

退職のごあいさつ

福祉社会コース 杉崎 千洋

島根大学着任は1999年4月でした。それから25年が経過しました。定年退職まであと1年ですが、健康上の理由により、今年度末で退職いたします。以下では、まずごあいさつを、次に現在取り組んでいる研究の紹介をいたします。

I. ごあいさつ

新しい文系学部を創設し、そこに法文学部福祉社会コースを移設するという情報が伝わったのは、2015年はじめでした。約2年の設立準備期間ののち、2017年に最初の入学生を迎えました。

一緒に退職される山崎亮先生と私にとっては、島根大学における3つ目の学部となりました。最初の教育学部（1999～2003年度）、次の法文学部（2004～2016年度）、今の人間科学部でもコースの柱は社会福祉士養成ですが、その環境は学部によりかなり異なりました。人間科学部では、精神保健福祉士養成がもう1つの柱となり、担当教員ポストも新設されました。

どの学部でも、脊髄損傷（車いす利用）と慢性腎不全（週3回の透析）という2つの障害のある私に対して、様々なご配慮をしていただきました。深く感謝いたします。

この学部での後半はコロナ禍と重なりました。徐々に対面授業、通常業務が復活しても、基礎疾患のある私は、在宅勤務、オンライン授業を継続せざるを得ませんでした。その上、2022年秋から肺炎を繰り返すようになり、2023年春から長期入院、夏からは松江市内の施設で生活しています。障害は2つから3つになり、車いすも手動から電動に「格上げ」になりました（偉い人用の椅

子のようなです）。オンデマンド授業は実施できましたが、ますます制約が増え、他の業務は最小限にせざるを得なくなりました。名前は分かっても、顔の分からない学生がほとんどになりました。残念なことです。職場は物理的・心理的にやや遠い存在になりました。

コロナ対策と体調不良に関しては、磯村学部長、福祉社会コースをはじめとした学部教員の皆様、職員の皆様に一層のご配慮をしていただきました。同時に、多大なご負担をおかけしてしまいました。心からお詫びとお礼を申し上げます。

来年度は、新しくつくっていただいた客員研究員として学部に籍を置き、科研を継続する予定です。住居は、名古屋市内になります。

学部の皆様の一層のご健勝、ご活躍を祈念いたします。

II. 科研の紹介

簡単ではありますが、2つのパワーポイントを用いて、科研の紹介をいたします。コロナ禍の真ただ中で調査をさせていただきました2つの医療機関の皆様には、改めてお礼申し上げます。

パワーポイント1は、昨年度後半、共同研究者である現場実践者に行った研究紹介のスライド（一部抜粋）です。パワーポイント2は、研究協力者である松江保健管理センターの杉原志伸先生（循環器内科学）が2023年の心不全学会で発表されたものです。今年度前半時点での到達と課題を簡潔にまとめていただきました。掲載をご快諾していただきありがとうございます。

パワーポイント1

医療機関を起点とした生活課題をもつ人への
地域連動型支援プログラムの開発研究

2022年度第2回研究会

プログラム開発の方法

2022.11.08

報告の柱

- 1. 研究の目的と2つのお願い
- 2. 研究計画の全体像
- 3. 地域連動型支援プログラム
開発の方法
- ◇付. 現時点の地域連動型支援プ
ログラムのイメージ

研究の目的

心不全と生活課題の両方をもつ人を対象とした地域連動型支援プログラム開発

2つのお願い

- ▶ 2022年度後半から、本格的に、島根県松江と神奈川県厚木で地域連動型支援プログラム開発を行います。今年度は、今回も含めあと3回の研究会を行います。実践者コアメンバーの方は、ご参加いただきたいです。
- ▶ 2023・2024年度には、拡大メンバーにも加わっていただき、研究会のほか、ワークショップも開催いたしますので、ご参加いただければ幸いです。
- ▶ 事務連絡：コアメンバーの方への大学からのご依頼は、年度ごとに行います。

報告の柱

- 1. 研究の目的と2つのお願い
 - 2. 研究計画の全体像
 - 3. 地域連動型支援プログラム
開発の方法
- ◇付. 現時点の地域連動型支援プログラム
のイメージ

研究課題名

医療機関を起点とした生活課題をもつ人への地域連動型支援プログラムの開発研究

- 日本学術振興会・科学研究費補助金による研究（課題番号 21H00791）
- 期間は2021年度～2024年度
- 最終目的は、生活課題と入退院を繰り返しやすい心不全の両方をもつ人を対象とした「地域連動型支援プログラム」の開発

なぜ心不全患者か？

心不全パン
デミック



社会的孤立
などの生活
課題（社会
的要因）の
影響

生活課題に着
目したプログ
ラムはおそら
く国内にない

他疾患への応
用可能性

入退院を繰り返しやすい

地域連動型支援プログラムとは

- 心不全者が居所の移動をしても、重点を変えながら医療・社会福祉・介護等の機関・専門職、住民らが同一の目的に向け連動し、継続的に支援するプログラム・方法を指す。再入院減少、その人らしい地域生活のできる限りの延長を可能とする客観的根拠を重視しつつ、心不全者の価値・経験にも根拠をおいたもの

図1 研究の構造図

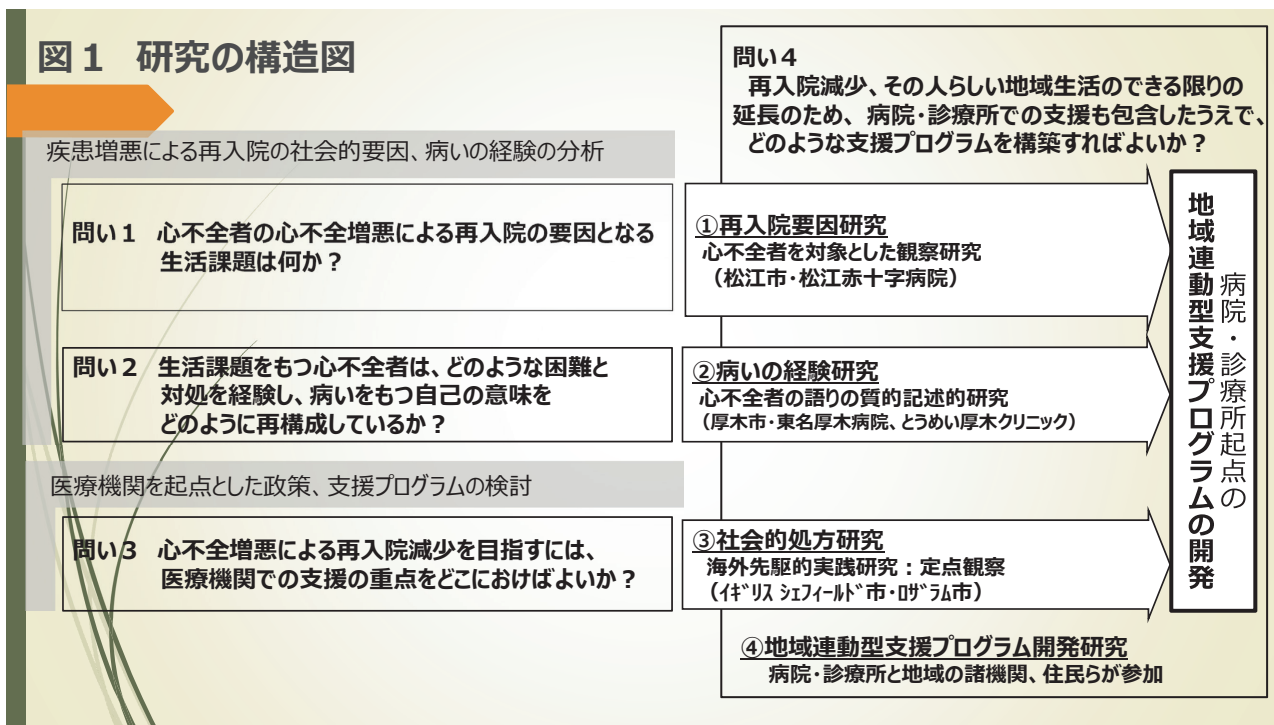


表2 研究体制と役割分担

	氏名 (所属)	研究体制				
		全体	①	②	③	④
研究代表者	杉崎千洋 (島根大学)	■	■			
研究分担者	小野達也 (桃山学院大学)				■	■
	金子努 (県立広島大学)			■	■	■
	松崎吉之助 (相模女子大学)			■	■	■
	正野良幸 (京都女子大学)				■	■
	富井友子 (十文字学園女子大学)		■	■		■
	田中涼 (美作大学)		■			■
研究協力者	杉原志伸 (島根大学)		■			■

注) ①再入院要因研究、②病いの経験研究、③社会的処方研究、④支援プログラム開発研究
濃い網掛けは研究統括。薄い網掛けは調査・分析、研究協力者は協力・助言

報告の柱

- ▶ 1. 研究の目的と2つのお願い
 - ▶ 2. 研究計画の全体像
 - ▶ 3. 地域連動型支援プログラム
開発の方法
- ◇付. 現時点の地域連動型支援プログラム
のイメージ

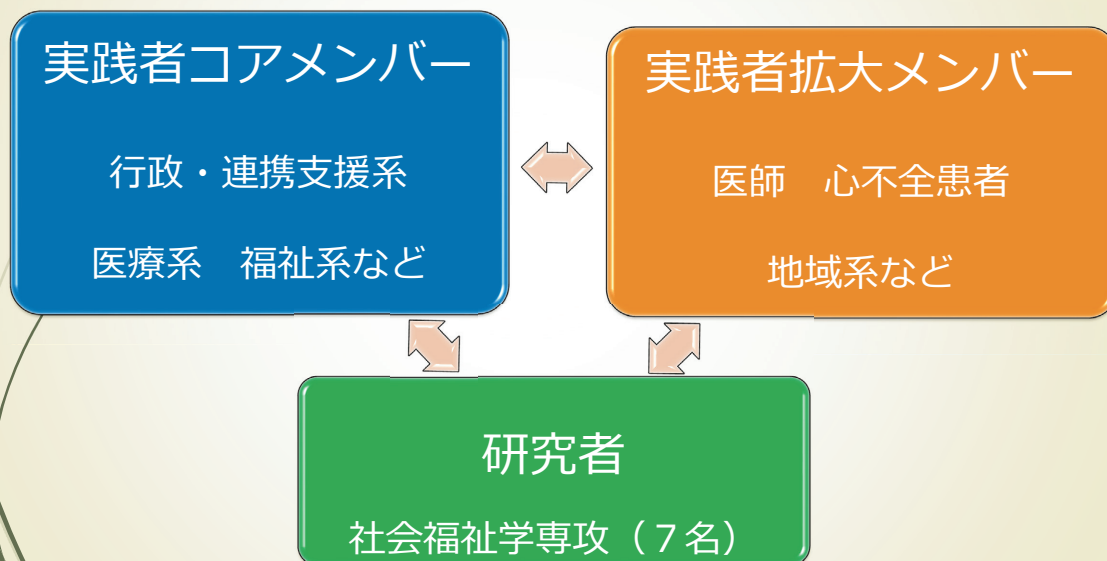
地域連動型支援プログラム開発は CD-TEP法に準じて実施

- ▶ 福祉系のプログラムモデル開発法
- ▶ 「円環的対話による効果的プログラムモデル形成のための評価アプローチ法」
- ▶ 大島徹ら（2019）が開発
- ▶ 社会課題解決に有効で、科学的根拠のある「効果的プログラムモデル（以下では、**効果モデル**）」の形成・発展

CD-TEP法の2つの特徴

- ◇ 1 実践者の参画、実践者と研究者との協同を重視
研究会、ワークショップなどを開催
- ◇ 2 段階的に効果モデルを開発
3つの大きなステージがあり、それらは12のステップで構成

特徴1 実践者と研究者の協同① 松江と厚木それぞれでチーム形成



特徴2 CD-TEP法の3ステージと12ステップ

ステージ

1

- 効果モデルの設計・開発
- ステップ1～6

ステージ

2-1

- 効果モデルの形成・改善（導入期）
- ステップ5・6～10

ステージ

2-2

- 効果モデルの形成・改善（成熟期）
- ステップ10～12

本研究はステージ1 + 2-1の一部：ステップ6まで

ステップ1～6の説明

ステップ1～3①

◇全体（松江チーム、厚木チーム合同）ですすめる
実践者コアメンバーと研究者中心

■ステップ1

チーム結成

松江赤十字病院・東名厚木病院調査などによる現状分析・ニーズ評価

既存制度・関連プログラムの現状分析など

ステップ 1～3 ②

■ ステップ 2

予備的効果モデル（暫定版）の作成
今後のイメージをもてるものに

- ### ■ ステップ 3 参考となる先進的な実践（GP） の見学（イギリス・社会的処方など） 見学後の分析・共有 課題の整理

ステップ 4～5

■ ステップ 4

効果モデル（試行版）作成のための準備
地域、対象者の特性（年齢層、生活課題、心不全
ステージなど）などを整理

■ ステップ 5

ワークショップによる効果モデル（試行版）の
設計・開発

ステップ6

- ◇効果モデル（試行版）の形成・改善
 - 5つの構成項目の作成（ゴールとインパクト理論、プロセス理論、効果的援助要素リスト、評価ツール、実施マニュアル）
- ◇開発した地域連動型プログラムの評価、今後の課題の整理 ワークショップ、報告会

報告の柱

- 1. 研究の目的と2つのお願い
- 2. 研究計画の全体像
- 3. 地域連動型支援プログラム
開発の方法
- ◇付. 現時点の地域連動型支援
プログラムのイメージ

地域連動型支援プログラム（効果モデル）の粗いイメージ：杉崎個人の現時点での見解

基本的な考え方 1

- ◇既存の医療・支援などとの連動（連続性）を重視
- ◇松江、厚木の既存の心不全患者の医療・支援などを、生活課題への支援という観点から把握・評価
- ◇何ができていて、何が不十分かを明らかにし、それに対応する支援を既存の医療・支援に加えていくというイメージ

基本的な考え方 2 やや具体的な説明 1

- ①病院、診療所での多職種介入、連携などはすでに標準化
日本心不全学会「心不全手帳」（最新版である2022年度版はHPでは未公開）で紹介・説明
訪問看護、訪問リハビリなど、退院後のフォローアップも実施
- ②生活課題に関する多様な支援もされている
- ③松江、厚木での①②の現状分析と、それらの突き合わせ

基本的な考え方3 やや具体的な説明2

- ④社会的処方などの先進事例分析と、日本への適用可能性の検討
- ⑤これら、とくに③④を合わせて検討
既存の生活課題への支援の利用・修正、新たな創設を提案
これらを総合化し、地域連動型支援プログラムを開発

対象となる集団

心不全患者のうち①②の両方に当てはまる方

①心不全ステージは主にC

循環器内科医の助言

②再入院の社会的要因となる生活課題をもつ

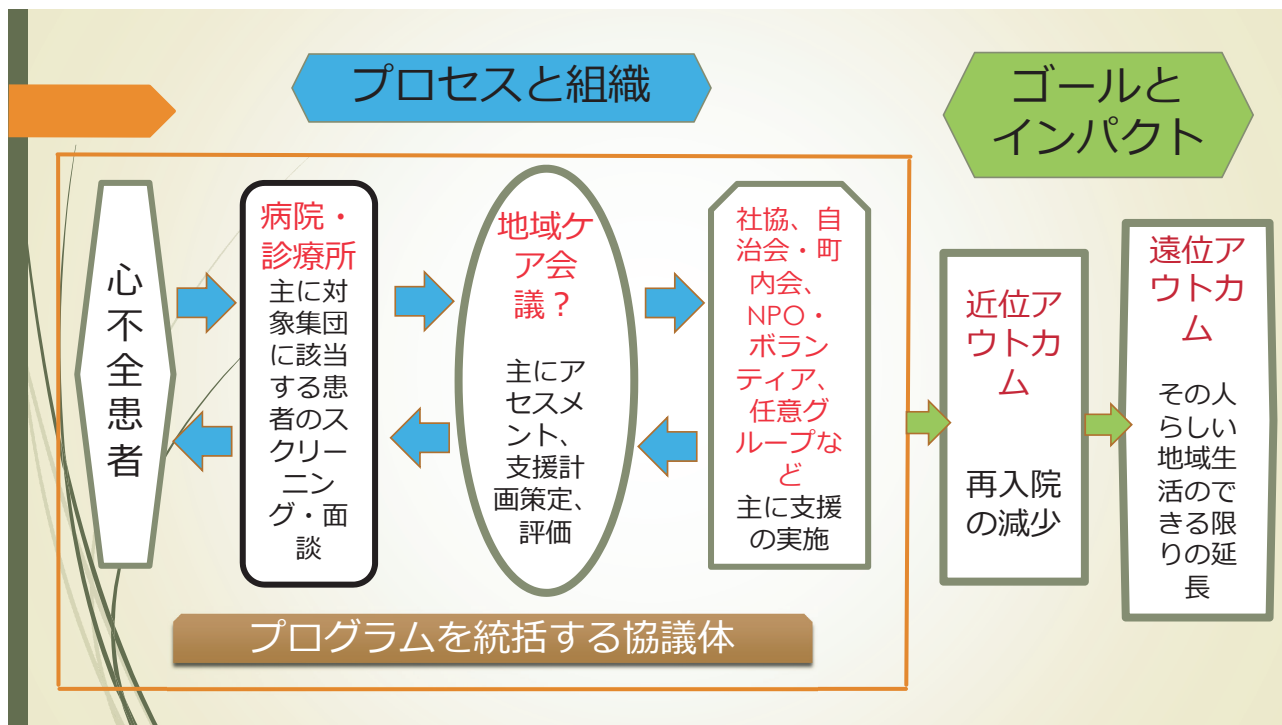
現時点では

社会的孤立 池田ら（2020）

独居と身体的機能・認知機能障害の並存 高林ら（2020）

など

松江赤十字病院調査、東名厚木病院調査結果はまだ出ない
当面は、先行研究の知見、現場実践者の見解をもとに設定



文献

- 大島巖ほか編著（2019）『実践家参画型エンパワメント評価 の理論と方法 CD-TEP法：協働によるEBP効果モデルの構築』日本評論社
- 池田力ほか（2020）「心不全患者において社会的孤立は退院後心不全増悪による再入院の予測因子となる」心臓リハビリテーション、26（1）：107-113
- 高林健介ほか（2020）「心不全患者における独居と機能障害の併存が予後に与える影響」心臓リハビリテーション、26（2）：222-228

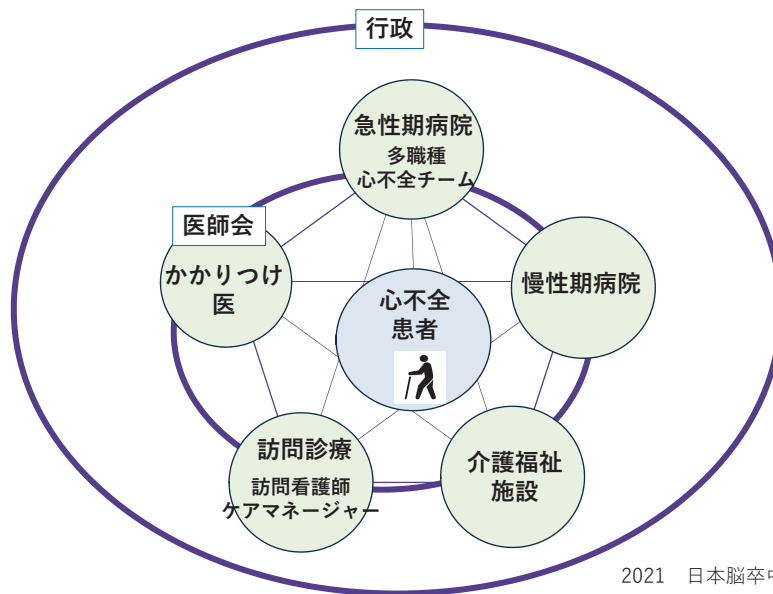
パワーポイント2

社会福祉学者が主体となる 心不全患者の病院・診療所起点の 地域連動型支援プログラムの開発

- 1) 島根大学松江保健管理センター、2) 松江赤十字病院循環器内科
杉原志伸¹⁾²⁾、城田欣也²⁾



心不全治療ネットワーク

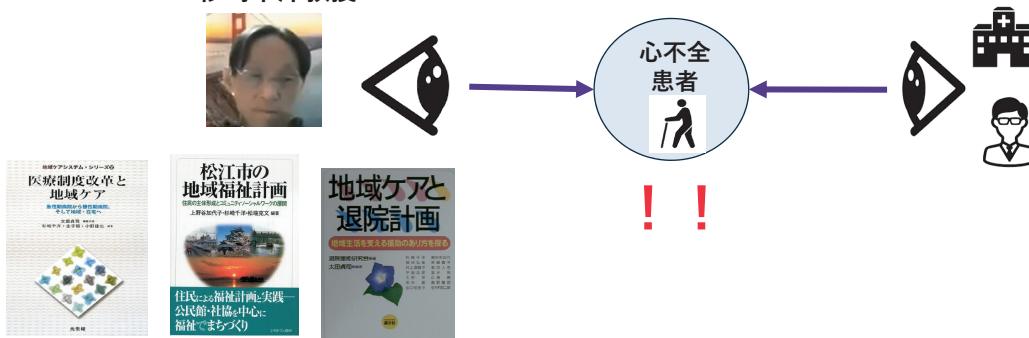


2021 日本脳卒中与循環器疾患克服二次五ヵ年計画

社会福祉学

社会的に手助けが必要とされる人々への支援方法を身に付け、その仕組み、国や自治体が行う政策や制度などを研究する学問

島根大学人間科学部社会福祉コース
杉崎千洋教授



研究課題：医療機関を起点とした生活課題をもつ人への地域連動型支援プログラムの開発研究

【目的】生活課題と入退院を繰り返しやすい心不全の両方をもつ人を対象とした「地域連動型支援プログラム」の開発

日本学術振興会・科学研究補助金による研究（課題番号21H00791）

【期間】2021年度～2024年度

【メンバー】

社会福祉学者：7大学7名

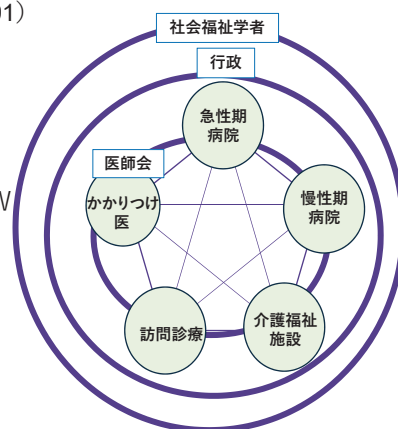
医療：急性期病院医師、保健師、栄養士、薬剤師、理学療法士、MSW

訪問看護ステーション：看護師

医師会医師

地域：在宅介護支援事業所ケアマネージャー

行政：社会福祉協議会、地域包括ケア推進課、介護保険課



地域連動型支援プログラムとは



心不全者が居所の移動をしても、重点を変えながら**医療・社会福祉・介護等の機関・専門職、住民らが同一の目的に向け連動し、継続的に支援するプログラム・方法**を指す。再入院減少、その人らしい地域生活のできる限りの延長を可能とする客観的根拠を重視しつつ、**心不全者の価値・経験にも根拠をおいたもの**。

研究の構造図

疾患増悪による再入院の社会的要因、病いの経験の分析

問い1 心不全者の心不全増悪による再入院の要因となる生活課題は何か？

①再入院要因研究
心不全入院患者を対象とした観察研究
(松江市・松江赤十字病院)

問い2 生活課題をもつ心不全者は、どのような困難と対処を経験し、病いをもつ自己の意味をどのように再構成しているか？

②病いの経験研究
心不全外来患者の語りの質的記述的研究
(関東圏・病院/クリニック)

医療機関を起点とした政策、支援プログラムの検討

問い3 心不全増悪による再入院減少を目指すには、医療機関での支援の重点をどこにおけばよいか？

③社会的処方研究
海外先駆的実践研究：定点観察
(イギリスシェフィールド市・ザラム市)

④地域連動型支援プログラム開発研究
病院・診療所と地域の諸機関、住民らが参加

病院・診療所起点の
地域連動型支援プログラムの開発

問い4
再入院減少、その人らしい地域生活のできる限りの延長のため、病院・診療所での支援も含ましたうえで、どのような支援プログラムを構築すればよいか？

①再入院要因研究

2022~2023年 松江市・松江赤十字病院



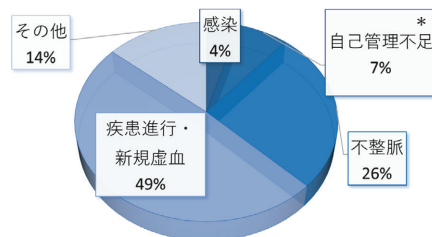
松江市(R5)
19.7万人
高齢化率30.4%

患者背景 (n=88)

年齢中央値(歳)	82(73-88)	院内多職種介入(%)	68.2
男性(%)	70.5	退院時介護保険あり(%)	27.2
心不全入院既往(%)	19.3	自宅退院(%)	93.1
虚血性心疾患(%)	25.3	退院後のサービス利用(%)	
HFpEF(%)	34.1	居住サービス	27.3
入院日数(日)	16(11-19)	住宅改修、福祉用品等	15.9
身体的フレイル(%)	59.1	施設入所等	5.7
認知機能障害・軽度認知障害(%)	76.1	退院後の主な支援者(%)	
中等度以上の栄養障害(%)	52.4	家族	58.1
社会的孤立状態(%)	15.9	近所、知人、同僚	58.0
社会的フレイル(%)	55.7		
単身世帯(%)	23.9		
低所得・生活保護受給(%)	26.1		

身体的フレイル (J-CHS基準)
社会的フレイル (Makizako指標)

入院要因



* 自己管理不足
内服・通院中断、水分・塩分過剰摂取、過活動

社会的フレイル

Makizako指標

5項目中2つ以上で該当

1. 外出頻度が減ったか
2. 友人を訪れることがない
3. 友人や家族の役に立っている気がしない
4. 独居
5. 誰とも話さない日がある

(Makizako H, et al. J Am Med Dir Assoc 2015)

	社会的フレイル群 n=49 (55.7%)	社会的非フレイル群 n=39 (44.3%)	P値
年齢(歳)	82(73-88)	82(72.5-88)	0.593
男性(%)	65.3	76.9	0.24
身体的フレイル(%)	69.4	46.2	<0.05
認知機能障害・軽度認知障害(%)	85.7	64.1	<0.05
低所得・生活保護受給(%)	30.6	20.5	0.289
自宅退院(%)	91.8	94.9	0.580

【まとめ】

- ・心不全入院患者は**高齢者**が多い、**複数のフレイルの合併**が多い。
- ・再入院の要因として**医学的要因**が多い。
- ・複数のフレイルを合併した患者の多くは自宅退院となり、退院後のサポートには**地域・行政の介入**が必要である。

②病の経験研究

2022年～ 関東圏/病院・クリニック



ID	性別	年齢	仕事の有無	同居家族	経済状況	要介護	心不全 ステージ	NYHA分類
NO1	男性	70代前半	無	独居	生活保護		C	II
NO2	男性	70代前半	無	独居	生活保護		C	II
NO3	男性	60代前半	有(自営)	妻			D	III
NO4	女性	70代前半	無	独居	生活保護		C	I
NO5	男性	60代前半	有	独居	生活保護(申請中)		C	II
NO6	女性	70代前半	有	独居			C	I
NO7	女性	70代前半	無	夫・長男			C	II
NO8	男性	80代前半	無	妹			C	I
NO9	女性	80代前半	無	夫		要介護3	C	I
NO10	女性	90代前半	無	独居		要介護2	C	II
NO11	男性	50代前半	有	独居			C	I

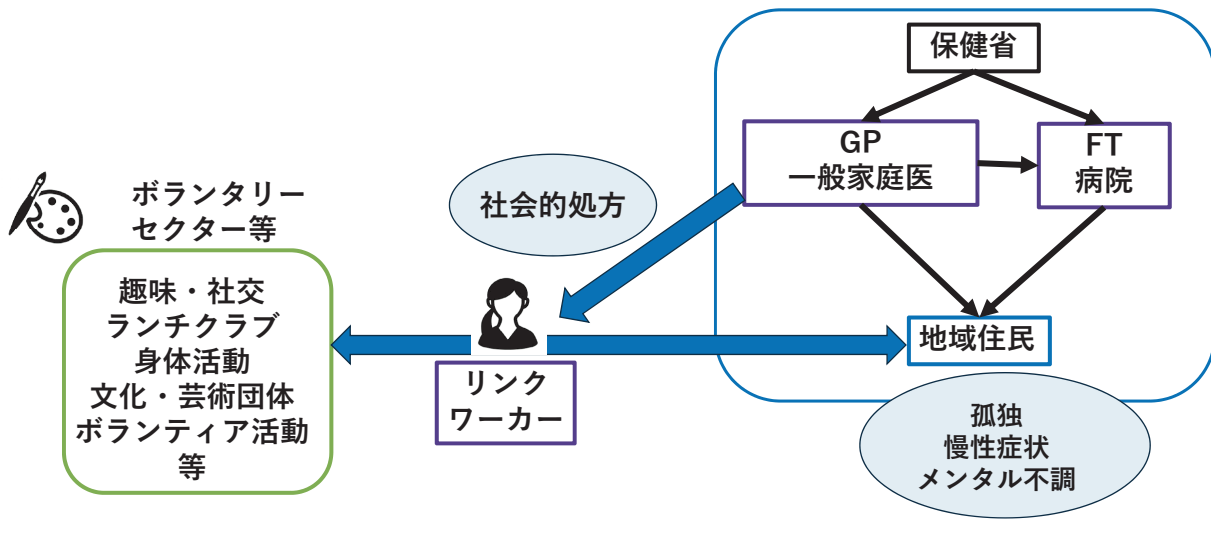
外来患者11名のインタビュー実施

・生活や仕事上の困難や対処戦略、他者との交流などに対する影響、病をもつ自己の受け止めの変遷などが語られている。今後詳細な分析を行う予定。

③社会的処方研究

2024年～イギリス・シェフィールド市、ロザラム市

イギリス医療保険制度 NHS



社会的処方での日本での活用の可能性

現存の医療・福祉の2つの会議の連動

社会的処方での体制整備の検討の場

介護保険法(地域包括ケア)
在宅医療・介護推進事業
多職種連携会議

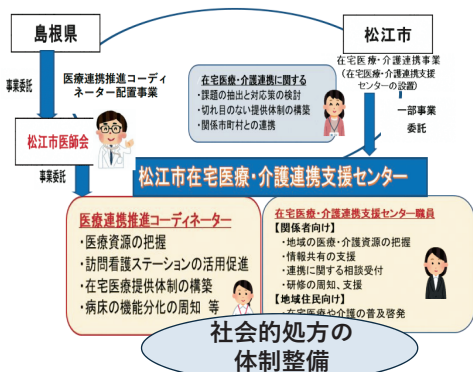
社会的処方での実践の場

社会福祉法(地域共生社会)
重層的支援体制整備事業
重層的支援会議

社会的処方

介護保険法(地域包括ケア) 在宅医療・介護推進事業 多職種連携会議

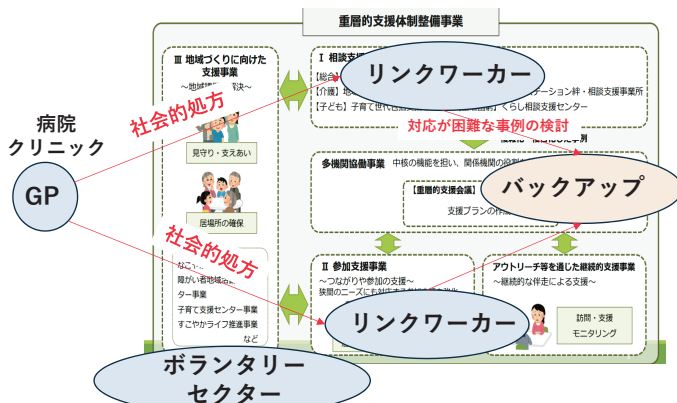
- 医療・介護の両方を必要とする高齢者が地域での暮らしを最期まで続けることができるような支援体制の構築



松江市在宅医療・介護連携支援センターの取組について
令和3年2月10日 地域包括ケアシステム関係機関連絡会議資料より引用

社会福祉法(地域共生社会) 重層的支援体制整備事業 重層的支援会議

- 複合的な課題を抱えた世帯や制度のはざまにある人を含めた包括的相談支援体制の強化



松江市における重層的支援体制整備事業
会議使用より引用

検討事項

- **社会的処方**の制度的位置付け、医療・福祉の2つの会議の連動

- * 秋田県保険者協議会、兵庫県養父市、宇都宮市医師会：介護保険法(地域包括ケア)の活用
- * 三重県名張市：社会福祉法(地域共生社会)の活用

- **リンクワーカー機能**を担う人材

- * 医学的知識 + 地域の資源や公的サービス情報の把握

結語

- 社会福祉学者が主体となる心不全患者の医療機関起点の地域連動型支援プログラムを開発中である。
- 実現方法の一つとして「社会的処方」は現在の行政制度を活用できる可能性があり、制度的位置づけや人材育成が必要である。

2024年度が最終年度になります。文理融合研究のモデルになるよう、あと1年努力いたします。