

## 超高齢社会における地域包括ケアシステムと リハビリテーション科医の役割 —臨床から地域・エビデンスづくりまで—\*1

近藤 克則\*2

### Roles of the Rehabilitation Physician and Community General Support System in a Super-Aged Society : From Clinical Practice to Community Care and Creation of Scientific Evidence\*1

Katsunori KONDO\*2

**Abstract** : The establishment of a community general support system is proposed in order to prepare for a super-aged society. In this paper we review the background reports and overview of the system and we discuss the expected role of rehabilitation and physicians trained in rehabilitation medicine. In summary, we are expecting the following : firstly, to create scientific evidence to facilitate appropriate allocation of limited financial resources, secondly, for clinical physicians to not only be actively involved with patients in front of us, but to also contribute to develop a healthy and active aging community wherein the prevention of disability is foremost. Finally, some evidence from tertiary and secondary prevention care and an intervention trial aimed to develop a healthy and active aging community as primary prevention are introduced. (*Jpn J Rehabil Med* 2014 ; 51 : 120-124)

**Key words** : 地域包括ケアシステム (community general support system), 介護予防 (care prevention), リハビリテーション・データベース (rehabilitation database), 転倒予防 (fall prevention), 地域介入研究 (community intervention study)

#### はじめに

超高齢社会に備えるため地域包括ケアシステムの整備が打ち出された。その背景と概要を確認し、リハビリテーション (以下、リハ) とリハ科医の役割を考える。結論を先取りすれば、第1に、限られた財源の最適配分のためのエビデンスづくり、第2に、臨床医として目の前にいる一人の患者に関わる役割だけでなく、地域づくりや予防的リハへの貢献が求められる。

現在までに得られている地域づくりによる一次予防の重要性を示すエビデンスや地域介入研究を紹介する。

#### 地域包括ケアシステムの背景と概要

日本は超高齢社会に突入し、今後は「65歳以上人口の増加」に加え、「2つの変化」が進行する。1つは、後期高齢者の増加であり、もう1つは人口減少である。前者は、1) 医療・介護ニーズの増大、2) 高齢者のみや独居高齢世帯の増加、3) 入院入所するほど

2013年9月20日受稿

\*1 本稿は第50回日本リハビリテーション医学会学術集会シンポジウム「地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションの役割～こころの通う連携～」(2013年6月15日、東京)をまとめたものである。

\*2 日本福祉大学社会福祉学部/〒470-3295 愛知県知多郡美浜町奥田

Faculty of Social Welfare, Nihon Fukushi University

E-mail : kkondo@n-fukushi.ac.jp

ではない虚弱層の生活支援ニーズの増加、4) 健康層を含む介護予防ニーズの増加を意味している。そして、後者の人口減少は、それらを限られた社会保障財源で賄う必要を意味する。

これらを背景に打ち出されたのが、地域包括ケアシステムの整備である。2008(平成20)年度の検討会報告書によれば、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために医療や介護のみならず、福祉サービスも含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」と定義された<sup>1)</sup>。そして、地域包括ケアシステムを構成する要素として、「介護」「医療」「予防」「生活支援サービス」「住まい」という5つの構成要素が掲げられた。

翌年度の報告書では、リハの充実強化が謳われ、「維持期リハ」という言葉を「生活期リハ」に改めることや「リハについては、理学療法士(PT)・作業療法士(OT)等の専門職が直接サービス提供するだけでなく、利用者の生活機能に係る状態をアセスメントし、生活機能向上に資するリハ計画及び評価するマネジメントを提供する新しいサービス類型を導入」と謳われた<sup>2)</sup>。

さらに2012年度の報告書<sup>3)</sup>では、5つの構成要素が、より詳しく表現されて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」「福祉・生活支援」「住まいと住まい方」となり、リハが追加・明示された。また、これらは「ばらばらに提供されるのではなく、それぞれの役割に基づいて互いに関係しながら、また連携しながら在宅の生活を支えている」とし、「植木

鉢」(図1)に喩え、これらは並列の関係でなく、「介護」「医療」「予防」という専門的なサービスの前提として「住まい」と「生活支援・福祉サービス」の整備があるとした。

### 地域包括ケアシステムにおけるリハ(医)の役割

これらの背景を踏まえると、リハ(医)には1人ひとりの患者や要介護者に個別に対峙する臨床専門職・サービスとしてだけでなく、地域リハを支える医療や介護サービスの提供事業者、一次から三次にいたる介護予防(図2)、そして研究によるエビデンスづくりまで、多面的に役割を発揮することが期待されている。これらのうち臨床や事業者の側面は他のシンポジストに譲り、主に介護予防やエビデンス作りの視点から地域づくりによる介護予防や地域介入研究を紹介する。

リハを狭く捉えれば、緩和ケアなどと共に、(発病前の)一次予防の対極にある三次予防に位置づけられる。しかし「心身機能の改善や環境の調整を通じて、高齢者の生活機能の向上や地域社会活動への参加をはかることにより、1人ひとりの生涯にわたる、生きがいのある生活・自己実現(QOLの向上)を目指すもの」と表現されている「介護予防の目指すところ」(図2)と「地域リハ」「生活期リハ」との重なりは大きい。言い換えれば、リハに期待されているものは、病院等における発病後の重度化防止や機能回復を意味する「三次予防」だけでなく、その前段階にあたる発症前の早期発見・早期介入を意味する「二次予防」や健康な地域住民を対象に発病を防ぎ、さらに健康や生活機能の増進を図る「一次予防」にまで及ぶ。「障害の予防はつねに障害の軽減や治療よりも望ましい」ことは、リハ医学の古典的教科書(Rusk, 1958)にも記述されている。

以下では、今後のリハ専門職への期待に応えようと地域包括ケアシステム検討会報告書で示された「生活機能に係る状態をアセスメントし、生活機能向上に資するリハ計画及び評価するマネジメント」の基礎となるエビデンスづくりを中心に、取り組んできたことを三次から一次予防の順に紹介する。

### 三次予防：より効果的な急性期から回復期リハのエビデンス

障害発生後の機能回復を目指した三次予防としての



図1 地域包括ケアシステム (文献3より引用)

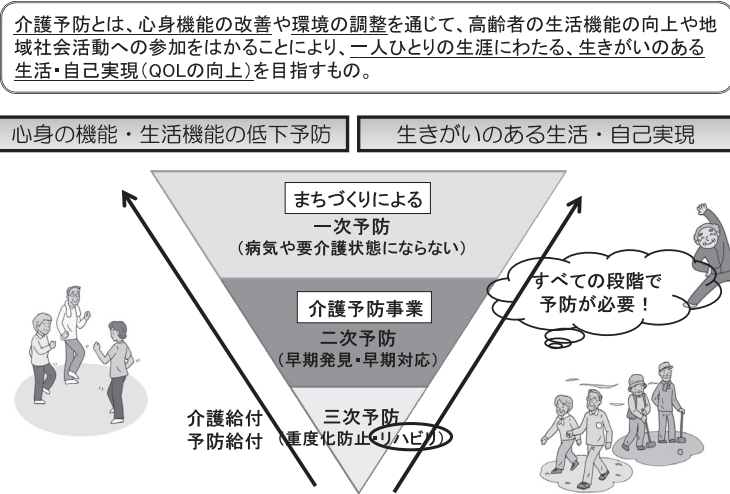


図2 介護予防の目指すところとリハ

厚生労働省労健局「これからの介護予防—地域づくりによる介護予防の推進—」(2012年)に加筆

リハに関するエビデンスづくりは、リハ関係者固有の研究課題という性格がある。どのようなリハ・プログラムの効果が大きいのかを多施設の症例登録データベースとそれを用いた研究で解明することが求められる。日本リハ医学会のリハ患者データベースを元に、PT・OT・言語聴覚士(ST)の3協会も参加する日本リハ・データベース協議会(JARD)<sup>4)</sup>が2012年9月4日に設立され、脳卒中や大腿骨頸部骨折など疾患別データ登録累積患者数は、既に2万人を超えた。これを活用したエビデンスづくりが期待される。詳しくは、拙論を参照されたい<sup>5)</sup>。

### 二次予防：より効果的な転倒予防プログラム

転倒予防プログラムの「効果的なプログラムの特徴」として、エビデンスがあるのは、1) 運動指導に関する専門家による包括的な介入、2) 筋力訓練だけでなくバランス訓練を含むプログラム、3) 在宅での運動も含め合計で週2時間以上の運動、4) 終了後のフォローアッププログラム提供、などがある。71市町村を対象に、これらの特徴をいくつ備えたプログラムを提供しているのか調査し、新規要介護認定率との関連を分析した。その結果、0～1項目しか満たしていなかった9市町村では新規要介護認定率9.2%であるのに対し、4つとも満たしている8市町村では2.8%とおよそ3分の1に抑えられていた<sup>6)</sup>。

転倒予防事業に係わるリハ専門職が、エビデンスに基づいた転倒予防プログラムを実施するよう助言指導する意義の大きさが示唆された。

### 一次予防：転倒が少ないまちはあるか？

転倒の恐れのある対象者をスクリーニングで早期発見し、転倒予防教室などに参加してもらって二次予防には限界があることが明らかになるにつれ、厚生労働省も地域づくりによる一次予防への転換を図っている<sup>7)</sup>。そのためのエビデンスづくりを目指して、厚生労働科学研究費補助金(H22-長寿-指定-008)などを受け、全国31市町村の高齢者11万人にご協力いただくJAGES(Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究)プロジェクトに取り組んできた。従来の研究は、転倒リスクを持つ「個人」に着目してきたが、転倒が少ない「まち」や「地域」づくりを志向する点に新しさがある。

小学校区単位で比べてみると、前期高齢者に限定しても、転倒が3倍も多い小学校区があることが判明した<sup>7)</sup>。そこで市町村格差に着目し、1年間に複数回の転倒歴を目的変数、調整変数として個人因子(年齢、脳卒中の既往、IADL制限、うつなど22変数)と環境因子(自宅周辺の段差や坂道の有無など4変数)を同時投入したロジスティック回帰分析を行ったところ、地域間格差は小さくなるものの、やはり転倒が多

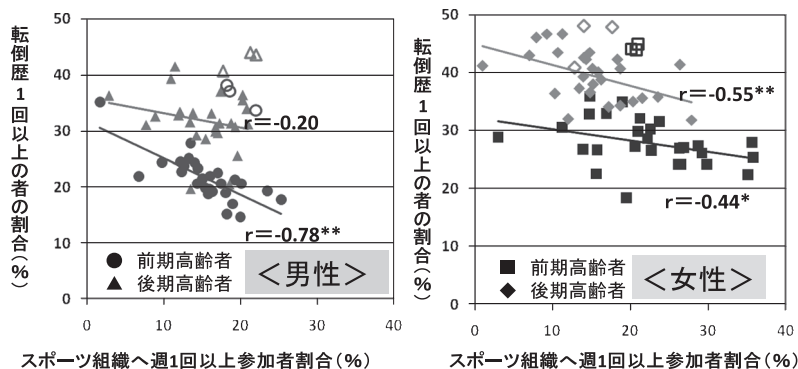


図3 市町村別転倒割合とスポーツ組織参加率

北海道の3市町については、白抜きで示した。相関係数と回帰直線は、北海道の3市町を除いて算出した。\*は $p < 0.05$ ，\*\*は $p < 0.01$

い市町に比べ33%も転倒が少ない（オッズ比0.67）市町があることが確認できた<sup>8)</sup>。関連する要因を探索したところ有力な要因として「スポーツ組織への参加」が浮上してきた<sup>7)</sup>。小学校区単位で、スポーツ組織に週1回以上参加している者の割合と転倒歴との相関を前期高齢者について見ると、雪の多い北海道が外れ値を示し、それを除くと男性で $-0.78$ 、女性で $-0.44$ と中等度の負の相関を認めた（図3）。ただし横断分析だけでは、期待される「スポーツ組織に参加するほど転倒が減る」という因果関係の他に、「転倒していないからスポーツ組織に参加している」という「逆の因果」を含んでいる。そこで、要介護認定を受けていない11581人を4年間追跡して分析したところ、運動頻度にかかわらず、やはりスポーツ組織に参加している者で、非参加者に比べ新たに要介護認定を受ける割合が低いことが確認できた<sup>9)</sup>。

### 地域介入研究：スポーツ組織に参加する人を増やすことはできるか

これらは、スポーツ組織に参加しやすい環境を整備することで、転倒が少ないまちや地域づくりが進められる可能性を示すものである。では、介入によってスポーツ組織に参加する人が増えるなど、健康に良いまちづくりが、果たして可能なのか、問題である。そこで、地域介入研究にも取り組んできた<sup>10-13)</sup>。

人口約4万人の武豊町で、ボランティアを募り「憩いのサロン」を初年度に3カ所、その後、毎年1～2カ所ずつ増やしてきた。その結果、ボランティアも一

般参加者も増え、高齢者人口の約1割が参加するようになっていた。その波及効果として、サロン参加群でスポーツ組織にも新たに参加するようになった人は女性では26.2%と、非参加群における5.3%よりも有意に多かった<sup>12)</sup>。参加・不参加の両群間における測定できない社交性や健康度の違いも考慮した擬似的な無作為化対照比較試験とされる操作変数法を用いた分析でも、参加している者で翌年の主観的健康感が良い者の割合は多かった<sup>13)</sup>。つまり、人々のつながりを豊かにすることを意図した地域介入で、スポーツ組織参加者を増やし、主観的健康感が良い人を増やせることを実証できた。

### おわりに

人類が未経験の超高齢社会に備えるために提唱された地域包括ケアシステムは、急いで整備する必要がある。しかも投入できる財源などの資源は限られている。つまり、効果も効率も良い方法に関するエビデンスが求められている。

要介護者など障害発生後の三次予防に当たる医療機関内でのリハだけでは、超高齢社会で100万人規模の虚弱高齢者の抑制には貢献できない。三次予防から、二次・一次予防へ、さらには個人に着目したアプローチから地域に着目した地域づくりによる予防的リハが必要である。これらのエビデンスづくりを進める上でも、リハ医をはじめとする専門職の果たすべき役割は大きい。

文 献

- 1) 地域包括ケア研究会：地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～. 2009. Available from URL : <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf>
- 2) 地域包括ケア研究会：地域包括ケア研究会報告書. 2010. Available from URL : <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/dl/s0621-5d.pdf>
- 3) 地域包括ケア研究会：持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書—地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点. 2013. Available from URL : [http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423\\_01.pdf](http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf)
- 4) 日本リハビリテーション・データベース協議会 : <http://square.umin.ac.jp/JARD/>
- 5) 近藤克則：リハビリテーション患者データベースの二次分析—プロセス, 可能性と限界—. *Jpn J Rehabil Med* 2012 ; 49 : 142-148
- 6) 林 尊弘, 近藤克則：エビデンスに基づいた転倒予防プログラムの実施状況と新規要介護認定者割合との関係. *総合リハビリテーション* 2013 ; 41 : 359-365
- 7) 近藤克則：介護予防と健康の社会的決定要因. 「医療ク  
ライシス」を超えて—イギリスと日本の医療・介護の  
ゆくえ. 医学書院, 東京, 2012 ; pp161-195
- 8) 山田 実, 松本大輔, 林 尊弘, 他：転倒の少ない市町はあるか：AGES プロジェクト. *厚生*の指標 2012 ; 59 : 1-7
- 9) Kanamori S, Kai Y, Kondo K, et al : Participation in sports organizations and the prevention of functional Disability in older japanese : The AGES Cohort Study. *PLoS One* 2012 ; 7 : e51061
- 10) Murayama H, Kondo K, Fujiwara Y : Social capital interventions to promote healthy aging. *in* *Global Perspectives on Social Capital and Health* (ed by Kawachi I, Takao S, Subramanian SV). Springer, New York, 2013 ; pp205-238
- 11) 近藤克則, 平井 寛, 竹田徳則, 他. : ソーシャル・キャピタルと健康. *行動計量学* 2010 ; 37 : 27-37
- 12) 平井 寛：高齢者サロン事業参加者の個人レベルのソーシャル・キャピタル指標の変化. *農村計画学会誌* 2010 ; 28 : 201-206
- 13) Ichida Y, Hirai H, Kondo K, et al : Does social participation improve self-rated health in the older population ? A quasi-experimental intervention study. *Soc Sci Med* 2013 ; 94 : 83-90

シンポジウム◎地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションの役割  
～こころの通う連携～

## 京都式地域包括ケアシステムにおける 総合リハビリテーション推進プランの展開と課題\*1

武澤 信夫\*2,\*3

### Development and Problems of a Comprehensive Rehabilitation Promotion Plan in a Community Based Inclusive Care System\*1

Nobuo TAKEZAWA \*2,\*3

**Abstract** : We first opened the Kyoto prefectural support center of rehabilitation in 2005. Then we specified a regional rehabilitation support center in six medical districts, whereby a community rehabilitation promotion system was established in Kyoto. In 2010, the plan of comprehensive rehabilitation promotion was created; a rehabilitation supply system was developed, which included the development of human resources, expanding facilities, and strengthening the cooperation system. A three-year plan was established; it includes lending scholastic funds for PT etc, improving home visit rehabilitation and the convalescent rehabilitation ward, creating a community-based cooperation path using ICT, and enhancing the rehabilitation support center. At the same time, we formulated a plan for community inclusive care promotion in Kyoto, which included rehabilitation as one of its projects. (**Jpn J Rehabil Med** 2014 ; 51 : 125-129)

**Key words** : 地域リハビリテーション (community rehabilitation), 地域包括ケア (community inclusive care), 介護保険 (long term care insurance), リハビリテーション・コーディネーター (rehabilitation coordinator)

#### はじめに

京都府は、南北に長く丹後半島で日本海に面し、南部は奈良等と接している。人口は、約 265 万人のうち京都市が約 145 万を有し、府の高齢化率は 23.1% で全国平均並である。そして、府内の大学にはリハビリテーション (以下、リハ) 医学教室がなく、リハ専門職の養成施設も少ないため、2000 年の介護保険の実施と共に導入された回復期リハ病棟の開設や地域リハ支援体制整備推進事業も遅れた地域となっていた<sup>1)</sup>。

#### 京都府リハ支援センターの開設

2005 年に、京都府では健康福祉部の組織としてリハ支援センターを京都府立医科大学附属病院内に開設し、地域リハ支援推進事業を行ってきた。京都府リハ支援センターは、図 1 のように地域リハ支援センターへの指定・協力、リハ専門職の受入れ研修、地域連携パスや高次脳機能障害などの連携システム構築を行ってきた。そして、京都市を除く 6 医療圏域の基幹病院に地域リハ支援センターを指定し、研修会、訪問相

2013 年 9 月 10 日受稿

\*1 本稿は第 50 回日本リハビリテーション医学会学術集会シンポジウム「地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションの役割～こころの通う連携～」(2013 年 6 月 15 日, 東京) をまとめたものである。

\*2 京都府リハビリテーション支援センター/〒 602-8566 京都府京都市上京区河原町広小路 465  
Kyoto Prefectural Support Center of Rehabilitation

\*3 京都府立医科大学大学院医学研究科神経内科学  
Department of Neurology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine  
E-mail : n-takezawa50@pref.kyoto.lg.jp

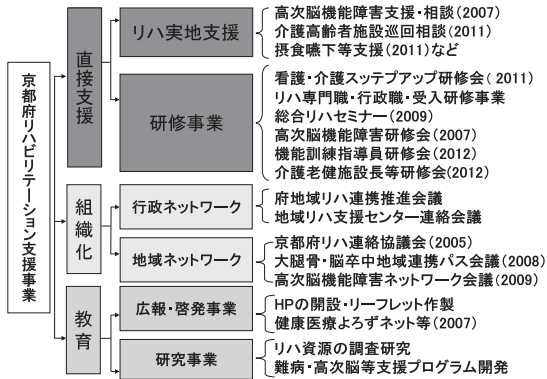


図1 京都府地域リハ支援事業体系

談，ネットワーク構築などの地域リハ支援事業を拡大してきた。また，保健所は，府支援センターや地域リハ支援センターと協力し圏域連絡会の事務局となって推進してきた<sup>2)</sup>。

京都府では，地域偏在や小規模のリハ施設も多かったため，リハ科専門医がいる医療機関を中心に，表1のように開設時より受入研修システムを形成してきた。基礎コースは新人セラピストを中心に地域リハ支援センター指定病院で5日間の研修コースで，課題別コースは2日間の13コースで，その後の自己研鑽に繋げることを目標にしている。特に，言語聴覚士（ST）の就業者が少ないこともあり，摂食嚥下に対するニーズは非常に高かった。

また，2005年4月に京都府医師会の呼びかけで，リハ医療関連団体による京都府リハ連絡協議会が発足し作業部会を常設した。そして，作業部会は，参加団体の代表で構成され，京都府の「健康医療よろずネット」への協力，2008年より京都府共通の大腿骨頸部骨折地域連携バスと脳卒中地域連携バスを作成し運用してきた<sup>3)</sup>。

2007年度より，高次脳機能障害支援拠点として非常勤の心理士を配置し京都府立医大神経内科の協力をえて高次脳機能障害外来を開設した。そして，電話・来所の相談，研修会，事例検討会を軸にしながら，急性期・回復期・社会参加に向けた医療・福祉・行政のネットワーク構築を行ってきた<sup>4)</sup>。

### 総合リハ推進プランの策定

2010年度に，第5次医療法改定で法制化された4疾病5事業と医療機関の分化と連携を踏まえ，京都府

表1 リハ専門職施設受入研修

	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年
基礎コース (7)	6名	12名	7名	5名	13名
課題別コース	32	32	31	45	49
合計 (13)					
運動器 (1)	3	4*	6*	4*	4
神経難病 (1)	4	3	1	4*	2
摂食嚥下 (3)	8*	11*	4	12*	14*
心臓 (1)	4	2	2	-	4
呼吸器 (1)	5*	4	3	3*	5*
回復期リハ	4*	6	6	11*	3
病棟 (2)					
老健施設等 (2)	4	2	3	7*	9
小児 (1)	-	-	6*	4*	3
高次脳機能障害 (1)	-	-	-	-	5*

\*応募者オーバー

地域リハ推進連携会議において「脳卒中をモデルとする総合リハ推進プラン」を策定し，就業復帰・生活自立による社会参加を目標にした。この総合リハ推進プランは，第1次プランとして，リハ供給体制を整備することを目的に，人材の育成，施設の拡充，連携体制のシステム化の3つの課題を明確にした。

2011年度より，表2に示すように①人材育成：理学療法士（PT）等修学資金貸与，リハ専門職就業フェア，地域偏在の解消，②施設の拡充：地域リハ支援センターのリハ機能整備，回復期リハ病棟整備，訪問リハ整備，③連携体制のシステム化：地域連携バスのIT化，地域リハ・コーディネーター配置，京都市域リハ支援センターの開設を行ってきた。

新規事業として，PT，作業療法士（OT），STの3士会に委託し，リハ就業フェアを開催し，250名以上の新卒セラピストなどの参加者を得た。そして，高齢者福祉施設に対しては，リハ専門職の巡回相談，機能訓練指導員研修会を実施してきた。介護老人保健施設に対しては在宅療養のリハ拠点を目標に，リハ専門職や施設長等へのリハ研修会を行ってきた<sup>5)</sup>。また，摂食嚥下障害支援事業は，STを常勤職員として確保し，歯科医師会等の協力を得て医療機関，高齢者施設，障害者施設を対象に研修会と訪問支援を行ってきた。

現在，表2のように3年間の数値目標を明確にして取り組んでいる。本年度は最終年で目標達成に取り組む，京都市域包括ケア推進プランの3大重点プロジェクトの1つとして更に強化している。図2のよう

表2 京都府総合リハ推進事業の3年間達成目標

事業	2011年度実績	2012年度実績	2013年度達成目標
人材の確保	PT等修学資金貸与事業	80名(80)	80名(80)
	リハ専門職就業フェア事業	236名	253名
	リハ専門職巡回相談支援事業	33施設(50)	20(50)
	機能訓練指導員研修会	-	104名
	摂食・嚥下等支援事業(訪問)	7施設	15施設
	摂食・嚥下研修会	281名	293名
施設の拡充	地域リハ支援センター機能充実事業	8施設(8)	-
	回復期リハ病棟整備事業	38床	114床
	訪問リハ事業所整備事業	6施設(10)	10施設(20)
連携体制	地域リハコーディネーター事業	7施設	1施設
	クリティカルパスIT活用病診連携推進事業(パス参加病院)	4圏域 (44病院)	6圏域 (60病院)
			8施設(8) 6圏域 (70病院)

に、総合リハ推進事業を通じて地域リハ支援センター(2次医療圏)、回復期リハ病棟(人口10万人当たり)、老人保健施設が各レベルでのリハ拠点となり、生活圏域の高齢者支援拠点となる地域包括支援センターを支援・協力して、自立支援のための地域リハ体制を構築していくことを目標とする<sup>6)</sup>。

表3は、圏域別の大腿骨頸部骨折と脳卒中地域連携

パスの参加施設で、京都府の全域で構成され71病院、27老人保健施設、かかりつけ医等27施設の117施設が参加している。しかし、管理病院や回復期リハ病院は京都市と府南部に偏在している。課題としては、連携パスを連携ツールとして利用率を上げ、老人保健施設や第3段階保険医療機関のかかりつけ医、介護サービス事業所への情報提供と連携を拡大することであ

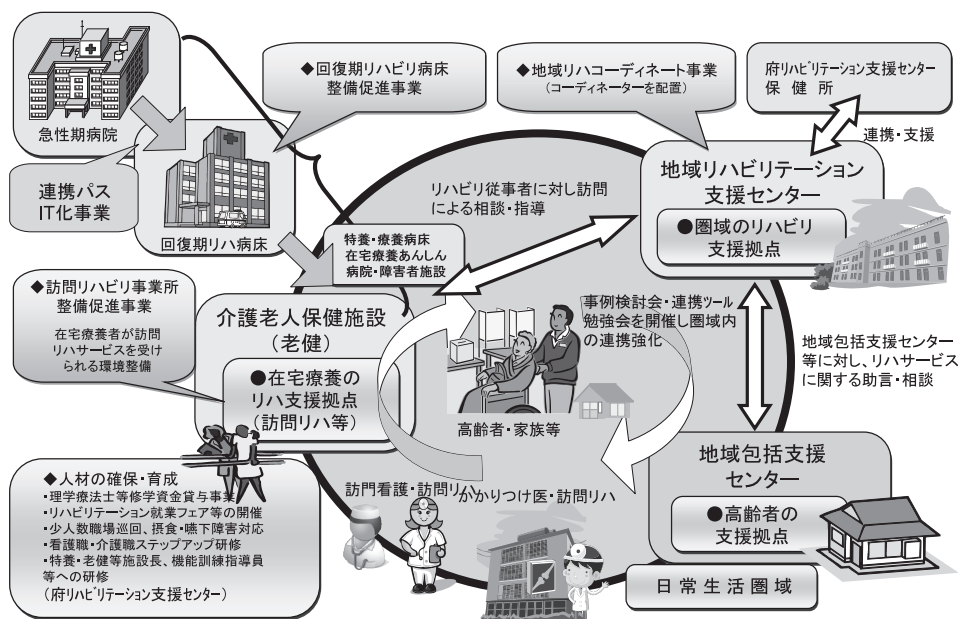


図2 京都市地域包括ケアシステムにおける総合リハ推進事業の役割

地域リハ支援センターを中心に、回復期リハ病棟、老人保健施設を在宅リハの拠点として、地域包括支援センターへのリハ支援を行う。



表3 大腿骨頸部骨折・脳卒中地域連携バス参加施設

管理病院	第2段階 保健医療機関				第3段階 保健医療機関・介護 サービス事業所				
	連携バス	大腿骨	脳卒中	大腿骨	脳卒中	大腿骨	脳卒中	大腿骨	脳卒中
丹後	0	0	0	2	0	0	0	0	0
中丹	0	1	0	6	1	4	0	0	0
南丹	1	1	2	3	1	1	1	0	0
京都市	11	9	17	20	9	9	11	13	13
乙訓	1	1	3	4	3	3	8	8	8
山城北	1	3	3	6	1	1	1	0	0
山城南	0	1	0	1	1	1	0	0	0
他の府県			1	2	0	0	0	0	0
計	14	16	26	44	17	19	21	21	21

2007年度より京都府共通の地域連携バスの運用を開始、急性期・回復期病院と在宅サービスの連携が課題（2013年3月現在）

る。2012年3月より、京都府では医師会にIT化を委託し、現在は紙ベースとの併用で行っているが診療報酬に関係なく連携ツールとしてITの利用を拡大していきたい<sup>7)</sup>。

### 京都市地域包括ケアと地域リハの役割

2011年度より総合リハ推進プランに基づき、地域リハ支援センターの強化を図り、各地域リハ支援センターのコーディネーターは、地域包括支援センター等への助言・相談とリハ従事者の訪問支援、事例検討会の開催を通じてリハ支援活動と連携体制づくりを行っている。地域リハコーディネーターは、介護保険導入以前より提起されているが、今後、地域包括ケアと地域リハとの連携の要になるものと考えられる<sup>8)</sup>。

地域包括ケアという考え方は、地域リハの理念と基本的に一致し、高齢者領域の地域リハ活動において実践されている内容とも一致している。重要な点は、住宅政策や生活支援との関連を明確にしたことであるが、われわれは、5つの輪で表現される医療、介護、予防、住まい、生活支援の視点の共通の要はリハであり、この5つの視点は、地域リハの視点と共通している。そのため、総合リハ推進プランを京都市地域包括ケア推進プランの中軸を担うものと位置づけてきた<sup>9)</sup>。

京都府では2010年度に「老後の安心して暮らせる地域包括ケアシステム推進プラン」を策定した。京都市地域包括ケアシステムの目標は、2025年に「高齢者が住み慣れた地域で、医療、介護、福祉のサービス

を組合せることで24時間、365日安心して暮らせる社会」である<sup>10,11)</sup>。

2011年度よりオール京都で京都地域包括ケア推進機構を組織し、図3のように6つのプロジェクト事業—①在宅療養あんしん、②認知症ケアトータルモデル、③地域におけるリハビリ支援、④介護予防プログラム構築、⑤地域で支える生活支援、⑥高齢者あんしんサポート企業—を立ち上げた。当センターの事業は、リハ支援プロジェクト事業として位置づけられた。

そして、2013年度は、地域リハ支援プロジェクトを認知症総合対策、看取り対策と併せて、3大プロジェクトの1つとして、京都府リハ連携推進会議が機構のリハ部会を担うものとした。また、地域リハ支援プロジェクトは、昨年度までの地域リハ推進事業に、両大学、医師会等と協力してリハ科医等養成事業、また、低頻度経頭蓋磁気刺激法や促通反復法（川平）などの先進的リハ治療促進事業を新規事業として立ち上げることとなった<sup>12)</sup>。

### おわりに

2005年に、京都府ではリハ支援センターを開設し、地域リハ推進事業、高次脳機能障害支援拠点として障害者領域に事業を拡大した。2010年には、「総合リハ推進プラン」を策定し、人材の確保・育成、施設の拡充、連携体制の構築を3本柱に事業化することによりリハ供給体制の整備を図ってきた。

また、総合リハ推進プランを「京都市地域包括ケア

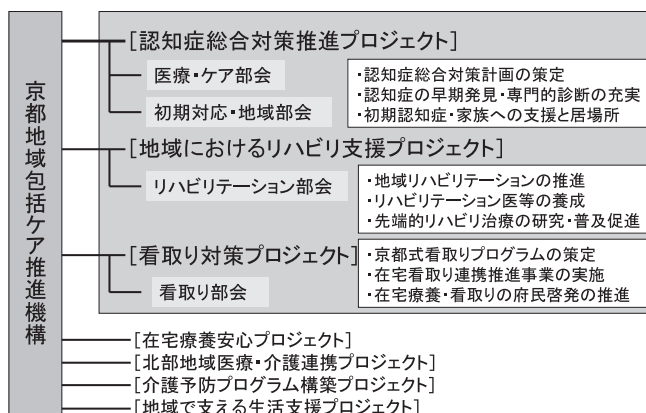


図3 京都式地域包括ケア推進3大プロジェクト

京都地域包括ケア推進機構は、医療・保健・福祉関係だけでなく、京都市、大学、行政、法曹等の参加により設立された。

推進プラン」の中軸に位置付けることにより、地域リハコーディネーターが中心になり地域包括支援センター、ケアマネジャーへのリハ支援体制の構築をめざしている。

### 文 献

- 1) 浜村明德：地域リハとは一現状と展望，地域リハビリテーション白書3（澤村誠志 監修，日本リハビリテーション病院・施設協会 編）．三輪書店，東京，2013；pp 2-13
- 2) 武澤信夫，山元顕太，乃美由樹代，田中正子，工藤有里子，長谷 齊，中川正法：リハビリテーション支援センターの役割と課題．京都医学会雑誌 2007；54：161-166
- 3) 武澤信夫：京都府共通の脳卒中地域連携パスと脳卒中データバンク．京都府立医科大学雑誌 2011；120：233-241
- 4) 武澤信夫，西萩 恵，菊地礼恵，小川奈保，乃美由樹代，田中正子，山元顕太，小出千代美，中川正法：高次脳機能障害支援普及事業と高次脳機能障害外来の1年間．京都医学会雑誌 2009；56：63-69
- 5) 山田和彦：老人保健施設の医療的視点．地域リハビリテーション 2010；5：857-860
- 6) 古都賢一：地域包括支援センターの設置の背景．総合リハビリテーション 2007；35：321-325
- 7) 逢坂悟郎，加藤順一，東 靖人，白井雅宣，寺本洋一，佐治直樹：脳卒中地域連携パスの運用による入院期間やFIM利得等の変化一兵庫県中播磨・西播磨圏域からの報告．Jpn J Rehabil Med 2011；48：717-724
- 8) 地域リハビリテーション支援活動マニュアル作成に関する研究班（班長：澤村誠志）：地域リハビリテーション支援活動マニュアル 1999
- 9) 浜村明德：社会保険制度改革における連携．J Clin Rehabil 2013；22：455-461
- 10) 地域包括ケア研究会（座長：田中 滋）：地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～．平成20年度老人保健健康増進等事業．2009
- 11) 地域包括ケア研究会（座長：田中 滋，前田雅英）：地域包括ケア研究会報告書．平成21年度老人保健健康増進等事業による報告書 2010
- 12) 日本リハビリテーション医学会障害保健福祉委員会：地域リハビリテーションに関するリハビリテーション科医の意識調査に関するアンケート結果．Jpn J Rehabil Med 2010；47：16-21

シンポジウム◎地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションの役割  
～こころの通う連携～

社会資源の乏しい離島での地域包括ケアに向けた地域活動  
—地域リハビリテーション・連携・地域資源・自主活動・地域包括ケアシステム—\*1

小金丸敬仁\*2 松坂 誠應\*3

Community Based Rehabilitation on an Isolated Island\*1

Takahito KOGANEMARU,\*2 Nobuo MATSUSAKA\*3

**Abstract** : The Iki rehabilitation and care volunteer group has performed supportive activities for children, adults and the elderly with disabilities for 27 years on the isolated island of Iki, Nagasaki Prefecture. The island, there has a high population of elderly people with very limited social resources and human power for community care and rehabilitation. The group's main activities include advising persons with disabilities for their independent living, educating health and social care professionals, and developing a network for linking these professionals. We have always worked with not only the caregivers themselves but also the persons with disabilities, their families and people living in the community because of the limited resources here. The elderly population of people over 65 years old will be approximately 40 percent in the near future. We administer educational and rehabilitation programs to assist people in the community in independent living, and we are encouraging the elderly to form a self help group to work together with the local government. (Jpn J Rehabil Med 2014 ; 51 : 130-133)

**Key words** : 地域リハビリテーション (community based rehabilitation), 離島 (isolated island) 自助グループ (self help group), 多職種 (multidisciplinary)

壱岐市について

壱岐島は1市4町からなる九州北部の福岡市から北西70kmの玄界灘に浮かぶ長崎県の離島であり、人口29,000人で高齢化率33%の少子高齢化の地域である(図1)。総面積は約140km<sup>2</sup>で南北に17km東西に15kmの亀の甲羅をした形で高い山地はなく最も高いところで標高213mというなだらかな地形である。産業は第一次産業の農業・漁業が主体であったが不振で、近年は観光振興にも力を入れているものの、厳しい状況が続いている。

壱岐市の人口推計

図2は長崎県の高齢化率の推計であるが、あと12年後、団塊の世代が後期高齢者になる2025年には40数%という超高齢社会になる。

壱岐市のリハビリテーション

壱岐市内でリハビリテーション(以下、リハ)を提供している病院・施設は図3のように3カ所の病院と2カ所の老人保健施設で、病床数やセラピストの数も以上のようになっている。リハ科専門医の常勤は0で

2013年9月2日受稿

\*1 本稿は第50回日本リハビリテーション医学会学術集会シンポジウム「地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションの役割～こころの通う連携～」(2013年6月15日, 東京)をまとめたものである。

\*2 壱岐市立壱岐市民病院リハビリテーション科/〒811-5132 長崎県壱岐市郷ノ浦町東触1626

Department of Rehabilitation Medicine, Iki Hospital

\*3 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科/〒852-8520 長崎県長崎市坂本1-7-1

Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences

E-mail: takahito@msa.biglobe.ne.jp

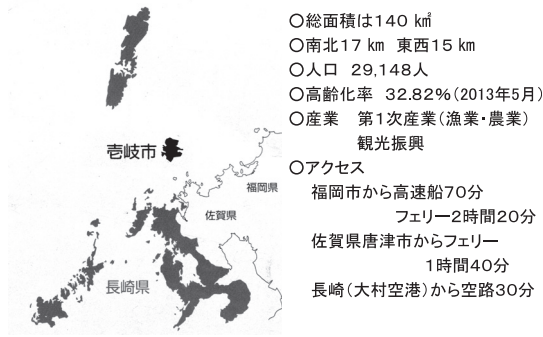


図1 壱岐の概要

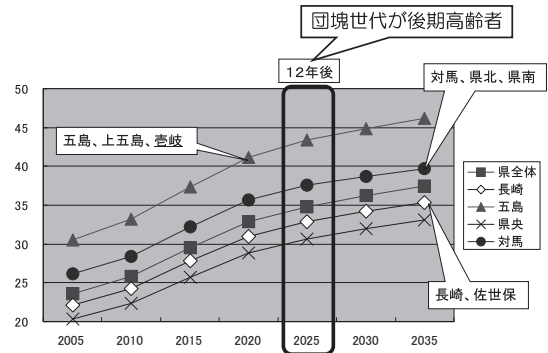


図2 長崎県の高齢化率の推計 (65歳以上)

ある。通所リハは老人保健施設で2カ所、訪問リハはない。救急病院は当壱岐市民病院が多くの疾患を受け入れているが、循環器疾患を中心に受け入れている民間病院もあり、ともにリハを提供している。脳血管疾患は多いが、手術適応患者は島外の医療機関に頼っている。

### 地域リハ活動のはじまり

離島である限られた社会資源やマンパワーを有効に利用するために思考錯誤しながらの地域活動を展開してきた。その地域リハの実践には、スタッフの資質の向上と関係機関との連携が不可欠である。

浜村先生のご指導の下に専門職のための壱岐郡地域リハ研究会(1986(昭和61)年)が発足した。まず取り組んだのが月例検討会(事例検討会)であり、地域

における課題を出し、問題意識の共有を図りながら解決策をみんなで考えていく作業の中で、どこに誰がいて何をしているかを知ることができ、社会資源が乏しい離島であるがゆえの関連職種との連携の必要性を共感することができた。

その翌年、第6回長崎県リハ懇話会の開催を機に、保健・医療・福祉の専門スタッフの資質の向上のためだけでなく、住民の啓発活動を含めた実践活動を行う壱岐島リハ研究会として再スタートした。リハ研究会主催にて住民啓発を続ける目的で壱岐島リハ懇話会を23回開催してきた。

### 1. バリアフリーへの試み

小学校や中学校に向向き、高齢者や障害者に対する理解を深めたり、人権やボランティアについて考える

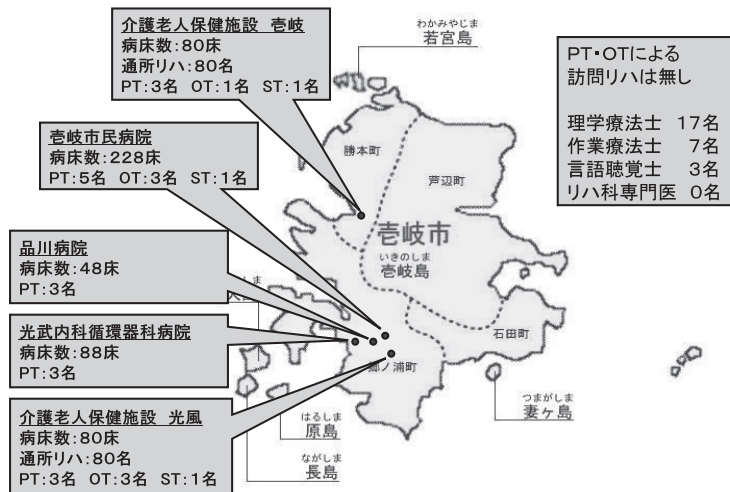


図3 壱岐市のリハ医療について

機会として講義や障害者の模擬体験なども行っている。

公的建築物のバリアフリー化を観光地や公衆トイレのバリアフリー化のため調査しガイドマップを作成したり、船会社へは後述のひとあゆみの会と一緒にフェリーや発着所のバリアフリー化の陳情を行った。その結果フェリーにはエレベーターまで設置され、ターミナルもバリアフリー化された。

## 2. このゆびとまれ

壱岐島には、長い間特別支援学校（養護学校）がない時代があり、1987年二分脊椎の会の海水浴が壱岐で開催されたのを契機に翌年から壱岐の障害児とその家族が自然とふれあう場として、毎年障害児サマーキャンプ「このゆびとまれ」を開催し現在に至っている。親だけでは海に連れて行くには自信がないし、地域や自治会の海水浴には遠慮がちとの声に応じて、このサマーキャンプ・海水浴なら参加しやすいとのこと、これまでに25回開催している。

## 3. 特別支援学校・結の会

このキャンプから障害児を守る親の会の「たんぼぼの会」が生まれた。障害児の就学促進のために普通校への障害児の受け入れの陳情を実施したり、1986年には行政や県議会議員・市議会議員とともに大東市の障害児受け入れ体制の視察もおこなった。しかし障害の重度な子供たちの受け入れには限界を感じ、「たんぼぼの会」「手をつなぐ親の会」「リハ研究会」の3団体で、特別支援学校の設立を行政に働きかけ、2007年に特別支援学校の小・中学部が設置され、2013年度に高等部設置が実現できた。さらに、障害者就労のために「たんぼぼの会」「手をつなぐ親の会」など家族の会と連携し、小規模作業所・知的通所授産施設・就労継続支援施設や宿泊訓練の施設である多機能型事業所の設立を支援している。現在は壱岐市のごみ袋の製造や野菜作り等の作業に加え就労の場所としてのレストランもオープンした（結の会）。

そして今後は親無き後の生活の保障、それは住まいも含めて壱岐にその子らが住み続けられるための取り組みつまりグループホームやケアホームの設置にも取り組んでいく予定である。

## 4. ひとあゆみの会

在宅重度身体障害者の閉じこもりをなくすことと住民理解の推進を目的に、ベッドから自宅から一歩踏み出しましょうを合い言葉に「ひとあゆみの会」の設立

を支援し、現在に至るまで春と秋に年2回の集いを計50回開催した。最初は国立療養所壱岐病院でリハを受けて在宅に復帰した患者が気の合う仲間同士が集まりOB会を神社や講演などで開いて、職員がその支援をしたことから始まった。1987年には、島内の集まりだけではもの足らず、2年に1回の島外旅行を計12回実施している。このような活動内容や在宅ケアの情報をリハ研究会機関誌「ぶりっち」として27年間にわたり発行している。現在は年に6回発行し創刊276号に及んでいる。

## 5. 転倒予防サポーター養成講座

地域リハ支援体制整備推進事業として2002年から壱岐市にも地域リハ広域支援センターが指定され、特に、介護予防・転倒骨折予防事業では長崎県リハ支援センターの支援のもと、健康づくり・仲間づくり・地域づくりの視点で、自主グループ育成に、社会福祉協議会のふれあいサロン事業と連携して取り組み、現在23カ所で自主活動が行われている。自主グループ活動を通して地域での支え合いが進んでいる。さらに、自主活動グループを増やすためにサポーター養成講座を開催し地域のリーダーを養成している。県リハ支援センターからの指導や講師を派遣してもらい講義やグループワークをしながら運動の実践を指導している。介護予防の必要性、転倒予防について、低栄養の話、体操の意義と実際そして最終日にグループワークを実施して、すでに開催しているサロンとこれから取り組みうとされるサロンでの情報交換や現時点での課題などを共有出来ている。老人クラブの役員や民生委員に呼びかけてこれまで5回開催し136名が受講し1クール4回とも出席した76名が修了証書を発行している。

そのサポーター養成講座受講者の中からすでにグループとして集まっている地域、またはこれから転倒予防体操など介護予防に取り組もうとする地域に転倒予防教室として介入している。場所は、歩いて行ける公民館や老人憩いの家などを使っている。現在サロン活動は23カ所で行われその中の8カ所（117名）に介入することができた。

## 6. 初恵会の活動

その中の1つで優れた活動をしている地域を紹介したい。サロンの登録されたのは2011年4月であるが、2004年から友人の不幸から孤立感の解消に仲間数人が定期的集まり始めたということであった。ここは使われなくなった民家を利用して15名が登録されて

いる。現在週に1回集まり、送迎の必要な人はサポーター養成講座を受講されたリーダーが送迎をされている。平均年齢77歳。元気高齢者がサポーター（ボランティア）として活動し、虚弱高齢者、要支援・要介護高齢者を支援している。

転倒予防教室への介入は健康チェック、運動能力の評価、転倒リスクやうつの間診や身長・体重測定などを行っている。3カ月後と6カ月後に再評価を行いそのデータは県リハ支援センターの長崎大学保健学科に送り分析してもらい個人にフィードバックしている。自分のどこが弱点かを見つけ改善すれば運動を続けるモチベーションにもつながる。リーダーの計画により介護予防の話、元体育教師が頸椎損傷で車イスからの体操指導を受けたり、警察署長の防犯予防の話、元医師会長の高齢者のかかりやすい病気についてなど実施されている。そのリーダーが日々の生活の相談にのってあげたり、買い物や通院・散髪・在宅酸素の支援などもされている。支え合いがあり、かけがえのない仲間作りになっている。人の絆の大切さを感じるし、近年薄れていくコミュニティの再構築にもなっている。

### 地域包括ケアシステム構築に向けて

県の地域医療再生事業の一環として、昨年度はタウンミーティングの開催など開催し、地域包括ケアの構築に向けて何が不足しているかの検討を始めた。

地域リハ活動を進めていくうえで、医療との連携は非常に重要である。医師会の先生方は住民の保健予防活動や地域リハ活動へは積極的に参画されている。よって医師会との連携は非常に良好であり、医師会の支援が壱岐の地域リハ推進力となっている。

### 壱岐島など、社会資源の乏しいところでの戦略

壱岐市の地域リハ活動について報告してきた。「社

- ① 専門家、施設、外部資源・技術に過剰に依存しない
- ② リハ的ケアの訓練を受けた非専門職（住民を含む）のネットワークを使う

持続可能な活動  
地域での支え合い

図4 地域リハの基本的戦略（文献1より引用）

会資源が乏しい」という大きなバリアがあるが、関係職種が話し合い、住民の皆さんや障害者や家族の皆さんの力を借りて問題の解決に取り組んできた。その結果、多くの問題は残っているが、関係職種や機関の連携は進んできたし、障害者や高齢者、その家族が生き生きと暮らすようになってきた。

Peat<sup>1)</sup>は、地域リハの基本的戦略を図4のように述べている。壱岐市の地域リハ活動は、まさに、この戦略に合ったものと考えている。

今、国は「地域包括ケアシステム」と銘打って、総合的な地域の支え合い構想を打ち出した。それは、医療、介護のみならず、生活支援や、予防、住まいに至る多方面にわたる支援の輪の構築にある。

私たちには、長年築いてきた地域とのつながりがある。ここにさらに、地域包括ケアにふさわしい事業を展開するために、人のつながりをさらに強化し、その中心として活動していけるよう、今後とも努力していきたい。

### 文 献

1) Peat M : Community Based Rehabilitation. WB Saunders, Ontario, 1997

シンポジウム◎地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションの役割  
～こころの通う連携～

## ソーシャル・インクルージョンの視点での地域包括ケア\*1

米満 弘之\*2

### Community Based Integrated Care Incorporating Social Inclusion\*1

Hiroyuki YONEMITSU\*2

**Abstract** : It is believed that the Ministry of Health, Labor and Welfare has set a goal of creating an environment whereby “community based integrated care” can be provided in Japan. In the ICF as defined by WHO, it has been proposed that the Functioning aspect be augmented and supported by “community based integrated care”. We suggest that Community Rehabilitation Service and Social inclusion are important factors in community based integrated care. (*Jpn J Rehabil Med* 2014 ; 51 : 134-137)

**Key words** : 地域リハビリテーション (community rehabilitation), 生活機能 (functioning), ノーマライゼーション (normalization), ソーシャル・インクルージョン (social inclusion)

#### はじめに

我が国でのリハビリテーション（以下、リハ）の流れは1960年代を中心に、障害からの機能回復、社会復帰そして人間復帰を考えてきた。しかし1980年代になり、障害への対応だけでなく高齢からの人間としての尊厳性の低下により社会的脱落に陥っていく、いわゆる高齢社会の大きな課題を抱えるようになってきた。1980年に生じてきた課題は、1)寝たきり高齢者の増加、2)認知症高齢者の増加、3)高齢者の医療費・介護費の増加、4)長期入院高齢者の増加の4つである。障害と加齢から生じる自立性の喪失は大変なる国家的課題であり、そのような中で地域社会での生活自立を維持できる在り方の重要性がうたわれ、世界保健機関（WHO）は障害から生活機能の自立充実をとらえ、2001年に障害国際分類から国際生活機能分類に大きく視点を転換した訳である。医療保険の充実

は、高齢期における疾病治療に大きな貢献を果たしてきたが、高齢期を中心に生活機能の向上を促し、自立生活の維持のためには介護力の充実が必要であった。いわゆる寝たきりで長生きではなく、元気ではつらつと社会参加できる生活の質（QOL）の充実である。2000年に始まった介護保険が、生活自立の向上と失われる生活機能を支援するサービスの両面からの大きな力となった（図1, 2）。しかし、介護サービスの充実は自立を高める方向へと期待を作っただけでなく、逆に生活機能の低下をきたし、寝たきりの方向も改善されない症例が多くみられるようになり、入院医療、施設入所介護だけでなく、在宅での健康の維持、在宅での生活機能の維持を強く期待されるようになった。いわゆる地域社会での在宅医療、在宅介護の充実である。そのようなことをいち早くとらえて取り組まれたのは公立みつぎ総合病院の山口昇先生を中心とした地域包括ケアである。実際には、地域社会での認識の向

2013年10月8日受稿

\*1 本稿は第50回日本リハビリテーション医学会学術集会シンポジウム「地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションの役割～こころの通う連携～」(2013年6月15日, 東京)をまとめたものである。

\*2 医療法人社団寿量会熊本機能病院/〒860-8518 熊本県熊本市北区山室6-8-1

Kumamoto Kinoh Hospital

E-mail: yonemitsu@juryo.or.jp

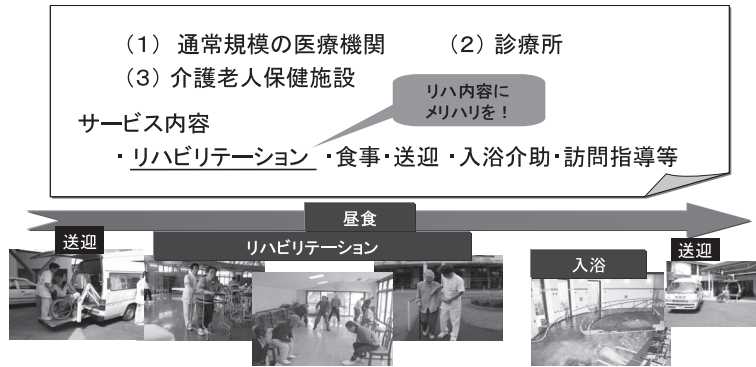


図1 通所リハ  
在宅の継続と生活の自立



図2 訪問リハ  
退院(所)直後や生活機能が低下した時に計画的に実施するサービス

上と社会資源の充実と連携体制の構築がなければ現状とは遠いものになってしまう。

我が国は厚生労働省を中心に、あらためて地域包括ケアシステムの構築の方向へ大きく舵取りを行ってきた。地域包括ケアシステムの実現と充実には多くの職域組織の連携、即ち多職種連携の充実がなければ絵に描いた餅になってしまうが、その中心的役割を担うのは地域リハの充実である(図3)。これまで障害・高齢を中心に取り組まれてきた地域リハであったが、地域社会の在り方から考えた場合、色々な矛盾を生じてきたように思われる。即ち地域社会での社会弱者といわれる中に疾病障害や高齢だけでなく、貧困・犯罪・ホームレス等も含まれるわけであり、このようなものにどう対応していけるのかはいまだ未解決の問題である。それに、阪神大震災や東日本大震災等の自然災害により地域社会での生活機能を失うことより、生活基

盤そのものが破壊されてしまうという事態をどう解決していくのかが大きな課題として浮上してきた。地域リハの立場から生活基盤の再構築、そしてすべての住民の生活機能の再構築に取り組む必要がある。そのように考えると、地域社会全体を、疾病・障害・高齢・犯罪等と総合的に大きくとらえ、社会作りを行っていくためには、まさに Social Inclusion (ソーシャル・インクルージョン、社会的包摂) の構築が最も重要である。

### 地域包括ケアシステムの目指すところ

2012年4月から厚生労働省は在宅医療・在宅介護のシステム構築に本気で取り組み始めた。その内容をみると、将来の超高齢者社会への社会保障的体制の構築である。地域社会での高齢者の自立生活維持のためのシステムは生活支援、予防、介護、医療それに住ま



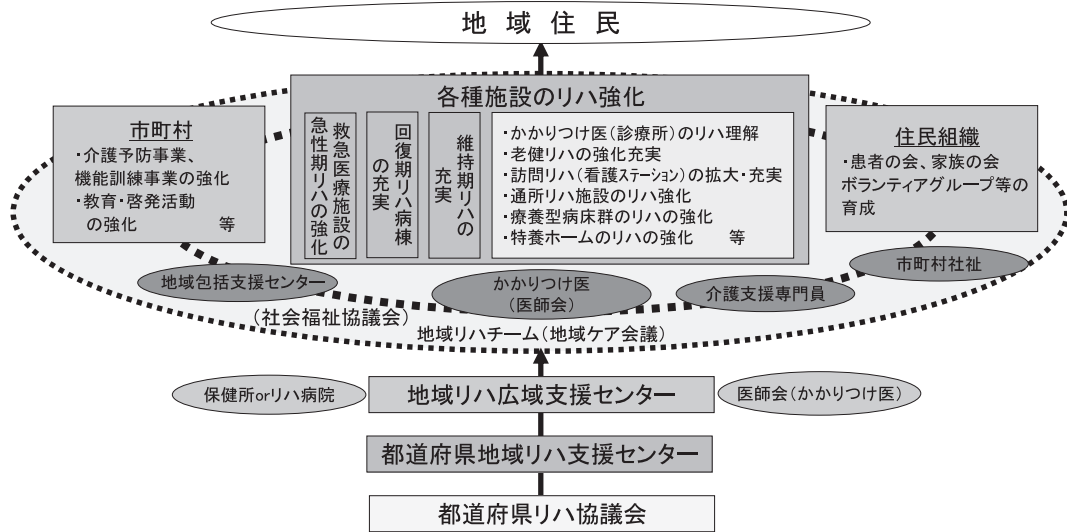


図3 今後の地域リハ支援体制をめぐって

いの5つの重要項目を挙げ、30分で対応できる生活圏(約1万人)を設定し、その中で地域生活の自立を促がすことを挙げた。主な対象者は高齢者である。高齢者への対応としては、寝たきり高齢者、認知症高齢者、貧困高齢者、障害をもった高齢者への対応と課題が山積している。最近では高齢で障害を持ち、そして犯罪にかかわった人々が非常に多くなり刑務所でのリピーターの要因になっている。高齢者にとって最も重要なことは、住まいと何らかの社会参加(仕事ができれば最高)を基盤として、健康維持、疾病予防、生活支援、医療、介護サービスの充実が必要である。そのためには多職種協働の体制が必要であることは言うまでもないが、大きく行政と地域社会の理念づくりで連携する具体的な取り組みが必要であろう。そのためには地域リハケア体制が充分構築されることが重要である。阪神大震災、東日本大震災の中で最も重要なことは完全に失われた生活基盤の再構築であるが、地域リハケアの障害、高齢を主なターゲットにしてノーマライゼーションの構築とQOLの向上を目指してきたように思われる。しかし、地域リハの考え方にもう1つソーシャル・インクルージョンの理念のもと、地域リハの活動範囲を広くしていく必要がある。

#### ソーシャル・インクルージョンについて

ソーシャル・インクルージョンの考え方はヨーロッパで始まりイギリス、フランスに広がってきた。ソー

シャル・インクルージョンの理念に、社会的排除(貧困・障がい・高齢・犯罪等)に対する地域でのあらゆる社会的資源や人的資源を用いて社会的自立支援を行うことであるとあり、社会的弱者の存在は大きな社会問題であるが、社会的弱者を作らない地域社会づくりが非常に重要である。社会的弱者の立場になる要因には、障害、高齢だけでなく貧困、犯罪、失業、ホームレス、薬物中毒等があり、そして被災も大きな社会的基盤を喪失していくものである。特に障害と犯罪と高齢が重複していて、それに貧困の重なりは地域社会での自立を非常に困難にする。

#### 地域包括ケアシステムの充実のために

地域包括ケアシステムの構築は高齢者社会の新たな構築を目指すものとして考えられるが、それに様々な社会的要因が重複している場合が非常に多いので、そこにソーシャル・インクルージョンの視点を持って欲しいと思う(図4)。

地域包括ケアシステムにおいては、支援体制側と支援される側があって、そこに連携が役割をもつものであるが、ソーシャル・インクルージョンではそのような在り方をもう一步進めたいいわゆる支援側、支援される側というものすべて包摂された新しい地域社会を構築するという視点が必要である。地域包括ケアシステムの対象者は一応高齢者であっても、その周囲の諸々のことをもった地域社会に対応できなければ遂に地域

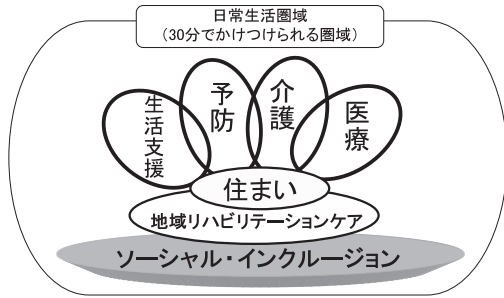


図4 地域包括ケアシステム

包括ケアシステムは崩壊していくように思われる。地域包括ケアシステムはソーシャル・インクルージョンの理念のもとに地域リハ体制の手法を用い、住まいを基盤に生活支援、予防、介護、医療が連携をもって対応していく日常生活圏域を想定されることを望みた

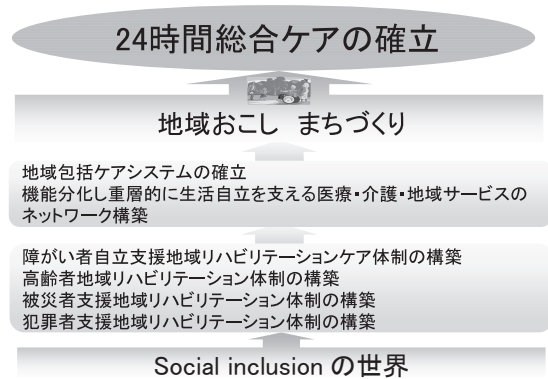


図5 24時間総合ケアの確立

い。また、そのようなシステム構築に努力したいものである (図5)。