

## 4章 高齢者や障害を持った高齢者の 住みよい社会づくり

松坂 誠應  
井口 茂  
沖田 実

### はじめに

不老長寿は古代より人間究極の願いであった。古代エジプト、古代中国においても、また、我が国においても、時の支配者は不老長寿のために、信じられないほどの労力を費やしている。不老長寿の伝説は中国の「桃源郷の物語」や我が国の「浦島太郎伝説」など、枚挙にといまはない。

我が国の平均寿命は欧米先進国を抜き、世界一となった。長寿社会を迎えるに至ったのは、科学技術に支えられた医学の進歩によるところが大きい。かつて、我が国において、死亡原因の第1位であった脳卒中は癌、心筋梗塞など心臓疾患に席をゆずり、第3位となっている。しかし、脳卒中の発生率が低下したのではなく、かつては死亡していた患者が命を取り留めることができるようになり、その結果、障害をもった患者が増えたわけである。多くの疾患で救命できるようになったことは、そのこと自体すばらしいことである。

しかし、我々は、この長寿社会を心から喜び迎えようとしていない。それは、高齢者を取り巻く問題が山積し、ヨーロッパ先進諸国に見られる老後の安心感と比較して、あまりにも貧しい現実があるからである。

高齢者や高齢障害者が住みやすい社会とはいかなる社会であろうか。

政府は'89年に高齢者保健福祉十か年戦略（ゴールドプラン）を発表し、医療・保健・福祉の拡充がなされつつある。このような計画を推進して行くためには、その目的・目標や方向性などケアの原理・原則を明確にする必要があるが、政府が打ち出す政策にはケアの原理・原則が明確でなく、従来の我々のリハビリテーション活動でも、この原理・原則より目先の対応に追われて来たき

らがある。福祉先進国といわれるデンマークでは、たとえ身体的・社会的状況によって高齢者の生活を変える必要が生じて、できるだけ現在の生活を継続させ、自立した生活を送るため自己決定権を尊重し、補装具や住環境を整備し高齢者の残存能力を活用する、というケアの原則を公表し、スウェーデンでは「プライバシーの保障」、「安心・安全の保障」、「選択の自由」を挙げている。

このような点を踏まえて、日本リハビリテーション病院協会・地域リハビリテーション検討委員会では、表1に示すようなケアの在り方を設定した。たとえば、障害を持って、住み慣れたところで、そこに住む人々と一緒に、安全に生き生きとした生活が送れることを目標としている。

表1 地域リハビリテーションの定義

地域リハビリテーションとは、

障害をもつ人々が、  
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、福祉および生活に関わる  
あらゆる人々が行う活動のすべてをいう。

(日本リハビリテーション病院協会、地域リハビリテーション検討委員会)

本稿では、我が国における高齢者や障害を持った高齢者をめぐる医療・保健・福祉の問題点を上げ、彼等の住みやすい社会づくりについて言及したい。

## 1 節 高齢者や障害を持った高齢者をめぐる医療の問題

ここで、我が国の医療の現状を整理してみよう。我が国の保険制度は国民がすべて保険に入る国民皆保険制度であり、登録医制度をとる英国とは異なり、国民は自由に医者を選ぶことができる。月々、保険料を払っているが、安く医療サービスを受けることができる。そのため、医療機関を渡り歩く患者は少なくなく、患者の大病院志向が強くなっている。また、手術などの医療技術料は低く抑えられ、出来高払い制であるため、安定した経営のためには一人でも多

くの患者を診察しなければならず、いわゆる「3分診療」とならざるを得ない。このような短い診察時間では患者・医師の信頼関係ができあがることは極めて困難であり、患者不在の診療にならざるを得ない。

加えて、primary health care がシステムとして働いていないことである。英国では、家庭医 (general practitioner) が primary health care の中核的役割を担っており、すべての国民は、自分の家庭医を選んで登録している。(1人の家庭医につき平均2,000人が登録し変更も可能)。家庭医による診察は、通常、予約制であり、病院への受診は家庭医の紹介が必要である。家庭医は、地域ケアのスタッフである地区看護婦、保健婦、ホームヘルパー、地域作業療法士などのチームと連携を図り、総合的な医療・保健サービスを提供する。家庭医の業務の9割は健康管理といわれ、家庭医は primary health care の専門医といえる。

一方、我が国の primary health care を担う開業医は、臓器医療の専門医であり、総合的な医療サービスを提供することは困難である。医学教育は臓器医療中心であり、primary health care についての教育システムもない。地域において要介護老人の総合的なケアを行っていくために、健康管理や治療だけでなく、老人の状態に応じて、いろいろな地域の社会資源を利用する必要があり、そのチーム医療のリーダーとして、開業医の役割は重要である。しかし、先に述べた出来高払いの自由診療制度の下では、少しでも自分の患者を他の医療機関や保健福祉分野に取られまいとするのは当然だろう。このことが、医療機関どうし、医療・保健・福祉の連携を妨げ、地域でのネットワーク作りに支障を来しているのである。

また、我が国においては医師の権限は絶大なものがある。PT, OTの活動内容、舗装具、車椅子などの処方、施設入所など、すべて医師の指示・証明が必要である。チームリーダーとしての医師が、他の職種・分野を理解し、連携の要となれば、地域との深いかかわりをもつ活動的な医療チームが誕生することは、全国的先駆的活動が証明している。医師の役割は重要である。英国の家庭医制度にも種々の問題点があり、'92年の英国総選挙でも争点となった。しかし、我が国の老人医療に求められているものは、primary health care に基づいた総合的医療・保健サービスであり、医療・保健・福祉の連携の要となるチームリーダーとしての医師の存在である。

ところで、治療医学においては、治癒することは直ちに社会復帰を意味する。従って、患者の心理や生活にかかわことは、あえて切り捨て、病気の原因つまり体みに注目し、その原因に対する治療を行う。リハビリテーション医学の場合は障害が残るという点で治療医学とは全く異なり、生活にかかわる多くの問題は、患者が生きている限り付きまとう。そもそも医療は患者の「生活の再建」のためにあるはずなのであるが、長年慣れ親しんだ治療医学の手法は、ついしか、「からだ」中心の医療を生み出し、「生活の再建」という視点が欠落したのではないだろうか。従って、リハビリテーションにおいても治療の中心が機能回復訓練となり、在宅生活を見据えた生活の仕方についての指導や家庭環境の整備もなく、入院治療と継続した地域リハビリテーションも提供されていない。これでは、せっかく治療を受けても上手に生活できないのは当然とおもわれる。機能や能力の回復に止まるだけでなく、発病直後から、患者の生活が円滑に送れるように、家庭・地域の状況を考慮し、しかも、患者の quality of life (QOL, 生活の質) に合った援助・指導が不可欠であるとともに、回復期においては、さらに、生活感のある援助・指導が重要である。

在宅生活を見据えた生活指導と医療サービスを行い、要介護老人を在宅生活につなげていく目的で作られた老人保健施設は、在宅ケアが整った所では成果を上げているが、在宅ケアの不備な所では、要介護老人の受け皿がなく、入所時間の長期化が起きている。

## 2 節 高齢者や障害を持った高齢者をめぐる保健・福祉の問題点

住み慣れたところで、そこに住む人々と一緒に生活できるには、高齢者や障害を持った高齢者を介護する人が保証されていなければならない。

我が国の現状はどうだろうか。多くの老人は住み慣れた家庭で、家族と一緒に生活を望んでいるが、介護が必要となった場合、住み慣れた在宅での生活が困難になることがしばしばある。その原因のひとつは、核家族化、女性の社会進出と過疎化による家族の介護力低下である。特に、長崎県の場合、過疎の問題は深刻である。子供達が成長しても、その地域には豊かな生活を支えるほどの産業もなく、経済的な豊かさを求めて都会へ出掛けて行く。その結果、老夫婦二人きりの生活を余儀なくされ、年老いた妻や夫による介護生活となる。こ



の女性は(写真1), 脳卒中による重度の障害のため寝返りもできない夫を3年間家庭で介護している。治る見込みがないことを主治医から伝えられ, そういうことならと, 家庭に引き取った。自らも高血圧と腰痛に悩まされながらも, 愛するものを自分の手でお世話したい, 自分がいなければ・・・という義務感が感じられたが, その反面, 冗談交じりの「この人はついまで生きるのか」という言葉に, いつまで続くとも分からない介護生活に疲れ果てている様子が伺えた。このような重度の障害をもった老人を家庭で介護することはまれであるが, 「できることなら家庭で」, という気持ちは老人にも家族にもあり, この気持ちは離島や辺地など周辺部で強いようだ。しかし, 現在では, 核家族化, 女性の社会進出, 過疎化などのために家族だけで介護できる状況ではなくなっている。

在宅ケアサービスの一つにホームヘルプサービスがあるが, 我が国のホームヘルプサービスは家族による介護を支えるものとして提供されている。ホームヘルパーの献身的な努力にもかかわらず, その圧倒的に少ないヒューマンパワーのため有効な在宅ケアサービスとなり得ず, 家族に変わるケアにはなり得ていない。

デンマークにおいては、要介護在宅老人のケアを、家族に変わる公的援助としてホームヘルプサービスを位置付け、家庭医、保健婦、看護婦、理学療法士、作業療法士などとの連携を取り24時間在宅ケアシステムを作り上げている。デンマークのホームヘルパーの数は人口10万人に対して990名（'89年）であるが、長崎県のホームヘルパーは人口10万人に対しわずか31名（'92年）である。高齢者保健福祉10か年戦略（ゴールドプラン）が達成される'99年においても人口10万人に対し96名で、デンマークの1/10にしかない。

厚生省の地方老人保健福祉計画研究班ガイドライン検討部会の計画策定骨子によれば、老人家庭での活動時間を2時間とし、ホームヘルパーの派遣回数の基本目標を週3～6回とした。訪問看護は週1～2回である。これでは、24時間在宅ケアシステムは21世紀を迎えても不可能である。

在宅ケアサービスにおいて、健康管理は欠くことはできない。合併症、新たな疾患の発症、生活の仕方、介護の在り方などで身体機能や生活能力も変化する。我が国において健康管理の役割を担っているのは開業医と保健婦であるが、保健婦のヒューマンパワーも少ない（デンマークでの保健婦の数は人口10万人に対し28.1人と長崎県の23.1人とあまり差はないが、保健婦と共に働いている地区看護婦は94.2人である）。従って、保健婦の在宅訪問の頻度も少なく、在宅老人の新たな変化を迅速に把握することは困難である。訪問したホームヘルパーが異常に気づいても、保健婦との連携が不十分なため適切な対応ができていない。これは、行政の縦割り機構のために、ホームヘルパーが属する「福祉」と保健婦が属する「保健」が連携できないでいるにほかならない。

在宅生活を維持する時期のサービスとしてデイサービスなどが挙げられる。政府のゴールドプランによれば'99年までに全国に1万か所建設されることとなり、かつての状況より、この種のデイセンターは増加している。しかし、いくら立派なセンターができて、家庭からセンターまでの送迎システムがなければ、センターは本来の役割を果たすことはできない。英国ニューキャッスル市（人口28万人）には、10か所のデイセンターがあり、100台の障害者用ミニバスが利用者の移送に当たっている。ニューキャッスル市社会サービス局長のRoycroft氏はデイセンターの維持には移送システムが最も重要であると強調していた。

#### 4章 高齢者や障害を持った高齢者の住みよい社会づくり

さて、家族により介護ができず、極めて不十分なホームヘルプサービスしかない我が国では、家庭での生活は困難となろう。そうすると、住み慣れた所にある施設を利用することとなる。しかし、そのような施設入所を希望しても、その数の圧倒的な不足から数カ月から一年もの待機を余儀なくされ、さらに、入所する施設は本人の意思ではなく福祉事務所によって決められる。数の圧倒的な不足のため、福祉事務所の職員も入所決定には苦慮しているが、緊急性などから、時には、遠隔地の施設に入所させざるを得ない状況である。先にも述べたように、多くの家族は「できるだけ長く家庭で介護したい」と思っているが、いつ介護できなくなるかも知れず、介護できなくなった時、直ちに施設入所できないとなると、どうしても、家族は老人の介護を「生活の場」ではなく「治療の場」である老人病院などの医療機関に頼らざるを得なくなる。医療機関であるため、老人の処遇は医療行為が中心となる。このような状況では、病院内でプライバシーを保ち、自分らしく、昔のいい時を思い起こしながら生き生きとした生活を送ることは不可能だろう。また、ベッドから車椅子などに移動させるようなヒューマンパワーの不足のため、寝かされているのが現状である。寿命の延長を第一としている現在の医療の場では、老人はついまで、このような状態に耐えなければならないのだろうか。

### 3節 高齢者や障害を持った高齢者の住みよい社会を作るには

障害をもつ高齢者の地域でのケアの現状をごく簡単に述べたが、介護を要する高齢者の在宅生活は、家族の犠牲のうえに成り立っている。しかし、家族の介護力は、既に述べたように、期待できない。そうすると、だれが介護しなければならないのだろうか。社会全体でケアするという考え方を基本的に据えなければならない。

高齢者・高齢障害者だけでなく障害をもった人々の住みよい社会を作り上げる活動を地域リハビリテーションとすることができる。澤村は、地域リハビリテーションを支える因子として、①市町村首長の姿勢、②保健・医療・福祉の連携、③サービスの窓口と拠点、④送迎システムを含めた環境整備、⑤住民参加意識と⑥ヒューマンパワーの充実を挙げている。

社会全体でケアするという考え方は、行政の責任でケアするということであ

り、縦割り行政機構が保健・福祉の連携を阻害している現状では、首長の姿勢は大きな意味をもつ。広島県御調町や大阪府大東市では大きな成果を上げている。また、広島県では、'92年4月より、環境保健部と福祉関係を主管していた民生部を統合し「福祉保健部」を新設し、各県の注目を浴びている。

地域リハビリテーションを支える6つの因子のうち、最も重要なのはヒューマンパワーの充実である。これは福祉先進諸国で既に証明されているし、上述した我が国における諸問題の根底にあるものである。しかし、澤村も述べているように、経済的負担も大きい。このことは、我々の税負担となる。福祉先進諸国の税負担は多く、デンマークにおいては、消費生活にまわせる所得は全収入の38%といわれているが、教育、医療は無料であり、老後の生活が保障されている。我が国の税負担は福祉先進諸国と比べ低いが、消費生活にまわせる所得は全収入の46%である。

筆者はヨーロッパの研修を通して、豊かな老後を感じることができた。現在の日本の老人は、戦前・戦後、そして、高度経済成長を底辺で支えて来た「戦士」である。彼らは人生のエピローグで、病気に脅え、孤独感に苛まれ、忍従の時を過ごしている。一体、彼らの人生は何だったのかと問いたい。人は、等しく年老いるものである。この長寿社会で障害を持たずに人生をまっとうできる保証はない。高齢者ケアの問題は、ほかでもない「わたし」の問題でもある。人生のエピローグを心豊かに過ごすために、我々の価値観についても考え直さなければならないだろう。社会全体でケアするとなれば国民の新たな税の負担も必要になるだろう。

澤村が挙げた6つの因子の他に、筆者らは①正確で迅速な情報収集を挙げたい。高齢者への医療・保健・福祉サービスは的確で迅速でなければならない。そのようなサービスを行うためには正確で迅速な情報が不可欠である。先に述べたニューキャッスル市では、情報のオンライン化によって対処していた。プライバシーの保護という前提で、学ぶ点はある。情報の収集・対象者の把握には医療機関との連携が必要である。

以上、我が国の老人の地域ケアの問題点とあるべき姿について私見を述べた。

ただ現状を批判するだけでは障害をもった人々を救うことはできない。多く



#### 4章 高齢者や障害を持った高齢者の住みよい社会づくり

の要介護老人を抱えている現実の中では、現在の制度、社会資源でどのように対応すべきかも極めて重要である。

老人保健法による機能回復訓練事業や老人福祉法によるデイサービス事業を、保健と福祉が別々に（縦割り行政によるもの）、限られたヒューマンパワーで実施している市町村が多いが、ヒューマンパワーの不足から必要に迫られ、一緒に実施するようになったところもある。その結果、対象者の把握、情報収集などが円滑、迅速になり、地域に根差した活動となっている（長崎県江迎町など）。限られたヒューマンパワー、社会資源を効率的に利用して行くためには、まずは医療・保健・福祉の連携が不可欠であり、そのためには定例的なケース検討会など共通の認識をもった具体的行動が必要である。

1970年に英国で出版された「施設と生活」がある。原著はA L I F E A R A R Tというが、1966年から69年にかけて英国の施設を調査した結果が書かれ、その中に、当時の英国社会の特徴が書かれている。それは「医学は寿命の延長を目指し」、「家族の単位が小さくなったため病気や老齢の家族を扶養できなくなり」、「死と生がないがしろにされている」である。現在の日本が約25年前の英国とあまりにも似ていることは興味深いことである。約25年前の英国がどのようにして今日の英国に至ったか、その歴史を知ることは、日本の現状を打開するひとつの手掛かりになる可能性がある。

《本稿の要旨を、'92年日英地域リハビリテーション・ジョイントフォーラム（長崎）にて発表した。》

#### 参 考 文 献

- 1) 澤村誠志：デンマークのケア体制とわが国の実情との比較検討。月刊総合ケア，1，85—92，1991。
- 2) 澤村誠志：地域リハビリテーション総論。総合リハ，20，291—294，1992。
- 3) 浜村明德：地域リハビリテーション・地域ケアと医療・医師の役割。月刊総合ケア，2，20—27，1992。
- 4) 平光八郎他：地方自治体の役割と地域ケアの展開。月刊総合ケア，2，37—44，1992。
- 5) 岡本祐三：デンマークに学ぶ豊かな老後。朝日新聞社，1990。
- 6) E. J. ミラー，G. V. グイン（田中豊他訳）：施設と生活—重度障害者の依存と自立を支えるシステム。千書房，東京，1985。