

る社会福祉専門職の存在は従来の専門職観にはなかったことからなおさらのこと実習依頼側と実習引き受け機関との間に実習の目的に関する合意が必要である。2年間の事業実施にあたり数度の事前協議、実習期間中の巡回、報告会を通じて地元大島郡4町と全体の調整役であるモデル居住圏協議会事務局と大学との関係は深まっていった。

実習に先立つ平成9年度から、柳井健康福祉センター第2福祉部（大島社会福祉事務所）が所管する大島郡社会福祉協議会の主催する各種研修会に本学教員及び日本社会事業大学教員が継続的に関与してきた。町議員福祉研修会、福祉関係者研修会、在宅介護支援センター職員研修会、介護支援専門員研修会、社会福祉協議会コミュニティワーク研修会などを4町全体を対象に一連の研修会を大学の関与の上で、現在まで引き続き行っている。

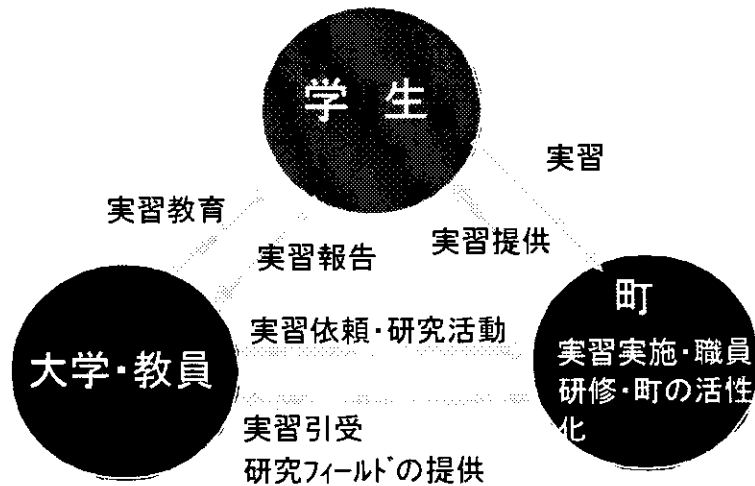
こうした研修会に加え、学生のよってもたらされた地域の情報をもとに教員も研究者の立場として、理論の検証の場としての地域と関係を持つことが可能となったといえる。

実習引き受け側の町としても、在宅福祉を軸とした計画的推進を市町村において地域福祉実践が求められる⁵⁾ 今日、こうした大学との関係において町行政、地域社会及び専門機関における社会福祉の水準向上のためのスーパーバイザーを得ることとなるといえる。公立大学としては、地域社会への貢献の一つ方法として捉えることが可能であろう。

現在、老人保健福祉計画、介護保険事業計画策定に本大学教員が一部しか関与していないものの、平成15年に策定が予定されている市町村地域福祉計画策定への関与も期待できる。

平成12年4月の介護保健法の施行を目前にし、筆者は、保健医療福祉専門職研究会への出席を行っている。そこでの1つの議題として、介護保険法に基づく要介護認定上“自立”と判定された人々へのケアマネジメントを行っている。介護保険法の要介護認定は、身体面、痴呆の度合いを測る精緻に計算された“ものさし”であるが、過疎高齢社会の交通の不便さ、急な斜面、離島などの環境面、一人暮らしの侘びしさというニーズをくみ取ることは困難である。要介護認定上“自立”と判定された人々のニーズに基づく公的サービスの用意や住民参加による助けあいの組織化も検討している。まさに学生の学んだ事柄は今日の社会福祉に問われている問題そのものであり、市町村福祉関係者及び我々社会福祉研究者も解決しなければならない社会福祉実践問題なのである。こうした実績が市町村・実習学生・大学の関係を益々深めさせ、今後の実習継続に大きく寄与するものと考えられる。

図5 地域を基盤とした実習における町－実習学生－大学の関係



5 今後の課題

地域全体をフィールドとした新たな社会福祉実習を、今後発展・定着させていくために、今後の課題として次のようにあげられる。

- ① 多面的な実習が可能であるが、学生の実習の意図と提供される実習内容の食い違いが生じることが予想される。実習引受先の市町村と実習依頼の大学、学生の意志疎通がなければ、地域総合実習と名付けて、「たらい回し実習」になりかねない。実習指導者である市町村保健福祉担当者が地域社会を基盤にした社会福祉士実習の目的及び意義についての理解が必要である。実習は、現場でのソーシャルワーカーの仕事を学ぶ側面があるが、市町村において個々のクライアントの相談にのり、保健福祉の専門機関と連携を採り、住民参加を醸成したり、必要な政策決定を行う新しいタイプの福祉専門職に理解を得ることへの努力が必要である。
- ② 実習の目的が新しいソーシャルワーカーのあり方を模索するものであるから、学生が事前に自分の実習目標を明確にしないと焦点の定まらない実習に陥りやすい。実習の意義を実施先である市町村に求めるだけでなく学生も充分理解する必要がある。加えて、地域の概要等を十分理解することも必要である。
- ③ 複数の機関で実習が行われるため実習学生は市町村内で移動を余儀なくされる。特に過疎地域などで実施する場合、公共交通機関での移動が困難な状態にあり、実習学生の移動確保が極めて困難である。実習学生の移動の確保のため市町村及び市

町村社会福祉協議会など種々の関係機関の協力が必要である。

- ④ 新たな地域実習の実施に向けては、市町村や社会福祉協議会等の受入機関に加え、個別の社会福祉施設、住民・民間団体、ホーステイ先及びその地区住民等受入地域の様々な主体がその趣旨や内容等を理解し、積極的にこれに協力できるようにすることが大切である。そのため、受入機関が中心となり、地域の様々な主体に地域実習等に関する情報提供を積極的に行い、その推進に向けた気運を高めていく必要がある。

ホームステイをとり入れることは実習の成果に大きく貢献しているが、ホームステイを引き受けることが地元にとって大変な苦勞となっている。引受先がなく役場や社会福祉協議会、民生委員などの関係者に無理矢理引き受けていただいている事例もある。過疎地域などで、地域の活性化問題とともに考え、実施することが有効であろう。

- ④ 従来の福祉事務所・社会福祉施設等における実習では、多く学生は自宅を拠点とするため、宿泊費や食費についての実習経費については学生の負担は、比較的少なかったが、社会福祉土地域総合実習においては、受入地域の位置等によりこれらを負担する必要がある。学生にしてみれば、負担に見合うだけの実習で学ぶものがあるものなら「金をかけるだけのものはある」との評価を受けることも考えられる。しかしながら、実習生に過度の負担がないように配慮する必要がある。

6 まとめ

本報告は、山口県周防大島の過疎高齢の4つの町において、地域を基盤とした2年間にわたる実習報告である。社会福祉基礎構造改革にある地域を基盤とした実習の先行的実施である。従来の社会福祉施設、社会福祉行政機関などでの実習と異なり、実習学生はケースワーク、グループワーク、コミュニティ・ワークを総合的に地域社会を対象に経験すること及び自治体の福祉政策形成に関するマネジメントについて学ぶ機会を得た。この実習を契機として大学と市町村との連携を通じて、市町村における地域福祉実践のあり方について検討が可能であることも提起した。

また、実習を通じての交流は、都市と過疎地の“福祉”による新しい交流の形と捉えることも可能であり、一方、教員にとっては、研究者として、理論の検証の場としての地域と関係を持つことが可能であった。

1) 小田兼三「イギリスのコミュニティケア対応のソーシャルワーク教育の展望」『ソーシャルワーク研究』Vol.24 No.2 1998

2) 小田兼三『同掲書』

3) 中央社会福祉審議会社会福祉構造改革分科会「社会福祉基礎構造改革について(中間まとめ)」1998年6月17日

4) 周防大島高齢者モデル居住圏構想推進協議会事務局『「元気・にこにこ・安心」の島づくり構想』1998

周防大島高齢者モデル居住圏構想推進協議会は、若者から高齢者までが共に安心して暮らせる「高齢者モデル居住圏」の形成を図るため、平成9年6月に山口県と大島郡の4町が設立した協議会である。定住構想の施策進展と介護認定審査会の共同実施を担う役割も持っている。

5) 大橋謙策『地域福祉』放送大学教育振興会 1999

Ⅷ. 周防大島高齢者モデル居住圏構想における

リハビリテーション関連事業からの検討

第1節 はじめに

周防大島が日本において高い高齢化率を占めることは、周知のところである。しかし、地域での看守り機能の充実や従事できる仕事があるなど地域特性との関係から、高齢者が多い地域でありながらも「躍動」していることが誇るべき特徴といえる。

この「躍動」あるいは「活動」「元気」は、「モデル居住圏構想」を実現するための安定要因として重要な意味を持つ。なぜならば、高齢者の多い地域になろうとも、元気な高齢者、自立した高齢者が多ければ、地域行政や運営・活性化には大きな悪影響を及ぼさず、むしろ地域の財産として位置尽くことができると考えられるからである。

そこで、本章では「モデル居住圏構想」の基本コンセプトである「元気・にこにこ・安心」の主に元気・安心に関係を持つ保健・医療・福祉関連についてリハビリテーション関連事業からとりあげ、その活動概要と課題について検討してみたい。

第2節 モデル居住圏構想下での保健・医療・福祉の動向

モデル居住圏構想における保健・医療・福祉関係の動向としては、主に平成12年から施行された公的介護保険制度のスムーズな導入・運営のために先駆けて行われていると考えられる、情報通信システムモデル事業（平成10年）や、介護保険広域連携システム整備事業（平成11年）等を基盤に、展開されているように思われる。

平成10年の情報通信システムモデル事業では、遠隔医療推進試行的事業が大島町でスタートした。寝たきりあるいは自宅療養、離島生活者の健康状態をISDN公衆電話回線利用によるテレビ電話で、医療機関やヘルプステーションと結び、医師の診察や指導等あるいは関係者とのコンタクトが容易に受けられるシステムを構築したものである。医療者側にあっては、対象者の状況把握が容易であり、また利用者においては居ながらにしていつでも受診できる安心があり、往診と往診を補完する有益な在宅療養を心身面から支えることに成功した。またその後には、医療者間どうしの情報交換・カンファレンスも容易に開催できるようなシステム構築への構想を企画している。

翌年に展開された介護保険広域連携システム整備事業は、東西に広い地形や、図1に示すような保健・医療・福祉機関の点在する機能実態、また4町が隣接するという保健・医療・福祉に関係する財政基盤（行政面）等の問題などが関係し、機能の合理化・迅速化を進めるために施行されたと考えられる。少ない予算で最大効果を博することや、4

町が隣接するため介護サービス内容較差の是正等の課題から、広域連携は重要であったものと思われる。高齢者人口割合、あるいは保健・医療・福祉機関利用者数からすると、施設数等は妥当なのかもしれない。しかし、点在することは、機能の分化に繋がり、少ない数の施設の機能を相乗的に活用するには限界・障害を来すことにもなりかねない。そこで現在、介護保険審査に関わる委員会は、認定審査に関わる共同事務処理やTV会議などを用い4町合同に行われている。利用頻度、利用状況として必要度は高くても、施設設立には至らない大島の現状には、こうした広域連携システムは有益であろう。

さらに、モデル居住圏構想下には配置されていないが、公的介護保険関連として地域リハビリテーション広域支援センター構想や在宅リハビリテーション連携システム検討事業等、健康をよりよく維持する観点からの取り組みが行われている。こうした事業は、大島の健康維持、あるいは保健・医療・福祉の連携・共同に貢献し安定的な成果を上げている。この成果は、健康づくりに対する住民意識の改善や、保健・医療・福祉機関を利用する利用者意識の向上、住民一人一人の福祉意識の向上として表れたと評価され、保健・医療・福祉の連携・統合のための地盤形成の基礎となっている。よって、モデル居住圏構想下にあっては、上記の地盤を支えに保健・医療・福祉サービスの充実強化が今後取り組む課題としてメインに打ち出されている。

大島におけるモデル居住圏構想下での保健・医療・福祉の動向としては、主に公的介護保険導入・施行が主因となり展開されている感があるが、こうした現状は、もともと健康度の高い地域であることが関与しているのではないだろうか。

もとより生涯現役の精神が根付く大島にあっては、健康な高齢者が多い。町を散見すれば、若者が少なく出会う高齢者の多さが目立つが、それぞれに元気である。地域の看守り機能に依拠するネットワークの良さが、精神的不安を軽減し、「出来ることは自分で・・・」といった意識形成、行動変容をもたらすのか、寝たきり老人は少ない。故に健康な高齢者が多い、健康な地域であるのかも知れない。将来的には、10人に1人が一人暮らしの高齢者になると推定され、人口動態的にみれば好ましい状況は予測されがたい。しかし、互いが元気で健康に暮らせるよう励ましあいながら支え合っている現状がある。こうした地域住民の相互扶助・連携に根ざした風土が、より一層モデル居住圏構想下での「元気・安心」を支える要因として重要となるのかも知れない。

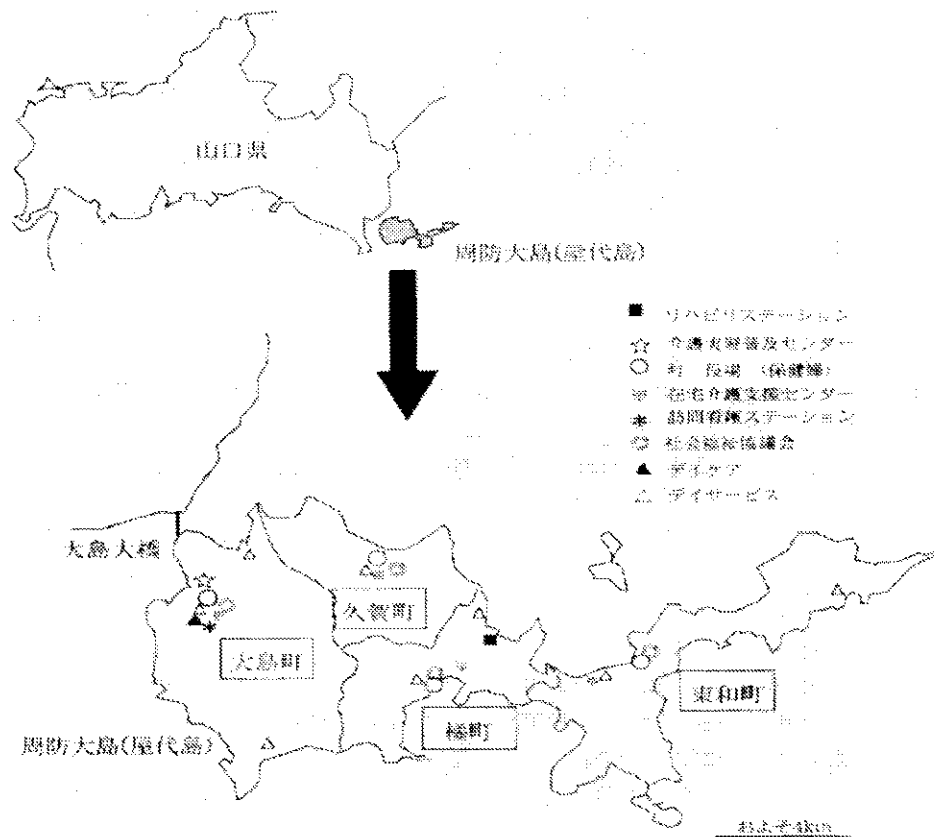


図1 大島の地形と保健・医療・福祉機関の位置関係

註：表1，2は、高齢社会リハビリテーション検討会、山口県健康福祉部「高齢社会リハビリテーション試行的報告書」平成11年3月 P15 から引用

もとより生涯現役の精神が根付く大島にあっては、健康な高齢者が多い。町を散見すれば、若者が少なく出会う高齢者の多さが目立つが、それぞれに元気である。地域の看守り機能に依拠するネットワークの良さが、精神的不安を軽減し、「出来ることは自分で・・・」といった意識形成、行動変容をもたらすのか、寝たきり老人は少ない。故に健康な高齢者が多い、健康な地域であるのかも知れない。将来的には、10人に1人が一人暮らしの高齢者になると推定され、人口動態的にみれば好ましい状況は予測されがたい。しかし、互いが元気で健康に暮らせるよう励ましあいながら支え合っている現状がある。こうした地域住民の相互扶助・連携に根ざした風土が、より一層モデル居住圏構想下での「元気・安心」を支える要因として重要となるのかも知れない。

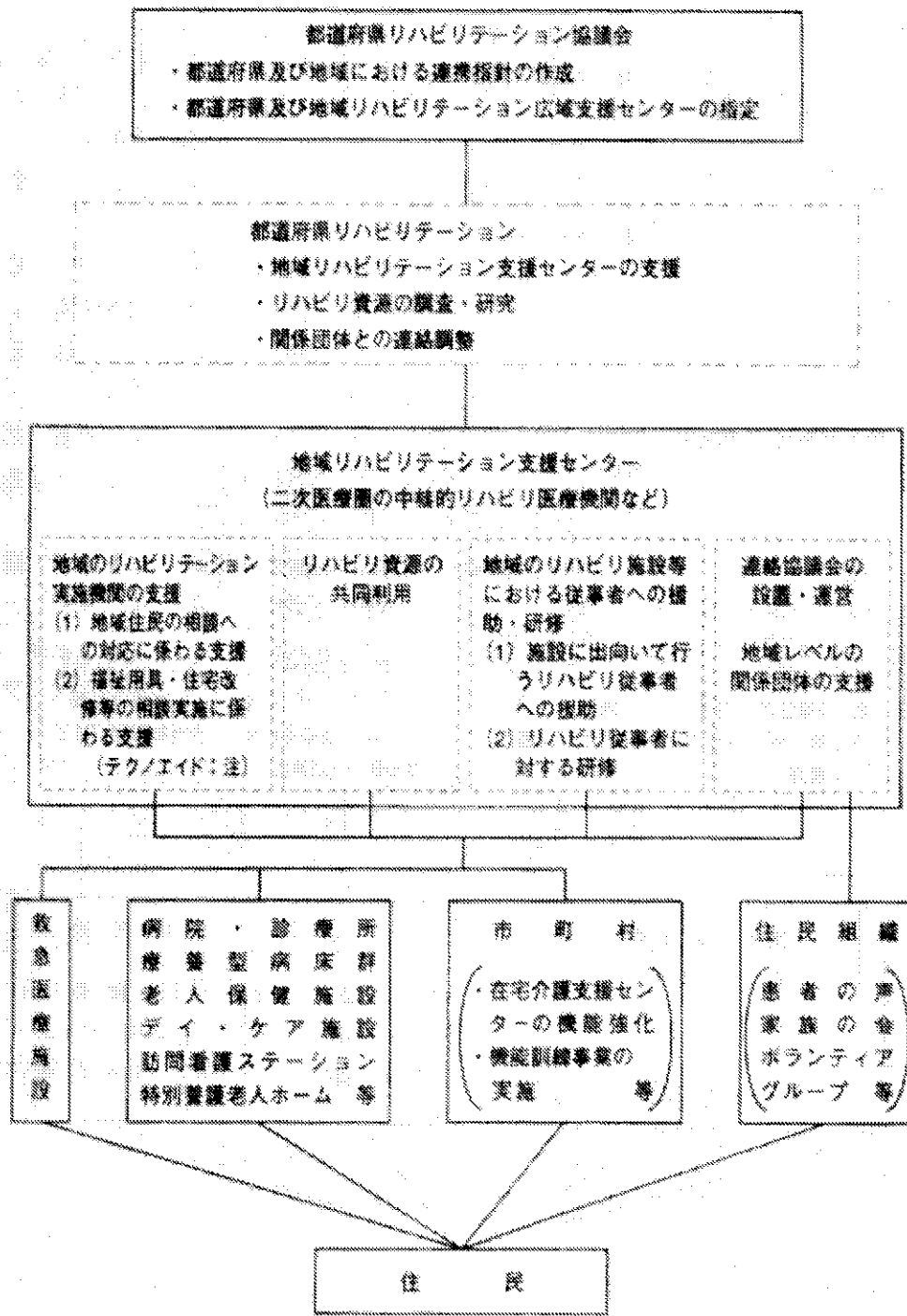
第3節 「元気・安心」を支える、周防大島に関わるリハビリテーション事業の実態と課題

では大島の「元気・安心」を支える具体的な活動として位置尽く、リハビリテーション関連事業について概観してみたい。

リハビリテーションは「全人間的な多面的アプローチであり生活の再建もしくは維持を目的とした支援活動であり、ノーマライゼーションの思想に基づく実践活動」といわれ、人間らしい生活を取り戻すことを意味している。今日の高齢社会では、高齢者の生活の質の向上を目指して、医療・福祉のあり方が問い直されている。また、健康な高齢者を支援し高齢社会における主要な社会構成メンバーとして位置づけることは、従来からの世話・援助を受ける・与える関係から、自立（自律）した社会構成メンバー間の相互作用の意味からも重要なことと思われる。

国にあっては、地域リハビリテーション支援活動マニュアルを示し、その実施を進める上で、都道府県リハビリテーション協議会、都道府県リハビリテーション支援センター、地域リハビリテーション広域支援センターの設置を提唱している。図2には、その概要を示した。

この他、1991年日本リハビリテーション病院協会では、「障害をもつ人々や老人が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、その生涯を安全にいきいきとした生活を送れるよう、医療や保健、福祉および生活に関わるあらゆる人々がリハの立場から行う活動のすべて」とし、在宅、病院施設を問わず、一連のサービスで包括的・継続的・体系的に対応し、組織化したシステムを作り上げる重要を示唆している。



注：テクノエイド：住宅改修や福祉用具について専門的な指導・助言を行なう。

図2 地域リハビリテーション支援体制について

これを受けて山口県においても平成 11 年山口県リハビリテーション協議会が発足し、地域リハビリテーションのあり方が企画され、活動展開にいたっている（図 3 参照）。その役割として、1) 県における高齢者、障害者を含めたあらゆる障害に対する総合的なリハビリテーション施策の推進、2) 県における地域リハビリテーションに関する情報機能、地域における連携指針の作成、3) リハビリテーション資源の調査、4) 医療機関、関係団体との連絡調整、5) 総合相談、判定、評価機能、6) リハビリテーション介護技術に関する研究機能、7) 地域マンパワーの研修機能、8) リハビリテーション協議会の事務局などをあげているが、具体的な役目を担う組織等が明確ではないという課題も抱えている。

地域リハビリテーション広域支援センターは、2 次医療圏ごとに設置されるものとして、以下の事業を行うと提唱される。1) 地域リハビリテーション実施機関の支援、2) リハビリテーション施設の共同利用、3) 地域リハビリテーション施設等における従事者への援助・研修、4) 各団体、医療福祉施設、友の会等との連絡調整などである。

大島郡においては、平成 11 年度に本事業が行われその活動報告がなされている。活動報告から、以下のような記述がある。柳井健康福祉センター大島支所に地域リハビリ・ステーションが設置され、看護師 1 名が常駐、事業執行のコーディネーターが事務手続きを行った。活動内容として、1) 地域リハビリテーション実施機関の支援に対しては、一般

住民の研修会の主催、他の在宅サービス事業者への助言・指導を行っている。2) リハビリテーション施設の共同利用は、大島郡 4 町で理学療法士、作業療法士の派遣事業が行われた。事業前半には、山口コ・メディカル学院と大島東部病院の理学療法士、作業療法士がその任にあたり、後半は大島東部病院の理学療法士 1 人のみが毎日半日かけてサービス提供を行った。

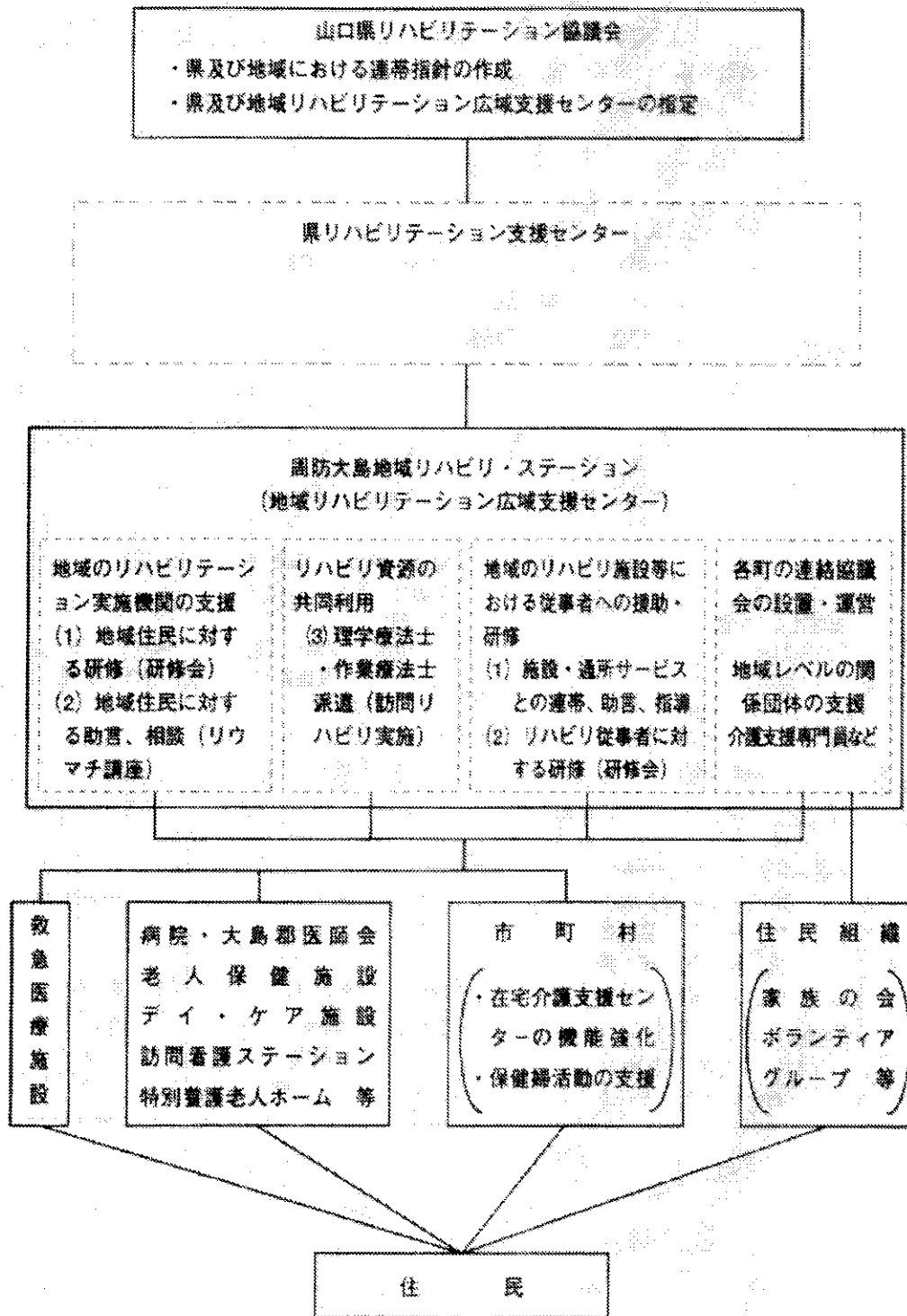


図3 周防大島での地域リハビリテーション支援体制

註：図2，3は、高齢社会リハビリテーション検討会、山口県健康福祉部「平成11年度在宅リハビリテーション連携システム検討事業報告書」平成12年3月 P3-4から引用

表1 サービス利用者の変化と

サービス開始時と終了時の変化

評価項目	変化	人数
要介護度	下降	5
	不変	24
	上昇	12
	計	41
寝たきり度	改善	5
	不変	25
	悪化	12
	計	42
痴呆自立度	改善	0
	不変	36
	悪化	6
	計	42
バーサル指数	改善	12
	不変	18
	悪化	13
	計	43

サービス利用者は全部で53人

表2 サービス利用者との介護者の変化

	サービス利用者の変化				
	要介護度	介護時間	寝たきり度	痴呆自立度	バーサル指数
	改善/悪化				
介護負担改善11例中	2/2	5/4	1/3	0/2	5/2
介護負担増加12例中	0/5	0/9	0/6	0/2	2/6
QOL改善 9例中	1/3	1/7	0/3	0/2	2/4
QOL悪化 10例中	1/5	3/5	3/4	0/3	6/3

注：表1，2は、高齢社会リハビリテーション検討会、山口県健康福祉部「平成11年度在宅リハビリテーション連携システム検討事業報告書」平成12年3月 P12.P15から引用

- 3) 地域リハビリテーション施設等における従事者への援助・研修には、先理学療法士、作業療法士がディサービス、老人保健施設などを訪問しリハビリテーションの指導を行っている。
- 4) 各団体、医療福祉施設、友の会等との連絡調整については、地域リハビリ・ステーション主催・共催で、医師会会員、ヘルパー養成希望者、ケア担当者を対象者に情報交換会の意味も含め、研修会を開催している。

こうした取り組みの評価は、平成10年12月から平成12年2月まで継続して大島を広域的かつ継続的にカバーする訪問リハビリを展開していた実績として、地域リハビリテーション評価として行われている。

評価項目は、訪問リハビリ利用者のADL(バーサル指数)と要介護度、主たる家族介護者のQOL(WHO-QOL26)、Zarit介護負担スケールをケア従事者が評価し、家族介護者の評価は自記式であった。それぞれ訪問リハビリ開始前、途中又は終了時、事業終了時(平成12年2月)に行われている。バーサル指数は、日常生活動作15項目を評価したGrangerらの改定版が使用され、評価者はリハビリを行った理学療法士又は作業療法士によって行われた。要介護度は、平成11年度の介護保険要介護認定ソフトに

において判定されている。

対象者は53人であり、寝たきり度は、A段階（準寝たきり）16人、B段階（寝たきり・車椅子使用）25人、C段階（寝たきり・ベッド上）12人であった。主たる基礎疾患では脳血管障害が多く38人、運動機能に障害を及ぼす疾患13人、循環器疾患2人であった。病歴は比較的に長期の人と短期1年程度の症例と2分される傾向にあった。

地域リハビリ（訪問リハビリ）の効果は、表1, 2が報告されている。担当者は、「今回の結果では、寝たきり度、要介護度が低下したのは、41～42例中12例29%程度で、すべての症例で容易に改善するものではない。改善した症例には、高齢である例や長期臥床した例もあり、初期の状態での予後の判断は困難であるが、症例によっては訪問リハビリの効果に多いに期待できる。事業を続けていくと、障害発生からの期間が短い症例が増え、基礎疾患の構成も変化することから、今後も部門リハビリの効果を継続して検討していく必要がある。」と述べている¹⁾。

本調査は、症状が固定状態にある症例が選択されており、予防的な観点からのリハビリテーションの評価には至っていない。しかし、そのような意味から考えてみれば、本結果からは長期に及び固定した状態の患者に対しても継続した訪問リハビリが効果を上げることが明らかにしたとも言える。症状の固定化がおこると、看護・介護する家族には期待や夢が減少し、通所リハビリが滞りがちになる。かといって自宅リハビリが十分に行えるかといえ、専門的な教育や訓練を受けていないことや、リハビリのために特別に時間を割くことがなかなか叶わないこと、さらには日常生活を維持する中でのリハビリが中心となりがちになるなど、症状の慢性・固定化を増長する要因が、在宅には多数ある。こうした厳しい環境下にあるため、定期的かつ継続的に専門家が訪問しリハビリ訓練を行ってくれることの意義や効果は、単純に考えても高いと予測できる。客観的な効果測定には至らなかったとしても、継続する意義は高かろう。今後は、症状・障害が固定しない早期の段階での訪問リハビリの効果測定が行われることが重要ではないだろうか。

リハビリを行う目的には、障害を最小に抑えることも重要な要件である。また大島の地形上、病院等を退院後の継続リハビリに不便を来すことは容易に想像されることであるので、障害を最小に抑え、継続リハビリが可能となるような環境整備において、この地域リハビリテーション・システムは有用と考える。

第4節 リハビリテーション事業とモデル居住圏構想の関係

上記のような結果を踏まえ、平成13年にはさらに事業の推進が各方面から図られている。連携システムの目的の再確認、必要な連携情報の職種別絞り込み、郡・町・利用者レベルに渡る情報連携の方法の検討が計画されている。課題の所在としては、Demand Analysis、System Philosophy、Human Ware、Soft Ware、Hard Ware、

Management Ware、Reform Ware のそれぞれから提出・分析されている。また、それに対する対応なども構想され、具体的に実施されているものと思われる。

人の健康は組織の地域の社会の健康に反映し、健康な社会の存続には欠くことのできない要件と筆者は考える。そのため、その健康をどのように予防、あるいは維持しようとするかは、健康な社会の存続に関与する重要な問題と捉える。さらに、高齢社会といった年齢分布にアンバランスを生じる社会が到来している今日にあっては、住民個々の健康は社会の健康の必要・十分条件となろう。また、その健康の予防・維持において、リハビリテーション機能は、怠った出来事に対する対処法として、重要な意味をなすと考える。そうした生活障害を来すような疾病への罹患予防はもちろん重要であるが、人が高齢になるということは、自然な加齢現象として身体各部に不具合を生じることは自然である。疾患に至らない自然な加齢現象でさえ、見逃せば、日常生活障害となって個人の健康な生活を脅かすことにもなりかねない。故に筆者は、治療的リハビリと予防的（維持）リハビリの両種を意識し、重点的に展開されることが、特に高齢社会が伸展する社会にあっては重要と考える。

図4には、リハビリテーションにおける3層・3層体制を示した。この事は、先に述べた国や県で展開されている地域リハビリテーション支援体制の概念基盤に該当するものと考えられる。この体制は、従来の急性期・専門・維持的リハビリテーションの3層がバトンタッチ形式で展開されていたものが、最近では、いつ再発するかわからない重複疾患罹病高齢障害者の増加や、福祉領域に入った障害者（患者）の自助努力を求めない公的援助でケアすることが本人の生活の質を高く維持できるかどうかの疑問が生じてきたために発想展開されたものである。リハビリテーション医療が3層ではなく、3相となって入り混じって専門リハビリテーションの知識・技法を急性期にも維持期にも活用すべきであるとの考えに変貌した結果と、林は述べている²⁾。

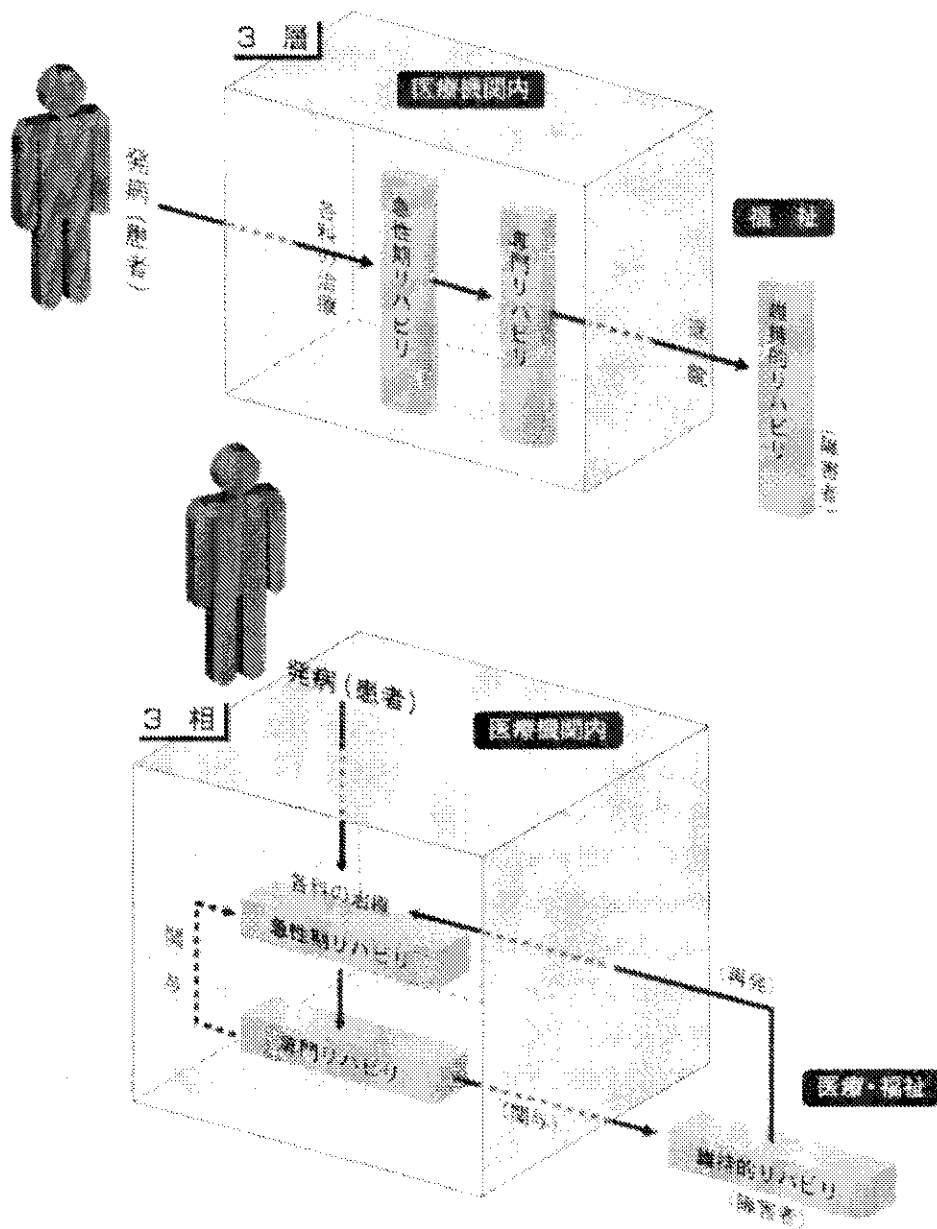


図4 リハビリテーションの3層・3相体制

註：林泰史監修「リハビリテーションマニュアル」日本医師会雑誌 Vol.112 No.11 1994 P5 から引用

この事は、患者当事者にあっても自助努力を怠ってはならないということの他に、林の言う急性期・専門リハビリと維持リハビリを融合・連携させるための仕組みが社会の中に確立されなければ実現できないものとも思われる。いわゆる、医療・福祉・保健の連携・統合化が文字どおり実現されなくてはならない事を示唆するものであろう。

身体各部の機能が一旦そのレベルを落とすと、回復するためには、何十倍もの時間と

手間がかかることになる。故に、その機能障害を最小限に抑えるためには、あるいは林の指摘する3相リハビリの重相的かつ効果的なりハビリを展開するためには、訪問リハビリ等の治療リハビリの徹底・継続のみならず、予防的（維持）リハビリや、あるいはリハビリの間が途切れない継続・連携のリハビリもこれからの社会にあっては重要と考えている。

表3 退院患者の年代別とリハビリテーションの必要の有無

年齢	必要なし	必要あり	総人数
10歳以下	1186 (98%)	20(2%)	1206
10代	382(86%)	62(14%)	444
20代	1334(92%)	113(8%)	1447
30代	995(90%)	112(10%)	1107
40代	840(85%)	153(15%)	993
50代	1417(86%)	240(14%)	1657
60代	1916(84%)	361(16%)	2277
70代	2429(82%)	524(18%)	2953
80代	1454(75%)	487(25%)	1941
90代	286(72%)	111(28%)	397
100代	5(63%)	3(38%)	8
無回答		1(100%)	1
総計	12244 (85%)	2187(15%)	14431

以下のデータは、平成11年に行われた山口県・県医師会患者調査（平成11年9月、10月実施。全病院及び全有床診療所の入院・退院患者を対象とした山口県・県医師会患者調査、）からのリハビリテーション対象者についての分析結果である。この結果から、山口県の現状を考察してみたいと思う。対象施設は323施設、対象者は14431人であった。

この結果、年齢が高くなるにつれリハビリテーションの必要性は高くなる傾向にあることが示された（表3）。またこの事は、有する疾患との相関関係はなかった。表4には、入院中のリハビリテーション開始時期と主病名との関係が示されているが、リハビリテーションが主に必要と思われる「筋骨格系、結合組織疾患」においては、1週間以内に開始された割合は32%、1週間以降に開始された割合が25%という結果であり、リハビリテーションが遅れる傾向が示された。他にも、循環器疾患や神経系疾患に同様な結果が見られている。さらに、表5から、退院時依頼されなかった者で入院中もリハビリテーションが実施されていなかった割合が51%であった。21%は1週間以内に実施され、13%は1週間以降に実施されていた。この事は、リハビリテーションが必要と

判断されながらも、その実施が全般的に遅れる傾向にあること、あるいは施設に入院・入所し、リハビリテーションが受けられやすい状況にありながらも、その開始が遅れる傾向にあることを示すものである。

表4 入院中のリハビリテーション開始時期と主病名

主病名	必要なし	未実施	1週間以内	1週間以降	無回答	総計
感染症及び寄生虫症	278(95%)	2(1%)	3(1%)	5(2%)	4(1%)	292
悪性新生物	1901(95%)	20(1%)	39(2%)	33(2%)	16(1%)	2009
血液、造血器、免疫障害	71(97%)	0(0%)	0(0%)	2(3%)	0(0%)	73
内分泌、代謝疾患	365(90%)	4(1%)	20(5%)	15(4%)	1(0%)	405
精神、行動障害	275(64%)	2(0%)	8(2%)	2(0%)	145(34%)	432
神経系疾患	189(74%)	11(4%)	26(10%)	25(10%)	5(2%)	256
眼、付属器疾患	407(96%)	2(0%)	1(0%)	0(0%)	13(3%)	423
耳、乳突突起疾患	73(96%)	0(0%)	2(3%)	1(1%)	0(0%)	76
循環器系疾患	1388(72%)	74(4%)	234(12%)	199(10%)	28(1%)	1923
呼吸器系疾患	1130(93%)	22(2%)	20(2%)	23(2%)	17(1%)	1212
消化器系疾患	1465(96%)	12(1%)	18(1%)	18(1%)	9(1%)	1522
皮膚、皮下組織疾患	83(93%)	2(2%)	2(2%)	2(2%)	0(0%)	89
筋骨格系、結合組織疾患	245(39%)	25(4%)	198(32%)	154(25%)	6(1%)	628
尿路、生殖器疾患	693(93%)	16(2%)	20(3%)	8(1%)	6(1%)	743
妊娠、分娩、産褥	1141(97%)	29(2%)	1(0%)	2(0%)	8(1%)	1181
围産期に発生した病態	273(100%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	273
先天奇形、染色体異常	38(84%)	4(9%)	0(0%)	2(4%)	1(2%)	45
症状、異常検査所見で分類不可	451(93%)	8(2%)	10(2%)	11(2%)	6(1%)	486
損傷、中毒、その他外因の影響	952(55%)	72(4%)	246(14%)	453(26%)	15(1%)	1738
健康状態に影響を及ぼす要因	604(99%)	4(1%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	608
無回答	14(82%)	1(6%)	1(6%)	0(0%)	1(6%)	17
総計	12036(83%)	310(2%)	849(6%)	955(7%)	81(1%)	14431

表5 入院中のリハビリテーション開始時期と退院後のリハビリテーション状況

入居中 要介護	必要なし	依頼せず	実施予定	無回答	統計
必要なし	11722(97%)	65(1%)	109(1%)	140(1%)	12036
未実施	51(16%)	158(51%)	89(29%)	12(4%)	310
1週間以内	207(24%)	175(21%)	456(54%)	11(1%)	849
1週間以降	228(24%)	127(13%)	566(59%)	34(4%)	955
無回答	36(13%)	2(1%)	3(1%)	240(85%)	281
統計	12244(85%)	527(4%)	1223(8%)	437(3%)	14431

註：表3～5は、熊谷陽子（指導教官：田中マキ子）「リハビリテーション看護における看護職の視点についての検討ーリハビリテーション関連職種との比較からー」平成13年度山口県立大学看護学部卒業研究論文から抜粋 P9-16

ここでの結果は、一般病院、療養型施設、あるいは老健施設等で得られたデータであり、急性期あるいは慢性期への移行段階途中の時期として、リハビリテーションが残存機能効果へ与える影響が大きいことが予測できる時期である。こうした格好な時期にあっても、ともすればリハビリテーションが遅れる傾向にあることが示唆された。この他、本調査の分析から、必要があっても開始されないリハビリ、あるいはリハビリテーションについて他施設へ紹介しない施設の多さが指摘できた。患者の抱え込み意識からか、自施設が持つサービスを提供する傾向があり、その患者に適した内容やメニューを選択し、それを実施できる他施設を紹介するまでに至らない現状があることが示唆された。高齢者にあっては、リハビリテーションの開始が数日遅れることは、何週間あるいは何ヶ月もの遅れとなって身体状況、あるいは活動能力が障害されることに通じることは珍しくない。多くの医療従事者は、こうした事を日々の臨床で体験していることと考える。

このように医療施設間の連携という観点から検討した結果、リハビリテーションは滞る傾向にあることが示された。よって、地域・在宅ケアにおいては一層遅れ滞る傾向が予測でき、高齢者の健康を予防し維持するための活動展開には連動しない実態が予測される。こうした現状からも、高齢者の健康を守り・維持するためにはリハビリテーションがキーポイントになることが理解できる。

以上の事から、周防大島におけるモデル居住圏構想においてリハビリテーション事業は要になる事業と言えないだろうか。地域の活性化、及び環境整備など同様に重要であることは言うまでもないが、リハビリテーションが、体の健康、運動・活動・生活する能力の確保として機能する限り、本事業をどのように位置付けるかは、伸展する高齢社会の命運を分けないだろうか。

第5節 モデル居住圏構想と保健・医療・福祉に関わる課題

これまでの検討から、リハビリテーション事業は、重要度が高いことが理解できたが、モデル居住圏構想においては、重点・強化されてはいないように思われる。介護保険に関する事業あるいは他の試行的事業として展開され、モデル居住圏構想のような総合かつ包括的なプロジェクトにおける恒常的プログラムとして明確に位置付けられていない。地域政策において、複数の事業が若干の重なりを持ちつつ展開されるケースは多いが、少ない予算・少ないマンパワー・カバーするケア領域の拡大化という相矛盾する問題を有する場合にあっては、重複排除並びに効率化・合理化・利便性追求は重大な問題となる。このような意味から検討すれば、周防大島にあっては例外ではない。故に、恒久的・恒常的構想プランにリハビリテーション関連事業を明確に位置づけることには、重要な意味があると筆者は考える。

リハビリテーション機能がうまく作用するということは、人の活動・運動を障害しないことであり、自分の事は自分でできる高齢者を多出することになる。つまりは、「人の手をとらない高齢者を支援する」ことであり、精神的な自律支援同様に身体的・機能的自立（自立）として重要と考える^{註1)}。家族扶助の場合であっても相互（地域）扶助の場合であっても、一通りの事が自分でできる高齢者がどのくらいの割合を占めるかは、地域の機能維持においても無視することはできないだろう。

現在のモデル居住圏構想にあっては、こうした基本原理が成り立っているとの前提条件に鑑みスタートあるいは構築されているように伺える。しかし、この基本原理は非常に曖昧かつ不安定な中に成立していることを十分に認識されなくてはならないのではないだろうか。

以下、資料1に「する ADL」に関する内容を呈示した。「する ADL」は、リハビリテーションの究極的な課題であると同時に、まさしく「生きるための力・手段・方法」を身につけることと思われる。個人の障害は、病名が同じであってもその詳細は異なり、また日常生活行動への応用の段階に至っては、さらにその差異は際だって表れる。その上、年齢・性別・社会的役割・生活環境（生活する地域の違い）等から、一層その違いは明らかになる。故に、リハビリテーションにおいては、個々にあった特異のメニューや課題があり、そのメニュー・課題をクリアして初めて、自信持って生活できるということになるだろう。

社会が高齢化するということは、こうした基本的な活動・生活できる能力をどれだけ維持し、あるいはできる環境をどのように完備するかが問われることと考える。自助努力、相互扶助を基盤した保健・福祉体系の強化は今後一層高まりを見せるだろう。さらに、高騰する医療費抑制の意味においても、医療機関へのフリーアクセス抑制など、健康維持、予防的側面の強化は必須と考える。

このような将来像を予期する中で、周防大島におけるモデル居住圏構想を検討すれば、基盤となる健康の維持・強化策をリハビリテーション事業から支えることの意味と機能は重要であろう。その基盤整備が整った中にこういった構想が展開されているようにも伺えるが、現状にあってはこうした事業がパラレルな関係で進行していることに、将来へ向けた安定において多くの課題・不安があるのではないだろうか。

モデル居住圏構想は、広域かつ人が地域に根ざし「生きる」ための施策として、その裾野の広さがある。故に、健康の回復・維持、健康な高齢者、健康な周防大島を維持するためにも、リハビリテーション関連事業とのジョイントあるいは連携をさらに密にしていかななくてはならないと考える。