コミュニティセンター</p> <p>◎地域コミュニティ運営協議会</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地区区長会、地区分主会、地区社会福祉協議会など</li> </ul> <p>◎地区福祉行動計画の推進</p> <p>◎生涯学習の場</p>
5層	行政区・自治会（98）	<p>◎区・自治会、福祉推進委員、民生児童委員、ボランティア組織、保健補導員など</p> <p>◎地域福祉行動計画の実践</p> <p>◎住民の自主的参加、活動の場（いきいきサロンなど）</p> <p>◎生涯学習の実践の場</p> <p>◎要援護者の見守りや声かけなど近隣の支えあい</p> <p>◎公民館分館の活動</p>

出所）「第2次福祉21 ビーナズプラン」より筆者作成。

表 5-4 新たな生活圏の階層

階層	地域	現在の機能、役割や仕組み
6層	常会・町会 等 様々な呼称	◎要援護者の見守りや声かけなど近隣の支えあい ・区・自治会（5層）の中に構成している組織で、この単位で計画的な行事・活動をしているところも多い。 ・回覧板、出払いなど、地域の中で必要な活動を行う際に機能する地域最小の組織。
7層	隣組・互助組 等 様々な呼称	

出所)「第2次福祉21ビーンズプラン」より筆者作成。

このビーンズプランは、利用者となる住民が計画の策定当初から参加し、約3年もの間議論を重ねることで出来上がっている。自らが住むまちの福祉計画を立てるにあたり、住民が参加し主体となっていることには大きな意味があると考えられる。仮に保健、医療、福祉の専門家や行政機関職員のみで計画を作成した場合には、それぞれの専門分野に関心が向くためサービスを提供する側の視点に立った偏った計画となってしまうことが危惧される。

しかし、現実に利用する立場である地域の住民が策定に参加することで、医療機関や福祉施設、行政施設などの地域資源を有効に利用するための統合された計画を提起することができるのではないだろうか。だが一方で有効な地域計画を推進するためには、保健、医療、福祉に関する専門家が主導することも必要である。重要なことはその過程において多様な地域住民の参加が求められるべきであるということである。この観点から茅野市のビーンズプランは理想的な方法で作りに上げられたといえるのではないだろうか。

#### (4) 保健福祉サービスセンターの誕生<sup>24</sup>

2000（平成12）年の介護保険制度の導入とともに市内の4か所に保健福祉サービスセンターが設置された。この茅野市の保健福祉サービスセンターは、厚生労働省が2005（平成17）年の介護保険制度の改正において設置を求めた地域包括支援センターのモデルとされたものといわれている。前述の生活圏の5つの階層をもとに地域福祉の基盤整備として市内に4ヶ所の保健福祉サービスセンター（東部、西部、中部、北部）が開設された【5-7】。

##### ①4ヶ所の保健福祉サービスセンター設置の背景

保健福祉サービスセンターの開設以前では、ホームヘルプサービスを受けようとした場合には市役所の福祉課の福祉事務所に出向いて申請をし、それが受理されると社会福祉協議会からホームヘルパーが派遣されるといった手順を踏む必要があった。しかし茅野市のように地理的に広い土地であると遠方に在住する高齢者や障害者がその都度市役所まで相談や申請に行くのは不便であり、また困難となる場合がある。

身近な場所に気軽に訪れることができる相談窓口があり申請の事務手続きが可能で、その場でサービスの決定もできれば市民はより保健福祉のサービスを利用しやすくなるので

はないかという提案がなされた。そして住民にとって「身近で利用しやすい」という観点から、人口比、社会福祉サービスの利用者の比、交通経路、病院や診療所の数、社会福祉関係の施設数など複数の情報から検討し、市内に4つの保健福祉サービス地域（エリア）を設定することとなったのである。

前述の生活圏の5つの階層から、保健福祉の基本的なサービスを利用・提供する範囲を考えた場合「地区」の単位では狭すぎ、「市全域」では広すぎるため、その中間の「保健福祉サービス地域（エリア）」を設定することになった。これが生活圏の5つの階層の「3層」に該当し、この「3層」は今までにない新しい区域の単位となったのである<sup>25</sup>。この3層のそれぞれのエリア4か所に保健福祉サービスセンターが設置され、保健福祉の総合相談窓口として位置付けられた。

図 5-3 保健福祉サービス地域（エリア）



出所)「福祉 21 ビーナスプラン後期 5 か年計画」より引用。

## ②保健福祉サービスセンターの機能

この保健福祉サービスセンターは従来あった役所の支所のような行政の出先機関とは異なり、どの職員でもどんな保健福祉の問題にも可能な限り対応していこうという目標が掲

げられている。職員それぞれが従来の職域を超えて協力し、住民のあらゆる要望に応じていこうとするものである<sup>26</sup>。そのため人員もかつて行政の保健福祉関係の部署にいた事務職員、ケースワーカー、保健師数名と社会福祉協議会からのボランティアコーディネーター1名によって構成されている。

この機能は従来の縦割り行政機構を根底から覆すことになる。つまりサービスの提供側にとって最も効率の良かったシステムを廃することによって、サービスの受け手側にとってはより身近できめ細かいサービスが享受できるシステムとなったのである。サービス提供側の効率の良さというものが、利用者の利便性や個々の抱える細かい問題を解決することに対しても効率が良いということでは決してないからである。それぞれに得意分野を持つ職員が同じ場所に集い、協働して利用者に対応するというシステムは、利用者が何を求めているのかを最優先に考えたシステムであると評価できる。

### ③機能の変革

当初茅野市が目指していた保健福祉サービスセンターは、介護保険制度下の地域包括支援センターのような高齢者だけを対象とした施策ではなかった。乳児から高齢者まであらゆる年代の人を対象とした保健、医療、福祉の窓口であり、医療機関も併設している保健、医療、福祉、行政の連携の良い「よろず相談窓口」を作ろうとしていた。しかし介護保険制度が導入されたことによって茅野市の保健福祉サービスセンターは地域包括支援センターの役割も兼ねることになり、本来の保健福祉サービスセンターとしての役割が果たせない状態となってしまった。保健福祉サービスセンターの職員が事務仕事に手を取られて地域の中での活動が全く出来ないという状況に陥ったからである。

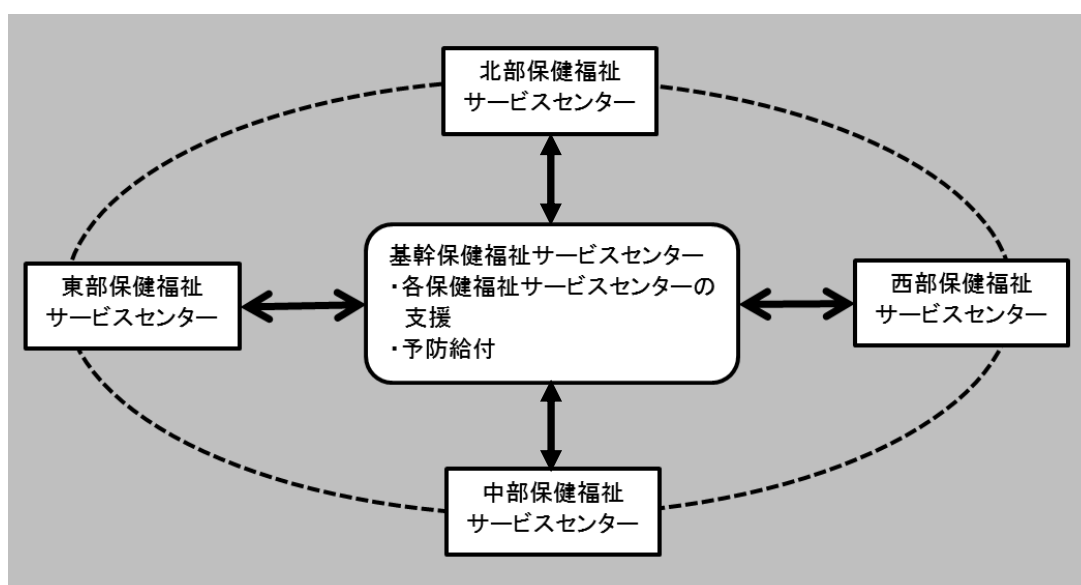
2005（平成 17）年の介護保険制度の改正から地域包括支援センターが創設され、活動が開始されて問題となったのは、本来の業務である介護予防事業を行うことよりも予防給付のケアプランの作成に職員が忙殺されたということである。茅野市の保健福祉サービスセンターも例外ではなかった。ケアプランの作成ばかりに専念し、介護予防事業が疎かになったという現状があった。

茅野市の保健福祉サービスセンターではこの現状を打開し本来の業務に専念できるように、2010（平成 22）年から 4 つの保健福祉サービスセンターを 1 つに統括する茅野市包括支援センターを本庁の地域福祉推進課の中に設置した【図 5-8】。そして従来の 4 つの保健福祉サービスセンターがサブセンターという形を作った。その理由は、地域包括支援センターがやるべき包括支援事業と予防給付を業務分担するためである。予防給付は地域福祉推進課のケアマネージャーが専属でその業務を行い、4 つの保健福祉サービスセンターでは介護予防事業に専念するという形ができあがった。地域の運動教室を中心に介護予防事業を展開することができ、保健福祉サービスセンター本来の業務を取り戻すことが可能となったのである。

茅野市の地域包括支援センターである保健福祉サービスセンターは、誕生の時から地域

住民が利用しやすいように地理的な配慮をし、利用者から持ち込まれる相談事に可能な限り対処できるように従来では実施されてこなかった職員の配置をしている。また実際に業務が開始されてから浮上した問題を解決するための改革がなされている。行政の機能を改革することは一般的には難しいこととされているが、茅野市では柔軟に対応できている。そこには利用者を最優先に考えるという理念が存在するからではないかと考える。またサービスを提供する組織のそれぞれが役割として何を優先すべきかを認識しており、その役割を果たすためにひとつの組織内に留まらず他の組織と協働して改変を試みるという方法は理想的な連携であるといえることができる。

図 5-4 保健福祉サービス体制の概念図



出所)「福祉 21 ビーナプラン後期 5 か年計画」より筆者作成。

## 第 2 節 地域に潜在している生活支援を必要とする高齢者の把握方法

二次予防事業対象者、要支援に該当しないと判定された高齢者の中にも、近い将来要介護状態となるリスクが非常に高い高齢者が存在する。しかし、リスクが高いといわれている高齢者ほど、保健、医療、福祉の介入が必要である状態にもかかわらず、自発的にこれらの社会資源にアクセスすることは難しいといわれている<sup>27</sup>。茅野市では、地域に潜在している生活支援を必要とする高齢者や、二次予防事業対象者、要支援に該当しないが要介護に陥る可能性が高い高齢者をどのような方法で把握しているのか、茅野市西部保健福祉サービスセンターのセンター長、保健師、ケースワーカー、社会福祉協議会のコミュニティ・ケースワーカー等から聞き取り調査を行った<sup>28</sup>。

## (1) 社会福祉協議会と行政の連携による個別訪問

茅野市では、約 110 人いる民生委員が中心となって二次予防事業対象者、要支援に該当しない高齢者の健康状態の把握に努めている。しかし高齢者の各家をすべて訪問することは容易なことではない。理想的にはローラー作戦のように全戸を訪問することが望まれるが、現在ではそれも不可能となっている。かつて茅野市では高齢者の健康状態の把握のために年に一度一定期間基準日を定め、民生委員にローラー作戦を実施してもらい、その結果を県に報告するということを実施していた。現在では県がその情報を必要としなくなったため、茅野市も民生委員に地域の高齢者全員を把握する作業を依頼できなくなった。よってローラー作戦による地域の高齢者の健康状態を把握する作業は行われていない。すべての高齢者を把握するための方策が今後の課題となっている。

何らかの問題を抱えていて社会資源に接触できないような高齢者を発見するには、個別訪問がやはり有効な手段となる。保健福祉サービスセンターには、社会福祉協議会職員である地域生活支援係と行政職員である地域部推進係が存在する。地域生活支援係を務めているのは社会福祉協議会職員であるコミュニティーソーシャルワーカーである。また地域部推進係を務めているのは行政職員である保健師やケアマネジャーである。現在ではこれらの係が高齢者の自宅を訪問し、要介護のリスクが高い高齢者を発見した場合には、必要なサービスや医療が受けられるように支援している。実際に要介護のリスクが高い高齢者を発見することがしばしばあるということである。

地域生活支援係は、定期的に各家を訪問するため比較的詳細に地域の人々を把握しているといわれている。2007（平成 19）年度の地域生活支援係の訪問延べ件数は、2,796 件となっている<sup>29</sup>。問題は家庭訪問をする人材が少ないために地域に住む高齢者の全員を把握できないことと要介護のリスクの高い高齢者を見逃してしまう可能性があるということである。この問題を解決するために、可能な限り地域生活支援係と地域部推進係の二人が同行して家庭訪問をするようにしている。これは地域を詳細に把握している地域生活支援係と保健師やケアマネジャーといった高齢者の心身の状態を把握する専門職が務める地域部推進係が伴って高齢者の家庭を訪問することになるため、要介護のリスクの高い高齢者を見逃す危険を低下させることになる。このような工夫も小さいながら要介護のリスクのある高齢者を発見することにつながっている。

しかしながら、それでも地域に在住する高齢者全員の健康状態を把握することは困難である。代替案として地域生活支援係であるコミュニティー・ケースワーカーが独居の高齢者に季節ごとのお便りをだすという活動をしている。顔を見ることができない代わりに何かあればいつでも相談してほしい、というというメッセージを送り接触をとっている。受け取った高齢者が手紙は読まなかったが、封筒に印刷してある電話番号を頼りに連絡してきたこともあった<sup>30</sup>。この活動も高齢者の健康状態を把握するためのひとつの手段となっている。ひとり暮らしの高齢者にとって日常生活における身近な支援があるか否かは重要な意味を持っている。高齢者が生活を営む中で、相談できる家族、友人、近隣住民、公共

機関の窓口などを持っているということは、精神的なサポートを受けていることになるからである<sup>31</sup>。コミュニティ・ケースワーカーが独居の高齢者に季節ごとのお便りをだすという活動は、相談できる公共機関の窓口を持つことになる。これは高齢者のひとり暮らしの不安を少しでも軽減することにつながる活動であると考えられる。

## (2) 医療機関と保健福祉サービスセンターとの連携による把握

茅野市では、諏訪中央病院、開業医（一般診療所 42 件、歯科診療所 21 件）<sup>32</sup>、保健福祉サービスセンターが連携して要介護状態に陥る可能性が高い高齢者や、何らかの生活支援が必要と思われる高齢者を支援している。諏訪中央病院や開業医を訪れた高齢者で、現在は介護が必要ではないけれど足元が覚束ない状態であったり、ひとり暮らしであるのに病状がすぐれず生活支援が必要と思われる高齢者などが発見されると直ちに保健福祉サービスセンターに連絡を入れることになっている。連絡を受けた保健福祉サービスセンターではまず家庭訪問をし、その後は重点的に見守りをするなど適切な支援をする。この連携が実施されるようになってから 100%とはいえないが自宅で孤立する可能性が高い高齢者を発見することができるようになったといわれている<sup>33</sup>。

保健福祉サービスセンターと地域の医療機関との連携は、地域福祉計画ができた頃から各機関で合意されている取り決めである。高齢者は何らかの慢性疾患を持っていることが多く、諏訪中央病院や開業医を受診する可能性が高い。普段は積極的に地域と関係を持たない高齢者でも風邪などで体調を崩した時には病院や診療所を受診する機会もあるだろう。病院や診療所には複数の専門職が混在している。ある専門職が問題を抱える高齢者を見逃したとしても、他の専門職によって発見される可能性もある。医師、看護師、理学療法士、薬剤師等の複数の専門職の視点で高齢者に潜在する問題が観察されるからである。

保健福祉サービスセンターと医療機関が連携することは、高齢者が医療機関を訪れた時に健康状態のほか、生活の状況や精神的な問題についても医療従事者によってアセスメントされ問題があればすぐに支援に繋げることができるシステムであるということができる。さらにこの連携では、高齢者に必要な支援の種類や内容についても具体的に医療機関から支援をする保健福祉サービスセンターに提案することができる。自らの問題を自覚できないような高齢者では、高齢者からの訴えを待つのでは手遅れになる場合がある。地域全体の医療機関が常に高齢者の健康状態を把握するように努力し、情報を発信し、またその情報をすぐに受ける機関があるというシステムは、地域に潜在している生活支援を受けることで介護予防となるような高齢者の早期に発見につながっていると考える。

## (3) 保健・医療とボランティアとの連携による把握

茅野市では高齢者の健康状態を把握するために健康診査が行われている。75 歳以上の高齢者は 2012（平成 24）年から無料で診査を受けることができる。受診料が無料になったことで受診率が上昇することを狙っている。健康診査を受け、疾病を予防することは介護

予防のスタートラインであるといえる。また健康診査を受けることは、二次予防事業対象者であるかを確認するための基本チェックリストを受ける機会となる。そこで保健と医療が連携し受診率を上げることが課題となる。

茅野市では保健補導員というボランティアが健康診査の受診を促すために一軒一軒地域の家を回るといって活動をしている。この活動は単に健康診査の通知を郵送するより受診率を上げる効果があるといわれている<sup>34</sup>。

茅野市では前述のビーナスプランが住民参加によって作られたように、地域住民の健康に関する活動も古くから住民参加によって実施されている。その最初の活動が保健補導員の活動である。長野県では1945（昭和20）年に保健補導員という制度が始まっている。戦争中の劣悪な衛生環境の中で、当時の保健婦が孤軍奮闘している姿を見ていた地域の主婦達が少しでも手伝いができないかと自主的に呼びかけ活動を始めた。その活動の中で、自分たちの健康を守ることとは自分たちがまず学習することであると気づき、自主的学習の場として保健活動を開始したのが始まりである<sup>35</sup>。

保健補導員は各村々に存在する。任期は地域によって異なるが、活動内容は概ね同じである。地域の健康増進のための活動を、医療従事者ではない一般の主婦などが行っている。保健補導員にはそれに相応しい知識が求められるため、諏訪中央病院の医師が交代で講師を務めたり、保健師から講義を受けたりすることで知識を深め、その知識を地域に広める活動も行っている。自分たちが学んだことを近隣や家庭に持ち帰ることで健康な生活を送るためにできることを周知するのが狙いである。

この一般市民のボランティアによる活動には大きな意味があると考えられる。専門の知識を持つ者が少ない場合に、専門知識を学んだ者が増えることは地域の隅々まで保健活動を普及させるために効果があると考えられるからである。またこの活動で最も意味があるのは、専門の知識を地域に浸透させる効果が高いということである。健康診査や、健康増進に関わる活動には専門の知識が必要となるが、専門の知識が地域の人々の間で活用され、応用されていくためには、人々が培ってきた生活や経験と専門の知識が出会う場が必要となる。専門の知識だけが単独で存在しても地域の人々が生活にそれを取り込むことは難しいが、地域に住む一般市民のボランティアが媒介することにより専門の知識が地域の生活の中で活用され、応用されていくと考えられる。専門知識を受けついで保健補導員が高齢者の特定健康診査の受診を勧める活動は、地域に潜在している生活支援を必要とする高齢者を発見することにつながり、また高齢者の地域性の強い生活様式を土台にした健康増進活動を展開できるのではないかと考える。

#### **(4) インフォーマルな方法による把握**

茅野市では定期的な訪問活動の他に、なんらかの情報が寄せられた場合には直ちにその家を訪問するという活動も行っている。例えばコミュニティセンターの職員が相談に来た高齢者を見て「ひとりで大変そうだったから」という情報を保健福祉サービスセンターに



提供することがある。また近隣住民から保健福祉サービスセンターへの情報提供も多くなっている<sup>36</sup>。実際に「いつも顔を見る人なのに、ここのところ見てない。なんか様子を変だ」という通報から発見された人もいる。この人は栄養状態を悪くして家で寝たきりになっていた。

近隣住民同士がお互いの様子を見守るインフォーマルな活動による情報は、前述の事例のように漠然とした情報であって詳細が捉えにくい傾向にある。しかし、これを重大な情報と捉えず直ちに訪問しなかったとすれば大事に至るケースもある。そのため住民から情報を受けたときは優先的に家を訪問することになっている。情報を受けたときに躊躇することなく訪問するというシステムは、地域に潜在している何らかの支援を必要としている高齢者を発見するためには不可欠な要素である。

茅野市では、近隣住民からの情報提供が高齢者の健康状態を把握するために役立っている。日々の生活の中で近隣住民同士でお互いの様子を見守ることが機能している地域であるということができる。2011（平成 23）年 1 月に実施された諏訪広域連合の「高齢者等実態調査集計結果」<sup>37</sup>では、近所付き合いの程度について調査している。茅野市において「常に様子を見に来てくれる人がいる」「お互いに訪問し合う人がいる」「困った時に気軽に頼めるひとがいる」と回答した人は、あわせて 56.4%であった。これは諏訪広域連合の中で一番高い数値となっている。近所付き合いの良さは茅野市のひとつの特徴である。この特徴を活かして情報を集め、高齢者の健康状態を把握することは定期的な個別訪問の人員が不足している中で、リスクが高いと思われる高齢者に的を絞って訪問することができるようになる。この方法は効率が良いだけでなく幅広い情報を集めることができる。そこで必要となるのは、地域住民が難なく情報提供ができる窓口を作ることである。

#### **(5) 介護予防活動の効果<sup>38</sup>**

生活支援を受けることで介護予防となるような高齢者を、早期に発見する活動の効果について茅野市東部保健福祉サービスセンターのセンター長から話を聞いた。

介護予防活動の効果を客観的に判断するすべがないというのが現状である。しかしセンター長の主観的な意見では、介護予防の効果はあがっていると考えられるとのことであった。種々の方法で家庭訪問を実施し、医療機関と保健福祉サービスセンターが連携することによって見守りや生活支援を必要とする高齢者の情報が積極的に寄せられるようになり、地域に孤立する高齢者がほとんどいなくなったということには特に効果をあげていると感じているとのことであった。

また介護予防事業を受けることになった高齢者の情報は、委託を受けた介護予防事業者が定期的に保健福祉サービスセンターに報告している。その報告からは、全体的に身体機能は改善の方向へ向かっていると評価できるとのことであった。例えば前回 10m 歩行ができたという報告があった高齢者が、次回の報告では 30m 歩行ができるようになった、などであるが、一度に大幅に改善するというわけではないが、また個人差もあるが、全体的に

効果を上げているということがいえるとのことであった。

上記のように介護予防事業を受ける高齢者は、二次予防事業対象者と決定された高齢者である。図 5-9 は、二次予防事業対象者把握事業の結果である。茅野市では、二次予防事業対象者と決定される人の数は他の地域と比較して特別多いということではない。一方で、数多くの候補者を把握しているということはいえるだろう。候補者数と比較して決定者数が少ないということは、多くの候補者のうち実際に二次予防事業対象者となる心身の状態には陥っていた人は少なかったということができると、むしろ良い結果ととらえることができる。

近い将来介護を必要とする状態に陥りやすいと考えられる高齢者（候補者）の数が茅野市では他の地域よりも多いということは、その可能性が少しでもある高齢者を早期から救い上げ、候補者として把握しているということの意味している。生活支援を受けることで介護予防となるような高齢者が地域に孤立するようなことはほとんどなくなったという東部保健福祉サービスセンター・センター長の話しは信憑性が高いということができるだろう。

図 5-5 二次予防事業対象者把握事業

■市町村別候補者数・決定者数

【単位：人】

		岡谷市	諏訪市	茅野市	下諏訪町	富士見町	原村	広域
平成21年度	候補者数	2,708	2,725	2,559	1,115	988	80	10,175
	決定者数	799	666	471	275	141	48	2,400
平成22年度	候補者数	2,817	2,504	3,003	1,075	767	139	10,305
	決定者数	476	493	611	223	155	68	2,026

・「諏訪広域連合 第5機介護保険事業計画 平成23年12月」より引用。

### 第3節 茅野市の保健、医療、福祉、住民との連携

#### (1) 保健福祉サービスセンター内の連携

厚生労働省が発表した2011（平成23）年の医療施設調査における茅野市内にある病院病床数は360床<sup>39</sup>となっている。また諏訪中央病院が公表している有床数は360床<sup>40</sup>であることから、茅野市内の入院施設は有床診療所の持つ全44床<sup>41</sup>と諏訪中央病院の病床だけということになる。茅野市の医療の地域連携の形は基幹病院を中心とするものである。一方で地域住民に相談事が持ち上がった時に相談する窓口は必ずしも基幹病院ということではない。茅野市ではあらゆる施設や行政機関が住民の相談窓口となっている。特に4か所ある保健福祉サービスセンターがその役割を担っている。そのため保健福祉サービスセンターの保健、医療、福祉との連携は大きな意味を持つてくる。

茅野市の保健福祉サービスセンターは、地域包括支援センターとしての機能を持つ施設

が単独で存在するのではない。保健福祉サービスセンター（西部）では、国保直診リバーサイドクリニック、訪問介護ヘルパー事業所、通所介護、デイサービスセンターが同じ敷地内に存在する。行政、社会福祉協議会協、サービス提供事業者という3つの機能をもってサービスセンターという括りをしている。そのため利用者の相談の多くを解決することを可能にしている。

また保健福祉サービスセンターでは、社会福祉協議会の職員、行政の職員、保健師、介護福祉士などが同居し業務を行っている。高齢者宅への個別訪問では、この施設の職員同士の情報交換が非常に役に立っている。社会福祉協議会の職員は地域の詳細な情報を持っているため、他の職員と情報を共有することによって全員が地域の情報を把握できる。また常駐する保健師からは保健や医療に関する情報を収集することができる。そして複数の職種が協働して高齢者の家を個別訪問することが可能となり、ひとりの高齢者を異なる専門知識の視点でみるということが実施されている。多種多様な相談に対応しなくてはならない保健福祉サービスセンターでは複数の専門職が単に同居するだけではなく、お互いの職種を理解し、情報交換を頻繁に行うことが欠かせない要素であると考えられる。過去のセンター長は「ここでは毎日の利用者情報を全員で共有することができる。ホームヘルパーや訪問看護師が生活問題を発見したら、すぐに福祉事務所に相談できる。デイサービスで利用者の容態が変化したら、ここには医師も看護師もいる。こんな合理的な組織は他にない」と述べている<sup>42</sup>。保健福祉サービスセンターの構造の利点とは、利用者にとって便利であるというだけではなく、保健福祉サービスセンターの構成員がお互いの専門分野を理解し、情報交換をしやすい構造であるということである。他の職種の専門性を理解することや情報を交換することで学習し、それぞれが持つ知識以上の支援を高齢者に提供することを考えることができる構造となっているのではないだろうか。

## **(2) 4カ所の福祉サービスセンター同士の連携**

保健福祉サービスセンターが4カ所ある茅野市では、保健福祉サービスセンター同士の連携も重要となる。その理由は、例えば利用者が利用者の在住する地域を担当する保健福祉サービスセンター以外の保健福祉サービスセンターへ相談に行った場合に、その利用者を本来担当する保健福祉サービスセンターへ情報を繋がないと困るためである。

また市民にとって最も問題となるのは、4つの保健福祉サービスセンターでそれぞれ異なる扱いを受けることである。そのような意味でどの保健福祉サービスセンターに行っても全く同じような扱いを受けられるように、保健福祉センター同士で情報交換し事務的な連携も行われている。

## **(3) ケースカンファレンスにおける連携**

保健福祉サービスセンターでは、茅野市医師会、諏訪南部医師会が保健審査部会との連携、諏訪中央病院との連携、保健福祉サービスセンターに併設されている各施設と保健福

社サービスセンター職員との連携を積極的に行っている。また保健福祉サービスセンターの職員と開業医の連携も良好であるといわれている。しかし個々のサービス提供事業者と医師の連携については不明な点も多い。そこで保健福祉サービスセンターの職員が、医師とサービス提供事業者との間をつなぐ役割を果たしている。

一般的に専門職間での連携では、医師との連携が最も困難であるといわれている。しかし茅野市のケースカンファレンスでは、保健福祉サービスセンターの職員と医師が同じテーブルに着く時間が多かったことが医師との連携が円滑に運ぶ理由のひとつと考えられている。ケースカンファレンスでは同じテーブルに着くということだけではなく、同じ立場で議論をしてきたということがよりよい関係を生み出している。

地域医療や介護マネジメントで重要なことは「コーディネート・調整機能」を基本技術として「顔の見える多職種連携ネットワーク」を地域の中に創っていくことである。お互いに尊重し合う“顔の見える関係”は、地域医療・介護マネジメントの基本であり、多職種連携の必須要件といわれている<sup>43</sup>。利用者を最優先に考えたケースカンファレンスの場で、たとえ複数の専門職が参加していても、お互いの顔色をうかがって発言を控えるなどしては多職種連携であるとはいえない。お互いに尊重し合い、専門職としての視点で自由に意見交換することを構成員に徹底されなければ、ケースカンファレンスは形骸化し、高齢者の希望する目標に向かう話し合いなど到底できないだろう。

一般的に多くの病院、診療所に在籍する医師は、福祉施設に対して連携の必要性を感じているにもかかわらず満足に連携がとれていないと感じている。その理由は、互いの専門分野が違うため、役割や仕事内容における理解、信頼関係が乏しく、協力、連携し合う際の弊害になっているといわれている。また医療は医療のサービスをすれば良い、福祉は福祉のサービスを提供すればよいという、医療と福祉の分野における縦割り意識が存在するために、医療と福祉をまたぐ、あるいは、つなぐという意識が生じにくいといわれている<sup>44</sup>。茅野市では、保健福祉サービスセンター内部と、または外部の医療やその他の職種との連携が良好であるとされている。そこには医療と福祉の分野における縦割り意識が存在しないということになる。これは保健福祉サービスセンターが設立される時に、既に縦割り行政を覆す人員の配置がなされていることから理解することができる。西部保健福祉サービスセンターに所属する保健師、コミュニティ・ケースワーカー、社会福祉士、ケースワーカーとひとりひとりと面接し、保健福祉サービスセンター内の連携について話を聞いたが、だれもが「良い連携である」「問題解決がスムーズに行く」「お互いを頼って」などの意見を述べていた。

また、お互いの役割や仕事内容を理解し、信頼関係を築き、尊重し合う場を持つことも必要である。茅野市には先に述べた“顔の見える関係”を築く場があったが、その場に参加する一人一人が、お互いを尊重する気持ちをもって同じテーブルに着かなくてはならない。そこからお互いの役割や仕事内容を理解する努力をし、信頼関係を築くことが始まるのではないだろうか。個人の心持と信頼関係を築く場があることに、多職種の協力、連携

が良好になる手掛かりがあるのではないかと考える。

#### (4) 利用者本位であるための情報の連携

茅野市の保健福祉サービスセンターは「よろず相談所」といわれている。相談内容については、高齢者の質問しか受けない、障害者の質問しか受けないということではなく、どのような相談でも受けることになっている。このような相談窓口を持っている地域は他にもあるだろう。しかし茅野市の特徴は、その相談事を解決するための連携の仕方にあるといえることができる<sup>45</sup>。

保健福祉サービスセンターの弱点は、決定できる事項がわずかしかないことである。しかし「つなげること」ができるという。例えば相談をしにきた方が子供の健康診断の話をしたとしても「市役所の保健課に行ってください」ということ一切しない。どのような相談も全部受けることになっている。相談を受けて、話を聞いて、利用者に足を運ばせるのではなく情報を担当する部署につなぐという基本理念を掲げている。保健福祉サービスセンターで解決できない事象は当然あるが、そのような場合は関係課ないし役所の関係課に情報をつなぎ、役所から人を派遣してもらい（職員が相談者の自宅を訪問すること）という流れをつくっている。保健福祉サービスセンターでは「保健福祉のワンストップ」という形を貫いている。

利用者は行きたいところへ行って相談することができる。どこへ行っても利用者は相談を受け止めてもらえるということが茅野市の良さといわれている。茅野市では、利用者が「どこへ行ったらいいのだろう」ではなくて「どこかへ行けばよい」という市民の視点に立って地域包括ケアシステムを構築することを理想としている。

茅野市は近隣住民が同じ地域に住む住民同士で、お互いの日々の生活を見守る関係を持っている地域もある。そのような地域で問題のある高齢者が発見された時、茅野市の「情報の連携」というシステムは非常に機能的であると考えられる。仮に窓口で相談する当事者に問題がある場合には、その人は詳細に自分の問題を訴えることができる。しかし第三者に問題がある可能性が高いと感じ通報が必要だと考えた場合には、その問題が明確になっていないため、何をどのように、どこへ通報したらよいか発見者は思案することになる。そのまま放置しておくことができない状況では、茅野市のどこへ行っても相談ができるというシステムでは発見者は躊躇せず身近な相談窓口へ連絡することができるだろう。これは地域に潜在している生活支援を受けることで介護予防となるような高齢者を早期に発見することにもつながる。その理由は、救急車や警察を呼ぶことと異なり、確信がないことでも気軽に相談することができるのが相談窓口であるから、「念のため」というような相談事をすることも可能であろうし、そういった通報から実は大きな問題が発見されることもあるからである。

ここで近隣の住民が「何か様子がおかしい」という通報をした事例を紹介する<sup>46</sup>。家族と同居していた女性が寝たきりの状態となっていたことを近所の住民が地域の相談窓口

通報し、病院へ運ばれることになった事例である。その女性はある病気であると診断されたが、夫がその病気を不治の病だと思い込んでいたため、妻を家で寝かせることしかできなかったということである。褥瘡ができ、低栄養状態であったところを近所の住民が「何かおかしい」ということに気づき、通報したため病院で治療を受けることができるようになったのである。この事例には近隣住民がお互いを見守るという地域性があらわれているが、茅野市の情報を連携するというシステムでは、その地域性を活かすことができていると考えられる。

保健、医療、福祉の地域連携は、まずは実行可能なものでなくてはならない。茅野市における保健、医療、福祉の地域連携で重視されている情報の連携は実行可能である。利用者にとって最も重要なことは、問題を解決することができる機関へ、その情報が届くことである。そのためには専門家によって相談内容が吟味される必要がある。茅野市がいかなる相談でも利用者を迎えた窓口が受け止め、専門家が内容を吟味し、さらに相談事を解決できる専門機関へ情報を提供するという仕組みは、利用者の視点に立った適切な仕組みであると考えられる。茅野市の保健、医療、福祉の連携の特徴とは「情報の連携」を基礎に置いて、保健、医療、福祉と広範な人々との連携によって高齢者を支援するシステムということができるのではないだろうか。

- 
- 1 前掲、鷹野和美『地域医療福祉システムの構築』45-68 ページ。
  - 2 西部保健福祉サービスセンターセンター長へのインタビューから 2012年3月29日、11月8日。
  - 3 冷水豊「フォーマルケアとインフォーマルケアの現状評価と優先課題の選択～フォーカスグループ面接、デルファイ法調査、ノミナルグループ法を通して」冷水豊編著『「地域生活の質」に基づく高齢者ケアの推進』有斐閣、2009年、217-291 ページ。
  - 4 総務省統計局、2011年「平成22年国勢調査人口等基本集計」  
(<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/index.htm> 2012年4月8日最終確認)
  - 5 長野県公式ホームページ web site 信州(<http://www.pref.nagano.lg.jp/> 2012年4月8日最終確認)
  - 6 長野県公式ホームページ web site 信州「第5次長野県保健医療計画」  
(<http://www.pref.nagano.lg.jp/eisei/imu/ikeikaku5/keitop1.htm> 2012年4月8日最終確認)
  - 7 厚生労働省、2007年「老人医療事業報告」  
([http://www.mhlw.go.jp/bunva/iryuhoken/database/seido/roujin\\_houkoku.html](http://www.mhlw.go.jp/bunva/iryuhoken/database/seido/roujin_houkoku.html) 2012年4月11日最終確認)
  - 8 厚生労働省、2011年「後期高齢者医療事業状況報告」  
([http://www.mhlw.go.jp/bunva/iryuhoken/database/seido/kouki\\_houkoku.html](http://www.mhlw.go.jp/bunva/iryuhoken/database/seido/kouki_houkoku.html) 2012年4月11日最終確認)
  - 9 厚生労働省「平成22年都道府県別生命表の概況」(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/tdfk10/> 2013年3月28日最終確認)
  - 10 新井光吉『日欧米の包括ケア—医療の質と低医療費の両立—』ミネルヴァ書房、2011年、24-36 ページ。
  - 11 前掲、長野県公式ホームページ web site 信州 (<http://www.pref.nagano.lg.jp/> 2012年4月8日最終確認)
  - 12 総務省統計局「平成17年度国勢調査」  
(<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2005/kihon1/00/mokuji.htm> 2012年4月18日最終確認)
  - 13 栗田但馬「佐久総合病院・若月俊一と農村地域医療の課題—人間発達の地方行財政に向けて—」『立

---

命館経済学』第59巻 第6号、2011年、360-376ページ。

- 14 諏訪中央病院在宅診療部部長へのインタビューから 2012年3月29日。
- 15 前掲、新井光吉『日欧米の包括ケア—医療の質と低医療費の両立—』15-36ページ。
- 16 諏訪中央病院副院長の講義(2012年3月29日)、配布資料および病院パンフレット「みんなで支えるチーム医療」。
- 17 諏訪中央病院「諏訪中央病院:Top」(<http://www.suwachuo.jp/> 2013年6月18日最終確認)。
- 18 諏訪中央病院在宅診療部部長へのインタビューから 2012年3月29日。
- 19 諏訪中央病院ホームページ「ほろよい勉強会」(<http://www.suwachuo.jp/horoyoi.html> 2012年4月11日最終確認)
- 20 前掲、鷹野和美『地域医療福祉システムの構築』45-68ページ。
- 21 安藤親男「在宅サービスと施設サービスのはざま—保険・医療・福祉のまちづくりを目指して 住民参加の福祉のまちづくり」『月刊総合ケア』Vol11、No3、2001年、25-27ページ。
- 22 同上、25-27ページ。
- 23 大橋謙策「21世紀の社会システムづくりと地域福祉計画—保健・医療・福祉・生涯学習の連携でまちづくり—」茅野市の21世紀の福祉を創る会・日本地域福祉研究所編『福祉21 ビーナズプランの挑戦〜パートナーシップのまちづくりと茅野市地域福祉計画〜』中央法規出版、2003年、238-259ページ。
- 24 茅野市 西部保健福祉サービスセンターセンター長へのインタビューから。
- 25 地域福祉推進課「第2次福祉21 ビーナズプラン(第2次茅野市地域福祉計画)」2011年、12-17ページ。
- 26 前掲、長野県公式ホームページ web site 信州「第5次長野県保健医療計画」(<http://www.pref.nagano.lg.jp/> 2012年4月12日最終確認)
- 27 鈴木隆雄「介護予防の実際—特定高齢者の決定基準等の見直しと課題を中心として—」『日本老年医学会雑誌』45巻4号、2008年、381-384ページ。
- 28 茅野市西部保健福祉サービスセンター・センター長、保健師、社会福祉協議会職員等へのインタビューより 2012年3月29日、11月8日。
- 29 原田正樹「保健福祉先進地域における本研究の意義と課題—研究チーム外の研究者による評価—」冷水豊編著『「地域生活の質」に基づく高齢者ケアの推進』有斐閣、2009年、293-321ページ。
- 30 前掲、茅野市西部保健福祉サービスセンター センター長、保健師、社会福祉協議会職員等へのインタビューより 2012年3月29日、11月8日。
- 31 一柳歩美、中村裕之、谷俊一、石田健司、牛田享宏、水野靖典、池本竜則、秋丸国広、橋本和子「健康参加者・不参加者を比較した高齢者の生活背景と健康寿命拡大要因についての考察」『看護・保健科学研究誌』第7巻第2号、2007年、93-99ページ。
- 32 厚生労働省、2011年「平成23年医療施設(静態・動態)調査」(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html> 2013年6月17日最終確認)
- 33 前掲、茅野市西部保健福祉サービスセンター センター長、保健師、社会福祉協議会職員等へのインタビューより 2012年3月29日、11月8日。
- 34 諏訪中央病院在宅診療部部長へのインタビューから 2012年3月29日。
- 35 佐久市ホームページ「保健補導員等組織について」(<http://www.city.saku.nagano.jp/cms/html/entry/208/83.html> 2012年4月12日最終確認)
- 36 前掲、茅野市西部保健福祉サービスセンター センター長、保健師、社会福祉協議会職員等へのインタビューより 2012年3月29日、11月8日。
- 37 諏訪広域連合「平成23年1月実施 高齢者等実態調査集計結果」2011年、65-69ページ。
- 38 茅野市東部保健福祉サービスセンターセンター長へのインタビューより(元西部保健福祉サービスセンター長) 2013年6月28日。
- 39 厚生労働省、2011年「平成23年医療施設(静態・動態)調査」(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html> 2013年6月17日最終確認)
- 40 前掲、諏訪中央病院「諏訪中央病院:Top」(<http://www.suwachuo.jp/> 2013年6月18日最終確認)。
- 41 同上。
- 42 前掲、鷹野和美『地域医療福祉システムの構築』45-68ページ。
- 43 土居弘幸、小松裕和「地域医療の充実と将来展望」『岡山医学会雑誌』第121巻、2009年、105-108ページ。
- 44 河崎大和、山本勝、横山淳一、「地域包括ケア推進における地域関係者間の連携実態分析と連携促進方策—豊田市を事例として—」『日本経営診断学会論集』9巻、2009年、172-178ページ。

---

<sup>45</sup> 前掲、西部保健福祉サービスセンターセンター長へのインタビューから 2012年3月29日、11月8日。

<sup>46</sup> 諏訪中央病院地域連携室師長へのインタビューから 2012年3月29日。



## 第6章 三次予防対象者に対する専門職間の連携～東京都足立区の事例から～

三次予防事業対象者とは、既に症状が発症している人であることから、治療やリハビリテーションといった医療を必要としている人である。保健、医療、福祉のなかの医療には多くの専門職が混在している。保健、医療、福祉の連携を述べるまえに、医療の中の専門職が三次予防事業対象者である患者に対して必要な支援をする時にどのような連携がなされているか、患者の退院調整のために専門職と専門職が連携すること、また病院内と病院外の社会資源との連携を生活支援の視点から検証する。

### 第1節 保健・医療・福祉の地域連携

#### (1) 保健・医療・福祉の地域連携の必要性

三次予防事業対象者とは、既に疾患が発症して要介護状態に陥っている人とされている。三次予防事業対象者となったのは突然であったということも考えられる。脳血管疾患では、問題なく普段の生活を送っていた中で突然に発症し、医療の集中的な治療を必要とする状態に急激に陥り、急性期を脱した後には介護を必要とする状態となることもある。人の身体の中で起きる変化は、必ずしも一直線上に変化するということではない。また保健を必要とする段階、医療を必要とする段階、福祉を必要とする段階が明瞭に分かれているわけでもなく、それぞれの段階が同時に必要となることもある。そのような変化がひとりの人のなかで起きるのであるから、保健、医療、福祉の連携は不可欠となる。

三次予防事業対象者は日常生活において医療と福祉を並行して必要とする。そのため三次予防事業対象者が疾病によって失われた身体機能を補い、望む生活を地域で送るためには、地域における保健、医療、福祉の連携が必須となる。さらに、保健、医療、福祉のそれぞれの中にも複数の専門職が存在しているため、それぞれの専門職の間での連携も重要となる。これらの連携はどのようになされるのであろうか。

ロジャーズは『ロジャーズ看護論』の中で、保健、医療、福祉に関わる専門家は、種々の保健医療分野の知識や技術をお互いに尊重しあわなければならない、またより安全なサービスを提供するためには、いくつかの専門職種が協力する必要があることを認識しなくてはならないと述べている<sup>1</sup>。これは種々の専門家がお互いを尊重することによって、高齢者に提供されるサービスが安全なものとなり、かつ複数の専門知識が結合した質の高いものとなることを示唆している。また在宅医療、介護を推進するには医療と介護をまたぐ多職種の連携が必要であるといわれている<sup>2</sup>。ケアマネジャーは、医師や看護師とよく相談した上でケアプランを組まなければ、不適切なサービスを提供することになり患者の療養環境が損なわれることもありうる。また逆に医師や看護師も、ケアマネジャーや地域包括支援センターの職員から患者や家族の生活情報を得ることで、適切な医療の提供が可能となることもある。

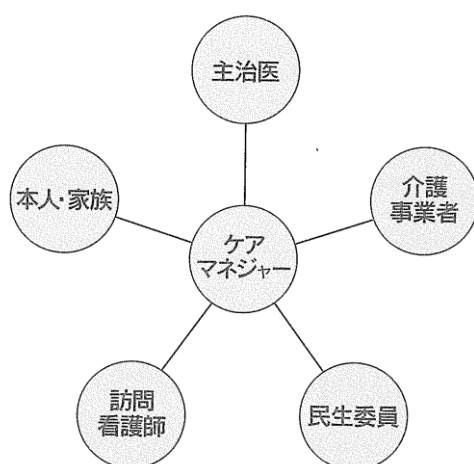
地域における保健、医療、福祉の切れ目ない連携や、職種間の連携が重要である理由は、根本に高齢者の生活を支えるという大きな意味があるからである。高齢者が治療や介護サ

ービスを受けながら安心して生活していくことが出来なければ生活を支えているとはいえない。生活を支えるためには、保健、医療、福祉の各組織や、それぞれに存在する専門職が有機的に結合し、24時間365日、生活を支えるサービス体制を整える必要がある。

## (2) 保健・医療・福祉の連携の形

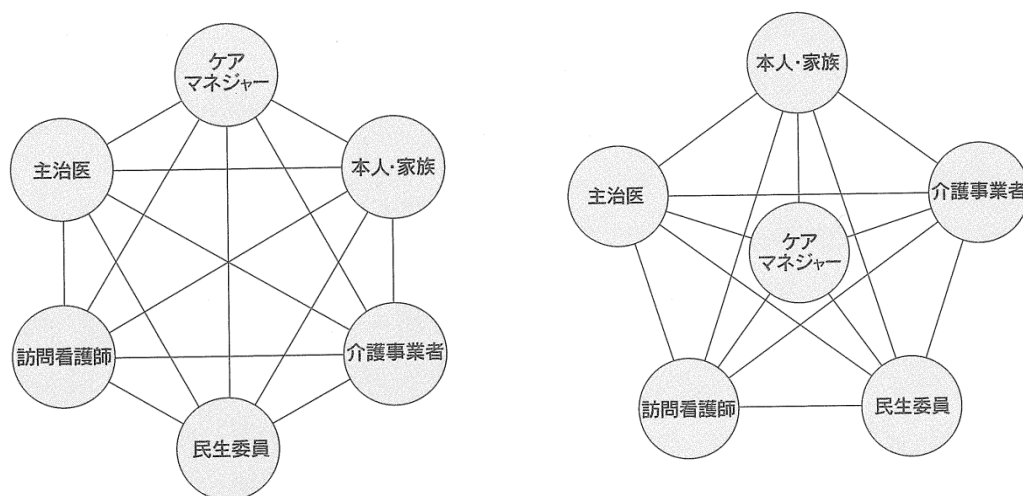
地域における保健、医療、福祉の切れ目のない連携が、地域で生活する三次予防事業対象者を支援するためには必要不可欠となる。その連携のかたちは種々あると考えられる。地域連携においてネットワーク型連携と言われるものは、各組織が相互に関係を持っている形であり前掲、図序-1で示したとおりである。専門職ネットワークとは図6-1である。この図6-1はケアカンファレンス前の情報収集のネットワーク構造と呼び、まずはケアマネージャーが情報を整理して、各専門職へ情報を発信する形であると位置づけられている。また図6-2は、ケアカンファレンスの場におけるネットワーク構造であるとされている。二つの図は構造的には同じものである。どの専門職からどの専門職へも一本の紐帯でつながっている<sup>3</sup>。これらの図からは、すべて組織と組織、職種と職種が同等な関わり方をしていくと解釈することができる。ケアカンファレンスという場においては参加者全てが同等に意見交換をすることが望ましいが、保健、医療、福祉の連携が必要となるのはケアカンファレンスの場だけではない。患者の療養生活のあらゆる場で必要な連携が求められるとすると、これらの図とはまた違った連携の形が必要となると考える。

図 6-1 専門職ネットワーク



出所) 前掲、島津望「地域医療・介護ネットワークにおける分析課題」小笠原浩一、島津望『地域医療・介護のネットワーク構想』千倉書房、2007年、102ページより引用。

図 6-2 ケアカンファレンスのネットワーク構



出所) 前掲、島津望「地域医療・介護ネットワークにおける分析課題」小笠原浩一、島津望『地域医療・介護のネットワーク構想』千倉書房、2007年、103ページより引用。

患者が医療機関から地域へと生活の場を移していくときに必要な連携の形は、前掲、図序-2で示したとおりである。「橋渡し看護師」となる看護師が医療機関と外部のケア提供者とのネットワークを媒介している。しかし、この図の中の「橋渡し看護師」という方法によって実際に過不足なく病院の内部と外部をつなぐことができるのか疑問が残る。また、そのような役割を担う人材は単に看護師であればよいのか、または特殊な能力が求められるのか解明する必要がある。さらにこの図では「病院」「診療所」の組織の中での連携が明らかにされていない。「病院」「診療所」の中には複数の職種が混在し、それぞれの職種の専門性も強いことから多職種が協力し連携することが患者を支援するためには不可欠であると考えられる。

保健・医療・福祉の地域連携において、各「保健」「医療」「福祉」の中にどのような連携が存在するか、さらにそれぞれの間をどのように連携するか明確にする必要がある。保健・医療・福祉の地域連携には、標準的な連携はないといわれている中でも何か普遍的な要素が存在すると考えられる。

## 第2節 東京都足立区の概要

### (1) 地勢と人口

足立区は、東京23区の最北端に位置している。東は中川を挟んで葛飾区に、西は隅田川を挟んで北区、荒川区に、南は葛飾区、墨田区、荒川区に、北は埼玉県の川口市、草加市、八潮市に接している【図 6-3】<sup>4</sup>。足立区は、その昔海辺に接していた低湿地帯の一部であった。区内は全体的に平地で、人工的に築かれた荒川の堤防や公園内の丘以外には丘と呼べるような高地はほとんどない。北西部はやや高地で、南東部に行くに従い緩やかに傾斜

し下っている。そのことから昔から足立区は農耕に適していたといわれている。



図 6-3 東京都足立区の地理

出所) 足立区公式ホームページ 「足立区プロフィール」より引用。

<http://www.city.adachi.tokyo.jp/>

2012年4月18日最終確認)

また足立区には川が多い。四方を川に囲まれ、区の内部にも多くの河川が流れている。主なものは、隅田川、荒川、中川、新芝川、綾瀬川、毛長川、圀（がけ）川などである。東京を水害から守るために、明治44年から昭和5年まで長い歳月をかけて開かれた荒川(放水路)が足立区の北西から南東へと流れ区を二つに分断している。足立区の総面積は53.20 km<sup>2</sup>で東京23区の約9%に当たる。大田区、世田谷区について第3位の広さを持つ。

足立区の2011年1月1日現在の総人口は66,7891人であり、世帯数は304,148世帯となっている。人口密度は1,254人/km<sup>2</sup>である<sup>5</sup>。2011年1月1日現在での65歳以上人口は住民基本台帳によると144,074人であり高齢化率は22.36%となっている<sup>6</sup>。

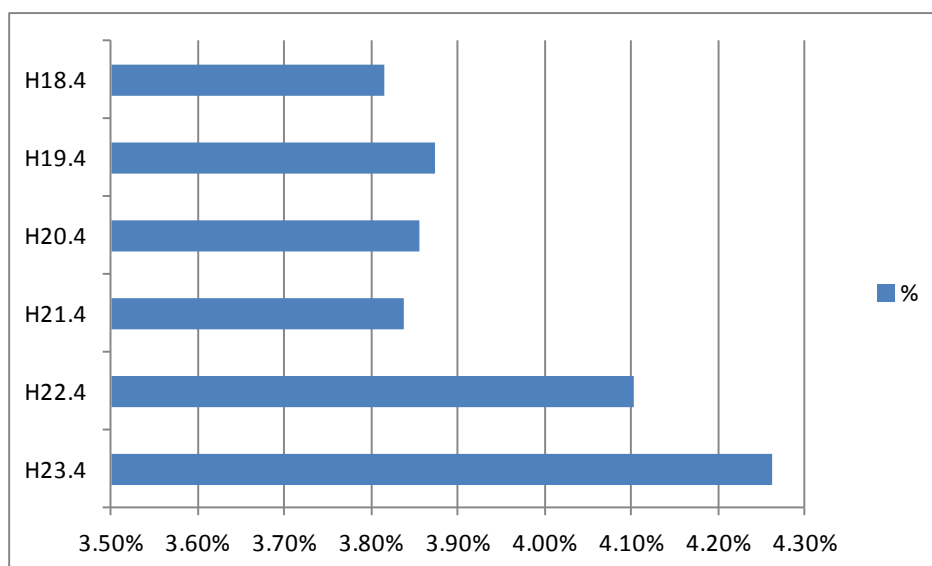
## (2) 足立区の介護保険の状況

### ① 要介護高齢者の出現率

図6-4は足立区の平成18年4月から各年の4月の65歳以上人口に対する要介護4、5の出現率を合計した数値である。数値をみると平成18年4月の時点では3.82%であり、平成23年4月の時点では4.26%となっており1.12倍の増加がみられる。図6-6の65歳以上人口の推移をみてみると平成18年4月の125,737人から平成23年4月の146,239人の間で1.16倍の増加がみられる。ほぼ65歳以上人口の増加と同じだけ重度要介護者の出現率も増加しているといえる。

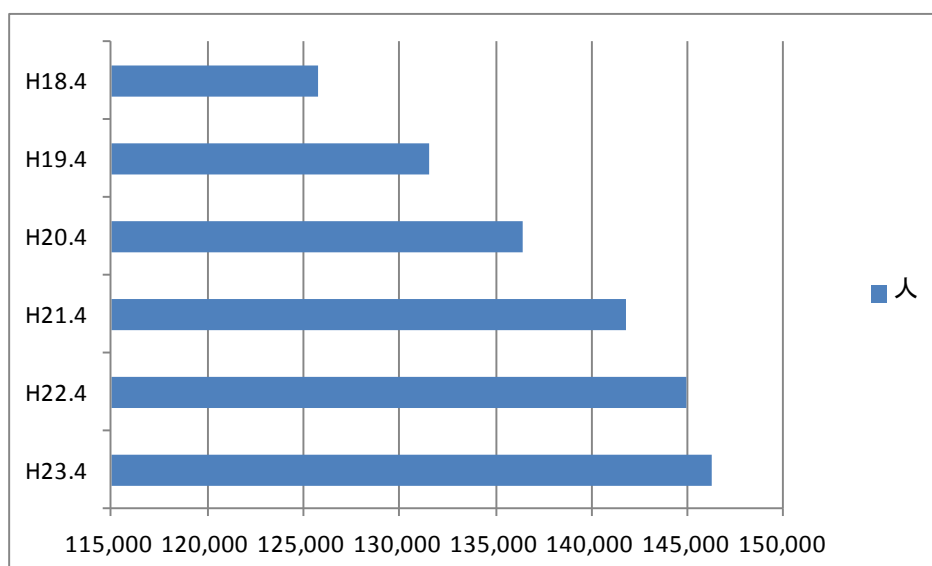
図6-6、図6-7は要支援、要介護認定者の構成比を表わしているが、平成18年4月と平成23年4月を比較すると要介護2以上の構成比はほとんど変わらないという見方ができる。よって足立区は、数値上は65歳以上人口の増加があっても、重度要介護者へと移行することなく現状を維持出来ている地域であるといえる。

図 6-4 足立区の要介護 4、5 出現率の合計



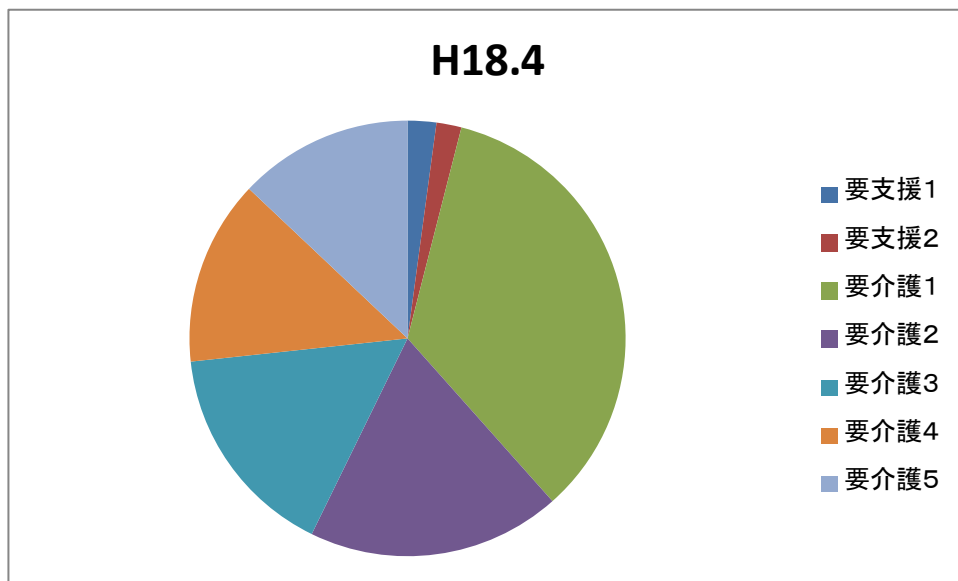
出所) 前掲、厚生労働省「介護保険事業状況報告」より筆者作成。

図 6-5 足立区の 65 歳以上人口の推移



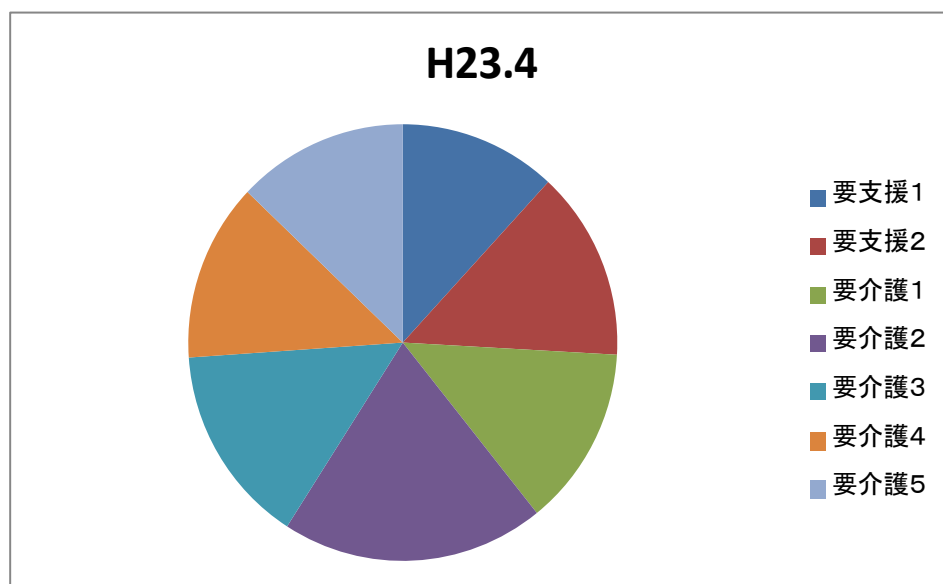
出所) 前掲、厚生労働省「介護保険事業状況報告」より筆者作成。

図 6-6 足立区の要支援、要介護認定者の構成比（平成 18 年 4 月）



出所) 前掲、厚生労働省「介護保険事業状況報告」より筆者作成。  
 ・各期間での出現率は同地域の全認定者数に対する認定者数で表している。

図 6-7 足立区の要支援、要介護認定者の構成比（平成 23 年 4 月）



出所) 前掲、厚生労働省「介護保険事業状況報告」より筆者作成。  
 ・各期間での出現率は同地域の全認定者数に対する認定者数で表している。

## ②地域包括支援センター、福祉事務所

東京都足立区には25ヵ所地域包括支援センターがある。足立区直営の地域包括支援センターではなく、すべてが委託事業である。その中にある基幹地域包括支援センターは足立区社会福祉協議会が委託を受けて足立区の代わりに他の24ヵ所の取りまとめをする役割を担っている。通常地域包括支援センターとしての業務の他に、区との連携や他のセンターとの連絡調整、区内のケアマネジャーへの研修の実施や対応困難な事例に対する相談などを実施している。

その他の地域包括支援センターは社会福祉法人、医療法人、株式会社、NPO法人と経営母体は様々である。地域包括支援センターでは、基本の委託料を報酬として受け取ることができる。一般的には民間に委託した方が質の高い事業を実施するという理由から地域包括支援センターを民間委託するが、足立区では直営の地域包括支援センターを作るより委託事業のほうが費用はかからないという理由で積極的に委託事業としているといわれている<sup>7</sup>。

足立区で介護保険制度を利用する場合、足立区の介護保険課または、5ヵ所の福祉事務所のうち中部福祉事務所を除く、千住福祉事務所、東部福祉事務所、西部福祉事務所、北部福祉事務所のいずれかに申請をする必要がある。申請は本人、または家族が行うことになるが、足立区では区内の地域包括支援センターや指定居宅介護支援事業者に申請を代行してもらうこともできる<sup>8</sup>。

介護保険課や福祉事務所が申請を受けると介護認定審査のための面接が実施される。足立区では、新規の申請のみ社会福祉協議会が実施している。かつての介護認定審査は、すべて民間のケアマネジャーに委託されていた。しかしこれでは介護認定審査を実施するケアマネジャーの所属事業所への利益誘導になるということが問題となり、現在では初回の申請者に対しては社会福祉協議会が、それ以降は足立区の委託を受けたケアマネジャーが実施することとなった<sup>9</sup>。

ケアマネジャーだけでは対応が非常に困難なケースが発生した場合、中部福祉事務所にある高齢援護係が対処する係となっている。この係は足立区には中部福祉事務所一ヵ所にしか存在しないため対応が追い付いていない状況が発生している。足立区には対応が困難なケースが多いためである。その背景には、貧困家庭が多いことや、家庭不和、介護者による高齢者の虐待などの問題が存在する。

## ③生活保護と就業率

足立区の特徴のひとつに生活保護率が高いということが挙げられる。2011（平成23）年4月中の足立区的生活保護被保護人員数は24,795人である<sup>10</sup>。足立区の公式ホームページの統計によると、保護率を(被保護人員÷足立区総人口)×100で算出しているため2011（平成23）年4月中の足立区の保護率は3.62%で、東京23区内では台東区の保護率4.59%に次いで多くなっている。ただし、足立区と台東区では総人口が違うため、被保護人員の絶

対数を比較すると、台東区は 8,125 人、足立区は 24,795 人（被保護世帯 16,674 世帯）となっており、足立区の被保護人員がいかに多いか理解できる。同年の足立区の扶助額は 44,361,979,488 円となっている。

平成 17 年度の国勢調査から、足立区の 65 歳以上人口のうち、労働力人口は 32,056 人となっている。それに対する就業者は 29,947 人で、65 歳以上人口の就業率は 93.42%となっている。また 30 歳から 49 歳までの就業率は 93.46%である。同年の国勢調査から全国の 65 歳以上人口のうち、労働力人口は 5,661,193 人であり、それに対する就業者は 5,415,795 人であることから、全国の実業率は 95.66%である。足立区の 65 歳以上人口の実業率は 2%以上も全国の実業率を下回っており、同様に 30 歳から 49 歳までの全国の実業率 94.97%も下回っている<sup>11</sup>。

足立区には、公営住宅が多く建設されている。昭和 30 年代以降、東京都の住宅政策を受け、足立区内には大規模な都営住宅が多数建設された。2011（平成 23）年の東京 23 区にある都営住宅の総数は 166,870 戸であり、そのうち足立区の都営住宅数は 31,338 戸で、全体の約 18.8%を占めている<sup>12</sup>。これは 23 区内で最も多い数である。足立区に被生活保護人員が多いことや就業率が低いことのひとつの理由として、低所得者や福祉的需要の高い世帯が入居する住宅が多く建設されているということがいえる。

### 第 3 節 健和会と医療の地域連携<sup>13</sup>

#### (1) 健和会の概要

東京都足立区には、古くから地域医療に力をいれている健和会が存在する。訪問看護の活躍は広く知られており、マスコミに取り上げられたこともある。医療法人財団健和会は、1951（昭和 26）年に開設された柳原診療所と、1956（昭和 31）年に開設された四ツ木診療所の二つの診療所を母体として 1974（昭和 49）年に設立された。

健和会グループとして、東京東部と東京近郊の埼玉、千葉県に病院、診療所、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、デイサービス・グループホーム、老人保健施設、特別養護老人ホーム、訪問介護事務所、保育園、複合型サービスなどを持つ。そのうちの病院は、急性期病院である、みさと健和病院 282 床、柳原病院 85 床と、急性期医療と在宅医療の中間施設である柳原リハビリテーション病院 100 床がある。

健和会の医療の地域連携について、現在は健和会臨床看護学研究所に所属し元柳原リハビリテーション病院の看護師長に対し聞き取り調査を行った。

#### ①東京東部地区と健和会の歴史

1950（昭和 25）年頃、中小零細業者の多い東京東部地域の足立区、葛飾区などには日雇い労働者や生活保護を受けている貧しい人々が多く在住していた。「六畳一間に三世帯が入っていて、夏などは暑苦しいので交替で外で寝た」というエピソードがあるほどの貧し



さであったといわれている。そのため病気になっても医者にかかる費用もなく、また診察してくれる医者もいないという医療過疎地でもあった。さらにこの地域はゼロメートル地帯といわれている地域であり、わずかの雨でも浸水を起こすような土地であった。このような中で「安心してかかれる自分たちの診療所を」という住民の声が高まり、それに共鳴した医師や看護師が地域に飛び込んでいき、住民と一緒に診療所づくりを開始した。1950（昭和 25）年代から 1960（昭和 35）年代にかけて次々と診療所が開設されていったのである。1951（昭和 26）年に柳原診療所が、1956（昭和 31）年に四ツ木診療所が開設された。この二つの診療所を母体として 1974（昭和 49）年に医療法人財団健和会は設立される。

診療所が開設した当時は経営が苦しく、職員に給料を払えないこともたびたびあった。事務長自ら生活保護を受けながら働いたことや、薬の支払いが滞り診療代が入るとそのお金を持って薬屋に走ったなどの苦労話が残されている。それでも職員たちは「命はあとから取り戻せない。金はあとからでもできる」と明るく患者に接していた。水害が起きたときは戸板を持って胸まで水につかりながら患者救援に歩くこともあった。職員の献身的な活動に対して、住民は信頼を寄せるようになっていった。

1960 年代に入ると、柳原診療所も四ツ木診療所も相次いで法人化を図るとともに病院へと発展するが、無名で貧しい病院に就任してくれる医師は少なく、慢性的な医師不足の状態であった。そこへ東大闘争を戦ってきた三浦聡雄医師、増子忠道医師という二人の若い医師が入職する。1972（昭和 47）年に柳原病院に入職したこの二人の医師は、この地域で地域医療のモデルを作ろうと活動を開始した。

## ②寝たきり老人実態調査から訪問看護へ

健和会では地域医療の中の、特に在宅医療の先駆的な取り組みとして「寝たきり老人実態調査」を実施している。1976（昭和 51）年の 9 月に健和会をはじめとする民医連の東京東部ブロックが、東京の下町である東部 6 区で寝たきり老人の実態調査をしようと呼びかけた。この提起は大きな反響を呼び、医師会や保健所、福祉事務所、開業医、老人クラブ、主婦、学生などを巻き込む前例のない規模の運動になっていった。自分たちの足を使って、自分たち自身で寝たきり老人の実態を確かめようということになった。

なぜ「寝たきり老人実態調査」を実施することになったのか、その理由を増子忠道医師から聞くことができたので以下に紹介する<sup>14</sup>。

「きっかけは東京民医連東部ブロック医療ソーシャルワーカー部会が、民医連の中で調査をしたいと言い出したことです。その話を聞いて『それはどこでも困っていることだ、民医連だけではない、保健所の保健婦も、福祉事務所も、医師会も困っているはずだ。いい機会だからみんなに呼びかけて調査活動をしてみたらどうか』と新しい方向を提案したところ、みんなの賛同が得られて運動が開始されたのです。顔も知らない人々に呼びかけをしてどれだけ集まってくれるか全く分かりませんでした。当日は狭い食堂を一杯にするほどの参加者で、ほとんど初対面の人々で第一回の準備会が開かれたのです。昨日の出

来事のように鮮明に思い出しますね。感動的な発足でした。」

増子医師が医療ソーシャルワーカーの話聞き、共感し、それを地域に向けて発信したということになる。

また医療ソーシャルワーカーが寝たきり老人の調査をしたいと言った理由は、当時74歳の患者Nさんにできた褥瘡がきっかけとなっている。その事例は以下のとおりである。

「ある日家族から往診依頼を受けて行ってみると鍵がかかっている状態。再度行った時、玄関から悪臭があり、夜訪問となりました。Nさんは、褥瘡の膿と便や尿で汚れた床に横たわっていました。すぐ入院となりましたが、その巨大褥瘡は仙骨部縦19cm、横8.5cm、深さ1cmと骨まで見えるほどでした。あまりにも巨大な褥瘡に家族は手のほどこしようもなくNさんはもう少しで見捨てられるところでした。病室の看護婦の必死の看護の甲斐があつて褥瘡一部を残し退院しました。しかし、2、3日後に行くと腰痛があつてまだ寝返りもできない程。二人の家族は勤務の為に、Nさん一人で寝ていました。枕元に井と水呑み等が置かれてあり、発見されたときと変わらぬ状況にありました。」<sup>15</sup>

適切な医療や看護を受けることなく自宅で衰弱していた高齢者を訪問した医療ソーシャルワーカーが、このような事例は氷山の一角であると感じ、その感性が「寝たきり老人実態調査」を実現させることになったのは評価に値する。しかしこの医療ソーシャルワーカーだけではなく、他の職員も同じ志を持っていたことが最終的に多くの人を巻き込んで「寝たきり老人実態調査」が実施されるに至ったのではないかと考える。前述の増子医師の話も、この医療ソーシャルワーカー同様に困っている事例を異例のことと捉えず、多くの人困っている共通の問題と捉えており、問題解決に向けて地域に働きかけているからである。医療の地域連携には同じ志を持つ人々が集う事も大切な要素となる可能性がある。

健和会をはじめとする東京都民医連東部ブロックは1977(昭和52)年、「だまっていられない」をスローガンに大規模な「寝たきり老人実態調査」を行った。訪問した対象者は約2万人であった。これは東部地域に住む60歳以上の高齢者の10%に相当する。また調査に参加した人は、医療機関職員をはじめ地域の人々や学生など2000人にのぼった。そしてこの調査の結果、寝たきり老人の数は役所の把握している数の2倍以上もあるということがわかった。また「寝たきり老人実態調査」で把握された寝たきり老人のうち、38%は訪問看護の援助があれば状態が改善される人であるという結論も導き出されている。

役所の把握している寝たきり老人の数と実際に訪問して把握した数の差があまりにも大きいと感じざるを得ない。これは役所が寝たきり老人の数を把握する方法に問題があると考えられる。役所では何らかの届出があつたり、申請があつたりした場合に、その紙面上にある寝たきり老人の数を記録しているに過ぎないからではないだろうか。実際に足で歩いて2万件を訪問した結果は、間違いのない寝たきり老人の数であると考えられる。

1982(昭和57)年に、柳原病院の在宅医療推進の中心となっていた増子忠道医師が、衆議院社会労働委員会の高齢者に関する基本問題小委員会(第96国会)で参考人意見を述べるよう求められた。そこで老人の問題、寝たきり老人の医療と看護の問題について話して

いる<sup>16</sup>。増子医師のこの参考人発言は注目を浴び、それから2年ほどして訪問診療という名で「定期往診」が国の制度として位置づけられた<sup>17</sup>。

1991（平成3）年、訪問看護ステーションの制度化が決まると、それまでの蓄積を生かして開設準備に入り、1992（平成4）年に東京都で第1号となる北千住訪問看護ステーションが開設され各方面に様々な影響を与えた。また、地域の開業医が利用しやすい訪問看護ステーションであるためにと病院併設ではなく最初から地域に開かれた独立型の訪問看護ステーションとした。ここには「地域の中につくる」という発想があり、訪問看護ステーションが医療と介護をつなぐキーステーションであることを実証した。

#### 第4節 医療の地域連携～同一行政区内の2医療施設の事例から～

##### ①三次予防と病院内での多職種連携

三次予防事業対象者は、既に症状が出現した者で要介護状態となっている人であるため、その支援では医療と福祉を切り離すことはできず、特に病状が急性期から回復したばかりの患者では、医療を中心に治療やリハビリテーションを受けつつ、次に迎える生活のために福祉の利用を考慮しながら同時に準備をしていかななくてはならない段階である。

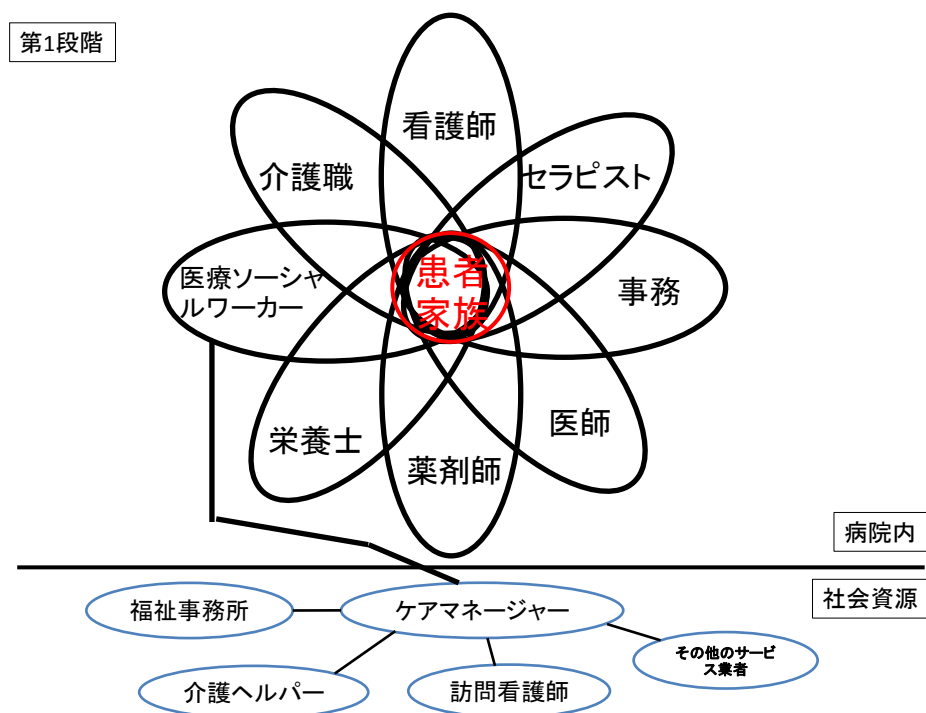
ドロセア E. オレムは『オレム看護論—看護実践における基本概念』の中で、リハビリテーションでは人間の機能をなんらかのかたちで代償したり、克服したりするために、患者および医療従事者による機能に合せた意図的の行為が必要であると述べている。そこには、機能的な障害や廃疾を克服する人間の能力、喪失機能と残存機能を決定するための有効な技術、および有効な回復もしくは代償技術への信頼が必要であるといわれている。また患者、家族、医療従事者、およびコミュニティがリハビリテーションの目標に向けて積極的に努力する必要があるといわれている<sup>18</sup>。

健和会では、リハビリテーションを含む、病院で提供される治療、看護、介護などのすべての目標を「病院を退院した後に患者や家族が望む生活をかなえること」に焦点を合わせ、それを第一の目標としている。オレムの言う、リハビリテーションの目標に向かって患者、家族、医療従事者、コミュニティが積極的に努力する前段階として、家族、医療従事者が同じ目標に向かって進むために、まずは病院内で患者に関わる複数の専門職が連携をする必要が出てくる。専門職が個々に持つ専門的な知識の範囲だけで別々に努力することは、患者を全人的にとらえるという点で不足する部分が出てくる可能性が高いからである。そして次の段階で、病院以外の社会資源やコミュニティも含んで、患者の目標をかなえる努力がなされていくことになる。

健和会での病院内の連携を図示してもらった。病院に入院している三次予防事業対象の患者が退院するためには、何らかの社会資源を利用する必要がある。そのために連携は病院内の専門職間の連携と、病院外の社会資源との連携に分けて図示されている。そこには患者の状態にあわせて第1段階から第3段階の連携の形があると仮定する。

第 1 段階は入院中の患者に対する連携である。そこ時点の患者の状況は、退院後の目標が決定していないか、または決定付けられて目標に向かって準備をしている段階である。病院外との連携は医療ソーシャルワーカーを窓口として行われる【図 6-8】。

図 6-8 健和会の専門職間の連携（第 1 段階：入院中）

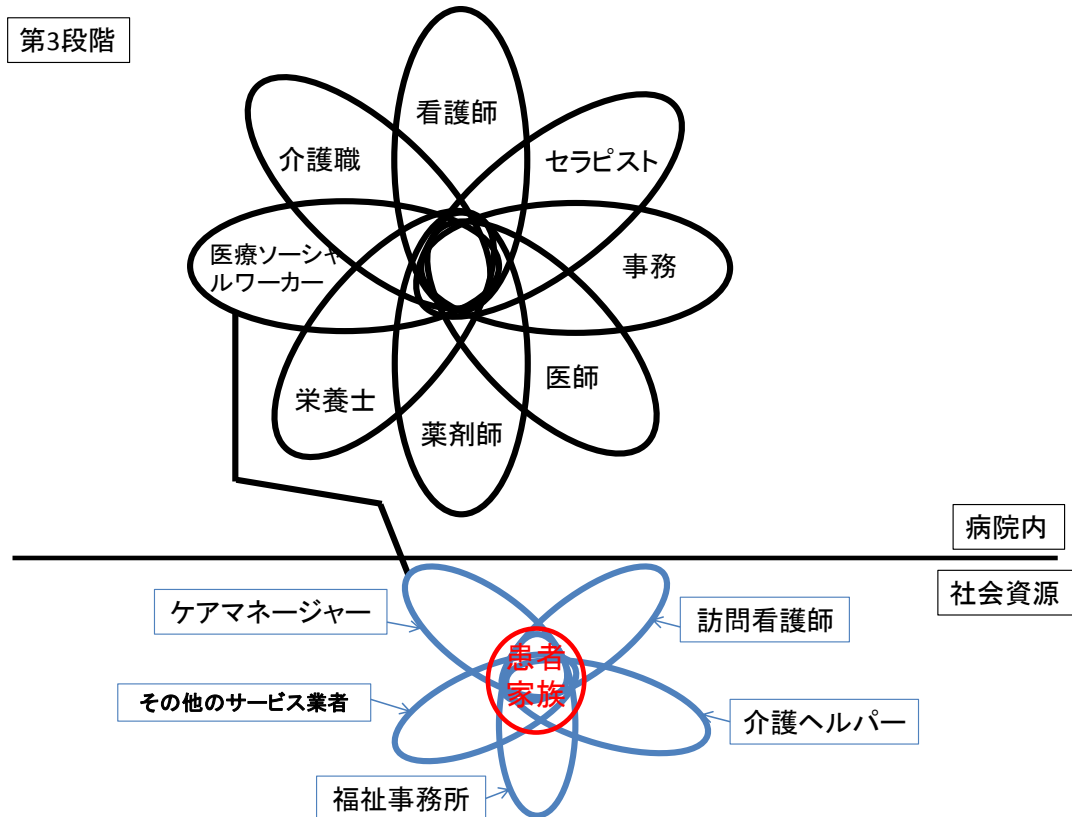


出所) 健和会 臨床看護学研究所 副所長へのインタビューより 2013.年 6 月 21 日 筆者作成。

第 2 段階もまだ入院中の患者に対する連携である。この時点の患者の状況は、退院後の目標が決定し、第 1 段階よりもさらにその内容が具体化され、退院後に利用する社会資源を実際に利用できるか確認する段階にある。病院外のサービス提供者が病院内の専門職と連携して第 1 段階で計画されたケアを実際に利用する準備をしている状態である。ここでは、病院外部の社会資源を担当する専門職が一次的に病院内の連携の輪に入りこみ、病院の職員と一体となって患者の退院後の目標に向かって行動することになる。

第 3 段階は退院後の患者に対する連携である。この時点の患者の状況は、施設や自宅に退院し、社会資源を利用して生活している段階である。第 2 段階において病院内で連携したサービス提供者が、そのまま連携を保ち病院外へと移動した形となっている。病院内との連携は医療ソーシャルワーカーを窓口として行われる【図 6-9】。

図 6-9 健和会の専門職間の連携（第 3 段階：退院後）



出所) 前掲、健和会 臨床看護学研究所 副所長へのインタビューより 2013.年 6 月 21 日 筆者作成。

病院内の連携についてみると、医師、薬剤師、栄養士、看護師、介護士、医療ソーシャルワーカー、事務職のすべてが他のすべての職種と繋がっており、その中心に患者、家族が存在する形となっている。すべての職種が患者を中心に同等につながっているという意味は、同じ立場で意見交換ができるという意味である。例えば処方箋を書くのは医師であり、理学療法の指示を出すのも医師であるという意味で図示すると、医師から伸びた一方向の矢印が他の職種へと続くようになってしまう。これは法的な指示系統について図示したものであり普遍的なものである。ここで図示してもらったのは、法的な指示系統についてではなく、患者の目標に向かって意見交換をする時のそれぞれの専門職同士の関係性を図示したものである。楕円の重なる面積によってその関わりの強弱を示している。患者、家族が主体であるため、図の中央に存在する。その周囲には、全ての職種と職種が同等に関わり合い連携している図となっている。

退院調整カンファレンスは患者の入院直後から開始される。退院調整カンファレンスの中心は患者、家族である。その希望をかなえるために、まずは病院内の医師、セラピスト（理学療法士、作業療法士、言語療法士などを総称してセラピストという。以下セラピスト）、看護師、介護士、医療ソーシャルワーカー、事務職等が一人の患者に対して話し合い

を持ち、現段階でどのような課題があるかをあげる。患者、家族の希望をかなえるために今後何が必要であるか、何が問題であるか、それぞれの専門職の目からみて意見を述べ、話し合い、退院後に必要となる社会資源が何であるかを決定する。退院する患者が家に帰っても困らないように、社会資源の利用方法を具体的に入院中に方向づけ、その後外部のサービス担当者につないでいくというかたちをとっている。

以上の主要な専門職が一同に会する連携は、退院調整カンファレンスやサービス担当者会議のときにみられる連携の形である。2008（平成 20）年から退院調整加算が点数化されたため、退院調整については多くの病院で導入され、退院調整カンファレンスも実施されるようになった。しかし、その内容には大きな差があると考えられる。診療報酬を得るために形だけのカンファレンスを実施している可能性もある。患者の希望をかなえるためには、退院調整カンファレンスも大切ではある。しかし医療従事者がより多くの情報を患者から、または他の専門職から得ようと努力したり、患者の悩みや不安、または希望に耳を傾けようとした場合には、一様にテーブルを囲んで話し合う「カンファレンス」というかたちでは単に他職種からの申し送りを聞くに過ぎなくなることもある。健和会では、退院調整カンファレンスの他にも、絶えず患者から情報を得たり、他の専門職と協働して患者の問題を解決しようとしている。実際に退院調整カンファレンスの場以外のナースステーションや理学療法室などで、他職種が連携して患者の希望をかなえるための努力をしている事例を紹介する。

**表 6-1 退院後の住居を地域で探した事例**

事例 A	
患者背景	高次脳機能障害。退院後は車椅子生活になるため介護施設での生活が予測された。大工を職としていた男性。妻と二人暮らし。
患者の目標	本人も妻も自宅へ帰ることを強く希望。
主な介護者	妻。
連携した職種	地域に出向いて行ったのは、介護士、セラピスト、医療ソーシャルワーカーの 3 つの職種。
看護師のアセスメント	看護師は地域に出向いていないが、患者のもとの自宅が借家の 2 階にあるという情報を得、患者の目標である自宅での生活を実現するためには現在以上にリハビリテーションを強化することよりも患者の状態にあわせた家屋を準備することの方が的確であると判断していると考え。その結果 3 人の専門職が地域を歩いて新たな家屋を探すことにつながっている。

事例 A【表 6-1】では、患者が自宅へ退院することは困難と思われる状態であったが、強く自宅へ帰ることを希望したために実行された連携である。患者の自宅は借家の 2 階にあったが、自宅へ退院することをまず目標とした。しかし現在の自宅では退院後に生活する

ことは困難と判断され、介護士、セラピスト、医療ソーシャルワーカーとで新たな家屋を探しに地域を歩いた。患者本人が大工であったため、地域の不動産屋が知り合いであったという幸運から、空き店舗だった建物を住宅改修する許可を得た。また偶然にもその空き店舗を建てたのが患者本人であった。家屋を探しに行った介護士も前職が大工であったため、その物件にどのような改修を加えれば車椅子生活ができる住宅になるか見極めることができた。

最も重要なことは本人がどのような生活を送りたいかである。車椅子で自由に活動したいという目標があったため、家の中の段差を全てなくした。また病院のトイレでは独りで立つことができるようにまで回復していたため、病院と同じ車椅子用トイレを設置した。車椅子用トイレを設置したことで風呂のスペースがなくなってしまったため、入浴サービスを受けることで補うこととした。その他に必要なサービスを利用して自宅で生活を続けている。

患者が退院後に車椅子で生活できるような家屋を探すために、まず最も患者の日常生活動作を把握していると思われるセラピストが地域に出向いていることで、家屋の段差や手摺りをつけるべき位置などを判断することができる。次に過去の職業が大工であったという介護士がそこに加わることで、セラピストが提案した患者に相応しい家屋に改築することが、その物件で可能かどうか判断することができることになる。医療ソーシャルワーカーはそのために利用できる社会資源を検索する。事例 A では改築のために諦めざるをえなかった浴室の代替案として入浴サービスを利用することが提案されている。地域にあった空き店舗が、障害を持つ人の個人の能力にあわせたバリアフリーの住宅へと変化することになった。生活支援とは「利用者が望む生活」、「利用者にとって望ましい生活」を営むことに支障となる課題を解決することであるとすれば、事例 A では複数の専門職が支障となっている現場に参集し、それぞれの専門性や個人が持っている能力を結集し、連携することによってその課題を解決に導いたと考えられる。

**表 6-2 患者の退院後の生活が評価されている事例**

事例 B	
患者背景	脳血管障害。兄と二人暮らしの女性。
患者の目標	自宅へ退院すること。
主な介護者	兄。
連携した職種	看護師、医療ソーシャルワーカー。
看護師のアセスメント	患者の介護状態から判断して介護者の負担を軽減させるためには、可能な限り介護サービスを利用できるようにする必要がある。*ここで欠如していた情報は、退院後に生活する自宅の情報である。

事例 B【表 6-2】は、退院後に家庭訪問をすることによって、退院時に立てたケア計画が

患者の家族が望む計画ではなかったことが明らかになった事例である。

患者やその家族に自宅へ退院するという目標ができること、看護師は介護者にとって最良であるようにと、利用範囲内で最大限にサービスが利用できるように準備する。事例 B においても介護者の兄の疲労を軽減したいと考え、看護師と医療ソーシャルワーカーが家庭訪問をしたときに、今以上にサービス利用を増やすことを提案した。すると介護者である兄から「もうこれ以上はやめてほしい」という予想もつかない返答があった。デイサービスを利用することは、実は兄にとっては非常に重労働であるということが判明した。デイサービスを利用する日に、兄は朝早く起床し、妹の身づくろいをし、車が迎えにくる場所まで車椅子の妹を連れて行くという準備をしなくてはならなかった。しかしその自宅はエレベーターが設置されていない集合住宅であったために、兄はデイサービスのたびに非常に重労働を強いられていたのである。

事例 B は、家庭訪問をしたことによって病院内でのケア計画が、実際には介護者に負担をかけていることを確認した事例である。看護師は患者をアセスメントする能力を身につけているが、アセスメントに必要な情報が少ない場合や看護師の能力不足から重要な情報を逃したり、集めた情報を有効に活用できなかつたりすることがある。ここでは介護者の負担に対するアセスメントができていながらもかかわらず、退院後の自宅の情報が欠如していたために過剰な介護サービスを勧めることで介護者により負担をかけることになってしまっている。

一方で収集した情報をアセスメントした結果から看護問題が抽出され、問題解決に向けて看護計画が立てられ、看護を実施し、実施したことに対して評価がなされる看護過程の一連の流れの中で、実施された看護計画を家庭訪問によって評価をしていることは、非常に価値のあることであるといえる。一般的に入院中の患者に実施した看護に対する評価はされるが、退院患者を追跡して評価することまでは通常は実施されないからである。患者の退院後の生活を追跡、評価することこそが病院内での専門職同士の連携や、病院内部と病院外部の専門職の連携の仕方を再考する機会となり、より複雑な背景を持つ患者への生活支援も可能となるような連携がとれる組織へと発展していくのではないだろうか。

事例 B では、患者が将来おかれる未知の情報をアセスメントする視点が不足していた。患者自身から得ることができない情報があれば、それは実際に足を運んで収集してくることしか解決方法がない。事例 B は退院時のケア計画がより介護者に負担をかける結果となってしまった事例であるが、事例 A の活動のように他職種が連携して未知の情報を現実の情報としてとらえることができれば、その時点では患者にとってはまだおかれていない環境についてアセスメントし、考えられ得るケア計画を立てることができるのではないかと考える。事例 A では、患者、家族にとっても、また医療従事者にとっても未知な環境を作り上げる作業から関わり、その時点では患者をアセスメントする情報として存在しない情報を収集する努力がなされ、患者の望みが叶い、またその後の患者の要介護度も改善している。



次に、患者の退院に向けて問題が抽出された患者に対し、患者の家族を病院に招いて問題を解決する努力がなされている事例を紹介する。

**表 6-3 問題解決のために過去に例のない新たな試みを実施した事例**

事例 C	
患者背景	胃瘻チューブ、気管切開をしている患者。退院後もベッド上での生活。男性。妻と二人暮らし。
患者の目標	自宅への退院を希望。
主な介護者	妻。
連携した職種	看護師、介護士。
看護師のアセスメント	看護師は患者の状態が 1 日の中で変化することを知っている。退院後に介護者は患者の 24 時間にかかわることになる。家族看護の視点から、介護者が介護に対して自信を持って退院することが重要と判断する。患者の 24 時間をみることができ、またその場で介護技術を習い、疑問を解決できる場所は現在入院している病院しかないため、病院で家族に介護を学んでもらう必要がある。

退院後に自宅で活動する患者の場合は、退院前に自宅を訪問してどのように行動できるかを確認したうえで退院調整をする必要があるが、ベッド上での生活となる患者では、逆に病院での患者の様子を家族に確認してもらうことの方が重要である。事例 C【表 6-3】では、看護師の発案で家族に病院に宿泊してもらうという新たな試みを実施された。過去にこのような前例はない。実際に家に帰った後、トラブルが生じた場合に出来るだけ困らないように、また家に帰る自信に繋げてもらうために家族の協力を得て退院に向けて準備を行った。

限られた家族の面会時間を利用するだけでは患者の一日の様子をみることができないが、一日、一晩をとおしてであれば、看護師がその間に痰を引く、体位変換をする、介護士がおむつ交換をするなどの手技を教え確認することができた。また、夜間患者が就寝した後、痰がどの時間に多くなるかなどを家族に覚えてもらうことも必要であった。

一般の人が医療処置をすることには大きな不安がある。しかし、病院では看護師や介護士が傍らについて手技を教えることができ、また何度も繰り返し実施し慣れることで家に帰る不安が確実に減少していく。痰を引くというような患者の命に関わるような処置であれば、安全に実施されているか看護師がその場で確認することもできる。この一日、一晩をとおして家族からは「朝方に痰が多いんですね」という声があがり、また「停電した時はどうするのですか?」という具体的な質問までが出るようになった。

表 6-4 患者が自宅へ退院することを受け入れられない家族へ対応した事例

事例 D	
患者背景	高次脳機能障害。麻痺なし。軽度の記憶障害がある。男性。妻と二人暮らし。
患者の目標	患者自身は自宅へ帰ることを強く希望。妻は不安で受け入れられない。
主な介護者	妻。
連携した職種	看護師、医療ソーシャルワーカー、セラピスト、医師、介護士。
看護師のアセスメント	夫の退院を妻が受け入れていない。その理由は、妻の介護に対する先入観と未知の生活に対する不安と自己実現が疎外されるという絶望感であると考えられる。時間をかけてこれらの考えを払拭し、ある程度の将来像を描けるように支援することで不安を解消することが必要である。

事例 D【表 6-4】では、患者である夫（以下夫）は強く自宅へ帰ることを希望している。一方の妻は、夫の退職後も普段から夫婦で同じ時間を過ごすような生活するのではなく、自分の時間をもって生活をしていたために、今後 24 時間 365 日夫の介護をしなくてはならなくなることに大きな不安を抱えていた。自宅へ帰りたいたい気持ちが強い夫は、無断で病院から自宅へ戻り、その途中で警察に保護されたことがあった。このような騒動のなかで妻の不安は一層強いものとなっていった。夫はとにかく家に帰りたかったと妻に話す但妻は混乱していた。

事例 D では、看護師が妻との話し合いに多くの時間を費やしている。看護師が何度も話し合いを繰り返し、妻を説得するのではなく気持ちを傾聴する姿勢を貫いている。妻の不安は 24 時間 365 日夫の介護をしなくてはならなくなることにあった。看護師との話し合いの中で、妻が今まで送ってきた生活スタイルを崩すことなく介護できる方法を考えていくという方向付けがなされた。社会資源を利用することも交え何度も話し合いが持たれた。

話し合いを繰り返すうちに徐々に妻の気持ちに変化が見られ、外出先で発症し、そのまま入院となった夫の帰りたいたいという強い気持ちも理解できるようになり、妻が自宅で夫を介護することが決定した。次に妻の希望もかなえるために医療ソーシャルワーカーがどのようなサービスを利用できるかについて妻との話し合いを持っている。医療ソーシャルワーカーは、夫の状態に合うサービスを選び出すために、身体障害者としてサービスを利用するか、介護保険制度を利用するかにまで及ぶ話し合いをしている。また、セラピストは医療ソーシャルワーカーから夫が受けられるサービスの内容を聞き、サービスを受けることで妻が実施しなくてよい介護を教え、妻が安心できるように配慮している。

退院に向けて、医師、セラピスト、看護師、介護士、等が一同にそろう患者と妻に対してどのような課題が残っているか話し合いをもっている。妻が夫の退院を実際にはまだ不安に思っているということがその話し合いから課題としてあげられた。そこで退院前に夫に一時帰宅してもらい妻に自宅での様子を見てもらうことを計画し実施している。それで

も不安が全く去るということはないため、退院後に何かあったらすぐ相談できる連絡先も教えている。

退院を間近に控え、退院後に利用するヘルパーステーションのスタッフや、ケアマネージャー、訪問看護の看護師が病院に参集し妻との話し合いを持ち、病院内で計画された退院後の生活を実現するための準備が具体化されていった。最後に妻からは「頑張ってみます」という言葉が聞かれ退院することになった。

健和会では退院した患者やその家族が1年に一度集まる機会がある。そこで夫の自宅の様子を妻から話してもらうことになった。妻は、在宅介護は「何とかなる」ということを聴衆に向かってよい表情で語ったとのことである。夫ではなくて自分が一番変わったと話し、現在では一般人向けの認知症サポーターの教室に参加している。

事例 C、D は、介護者に対する支援が中心となっている事例である。介護される人にとって、介護者が介護できない状態となることは最も問題となる。患者を主に介護する家族の心身の健康を保つことは、患者の健康をも左右することに繋がるからである。したがって介護者への支援も重要であり、看護師を含む医療従事者は患者のみならず介護者に対するアセスメントも同時に行わなくてはならない。事例 C、D では介護者である患者の家族に対する支援が実施されている。しかし、患者の家族の情報を得ることは患者の情報を得ることよりも難しい場合が多い。それは患者のように看護師やその他の医療従事者がいつでも顔を合わせるができる存在ではないからである。少ない情報を有益にするためにも他職種の連携が必要となる。

看護師は患者やその家族から得た情報をアセスメントし看護介入をしようとするとき、目標を達成するのに最もふさわしい方法で介入をはかろうとする。しかし、そのときの患者の状態によって、介入方法も変わることを知っていないとドロセア E.オレムは述べている<sup>19</sup>。新たなことに挑戦する時、人は不安が伴うものである。患者の家族に病院に泊まり込んでもらい患者の状態をみて、そして自宅で必要となる技術を学んでもらう試みは健和会でも初の試みであった。しかし患者の状態に合わせて選んだ介入方法がこの方法であるとすれば、看護師は躊躇なくこれまでなかった方法でも試みる必要がある。この介入方法は看護師だけが計画して実施できることではなく、介護士や、医師の協力は欠かせないが、問題なく実施に踏み切っている。これは他の専門職との連携が普段からできている証拠である。このような連携に到達できるのも、退院調整カンファレンスだけでは得ることはできない患者の情報を普段から収集し、職種間で情報交換ができていからであると考えられる。

事例 C、D のほかに、介護者である家族へ支援した事例を以下に紹介する。

表 6-5 介護者の健康状態を重視した事例

事例 A (前述)	
患者背景	高次脳機能障害。退院後は車椅子生活になるため介護施設での生活が予測

	された。大工を職としていた男性。妻と二人暮らし。
患者の目標	本人も妻も自宅へ帰ることを強く希望。
主な介護者	妻。
連携した職種	介護士、セラピスト、医療ソーシャルワーカー、看護師、医師、事務職等、医療スタッフ全員。
看護師のアセスメント	看護師は一般的に手術後の患者の体力がどの程度のものかを理解しているためアセスメントができています。介護者の妻が退院したから夫も退院するということでは夫婦が二人とも悪い状態に陥る可能性が高いと判断している。介護をするには体力が復活するまで困難である。体力を復活させるには療養が必要であり、要介護者を抱えた環境では無理である。

先にも述べたように、介護者の健康状態は介護される人の健康状態にも影響する。前述の事例 A の介護者が体調を崩した【表 6-5】。夫が退院し自宅での生活が始まった後、介護者である妻が癌を患い入院することとなった。介護者が不在となる間、夫が介護を受けられる方法を考えなくてはならなくなった。夫は回復期リハビリテーションを受けるという名目で病院に入院することを提案した。妻は急性期病院で治療を受けるため、手術から回復するとすぐに退院しなくてはならなくなる。しかし手術創が治癒しても体力はすぐには回復しないため療養の必要があった。体力が回復していない妻では夫の介護は困難である。急性期病院を退院した後の妻には、しばらく夫と同じ病院で療養することがよいのではないかという意見がだされた。これは健和会の医療スタッフ全員から自然発生的に上がり、その段取りがすすめられた。妻は急性期病院を退院後、夫と同じ病院で療養し、体力が回復した後に夫と二人で退院した。

**表 6-6 患者の希望と看護師のアセスメントに相違がある事例**

事例 E	
患者背景	脳血管疾患。男性。妻と二人暮らし。
患者の目標	自宅で生活をしたい。妻が介護をするのでサービスは絶対に利用しない。
主な介護者	妻。
連携した職種	医師、セラピスト、看護師、介護士、医療ソーシャルワーカー。
看護師のアセスメント	妻以外には介護されたくないという気持ちが強いため、無理に介護サービスの利用を勧められない。しかしサービスを一切利用せず、妻がひとりで介護をするとなると、容易に疲弊してしまうことが予測される。それを避けるためにも、介護サービスに関する情報だけは提供しておく必要がある。その情報が後に妻を助けることになる可能性が高い。

事例 E【表 6-6】は、患者の強い希望で、退院後は妻が介護するため、介護サービスは絶対に利用しない、つまり妻以外の介護は受けないという事例である。医師、セラピスト、看護師、介護士、医療ソーシャルワーカーが意見交換し、介護者である妻が疲弊してしまうことを問題としてあげた。しかし、患者は妻以外の介護は受けないという強い希望がある。よって介護サービスを利用しないことを尊重し、サービス提供者を含むケア計画を立てることはしなかったが、サービスを利用する準備を全くしないまま退院するのでは意見交換によってあげられた問題が残ったままである。そこで自宅でも介護サービスを利用できるという説明だけをするようになった。それは妻が介護に疲れを感じた時に頼ることができる情報となるからである。

退院後に医師と医療ソーシャルワーカーが家庭訪問をしたところ、妻は介護サービスを利用していた。夫の介護で妻は疲弊してしまい、サービスを利用するに至ったのである。退院前に情報提供を確実に行ったことが疲弊した妻を救うことになった。

表 6-7 介護者の希望と看護師のアセスメントに相違がある事例

事例 F	
患者背景	脳血管障害。女性。夫と二人暮らし。
患者（家族）の目標	夫は今まで妻に迷惑をかけてきた償いとしてすべての介護をしていきたい。したがって病院外のサービスは利用しない。
主な介護者	夫
連携した職種	看護師、医療ソーシャルワーカー。
看護師のアセスメント	夫の妻に対する思いが強いため、無理には介護サービスの利用を勧められない。しかし退院後に夫が容易に疲弊してしまうことが予測される。疲弊しても夫の気持ちに変化がみられないため、介護サービスを利用するという方法以外で夫を休息させる方法が必要である。

事例 F【表 6-7】は、80 歳代の夫が病院外のサービスを一切利用せずに妻の介護を行うことを希望していた事例である。退院後、妻は頻繁に尿意を訴え、夫はその都度排尿の介助を行っていた。看護師が夫の体調に配慮し介護サービスを利用することを勧めたいが、夫の希望が強いため直接に勧めるということを避け、頑張り続けなくてもよい方法があるということを説明した。しかし夫の意思は堅く介護サービスを利用することはなく、最終的には疲弊してしまった。

夫の意志は変わらないため、看護師がその他の医療スタッフと意見交換をした結果、時々妻に回復期リハビリテーションを受けるという形で入院する期間をつくり、その間に夫には休息をとってもらおうという介入方法が考えだされた。この方法は夫の介護サービスを利用しないという希望をかなえ、また体調を崩すこともないように配慮されている。

事例 A、E、F は、患者自身だけではなく、その家族まで看護師を始めその他の医療スタ

スタッフの連携によって支援している事例である。介護される人にとって介護者が介護できない状態となることは二人の生命が脅かされることになる。前述したがリハビリテーションの目標に向けて積極的に努力するのは、患者や医療従事者だけではなく、その家族にも求められることである。ここでのリハビリテーションの意味を広義にとらえると、患者本人の持つ能力を最大限に活かした日常生活も含まれる。これは日常生活を送るなかで三次予防に取り組んでいることになる。その家族が疲弊し、リハビリテーションの目的に向けて努力できなくなることは問題である。

介護者が疲弊する前になんらかの手を差し伸べることが医療従事者には必要である。しかしその前段階として、介護者が疲弊してしまう危険を早期に察知しなくてはならない。これらの情報を得るためには、退院調整カンファレンスにおける情報交換だけでは不足する。外来に付き添ってくる介護者の様子を観察することや、家庭訪問をする時期を早めるなどの方法が考えられる。事例 E では、当初からその危険性を多くの専門職が指摘していた。そのために介護サービスについて情報提供をするという策が講じられ、妻が疲弊することを防ぐことができていた。

健和会の連携の目標は、患者やその家族が望む生活をかなえることであると述べたが、時には患者やその家族の望むことが専門職からみて難しいと思う事例もある。しかし家族の希望を尊重することを第一とし、その望みをかなえる方向で医療スタッフが連携し努力する。そして専門職として将来困難が伴うであろうと判断される事例には、あくまでも患者や家族の目標を変えないように、手段のみを変えられるように、それぞれの専門職の視点から考えられる代替案を出し合って相応しい方法を探し出し介入している。

患者や家族の目標設定が専門職の視点から判断し困難である場合に、それを知りつつ患者や家族の満足感のためだけに、安易に目標を達成する手段を選択することがあれば、それは専門職としての存在やその連携の意味を放棄していることになりかねない。看護師や医療スタッフは、患者と家族、そして患者と家族が属している環境に関する情報を可能な限り収集し、それをもとにその時々で介入方法を変えていくことが求められる。

これらの事例における看護師とその他の職種との連携は、特に医療ソーシャルワーカーとの間でなされていると考えられる。看護師は患者の家族を休ませなくてはならないという視点を持っているが、社会資源を使った方法を考えることは専門ではない。医療ソーシャルワーカーと看護師が連携することで単に社会資源を利用して介護者を休ませるということだけではなく、患者や介護者の意思を最後まで尊重した方法を見つけることになっている。

## ②院内と社会資源との連携

健和会では、患者とその家族の希望をかなえるために必要なことや解決すべき問題など、それぞれの専門職の持つ知識を活かし意見交換をし、退院後の生活を具体的に計画している。入院中に具体的に方向づけられた計画をその後外部のサービス担当者につなぐという

作業が行われる。前述の第 1 段階から第 3 段階へと連携の形を変えて、病院内で決定した患者の目標を失うことなく病院外の社会資源につなげる努力がなされている。

健和会では、入院中から患者を担当するケアマネージャーと連絡をとっている。そして、退院が間近に迫ると担当ケアマネージャーやサービス提供者は病院内の専門職の連携を形成する一つの専門職としてその中に入り込むことになる。暫定的に病院のスタッフの一部ととらえることもできる。患者の退院と共に病院外の社会資源は患者を支援するために新たな連携を作り、また病院の医療ソーシャルワーカーを窓口として病院内とも連携を取り続けるという形ができあがる。

病院内において多職種による連携が行われ、患者の目標を達成するために必要なケアを計画しても病院外の社会資源につなげることができなければそこで計画は途切れることになる。病院内での情報を把握していないケアマネージャーが、担当する患者のケアプランをゼロから立てることになる。これでは病院内での連携も全く無駄に終わってしまうことになり、患者の望む目標を達成することは困難になる。

健和会では、病院内の連携と病院外の社会資源をつなぐ窓口は、医療ソーシャルワーカーである。医療施設によっては、何らかの問題が発生した患者に対してのみ、医療ソーシャルワーカーが一時的に問題解決をするという形を取っているところもあるが、健和会では入院患者全員に担当の医療ソーシャルワーカーがおり、退院後に利用する予定のケアマネージャーや病院外のサービス担当者との連絡をとっている。退院が近くなると病院に足を運んでもらうなどの依頼もしている。患者全員に対して担当の医療ソーシャルワーカーが窓口となっているため病院外部と柔軟な連携が取れる。

健和会では、退院調整カンファレンスの他に、サービス担当者会議が設けられている。この会議の趣旨は、患者が退院する以前に病院内の連携によって立てられたケア計画を病院外に引き継ぐための情報提供と具体的に計画が実施可能か確認することである。退院後に自宅で実際に利用するサービス担当者を病院に招集し意見交換が行われる。またサービス担当者会議だけでは情報収集できないことがあれば、この会議以外に担当のケアマネージャーやサービス提供者と健和会の医療スタッフが患者の帰る自宅に集合して実際の生活の場を見ながら引き継ぎや新たなケア計画を立てることもある。多くの職種がそこには関わっている。これは患者と患者の未知の環境に対する情報を取る努力であると考ええる。

病院内での専門職による連携の結果が、次に外部のサービス担当者に引き継がれていく事例を以下に紹介する。

**表 6-8 病院外部のサービス提供者にケア計画の実施が可能であるか確認する事例**

事例 G	
患者背景	脳血管障害。女性。夫と息子達と暮らし。
患者の目標	自宅で生活をする。
主な介護者	夫と息子達。

連携した職種	看護師、介護士、病院外のヘルパー、ケアマネージャー。
看護師のアセスメント	家族にはリフトの使い方を習得してもらったが、実際に使用するのは家族だけではない。利用することが予定されているサービス提供者が使用できなければ退院は難しくなる。サービス提供者に確認し、使用できないということであれば使用できるようになってもらう必要がある。

事例 G【表 6-8】は、退院後に自宅でベッドと車椅子での生活をするのが計画されている。自宅でベッドから車椅子に移動するには、患者を抱き上げるリフトという機械を使用する。主な介護者である夫と息子達を病院に招いて看護師と介護士がリフトの操作方法を教え使用できるようになっている。一方で退院後にサービスを受ける病院外のヘルパーがリフトの操作をできないという事実を看護師が確認した。サービス提供者がリフトを操作できないことは、結果として寝たきりの状態にさせてしまうため、退院後のケア計画が実施できず日常生活行動が拡大しなくなる。これは廃用症候群に繋がり問題である。

そのためヘルパーを病院に招き、リフトの操作方法を覚えてもらうという作業が始まった。看護師と介護士で操作方法を繰り返し教え、ヘルパーがリフトを操作できるようになったことを確認した後に患者は退院となった。

**表 6-9 家族を通じて病院外部のサービス提供者にケア計画を引き継ぐ事例**

事例 H	
患者背景	脳血管障害。女性。退院には排便コントロールが必要。
患者の目標	自宅での生活。
主な介護者	家族。
連携した職種	看護師、訪問看護師。
看護師のアセスメント	排泄に関わる介護は、介護者だけではなく介護される側にも心に負担がかかる。それが原因で介護者による虐待が起きることもある。できるだけ家族ではなくて訪問看護師によって排泄介助がされるように調整できれば自宅での介護が円滑にいく。もともと便秘傾向の患者であるため、薬剤を使用して排泄パターンを調整することが可能である。排泄のパターンと薬剤の投与法を家族と訪問看護師に伝えることで排泄ケアに対する介護者と介護される側の双方の負担が軽減する。

事例 H【表 6-9】は、退院後に訪問看護を受けることになっていた。便秘傾向のため、排便コントロールが必要な患者であった。この事例の排便コントロールとは、下剤を調節し訪問看護の看護師が訪問する日程に合わせて排便があるようにすることである。

下剤の効果には個人差がある。下剤の処方医師が行うが、その下剤を何時に服用するか、どのくらいの量を服用するかなどは実際に普段の患者の排便時間や回数を観察してい



る看護師や介護士の方がよく理解している。入院中から看護師が服薬と排便のパターンを試行錯誤し、退院後は訪問看護師が訪れる日に排便があるように調整をした。家族には、「この日のこの時間に服薬してもらえば、この曜日に排便があります」という説明が行われている。それを訪問看護師に引き継ぐことになった。

身体機能の中で排便は重要なことである。また家族が介護をする場合、排泄のケアは精神的にも慎重を要する行為でもある。介護される側も家族に申し訳ないという気持ちになる。看護師が退院に向けて排便コントロールをすることによって、できるだけ家族が排泄ケアをすることがないように調節されている。家族がおむつ交換をする機会を減らすことで、家族も介護される側も多少でも気持ちが軽くなることは介護を続けていくことにとって良い傾向である。その後患者はリフトを使用して、座位をとる生活にまで回復している。

事例 G、H では、院外部の専門職が一旦病院の中に取り込まれるようにして、ひとりの患者に対するケアの技術を学習している。そして病院内部が持つ患者の情報や、または複数の専門職同士が連携し意見交換をした結果を病院外部の専門職が病院内部の専門職と同じ場でそれらを受け入れている。それを受け入れた病院外部の専門職は、学習し新しい知識を形成している。単に情報を提供するだけでは、それ以上のサービスは形成されない。同一の場所に同時に参集し、それぞれの専門職が情報交換をすることによって、新たな知識や技術が形成されることになる。これは時間とともに変化する患者と患者を取り巻く未知の環境に対して情報収集しアセスメントするということになり、看護過程の限界を補完する方法となる可能性がある。

### (3) S 病院の事例

S 病院の総師長へのインタビューから S 病院での連携について検討する<sup>20</sup>。S 病院の病院内での専門職間の連携では、患者の情報を申し送る程度のことは実施しているが、連携という形はなしていない。看護師が退院時に訪問看護を受ける必要があると判断した患者に対しては、医療ソーシャルワーカーにその旨を伝えるということにはなされている。医師、看護師、セラピスト、医療ソーシャルワーカー、薬剤師、事務職、介護士がそろって話し合いを持つことはない。かつて、できるだけ患者を自宅へ退院させたいと考えている医師が勤務していたときは、退院時にその医師と看護師、医療ソーシャルワーカーが参集し、退院後に担当するケアマネージャーを病院に招いて話し合いを行っていたときがあった。しかしその医師が退職してしまっただけからは全く話し合いが持たれなくなった。

医師たちは往診に積極的ではない様子である。訪問診療や訪問看護をやらないという理由を、医師たちは「看護師が大変になるからできない」という理由づけをしている。看護師は、世論が「在宅へ」という流れになってきていることや S 病院も地域の病院であるという立場でもあり（昭和 11 年に開業、昭和 25 年に財団法人となり、昭和 27 年に社会福祉法人となる）、治療をするならこの病院でと思ってくれている患者さんがいるため地域連携の必要性を感じている。患者からは夜間も診てほしい、訪問看護をしてほしいという意見

もあるため、地域連携をして行かなくてはならないと考えている。病院全体としても現在のやり方でいいのか、という疑問を抱いている。しかし地域医療、訪問看護を行う事の大変さというも感じている。地域医療、訪問看護をやりたいという看護師もいたが、S病院では実施していないため同一行政区内の健和会へ移って行った看護師も実際にいた。

セラピストは、患者の現在の状態をどのように改善すべきか、ということを目標としている。一方で、医師の指示に従って理学療法を行うことを厳守しているため、退院後の生活に合わせて訓練の方法を変えることを単独ではしていない。外来でリハビリテーションを受けている患者から「家に階段があって登れない」などの情報を得た時は、階段を上げる訓練を取り入れたりしているが、入院患者に対しては基本的に医師の支持に従っている。医師が患者に対し個別に退院後の生活をどうしたいか希望を聞いてリハビリテーションの目標を立てているということも行われていない。すべての患者で身体の現在動かない箇所を動くようにするというのが第一目的となっている。

医療ソーシャルワーカーは、医師や看護師から問題のある患者を丸投げされていると感じている。医療ソーシャルワーカーは、病棟や外来で患者のそばにいないため、医療ソーシャルワーカー側から患者の様子を知ることは困難である。そのため看護師からの情報だけが頼りとなる。その情報の中には、この患者は退院したら訪問看護が必要だという事などであるが、どの程度訪問看護を受ける必要があるのか等の詳細なものではない。そんな中で医療ソーシャルワーカーは、できるだけ早く担当のケアマネジャーを決めるという方向へ気持ちが傾いていく。担当ケアマネジャーが決定することで、患者は医療ソーシャルワーカーの手を離れることとなり、また次のケア計画が立てられるようになるからである。

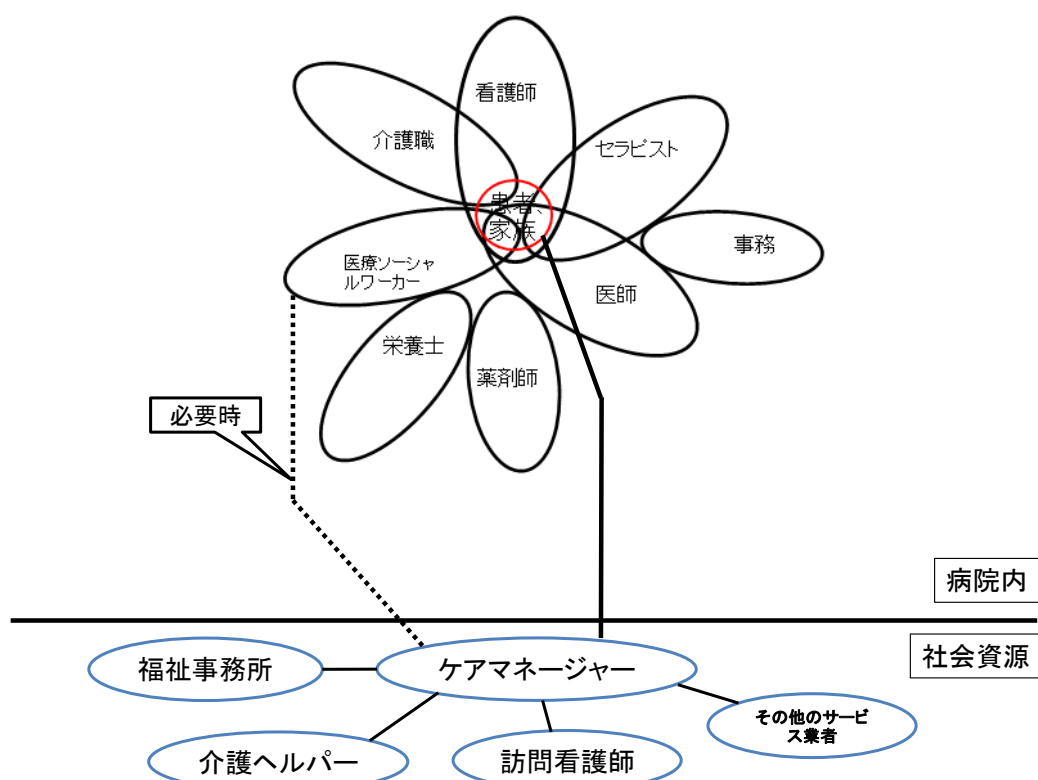
担当のケアマネジャーには、訪問看護が必要であるなどの情報を提供するが、多くの職種がそろって退院時カンファレンスがないため、医療ソーシャルワーカーと外部のケアマネジャーとの間で患者の情報の申し送りが行われるだけとなる。患者の望みや目標が何であるかという情報提供には至っていない。ケアマネジャーは少ない患者情報からケアの計画を立てることになる。利用する外部のサービス提供者がその患者の退院後の生活を実現できるかなどの確認は一切されない。

一方で看護師は、在宅への退院を希望する患者に対して「家は何階にあるのか」などの情報を収集し、また理学療法士には「歩行が可能となるのか」などを尋ねたりしている。看護師が患者の退院に向けて情報を収集しアセスメントしようと努めても、連携ができていないため複数の情報を統合して患者のために使うことができていない状態であるということがいえる。

S病院の看護師が、地域連携ができない理由として一番にあげているのは、医師との連携が困難であることである。地域連携をするためには医師を巻き込まないと実現できないことを主張している。医師に地域に出向いて医療をやろうという気持ちがないと医療の地域連携は無理であると考えている。

S 病院内での連携を図示したものが図 6-10 である。この図は患者や家族が入院中に実際に関わる職種との関係を示したのではなく、退院に向けて患者の問題提起をしたり、情報交換をする関係を図示したものである。退院時カンファレンスが実施されていないことやサービス提供者会議も実施されていないことから、介護が必要な状態で退院する患者では、家族が介護認定審査を申請し担当のケアマネジャーを決めサービスを利用するという形がとられている。

図 6-10 S 病院の連携（入院中）



出所) S 病院看護師長へのインタビューより 2013 年 6 月 17 日 筆者作成。

しかしながら S 病院においても、医療ソーシャルワーカーなどの個々の活動には涙ぐましいものがある。介護ネグレクトに対して家族、福祉事務所の職員、担当ケアマネジャーを病院に招集して「どのようにしたらこの患者が生活できるか」を考えて話し合いを持っていることもある。また、近所で具合が悪い人が出たと通報を受けたときは、救急車を依頼するより早いということから家に出向いて患者を迎えにいたり、外来で受診した後に足元が覚束なくなってしまった患者を家まで送ったりということも実際に行っている。S 病院の看護師に来てもらう以外に他のサービスは絶対に利用しないという患者が点滴をした

まま退院したため、患者の希望にそって点滴管理のために S 病院の看護師がその患者の家を訪問していたことなどもある。以下に S 病院の事例の一部を紹介する。

**表 6-10 社会的問題を抱える患者の事例**

事例 I	
患者背景	衰弱して家にいた女性。
患者の目標	帰りたいという意思表示がある。
主な介護者	不明。
関わった職種	地域包括支援センター職員、看護師、民生委員、医療ソーシャルワーカー、訪問看護師、高齢援護係、医師。
看護師のアセスメント	看護師は会議に出席しているが、発言はなし。*社会的な問題が大きいため介入が困難であると感じていると判断する。

事例 I【表 6-10】は、身体介護の問題だけではなく、社会的問題を抱える患者の事例である。近隣住民から患者の住む家の方から声がすると警察に通報があった。警察が患者宅へ行くとゴミの中に人が埋れている状態がそこにあった。患者は S 病院に運ばれ気管支炎、脱水、全身状態の衰弱、脳腫瘍と診断されたが、病態については大きな問題はないと医師から説明があった。しかし患者の家族に問題があり患者を介護できる状態ではなく、また家も住める状態ではなかった。そのため介護施設に入居することが妥当であると判断され介護認定を申請した。介護認定審査の結果が出て施設に入居できるまでにはしばらく時間がかかる。身体的に大きな問題はないが、患者の家族やその環境から自宅へ帰ることは困難であるため施設入居ができるまで療養病棟に入院することが決定した。

この事例では、地域包括支援センター職員、看護師、民生委員、医療ソーシャルワーカー、訪問看護師、高齢援護係、医師が参集し会議が開かれている。会議中に看護師の発言はない。また出席者がそれぞれの立場で意見を述べるが、患者の置かれていた環境や家族の問題についてその意見は偏っており、患者が自宅へ帰りたいという意思を表示していることに対して解決策を考える話し合いとはなっていない。

**表 6-11 患者と家族の希望が食い違う事例**

事例 J	
患者背景	全身状態の衰弱した男性。腸閉塞がある。
患者の目標	自宅に帰りたい。
主な介護者	不明。
関わった職種	看護師、医療ソーシャルワーカー、医師。
看護師のアセスメント	発言はなし。*施設に入ることが決定したため、手続き等を医療ソーシャルワーカーに一任したと判断する。

事例 J【表 6-11】は、患者と家族の希望が食い違ったまま施設入居などの手続きが進んでしまった事例である。患者は全身状態が衰弱しているが、病状に大きな問題はな  
いと診断されている。家族は施設への入居を望んでいる。患者自身は自宅へ帰りたいた  
めに、家族の意見には納得していない様子であった。しかし家族は入居できる施設探しに奔  
走する。また本人の意見を尊重するのではなく説得を試みている。最終的に施設入居す  
ることとなり入居できる施設も決定する。看護師からの発言はない。医師は、家族への病状  
説明や、施設入居に必要な書類の作成を行っている。患者の家族と話し合いを持つのは医  
療ソーシャルワーカーである。この事例では、医師、看護師、医療ソーシャルワーカーが  
参集し会議が開かれている。しかし出席者がそれぞれの担当領域での意見を述べるのみで、  
家族との接触や相談は医療ソーシャルワーカーにすべて任せるという形となっている。ま  
た、患者本人の意思が将来に向かって全く反映されていないということがわかる。

#### (4) 同一行政区内の 2 医療施設の地域連携の相違

同一行政区内の 2 医療施設へのインタビューから「連携」という意味のとらえ方に大き  
な差があるという事がわかった。言葉による申し送りや役割分担だけでも、これも一応は  
連携であるという施設もあるだろう。一方で健和会のように一人の患者のために異なった  
専門職間で、それぞれの視点で患者をみて意見交換がされ、患者の目的に合致したケア計  
画が立てられるという施設もある。しかし、その中にも問題が山積していたことも事実で  
あった。

同一行政区内であり、行政が提供する社会資源を利用することに格差がないという条件  
のもと、医療が地域と密に連携を取るか否かで利用者の退院後の生活が大きく変化するこ  
とが今回の調査によって明らかになった。この 2 つの医療施設でなぜこのような違いが生  
じるのかを検討する。

##### ①患者主体

健和会の事例からは、患者が何を望んでいるかを第一の目標として、その目標を達成す  
るために患者を取り囲む病院内の専門職が連携する様子がうかがわれる。これは患者主体  
の医療が展開されているということになる。

しかし、そのような健和会の連携の中にも患者の気持ちを汲み取れず、押しつけの介護  
を提供してしまった事例も存在した。それぞれの職種が専門性を追求するあまり「誰のた  
めに」という視点を見失いがちになる傾向がある。伊藤恵里子氏は「リハビリテーション  
病院における看護の役割についての一提案」の中で、現状で考えられる最高の提案をした  
と自信にあふれた専門職を前にしては、同等の知識がない他の職種にとっては言いにくい  
状況が生まれる<sup>21</sup>として、専門性の高さが妨げとなり患者主体の目標を取り違えてしま  
うことがあることを危惧している。

S 病院では、患者の退院後に望む生活を病院内の専門職の間で目標に掲げることがなかつ

た。目標がなければそれぞれの職種が進む方向も定まらず、患者を中心に連携を組むことも困難となる。健和会が図示した多職種のバランスのとれた連携の中心に患者がいるのに対し、S病院の図示した連携では、一部の専門職が連携から外れていたり、接点を持っているだけに留まっていた。また介護職は看護師とだけ連携を取っているというような偏りのある連携であり、患者も中心に存在するよう見えるが偏った一部の職種の上に存在しているということがわかった。患者主体の医療であるということは、患者と関わる職種すべてが患者やその家族を中心に、既存の形にとらわれず柔軟に形を変形させながら自由に必要な連携をとることができるということではないだろうか。その基本にあるものは、それぞれの専門職が他の専門職の役割を理解しようとする努力や、同等の立場で意見交換ができる土壌をつくる努力なのではないかと考える。

## ②医療施設内での職種間の連携

健和会での聞き取り調査において図示してもらった連携の形は、すべての職種が患者を囲むようになっていた。しかしこれらの職種が毎回同じように顔を合わせて机上で話し合いをするということではなく、ひとりの患者を通じて必要に応じて随時連携をするという形がとられていた。どの職種間で連携が行われるかはその時々によって異なってくる。これらの職種が一度に顔を合わせて話し合いが持たれることもある。

また連携の事例であげたように、退院調整カンファレンスですべての職種が顔をあわせて意見交換するよりも、患者の退院後の自宅、ナースステーションや理学療法現場で、特に強い連携を必要とする職種と患者を含めた場を共有しながら意見交換をすることの方がより患者の深い部分の情報を得ることができるということがわかった。

一般的にケアカンファレンスとは、多職種が一同に参集するものと考えられている。島津望氏は「地域医療・介護ネットワークにおける分析課題」の中で、その場で一から全員で検討を始めようとする、ひとつのケースに何時間も費やしてしまうこと、また、いきなり多職種が全員で話し合いを始めても、それを短時間で済ませようとするれば、おそらく特定の行為者がパワーを行使するようなネットワークになってしまうであろうと述べている<sup>22</sup>。そのためケアカンファレンスが多職種の参加のもとに効率よく、しかも多くの参加者の意見が尊重されるような検討がなされるためには、効率性と有効性を両立させるネットワークの組み立てが必要である。しかし健和会の事例から、多職種が関わって患者の目標を達成するためには、ケアカンファレンスという場を持って全職種が一同に顔を合わせて話し合うことが必ずしも有効であるとはいえないことがわかる。もちろんこのような話し合いも必要ではあるが、時にはリハビリテーションを実施している理学療法士と患者の間に看護師が入ることで、看護師からみた新たな情報を理学療法士に提供することができることもある。またその逆もあるだろう。例えば大腿骨骨折の患者に対し、医師が治療上では完治したため自由に歩行が可能であると看護師に報告したとしても、その患者が一度病室を出ると部屋に戻る道順を忘れてしまうという情報を看護師が持っていれば、看護師

は自由に歩行させることをためらうだろう。誰かを伴って自由に歩行できるようにするなど工夫をすることになる。このようにそれぞれの職種からみて患者の目標を達成しようとする時には、ケアカンファレンスという形をとるより、日々の患者の入院生活のなかで専門職が連携することの方が患者にとってよりよい連携となることもある。

S 病院の連携では、医師をトップとしたヒエラルキーが出来上がっていた。その理由は、法的に理学療法は医師の指示がないと理学療法を提供できないことや、医師の指示がないと薬を処方できないなどの理由から、連携を取るにはおのずと医師が頂点に君臨することになるということであった。しかし、この S 病院の連携は法的な指示系統という連携と、患者の目標に対して話し合いができるという連携とを混同している。もちろん医師の指示がなければ法的に理学療法を提供することはできないし、医師の処方箋がないと薬を提供することができないのは事実であるが、患者の目標に向かってそれぞれの専門職からみて意見を述べ合うこととは別の次元の話である。

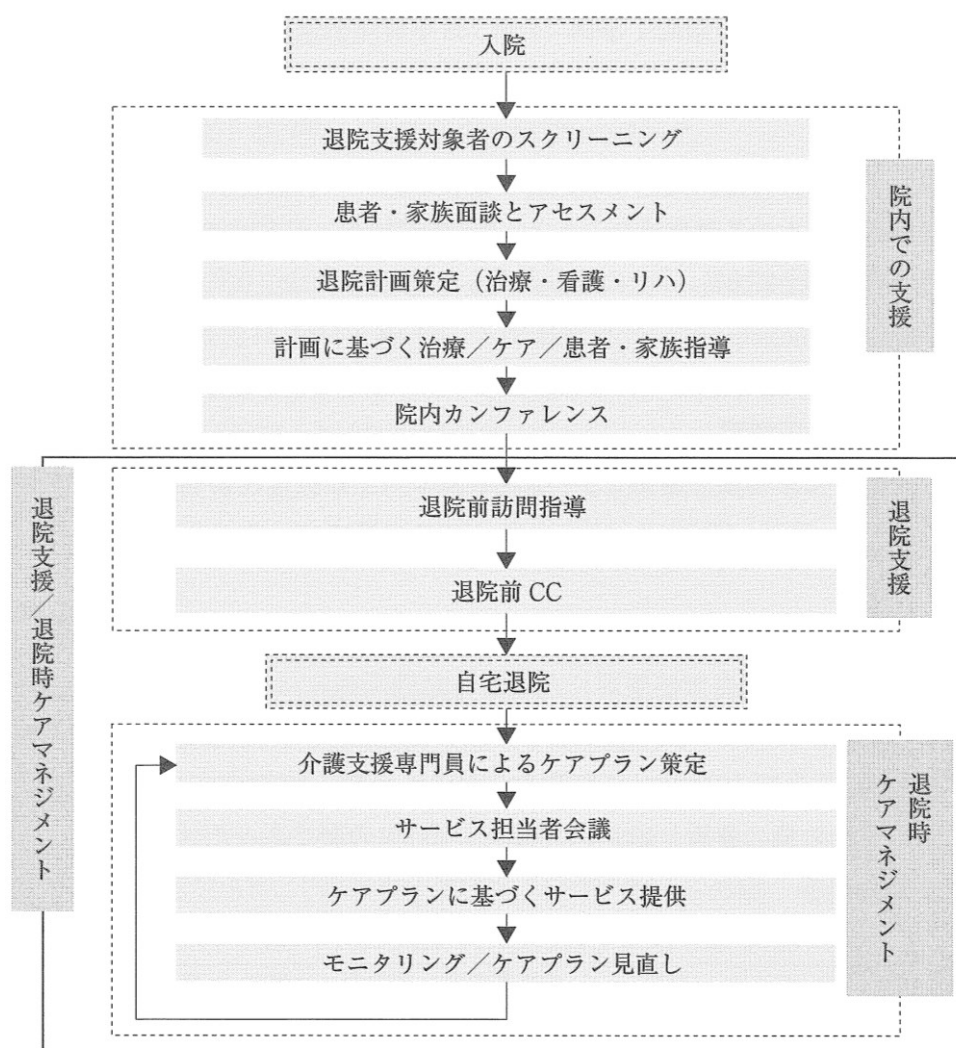
S 病院の事例では、それぞれの専門職が患者にとって必要であると感じたことを、担当の職種に申し送るということを行っていた。異なる職種が同じ場を共有して患者の目標達成や問題解決に向けて意見交換がされたり、実施した看護の評価がなされることはなかった。島崎謙治氏は「在宅医療の現状・理念・課題」の中で、連携強化のために「情報の共有」が強調されるが、それは手段であって目的ではないとし、さらに「共有」の実質がおぼつかないとすれば、関係者が適切な役割分担と相互補完を行い患者の「生活を支える」という最終目的に辿りつけるはずがないと述べている<sup>23</sup>。S 病院の事例からは、連携や共有は役割分担と解釈されている色が濃く、結果的に「生活を支える」ことができなくなっているということができよう。

### ③地域資源との連携

健和会では事例で述べたように、複数の専門職の連携によって退院後の患者の望む生活を目標に必要な準備をする。やがて退院すると、患者は地域の介護サービスや生活支援を利用することになる。そこで医療施設内での患者の目標達成への準備が、医療施設の外でも引き継がれるように地域の資源と連携する必要が出てくる。

前掲、図序-2 では「橋渡し看護師」となる看護師が医療機関と地域で生活するためのケア提供者とのネットワークを媒介していた。看護師のほかに医療ソーシャルワーカーやケアマネージャー等も「橋渡し」役となることがあるが、その職種は何であれ一般的にはこのような方法をとることが医療施設から地域へ連携する方法となっている。また図 6-11 でも「院内での支援」から「退院支援」と矢印が向き、そして「自宅退院」となっている。その後に「介護支援専門員によるケアプランの策定」へと矢印が向かう。一度自宅退院をした後に、また計画作成が開始されるという形である。これら二つの図からは、一度医療施設内で多職種によって患者の目標達成へと準備された内容が、自宅での生活に有効に活かされるのか疑問が残る。

図 6-11 退院時支援・退院時ケアマネジメントの流れ



出所) 川越雅弘「退院支援/退院時ケアマネジメントの現状・課題と改善策—要介護高齢者の退院後の ADL 向上の観点から」国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム—「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶応義塾大学出版会，2013 年，211 ページから引用。

S 病院では医療施設内での連携が取れていないため、外部との連携もとれていない。看護師が医療ソーシャルワーカーに患者について必要事項を申し送り、医療ソーシャルワーカーから担当のケアマネジャーに連絡事項が伝えられることもあるが、基本的には担当のケアマネジャーが、患者が退院した後にケアプランを立てるということになる。この方法は図 6-11 の「自宅退院」の後に「介護支援専門員によるケアプランの策定」という流れと同じである。一般的にはこの流れで退院後のケアプランが立てられているが、この方法では仮に病院内で退院後のケアの方針が決定したとしても、またゼロからのケアプラン作成となり有益ではない。



健和会では、退院の目途がつくと、実際に利用する予定のサービス担当者を病院に呼び、その担当者を加えて連携がはかられる。事例 G であったように、実際に介護サービス提供者がリフトを使用できるかどうか確認し、できないようであれば病院内で練習して使えるようになってから患者が退院するということを実施している。また事例 H も同じことがいえた。この連携の形は、地域のサービス担当者が一旦医療施設内の専門職と同化し、同じように患者の目標を共有して、自宅退院後にその目標を達成できるように準備した後に分離し、地域に帰っていくという形となっている。この方法は医療施設内で準備された内容がそのまま引き継がれることになる。その前提として、まずは医療施設内において多職種による患者の目標達成のための有益な連携が存在することは言うまでもない。

---

1 前掲、マーサ E. ロジャーズ著、樋口康子、中西睦子『ロジャーズ看護論』医学書院、2008年、156-165ページ。

2 松本直樹「長寿社会のまちづくりプロジェクト—千葉県柏市豊四季台地域の事例」国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム—「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶応義塾大学出版会、2013年、279-292ページ。

3 前掲、島津望「地域医療・介護ネットワークにおける分析課題」87-111ページ。

4 足立区公式ホームページ (<http://www.city.adachi.tokyo.jp/> 2012年4月18日最終確認)

5 足立区公式ホームページ「数字で見る足立区(平成23年度版)」2012年、資料：区民部戸籍住民課「住民基本台帳による東京都の世帯と人口」(東京都総務局統計部人口統計課)

(<http://www.city.adachi.tokyo.jp/021/021index.html> 2012年4月18日最終確認)

6 足立区公式ホームページ「数字で見る足立区(平成23年度版)」資料：区民部戸籍住民課(住民基本台帳) (<http://www.city.adachi.tokyo.jp/021/021index.html> 2012年4月18日最終確認)

7 ライフステージひびき 主任介護支援専門員・介護福祉士 所長へのインタビュー 2012年3月26日。

8 足立区公式ホームページ 「介護保険の総合案内」

(<http://www.city.adachi.tokyo.jp/004/d02300149.html> 2012年4月18日最終確認)

9 前掲、ライフステージひびき 主任介護支援専門員・介護福祉士 所長へのインタビュー 2012年3月26日。

10 足立区公式ホームページ「数字で見る足立区(平成23年度版)」2012年、資料：総人口は「東京都人口(推計)」(東京都総務局統計部) (<http://www.city.adachi.tokyo.jp/021/021index.html> 2012年4月18日最終確認)

11 総務省統計局「平成17年度国勢調査」

(<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2005/kihon1/00/mokuji.htm> 2012年4月18日最終確認)

12 特別区協議会「特別区の統計」(<http://www.research.tokyo-23city.or.jp/tokutoukei.html> 2013年3月2日最終確認)

13 健和会 臨床看護学研究所 副所長へのインタビューより 2013年5月13日。

14 健和会 臨床看護学研究所 副所長を介しての増子忠道氏へのインタビューから 2013年5月22日

15 特定医療法人財団 健和会『地域医療・福祉の50年—東京下町・柳原そして三郷』ドメス出版、2005年、161-166ページ。

16 増子忠道『地域医療の現場から—寝たきり老人・医療思想・医療費—』勁草書房、1985年、166-192ページ。

17 前掲、特定医療法人財団 健和会、『地域医療・福祉の50年—東京下町・柳原そして三郷』166-169ページ。

18 ドロセア E. オレム著、小野寺杜紀『オレム看護論—看護実践における基本概念』医学書院、1997年、242-247ページ。

19 同上。147-155ページ。

20 前掲、S病院 看護師長へのインタビューより 2013年5月23日。

- 
- 2<sup>1</sup> 伊藤恵里子「リハビリテーション病院における看護の役割についての一提案」『看護実践の科学』第37巻 第9号、2012年、20-27ページ。
- 2<sup>2</sup> 前掲、島津望「地域医療・介護ネットワークにおける分析課題」87-111ページ。
- 2<sup>3</sup> 島崎謙治「在宅医療の現状・理念・課題」国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステムー「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶応義塾大学出版会、2013年、127-148ページ。

## 終章

団塊の世代が 65 歳を迎え、高齢者の介護問題はますます深刻化している。日本は他に例を見ないスピードで高齢人口が増加している。高齢人口が増加することに伴って要介護高齢者が増加することは、人の「老化」からみれば道理に合ったことなのかもしれない。しかし、「老化」に対して人は全く無力というわけではない。介護予防をすることは、介護が必要な状態に陥ることを遅らせることができると考えられている。

介護保険制度が施行された 3 年後には、要介護高齢者の出現率が都道府県によって格差があるということが報告されていた。このような格差が出る理由を、地域で何らかの介護予防への取り組みがされており、その効果をあげている地域とそうでない地域との差であると仮定し経年的に出現率を調査した。そこから明らかになったことは都道府県別に要介護高齢者の出現率を比較した時よりも、同一都道府県内で保険者別に比較した方が出現率の差が大きいということであった。都道府県別での比較では都市部や農村部、過疎地区などをすべて含めて平均した出現率となるため、地域の特徴を見出すには合理性に欠けると言うことが明らかになった。したがって要介護高齢者の出現率の過多から介護予防の効果を追求することは相応しくないと判断された。

高齢者が要介護状態に陥る理由は複数あると考えられる。突然の疾患の発症や事故などで身体機能の一部を失うことで介護が必要となることがあり、または老化による身体機能の低下から介護が必要な状態になることがあるが、まずはそのメカニズムを整理し、そのメカニズムをもとに、どのような高齢者を対象にどのような介護予防策が必要であるかを検討した。

介護予防が必要であると考えられる高齢者は、ICF<sup>1</sup>という生活機能の 3 つの要素のバランスを崩しやすい高齢者である。そしてその 3 つの要素のバランスを崩しやすい高齢者とは、慢性疾患を抱えており、地域社会に積極的に参加することはなく、独居である高齢者であると考えられた。しかしこのような高齢者の身体機能が必ずしも虚弱であるとは限らず、介護保険制度や介護予防事業の適用とはならない可能性も高く、そのために生活支援や介護予防にかかわる社会資源やサービスをほとんど利用することができない状態に陥っているということが考えられた。しかしこのような生活機能のレベルには問題はない高齢者でも、なんらかの生活支援を必要としている可能性も高く、必要とする生活支援を受けられないことによって近い将来生活や身体の状態に問題が生じるということも念頭におかなくてはならない。そのため、このような高齢者も介護予防を必要とする高齢者にとらえることとした。そして生活支援という視点を介護予防の概念に含める必要があった。つまり、現行の介護予防の概念が限定的であって、高齢者が生活支援を受けながら自立して地域で生活していけるようにすることを介護予防事業に含んでいないのである。介護予防事業は身体機能の向上に関わるプログラムを整備することに偏っており、その対象となるか、要介護高齢者と認定されない限り受けられる支援が限定されてしまうという現状がある。

次に三次予防事業対象者といわれる既に要介護状態に陥っている高齢者について検討した。疾患が発症して突然要介護状態に陥ったような場合では、身体機能が不可逆的に失われている可能性があり、その機能を取り戻すことは難しい。しかし、要介護の状態にも軽重があるように、重度の要介護者が適切なリハビリテーションを受けることで状態が改善されることもある。逆に、過剰な介護サービスを受けることで活動性が損なわれた生活を続けることで廃用症候群はますます進み、最終的には寝たきりの生活になることも考えられる。要介護状態に陥っても、失った機能を補うことで個人の望む生活スタイルを地域で貫くことは、廃用症候群をおこす危険が低下し、要介護状態が重度になることを抑制することができる。また、改善を望むことも不可能ではない。そのことが高齢者の生活の質を保つことにつながり、精神的な充実が訪れることに伴って要介護状態が悪化することを防ぐという良好な循環が生まれることになる。既に要介護状態にあるため介護予防は必要ないという考えは、高齢者個人の生活の質を無視した考えである。

上記のような高齢者が、介護予防を受けながら地域で生活していくために必要な要素は何かを検討した。要介護状態の高齢者の身体では、医療が必要な状態であったり、福祉サービスが必要であったり、または医療、福祉の双方が同時に必要であったりという状態が常に行き来している。そのことから考えると、保健、医療、福祉が統合されて高齢者にサービスを提供できるようなシステムが望まれるということが導きだされた。

地域包括ケアシステムとは、日常生活圏域において医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供されるシステムといわれている<sup>2</sup>。その地域包括ケアシステムを構成する要素に、保健、医療、福祉の地域連携が存在する。本研究では、保健、医療、福祉の地域連携の中で介護予防活動が機能するためには、保健、医療、福祉のそれぞれがどのような関わりを持ち、どのような連携を構築していくのかについて検討した。

まず、介護予防の対象を二つに大別しそれぞれの問題を抽出した。生活支援を受けることで介護予防となるような高齢者に対する問題は、このような高齢者の生活状況や健康状態を把握することが困難であるということであった。地域で生活している高齢者で生活支援を受ける必要があり、しかし社会資源に接触するすべを持たない高齢者が地域に潜在する場合は発見すること自体が難しい。よって健康状態や生活の状況を把握することもまた困難となる。早期発見をすることは、高齢者の生活状況や健康状態が悪化しないうちに適切な支援をすることになり、要介護状態に陥ることを防ぐことになる。したがって生活支援を必要とすることで介護予防となるような高齢者の生活状況と健康状態を保健、医療、福祉がどのような連携で把握しているのか、長野県茅野市において調査した。

一方の既に介護が必要な状態に陥っている三次予防事業対象者に対する問題は、医療と福祉が患者にとって過不足ない連携を取ることができるかということである。既に医療と

のかかわりを持っている三次予防事業対象者が、医療施設から地域へと生活の場を移行していくときに、医療と福祉の両方を同時に必要とすることになるからである。このような高齢者にとって医療は、疾患の発症した急性期から病態が落ち着き福祉サービスを利用するに至るまで、そしてそれ以降も高齢者と関わることになる。したがって高齢者の生活の場の環境整備や生活支援、介護サービスの選択においては患者の状態を把握している医療に関わることは不可欠な要素となる。介護を必要とする高齢者が医療施設から地域へと、その生活の場を移していく時に医療はどのように関わるができるのか東京都足立区において調査した。

長野県茅野市は、地域医療のモデルとして全国的に有名な地域である。国保病院を中心とする医療福祉ネットワークが存在し、市の地域福祉計画である「福祉 21 ビーナズプラン」が存在し実際に機能している。茅野市の医療福祉ネットワークは、諏訪中央病院、茅野市役所、社会福祉協議会、地元医師会、そして市民の参加によって構築されたシステムであるといわれている<sup>3</sup>。その茅野市においても、地域の全高齢者を把握することは困難であり課題となっていた。

地域には生活支援を受けることで介護予防となるような高齢者が潜在している。生活支援を受けることができなければ、近い将来要介護状態となるリスクが高い。しかし、リスクが高いといわれている高齢者ほど、保健、医療、福祉の介入が必要な状態であるのにもかかわらず、自発的にこれらの社会資源にアクセスすることは難しいといわれている<sup>4</sup>。茅野市では上記のような高齢者をどのような方法で把握しているのか、聞き取り調査を行った<sup>5</sup>。

茅野市には、地域に潜在する高齢者の状態を把握するための連携が複数存在するということが明らかになった。まず連携の全体像をみると、保健、医療、福祉の連携には、さらに「地域住民」という連携が加わっていた。茅野市では市の福祉計画である「福祉 21 ビーナズプラン」を策定するにあたって、計画の時点から 100 人を超える住民が何らかの形で参加し、時間をかけ、検討を重ね作り上げたという経緯があった<sup>6</sup>。そのため保健、医療、福祉の地域連携においては、その福祉を作り上げることに関わった「地域住民」というもうひとつの連携が不可欠になっていた。

次に保健、医療、福祉の中の「医療」の連携をみてみると、茅野市では諏訪中央病院を中心としたネットワークが形成されていた。諏訪中央病院から地域の診療所へ、または診療所から諏訪中央病院へという連携がなされていた。また、諏訪中央病院だけではなく市内の開業医も含み、医療機関と保健福祉サービスセンターという連携があった。要介護のリスクが高い高齢者を病院や診療所が発見すると、保健福祉サービスセンターへ連絡が入り該当する高齢者の家庭訪問をすることになっていた。発見される場所が医療機関であるということから、医師だけではなく看護師やその他の専門職の視点からも、その高齢者に

生活支援やその他の支援が必要であるか判断されていることになる。この活動は地域で孤立してしまう高齢者をなくすということに効果をあげていた。また、一般市民であるボランティアが保健師や医師から専門知識を学び、地域の保健活動に参加することで地域に潜在している要介護のリスクの高い高齢者を発見することもあった。これは、保健、医療、福祉そして地域住民との連携ということになるのではないだろうか。

保健福祉サービスセンターは、職員それぞれが従来の職域を超えて協力し、住民のあらゆる要望に応じていこうという目的から、人員配置にはかつて行政の保健福祉関係の部署にいた事務職員、ケースワーカー、保健師数名、社会福祉協議会からのボランティアコーディネーター1名が配置されていた<sup>7</sup>。それぞれに得意分野を持つ職員が同じ場所に集い、協働して利用者に対応するという利用者を最優先に考えたシステムを作ったのである。このシステムは、それぞれに得意分野を持つ職員が同じ保健福祉サービスセンター内で活動するという物理的な連携だけではなく、そこには連携によって地域に在住する高齢者の健康状態や生活状況を的確に把握しようとする努力がされていた。地域を比較的詳細に把握している社会福祉協議会の職員と、行政の職員である保健師やケアマネジャーなどが同行して家庭訪問をしていた。これは地域の情報を持つ職員と、高齢者の身体状況をアセスメントする能力を持つ職員が連携することによって、短時間の家庭訪問でも要介護のリスクの高い高齢者を見逃さないようにするための努力である。このような活動が、要介護のリスクのある高齢者を発見することにつながっていた。

茅野市の連携でもっとも注目すべきは「情報の連携」にあった。茅野市の保健福祉サービスセンターは「よろず相談所」といわれており、先にも述べたようにどのような相談でも受け付けた職員が対応する努力をしている。このような「よろず相談所」となっている窓口は他の地域にも存在しめずらしいことではない。しかし、茅野市の特徴はその連携の仕方である「情報の連携」にあった。保健福祉サービスセンターで解決できないような相談が持ち込まれたときにでも、一度その相談を受け、職員がそれぞれの専門の視点でその内容を判断し、情報をしかるべき部署に届けるという方法が徹底されていた。保健福祉サービスセンターでは、利用者に足を運ばせるのではなく情報を担当する部署につなぐという「情報の連携」を基本理念に掲げている。必要な時は役所の関係課に情報をつなぎ、役所から相談者の自宅へ訪問してもらおうという流れをつくっていた。これは利用者がどこへ行っても相談を受け止めてもらえるという茅野市の誇るべき部分であるといえる。

この「情報の連携」から派生した、茅野市のどこでも相談を受けてもらえるというシステムは、近隣住民が地域で問題のある高齢者を発見した時に非常に機能的であった。問題のある高齢者を発見したような時に近隣住民は、どこかへ通報することが必要だと考えるが、本当に問題があるのか確信が持てないような場合で、しかし放置しておくことはできないような場合には、何をどのように、どこへ通報したらよいか発見者は思案することになる。茅野市のどこへ行っても相談ができるというシステムでは、発見者は躊躇せず身近

な相談窓口へ連絡することができた。これは地域に潜在している生活支援を受けることで介護予防となるような高齢者を早期に発見することにもつながっている。実際に近隣住民からの通報から早急に支援が必要な人が発見されている。茅野市における保健、医療、福祉の地域連携で重視されている「情報の連携」は、利用者の視点に立った適切な仕組みであり、保健、医療、福祉、地域住民の地域連携の核をなすものであることが明らかになった。

三次予防事業対象者にとって、医療は疾患が発症した急性期から関わりをもっている機関である。そのため、高齢者の生活の場の環境整備や適切な福祉サービスを選択する時、患者の状態を把握している医療に関わることは重要な意味を持つ。介護予防には、保健、医療、福祉の地域連携が必要であると先に述べたが、その中の「医療」の連携について、東京都足立区の病院で聞き取り調査を実施した<sup>8</sup>。

医療の中には複数の専門職が混在する。まず、医療の中で専門職同士がどのように連携しているか、そしてそれが患者の介護予防へとつながることになるのかを調査した。調査を実施した医療施設は同一行政区内にある二つの病院である。調査の結果、この二つの病院は全く異なった方法で患者と関わっていることがわかった。一方の病院では、患者の望む退院後の生活を目指し、その目標を達成するために専門職が意識を統一して連携していたが、もう一方の病院では、患者の目標を掲げることさえなされていなかった。

連携ができていない病院である健和会では、患者一人一人に対して、院内の専門職が一同に会す退院調整カンファレンスが開かれている。この時の連携は医師、看護師、セラピスト、医療ソーシャルワーカー、事務職、介護士、薬剤師、栄養士がそろって意見交換がなされる。このような退院調整カンファレンスは、他の医療機関でも実施されていることである。しかし、健和会の連携で最も注目されることは、退院調整カンファレンス以外でも患者の目標をかなえるために必要であれば、ナースステーションやベッドサイドなど場所を選ばず必要な専門職が集まり情報収集や意見交換がなされていたことであった。必要であれば病院外にも出て情報収集や情報交換もされていた。公式な会議ではない場での専門職同士の情報交換を積み重ねていくことが一度の退院調整カンファレンスに時間をかけるよりも有益であると考えられた。

またその連携の仕方は画一的なものではなく、目的にあわせて柔軟に変化するものであった。その連携には病院内の専門職だけではなく、時には患者の介護者や病院外の専門職が含まれていることもあった。このような連携がとれる根底には、個々の専門職が他の専門職について、その役割や専門性を理解し、お互いを尊重し、対等に意見を述べ合うことができる存在であると認識しているということにほかならない。

様々な場所で行われる情報交換では看護師のアセスメント能力が重要となる。退院後の生活を目指とするアセスメントでは、看護過程でいわれている患者その人をアセスメント

するという範囲を超える、患者が将来おかれる未知の環境とその環境におかれる患者がどのように変化するかにまで及んでアセスメントする能力が求められるからである。医療の専門職同士の連携では、他の職種もその専門的な知識によって患者をアセスメントするが、患者と一番多くの時間を過ごす看護師のアセスメント能力は、専門職同士の連携の中で他の専門職のアセスメントにも影響を与えるものであり、また患者にとっては将来の生活に重要な意味をもつものであるということが明らかになった。

患者が自宅へ退院するという目標を持つと、医療スタッフは全員がその目標に向けてそれぞれの専門職の視点を活かして行動を開始する。まずは病院内の専門職が患者を中心に同じレベルで意見交換ができる連携を基礎に、それぞれの専門職からみた課題があげられ対策が講じられる。退院後の生活が徐々に具体化され、自宅で必要な介護サービスや訪問看護の内容や量が決定されていく。次に病院内で準備された計画を病院外の社会資源へとつなぐことが必要となる。健和会では、患者が退院後実際に利用するサービス提供者を病院に招き、一時は病院のスタッフと同化して患者の目標をかなえられるように病院で患者の情報を収集したり、看護や介護を実践するということが行われていた。その後、患者が退院するとともに、サービス提供者はまた病院外部の社会資源として病院から離れていき、地域において病院から引き継いだサービスを患者に提供することとなる。これは、患者の目標を第一に病院内のスタッフが連携して作り上げたケア計画を過不足なく自宅へ持ち帰ることができる連携であった。

医療の地域連携ができていないと思われる病院でのインタビューの中から<sup>9</sup>、自身が医療の地域連携をすることは不可能であると感じている看護師には、間違った先入観があるということがわかった。それは、地域の訪問看護を実施しているドキュメント番組を見たことがある看護師の意見であったが、子供を寝かしつけてから訪問看護に出かけていく看護師の姿を見て「ここまでやらないと、こんなにも真剣に患者のためと思ってやらないとできないこと」というのが医療の地域連携であると理解したと述べていた。また、実際にここまでできる看護師が存在するのか疑問であるとも述べていた。確かにその番組の1シーンが、わが身を顧みず患者のもとに馳せ参じる看護師が映し出されていたのかもしれないが、医療の地域連携においては、看護師がひとりですべてを背負い込む必要はないのである。そうならないためにも連携が必要であり、また重要なことであるのだが、医療の地域連携が困難であるという意見には連携の取り方の問題ではなく個人の負担を理由にあげている可能性もあるということが示唆された。

地域医療を成功させてきた病院では、医療の地域連携のためには地域の人々と積極的に関わりを持つことが大切なことであると考えている。病院祭、健康祭りなどを開催することで多くの人と接し、そこで健康チェックも実施するなど地域に目を向けた活動が日々行われていた。本研究で調査した諏訪中央病院や健和会は医療施設であるが、その活動の場



は医療施設の中に留まらず地域一帯を含んでいた。しかも呼ばれて出ていくというのではなく、自ら地域に出向いており、人に関わる情報、地域資源に関わる情報を貪欲に得ようとしていた。これは若月医師が取り組んだ農村医療の成り立ちと酷似している。絶えずこのような姿勢で地域と関わってきたことが蓄積され、医療の地域連携を築き上げることに成功したのだと考える。

医療の地域連携を生成する理論に存在する一定の普遍性とは、専門主義、人と人のつながり、限定された目標の共有の3点であるといわれている<sup>10</sup>。この共通の理論が、本研究で調査した諏訪中央病院と健和会の医療の地域連携には存在するといえる。医療に存在する専門職と福祉に携わる専門職の連携は専門主義である。また限定された目標を、組織を構成する人々の間で共有することができている。さらにはその目標を組織内だけに留まらず外部の組織とも共有しようとする努力がなされている。これは調査した二つの医療機関の根底に共通する理論であった。この二つの病院は、地域の人口規模、地形、特色などが全く異なる場所に立地しているにもかかわらずその理論は共通している。医療の地域連携が成功する鍵は、病院の持つ大きな目標として常に地域を向いて、そして地域に出向いて活動することであり、またその病院を構成する医療従事者ひとりひとりも地域を向いて行動する人々であることが重要であるといえるのではないだろうか。

---

<sup>1</sup> ICFでは「身体機能・構造（生命レベル）」、「活動（生活レベル）」、「参加（人生レベル）」の3つのすべてを含む包括概念が「生活機能」であるとしている。World Health Organization *ICF International Classification of Functioning, Disability and Health* .

<sup>2</sup> 前掲、社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」4-7ページ。

<sup>3</sup> 前掲、鷹野和美『地域医療福祉システムの構築』45-68ページ。

<sup>4</sup> 前掲、鈴木隆雄「介護予防の実際—特定高齢者の決定基準等の見直しと課題を中心として—」381-384ページ。

<sup>5</sup> 前掲、茅野市西部保健福祉サービスセンター センター長、保健師、社会福祉協議会職員等へのインタビューより 2012年3月29日、11月8日。

<sup>6</sup> 前掲、大橋謙策「21世紀の社会システムづくりと地域福祉計画—保健・医療・福祉・生涯学習の連携でまちづくり—」238-259ページ。

<sup>7</sup> 前掲、長野県公式ホームページ web site 信州「第5次長野県保健医療計画」(<http://www.pref.nagano.lg.jp/> 2012年4月12日最終確認)

<sup>8</sup> 前掲、健和会 臨床看護学研究所 副所長へのインタビューから2013年4月24日、5月17日。

<sup>9</sup> 前掲、S病院 看護師長へのインタビューより 2013年5月23日。

<sup>10</sup> 小笠原浩一「『地域包括ケア』の構造 ネットワーク・システムの視座から」小笠原浩一、島津望『地域医療・介護のネットワーク構想』千倉書房、2007年、119-135ページ。

## 参考文献一覧

- ・安藤親男「在宅サービスと施設サービスのはざまー保険・医療・福祉のまちづくりを目指して 住民参加の福祉のまちづくり」『月刊総合ケア』Vol11、 No3、2001年、25-27ページ。
- ・新井光吉『日欧米の包括ケアー医療の質と低医療費の両立ー』ミネルヴァ書房、2011年、2-7、24-36ページ。
- ・猪飼周平、太田秀樹「病院の世紀から地域包括ケアの時代へ」『訪問看護と介護』医学書院、2012、vol.17 No1 2012 1-9 ページ。
- ・猪飼周平「地域包括ケアの社会理論への課題ー健康概念の転換期におけるヘルスケア政策ー」『社会政策』第2巻第3号、2011年、21-38ページ。
- ・猪飼周平『病院の世紀の理論』有斐閣、2010年、212-232ページ
- ・池田省三「介護認定率から見る地域差」『コミュニティケア』日本看護協会出版会、Vol.05 No13、2003年、6-7ページ。
- ・一般財団法人 厚生労働省統計協会 『国民の福祉と介護の動向・厚生指標』増刊・第59巻第10号 通巻第929号、2012年、22-29、137-156ページ。
- ・一柳歩美、中村裕之、谷俊一、石田健司、牛田享宏、水野靖典、池本竜則、秋丸国広、橋本和子「健康参加者・不参加者を比較した高齢者の生活背景と健康寿命拡大要因についての考察」『看護・保健科学研究誌』第7巻第2号、2007年、93-99ページ。
- ・パトリシア・ベナー著、井部俊子『ベナー看護論 新訳版ー初心者から達人へ』医学書院、2008年、1-10ページ。
- ・岩本俊彦編集、『老化と病気の理解』へるす出版、2000年、41ページ。
- ・上田敏『ICF(国際生活機能分類)の理解と活用ー人が「生きること」「生きることの困難(障害)」をどうとらえるか』きょうされん、2011年、7-31ページ。
- ・太田貞司『医療制度改革と地域ケアー急性期病院から慢性期病院、そして地域・在宅へー』光生館、2009年、15-18ページ。
- ・太田貞司「地域社会を支える『地域包括ケアシステム』太田貞司『地域包括ケアシステムーその考え方と課題ー』光生館、2011年、1-38ページ。
- ・大淵周修一「より効果の見込まれる介護予防プログラムを実施するモデル(プログラム介入) 運動器疾患対策プログラムの効果について」22-35ページ。
- ・小笠原浩一「『地域包括ケア』の構造 ネットワーク・システムの視座から」小笠原浩一、島津望『地域医療・介護のネットワーク構想』千倉書房、2007年、119-135ページ。
- ・奥野茂代、大西和子『老年看護学 I』ヌーヴェルヒロカワ、2008年、40-46ページ。
- ・ドロセア E. オレム著、小野寺杜紀『オレム看護論ー看護実践における基本概念』医学

- 書院、1997年、242-247 ページ。
- ・片山壽『父の背中の中の地域医療「尾道方式」の真髓—カンファレンスがつくる地域包括ケアシステム』2009年、16-36 ページ。
  - ・河口洋行『医療の経済学—経済学の視点で日本の医療政策を考える』日本評論社、2010年、58-62
  - ・河崎大和、山本勝、横山淳一、「地域包括ケア推進における地域関係者間の連携実態分析と連携促進方策—豊田市を事例として—」『日本経営診断学会論集』9巻、2009年、172-178 ページ。
  - ・介護予防マニュアル改訂委員会「介護予防マニュアル改訂版 平成24年3月」平成23年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）「介護予防事業の指針策定に係る調査研究事業」2012年、4-12 ページ。
  - ・介護予防マニュアル改訂委員会「介護予防マニュアル改訂版」2012年、1-13 ページ。
  - ・角田亘、安保雅博「転倒をなくすために—転倒の現状と予防対策—」『東京慈恵医科大学雑誌』123巻6号、2008年、347-371 ページ。
  - ・鎌田ケイ子、川原礼子『老年看護学概論 老年保健』メヂカルフレンド社、2010年、28-31 ページ。
  - ・北沢豊治「中高年齢者の体力づくりについて—高森町における PPK 運動—」『日本体育学会大会号』第31巻、1980年、235 ページ。
  - ・木野本はるみ「長野県の PPK の分析—高齢者の生活実態調査・茅野市・大鹿村をみる—」『鈴鹿国際大学短期大学部紀要』通号21、2001年、15-28 ページ。
  - ・國光登志子「「地域包括ケア」とケアマネジメント」太田貞司『地域ケアシステム—その考え方と課題—』光生館、2011年、135-160 ページ。
  - ・小泉俊三「総合診療の現状と展望 I.総合診療の必要性：歴史的・社会的背景」『日本内科学会雑誌』第92巻 第12号、2003年、3-9 ページ。
  - ・小坂健「より効果の見込まれる介護予防プログラムを実施するモデル(プログラム介入)複合プログラム」36-42 ページ。
  - ・小坂田稔「地域包括ケアシステムの意義とその構成」『美作大学・美作大学短期大学部紀要』第55号、2010年、33-48 ページ。
  - ・財団法人 日本公衆衛生協会 平成23年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「介護予防事業の推進に関する調査委研究事業」2012年。
  - ・島津望「地域医療・介護ネットワークにおける分析課題」小笠原浩一、島津望『地域医療・介護のネットワーク構想』千倉書房、2007年、87-111 ページ。
  - ・冷水豊「フォーマルケアとインフォーマルケアの現状評価と優先課題の選択—フォーカスグループ面接、デルファイ法調査、ノミナルグループ法を通して」冷水豊編著『「地域生活の質」に基づく高齢者ケアの推進』有斐閣、2009年、217-291 ページ。
  - ・鈴木隆雄「介護予防の実際—特定高齢者の決定基準等の見直しと課題を中心として—」

- 『日本老年医学会雑誌』45巻4号、2008年、381-384ページ。
- ・土井由利子「総論-QOLの概念とQOL研究の重要性」『J.Natl.Inst.Public Health』53(3)、2004年、176-180ページ。
  - ・土居弘幸、小松裕和「地域医療の充実と将来展望」『岡山医学会雑誌』第121巻、2009年、105-108ページ。
  - ・栗田但馬「佐久総合病院・若月俊一と農村地域医療の課題—人間発達の地方行財政に向けて—」『立命館経済学』第59巻第6号、2011年、360-376ページ。
  - ・橋本正明「「介護福祉と生活支援」介護保険下における高齢者福祉サービス試論」『立教大学コミュニティ福祉学部紀要』第7号、2005年、105-116ページ。
  - ・橋立博幸、樋口大輔、大角梢、島田裕之「通所ケアサービス利用者における理学療法士の配置の有無と心身機能、日常生活活動、および費用対効果との関連(平成18・19年度助成研究報告書)」『理学療法学』第36巻第2号、2009年、76-77ページ。
  - ・古谷野亘「社会老年学におけるQOL研究の現状と課題」『J.Natl.Inst.Public Health』53(3)、2004年、204-208ページ。
  - ・末永和也、倉田康路「介護保険・特定高齢者施策における介護予防事業に関する一考察」『西九州大学健康福祉学部紀要』第40号、2009年、21-26ページ。
  - ・丸山仁司「高齢者リハビリテーションの動向」『理学療法科学』第19巻、2004年、163-167ページ。
  - ・厚生労働省 老健局振興課「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的事項について」2011年、1-4ページ。
  - ・厚生労働省老健局総務課 「介護保険制度改革の概要 ～介護保険法改正と介護報酬改定～」2005年。
  - ・厚生労働省「介護保険制度改革の概要—介護保険法改正と介護報酬改定—」2006年、2-6ページ。
  - ・高齢者介護・自立支援システム研究会報告「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」1994年
  - ・柴田博「高齢者の保健と福祉」『公衆衛生研究』第43号1、1994年、13-17ページ。
  - ・島崎謙治「在宅医療の現状・理念・課題」国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム—「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶応義塾大学出版会、2013年、127-148ページ。
  - ・社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」2004年、53ページ。
  - ・社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」2010年、4-7ページ。
  - ・筒井孝子「日本の包括ケアシステムにおけるサービス提供体制の考え方—自助・互助・共助の役割分担と生活支援サービスのあり方—」『季刊社会保障研究』47巻4号、2012

年、368-381 ページ。

- ・春名苗 前掲「在宅介護支援センターから地域包括支援センターまでの変遷」『聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要』No.5、2006年、17-27 ページ。
- ・春名苗 前掲「在宅介護支援センターを活用した地域包括支援センターの方向性」『聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要』No.5、2006年、29-37 ページ。
- ・福間美紀、塩飽邦憲「介護保険制度発足後の居宅要介護者の要介護度変化」『日農医誌』58巻5号、2010年、516-525 ページ。
- ・松崎吉之助「地域包括支援センターと民生委員の関係に関する研究～パートナー関係構築のプロセス～」『技術マネジメント研究』第11号、2012年、11-24 ページ。
- ・増田雅暢「介護保険制度の政策形成過程の特徴と課題—官僚組織における政策形成過程の事例—」『季刊・社会保障研究』Vol.37 No.1、2001年、44-58 ページ。
- ・増田雅暢『介護保険見直しへの提言—5年目の課題と展望—』法研、2004年、20-30 ページ。」
- ・増子忠道『地域医療の現場から—寝たきり老人・医療思想・医療費—』勁草書房、1985年、166-192 ページ。
- ・松本直樹「長寿社会のまちづくりプロジェクト—千葉県柏市豊四季台地域の事例」国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム—「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶応義塾大学出版会、2013年、279-292 ページ。
- ・水野肇、青山英康『PPKのすすめ』紀伊国屋書店、1998年、5-56 ページ。
- ・みずほ情報総研株式会社 「平成 23 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 介護予防・日常生活支援総合事業の手引き」2011年、3-6、17-21 ページ。
- ・信川益明「高齢者の生活支援・医療連携・生きがいがづくり実現のための新たなサービス」『杏林医学会雑誌』42巻2号、2011年、39-42 ページ。
- ・諏訪中央病院副院長の講義（2012年3月29日）、配布資料、病院パンフレット「みんなで支えるチーム医療」より
- ・諏訪さゆり「ICF(国際生活機能分類)の基本的考え方 採択ケアへの普及のために」『訪問看護と介護』第15巻 第12号（通巻174号）、2010年、948-953 ページ。
- ・鷹野和美『地域医療福祉システムの構築』中央法規出版、2005年、45-68 ページ。
- ・地域福祉推進課「第2次福祉21 ビーナズプラン（第2次茅野市地域福祉計画）」2011年、12-17、61-68 ページ。
- ・地域包括ケア研究会（平成20年度老人保健健康像人等事業）「地域包括ケア研究会 報告書～今度の検討のための論点整理～」2009年、5-26 ページ。
- ・中澤勇一「医師不足の現状と対策」『信州医学雑誌』第58巻6号、2010年、291-300 ページ。
- ・野村美千江「地域における初期認知症高齢者と家族介護者への支援方法：文献検討」『愛媛県立医療技術大学紀要』第4巻 第1号、2007年、35-42 ページ。

- ・萩野寛雄、工藤健一、岩田一樹「地域支援事業における通所型介護予防事業の利用素材要因に関する調査研究」準市場としての介護保険制度における経営状況等に関する調査研究事業研究報告書（平成 22 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分））特定非営利活動法人日本介護経営学会、2011 年、103-152 ページ。
- ・マーサ E. ロジャーズ著、樋口康子、中西睦子『ロジャーズ看護論』医学書院、2008 年、116-129 ページ。
- ・藤原佳典「高齢者によるボランティア活動の意義と心身の健康に及ぼす影響—productivity としての理論から実践的課題へ—」『秋田県公衆衛生学雑誌』第 3 巻 第 1 号、2005 年、12-20 ページ。
- ・藤森克己 みずほ情報総研「単身世帯の増加と求められるセーフティネットの再構築」2008、19-23 ページ。
- ・福島昌子、清水千代子「一人暮らし高齢者が自立できる要素」『群馬県立医療短期大学紀要』第 11 巻、2004 年、47-55 ページ。
- ・老人保健福祉法制研究会『高齢者の尊厳を支える介護』法研、2003 年、43-93 ページ。
- ・渡辺美鈴、渡辺丈眞、松浦尊磨、樋口由美、渋谷孝裕、白田寛、河野公一「生活機能の自立した高齢者における閉じこもり発生の予測因子」『日本老年医学会雑誌』44 巻 2 号、2007 年、218-246 ページ。
  
- ・Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L, Foster JK, Bockxmeer F, Xiao J, et al. , *Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease* a randomized trial. JAMA 2008; 300: 1027-1037.
- ・Kahn RL., *Produc behavior SURVIVAL, Assessment, determinants, and effects.* J Am Geriat Soc 31 1983; 750-757.
- ・DAVID A. SNDOWDON, SHARON K. OSTEALD, and ROBERT L. KANE *EDUCATION, SURVIVAL, AND INDEPENDENCE IN ELDERIY CATHLIC SISTERS, 1936-1988.* AMERICAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY 1989; 130:999-1012.
- ・World health organization *ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health* 2008;55-209.