



Title	これからの地域リハビリテーション：その現状と課題
Author(s)	澤村, 誠志
Citation	大阪公衆衛生. 1994, 66, p. 2-5
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/83791
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

講演

これからの地域リハビリテーション

～ その現状と課題 ～

兵庫県立総合リハビリテーションセンター

所長 澤村 誠志

去る8月6日、新築の大阪府立看護大学のすばらしい講堂を会場にして、大阪在宅ケア研究会の第9回大会が開かれました。この大会には、大阪公衆衛生協会も毎年後援団体として協力をしています。今大会では、兵庫県の澤村誠志先生が記念講演をされましたが、聴衆に大きな感銘を与えるものでありましたので、ここにその内容の一部を紹介させていただきます。

(文責出版編集部)

① 地域リハ活動を必要とする背景

1. 「日本型福祉社会」の限界

我が国の現状では、家族の介護を前提とした施策が中心である。1999年の達成をめざす「ゴールドプラン」の中にも、介護を必要とする人々が、家族の介護なくして、単身で社会の援助を受けながら地域で生活していくノーマライゼーションの理念は見あたらない。つまり、介護が必要となった人々は、施設か病院でケアを受けるのが当然であり、地域に住む権利は残念ながら保証されていない。ここに地域リハ活動の必要性がある。

2. 地域を支えるマンパワーの不足

医療や福祉が産業としては、我が国の経済成長への貢献度がきわめて少ない事実から、経済政策としての医療や福祉分野への公的投資が、他の先進諸外国と比較してきわめて低く、そして、長い間押えられてきた。

その典型的な例が、我が国における寝かせきり老人の異常な数であり、3K、8Kなどといわれる看護介護マンパワーの不足である。

入院、施設ケアにあたる看護介護職がヨーロッパ先進国の40％程度であり、寝たきり老人が多いことはマンパワーの不足によるものである。

我が国では、公的な経済負担に限界があるとの基本姿勢から、自らの老後は自らの努力で守って欲しいとする国民の自助努力を期待している向きがある。この中で、家族の介護を前提基盤とした日本型福祉社会に、はたして安心して私どもの老後をゆだねることができるかどうか、はなはだ心細い現状である。

3. 医療費削減政策

近年の医療費の高騰により、このまま放置すると国民の負担率が高くなり、社会保障の枠が増加すると国としての活力が失われるとの意見は、我が国のエコノミストの共通理解であろう。

このために医療費をGNPの伸び率より抑制しようとする方針が出され、医療法の改正など様々な医療費抑制策が出されている。

この医療費高騰の主役が老人医療である。そのため地域での受け皿の不足による社会的

入院を抑制し、ケアの質のよくない老人病院に対して、医療費を定額にした老人保健施設や療養型病床群などが登場している。

たしかに、国、地方自治体の経済的負担の立場からすると、現行の週2回程度のホールヘルパー派遣、デイケア、ショートステイの在宅ケアの三本柱があったとしても、家族の介護を前提とした現行の地域ケアが一番公的負担が少ない。

しかし、ここで最も大切なことは、この経済的負担の少ないことが、地域ケアを推進する第一義的な理由になってはならないということである。あくまで、地域に住みたいと望む老人の生き方をサポートする姿勢、そして、次に述べるノーマライゼーションの理念が、地域ケアには必要であろう。

4. ノーマライゼーションの理念と自立生活

デンマークは、地域での居住の継続性、個人の人生の選択権、自らの能力の活性化を老人福祉の三原則とし、スウェーデンでは生き方の選択の自由、老後の社会生活における安心感、そしてプライバシー保護による個人のニーズの尊重、ノーマライゼーションの実践を政策の基本においている。

このような障害理念の変化と障害の重度・重複化により、日常生活に介護を必要とする人々に対する自立概念の変化、特にADLよりもQOLを重視する動きの中で、人間としての尊厳を保ち、生活主体者としての生き方を保障する方向に変わってきつつある。

これに対して、我が国では、ライフサイクルに応じて家族で支え合う家族による介護が基盤にあり、法的にも障害者扶養に対する家族の責任主義が前提として存在している。これが公的負担を減らす一方で、国民の自立とか主体性の育成を妨げている大きな因子となっているといえる。

② 地域リハ活動の基本的な考え方

私の理念を整理してみると、地域を基盤として患者や障害を持つ人々に対する包括的な保健・医療・福祉サービス体系の中で組織化され、発症後の早期リハから在宅ケア、施設ケアまでを含んだ一連の継続性を持つリハ活動は、一方では他の一般地域医療分野、つまり健康増進、予防および治療と一貫したサービス体系の中にあるべきである。

地域リハとは、障害によって様々な問題をかかえつつ在宅生活を営む人々に、健全な生活を取り戻すこと、また、それを維持していくことを目的とする。リハの立場から実践されるところの総合的で、しかも継続的な地域総体による活動である。

具体的な活動としては、①直接的な援助を伴う在宅リハ活動、②地域リハの組織化活動、③一般の人々への働きかけ、の三つの活動が柱となっているというものである。

③ 地域リハを左右する諸因子

地域リハ活動を左右する諸因子をまとめると次のようになると思われる。

1. 市長など地方自治体首長の長寿社会に取り組む姿勢の有無

2. 地域の保健・医療と福祉を連携するネットワーク

保健所、福祉事務所の窓口一本化など、対人サービスに関する分野の組織的一体化の検討が必要な時期にきていると思われる。

3. 地域拠点の整備

デイケア、ショートステイなどの機能も含む在宅介護支援センターを地域の拠点とする動きがある。これと、市町の保健センター、福祉センター、さらに第二次保健医療圏に

おける、保健所と福祉事務所の一体化したセンター整備などとの関係を整理していく必要がある。

4. 住環境の整備

物理的環境や日本人固有の風習が、地域におけるデイケアへの参加、ホームヘルパーの派遣を拒否する方向につながっていることも少なくない。

5. 交通機関のアクセシビリティ

要介護者の地域でのノーマライゼーションを推進するためには、点である住宅とデイケア、就労の場が確保されたとしても、これらの点が面でつながっていなければ意味がない、この面の役をするのが交通機関である。

6. マンパワーの整備

「寝たきりゼロ作戦」といっても、結局は在宅にしろ、病院、特養にしろ、マンパワーの充実なくしては、寝かされている老人を起こすことは不可能である。このことは、ヨーロッパ先進国の現状との比較で明らかである。

④ 21世紀の長寿社会に向かって今後への展望

地域リハを阻害する因子と、地域を成功に結びつける因子を視野に入れながら、21世紀に向かっての我が国のとるべき指針について私見を述べてみたい。

1. 経済優先から心豊かな生活重視へ

これからの安心して心豊かな老後を迎える社会を形成するためには、まず、国際的にみてかなり低いGNP比社会保障費枠を長期ビジョンの中で大幅に引き上げていくことが必要である。医療保障の基本的なシステムが異なる北欧に準じることはないが、同じ健康保

険制度を持っているドイツ、フランスに目標をおき、国民所得に対する租税、社会保障負担の割合を現在の40%から50%程度に引き上げるべきではなかろうか。

それと同時に、この引き上げは現在の予算配分枠に比例して行うのではなく、入院臓器医療に偏った予算配分を大きく救急・救命およびプライマリヘルスケアのシステム再構築に当てるべきである。また、社会サービス面では在宅サービスに関わるホームヘルパー、保健婦など地域のマンパワーの充実に重点をおき、在宅介護支援センターが真に24時間のケアができるような体制に整備すべきである。

2. プライマリ・ヘルスケアシステムの再構築

現在、地域において要介護老人に対して総合的にケアをすすめていくためには、まず、医療供給サービスにリーダーとしての開業医の役割についての認識を新たにすることが重要である。開業医まして、医学の卒前、卒後教育においての地域医療に接する機会は皆無に近いし、欧米の医学教育できわめて重要な位置を占める家庭医としての専門医の教育は、我が国ではなぜかまったく欠如している。

3. 医の倫理と生命の尊厳を求めて

出来高払い制度は、患者サイドに立つ良心的な運用がされれば十分評価しうる診療報酬制度である。しかし、これによる市場原理に基づく公民医療機関が競合し、過剰診療に走らせる結果となり、また、地域医療供給システムを破滅に導いたことも否定できない。

しかし、医療の本質は本来財政ではなく、現在の我々が住んでいる地域における医療現場で問われている医の倫理と患者の生命の尊厳を求めて議論されるべきではなかろうか。その意味では、この90年代はもう一度国民医療の原点に返り、救急救命からプライマリヘルスケア、ターミナルケアを通じて、国、県、市町村の公的責任の所在を明確にし、システ

ム化に着手すべき時期にきているように思われる。

4. 縦割行政組織の抜本的改正を

地域で介護を必要としている高齢者およびその家族は、保健・医療・福祉にまたがるサービスニーズを持っているために、担当する役所の窓口が縦割機構によってバラバラであれば関係職種間の連携がとれず、きわめて非効率的な住民不在の動きとなる。地域住民のニーズに対して迅速に的確に対応するためには、この縦割行政の是正を勇断をもって行うべきである。

5. 介護家族における負担の平等化を

いわゆる「ゴールドプラン」にしても、訪問看護、ホームヘルパーのあり方にしても、我が国においては在宅で介護を必要とする老人を支えるのが前提条件となっている。

欧米にはきわめて少ないこの家族による介護を、日本型福祉社会というならば、各専門職による出前サービス、送迎機能つきデイケア・ショートステイサービスの充実とともに、家族の経済的保障が必要ではないかと思われる。

家族の身体的・精神的そして経済的負担を、施設ケア、入院ケアとの比較において積極的に評価し、負担の公平化を図ることが必要である。

6. 住宅対策を今後の地域ケアの柱とする

各都道府県は、老人や障害を持つ人々のアクセスを作るためにまちづくりの政策をすすめている。

兵庫県は昨年度、福祉のまちづくりの条例化を行ったが、集合住宅へのアクセスをその項目の中入れることにした。全国的に条例化できれば、体の不自由な人々の生活環境の拡大に大きな福音となろう。

ヨーロッパで学ぶべき点は、ごくふつうの

民間集合住宅の一部を自治体が借りて、住宅として提供している点である。ノーマライゼーションの実践上からも、今後の住宅施策の中で、我が国が生かさなければならない点であろう。

7. 定年を65歳に延長してはどうか

すでに長寿社会を迎えているヨーロッパでは、定年を65歳から67歳としている。世界最長寿となった我が国では、60歳で定年を迎える人々にはあまりにも長い老後が待ちかまえている。

気に入った仕事であれば、65歳までの仕事の継続は何よりも大きな生きがいとなる。厚生年金の受給開始の65歳まで定年の延長を行い、シルバー人材のより積極的な社会参加への道を提唱したい。

8. 「老後安心税」を段階的に引き上げる

国民の大多数の人々は、間接税の導入に大きな反対があったように、高福祉を望みながらも高負担はお断りである。

しかし、老後に安心して生活が送れる社会作りには、それ相応の税負担を覚悟せねばならない。

このためには、直接税における現行の不公平にメスを入れ、クロヨン、各種の税優遇制度を見直したうえで、直間比率の75%、25%の割合から間接税の税率を徐々に引き上げていくべきだと思う。

このために間接税を「老後安心税」として、名前を変更することを提案したい。そのうえで、国民一人一人が間接税を負担することで、より心豊かな社会が作れることを期待したい。