

基調講演2 燈々無尽～先人からの想を引き継ごう



# 『地域リハビリテーション、 これからの視点』

～どのようなことに取り組み、今、なにを想う～

こくら  
小倉リハビリテーション病院 名誉院長

はまむら あきのり  
浜村 明徳

## 1. 地域リハビリテーションの成り立ち ～どんなことに取り組みできたか

地域リハビリテーションに今かかわっている職種は主にリハビリテーション専門職や医師であるが、この成り立ち、原点は国保時代の地域の保健師さんたちが住民で脳卒中の人が寝たきりになってしまい居ても立ってもおられずに取り組み始めたのが最初である。私の長崎での活動も「五島列島に来てほしい」と最初にお願いに来られた方はやはり地域に根づいて活動をされていた保健師さん。全国に素晴らしい保健師さんたちがおり、先駆的に地域リハビリテーションの活動をやっておられたことをわれわれは頭に置いておくべきだろう。

本格的な地域リハビリテーションは1961年に澤村誠志先生(兵庫県立総合リハビリテーションセンター顧問)が身体障害者の巡回相談を開始されたからである。先生は身体障害者更生相談所等を拠点に年間35回、3,000人の在宅障害者の相談を22年続けられた。週末は切断者の自宅を訪れ実地で多くを学ばれ、「障害者こそわが師、地域が教科書」とおっしゃっている。こうして地域リハビリテーションの本格的活動は福祉の立場からスタートした。

続いて、大田仁史先生(茨城県立健康プラザ管理者)である。先生は1967年に東京の「脳卒中患者の会」の在宅療養教室に参加され、何一つサービスがない中、保健師さんと一緒に活動され、当時

の脳卒中の患者さんの課題を、①周囲に理解者がいない、②相談できる専門職がない、③同病者との触れ合いがないと3つに整理してこれらの解決に取り組み、1975年に目黒区碑文谷保健所で「リハビリ教室」を開始された。このリハビリ教室の資料は当時の私のバイブル。「こういうことをやればいいんだな」と、長崎で真似させていただいた。離島(伊豆七島)で老人ホームを中心としたリハビリテーション・システムづくりにも取り組んでおられ、これも私の五島列島での活動につながっている。保健の立場からの地域リハビリテーションは大田先生である。

続いて、大阪府大東市職員で理学療法士の山本和儀さん。1973年に活動を開始され1985年に市に理学療法課を設置。行政の責任下で全世代を対象に総合的な地域リハビリテーション活動に取り組まれた。その後、病院を拠点とした活動一長野・佐久、私の長崎、石川 誠先生の高知での活動へと続く。

私は1976年に「自主訓練会」をされている方々から呼ばれ毎週土曜午後、支援を始めた。デイケアもデイサービスもなく自主訓練会支援だけではなかなかうまくいかなかったが、澤村先生が兵庫で連絡協議会を作り活動されていたのを教わって1978年に長崎リハビリテーション連絡協議会をスタートさせた。その後1983年に老人保健法の「地域リハビリテーション推進事業(～1998年)」が始まったので、五島列島を皮切りに機能訓練事業等の直接的援助、組

織化、啓発活動に取り組んだ。このように私は澤村先生、大田先生、お二人の活動を真似しながら、長崎で地域リハビリテーションを始めた。

そして、石川先生。1980年代後半、東京から高知に行かれ、近森リハビリテーション病院で新しいリハビリテーション・システムづくりに10年間、「寝食忘れて」(ご自身の述懐)取り組んでおられた。その間、在宅への訪問診療、訪問リハビリテーションなど土日を中心に膨大な数のチャレンジをされており、それが「リハビリテーション専門病床群」構想、回復期リハビリテーション病棟の誕生へつながっていく。東京へ戻られ、都内に開設された「在宅総合ケアセンター」は在宅拠点モデルとして今でもこれを超えるものはないように思われる。石川先生の活動は「医療が支える地域リハビリテーション」だといえる。

## 2. 現在の地域リハビリテーションの考え方～地域包括ケアとの関係

「地域リハビリテーション」の概念は1991年に定義が作られたのが最初で、2001年に1回目の改定、2016年に2回目の改定を行い現在に至っている。2016年の改定ではっきりさせたのは(1)地域リハビリテーションの対象が高齢者だけではなく全世代にわたること、(2)「その人らしくいきいきとした生活」を支援の目標に掲げたこと、(3)住民を含めた「地域ぐるみの活動を目指す」—の3点である。加えて、「地域リハビリテーションの推進課題」として1.リハビリテーションサービスの整備と充実、2.連携活動の強化とネットワークの構築、3.リハビリテーションの啓発と地域づくりの支援の3つの大きな課題をそれぞれ3項目ずつの小課題とともに示している。

「在宅リハビリテーション」を「地域リハビリテーション」と同じだと考える若いスタッフがいるが、これら2つは大きく異なる。前者は通所、訪問といった在宅の「リハビリテーションサービス」のこと。対して地域リハビリテーションはもっと広く地域全体にわたる概念であり活動である。もう1つ、地域リハビリテーションは「地

域づくり」だけを指すのではない。地域リハビリテーションは切れ目のないサービス提供体制がいわば大前提である。よって、地域づくりも、そして回復期リハビリテーションも、その活動の中を含んでいる。

地域リハビリテーションの推進には連携活動の強化とネットワークの構築が不可欠だ。リハビリテーションの啓発と地域づくりの支援を通じた地域の包摂性を高める活動、「インクルーシブ(包摂)社会の創生」、これが地域リハビリテーション活動の目標である。地域リハビリテーションの理念である「包摂社会」、そして地域包括ケアが目標に掲げる「地域共生社会」、これら2つの中身はほぼ一緒である。地域リハビリテーションの3つの推進課題が地域包括ケア“植木鉢図”の「リハビリテーション」の部分に相当すると考えていただくとわかりやすいだろう。

## 3. 地域リハビリテーションへの想いと視点

### 視点1.『リハビリテーションの基本的視点』

#### 1) 「人間」

病院、老健、老人ホーム等私自身、これまでいろいろな場所で患者さん等にかかわり責任をもつ仕事をしてきた。最近は患者さん等を「人間」一少し大げさな言葉を遣うが—としてどう捉えればよいか、考えときどき本を買って読んだりしている。そんな中の1冊で『新しい世界 世界の賢人16人が語る～豊かさと幸福の条件』(2021、講談社現代新書)でフランスの経済学者ダニエル・コーエン(Daniel Cohen:1953～)が「ヒトは社会で生きることを尋常でないほど切望する動物」と語っていて、その言葉が大変気に入っている。

イギリスの社会人類学者ティム・インゴルド(Tim Ingold:1948～)は著書『人類学とは何か 他者と“ともに”学ぶこと』(2020、亜紀書房)で「人間は『生物社会的な存在 biosocial beings』と語り、「それは人間が遺伝子と社会の産物であるか

表 1 リハビリテーションに求められる視点①

- ・医療は患者・利用者生き物として捉える特質を持つ、リハビリテーションはあらゆる手法を駆使して失った機能を最大限取り戻す治療(生き物としての回復)と並行して、障害を抱えながらも社会で自分らしく生きることへの支援(社会的存在の回復)が使命ではないか
- ・リハビリテーションでは患者・利用者への「まなざし」を明確にしておくことが重要ではないか

らではなく、生きていて息をするものとして、自らや互いをつくるからである。彼らは、二つのものではなく、一つ。」と述べている。特に「生物社会的な存在 biosocial beings」という表現が気に入っている。

私自身はこれまで「人間」を、「生き物」であるという側面もあるが一方では社会的側面もある、みたいと考えてきた。しかし、インゴルドはそうではなく、「生きていて息をするものとして、自らや互いをつくる」一もとから生物社会的に“一体化した”ものだと言った。

医療・医学に携わるわれわれは患者さん利用者さんを「生き物」として捉える特性がある。だから、あらゆる手法を駆使して失った機能を最大限取り戻す治療(=生き物としての回復)に努めるべきである。そして、インゴルドの考え方を運用するなら、リハビリテーションに「生活」という言葉を持ち込んだ以上、並行して障害を抱えながらも社会で「自分らしく生きる」ことへの支援(=社会的存在の回復)も考えないと、生活につながっていかない。その意味で、患者さんや利用者さんを見る「まなざし」をわれわれ自身、明確にしておくことが重要ではないか(表1)。

## 2) 「地域」

「ICF」の「心身機能」、これはもう生物、「生き物」としての機能である。「活動」になると若干社会的色合いが出てくる。「参加」、これは専ら社会とのかわりの問題(=社会参加)である。人間を生き物としてだけ見ていると「参加」がそこにどうつながりをもつのか、若干難しいところもありそうな気がする。

はっきりいえるのは、「地域」とは人の「営み」が

表 2 リハビリテーションに求められる視点②

- ・地域とは人の営みが行われる場、人が生まれ、学び、働き、年老いて、死にゆく場では？
- ・地域は、「背景因子(環境因子、個人因子)」で収まるか？
- ・われわれの「営み」すなわち「存在」が地域社会と切り離せないなら、「当事者の支援だけで、『自分らしさ、自立、社会参加』など」が得られるか？

行われる場所であり、場所が変わっても生まれて、学んで、働いて、年老いて、死んでいく、そうした場であることは間違いない。「自分の存在は地域社会とは切り離せない」という考え方に立つのなら、患者さん利用者さん個人への支援だけでは「その人らしさ」や「自立」「社会参加」は達成できそうもないという感じが個人的にはしている(表2)。

## 3) 「リハビリテーション・マインド」

この協会のセラピストマネージャーコースで「リハビリテーション・マインド」の講義を石川先生と私で担当し、約10年間、二人であれこれ議論してそれぞれが表3のような考えにたどり着いた。



「コンピテンシー理論」(“冰山モデル”)は、人がもつ知識やスキルは見えやすいが性格特性や価値観、動機の部分は隠れていて見えにくいことを氷山に例えたもの(図1)。成果や行動を突き動かすのは水面下にある「コンピテンシー」だとする考え方で、これによればコンピテンシーがないスキルは極めて脆弱ということになる(表4)。私はコンピテンシーにリハビリテーション・マインドがぜひ必要、という言い過ぎになるが、そうしたマインドを確立しながらスキルを活かしていく。そうすれば、少しは「その人らしい」人生を支えるお手伝いができそうな気がする。

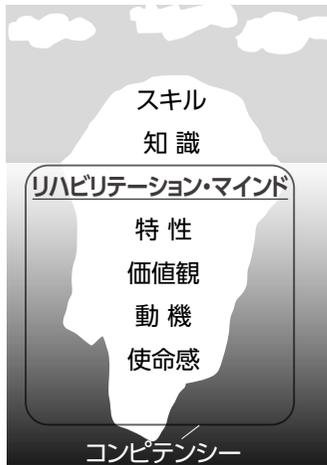
## 4) 「その人らしさの支援」

治らない障害を抱えた高齢の患者さん利用者さんは年々生活機能が落ちていく。その中で人生を最後まで「自分らしく」生きるのは容易なことではない。た

表 3 リハビリテーションに求められる視点③-1 「リハビリテーション・マインド」とは

石川	浜村
<p>「人間の尊厳」を保持し、「差別と偏見」の撤廃を図ることを根拠に置くマインド</p> <p>1. 障がい者への直接的アプローチ 2. コミュニティへの働きかけ</p> <p>上記の 2 つのアプローチが必須 = Twin Track Approach</p>	<p>「障害のある人を基軸に、<u>尊厳、自立、社会とのつながり</u>などその人らしさを重視する意識をもって支援し、<u>地域連携と地域の包摂性を高める活動</u>にも取り組む精神」</p> <p>換言すれば、『<u>障害のある人々とのパートナーシップと彼らを包み込む心</u>』</p>

図 1、表 4 リハビリテーションに求められる視点③-2 コンピテンシーとしての「リハビリテーション・マインド」



・コンピテンシーとして、行動の引き金、「リハビリテーション・マインド」が必要ではないか

-たとえば、「リハビリテーション・マインド」を伴わないリハビリテーションはスキルを活かすことができず、患者・利用者の自然回復は促進できても、障害を抱えつつ自分らしく生きる支援は困難かもしれない!?

だ、それを地域包括ケアの目標に掲げる以上、支援する側のわれわれの姿勢をもう少し考えたかどうかというのが一つ。「その人らしさの支援」はリハビリテーションケアの“一丁目一番地”といつてよいと思う。

誰もが、“障害を抱えても、納得する生活をおくるための支援

条件”を図2にまとめてみた。これらを総合的に支援していけるようなリハビリテーションが、特に回復期リハビリテーション病棟で求められていると思う。

「生活」は人と人とのさまざまな「つながり(関係性)」の中で営まれている。「障害」は、所属する集団や世界(社会)との「つながり」を脅かし、周りとの「つながり」を喪失させる可能性をもつ。

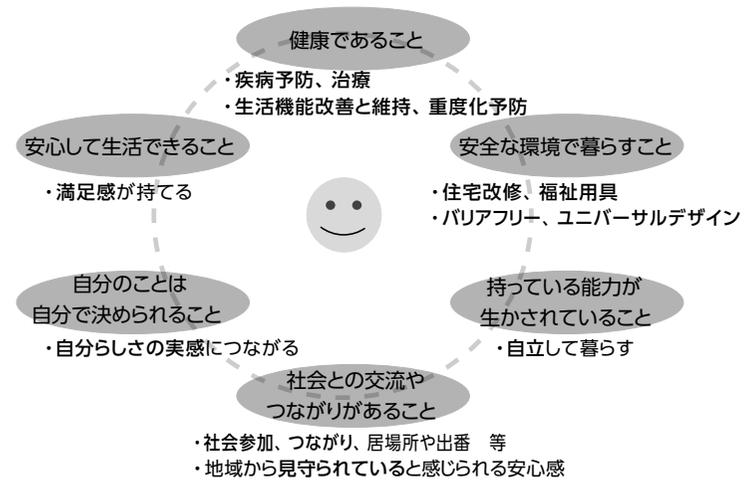


図 2 リハビリテーションに求められる視点④ 誰もが、“障害を抱えても、納得する生活をおくるための支援条件”

社会的孤立を防ぎ、尊厳ある生活を支える上で、この「つながり」は大変重要だ。まさに、「つながりは財産」である。私も今年 77 だが、そのことがだんだんわかってきた。「つながり」だけがその人の心の支えになっているという場合も少なくない。本人と家族、地域等のさまざまな「つながり」、関係性を意識した働きかけのできる専門職でありたい。

表5 リハビリテーションに求められる視点⑤

・自立とは『困ったら、誰かがすぐに駆けつけてくれるような<sup>1)</sup> 地域とのつながりがある中で、自らの持てる能力を生かしながら<sup>2)</sup>、可能性や選択したことにチャレンジ<sup>3)</sup> し、自分らしく<sup>4)</sup> 過ごしている状態』

1) 鷲田清一『濃霧の中の方向感覚』(2019、晶文社)より引用  
 2) 他人の助けがなくなることだけではない  
 3) 障害のある人=『Challenged』  
 4) 地域包括ケア・地域リハの共通目標

・当事者に自立を求めすぎるとヘルプレスな状態に陥ることもあり、個人への支援は不可欠であるが、それだけで自立生活につなげることは難しく、周りへの働きかけも必要になると考える

自立のためには…

- 1 「当事者への多様な支援」
  - 2 「安全で安心して自由に暮らせる環境」
  - 3 「地域社会のその人らしさや自立への理解」
  - 4 「当事者のチャレンジする志」等
- これらがあって初めて自立生活に近づけるのではないか？

### 5) 「自立」

「自立」というと「他人の助けがいらなくなる」ことがまず浮かぶ。だが、障害をもった人たちを支えていく上では重度で他人のお世話になりながらも“自立”していける状況は十分あり得ると考えるべきだろう。

哲学者の鷲田清一<sup>わしだきよかず</sup>氏が自著でこの「自立」について、「他人の助けが必要でなくなるのではなく、いざとなったら『助けて』と声を上げれば、だれかがすぐに駆けつけてくれるようなネットワークが編めている」と説明されている。それを拝借し、表5のような状態なのではないか、と最近を考えている。

若い頃は「自立しなさい」と力任せの支援をやりすぎたと思っている。力任せの支援でヘルプレスな状態に陥る人もあり注意が必要である。個人への支援は不可欠だが「自立」のためには周りへの働きかけも欠かせない。表5下に挙げた要素が組み合わさると、少しずつ自立生活に近づくように思う。

### 視点 2.『多職種連携、地域連携』への視点

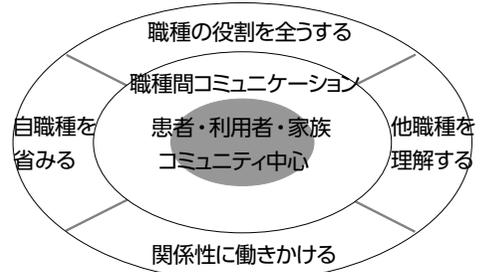
「多職種協働・連携の心得」(表6)みたいなものを

表6 リハビリテーションに求められる視点⑥

#### 多職種連携の心得

- 1 自らの存在は利用者のためにあることを常々忘れず、社会人かつ専門職としての自立に心がけたい
- 2 自らの得意と限界をわきまえ、チームメンバーを知りたい
- 3 職種の価値観・文化の違いは乗り越えられると信じて取り組みたい
- 4 仲間の悪口を言わないようにしたい(酒の席でも言わない)
- 5 協働作業の達成感を共有し、それを積み重ねるようにしたい

図3 医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー



(医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー、多職種連携コンピテンシー開発チーム、2016年3月)

考えていた折、医療保健福祉分野の「多職種連携コンピテンシー」報告書を知り読んでみて、「これまで言ってきたことは間違いではなかったな」とひと安心した。図3のように2つのコア・ドメインとそれを支える4つのドメインが描かれており、患者・利用者・家族に加えてコミュニティをコンピテンシーの中心に位置づけてある点が気に入っている。

現場を見ていて気になるのは、専門職としての自立もクエスチョン・マークである場合、社会人としての自立が問われるチームもありそうな気がすることである。自立していない選手がやる野球ではエラーばかりでうまく勝てない。社会人としての自立、専門職としての自立、この2つを若いときに意識してかかわってほしいと職員には伝えている。

厚生労働省の「地域包括ケアシステム」のポンチ絵には3つの連携型として(1)連携パス等の医療提供機関間の連携、(2)医療機関と介護保険施設・

事業所等の連携（医療と介護の連携）、(3) サービス提供機関・事業所等間の連携—があると思っている。この3つのうち今一番の課題は(3)だろう。地域医師会や市民との連携もわれわれの今後の課題である。

### 視点3.『地域づくり』への視点

イギリスの慈善団体が2020年、アメリカのギャラップ（市場調査会社）に委託して世界114か国・計12万超の人に電話インタビューをした「人助け指数」という調査がある。「手助け」「寄付」「ボランティア」の3項目をスコア化したもので、日本はなんと114位、最下位である。日本にいてこうした実感はまったくないかと思うが、世界の中では最低という結果である。「人助け」の活動は決して活発とはいえない。

もう1つ、少し古い調査だがOECDが1999～2002年に行った世界20か国の「価値観調査」原資料を基に調べた「社会的孤立」状況の結果でも、(友人・同僚・宗教・スポーツ・文化グループの人と)「まったく／めったに付き合わない」と答えた人の割合が20か国中、日本が最も高かった。

こう見ていくと、われわれの地域社会は「包摂＝インクルージョン(inclusion)」の力が高いとはいえないかもしれない。そのことを現状としてまず認識すべきではないかと思う。リハビリテーションをして在宅に復帰されても社会的に孤立し、孤独な世界で暮らすとなると結局はサービスでつなぐしかない。多くが実際にそういうことになっているかもしれない。それは本当に「自分らしく」地域で暮らすことなのか。



コロナ以降まだちょっと本格的にやれていないが、プロボノと専従と業務を組み合わせで地域づくりの活動をやっている。

介護予防、認知症カフェ、認知症サポーター養成、セルフヘルプ(自助)運動。小学校に行って高齢者疑似体験や認知症キッズサポーターの養成などもやってきた。障害者スポーツ支援はスポーツセ

ンターにプロボノで行っている。脳卒中予防やリハビリテーションの講演会等の啓発活動、旅行ほか外に出るデイケア…。ボランティアの方々にもかかわっていただき、老人大学とタイアップして花壇の整備等、いろいろやっていただいている。

地域と連携すると餅つき大会、防犯パレード、川の清掃…と、いろいろ呼ばれるようになり、活動がどんどん広がっていったが、以前なら地域のどこでもやっていたことが今はできにくくなっているということでもある。包摂性—地域づくり—の問題をまとめると、その人らしい生活を支援するならば、生活の維持目的も含めた「地域づくり」のような活動、地域への働きかけが不可欠ではないかというのが1つ。

もう1つ、地域/社会貢献活動は一方的な活動のように見えるが「地域から得られるもの」が職員はかなりあるようである。病院の中には見えないものを拾って持ち帰ってきているように私には見える。その意味で、双方向的な活動といえる。フィールドワークを通して地域から学ぶ職員は育つ気がする。

これだけ地域の孤独化が進み、人と人とのつながりが細っている中で、われわれ医療・介護機関がもっている機能の千分の一でもそれを地域に届けることで、地域の見守る力・地域を支える力を強くすることにつながる気がしている。われわれはお見えになった患者さん利用者さんを治療したり支援したりするのが仕事だが、患者さん利用者さんは「地域」に暮らしとおられるわけであるから、その地域が元気になることにもかかわれるとよいし、かかわることが望ましい。

インクルージョンはSDGsとも結びついている。包摂社会づくりは世界中の課題であり、今の世の中を少しでも変えようという世界の動きであることは間違いない。われわれがやったからといってすぐに社会が変わるわけではない。そうだとすると、「包摂社会」を目指してみんなでやってみる価値はあるのではないか。