

## 「続、岩崎 榮先生 回想録」

～プライマリ・ケア、地域医療、地域包括ケア、地域リハビリテーションを巡って～

医療法人小倉リハビリテーション病院 名誉院長  
介護老人保健施設伸寿苑 施設長  
浜村明德

### はじめに（自己紹介を兼ねて、再び回想録を書くことになった経緯）

ほんの短い在籍だったが、整形外科・リハビリテーションを担当していた浜村と申します。

「故岩崎榮先生を偲ぶ」に寄稿させていただいた後、国病久原会名誉会長の廣田典祥先生とメール交換する中で、岩崎先生がお付き合いされていた佐久総合病院若月俊一先生との関係など地域医療に関わる話題となり、廣田先生から、再度、執筆のご依頼をいただいた。

これから思いのままに紹介させていただくが、時代が前後したり、個人的な活動の紹介が入るなど雑多な拙文になることをお許しいただきたい。

筆者は、1978年から1年間勤務し、医局の方針で長崎市内にある国立療養所長崎病院に転勤し、計20年間、国立医療機関に勤務した。

当時は国立長崎中央病院の時代で、横内 寛先生が院長をされていた。救命救急医療の在り方で議論があった頃と思われる。当時、岩崎先生は内科医長だったと思う。短い勤務期間であり岩崎先生との交流は殆どなかったが、新しい医療の在り方（プライマリ・ケア）を実践されている先生として尊敬していた。国立療養所長崎病院に転勤し、長崎県の地域リハビリテーションの推進活動に携わるようになり、県の地域医療や健診活動を推進されている先輩として存在の大きさを知った。

リハビリテーション医療や私共が試み始めた地域に根差したリハビリテーション活動は、まだ緒に就いたばかりで全国の先達の活動をイミテーションしながら手づくりで取り組んでいた。この頃すでに、岩崎先生はプライマリ・ケアの考えを基に、県下で実践し推進されており、先生の活動から地域におけるリハビリテーションのあり様に多くのヒントをいただいた。

そして、先生は1984年に厚生省病院管理研究所に転勤された。偶然、私が親しくしていた小山秀夫氏（当時：研究所医療管理部研究員、その後：研究所医療経済研究部長、経営科学部長、静岡県立大学経営情報学部教授、兵庫県立大学経営研究科教授）の上司になられ、小山氏を通して岩崎先生の活動は伝わっていた。岩崎先生は、職員にも患者移送艇はやて（現在：西海市の多目的船舶「はやて3号」の前々身）のことを語っておられ、実際に小山氏は台風の中、離島の健診に岩崎先生と同乗したとのことである。

その後、日本医科大学の教授もされたが、この間、後述する山口昇先生が会長をされていた全国老人保健施設協会、全国国民健康保険診療施設協議会の研修会等でお会いしていた。

回想録における廣田先生の話から、岩崎先生のプライマリ・ケアの考え方には、地域医療のメッカとも言われ

る佐久総合病院の若月俊一先生の影響があるように思われる。「故岩崎榮先生を偲ぶ」で、記念写真と共に詳しく紹介されているが、本文の冒頭で紹介する対談時は、長崎中央病院時代であり、副院長になられる前と思われる。私にはお二人の関係は知る由もなかったが、廣田先生の手稿から若月先生とのつながりの経緯等が分かり、学び、師事されていた関係が理解できた。

実は、その若月先生と私の関係であるが、息子さんの健一さんとは全国老人保健施設協会の活動を通して極めて親しい関係にあった。現在でも使われている「介護老人保健施設の理念と役割」の改定などを共にした。また、その息子さん（俊一さんの孫）は、縁あって当法人の職員として活動してくれている。

つまり、若月先生を囲んで、岩崎先生と私は関係がある人間ということになるので、本稿ではそのことにも触れてみたい。

右の写真は、岩崎先生と仲が良かった大学の同級生、2年前、亡くなられたみつぎ総合病院山口昇先生のお別れの会の時である。

くしくもお別れの詞を述べることとなり、最前列、横顔の写真が残っていた。岩崎先生は最後に、長崎大学の同級生かつ親友としてお話しされた。この時はお元気だったが一年後に旅立たれたことになる。



2022年10月22日、山口昇先生、お別れの会の時、岩崎先生と私

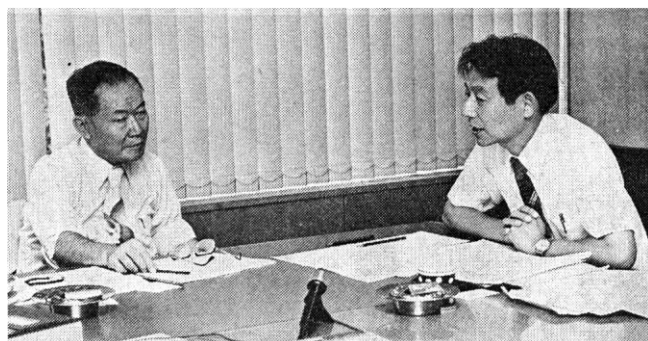
## 1. 著書・文献等に学んだ岩崎先生

### 1) 岩崎榮先生と佐久総合病院若月俊一先生との対談

第59回日本リハビリテーション医学会学術集会の規定講習会で「地域医療」を担当することとなった。

地域医療の代表としては佐久総合病院しか思い浮かばず、様々な文献や資料を探すうちに、若月先生と岩崎先生の対談があることを知った。

『プライマリ・ケアと病院』<sup>1)</sup>というテーマで語られた対談（医学書院「病院」38巻、1979年）に、地域医療とプライマリ・ケアの要点が語られていると感じたので表1に紹介した。表では、両者の発言から、若月先生は地域医療として、岩崎先生はプライマリ・ケアの立場から整理した。



対談時のお二人、引用文献<sup>1)</sup>より

若月先生は、市民には「最高の医療を受ける権利がある」とし、医療は「治療だけでなく、予防からリハビリテーション、福祉面までを含めて、人間を総合的に診ることが重要」と語っている。また、「医師は広い知識が必要で、医師の教育が課題となり、チームワークと組織、医療システムが重要である」と述べている。そして、「地域医療の第一線で行うのがプライマリ・ケアであり、その実践には住民参加が原則だ」としている。

これに対して、岩崎先生は、「このままでは、住民・患者が専門医学の谷間に落ち込んでしまうので地域医療を実践すべき」とし、「それはプライマリ・ケアに通じる」と述べている。また、地域医療とプライマリ・ケアはチーム

医療、関係者との協同作業でしか成り立たないこと、そして地域住民と共にという考えも共通の視点として語っている。

この頃すでに、岩崎先生は離島の健診等に携わっておられ、プライマリ・ケアの論客として活躍されていたと思うが、両氏の健康や地域医療、プライマリ・ケアへの熱い思いが伝わる対談となっている。

表 1 『地域医療とプライマリ・ケア』

医学書院「病院」38巻11,12号（1979年11,12月）同名の対談より要点のみ抜粋

	若月俊一氏の発言から「地域医療」	岩崎 榮氏の発言から「プライマリ・ケア」
本質 概念 原則	<ul style="list-style-type: none"> <li>いつでも、どこでも、だれもが、その国の最高の医療を受けられる権利がある</li> <li>治療だけでなく、予防からリハビリテーション、福祉面までを含めて、人間を総合的に診る</li> <li>重要なのは、医師の教育（予防、生活改善、労働災害、公害、福祉の分野まで広い知識が必要）、チームワーク・組織、医療システム（予防給付など）</li> <li><b>地域医療の第一線で行うのがプライマリ・ケア</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>このままでは、住民・患者つまり地域全体が専門医学の谷間に落ち込んで救われなくなる</li> <li><b>地域医療の必要性を認識して実践—これはプライマリ・ケアに通じる</b></li> <li>地域医療とプライマリ・ケアはチーム医療、関係者との協同作業でしか成り立たない</li> </ul>
実践	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療は人の命を助け、病気をなくして健康にすることが本来の使命、そういう公共性をしっかり反省することが大事</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>住民参加という意味で、住民自身が行うワークショップを試みている</li> <li>メディカルもヘルスも取ってプライマリ・ケア学会に、結局はどう実践するか精神だ</li> </ul>
プロフィール	東京大学卒、1945年に長野県の佐久病院に赴任、「農民とともに」の精神で地域住民と一体となった実践に取り組む、マグサイサイ賞受賞	長崎大学卒、国立長崎中央病院（離島の住民健診・関係者育成に尽力）、厚生省病院管理研究所部長、日本医科大学教授、プライマリ・ケア学会設立時から参画

## 2) 岩崎先生のプライマリ・ケアの考え方と医療への期待

そこで、著書の中で、一般向けに書かれたであろうプライマリ・ケアの内容を抜粋して紹介する。1984年、「長崎県大百科事典」（長崎新聞社発行）に解説されている内容である<sup>2)</sup>。

プライマリ・ケアの概要について、「プライマリ・ヘルス・ケア—すべての人々に健康をと願わないものはない。その願いを込めて各国の医療関係者がソ連邦カザフ共和国首都アルマ・アタに結集（1978年9月）、WHO（世界保健機構）が提唱した“2000年までにすべての人に健康を”というプライマリ・ヘルス・ケア（通称プライマリ・ケア）に関するアルマ・アタ宣言が採択された。

プライマリとは一義的、本質的、基本的を意味し、ヘルスとは健康、ケアとは看護・医療、つまり基本的保健医療といえる。元来、保健（予防）と医療（治療・看護）は一体のもの。予防から治療、リハビリテーションに至る一貫した流れの中で、ライフサイクルに応じた保健医療であるべきである。

プライマリ・ケアでは地域においてだれもが、いつでも、たやすく利用できるよう保健医療機関が身近に用意されている。また、その地域の自然、社会、文化との調和が図られながら人間味あふれる生命尊厳の保健医療が展開される。

一方、地域住民は自助自決の精神にのっとり、自らの参加による、自分の身体は自分で守るという健康への住民自身の責任が重大となる。多くの離島や無医地区など困難な状況にある本県の医療問題を解決するため、プライマリ・ケアによる保健医療の効果的実践が期待されている」と述べている。

小山氏に聞き合せたところ、「岩崎先生のプライマリ・ケア論は、『一つには長崎県の離島医療』、『もう一つ

は米国留学時に見聞きしたファミリーフジシャンと呼ばれた家庭専門医の仕組み』、そして、1978年、旧ソ連邦カザフ共和国の首都アルマ・アタで開催されたWHOの『プライマリ・ヘルス・ケア（Primary Health Care: 以下、PHC）に関するアルマ・アタで宣言』の影響が大きかったと思う」という返事だった。

また、小山氏は岩崎先生から、「『自衛隊からヘリでの患者移送のために医師への同乗依頼が大学病院に来て、終戦後15年以上経過しても自衛隊に協力したくないという医師が多かった。患者さんの命の問題なので僕は何度もヘリに同乗した』、『米国の家庭医は出産にも対応した専門医なんだ。英国のGP（登録医）とは全くちがう』、『アルマ・アタ宣言を最重要視しPHCを日本で奨励したのは厚生省の大谷先生だった』という話を何度か聞いた」とのことである。

その大谷藤郎（1924年－2010年）先生は、公衆衛生局長、医務局長を歴任後国際医療福祉大学初代学長に就任されている。精神障害者やハンセン病患者の人権保護・待遇改善に積極的に取り組んだ京大卒の民権派で、若月俊一先生とも親交があり、「長崎にいた岩崎先生を厚生省病院管研究所に招聘したのは大谷先生のご尽力だった」という。

ここで、現在のプライマリ・ケアの考え方を簡単に整理しておきたい。以下、日本プライマリ・ケア連合学会による考え方<sup>3)</sup>を紹介する。

プライマリ・ケアの定義や意味合いは幅広く、用いられる場面や状況によってニュアンスが異なるとされ、それは地域医療と同様であると思われる。

同学会は、プライマリ・ケアとは、「国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能」としている。そして、プライマリ・ケアの5つの理念として、①地理的・経済的など近接性、②予防から治療・リハビリテーションまで、また小児から老人までなど包括性、③協調性、④「ゆりかごから墓場まで」など継続性、そして、⑤責任性をあげている。

岩崎先生は、プライマリ・ケア学会設立時から参画されており、今日に至る礎を築かれた。

このような岩崎先生のプライマリ・ケアを含む医療に対する期待は医療人に向けられ、表2に示すような姿勢<sup>2)</sup>が求められるとしている。

**表2 地域に望まれる医療人像とは<sup>2)</sup>**

1. 幅広い医療に対処し得るような医療人。
2. すべての救急に対処し得る医療人。
3. 地域医療に積極的に参加する意欲を持ち、実践する能力をもつ医療人。
4. 地域の医療施設とのスムーズな連携ができる医療人。
5. 地域の医療資源を、有効かつ適切に利用できる医療人。
6. 医療経済を認識した医療人。
7. よいコミュニケーションができる医療人。
8. チーム医療ができる医療人。
9. 全人間的医療ができる医療人。
10. 自己学習と自己責任を重んじる医療人。

そして、「人間医療学」<sup>4)</sup>という著書では、これからの高齢者医療への期待を述べているが、「これからの対策

として地域リハビリテーションの充実とともに、ますます在宅ケア（在宅医療・在宅緩和ケア、在宅ターミナルケアを含む）の拡充が期待される」としている。

## 2. 岩崎先生とみつき総合病院山口昇先生の関係

岩崎先生と山口先生が長崎大学の同級生であり、お二人が地域に根差した医療活動として、岩崎先生はプライマリ・ケア、山口先生は地域包括ケアの創設に多大な貢献をされた。

前述した病院管理研究所の小山氏から聞いた話であるが、岩崎先生は若い頃からみつき総合病院に診療の支援をされていて、当時の御調町は交通の便が悪く、かなりご苦労されて訪問されていたとのことである。筆者も、みつき総合病院には1980年頃からお世話になったが往復に時間がかかった。

山口先生の地域包括ケアの考え方や実践は紹介できないが、現在、国を挙げて地域包括ケアシステムの構築に取り組んでおり、国の考え方の基本には山口先生の考え方や実践が生かされていると思われ、地域包括ケア生みの親と言っても良いと思っている。

山口先生が主催される学会や研修会で、岩崎先生は頻りに講演されていた。この写真はみつき総合病院の関係者から拝借したものであるが、バックに「第55回全国国保地域医療学会」（2015年、埼玉県にて開催）とある。

写真の左から3番目、林拓男先生は、筆者と同級で、次に紹介する国立療養所長崎病院で共に勤務し、山口先生に何度も口説かれ、5年ぐらいの予定でみつき総合病院に赴任した。整形外科とリハビリテーション科を兼務し、病院長もされた。そして、とうとう広島県民になった人である。



左から、長崎大学出身の山口先生・岩崎先生・林先生、そして沖田前院長

一度、山口先生に伺った話だが、壇上から客席に降りてこられるとき、階段で倒れそうになり、「誰が駆けつけてくれたかと思う？」と質問をいただいたことがあった。思案していると、「最前列にいた岩崎だった」とおっしゃっていた。真相は分からないが、当事者の話である。

プライマリ・ケアと地域包括ケアについて、活動の当初やその過程で、お二人がどのように交流されていたかは分からないが、お互いを尊重し、助けを求められれば二つ返事で参上される関係であったことに間違いなからう。

岩崎先生は内科医、山口先生は外科医であるが、お二人とも医療資源の乏しいフィールドで地域に根差した医療を実践され、その実践を通して医療の在り方、プライマリ・ケアと地域包括ケアの考え方をまとめられ、世に問われた。

筆者はお二人に共通する考え方は「地域」と「医療」の捉え方にあり、次のようなことが共通している。もちろん、実践に基づく考え方であることは言うまでもない。

一つ目は、医療を「健康だけでなく暮らし・生活を支える医療」として捉え、健康保持のため予防から治療・リハビリテーションまでを行い、実生活の場で支える医療を実践されたと考えている。

二つ目は、その医療は「チームで包括的に対応する医療」として多職種が連携するチームで行い、包括的・継続的に支援する医療、地域で行政など多分野と連携する医療を模索され、チームや地域における連携を

大事にされていたと思う。

三つ目が「地域に根差した医療」で、地域を区域や圏域などエリアとして捉えるのではなく、そのことは踏まえながらも、人が生まれ営みが行われ死にゆく場所、つまり人が住み暮らす地域と捉え、それゆえ住民主体、住民参画を重視し、住民や行政等と連携し、地域づくりにも関わる医療を目指されたと思う。

このように整理することが許されるなら、お二人が関係を持った（であろう）佐久総合病院の若月俊一先生の地域医療の考え方や実践とも共通すると考える。そこで、その若月先生の考え方を少しだけ紹介したい。

### 3. 佐久総合病院・若月俊一氏の取り組みと考え方

冒頭に紹介したように、若月先生との直接の関りはないが、若月家とは浅からぬ関係があり、当法人の職員である孫は、筆者が日本リハビリテーション医学会における「地域医療」の規定講習会の発表を準備する際は、長野から通常手に入らない文献や資料を取り寄せてくれるなど支援してくれた。

その折、孫若月伸一君から見た祖父若月俊一の人物像を紹介した一文があるが、本人の許可を得て、一部を紹介する。

#### 1) 孫から見た若月俊一という人

戦時下の東京で、社会主義的な思想からの転向を余儀なくされる挫折を繰り返した苦い青年期を送りますが、佐久の田舎に医師として赴任し、まともな医療を受けられずに死んでいく農民の姿を知って自身の役割を見出します。

家族の前では穏やかな人物でしたが、職場では怒られて育った人も多かったようです。生涯勉強家であり、海外情勢にも詳しく、70歳を過ぎても夜は書庫に籠り、いつ寝ているか不明な人でした。

恵まれた出生でありながら農民として生きていくことを決心した宮沢賢治の人生感には強い感銘を受け、祖父の発言には宮沢賢治の言葉が多く引用されています。佐久総合病院のスローガンである「農民とともに」は、宮沢賢治の著書名であり、祖父はロシアの「ヴ・ナロード（人々の中へ）」活動とも述べています。

中央集権的な医療に対する反感を抱き、高度医療・先端医療は地域にこそ必要なものと考えていました。農村特有の疾患の研究や先駆的な脊椎カリエスの外科手術を行う等、地域から発信する先端医学への精力的な取り組みは、祖父の負けん気であったと思います。

「医療はすべからず地域医療であるべきで、地域を抜きにした医療はありえない。あえて地域医療というのはいかに地域がないがしろにされているかということの裏返し」と皮肉を言ったそうです。祖父らしい発言だと思います。

※ ちなみに、下線の1行は、佐久総合病院で研修した関係者の誰もが感銘を受けた言葉として紹介するフレーズである。

#### 2) 佐久総合病院・若月俊一氏の取り組み

そこで、膨大ともいえる活動を紹介することは不可能であり、以下の点に限って紹介したい。

### ① 「予防は治療にまさる」活動

対談では多くは語られていないが、若月先生は、「予防は治療にまさる」とし、病気の予防・早期発見のために出張診療活動を始め、農民の健康を守るため意識改革を促すべく演劇やコーラスによる啓蒙活動を行っている。病気にならないよう健康管理に取り組む全村健康管理を開始したり、健康手帳を作成し、住民が率先して予防に努めたとされる。その結果、村の医療費は下がり、健康診断のモデルになったと言われている。

### ② 医療の民主化活動

もう一つに、「医療の民主化活動」がある。誰でも、どこでも、いつでも、人間らしい治療を受けられることを目指している。「医学とは『人間』あつての技術であり、人間性や社会性によって結ばなければならない<sup>5)</sup>」とし、住民のニーズに応えるため地域密着医療と高度専門医療の「二足のわらじ」を履き展開され、「第一線医学の立場から言えば、まず『何でも屋』が最も重要である<sup>6)</sup>」と語っていたとされる。

そして、農民特有の疾患を研究し、県で開催した農村医学研究会は、後に日本農村医学会へ発展し、農村医学の確立に寄与された。農村医学を通して地域医療のモデルを築かれたとされ、我が国の地域医療の考え方や実践に長い間影響を与え続けている。

## 4. 病院管理研究所時代の岩崎先生

岩崎先生の病院管理研究所への転勤や当時の活動について、小山氏にお尋ねしたところ、以下のようなコメントをいただいたので、そのまま紹介したい。

### 1) 赴任の経緯と当初の出来事

前に述べたように「長崎にいた岩崎先生を厚生省病院管研究所に招聘したのは大谷先生のご尽力だった」が、当時の厚生省病院管理研究所長は佐分利輝彦（1923年－1998年）先生であった。

佐分利先生は大谷先生の前任者として公衆衛生局長、医務局長を歴任された方で、東大卒、同大学第三内科に入局後、厚生省採用の秀才医系技官であった。

「医療管理部長の後任がいらないか？長崎の岩崎さんが適任。では、進めてくれ」みたいな佐分利・大谷会談後に正式決定し、「小山君、長崎にお迎えに行ってくれ」と指示があり、「お迎えに行きます」となった。

岩崎先生から、「辞令を受け取りには行くが長崎の残務処理があるので、着任後早い時期に長崎に戻る、その時同行して欲しい」ということで、小山氏に3日間現地で離島医療や長崎全体の地域医療の現状と課題をレクチャーしたと。

小山氏は、「岩崎先生は長崎の各病院で病院管理上の課題を体験し、誠心誠意、課題達成に取り組んできた実務家であり、その基本理念はチーム医療だった」と述懐する。

### 2) 部長就任後の活動

また、小山氏は、「部長就任後の6年間、毎年、長崎県下の高等学校各校から生徒の大量な心電図結果が送られてきて、連日勤務時間後深夜まで判定作業をしていたボランティア活動の姿は循環器医らしくかった」、「病院長研修での講演は病院運営のリアリティーがあり、多くの病院長から大人気だった」、「研究では家

庭医制度にすることが主で厚生省医政局総務課の医系技官と共同作業していた」、「国立循環器病センター研究部と全国の循環器病の登録追跡システムの開発」、「病院機能評価の制度研究」、「研修ではワークショップ研修でのファシリテーター研修をあらゆる分野で試行され、医師の前期研修、後期研修、専攻医に対するマネジメント研修、治療場面での熱傷、終末期医療、老年病、認知症などに関するワークショップは大好評だった」、「日本医科大学の初代病院管理学講座の教授になり、その後日本病院管理学会の理事長として活躍していただいた」と回想してくれた。

病院管理研究所時代の岩崎先生を6年間部下として多くの場面で行動を共にした小山氏は、「とても民主的な人で、偉そうな態度はとらず、どなられたことは一度もないが、お酒を飲む場面では『靴を脱いで畳の上がいい』とおっしゃり、畳の部屋か小上がりが好きだったと。「新宿区内でリーズナブルな価格で畳の部屋か小上がりを探すのが大変だったが、楽しい酒席だった」そうだ。

## 5. 岩崎、山口、若月先生、3 巨人の足跡と学んだこと

### 1) 3 巨人の足跡

若月先生は佐久の地域医療を展開する中で、プライマリ・ケアこそがその入り口あるいは中心の考え方として重要であることを確信され、主張されていたのであろう。岩崎先生は若月先生とお付き合いがあり、冒頭の対談の内容からすると、ほぼ同じような考えのプライマリ・ケアが語られている。

若月先生と岩崎・山口先生は年齢が20歳あまり違うと思われるが、山口先生は広島県の御調町という田舎で医療を展開され、地域包括ケアという地域ぐるみの医療活動が課題となることを主張されるに至っている。

若月先生と山口先生の関係は直接お聞きしていないが、若月先生の息子さん健一さんと山口先生は、全国老人保健施設協会では会長と副会長の関係にあり、親しくされていた。

また、JA長野厚生連「佐久総合病院」と国民健康保険病院（現在、尾道市立総合医療センター公立みつぎ総合病院）としてスタートした「みつぎ総合病院」は両者共に医療過疎の地域で病院づくりが始まり、いずれも地域の人々と共に医療の在り方を模索されたことは共通する。

独断と偏見を許していただくなら、三人は自らが置かれた医療資源としては決して恵まれていない地域で、病院という治療空間を超えて、市民が生活する場に飛び込んで活動されたことが共通している。

そこで、どのような医療が求められるかを心底感じたのであろう。当時の医療がそれに応えきれていないことを知り、仲間や市民と共に目指す医療を果敢にチャレンジされている。三人には思いと夢、目標があり、ある時はスタッフに、ある時は患者さんや地域の人々に問いかけ、そして、行政や政府に働きかけている。結局、三人は、自らの想いを核にして、優れたコミュニケーション力と類い稀なネットワーク力を駆使して組織をつくり、地域づくりをされたと思われる。

現在、我が国の超高齢社会における医療や介護の在り方として掲げられている地域包括ケアには三人の様々な取り組みや考えが活用されていると言っても過言ではない。

3 先生の活動は、医療は地域に根差したものでなければならないという強い信念に基づく活動として行われている。それは、市民と共に、市民が主体となって行われるべきという考えでもあったと思う。

先達の3先生がこのような考えで地域医療を実践されていたころ、私共が取り組み始めた地域リハビリテーション活動は考え方や方法論も確立されておらず、国際的な活動も知らない中で、思いを頼りに手づくりで始



めた活動であった。

活動を振り返ると、これから紹介するように地域に根差し、地域の人々とともに活動することを目指しており、いわゆる「地域におけるリハビリテーション・サービス」ではないことが分かっていただけたと思う。もちろんサービスも含まれており、地域で生活する人々へのサービスそのものは在宅リハビリテーションと使われることが多い。3 先生が取り組まれた地域医療と在宅医療の関係、また地域福祉と在宅福祉の関係にも似ている。

また、地域リハビリテーションを英訳すると Community Rehabilitation ではなく、Community based Rehabilitation となるので、国際的にも同様の考えであると言っても良からう。

そこで、地域リハビリテーションを長崎時代の活動、小倉の現在の活動、そして全国での取り組みなどについて、紙面の許される範囲で紹介する。

## 6. 長崎における地域リハビリテーション活動

1979年、全く想定していなかったが、整形外科をしながらリハビリテーションをやってほしいということで国立療養所長崎病院へ転勤した。当時、制度上、リハビリテーション科はなく、理学診療科だった。

1982年に理学診療科医長、1992年副院長を拝命し、国立療養所長崎病院に19年間勤務した。

### 1) 国立医療機関におけるリハビリテーションの位置づけの変化

当時、我が国のリハビリテーションは「政策医療」の一つとされていたが、不採算部門であり、国立療養所が担っていた。しかし、我が国の高齢化が徐々に進行し、リハビリテーションの普遍化が課題となってきたのか、1990年代中頃と記憶するが、政策医療から外れた。

今、振り返ると高齢化社会から高齢社会に移る過程で、リハビリテーションを身近に提供できる体制、つまり一般医療として位置づけられたと考えられるが、当時は、リハビリテーションが不必要とされたように感じ、納得しにくかった。

### 2) 国立療養所長崎病院での診療

赴任当初から、整形外科病棟と理学診療科病棟に関わることとなり、医師は先輩と2人で、手術も行いつつ外来リハビリテーションやデイケアのリハビリテーション、リハビリテーション病棟の運営も担っていた。

リハビリテーション専門職は理学療法士2名、作業療法士1名だったと記憶する。当時としては広くて立派なリハビリテーション治療室と器機が揃っていた。

市内にリハビリテーションを専門に行う病院はなく、入院患者は徐々に増え、40数床のリハビリテーション病棟は埋まって行った。しかし、整形外科との掛け持ちは困難となってきて、リハビリテーションが中心の役割となった。

運営では、リハビリテーション専門職を増やすことが叶わず、日給月給の「賃金職」として増やすしかなかったが、検査機器は購入していただき、在宅復帰された方々に通ってケアとリハビリテーションを提供するデイケア施設も建設していただいた。

しかし、訪問看護は病棟看護師のボランティア活動として月1,2回試みるしかなく、訪問リハビリテーションは制度が確立されていなかったことから、同様に保健師との同行訪問を時々実施していた。

### 3) 地域リハビリテーションの推進<sup>7)</sup>

#### ① 障害者の会とリハビリテーション専門職の出会い

1973年、長崎市に心身障害者福祉センターが開設され、これを機会に在宅の脳卒中後遺症者が集うようになり、“長崎市脳卒中障害者の会”が結成されていた。

内科的治療の終了に伴い、障害は自らの努力で克服すべきことを宣告された人々が、必死の思いで生活の自立を求め自主的な通所訓練を開始した。しかし、「治らない障害」に自主的訓練の限界を感じ、大学の教室を通して専門職の援助を求めた。その要請に応えるべく、1976年、筆者と理学療法士が土曜の午後、週半日のボランティアなかがわりを持つようになった。

そして、利用者の多くがリハビリテーション治療を受けていなかったこともあり、機能の改善には一定の成果が見られたが、機能訓練に過大な期待をもつ彼らの中には諦めとともに去るものも少なくなかった。

#### ② 保健師の参加

一方、地域の保健師は、病院でのADLは自立していたにもかかわらず、退院後、機能の低下するものや再入院するものが多いことに苦慮していた。

1977年ごろより、在宅での訓練指導の技術習得を目的に保健師も参加するようになり、通所自主訓練の場は医療スタッフと保健師の出会いの場となった。

そして、患者の会、リハビリテーション専門職、保健師などが、互いにかかえる問題点を検討する場として、月1回の定期的な集りを持つようになった。約1年間協議したが、地域活動の重要性は確認されるものの、問題の複雑さの前に何から手をつければ良いかわからない状態が続いた。

協議の結果、①情報・連絡網の整備、②関係者間の連携を広げるための交流の場づくり、③寝たきりが予想されるものへの指導など、“作られた寝たきり”の予防を最重要課題として活動することが確認された。そして、病院のスタッフと地域のスタッフが協力し、退院後の患者をフォローする事が可能となる活動を目指すという結論にいたった。

#### ③ 連絡協議会の発足

「自分の手がけた患者を寝たきりにしない！」を合言葉に、1978年、関係者の自発的な組織として、“長崎市脳卒中リハビリテーション連絡協議会”（**図1**）が発足した。この組織が、今日まで長崎における地域リハビリテーション活動の核になっている。

このように、活動は障害のある人々の自主的な活動を医療機関や保健師など関係者がボランティアに支える活動から始まり、組織化されていった。

**図2**に、以後の協議会活動も含めて経過を示した。

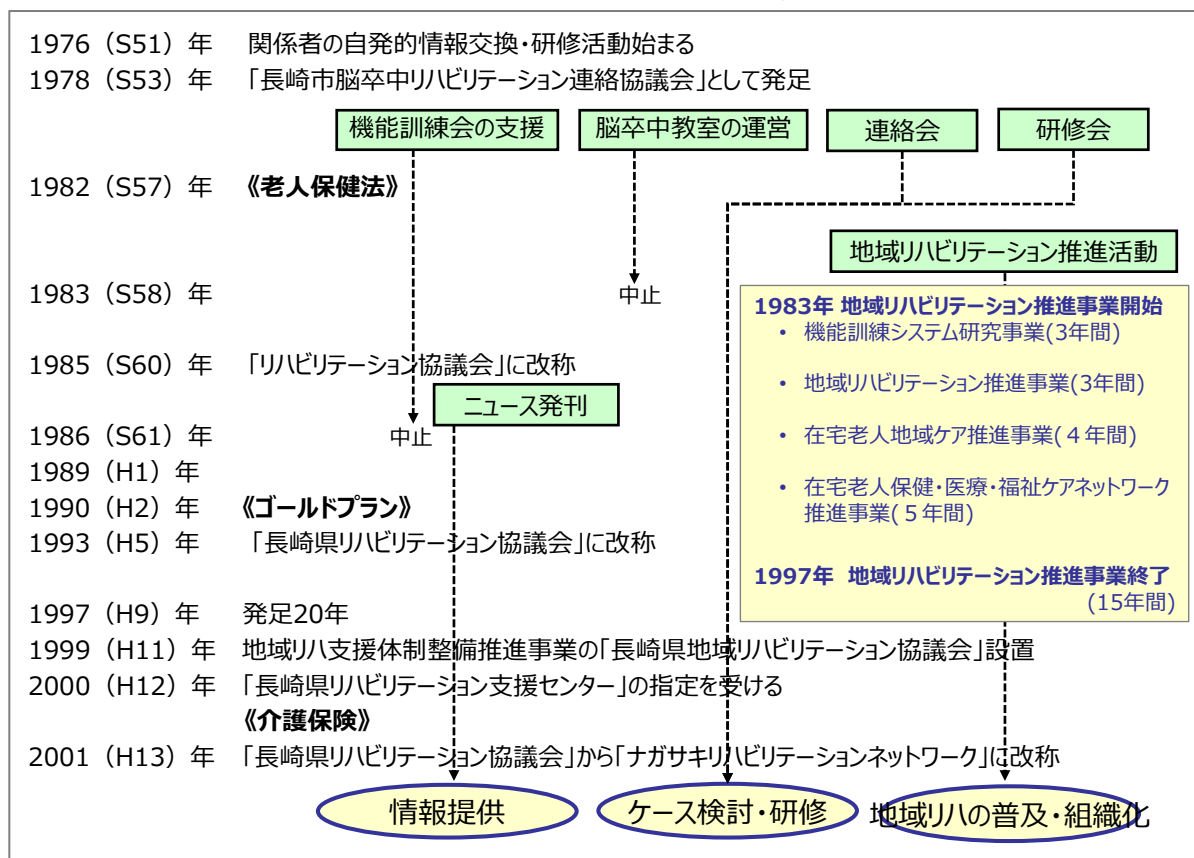
機能訓練会の支援は毎週土曜の午後、筆者と理学療法士で実施し、脳卒中教室は機能訓練会では対応できない諸問題に他の専門職も含めて相談と指導や研修会を月1回、日曜に実施した。当事者を含む関係者の連絡会は、月1回土曜の午後で開催され、抱える様々な問題が話し

**図1 連絡協議会の定例会**



合われた。

図 2 長崎県リハビリテーション協議会の歩み



#### ④ 長崎県の離島における地域リハビリテーション活動

当時、長崎県には対馬や壱岐、平戸諸島や五島列島などの大きな離島と県本土に沿って点在する島々など約 600 の離島があり、有人島は約 60 あるとされていた。

このように多くの離島を抱える長崎県では、いつの時代も離島医療は住民や行政の課題として、積極的に取り組まれてきた。

我々は、老人保健法が始まった 1983 年より 1998 年まで長崎県の事業として 15 年間、1 クール 3 年間をめぐり、離島を中心に地域リハビリテーション推進活動を実施した。

推進活動の考え方は、①地域のあらゆる社会資源を活用すること、②活動の責任体制を明確化して取り組むこと、③援助担当者のチーム育成などとして取り組んだ。

図 3 に、活動の概要を紹介し、具体的な支援活動を図 4 に示した。

図 3 活動の概要

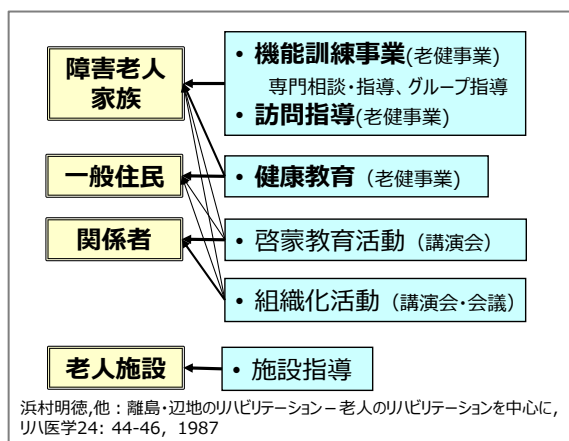


図4 実際の支援活動

リハビリテーション相談指導



在宅、訪問指導



高齢者施設訪問指導



直接的な援助活動

チームカンファランス



地域リハビリテーション推進協議会



組織化活動

健康教育



住民によるワークショップ



啓発活動

## □ 離島におけるリハビリテーション体制の変化<sup>7)</sup>

事業は地域リハビリテーションの普及を目的にしており、事業終了後も地元で事業を継続して展開できるようネットワークづくりや組織化には当初から積極的な働きかけが行われた。

その結果、連携や在宅支援を目的に、多くの関係機関が参加する「地域リハビリテーション推進協議会」が結成され、活動を牽引する組織として機能したと思われる。

以下、事業開始後の離島におけるリハビリテーション体制の変化について、次のようにまとめている。

- 保健所は市町の事業に協力、関係機関への働きかけや事業の調整を行い、組織化の中心的担い手となる。福祉事務所がすべての事業に参加協力し、社会福祉協議会が一般住民への働きかけ、障害老人の送迎、ボランティアの育成などに努めた。中でも、推進協議会の事務局を担い関係機関への働きかけを積極的に行った県保健所の役割が大きかった。
- 全市町で老人保健法の機能訓練や訪問指導が開始された。
- 中核病院に理学診療科が設けられ、治療体制の整備が始まった。リハビリテーション専門職が地域活動にも積極的な支援をするようになった。
  - ※ 地元でのリハビリテーション治療が可能となるよう離島医療圏組合病院に理学療法士などの採用をお願いした。しかし、採用は了解が得られても、赴任する理学療法士がいない。そこで、連絡協議会に動いていただき、県本土で採用、2～3年研修し赴任してもらった。事業開始後5～6年で、基幹病院に最低1人の理学療法士は確保できたように記憶する。そして、複数体制、理学療法士と作業療法士が揃う状態に発展したが、おそらく10年間で費やされたと思われる。
- 医師会では寝たきり老人の全戸訪問診査を実施、リハビリテーションに対する理解が深まってきた。

## □ 離島でのリハビリテーション活動で学んだこと

### ◆ まずリハビリテーションの啓発が重要

当時から、離島では県本土より高齢化が進んでおり、高齢者ほどリハビリテーションを受けることも少なく、自立度も低いことを知った。また、通常、障害は引き起こさない疾病で、廃用が原因の障害が主因となっていることも明らかとなった。中には主治医のいない寝たきり老人もいた。

地域活動では、まずは住民への啓発、リハビリテーションにより寝たきりにならない方法があることを理解してもらうことから始めなければならぬことが確認された。加えて、ありふれた疾病で障害がつけられるなら、医師会と共に、地域医療の中で基本的リハビリテーションの理解を進めることが欠かせないことも知った。

### ◆ リハビリテーション治療体制づくり

しかし、何にも増して、地元でリハビリテーション治療が受けられる体制づくりが最重要課題であることも、関係者が一致するところであった。

新しい体制整備には、地元の熱意がなければ進むものではないが、述べたような経過を振り返ると、リーダーシップを発揮した保健所、中核病院などの医療機関、連絡協議会とそれぞれを代表する組織が連携して積極的にことを進めたことが成果につながったと思われる。社会資源の乏しい地域で新しい体制を作る秘訣を教えられた思いがする。

### ◆ 社会資源とは何か、地域で活動をするということは

社会資源に乏しい地域が、必ずしも不利な条件ばかりではないことも学んだ。

離島には都市部で失いかけている人と人とのつながりが色濃く残っていたり、住民の活動が活発であったり、

地域活動に熱心な社会福祉協議会があり、リハビリテーションに関心の強い医師もいるなど、特徴的な状況があることも教えられた。これらのことは、地域活動を進める上では、極めて有効な資源となった。

かかわろうとするものは、まず、それらのことを理解し、把握することに貪欲でなければならない。地域には、業務的かかわりを繰り返すだけでは見えない要因が数多く存在する。どんなに立派な提案であっても、地元を受け入れられないものは成就しない。お酒を酌み交わすことから始めるしかないことも少なくない。

見知らぬ地域に飛び込んで、何も知らないまま理屈だけが先行した時期もあった。しかし、ある時からこのようなことを強く意識するようになり、関係者や住民とのつながりが強くなったように思われる。地域活動の基本を教えられると共に、社会資源は「数」や「専門機関」だけでないことも学んだ。

## 7. 1998年、小倉の民間病院に赴任

### 1) 小倉（医療法人共和会）赴任の経緯

赴任の要請をいただき一度は正式にお断りした。その後、国立医療機関での人員を増やせない縛りなどリハビリテーション医療の難しさを感じるようになった。また、2000年から介護保険が開始されることが決まっており、国立医療機関で地域リハビリテーション活動をするのは難しいと思うようになった。加えて、窮屈な組織運営の限界など抱える状況や心境に変化があった。

この頃、講演を依頼され小倉を訪問した時、見学の際、大きなホワイトボードに名前が縦横で記載されているのに気づき、質問すると配食ボランティアの担当表だと言う。職員が地元の高校生と一緒に、夕方、勤務後に夕食の宅配をしているとのことだった。

素晴らしい活動に驚くとともに、「職員による配食ボランティア活動（図5）を実践する組織なら、地域リハビリテーションを理解し、一緒にやれる」と思ったことが直接的な赴任の動機となった。

図5 法人職員による配食ボランティア活動



### 2) 当法人における地域リハビリテーションの推進

当法人は、赴任前、およそ20年間、紹介した配食ボランティア活動など独自の地域ケア活動を実施していた。まずは、地域リハビリテーションの考え方や意義を理解してもらうよう働きかけ、それらの活動を継続した。

また、当法人は1983年に老人デイケアを開始したり、1987年に厚生省モデル老人保健施設を開設するなど、高齢者ケアと地域ケアを実施していた。1998年、筆者が赴任し理屈っぽい地域リハビリテーションを持ち込み、振り返るとケアとリハの合流があったように思う。

2001年の病院新築を機に、高齢者慢性期医療中心の「南小倉病院」からリハビリテーション中心の「小倉リハビリテーション病院」に改称した。そして、後述する回復期リハビリテーション病棟1病棟を開始し、8年を経

て、回復期リハビリテーション病棟 4 病棟（158 床）、障害者施設等一般病棟 40 床とするリハビリテーション専門の病院となった。

この間、地域ケア・リハビリテーション活動はそれぞれの関連部署が担当していたが統一性にかけ、重複も認められた。そこで、2014 年、法人全体の活動を「共和会地域包括ケア推進本部」の名のもとに、法人トップ会議の管轄下に置き、3 部門に分かれて活動する体制とした。

現在、「共和会プロボノと専従（理学療法士 1 名、市モデル事業担当）、そして業務」として実施している。

そのプロボノ（Pro bono）であるが、「各分野の専門家が、職業上持っている知識・スキルや経験を活かして社会貢献するボランティア活動全般。また、それに参加する専門家自身」とされ、共和会プロボノは休日のうち半日/月（1 単位）を継続して提供する活動で、職員による有償ボランティアである。

詳しく紹介できないが、コロナ前は職員の約半数が参加していたもののコロナ禍で激減し、現在、活動は 1/3 から 1/2 まで復活している状況である。

図 6 当法人の地域包括ケアを支える地域リハビリテーション活動



## 8. 日本リハビリテーション病院・施設協会の活動

1989 年（H 元年）「日本リハビリテーション病院協会」として発足したリハビリテーション医療を行う病院が集まる全国組織である。1998 年（H10 年）「日本リハビリテーション病院・施設協会」に名称変更し、2009 年に一般社団法人となっている。したがって、長崎時代は日本リハビリテーション病院協会の時であった。また、筆者は 2003 年秋から、2012 年春まで、会長を仰せつかり、現在は名誉会長の立場にある。

長崎時代から当協会に所属して活動していたので、その時代も含めて協会の活動をいくつか紹介する。

## 1) わが国最初の地域リハビリテーション概念の整理

長崎時代、筆者は「日本リハビリテーション病院協会」の地域リハビリテーション対策委員会に所属していた。そして、1991年、表3に示すような定義がまとめられた<sup>8)</sup>。この定義は、わが国で地域リハビリテーションを実践するものが参集し、多くの意見を集約した初めての概念整理だった。

**表3 地域リハビリテーションの定義**（日本リハビリテーション病院協会、1991年）<sup>8)</sup>

地域リハビリテーションとは、障害のある人々や高齢者が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全にいきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々がリハビリテーションの立場から行なう活動のすべてを言う。

その活動は、障害者や老人のニーズに対し、身近で素早く、包括的、継続的そして体系的に対応しうるものでなければならない。また、活動が実効あるものになるためには、個々の活動母体を組織化する作業がなければならない。そして何より住民活動にかかわる人々が、障害をもつことや年をとることを家族や自分自身の問題としてとらえることが必要である。

## 2) ILO・UNESCO・WHOによるCommunity based rehabilitationの考え方<sup>9)</sup>

国際的には、遅れて、1994年、ILO・UNESCO・WHOによって、表4に示すようなCommunity based rehabilitation (CBR)に関するJoint Position Paper<sup>9)</sup>が発表された。

**表4 Community based rehabilitation(CBR)**<sup>9)</sup>

CBR is a strategy within community development for the rehabilitation, equalization of opportunities and social integration of all PWD. CBR is implemented through the combined efforts of PWD, their families and communities and appropriate health, education, vocational and social services. Community based rehabilitation empowers persons with disabilities to take action to improve their own lives, and contribute rather than drain or deplete whatever scarce resources that are available, and thereby benefiting all the community. (ILO,UNESCO,WHO,1994)

障害のある全ての人々のリハビリテーション、機会均等、そして社会への統合を、地域の中において進めるための戦略である。CBRは、障害のある人々とその家族、そして地域、さらに適切な保健医療、教育、職業および社会サービスが統合された努力により実施される。

障害のある人々が自分の住む地域で暮らす権利、つまり健康で快適な生活を楽しみ、教育・社会・文化・宗教・経済・政治の面において完全に参加する権利を促進するものである。

当時、Community based rehabilitation (CBR)、地域リハビリテーションについては国際的にもさまざまな考え方があり、開発途上国中心の活動であるとするなどの見方もあった。

また、わが国で進めようとしている地域リハビリテーションとCBRは同じなのかという意見もあったが、日本リハビリテーション病院協会の「障害があっても地域社会に生き残る条件をつくる」という目的と、Joint Position Paperに示される「健康で快適な生活を楽しみ、教育・社会・文化・宗教・経済・政治の面において



完全に参加する権利を促進する」という目標とは、大きく異なるものではないと考えた。加えて、Joint Position Paper では、活動を「障害のある人々自身・家族・地域住民と諸サービスが一体となって実践すべき」であるとし、日本リハビリテーション病院協会では、「地域のみならずつくる」と唱えており、活動の進め方についても同様の視点が提示されていると整理した。

海外視察している時、この資料を目にしたが、考え方が共通していることに安堵し、その後は自信をもって海外の関係者にも我が国の考え方や活動を紹介し、意見交換してきた。

### 3) 定義の改定

2001年に最初の定義を見直したが、その後国際的な考え方の変化や我が国の地域包括ケアシステムの推進などがあり、2016年、2回目の改定が行われた。

まず、2004年のILO, UNESCO, WHOによるJoint Position Paper<sup>10)</sup>で、その理念が表4の「social integration 社会的統合」から「social inclusion 社会的包摂」へ変更された。そして、CBR から CBID (Community-Based Inclusive Development 地域の包摂性を高める活動) へと障害のある個人へのかかわりと共に、「地域社会変革への比重が強められた印象」となる変更があった。

一方、我が国では地域包括ケアシステムの推進が図られ、その目標として「地域共生社会」が使われるようになった。このような状況を踏まえ、2016年、表5,6<sup>11)</sup>のような概念の見直しが行われた。

**表5 地域リハビリテーションの定義 (2016年改定) <sup>11)</sup>**

地域リハビリテーションとは、障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。

**表6 地域リハビリテーションの推進課題 (2016年改定) <sup>11)</sup>**

1. リハビリテーションサービスの整備と充実
  - ① 介護予防、障害の発生・進行予防の推進
  - ② 急性期・回復期・生活期リハビリテーションの質の向上と切れ目のない体制整備
  - ③ ライフステージにそった適切な総合的リハビリテーションサービスの提供
2. 連携活動の強化とネットワークの構築
  - ① 医療介護・施設間連携の強化
  - ② 多職種協働体制の強化
  - ③ 発症からの時期やライフステージにそった多領域を含む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
  - ① 市民や関係者へのリハビリテーションに関する啓発活動の推進
  - ② 介護予防にかかわる諸活動を通じた支えあいづくりの強化
  - ③ 地域住民も含めた地域ぐるみの支援体制づくりの推進

そして、「地域リハビリテーション活動指針」の冒頭に、「地域リハビリテーションは、障害のある全ての人々や高齢者にリハビリテーションが適切に提供され、インクルーシブ社会を創生することを目標とする」と記載された。

#### 4) 地域リハビリテーション支援体制整備推進事業

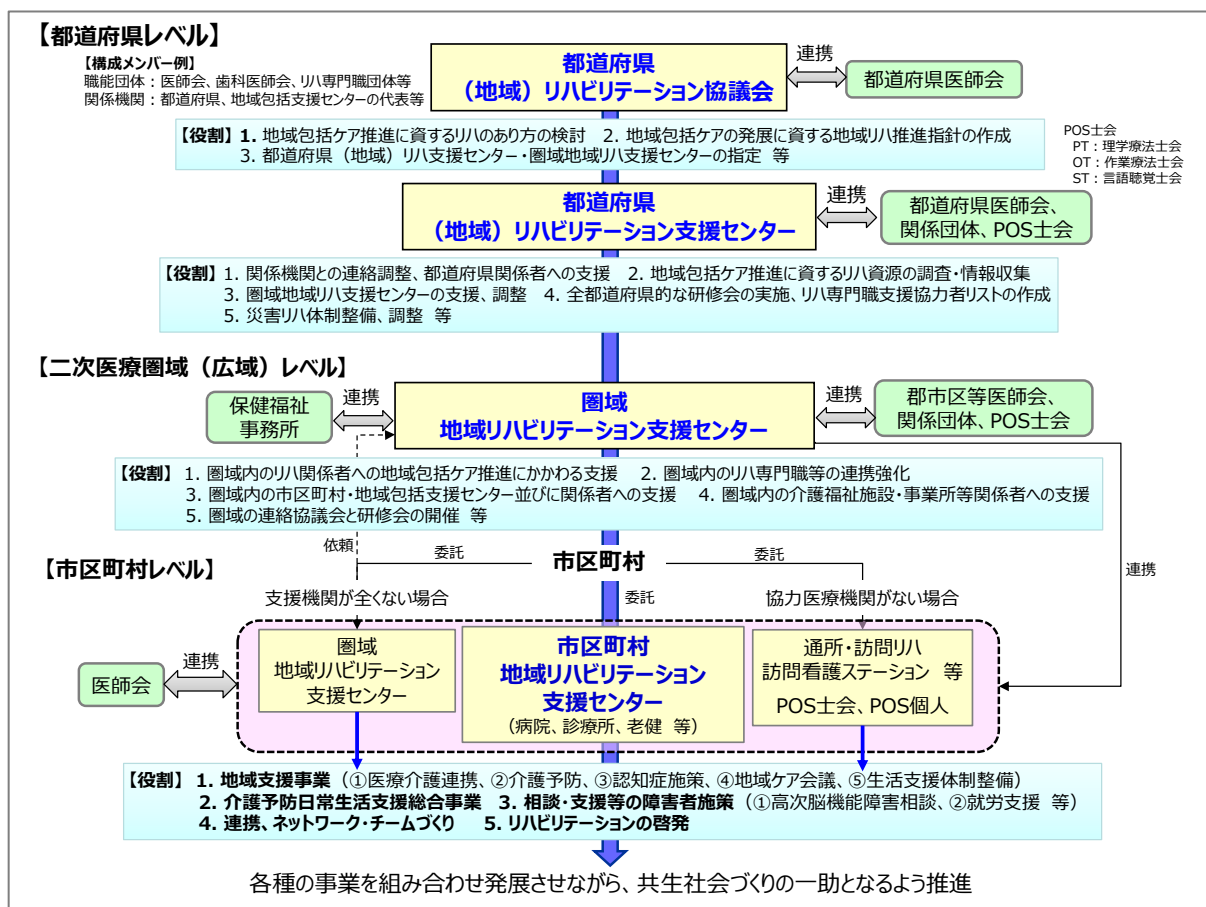
1990年代、日本リハビリテーション病院協会では後述する「集中的リハビリテーションが可能な病棟の創設」と「地域リハビリテーションの推進」が二大課題となっており、前者を故石川誠先生（野球の長嶋さんのリハビリテーション主治医、回復期リハビリテーション病棟の生みの親）が、後者を筆者が中心となって取り組むこととなった。

小倉に赴任した1998年度、日本リハビリテーション病院協会は、国の研究事業として地域リハビリテーションの推進体制に関するマニュアルづくりを受託していた。

当時は、先駆的に取り組まれていた兵庫県における活動などを参考に、1991年に整理されていた地域リハビリテーションの考え方や1994年のILO・UNESCO・WHOによるCommunity based rehabilitationに関するJoint Position Paperなどを参考に、介護保険が開始する前の状況を踏まえて推進マニュアル<sup>12)</sup>が作成された。このマニュアルに基づき、1999年から全国の都道府県で「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」が取り組まれるようになった。

そして、2020年、このマニュアルは見直され、地域包括ケアを支える地域リハビリテーションの名のもと、更なる推進が図られている。図7に、2020年に改定された地域リハビリテーション体制整備マニュアル<sup>13)</sup>を示した。

図7 地域包括ケアシステム構築に向けた「地域リハビリテーション体制整備マニュアル」



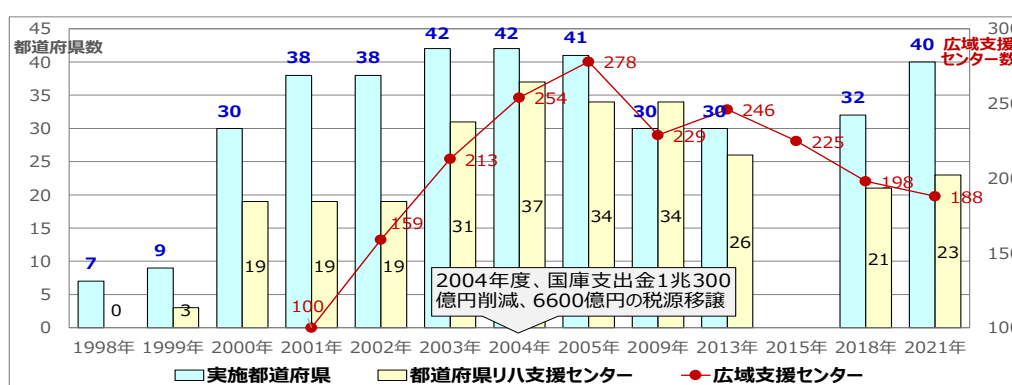
提案の要点は、①地域包括ケアを支える地域リハの推進を主旨に、支援の在り方などを提案、②地域包括ケアの推進は市区町村が主たる機能を担うことから、市区町村でも地域リハ支援センターの設置や地域に

あるリハ資源の活用などを提案、③体制の推進には医師会のリーダーシップや支援を強く期待する提案にしたとされている。

図8に地域リハビリテーション支援体制整備状況の推移を示したが、2003年～2004年頃は、全国42都道府県が取り組んだ。その後補助金のあり様に変化し中断した都道府県もあったが、最近では再度取り組む都道府県も増えてきた。ちなみに、長崎県は1999年のマニュアルに沿って推進体制が整備されている。

現在、筆者が住む福岡県はなかなか理解が進まず、介護予防支援センターが4ブロックに1か所指定されている。また、北九州市はかなり早い段階から行政職にリハビリテーション専門職を配置していたこともあり、行政の理解は深く、役所には地域リハビリテーション課があり、図7に示した市レベルの地域リハビリテーション支援センターが2か所指定されており、活発に活動が行われている。

図8 都道府県における地域リハビリテーション支援体制整備状況の推移



## 5) 集中的リハビリテーションが可能な病棟、「回復期リハビリテーション病棟」の創設

1990年代まで、全国の病院におけるリハビリテーションは治療室（訓練室）でリハビリテーション専門職が関わり、必要な全職種がチームで生活までを含む支援に関わる専門病棟はなかった。高齢化が進行し、脳卒中や骨折が増加するも自立生活を取り戻すことは容易でない治療環境だった。

様々な課題があったが、捉え方は「リハビリテーション＝機能訓練」、目標は「心身機能の改善で生活機能の改善には程遠い取り組み」がなされていた。例えば、訓練室から病棟に帰ると、多くの患者は寝巻に着替えて臥床する療養生活、ベッド上での食事、ベッドサイドに簡易便器を置きカーテン一枚の仕切りで排泄を余儀なくされることも珍しくなかった。加えて、認知症があれば身体拘束も常態化したケアが行われていた。

我々は、このようなリハビリテーションを変え、生活に視点を置きその再建と自立した在宅生活が可能となる集中的なリハビリテーションができる病棟を模索した。

当時、日本リハビリテーション病院協会会長であった澤村誠志先生（元、兵庫県立リハビリテーション病院院長）のもと、1995年頃から、「我が国のリハビリテーションの発展には治療の拠点が必要である」ことを、当時リハビリテーション関係の担当部署だった厚生省老人保健課にお願いしていた。

その中心となったのが、故石川先生だった。当時診療報酬の仕組みだった「リハビリテーション専門病床群」という名称で提案したが関係団体の理解は得られず、結局、我々は単独で国に創設をお願いし続けた。

しかし、偶然というか不思議なことに、介護保険創設の議論の中で「リハビリテーション前置主義」という考え方が示され、介護状態を軽くするにはリハビリテーション治療が重要であることを理解していただく環境が生まれできた。加えて、石川先生の情熱により、担当課の理解が得られるようになり機運が高まってきた。流れが変わ

ってきたのは介護保険が始まる1年ぐらい前だったと思う。

石川先生が高知でチャレンジしていた病棟の考え方や運営のデータを基に提案内容は作成された。結果、回復期リハビリテーション病棟として誕生したわけであるが、3本柱の「ADLの向上、寝たきりの防止、家庭復帰」に、機能訓練だけにとらわれないリハビリテーション医療のあり様が整理されている。そして、在宅復帰率が定められたが、このようなアフタカム指標が報酬上で示されたのは初めてであったと思う。

結果として、リハビリテーション治療を専門に行う拠点病棟が確立され、全国の数多くの病院が取り組むこととなった。現在、全国では9万床を超え、恐らく10万床に近づいていると推測する。

回復期リハビリテーションの発展がなければ、我が国独特のステージ分類である「回復期」の設定はなかったであろう。また、現在取り組まれている地域医療構想とは異なる構想になった可能性もあると考える。

回復期リハビリテーション病棟は、民間提案の珍しい病棟であることを紹介した。

## 6) 東日本大震災と災害リハビリテーション

筆者が日本リハビリテーション病院・施設協会の会長を務めさせていただいた間、もともと記憶に残る出来事は、2011年（平成23年）3月11日に発生した東日本大震災とその後のリハビリテーション支援である。

それまで報酬改定の共同提案などを目標に集まっていたリハビリテーション関連5団体（日本リハビリテーション医学会、日本PT、OT、ST各協会、当協会）に、全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会、全国老人デイ・ケア連絡協議会、全国訪問リハビリテーション研究会、全国地域リハビリテーション関連団体と日本介護支援専門員協会を加えた10団体で支援活動を行うことが決定されるまで約1ヶ月間要した。

諸経費は各団体に負担していただき、取り組みが始まった。事務局には、情報の共有化、シンクタンク機能、活動のマネジメント、マッチング機能を担っていただいた。そして、厚生労働省、日本医師会、全国老人保健施設協会、被災地保健所、被災地地域リハ広域支援センターなどと連携し、大災害に社会全体が大混乱する中で、全国の支援を結集し、計画的に被災地に届ける作業が行われた。

これらの経験は、『一般社団法人 日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT: Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team）』に引き継がれ、協会会長は長崎リハビリテーション病院 栗原正紀先生（日本リハビリテーション病院・施設協会会長の後任でもある）がされている。

災害時のリハビリテーション対応は東日本大震災やその後の災害支援の経験から、日ごろの地域リハビリテーション体制の整備が重要となり、その体制が整っている地域ほど災害時の対応も円滑に進むことから、都道府県ごとの体制整備に取り組まれ、ほぼすべての都道府県で体制の整備ができたとされている。

## 9. おわりに

気軽にお引き受けしたものの、岩崎先生の足跡を辿るため関係者にコメントをいただきながらどうにかまとめることができた。しかし、岩崎先生のお名前をお借りして自己紹介したようにも思われ、誠に失礼をしているとも感じながら作成した。

前半は、岩崎先生に関する内容となっているが、後半は自らの活動紹介になった。このような回想録はないと思いつつ、「地域」に絡む活動を志し、リハビリテーションの世界で地域リハビリテーションという領域に足を踏み入れ、仲間や職員との地域活動を基に、考え方の整理や活動の方向性を探る作業をさせていただいた。もし、後輩の皆様でご理解していただける人がいるならと願って書いてみた。

最後に、地域絡みで、現在のリハビリテーションに期待することを述べておわりとしたい。

リハビリテーションは医学・医療の世界に始まることから患者・利用者を生物として捉えることから離れられない。しかし、対象者の多くはリハビリテーション治療で元の心身機能を取り戻すことは難しく、治療が終わると障害を抱えながらの生活、人生を生きて行かねばならない。

心身機能が元に戻らないことをもって「プラトー」と退院を告げた昔の対応は、もう通用しない。現在では、障害があっても自分らしく生きられるよう支援するケアとリハビリテーションが求められている。良く使われる ICF（国際生活機能分類）では、「心身機能」を超えて「活動」と「参加」が重要だとする。しかし、患者・利用者へのまなざしを生き物としてしか持てないリハビリテーション医療は、そのことをどのように捉え、支援すれば良いか、イメージを掴めないで見えるように見える。

結果として、対象者が求めるからと「限りない訓練」を繰り返したり、「上がった、下がった」の物差しで生活や人生を測ろうとしているようにも見えて仕方ない。また、心身機能は頑張っても低下せざるを得ない年齢を迎えるものである。筆者は団塊の世代、人生最期まで成果が問われるのかと、独り言をつぶやいている。

こんなこともあり、患者や利用者を生物として捉えるだけでなく、社会的存在として受け止め、支援する医療が欠かせないと思うようになっている。このようなまなざしを持たなければ、目標とする自立や参加、その人らしさの支援は形だけになってしまう可能性があると思われる。

岩崎先生、山口先生、そして若月先生、みんな生活まで広げて医療活動に取り組みされた。そのようにはできなくても、地域に根差し、その人の生活に寄り添う医療は誰にでも可能と思っている。冒頭に紹介した岩崎先生のお言葉を拝借すると、「このままでは、住民・患者が専門医学の谷間に落ち込んでしまう」ので、「超高齢社会の地域医療としては、生物的存在としてだけではなく社会的存在としてのまなざしをもって接し、生活までを包括して支援したい」と考える。

我々の地域リハビリテーションも対象者の暮らしへの支援を公言してはいるが、やらねばならないことがあまりにも多すぎる。

まず、リハビリテーション医療が患者・利用者の将来を考えながら、訓練主義に終始せず、その人らしい生活の継続の可能性を考えて支援すれば、退院時の状態はもっと変わるであろうと思う。

もう一つが、社会そのもののあり様である。誰も社会から離れて生きることは不可能であり、障害を抱えつつ自分らしく生きるには、もっと社会の理解と支援が期待されている。

英国の慈善団体「チャリティーズ・エイド財団」の調査<sup>14)</sup>によれば、我が国の「人助け指数」は、調査した 114 カ国中最下位であった。このことから、我が国の包摂力は決して高くなく、社会的孤立も高いように思われ、医療の立場においてもこれらのことを念頭に在宅生活の支援を考えたい。もし、医療機関が持つ機能の千分の一、万分の一でも社会貢献活動に提供されるなら、地域は元気を取り戻し、少しは住みやすい地域になる可能性がある。地域はそれを望んでいると思っている。

最後に、6年間部下として活動を共にされた小山氏にコメントいただき、岩崎先生のお人柄や活動内容がより具体的に伝わり、紹介できた。この場を借りて深く感謝したい。また、個人情報を提供してくれた当法人職員若月君にもお礼申し上げる。そして、発表の機会をくださった廣田先生はじめ関係者の皆様のご厚意には心から感謝したい。

若い人が読んでいただければと念じつつ執筆したが、随所に筆者の独りよがりがあり許していただきたいと願って終わりにしたい。

## 文献

- 1) 若月俊一、岩崎榮：対談「プライマリ・ケアと病院」、医学書院「病院」、38巻11,12号、1979年11,12月)
- 2) 岩崎榮：地域医療の基本的視座—実践・教育・研究の統合を求めて—、ベクトル・コア、1990年
- 3) 日本プライマリ・ケア連合学会ホームページ。  
<https://www.primary-care.or.jp/paramedic/index.html>。(2022,6,6)
- 4) 岩崎榮：人間医療学、p289、南山堂、1997
- 5) 夏川周介：「農村医療の原点」2005年、「農村医療の原点Ⅱ」2006年、JA長野厚生連佐久総合病院
- 6) 松島松翠編著：「現代に生きる若月俊一のことば」、社団法人家の光協会、2014年
- 7) 浜村明德：地域リハビリテーションプラクティス—暮らしを支える地域リハビリテーション。第1章 地域リハビリテーション、それはゼロから始まった、pp15-20、医療文化社、2004
- 8) 澤村誠志他：地域リハビリテーションシステムの構築について、日本リハビリテーション病院協会報10：7-9、1991
- 9) ILO UNESCO WHO：Community-Based Rehabilitation, Joint Position Paper、1994
- 10) ILO, UNESCO, WHO：Community-Based Rehabilitation, Joint Position Paper、2004
- 11) 浜村明德：特集、平成28年度第1回リハビリテーション研修会「2016年版地域リハビリテーションの定義、推進課題、活動指針について」、日本リハビリテーション病院・施設協会誌 No.159,11-21、2017
- 12) 澤村誠志他：地域リハビリテーション支援活動マニュアル、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、1999
- 13) 日本リハビリテーション病院・施設協会：令和2年度老人保健事業推進費等補助金事業、「地域包括ケアシステム構築に向けた地域リハビリテーション体制整備マニュアル」、2021
- 14) 英国の慈善団体「チャリティーズ・エイド財団」の調査：世界の人助け指数、114カ国12万人超に電話インタビュー、アメリカの市場調査会社ギャラップ、2020年