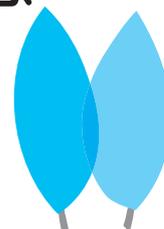


## 第1回

# 限界集落(人口減少先鋭化地域)の実態

本田哲三

昭和伊南総合病院リハビリテーションセンター センター長, 医師



### はじめに

わが国が世界史上初めて、自然経過として人口減少社会に直面していることは周知のとおりである。

その結果、特に地方の過疎地では「限界集落」と呼ばれる人口減少先鋭化地域が出現し深刻な社会問題となっている。「限界集落」とは、「人口の50%以上を65歳以上の高齢者が占めており、冠婚葬祭などのコミュニティ活動がもはや困難となっている集落」を意味する<sup>1)</sup>。平成18年時点において、全国に7,878の限界集落(人口の50%以上が65歳以上の集落)が存在し、そのうち423集落が10年以内に消滅する(「消滅集落」—後述)とされている<sup>2)</sup>。

筆者は、縁あって平成19~20年に人口2,000人弱の一山村における生活実態調査および地域リハに関与する機会を得た。さらに、平成24年には近隣の中山間地域における地域リハ活動にも参画した(後述)。

本連載では、以上の調査結果に基づき、人口減少社会における地域リハのあり方を考察・提言する。

### 調査の概要

筆者が参画した調査の概要を述べる。

#### 1. 調査Ⅰ：一山村における生活満足度調査

—泰阜村全住民に対する世代別生活ニーズ実態調査<sup>3)</sup>

長野県下伊那郡泰阜村(以下、泰阜村)全住民(2007年6月時点で総人口2,002人、高齢化率38%、うち乳幼児〔0~5歳〕と調査期間中の転出・死亡・施設入所者〔107人〕を除いた1,817名が対象)への訪問による生活実態調査・QOL調査(SF-8)、ADL評価(FIM短縮版)、認知症スクリーニング(時計描画検査)、栄養調査を実施した。

#### 2. 調査Ⅱ：南信州西南地域における高齢者医療システムニーズ調査—「包括的ケアシステム」構築への基礎調査<sup>4)</sup>

長野県南信州西南地区(泰阜村、阿南町、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、総計186集落)のうち限界集落(62集落)在住要介護者169名を対象とした。協力を得られた110名に生活実態調査(調査Ⅰと同様)を実施した(第一次調査)。その後、対象者を週1回の地域リハ介入群と非介入群(コントロール群)の2群に分け、4カ月後に第二次調査を実施し2群間の比較から地域リハの効果を検証した。

### 3. 調査Ⅲ：地域巡回リハ活動による「ソーシャル・キャピタル」形成の検討<sup>5)</sup>

調査ⅠおよびⅡにより地域リハ活動における身体・精神機能活性化が検証された。しかし、リハ終了後には当該地域では継続的な地域ケアシステム形成に至らなかった。本調査では長野県駒ヶ根市における地域リハ活動の有効性を検討するとともに疎遠になった「住民同士の絆(ソーシャル・キャピタル：social capital, 以下 SC)」再生の手法を検討した。具体的には、協力を得られた駒ヶ根市内3自治組合のうち、2自治組合員に6カ月間の地域リハ活動(SC形成へのアプローチも含む)を実施し(1組合は非介入コントロール群)、介入前後2回の調査(内容は調査Ⅰ、Ⅱとほぼ同様)の比較から地域リハ活動の有効性を検討した。

## 限界集落(人口減少先鋭化地域)住民の生活実態

以下に、上記調査(Ⅰ、Ⅱ)から明らかになった人口減少先鋭化地域の課題を取り上げる。紙数の関係から、調査の全容および結果の詳細は報告書を参照されたい。

### 1. 世帯の崩壊—深刻な「限界世帯」の増加

泰阜村世帯類型調査では、全751世帯中の488世帯(67.7%)が(高齢者〔65歳以上〕単身、高齢者夫婦ないしは無配偶子との高齢者同居など)の世帯であった。このような世帯では高齢者がいったん危機的な生活状況(病気や事故などでの要介護状態やそれに伴う経済的出費などの出現)に直面すると在宅生活維持が困難となり施設入所を余儀なくされる。われわれは当該世帯を「限界世帯」と呼んで<sup>4)</sup> (一方、既婚子と同居している高齢者世帯あるいは64歳以下の既婚子世帯などの非「限界世帯」では、たとえ高齢者が危機的な状況に直面化しても世帯内で介護一問題解決が可能である)。限界集落ではこの傾向がさらに顕著で、実に全世帯の78.2%が「限界世帯」に該当していた。

周知のとおり、わが国の介護保険制度は「公助(公的援助、主に介護保険)」のみならず、「自助(世帯内での介助)」「共助(近隣・コミュニティの助け合い)」機能が前提となっている。しかし「限界世帯」が圧倒的多数を占める人口減少先鋭化地域では、「自助」機能がすでに破綻していた。当該地域ではADL非自立者の世帯内介護はもとより困難である。したがって本来地域住民の「住み慣れた地域で最後まで安心して暮らしていきたい」思いの実現を目指す地域リハ医療の完結には、対象者の機能回復のみならず共助システム自体の再生(=リハ)へのアウトリーチが必須となる(本連載で改めて取り上げる予定である)。

### 2. 「生活の足」の欠如—深刻な“extended dysmobility”の出現

限界集落在住要介護者の生活調査(調査Ⅱ)では「外出先」は「病院」が最も多く(74.5%)、次いで「老人介護施設(55.7%)」であった。さらに外出頻度は週2~3回が最も多かった。以上の事実から、運転困難な過疎地在住要介護者が自宅に閉じ込められている生活実態が浮かび上がった。

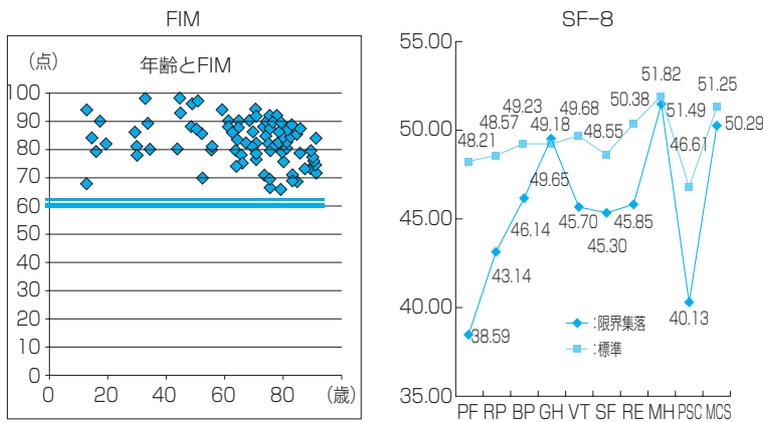
従来、リハ医学は種々の日常生活活動(ADL)の中でも“dysmobility(動けなくなること)”への対応を最重要視してきた<sup>6)</sup>。しかし限界集落への地域リハでは、さらにQOLにおける“拡大(extended) dysmobility”, すなわち社会活動(交通)手段の確保・獲得が重要であることが明らかになった。

### 3. 「身体的ADLと身体的QOL」「身体的QOLと精神的QOL」の二重乖離

限界集落在住の要介護者は、高齢になっても比較的身体的ADLは維持されていた(図1)。

この結果は、限界集落ではADL自立が困難になると施設入所を余儀なくされる(過酷な)生活実態を示唆している、とも考えられる。

一方SF-8のQOL評価では身体的QOLは低いものの精神的QOLは比較的維持されていた(図1)。この二重の乖離(「身体的ADLと身体的QOL」および「身体的QOLと精神的QOL」)は、「身体はつらいが、かろうじて自宅でなんとか自立(見守りレベルを含む)して暮らしている。一方、住み慣れた環



境での生活により精神的には比較的に安らかである」限界集落在住の要介護者の特徴を示していると考えられる。

### 高齢者リハにおける「廃用完成モデル」の提唱と限界集落の消滅過程

従来，高齢者リハは厚生労働省「高齢者リハモデル」，すなわち「脳卒中モデル」<sup>8)</sup>と「廃用症候群モデル」<sup>8)</sup>が広く援用されてきた（図2）。

しかしわれわれの調査では，限界集落住民はすでに潜在的に廃用が十分に進行していた。実際，南信州地域における一回復期リハ病棟の調査では，入院病名の半数以上が運動器疾患および廃用であった<sup>7)</sup>（図3）。さらに当該病棟と全国回復期リハ病棟の比較では，当該病棟の退院時 FIM 値と（リハ開始前の）全国回復期リハ病棟入院時 FIM 値が同じレベルであった（図3）。

以上より，筆者は「廃用完成モデル（過疎地モデ

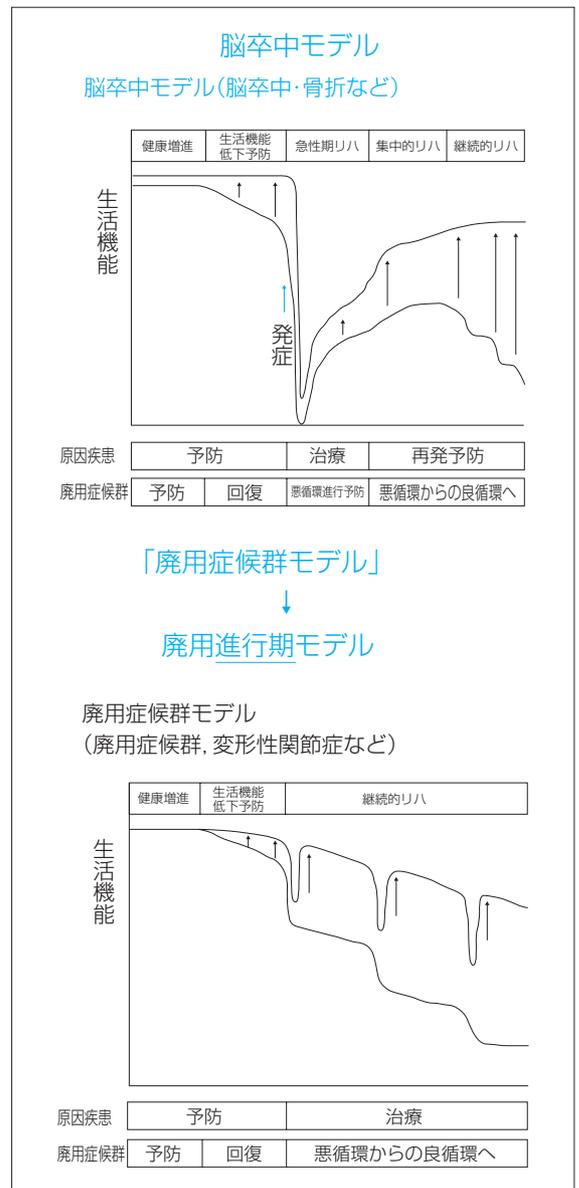


図2 厚生労働省「高齢者リハビリモデル」  
資料 高齢者リハビリテーション研究会（第1回）上田委員プレゼンテーション資料より作成

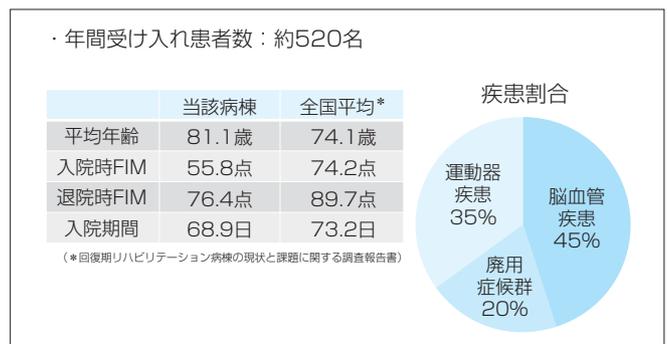


図3 南信州一回復期リハ病棟の実績

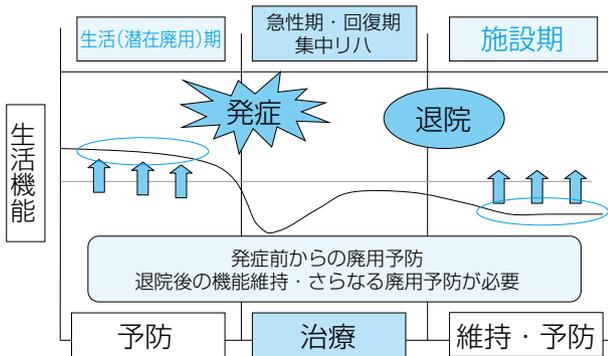


図4 廃用完成モデルと地域リハ

ル)」を新たに提唱する(図4)。

すなわち、限界世帯の独居高齢者は潜在的に廃用が進行し運動器症候群(ロコモティブシンドローム)や認知症が常態化している。このような高齢者が入院加療後に回復期リハ病棟へ転棟した場合、たとえ肺炎や転倒による圧迫骨折などの比較的軽微な病態でも機能回復の余地が少ない。したがってリハプログラム後もADL自立に至らずに自宅復帰困難との判断のもとで施設入所を余儀なくされる。以上のプロセスが地域住民の減少を招き、結果として限界集落は「消滅集落」への道をたどることになる(ちなみに、従来の「廃用モデル」は「廃用進行期モデル」ととらえるべきである、と筆者は考えている)。

## おわりに

人口減少社会における深刻な社会問題である限界集落解決の鍵は地域リハにある、と筆者は考えている。次回より限界集落における地域リハの実践結果を報告していく。

## 文献

- 1) 大野 晃：限界集落と地域再生。高知新聞社，2008
- 2) 国土交通省：「過疎地域等における集落の状況に関するアンケート調査」，平成19年8月
- 3) 泰阜村：「一山村における生活満足度調査」—泰阜村全住民に対する世代別生活ニーズ実態調査報告書。平成19年度老人保健事業推進費等補助金事業。厚生労働省
- 4) 泰阜村：南信州西南地域における高齢者医療システムニーズ調査—「包括的ケアシステム」構築への基礎調査報告書。平成20年度老人保健事業推進費等補助金事業。厚生労働省
- 5) 駒ヶ根市：地域巡回リハビリ活動による「ソーシャル・キャピタル」形成の検討報告書。平成24年度老人保健事業推進費等補助金事業。厚生労働省
- 6) 千野直一：リハビリテーション医学の特殊性。千野直一(編)：現代リハビリテーション医学 改訂第2版。金原出版，pp1-4，2004
- 7) 本田哲三，他：「高齢者地域リハビリモデル」の提案。第48回日本リハビリテーション医学会学術集会，千葉，2011
- 8) 厚生労働省：第1回高齢者リハビリテーション研究会会議資料。2003
- 9) 長野県健康福祉部：長野県における地域リハビリテーションのあり方検討会報告書。平成24年3月

■「ハビリス」の本質をふたたび問う、大田仁史の60のお話。

# 大田仁史の『ハビリス』を考えるⅡ

## リハビリ備忘録

大田 仁史 (茨城県立健康プラザ管理者)



●定価1,890円(本体1,800円+税5%) 四六 頁254 2013年 ISBN 978-4-89590-436-0

お求めの三輪書店の出版物が小売書店にない場合は、その書店にご注文ください。お急ぎの場合は直接小社に。

〒113-0033

東京都文京区本郷6-17-9 本郷網ビル



三輪書店

編集 ☎03-3816-7796 ☎03-3816-7756

販売 ☎03-6801-8357 ☎03-3816-8762

ホームページ：http://www.miwapubl.com