

氏名	北島 泰子
学位の種類	博士（経済学）
学位記番号	博経済甲第86号
学位授与年月日	平成25年9月20日
学位授与の要件	学位規則第3条第3項該当
学位論文題目	介護予防と地域連携
論文審査委員	委員長 教授 後藤 和子 委員 教授 新井 光吉 委員 教授 禹 宗杭 委員 教授 田中 恭子

論文の内容の要旨

本論文は、近年、政策的にも注目されるようになった、介護予防のための保健・医療・福祉の地域連携について考察したものである。

本論文によれば、要介護者数は、2000年の介護保険の導入以降増加の一途をたどり、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2倍になった。そのため、2005年以降、介護予防が、政策課題として大きく取り上げられるようになった。本論文は、先行研究に依りながら、介護状態に陥る要因を検討するとともに、その予防に有効であると期待されている保健・医療・福祉の地域連携について検討したものである。

近年、医療の側からも、医療の質を維持しながら医療費を抑制するために、保健・医療・福祉の連携による地域包括ケアが注目されるようになった。本論文は、こうした近年の研究を視野に入れ、個々の高齢者に、保健・医療・福祉等のサービスが地域で切れ目なく提供される介護予防の地域連携について、2つの事例調査を行った。そして、都市部と農村部のそれぞれにおいて、何が連携を進める要因となったのか、どのような連携が介護予防に効果をあげているのか、また、異なる専門職同士がどのように連携すれば効果をあげられるのか等を、具体的なケースで明らかにしている。

本論文の構成は以下のとおりである。

序章

第1章 地域包括ケアの提唱とその背景

第2章 要介護高齢者の発生

第3章 介護予防と地域連携

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～

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～

終章

序章では、本論文の背景と課題が述べられる。

2000年の介護保険導入以来、要介護者が増え続けている要因としては、次のことが挙げられる。第1は高齢者数そのもの増加である。第2は、保険制度の導入による介護ニーズの高まりである。第3は、ひとり暮らしの高齢者や、高齢者夫婦のみの世帯が増加したことである。65歳以上のひとり暮らし高齢者は、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341万人へと増加している。

第4は、介護予防施策の未整備である。2009年に行われた調査でも、特定高齢者（要支援者）施策の効果について、介護予防効果は、統計学的に有意ではないことが報告されている。このことは、介護状態になるのを予防するための方法論と有効な施策が、まだ確立していないことを表わしている。

現在、介護予防事業には、一次・二次・三次予防の3段階がある。一次予防は、生活習慣病の予防であり、二次予防は、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要支援状態となることを遅らせることである。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が、予防事業の対象者となる。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、要支援、要介護認定を受けた対象者に対し、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ことである。

しかし、例えば、二次予防は週1回の介護予防プログラムを3か月で終了するものであり、その後のケアがない。要支援でリハビリを受け少し改善して非該当になると、そのサービスが受けられなくなる等、継続的な予防やリハビリが受けられないという問題がある。また、二次予防の利用者が少ないという問題もある。利用者が少ない要因としては、プログラムに魅力がないという指摘もあるが、生活機能が低下し、不活発であるために基本チェックリストに記入する等の応答ができない可能性が高い。

本論文は、こうした現状を踏まえ、高齢者の身体のみでなく、心理的・社会的状態を加味した生活機能に着目する。なぜなら、身体的、心理的、社会・環境的要因の3要因のうち、どこかに問題が生じると、閉じこもり症候群を発症し、引き続いて廃用症候群の発症へとつながるからである。国際生活機能分類でも、「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」とされている。こうした見方に立てば、介護予防には、生活機能を支援する「生活支援」の視点が必要であり、一次から三次の全ての予防施策に生活支援の視点を導入することが必要であるというのが、本論文の主張である。

そして、予防を重視し、対象者の生活機能に寄り添って支援するための受け皿として、保健・医療・福祉の地域連携が望ましいと指摘する。しかし、保健・医療・福祉という分野や職種が異なる者同士が連携することは容易ではない。それは、既存の医療制度に

風穴を開けることであり、利害団体等の反発も激しいという指摘もある。そのため、地域包括ケアは、一部の地域では成功しているが、まだ全国的に展開されているわけではないのが実情である。

更に、先行研究では、保健・医療・福祉の地域連携の概念図等が描かれているが、実際にどのように連携しているのかは必ずしも明らかではない。そのため、生活支援という視点を全ての段階の介護予防に導入し、ケース・スタディを通して、地域包括ケアを成立させる条件を具体的に明らかにするのが本論文の課題である。

第1章では、地域包括ケアシステムが提唱されるようになった背景が、介護保険制度の視点から述べられている。介護保険制度開始以降の要介護者の増加は前述の通りだが、特に、軽度の要支援・要介護者の増加が顕著であるという。そのため、2005年には、介護予防に力を入れる方向が打ち出され、在宅ケアを支える地域包括支援センターが創設された。しかし、地域における介護予防のための資源が有機的に結びついて提供されているとはいえない、住民が相談に行っても、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等の指摘もあり、地域包括支援センターは、地域包括ケアの担い手として十分な機能が果たせていないのが現状である。また、医療との連携も不十分である。

そのため、2011年には、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できる地域包括ケアシステムに向けて、介護保険の制度改正が行われた。

第2章では、統計データを使って、都道府県ごとの要介護者の出現率が分析される。しかし、結果としては、都道府県間の格差より、同じ都道府県に属する保険者間の格差の方が大きいことが分かった。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。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県の4.69倍で、一番小さかったのは富山県の1.28倍であった。介護保険者によるこの格差は、地域ごとの介護事業の重要性を示唆する。

第3章では、介護予防と地域連携の現状が紹介される。介護予防には一次予防、二次予防、三次予防があることは前述の通りである。また、こうした予防事業を受ける高齢者を増やし、介護状態になるのをできるだけ予防するためには、生活支援の視点が不可欠であることも序章で指摘したとおりである。2011年に開始された地域包括ケアシステムによる介護予防では、介護予防・日常生活支援総合事業が創設された。この事業は、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、市町村の判断と創意工夫によって、切れ目なく提供することができるという事業である。実現すれば、要支援と非該当を行ったり来たりし、そのたびにサービスが断絶していた高齢者が、同じサービスを継続的に受けられるようになる。

第4章では、病院から退院した後の、生活支援の視点からの三次予防の重要性が指摘される。また、疾病はあるが比較的元気な高齢者が、要介護認定を受け過剰な介護サービスによって生活機能を低下させないためにも、病院外での生活支援が重要であることが指摘される。そのためには、退院後の、あるいは通院中の患者の生活を支える保健・医療・福祉の地域連携が重要であると指摘される。

第5章では、農村部における地域包括ケアの事例として、茅野市が取り上げられる。茅野市には、地域医療を先進的に行ってきた諏訪中央病院がある。茅野市のケースで顕著なのは、地域連携における地域住民の参加である。1996（平成8）年に「茅野市の21世紀の福祉を創る会（通称：福祉21茅野）」が発足し、12部会に100人を超える住民が参加し、約3年間の検討の末、2000（平成12）年に「福祉21ビーナスプラン」が策定された。茅野市では、介護保険以前から、公的サービスと共助が結びついて、地域の生活を支える仕組みをつくってきたのである。

現在は、地域包括支援センターが設置された市のレベルより小さなエリアに、4つの保健福祉サービスセンターがある。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で導入した地域包括支援センターのモデルになったといわれている。

保健福祉サービスセンターでは、諏訪中央病院、開業医（一般診療所42件、歯科診療所21件）との連携により、生活支援が必要な高齢者の発見と、介護予防を行なっている。自治体や町会、民生委員等も戸別訪問や生活支援に関わっている。また、保健福祉サービスセンターに多くの組織や機能が集まっていることも連携を容易にしている。例えば、西部保健福祉サービスセンターの場合、同じ敷地に、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あり、利用者の相談の多くを、その場で解決することができる。

第6章では、都市部のケースとして東京都足立区が取り上げられる。足立区にも、寝たきり予防のために、2万軒を自主的に戸別訪問した実績を持つ健和会病院がある。本研究では、保健・医療・福祉の連携が、病院を退院した後の三次予防にとって重要であるという仮説を立て、健和会のケースを調査した。同じ足立区で開業しているS病院にも、同時期にヒアリングを行い、健和会の特徴を浮き彫りにしている。

健和会に入院し、その後在宅ケアに移行した様々なケースを調査した結果、次のようなことが明らかになった。健和会では、患者を中心に病院内の様々な職種の連携が日頃から行われている。退院時になると、患者と家族を中心として、病院内の連携が、地域のケアマネジャーを始めとする病院外の様々な職種との連携へと広がり、退院後の介護や生活を支えていく。退院後の在宅における治療・看護・リハビリ等の計画が、患者と家族を中心に入院中にデザインされる。健和会では、退院の目的がたつと、利用する予定のサービス担当者を病院に呼び、その担当者を交えて連携がはかられるのである。目標は、患者と家族の生活の質を支え、できるだけ生活機能を回復することである。退院

後も、看護師や医療ソーシャルワーカー等の病院スタッフが、様々な形で在宅ケアを支え生活の質が改善されたケースもある。

一方、S病院では、退院時カンファレンスが実施されず、介護が必要な状態で退院する患者は、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。S病院では、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。また、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たとしても、出席者がそれぞれの担当領域で意見をいうのみで、家族との接触や相談は医療ソーシャルワーカーが全て請け負う形となっている。

終章では、序章から第6章を総括するとともに、それぞれのケース・スタディの意味を、より踏み込んで考察している。茅野市のケースにおいては、保健福祉サービスセンターが、よろず相談窓口として機能し、問題を抱えた高齢者は、そこにアクセスすれば次の段階の適切なサービスに紹介されるという「情報の共有」が、地域連携の鍵であると強調されている。また、足立区のケースでは、退院後の在宅ケアをデザインするために、患者が将来おかれる未知の環境を想定した看護師のアセスメント能力が、病院内の連携だけでなく、病院と病院外の様々な資源との連携にとって、重要な役割を果たすことが指摘される。

両方のケースとも、「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）」という生活機能を支援するという生活支援の視点から、保健・医療・福祉の連携が、実際にどのように機能しているのか検証された。その結果、地域医療の積み重ねによって作られた住民参加のシステムや、看護師のアセスメント能力、患者と患者が置かれた地域の問題を解決しようとする異なる職種間の切れ目のない連携によって、介護予防が機能していることが明らかとなった。

論文審査の結果の要旨

審査委員会は、本論文が、近年、注目されるようになった地域包括ケアについて、介護予防という視点から、実際にどのように機能するのかを、詳細なケース・スタディを通して明らかにしようとした点を、高く評価した。とりわけ、2万軒の戸別訪問を行なった当時の健和会・柳原リハビリテーション病院の看護師長にインタビューを行うとともに、複数の個別ケースについて丁寧な聞き取り調査を行い、具体的に、退院後の在宅ケアに向けてどのような準備が行われたのか、誰がどのように関わったのか、その結果、退院後の生活がどうなったのかを整理している点を評価した。

従来、介護の問題は、福祉の問題として語られてきた。しかし、医療費を抑制しつつ、医療の質を維持する必要性から、地域包括ケアという概念が登場し、予防が重視されるようになった。疾病の予防としての保健、医療、治療後の早期のリハビリ、福祉（在宅ケア等）が、切れ目なく提供されることが求められるようになったのである。

介護も同様である。2005 年以降、介護予防が重視されるようになり、地域包括支援センターが各地に創設された。しかし、地域包括支援センターでは、医療との連携ができず、介護に役立つ様々な地域資源を有機的に結びつけて提供することができないという問題があった。そこで、2011 年以降、介護の領域でも、地域包括ケアという保健・医療・福祉の連携へと大きく政策の舵が切られたのである。

本論文の独自性は、介護予防とは何かを、生活機能という概念に着目して見直そうとしたこと、一次、二次、三次の全ての段階で、生活支援をすることが介護予防に繋がるという視点から、具体的なケースを通して、保健・医療・福祉の地域連携のあり方を検証したことである。

足立区の健和会の元看護師長へのインタビューと、個別ケースの粘り強い聞き取りを通して、病院内と病院外で、実際に、医療と福祉がどのように連携しているのか、患者の退院後の在宅ケアにどのように関わっているのかを明らかにしたことは、前述の通りである。入院中に患者と家族を中心に異なる職種が連携するだけでなく、退院後のサービス事業者を病院に招き、計画の策定や在宅ケアの練習をするなど、きめ細かな対応が行われていることが明らかになった。このケースでは、退院後の生活の質を高めるために、医療が介入して大きな成果をあげているといえる。

その際に、退院後の生活まで想像できる看護師のアセスメント能力が重要であり、在宅ケアを支える家族の負担まで視野に入れた計画づくりが求められることが浮かび上がってきたことは、貴重な発見といえる。

ただし、本論文には、課題もある。第一は、茅野のケースで、情報の共有や保健福祉サービスセンターの活動が、介護予防にどのような効果をあげているのか、部分的なアセスメントしかできていないことである。第二は、生活機能という概念とそれに基づく生活支援という言葉が、やや観念的に使われ、保健・医療・福祉の連携によって、それが、どのように実行できるようになるのか整理できていないことである。第三は、本論文が 2011 年の介護保険制度改正を高く評価しているが、それが理念通りに実行されるかどうかは未知数である。介護認定を受けないと、利用できるサービスがほとんどないために、要支援等の認定を受けてデイサービスを利用する高齢者も多い。一次、二次レベルの介護予防が切れ目なく充実したものになるかどうかは、今後の自治体の施策展開にかかっているといえよう。

しかし、これらの課題は、本論文の価値を、いささかも損なうものではない。よって、審査委員会は、本論文が、博士（経済学）の学位を授与するにふさわしいと判定した。