

[特別寄稿]

地域リハビリテーションの実践と今後の展望

—誰もが、住み慣れた地域で、安心して住み続けるために—

澤村 誠志

兵庫県立総合リハビリテーションセンター顧問・名誉院長
前 ISPO (国際義肢装具協会) 会長

はじめに

切断者のリハビリテーションから、巡回移動相談へ、地域で生活されている障害のある人々から学ぶ—私の地域リハビリテーション実践活動のルーツ—

地域リハビリテーションは、学際的な研究に基づく理念が必要であるが、その背景には地域でのリハビリテーション（以下リハと略）実践活動があり、「やってなんぼ」の世界であると信じている。筆者は過去45年に亘り、地域で生活されている障害のある人の生き様から多くを学び、そのニーズから総合的なリハビリテーションサービスを実践してきた。私の地域リハのルーツは切断者であった父にあり、将来障害のある人びとのお役に立つ仕事がしたいとの思いから、整形外科医の道を選んだ。昭和30年卒業当時はライフワークと考えていた「切断と義肢」の研修が、国内での専門家が不在であることを知り、新婚早々ながら単身赴任の形で、米国の病院で私の人生で最も過酷なインターン生活を勤めた。その間の貯金をもって、UCLAの義肢装具教育プロジェクトに飛び込んだ。当初医師としての義肢教育を受けたが、極めて総論的であったため、理解に苦しみ、改めて義肢装具士としての研修を受けた。義肢の理解は自ら製作にかかわることで始めて分かる。これが、これから義肢装具を勉強する若い世代の人々に送る私の持論である。昭和35年帰国直後から、兵庫県の依頼により身体障害者の巡回移動相談に参加することになった。毎年35回にわたる県下保健所を中心とした巡回相談を通じて、3500人の障害のある人々にお会いして相談の窓口的な役割を務め、その家庭や職場を訪ねる中で、障害のある人々から、机上では得られない素晴らしい多くの勉強をさせて頂いた。これが、私の地域リハビリテーショ

ンのルーツとなった。「障害者が私の師であり、地域が私の教科書である」この私の考え方は今でも変わっていないし、現在も障害のある方から教わっている。

兵庫県立総合リハビリテーションセンターの設立

障害のある人びとの多様な悩みに出合っているうちに、県下の障害のある人々の社会参加をすすめるには、全県域をカバーする中核的なリハセンターが必要であると思い始めた。そして、障害のある人々のリハを達成するには、理学療法、作業療法、言語聴覚療法の様なリハ医療のみでは到底解決できない。社会生活の基礎となる社会生活力訓練、全人間的な再教育、自動車運転訓練と免許、職業能力の評価と訓練、住宅改修、福祉用具の研究開発、さらにユニバーサルデザインによる福祉のまちづくりなど住環境の整備など、総合的なリハ機能が必要であるとの考えに達した。そこで、昭和38年、相談（兵庫県身体障害者更生相談所、病院総合相談部）から、医療リハ（中央病院）、社会リハ（身体障害者更生援護施設、自動車訓練所、体育施設）、職業リハ（能力開発センター、職業訓練校、授産施設）までを含む総合リハセンターを企画し、県知事に提案した。当然の事ながら、33歳の若い医師の意見は階級性を重んじる県当局に容易に受け入れられるはずが無い。然し、当時県下の障害のある人々の相談を一手に引き受けてきた私に対して、徐々に県議員を初めとして同情と支援が集まり、私を支援してくださった県会での重なる提案が最終的に県当局を動かした。昭和40年県政100年記念事業としてリハセンターの建設が取り上げられた。そして、昭和44年に中央病院をオープンする事が出来、以後各整備が順次行われ、昭和62年の再構築から、福祉のまちづくり工

学研究所、家庭介護リハビリセンターの設置などを経て今日に至っている。

ISPO（国際義肢装具協会）への参加から、福祉先進国の医療・福祉の現場グループ視察へ

切斷・義肢の研究を進める中で、昭和43年に世界の37箇所のリハセンター、義肢研究所を3ヶ月かけて訪れる機会を得た。貧乏極まりないカニ族のはしりである。しかし、そこで世界をリードする各国の代表者と面識を得る結果となった。とくに、後のISPO（国際義肢装具協会）の創始者となったクヌッド・ヤンセン教授から、義肢装具分野での日本の情報はほとんど無に等しい。何とか日本のみならず、アジア諸国の窓口となってくれないか要請された。そして、ISPO日本支部の立ち上げに関与し、アジアの国際コンサルタントと理事を勤め、さらに副会長として1989年ISPO世界会議を神戸で開催し多くの義肢装具関係者の協力を得て大きな評価をいただいた。その功績からか、ISPOの理事会と国際委員会にて会長に選出され、1995年から3年間会長職を務めた。この36カ国に支部を持つISPOの活動に過去20数年間かかわってきた関係で、多くの友人を持つこととなった。この友人のネットを利用して、毎年ヨーロッパ先進国の地域医療・福祉の現場を視察し、多くのことを学んできた。ちょうどその頃アルツハイマーの母を3年間自宅でケアし、家内を含めて心身疲労の限界に達した。当時はショートステイ、デイケア、ホームヘルパー制度など地域の社会資源の全くない中で、家族崩壊寸前のところまで来た。そこで在宅ケアの限界を覚え止む無く寝たきりが条件である老人病院の8人部屋に入院させていただいた。母はわずか2ヶ月間に、一度も車椅子に乗せていただくこともなく、拘束、点滴、薬づけの中でやせ細り険しい表情の中で死を迎える結果となった。この老人病院に代表されるように人間としての尊厳を完全に無視していたわが国の医療・福祉の貧困性に憤慨していたとき、デンマークの友人の紹介でデンマーク訪問看護協会を訪れる機会を得た。リングステッドのまちを訪れその中心となっているセンターを訪問し驚嘆した³⁾。まさに目から鱗が落ちる思いとはこのことである。同じ人間としてこの世に生まれ年をとり介護が必要となったときのケアの実態、自己決定権、自己選択権に、わが国とのあまりにも大きな彼我の差があることに愕然とした。ついで、年2回北欧諸国、英国、ドイツ、オランダなどを訪問し、わが国の社会保障の貧困性、障害のある人々のケアが少なくとも20年は遅れていることを強く認識することとなった。しかし当時は私の経験話は残念ながら通じなかった。そこで、国内で少しでも話が通じる理解者を得たいとの思いから、グループ視察旅行を企画し、これまでの20年間に550人の方の仲間を増やす結果とな

った。

わが国は長年に亘り、中福祉・中負担政策を選択して、先進諸外国と比較して社会保障費、特に福祉・医療の枠を低く抑制してきた。その上長期ビジョンを持たない社会保障政策の中で、介護保険の改正や障害者自立支援法の実施、医療・福祉の削減政策を進め、格差の拡大化が問題となっている。特に、障害者自立支援法の実施により、応益負担制度が低所得者を直撃し、障害のある人々および地域でこれらの障害のある人々を長らく献身的に支えてこられた支援者からの悲鳴が日々聞こえているのが現状である。わが国は長年にわたり、経済成長が社会保障を支えるとの政策をとってきた。新しく誕生した安倍内閣も、小泉内閣について経済優先主義をとろうとしており、地域に住んでいる国民の安心生活の立場に立った政策にはほとんど触れていない。さらに経済財政諮問会議では、800兆円を超える赤字財政解消に向けて今後10年間にかけて、社会保障費の20%抑制政策をとる方向をとろうとしている。これらの政策は、世論調査で医療・年金・介護の充実・将来の安心を第一に願う多くの国民の期待との間で、大きなギャップを認めざるを得ない。わが国が、美しい日本を目指すには、まず、高齢者や障害のある人々を含めて、年齢、障害の種類、性別、文化を問わず、誰もが、安心して安全に心豊かに住み続けるユニバーサル社会の創生が必要ではないか。これが本稿の地域リハビリテーションのゴールに通じる課題である。これまで筆者が実践してきた地域リハの定義と内容を紹介し、今後の展望について述べたい。

I 地域リハビリテーションとは、定義

1) リハビリテーションは、「全人的復権」を意味する

一般に、「リハビリテーション」は理学療法・作業療法・言語聴覚療法のような機能回復訓練として、リハ医療の範疇として捉えられている。リハ医療は、最終的には、障害のある人が地域の中で社会の一員として尊厳を持って積極的に生活ができることを目的とすべきであろう。従って、リハ医療は、臓器医療と異なり疾患を診るのではなく、疾患と障害を併せ持った一人の人間として診ていくことを基本理念とすべきである。リハの最終評価は、単なる機能評価によるものではなく、障害のある人びとの生活の場における当事者による評価、つまり、「患者立脚型QOLの評価」で無ければならない。従って、リハ医療に始まり、住宅改修、福祉用具などの居住環境、自立に向かっての社会生活力、職業能力の獲得による社会参加、これを支える地域社会の支援、福祉のまちづくりなどの色々な要素を考慮することが大切である。兵庫県立総合リハセンターの実践経験からも明らかのように、リハは、医療、

教育、職業、社会、リハ工学、福祉のまちづくりなどの各リハ部門の連携、総合化によって、初めてゴールとする「全人的復権」が達成されると信じている。

本来のリハ理念は、中世期からの長い歴史の中で、権利・資格・名誉の回復を目指し、障害があっても再びその人らしく生き生きとした生活をおくれる権利を回復する、つまり「全人的復権」を意味している。私の20年来の友人であるRI (Rehabilitation International) のTomas Lagerwall 事務総長は、リハビリテーションにおける最近の重要課題として、①障害のある人々が決定の課程に参加し、サービスの最終決定が利用者主導で行われること、②リハ専門職が実践活動による学際的な取り組みをすること、③医師中心の医療モデルからさまざまな専門職と本人・家族が参加するチームアプローチが重要であること、そして最も大事な点として、④リハサービスは地域に根ざしたものであるべきで、その人が生活している地域で提供されなければならない、つまり、地域リハの重要性を挙げている。

2) 地域リハビリテーションの定義とシステムの確立

この意味を包含して、日本リハビリテーション病院・施設協会は、地域リハを「障害のある人々や高齢者およびその家族が、住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に生き生きとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉および生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハの立場から協力し合っで行う活動のすべてを言う」と定義している¹⁾。この考えを具現化するため、わが国での地域リハをリードする日本リハビリテーション病院・施設協会は、介護予防から、急性期、回復期、維持期、そして終末期までのリハ医療サービスが切れ目なく提供できるようにシステムを構築している。

その背景には、2000年の介護保険の導入がある。1997年に介護保険の実施準備に向けて厚生省は、リハ医療を「介護保険の前置主義」と位置づけていた。しかし、リハ医療には都道府県によってかなり地域格差があることに気づき、全国どこでもリハ医療サービスを受けられるように、私共の日本リハビリテーション病院・施設協会に協力を求めてきた。そこで、協会は、厚生労働省老人保健課との協働の中で、地域リハマニュアルを作成し、各都道府県に地域リハシステムを構築することを要請した。その主な内容は、①各都道府県にリハビリテーション協議会を設置すること、②この協議会は、都道府県及び地域におけるリハビリテーション連携指針を作成すると共に、各都道府県リハ支援センター及び2次圏域毎に地域リハ広域支援センターを指定する。③広域支援センターの機能は、地域リハ実施機関の支援、リハ施設の共同利用、リハ施設などにおける従事者への援助・研修、地域の脳卒中友の会、リハクラブなどからなる連絡協議会の設置・

運営などである。日本リハ病院・施設協会はこの地域リハの啓蒙普及のために全国各ブロックで研修会開催に全力を尽くしてきた。その結果、現在ほとんどの都道府県でこの地域リハシステムが実施されている。ただ、これまでの国の補助金により支えられていた地域リハシステムが、地方分権が進む中で2006年から補助金制度が打ち切られた。そのため、今後の地域リハ活動の推進は、各自治体の姿勢にかかってくるので、地方自治体がこれからも継続して地域リハに積極的に取り組まれることを期待したい。

地域リハの目的を達成する為には、障害の発生を予防する事が大切であると共に、あらゆるライフステージに対応して、継続的に提供できる支援システムを地域毎に作っていくことが求められる。ことに、医療においては、廃用症候群の予防および機能改善の為、疾病や障害が発生した当初よりリハサービスが提供されることが重要であり、そのサービスは、急性期から回復期、維持期へと遅滞無く効率的に継続していくことが大切である。また、機能や活動能力の改善が困難な人々に対しても、できる限り社会参加を可能にし、生ある限り人間らしく過ごせるよう専門的サービスのみでなく、地域住民も含めた総合的な支援がなされなくてはならない。更に、一般の人々が障害を負うことや、年を取る事を自分自身の問題として捉えるように啓発するとしている。

3) 地域リハビリテーションに関連する諸因子

地域リハ活動に関連する因子としては、まず、①国民の安心生活の場に立った社会保障のあり方、②国(政策)、県(医療)、市町(社会サービス)の役割分担の明確化、③霞ヶ関の縦割り行政是正、④地方分権の確立と地方自治体首長の姿勢、⑤住民参加、ボランティア活動、政策参加、⑥当事者のエンパワメントと政策への参加、⑦国連権利条約制定の動きの中核となるインクルージョンによる権利擁護と差別禁止、そして、ユニバーサル社会の創生などが基本的な姿勢として挙げられる。

さらに、この地域リハを具現化するには、⑧地域リハビリテーションシステムの構築、⑨保健・医療・福祉のネットワークの形成、⑩在宅総合ケア拠点の整備による24時間365日の安心確保、⑪在宅ケアマンパワーの充実、⑫居住環境の整備、バリアフリーからユニバーサルデザインへ、⑬福祉用具・住宅改修などテクニカルエイドシステムの確立などが挙げられる。

4) 地域リハビリテーションにおける連携

地域リハに於ける連携は、医療、教育、社会、職業など色々な分野で展開される。ここでは、とくに、リハ医療における連携と、地域リハシステムにおける国、都道府県、2次圏域、市町における役割の明確化と連

携を取り上げてみたい。

(1) リハビリテーション医療における連携

急性期、回復期、維持期に於けるリハ医療の連携

わが国は、異常に多い病床数の削減に向けて、先ず病院の機能分化を図り、急性期病院の入院日数の短縮を図る一方で、障害のある人々に対する回復期リハ病棟の充実を図る方向にある。従って、最も重要なのは、急性期病院と回復期リハ病棟との病病連携である。このリハ回復期病棟では、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、義肢装具士、ケースワーカーなど専門職によるチームアプローチによって、将来の在宅での実生活のニーズに合う効率的で、短縮されたりハサービスが、病棟にて展開される。そのためチーム全体としての目標を明確化するために、リハ総合実施計画書を作ることを義務化していることはご存知の通りである。

2～3ヶ月の回復期リハを経過して、退院後、維持期のリハが、地域のかかりつけ医を中心としたプライマリアケアチームにより行われるのが理想であろう。当然病診連携が不可欠であり、将来電子カルテによる情報の共有が必要である。然し、地域の受け皿となる365日24時間の安心を保障できるわが国のプライマリアケアシステムは理想には程遠い現状にある。特に、海外先進国で常識とされている6年間の家庭医(GP)の専門教育と、グループクリニックは皆無に近く、夜間、休日における往診システムはdoctor carの現状をみても不十分と言わざるを得ない。自由診療・梯子診療に慣れた地域住民からの心からの信頼関係を得るためにも、かかりつけ医の専門医としての教育、グループ診療による24時間ケアシステム、そして、診療所を一步出て地域の福祉サービスとの連携を目指したかかりつけ医の積極的な役割りなど、プライマリアケアの原点に帰った抜本的な再構築が望まれる。

維持期におけるリハは、バリアフリーの居住環境と24時間総合ケアを基盤として、住み慣れた地域で、人間としての尊厳を保ちながら、質の高い生活が送れるように支援するものでなくてはならない。これには、保健・医療・福祉の連携による往診、訪問看護、巡回移動型ホームヘルプが、24時間ベースに提供される総合ケアステーションが中学校区に作られることが理想であろう。先進国の現状から学ぶとすれば、将来の在宅維持期リハの課題としては、専門教育を受けた熟練地域看護師グループによるアラームセンターの設置とGPグループによる24時間ケアの確保、訪問リハの標準化と基盤整備と開業権の付与、通所リハにおける個別対応の推進、ケアマネジャーに対するリハ研修、訪問看護・訪問介護におけるリハ技術の向上、福祉用具・住宅改修サー

ビスにおけるプランナー制度の確立等があげられる。

(2) ライフサイクルに亘る障害者(児)リハビリテーションシステムの重要性

地域リハシステムの構築は、年齢、障害の種別を越えてライフサイクル全体に通ずるものでなくてはならない。発達障害児から学童期、成人、高齢者、そしてターミナルまで、地域における社会資源を有効に利用する地域リハシステムが必要である。あくまで、障害のある人々の立場に立って、効率的なシステムを目指して実践を重ね、国の行政を正す姿勢を持ちたい。特に、発達障害児に対する相談、医療、教育、福祉、職業、福祉用具、住宅改修などを総合的に行う地域療育等支援事業や、諸外国に比較して大きく遅れている精神障害者に対する総合的な地域リハビリテーション施策が大切である。

(3) 縦割り行政是正による統合拠点の整備

地域リハの現場における連携を妨げている原因のひとつに、縦割り行政があげられる。わが国は、介護保険下にある包括支援センター、訪問介護事業は、厚生労働省の老健局計画課にあり、訪問看護、地域リハは老人保健課にある。これに対して、医療保険下にあるかかりつけ医は、厚生労働省でも別の医政局に属しており、この縦割り行政組織が保健医療福祉の連携を妨げる一因となっている。この改善は、既得権保持にこだわる官僚当事者による解決は困難であり、政治主導による改革が必要である。英国サッチャー政権が、1988年コミュニテイ・ケア改革に手をつけ、担当大臣を置いた成果を検証することが必要である。私は、長年地域での生活者としての障害のある人々や介護を必要とする高齢者のニーズに沿うための抜本的な行政改革として、地域の医療・保健・福祉・住宅などの施策を統合する為の「リハビリテーション局」の設置を要望してきた。国民が、安心して老後を托せる国づくり政策は、何よりも優先すべき課題と考えるので、国で一度は俎上に上げて検討していただきたい。

とくに、3年先に介護保険と障害者自立支援法が財源確保を理由に統合が視野に入ってきている現在、地域住民の立場に立った行政改革を進めるべきではないだろうか。また、今後心身障害児、発達障害児に対する療育システムもあわせてプランしておく必要がある。現在の2次圏域を見てみても、縦割り行政により、保健医療、老人保健福祉、障害保健福祉の圏域に分かれており、さらに、国の労働行政により職業安定所圏域が、都道府県と関係なく加わっている。そこで、重要な事は、この2次圏域の置ける窓口とテクノエイドなどの機能を統一すること

である。これにより、2次圏域において住民サイドに立つ one stop station を整備して、障害者や高齢者の盥回しを防ぎ、より質の高いサービスの効率化を図ることが可能となる。

(4) 兵庫県リハビリテーション協議会の経験

地域リハに関連している専門職や当事者は、医療、社会、教育、職業、建築、交通など色々な分野に分かれて活動している。然し、夫々が縦割り行政下にあり、同じ地域に住みながらお互いの連携が案外取れていないし、顔を合わす機会が無いことが多い。そこで、リハの色々な分野の有志が集まりいただき、昭和47年に兵庫県リハ研究会を開催した。そして、翌年医療、教育、社会、職業、行政、当事者の代表の方々に理事に就任していただき、兵庫県リハ協議会を設置した。以後32年間、毎年リハ研究会(2000年より総合リハビリテーション・ケア研究大会と名称変更)を開催している。その事務局を、私が昭和48年所長を兼ねていた兵庫県立身体障害者更生相談所に置いた。その理由は、更生相談所を受動的な相談判定機能を行うのみではなく、県域の地域リハに関する相談中核機能、能動的な情報・研修機能、更に全県下の地域リハ活動の拠点として発展することを期待した為である。この更生相談所のリハ協議会活動が、厚生省で評価され、昭和61年に、相談所の機能の一つに地域リハビリテーション事業が認知され、以後8府県に地域リハ協議会が設置された。従って、これは言わば、身体障害者福祉バージョンによるリハ協議会である。これに対して、今回新たに、高齢者バージョンとも言うべき地域リハ協議会が、別の老健局の行政主導の下に設置された。私は縦割り行政による弊害を避けるために、介護保険導入の前に厚生労働省の障害保健福祉部と老健局を何度か往復したが、残念ながら両者の壁は高く、2つのリハ協議会の一体化を進めることが出来なかった。然し、身体障害者手帳の保持者の60%が高齢者であることからすれば、障害や年齢を問わず、総合的な立場に立って一体化した地域リハシステムを構築すべきであることをあえて強調しておきたい。

5) 居住環境整備とテクノエイド

これまで長年にわたりリハの現場にいた経験からすると、障害のある人びとが、最終的に地域に住み続けるためには、本人の身体状態に適したバリアフリーの住む家を含めた居住環境と24時間ケアの確保が必要である。兵庫県立総合リハセンターでは、障害のある人の家庭内での自立を支援するために、30年間に2500例の住宅改修に取り組んできた。現在各都道府県に設置されている介護実習普及センターの福祉用具センターのみでは、専門職の整備がなされておらず、

また、地域包括支援センターではテクノエイドサービス機能は皆無に等しい。そこでこの数十年来先進国で設置されている住宅改修と福祉用具などのサービスを行うテクノエイドセンターを生活圏に近い2次圏域毎に設置することが必要である。ここにOT、PT、リハエンジニア、建築士など専門職の関わりが必要であることは言うまでもない。

6) 阪神淡路大震災から、地域リハサービスの必要性とまちづくりの重要性を学ぶ

この地域リハシステムは、1995年阪神淡路大震災の洗礼を受け、次のような多くの解決すべき課題を顕在化した。つまり、大震災によって、①地域の災害救急医療の情報・連携不足、②普段の生活を支える地域の保健・医療・福祉の連携を阻害する縦割り行政、③わが国の年金・医療・介護福祉、拠点、マンパワーなど生活基盤を支える社会保障全般の貧困性が浮き彫りにされた。また、④阪神間のすべての交通機関の破壊のなかで「移動権」「交通権」は、基本的人権であるとの基本理念を学ぶなど貴重な教訓を得た。その一方で、⑤地域における住民間の絆、住民主体の住民参加によるコミュニティ創生の大切さ、⑥全国からの180万近いボランティアの人々の支援参加に感謝の気持ちを学んだ。そして⑦誰もが支え合う心豊かな温かいまちづくり、ユニバーサル社会の創生が将来への課題として残されている。

阪神・淡路大震災後に12.5万戸の復興住宅が建築されたが、今後建設される住宅は、公的民間を問わず、特定の障害に対応する住宅内でのバリアフリーから、将来の身体的な老化や障害に対応可能なユニバーサルデザインの考え方の導入が大切である。具体的には、将来車椅子使用を想定しての玄関、便所、浴室の広さと扉の幅の確保、浴室、便所の手すりの設置しやすいような下地の採用、レバー式のドア、フレキシブルな配管設備など、誰もが利用しやすいユニバーサルデザインの理念の導入に期待したい。

私は長く日本福祉のまちづくり学会に関わった立場から、福祉のまちづくりを「障害のある人びとや高齢者を含めたすべての人びとが、一人の人間としての尊厳を保ちながら、一生安心して、安全でかつ生き生きと、等しく社会参加の機会を持てるように、ハード、ソフト両面に亘って、心豊かな地域社会を創り出していく実践過程」と定義した。この考え方は、地域リハの理念に通じ、さらに、ユニバーサル社会の創生に到達する考え方でもある。

これを具現化するには、「福祉のまちづくり条例」の整備が必要である。私ども兵庫県リハ協議会は、昭和48年、神戸市の青年会議所の協力を得て、車椅子ガイドブックを作り、これを神戸市に提出した。その結果、市に委員会が設置され、昭和52年政令市では

初めての「神戸市民の福祉を守る条例」となった。平成4年に、兵庫県では全国に先駆けて「兵庫県福祉のまちづくり条例及び施行規則の制定」が行われた。その後、福祉のまちづくりの推進に向けて、多くの地方自治体において福祉のまちづくり条例が制定され、その後に、国がハートビル法や交通バリアフリー法の制定を行った。しかし、縦割り行政の弊害は否定できず、ハートビル法、交通バリアフリー法と各自治体で実施されている福祉のまちづくり条例との整合性や隙間に残る問題点をチェックしていかねばならない。その場合、あくまで障害のある人々の立場に立って、省益を超えた国土交通省、総務省、警察庁などの連携と協働に大きな期待をしたい。なお、これらの罰則を伴わない条例なり法規制では、実効性に乏しい。すでに、40数カ国で「障害者差別禁止法」が実施されている。国連の権利条約の動きにもあるように、今後わが国が「障害者差別禁止法」制定に向けて、政治主導で障害のある人々の権利がまもられることを期待したい。

7) ユニバーサルデザインからユニバーサル社会へ

(1) ノーマライゼーション、インクルージョンからユニバーサル社会創生へ

ノーマライゼーションの理念が常識化される中で、「インクルージョン」、「インテグレーション」という考え方が徐々に国際社会に浸透しつつある。国連の障害者の権利条約草案（2006年8月25日）の第19条にも障害のあるすべての人が他の者と平等な選択を有して地域社会で自立生活および地域社会へのインクルージョンの重要性が述べられている。障害のある人々を、一般社会から外されている存在として捉えるのではなく、生まれた時から地域社会で暮らしている生活者として認識しようとする理念である。年齢や障害の種類を問わず、施設ケアから、在宅ケア重視へ、病院入院医療から地域医療重視への変化が国際的な動向である。

一方バリアフリーという言葉は、障害のある人々や高齢者等を「特別な人々」として差別する意識が生まれる恐れがある。ユニバーサルデザインを提唱したロン・メイス氏は、バリアフリーは死んだ言葉であり、主として米国で車いす利用者の移動に関して用いてきた用語であって、情報通信分野では使っていない。むしろアクセシブル・アンド・ユーザブル（Accessible and Usable）という言葉を使う方向が正しいとしている。彼の「ユニバーサルデザイン」という理念が世界的に受け入れられ、さらに、わが国でも国や地方自治体により支え合うユニバーサル社会という言葉が急速に普及しつつある。

(2) 兵庫県におけるユニバーサル社会作りの推進について

兵庫県でもユニバーサルデザインの考え方を県の施策全般に取り入れることにより、年齢、性別、障害の有無種類、文化などの違いを超えて、誰もが安心して暮らし、元気に活動できるユニバーサル社会づくりを総合的に推進している。そのキーワードとして、

- ①ひと；「誰もが、互いの人格と個性を尊重し、支え合う社会」
 - ②もの；「誰もが、容易にモノを利用し、質の高いサービスを共有する社会」
 - ③情報；「誰もが、多様な方法で分かりやすい情報を手に入れ、交換できる社会」
 - ④まち；「誰もが、自宅からまちなかまで安全快適に移動し、活動できる社会」
 - ⑤参加；「誰もが、持てる力を発揮して働くなど、主体的に参加できる社会」
- を上げ、より具体的な行動計画を実施している。

II 地域リハビリテーションの立場からの政策提言

安心して、住み慣れた地域に、住みつづけることができる地域リハの理念を実践するには、次のような政策が必要である。

1) わが国の経済優先政策から国民生活重視施策への変革

地域リハを新たな公共事業とし経済の活性化を。

地域リハの理念に示したように、障害があっても、また、介護が必要となっても、タンス預金に頼らずとも、誰もが安心して、住み慣れた地域に生き生きと尊厳をもって生活が出来、老後を託すことができる国を作ることが最も大切な課題である。然し、現在その保障は担保されていない。最大の原因は、社会保障費枠の低さにある。そこで、まず、わが国のGDP比の社会保障費枠（特に、福祉、医療）が先進国に比較して、かなり低いレベルにあることを政府が先ず確認し、国民にその事実を情報として公開することが大切である。そして、社会保険庁や道路公団に代表されるように多くの無駄な支出を切り詰めたうえで、福祉目的の消費税アップを進め、EU先進国並の社会保障枠を目指して長期ビジョンの中で、毎年漸増して行くことが重要である。しかしわが国は、巨大な財政赤字を抱える中でこのような福祉先進国の動きと逆の政策をとろうとしている。わが国は長年にわたり、経済成長が社会保障を支えるとの基本施策をベースに、英国病とかスエーデンモデルの崩壊を例にあげ、医療亡国論とか福祉垂れ流し論を反面教師として、医療とか福祉への投資は国の経済成長を阻害するとの基本施策をとってきた。そして、国際的には異常といえるゼネコン中心の公共事業が国の経済を支えるとの経済優先政策がと

られてきた。しかし、茨城県などで試算された従来型の公共事業と地域福祉を重要視した事業の経済的比較データによると、従来の公共事業に比較して地域福祉への投資が経済的にも優れ、新しい雇用の創出が倍増するとの結果がでている。

そこで、わが国は、従来型の土木建築中心の公共事業から先ず脱却し、これに代わる新しい公共事業として、地域リハ事業を取り上げ、わが国を生活重視の国に変革することを提案したい。この地域リハの充実による経済効果は極めて高い。先ず、①地域リハによる直接経済効果は、リハ医療の充実による生活習慣病の介護予防、急性期・回復期・維持期におけるリハの充実による介護度の減少と医療費および介護費の削減が上げられる。そして②地域における多くの医療・介護・保育専門職の雇用の創出を図ることが可能となる。さらに③地域のケアサービス付き集合住宅、グループホーム、アクティビティセンターや福祉のまちづくりなどハード面での投資を含めた地域における社会資源の充実により、障害者や高齢者の外出による社会参加が増し、タウンモビリティの効果による地域の経済活性化が期待できる。また、④障害者への生活支援により新たな雇用を作り出し tax payer となる可能性が期待できる。私が最も強調したい点は、社会保障の充実により老後のケアを国が保障することにより、将来の不安が少なくなり、個人の預金の必要性は少なくなる点である。このことにより、1400兆円のタンス預金が流通することとなり、わが国の経済成長の60%を支える国民消費を増す道が開かれる。この経済重視優先政策から、国民の生活重視政策への変革は、従来型の官僚主導では不可能であり、政治の強力なリーダーシップが不可欠である。

2) 保健、医療と福祉の縦割り行政の是正、ライフサイクルに沿う行政改革の必要性

地域における保健・医療・福祉の連携の必要性が叫ばれてから久しい。地域リハ活動では、これに、教育、労働、福祉のまちづくりなどが関連している。夫々が、縦割り行政の中で、細かい規制がかけられ、あまり効率的な現状にあるとは言えない。厚生省と労働省が一体化しても現実的な成果としては、障害者就業・生活支援事業が印象に残る程度で原則的な変革が認められないのは私だけではないと思う。そこで、もう一度地域の住民の立場に立って、この縦割り行政による弊害を除去し規制緩和のなかで徹底した行政改革を図る必要がある。横断的に行政を進めることができ、国民の尊厳を守る「リハビリテーション局」の設置を政治家に期待したい。

3) 地域リハビリテーションシステムの確立

地域リハのゴールは、年齢・障害の種類・性別・国

籍・文化を超えて、誰もが住みなれた地域で安心して住み続けることができるユニバーサル社会の形成にある。したがって、介護保険、医療保険、障害者自立支援法、地域療育システムなどを統合した形で、地域の拠点整理、ネットワーク、アクセスフリーの居住環境、24時間のアラームシステム、そして、医療・保健・看護・リハ・介護などを包括した総合的なケアシステムの構築が必要である。そのためには先ず、都道府県リハビリテーション協議会の設置と都道府県リハビリテーション支援センター、広域支援センターの活動、そして生活圏域におけるプライマリケアシステムの構築が重要である。とくに、地域住民の立場に立つて、往診、訪問看護、訪問リハ、口腔サービスなどの医療サービスと、ホームヘルプサービス、給食サービスなどの社会サービスが連携をとりながら、24時間ベースで提供されることが理想である。この拠点を中学校校区毎に作ることによって初めて安心して生活を送ることができる。もっとも問題となるのは、プライマリケアの中核的役割を果たすべきかかりつけ医の地域での役割である。社会保障全般における長期ビジョンの創設を基礎として、医療供給システムにおける国、県、市町村の役割を明確にして、地域基幹病院の充実、かかりつけ医の教育、グループ診療など思い切った抜本的な改革が必要である。

4) ユニバーサル社会の形成

誰もが安心して地域に住み社会の一員として参加していくには、人、もの、情報、まち、参加が必要である。わが国での当事者による参加活動は、どちらかと言えば、活発とは言えない。また、地域の各委員会への障害のあるひとびとの参加については、行政は未だにづとめて避ける傾向にあり、また、障害代表者の参加により極めて積極的な発言が行われていることは少ない。どちらかと言えば、行政の隠れ蓑となっていることも否定できない。健常者では、到底理解し難い問題点を障害のある立場から俎上に上げ、重なる学習を重ね、これを整理して、積極的に政策提言されることを望みたい²⁾。

5) 障害当事者、高齢者、そして住民、とくに Young old による心豊かな社会づくりへの参加と政策提言

地域リハのゴールの達成は、単なる地域の専門職の連携による支援のみでは出来ない。まず障害当事者の団結と、インクルージョンの理念に沿って地域住民との協働が必要である。超高齢化に入っているわが国では、今後とくに young old といわれる 60-75 歳世代が、地域活動にどれほど関わり、政治に対する関心をどれだけ高めるかによって、心豊かな社会づくりを左右することになる。デンマークの young old の人々 34 万人が参加しているエルドラセイエンは、その活動を

通じて高齢者のニーズの把握から政策提言をすすめて、選挙を通じて、この国の将来を変えていく行動をしている。90%と高い投票率に示されているように、成熟した民主主義が身近に形成されており、もはや政治家がこの団体の意見を無視できない。これに対して、次々とわが国の政府により出される負担増加プランに対して、多くの高齢者は政治に無関心なサイレントマジョリティである。残念ながらわが国の民主主義は極めて未成熟であると言わざるを得ない。国民主権の原点に立って、相変わらず、国益と関係なく、次の選挙に向かって自らの地盤での活動、資金の獲得に励んでいる政治を変えていくのは私達国民である。

- 1) 日本リハビリテーション病院・施設協会. これからのリハビリテーションのあり方. 青海社, 2003
- 2) 澤村誠志. 実践地域リハビリテーション私論—ユニバーサル社会への道標—. 三輪書店, 2005
- 3) 澤村誠志. 障害者・高齢者の医療と福祉. 医歯薬出版, 1993