

平成 23 年 2 月 18 日  
衆議院第 1 議員会館 国際会議室  
8:00~9:20

民主党介護を考える議員連盟

会長 石毛 錠子

民主党インクルーシブ教育を推進する議員連盟

会長代行 稲見 哲男

安心社会の構築に向けたリハビリテーションを考える議員連盟

会長 土肥 隆一

「社会保障改革の前提となる医療・介護・福祉の地域づくりビジョン」  
3議連合同勉強会

① ごあいさつ

○ 開会

○ 会長あいさつ

② ご講演

○ 日本リハビリテーション病院・施設協会名誉会長

澤村 誠志 先生

③ 質疑応答・意見交換

# せいし 澤村誠志先生プロフィール



## 1. プロフィール・活動歴

誰もが、安心して、住み慣れた地域に、心豊かに、住み続けることができるユニバーサル社会の実現、障害者のノーマライゼーションに尽力する。専門領域は整形外科、切断と義肢、地域リハビリテーション。兵庫県立総合リハビリテーションセンター中央病院長などを歴任。

昭和 5年	神戸市生まれ
昭和 30年	神戸医科大学整形外科入局
昭和 38年	兵庫県立総合リハビリテーションセンターの設立要望書提出
昭和 44年	兵庫県立総合リハビリテーションセンター中央病院オープン
昭和 45年	兵庫県立身体障害者更生相談所併設（以後22年間所長兼任）
昭和 48年	兵庫県リハビリテーション協議会設置
昭和 62年	兵庫県で地域リハビリテーション検討委員会設置
平成 元年	日本リハビリテーション病院協会発足 地域リハビリテーションシステム担当副会長
平成 4年	日本リハビリテーション医学会学術集会会長
平成 7年	日本リハビリテーション病院・施設協会会长 ISPO（国際義肢装具協会）会長
平成 8年	全国地域リハビリテーション研究会を神戸で開催
平成 11年	地域リハビリテーション懇談会（厚生労働省）委員長
平成 12年	兵庫県地域リハビリテーション推進協議会会長
平成 13年	日本福祉のまちづくり学会会長
平成 14年	日本リハビリテーション連携科学学会理事長
平成 16年	日本リハビリテーション病院・施設協会名誉会長

## 2. 主な著作（編著、監修）

- リハビリテーション連携論（三輪書店、2009年）
- 切断と義肢（医歯薬出版、2007年）
- 実践地域リハビリテーション私論（三輪書店、2005年）
- 社会リハビリテーション論（三輪書店、2005年）
- これからのリハビリテーションのあり方（青海社、2004年）
- 介護福祉士のための福祉用具活用論（中央法規出版、2000年）
- 最新介護福祉全書 リハビリテーション論（メヂカルフレンド社、1999年）
- 障害者・高齢者の医療と福祉（医歯薬出版、1994年）
- 義肢学（医歯薬出版、1988年）

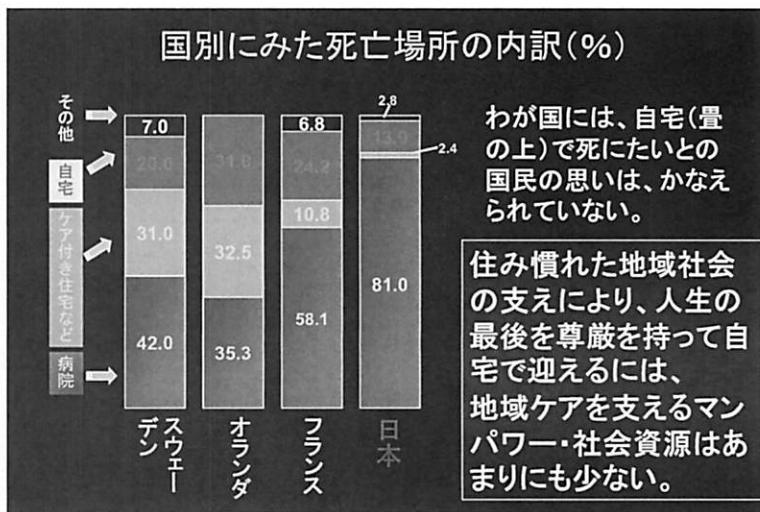
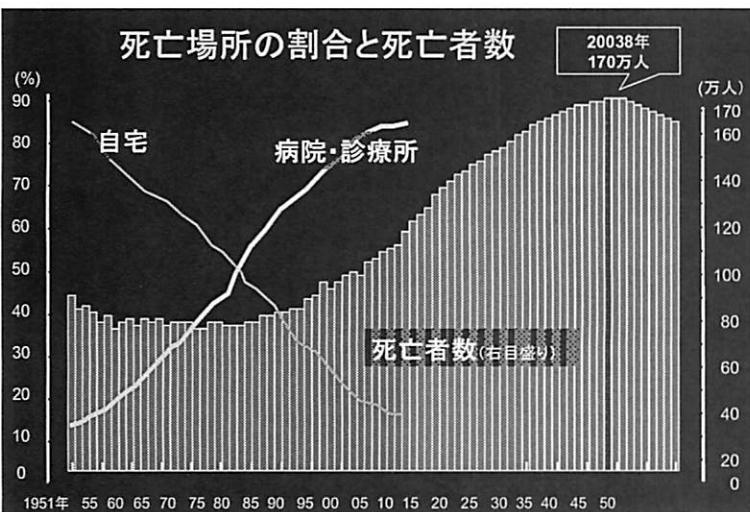
## 安心社会の創生に向むく

誰もが、安心して、住み慣れた地域へ、心豊かに、住み続けるために

日本リハビリテーション連携科学学会理事長  
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  
澤村誠志

## 高齢者の住生活への希望

1. 長く住み慣れた地域に、仲間と一緒に安心して、心豊かに住み続けたい。
2. もし、寝たきりになつても病院や施設でなく、自宅で家族や友人に見守られて、人間らしく死を迎える。
3. できれば、家族に迷惑かけないように、ピンピンコロリと逝きたい。



## ユニバーサル社会を具現化した スウェーデンのまちづくり から学ぶ 1987

私の安全社会のゴールは、個室住宅、24時間安心、生きがい、アクセスフリーと感じた原点

なるべく駅の近くにケア付き集合住宅を  
高齢者・障害者・健常者混在したアパート



保育所・幼稚園の近くに、子どもと老人が共に住む社会を目指す

24時間ケアの保障があつてこそ  
安心した生活が可能  
(看護師とケアワーカーによる) 絵画が生きがい



## コック・サービスホーム(職員100名)

Tuppen, Norrkoping, Sweden

- ・生協住宅、188戸；このうち、高齢者用59戸、障害者用6戸を、市が借り上げ、24時間ケアを行う。職員：看護婦 3  
ホームヘルパー 6  
夜間専従介護 3
- ・小学校初等科、児童館、保育園、余暇センター、
- ・レストラン(障害者は33Kr、一般は44Kr)

ユニバーサル社会の具体的実施

## ノーマライゼーションの まちづくりの実践

小学生、老人、障害者等色々な人々が共同で住んでいる



4 18:05



障害、年齢、性別、文化などを超えて、だれもが支え合って生きるまち－ユニバーサル社会－



4 18:06

### 中学校区における地域安心生活連携プラン



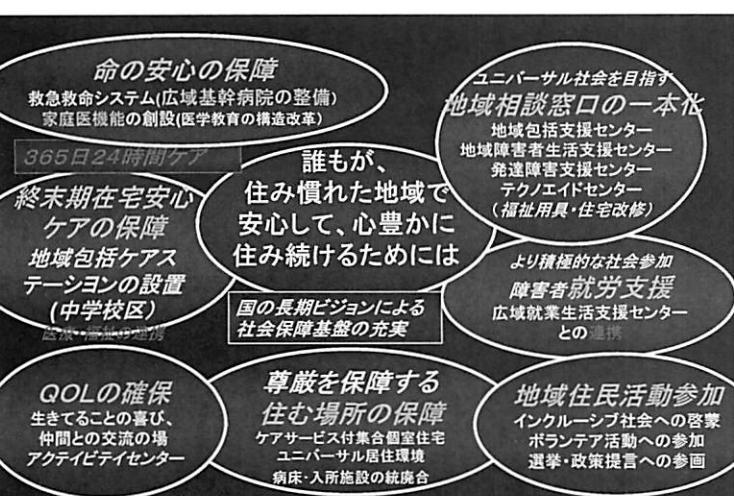
### OECD諸外国に共通した課題

1. 医療費高騰に対する極端な入院期間の短縮と、受け皿となる365日24時間の安心ケアシステムの充実。
2. 医療に対する国・県の責任の明確性、市町村における福祉・介護における役割の明確化。地方分権の成熟。住民主体の活動による民主主義と政治への参加。
3. 住宅対策を国の責任と捉える基本施策
4. 18-25%の消費税を容認する高い社会保障制度の保持と社会保障番号、ITカルテによる公平性、迅速性
5. 人間の尊厳を守るインクルージョンの理念浸透から、障害者・高齢者の施設ケアから、地域ケア充実へ

私は、グローバルな視点から

「国民に信頼される安心・安全社会を創生する」することが、経済成長上最も重要な課題と考え、これまであまりマスコミ上論議されていない次の点に絞って私見を述べます。

- 1) 地域医療の崩壊を防ぐ抜本的改革
- 2) 地域安心生活を守る包括ケア拠点(365日24時間)
- 3) 安心・ユニバーサル社会の構築に向っての霞ヶ関縦割り行政組織の改革



グローバルな視点から見た  
我が国の医療供給体制の問題点

我が国は国際的に先進国の中で最も低い医療費で、  
低い乳児死亡率、世界最高の長寿国を作っているとの高い評価(WHO)がなされている。

しかし

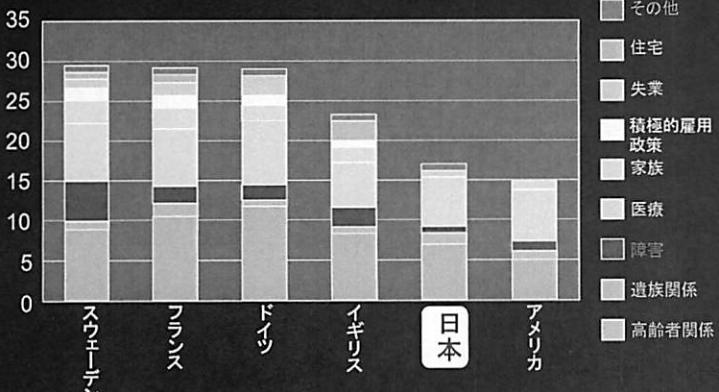
日本の医療供給制度は、  
国際的にみて  
極めて非常識で、脆弱である。



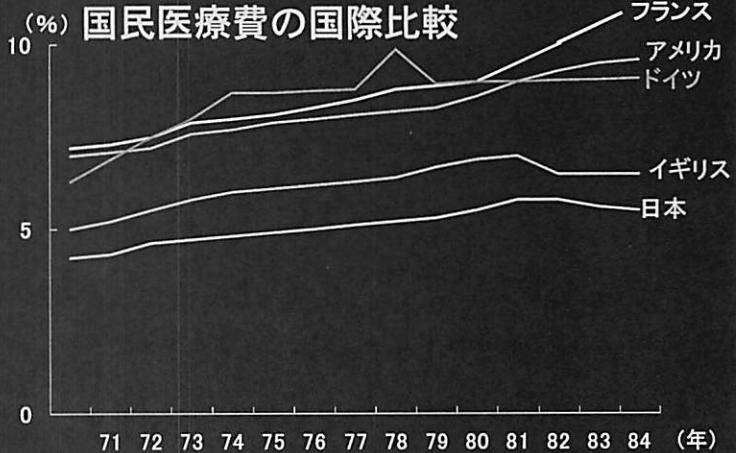
このままでは医療提供システムの崩壊がすすむ？

### 社会保障給付費の国際比較

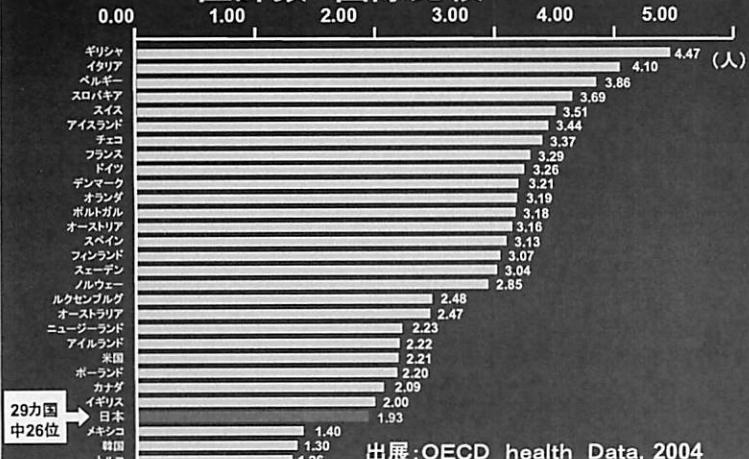
(対 GDP比、%、2001年 OECDデータより)



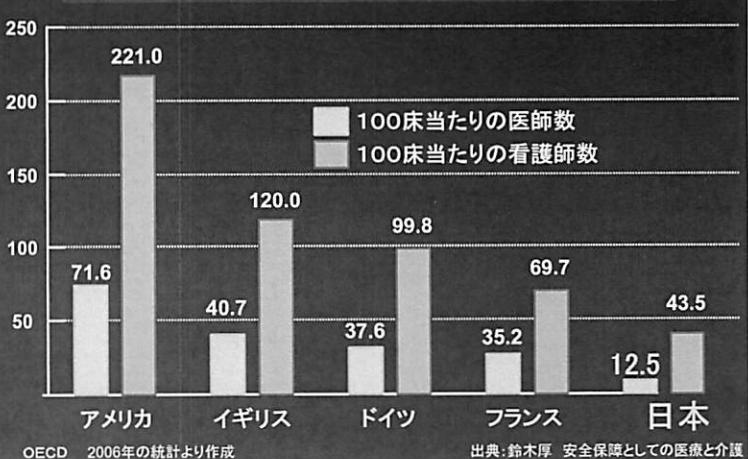
### 国民医療費の国際比較



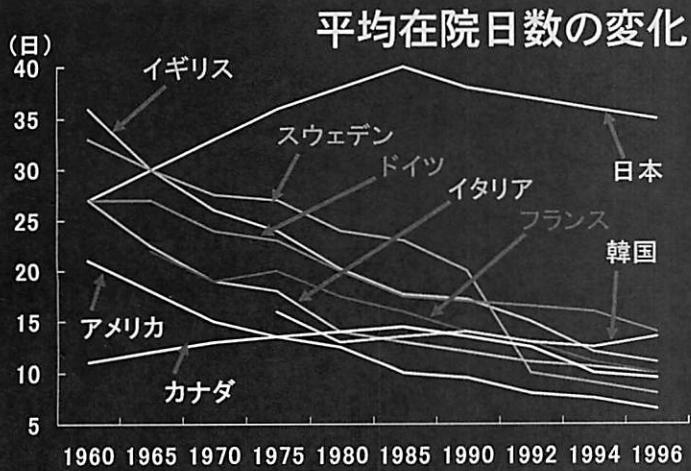
### 医師数 国際比較



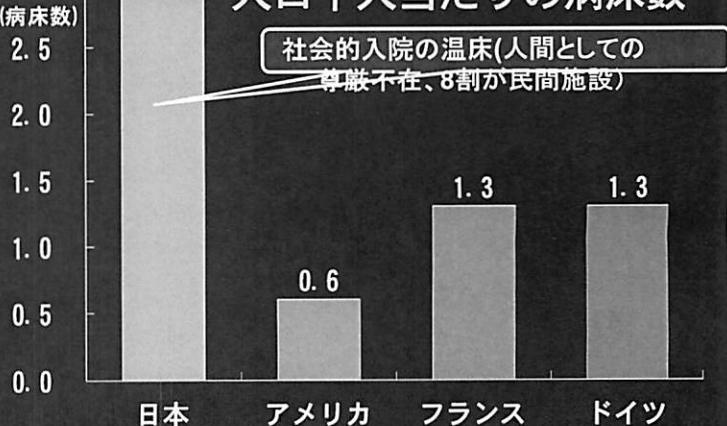
### 100床当たり医師数と、看護師数の国際比較



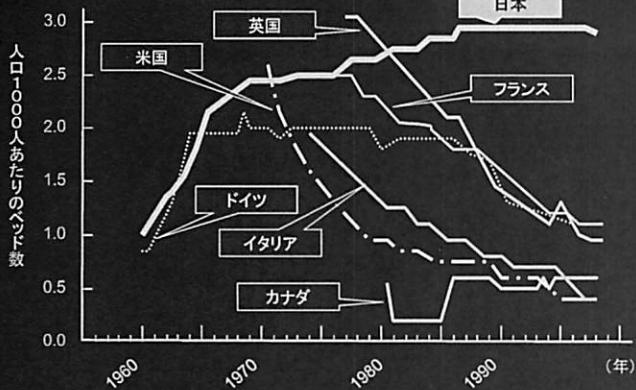
### 平均在院日数の変化



### 人口千人当たりの病床数



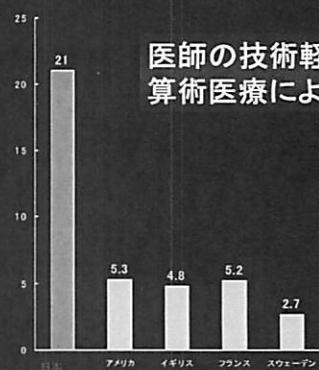
## 各国の精神病床の推移(OECD統計)



国民1人あたり年間  
平均受診回数(回)

1回受診あたり医療費(万円)

医師の技術軽視の診療報酬、  
算術医療による経営、無駄づかい



受診回数は数倍、

医療費は20%

## 医療機器設置数

	MRI	CT
日本	3938	10693
アメリカ	2045	3564
イタリア	365	1025
イギリス	270	346
韓国	188	1068
スペイン	150	402
スイス	94	135
オーストリア	68	208

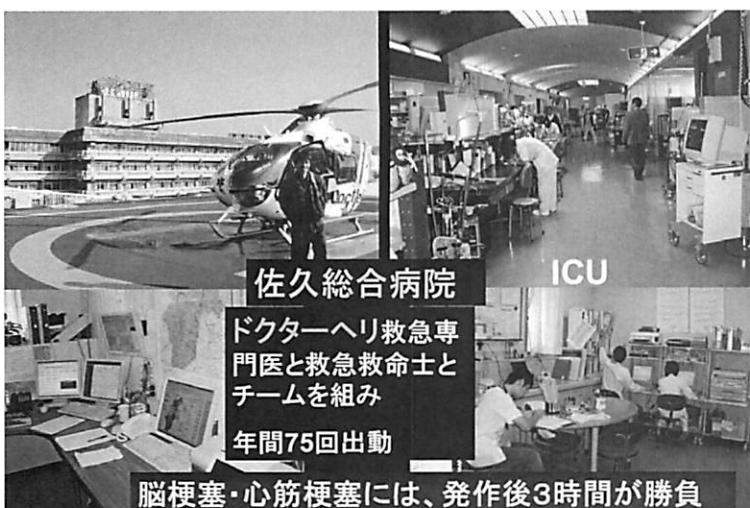
自由診療・算術医療の代表格、  
野放しの自治体の地域医療計画

## 平時の住民の安心・安全をまもるための 救急救命システムの抜本的改革が必要

医師・救急救命士同乗のヘリコプター出動  
による発症後数分間の心肺機能の停止に対  
応できるように地域医療基幹(救急救命)病  
院の整備するべきでないか。

地域基幹病院のマンパワー(特に専門医師)  
の充実による過酷な医師・看護師の勤務をさ  
ける。政策医療に関する国・県の責任明記

(慢性期)



## 日本と欧米の医師養成の仕組みの比較

厚労省研究班2008. 9

	日本	米国	フランス	ドイツ	英国
政府による医学部定員の規制	○	×	○	×	○
専門医数の規制を行なう機関	×	○	○	○	○
患者数など踏まえて養成すべき専門医数を変更しているか	×	○	○	○	○
政府による開業医数の規制	×	×	×	○	○

河井 ひらくたま、たく自由一樂、じゅうらく

## 2. 地域基幹病院の臓器医療質量の向上

①医師・看護師数など3倍増による国際的レベルに向かって臓器医療の質の向上、病院専門医とかかりつけ医との給料格差の改善。

②国民の命を守る国、都道府県の政策医療の責任の明確化。

都道府県が責任を持ち、2次圏域(人口数十万)毎に、必要な臓器医療専門医数と、かかりつけ医(GP)数の定員を決定する。(大学医学部・基幹病院・医師会による協議会により決定)

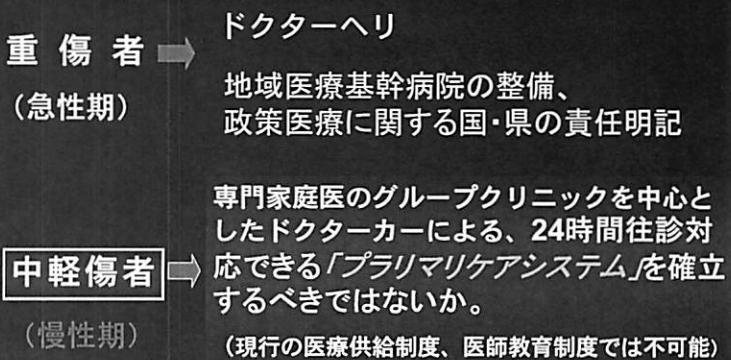
## 都道府県の責務による医師配置

(定数配置の上)



## 平時の住民の安心・安全をまもるための プライマリケア・システムの構築

### 地域住民の安全と安心を守る プライマリケア・システム



### GP (家庭医グループ組合) Consortium 当直体制 (365日、24時間安心体制)

平日 : 19時～翌朝7時までのGPクリニックへの電話はこの組合に転送される。  
土・日・祝日・休日 365日、24時間対応  
深夜1時まで3人体制 (報酬160ポンド)  
深夜1時から 翌朝7時まで 1人体制  
GPの80%が参加、運転手つきドクターカーで  
往診 (1～4回/月当直)  
夏期休暇 6週間 (グループ診療の利点)

### General Practitioner

(英国 かかりつけ医)

- ・家庭医としての専門教育
- ・国民の98%がGPに登録  
プライマリヘルスケアの中核
- ・急性期疾患病院治療への  
gate keeper としての役割
- ・グループ診療による24時間ケア

### プライマリ・ケア診療の重要性

- ・プライマリ・ケアは、英国のプライマリヘルスセンター計画から出発(1920)  
病気の初期的な治療は、「ホームドクターGP」と呼ばれる家庭医が担当し(住民の9割を診療)、
- ・世界的にこの家庭医制度「プライマリ・ケア専門医」による診療が、質が高く、より公平で、効果的な医療供給体制の基本として評価されている。  
(WHO; 2000)。しかし、我が国にはこの家庭医の専門教育が何故か欠落している。政策不在。

### 臨床医の教育制度

**先進国** { **臓器医療専門医** (病院勤務医コンサルタント)  
救急救命(ドクターへり):  
重度患者への高度技術提供  
**家庭医(一般医: GP)** 6年間専門教育  
地域でグループクリニック、  
(ドクターカー)365日24時間対応

**わが国** → 家庭医の専門教育は皆無  
**臓器医療専門医** 勤務を経て  
地域医療に専念 ↓ 診療所個人開業  
かかりつけ医(在宅主治医)  
在宅療養支援診療所  
地域総合ケアの基礎教育が欠如

### GP家庭医と専門医の活動比較

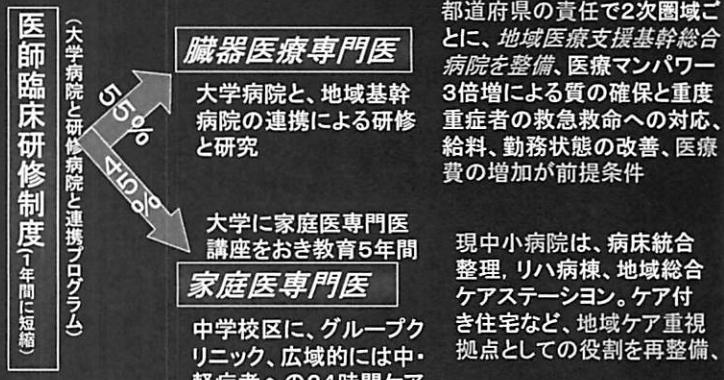
活動項目	家庭医	救急医	内一般医	小児科医	科産婦人	専門器別
包括性						
年齢	○	○	△	▲	○	○
性	○	○	○	○	▲	○
全人的	○	△	○	○	○	△
保健予防	○	▲	○	○	○	△
リハビリテーション	○	▲	○	○	△	△
在宅ケア	○	△	○	○	△	△

## 今後の地域医療ケアのあり方

### 1. 地域・プライマリケアシステムの確立

- ① 地域家庭医GPの専門教育の開始と地域の保健・医療・福祉の連携におけるリーダーシップに関わる。地域住民との信頼関係を最重要視。
- ② GPグループ診療によるプライマリケアシステムの確立、真の365日24時間の安心確保。
- ③ 個々の住民に対して臓器専門医へのゲートキーパーとしての役割をもつ、ドクターショッピング規制による医療費の効率的活用。

## わが国の医師教育と医療提供制度をたどる：私案



## 在宅包括ケアを推進するシステム 安心拠点(中学校区)



## 地域包括ケア(医療・介護・福祉の一体的提供)

平成20年：地域包括ケア研究会に付記

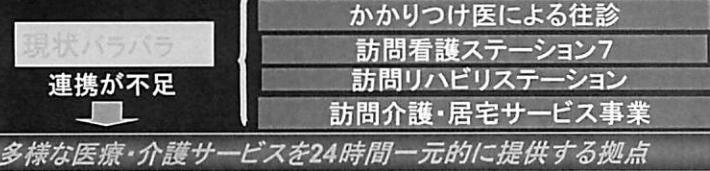
**定義：** 地域包括ケアシステムは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本にして、生活上の安全・安心・健康を確保するために、

医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが、日常生活圏域(30分以内・中学校区)で365日24時間を通じて、適切に提供できるような体制とする。

地域包括ケアは、地域における社会資源の活用やユニバーサル社会・インクルーシブ社会の創出のために、このような縦割り行政の産物である介護保険の内で考えるべきでない。

**包括とは：**年齢・障害の種別・文化を超えて、障害のある人びとの多面的なニーズに対応するために、医療・介護・福祉のみではなく、教育、就業、テクノエイド(住宅改修・福祉機器)、まちづくりなど居住環境を含めた広い範囲を指します。

### (中学校区)在宅包括ケアの拠点



### 地域包括ケアセンター(365日24時間在宅総合ケア)

医療系：外来診療・往診・訪問診療

訪問看護・訪問リハ

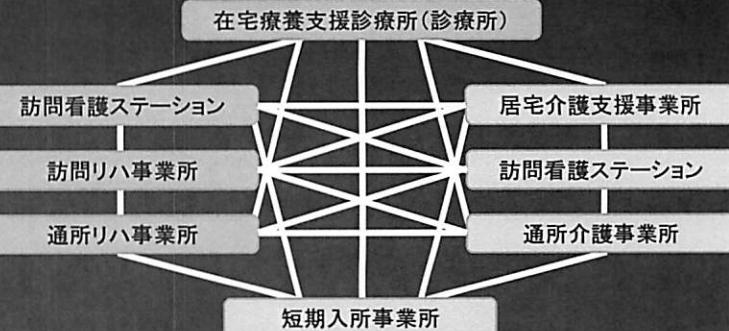
通院リハ・通所リハ・短期入院リハ

介護系：訪問介護・訪問入浴介護

通所介護、短期入所

テクノエイド：福祉用具・住宅改修

### 地域における医療・介護サービスの提供拠点の現状

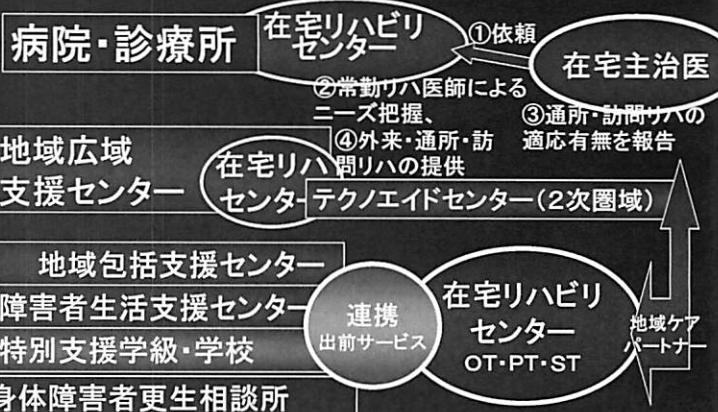


## 医療・介護サービスの総合的提供拠点が必要

- ・在宅療養支援診療所(24時間体制)
- ・訪問看護ステーション(24時間体制)
- ・訪問介護ステーション(24時間体制)
- ・訪問リハ事業所
- ・通所リハ事業所
- ・通所介護事業所
- ・短期入所・入院事業所
- ・居宅介護支援事業所

各事業所が1拠点に集合して  
チームアプローチを推進すべき

## 在宅リハビリテーションステーション



誰もが  
心豊かに、  
生き生きと、  
安心して、  
住み慣れた地域で、  
住み続けることができる社会の形成

**ユニバーサル**  
年齢・障害の種類・性別・文化を超え  
**QOL・エンパワーメント**  
社会参加・協働社会の形成  
**総合包括ケア**  
365日、24時間安心・連携拠点  
**インクルージョン**  
社会的統合・地域住民の意識啓発  
権利擁護・差別禁止、ネットワーク

## ユニバーサル社会の形成

## 厚生労働省 地域リハビリテーション関連組織

### 医政局

#### 総務課

保健医療の基本政策、  
基盤整備システム

#### 指導課

救急医療体制整備、

#### 医事課

医師、PT、OT、ST

#### 看護課

保健師、看護師、

### 老健局

#### 老人保健課

地域リハシステム  
訪問看護

#### 振興課

福祉用具:研究普及

#### 計画課

在宅介護支援センター  
ホームヘルプサービス

#### 介護保険課

介護保険法

### 社会援護局 障害保健福祉部

#### 地域福祉課

地域社会福祉正規  
ボランティア

#### 福祉基盤課

社会福祉士・介護  
福祉士・施設整備

#### 障害福祉課

身体・知的障害者(児)  
障害者自立支援振興室

#### 精神・障害保健課

精神障害者福祉法

## 安心社会推進に向けて何が求められるか

- 1) 地域リハを支える我が国の社会保障(年金・医療・介護)の「長期ビジョンの設定」が前提。
- 2) 高齢者ケア中心から、年齢・障害の壁を超えた「ユニバーサル社会の構築」への進展を。
- 3) 障害を持つ地域住民の視線に立って、相談窓口の一本化と連携、総合在宅ケアセンター(安心拠点)の整備、プライマリケア、教育、就業、住宅、テクノエイドなど、総合的な視点に立ったサービスの展開が必要。

それには、縦割り行政機構の改革が不可欠

地域における安心ケアに関する  
医療・介護・福祉の連携を妨げて  
困っている大きな要因として  
霞ヶ関の縦割り機構をあげたい。

国民が政治に対する大きな期待は  
国民の安心生活を守る視点に立つて

政治主導による霞ヶ関改革である。

## 障害者の数(年齢別)

障害者総数 744.2万人(人口の約5.8%)

うち65歳未満 54%)  
うち65歳以上 46%)

身体障害者(児)  
366.3万人

知的障害者(児)  
54.7万人

精神障害者  
323.3万人

65歳未満の者  
(38%)

65歳未満の者  
(96%)

65歳未満の者  
(66%)

65歳を超えた段階で、自立支援法から介護  
保険法に変わるため、今まで受けていたサー  
ビスが受けられなくなる。

## 高齢者のリハビリテーション医療・介護予防の流れ

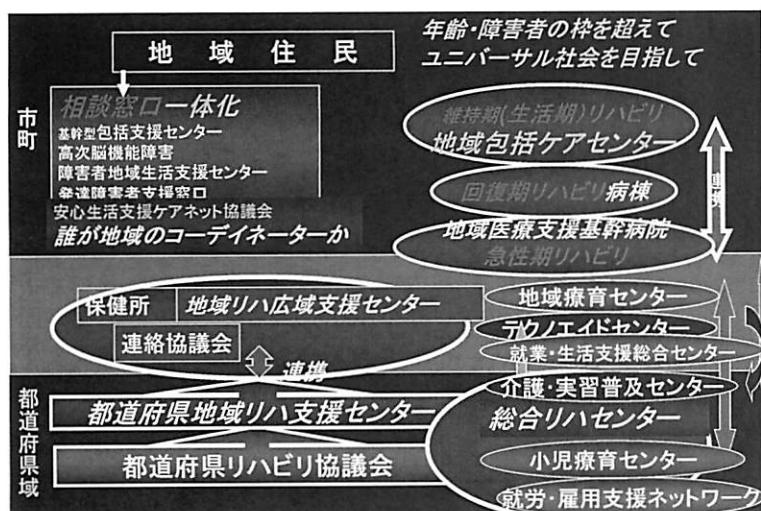
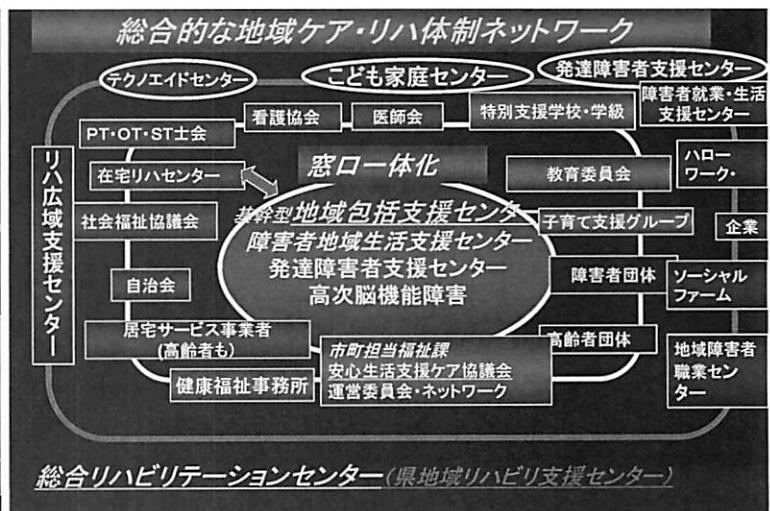
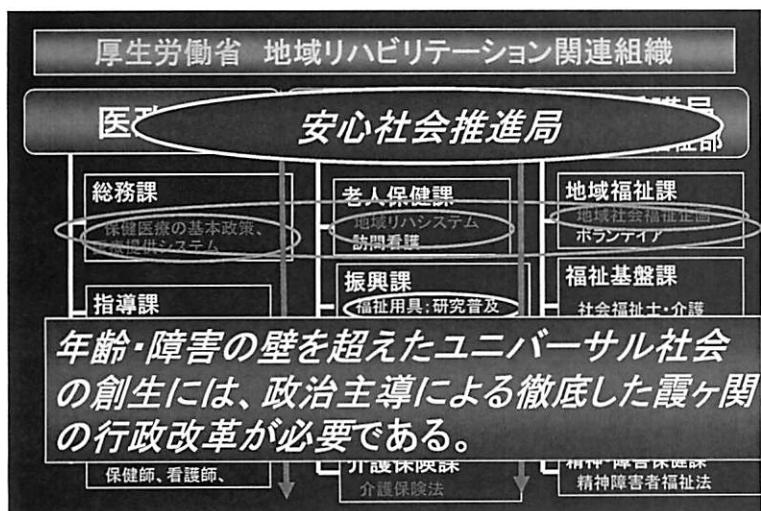
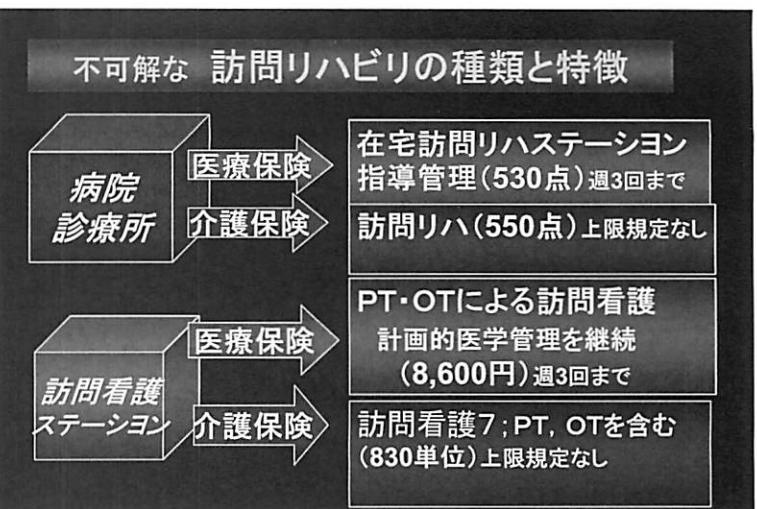
### 地域リハビリテーション医療

#### 予防的活動 → 治療的活動 → 介護的活動

##### 予防的リハ → 急性期リハ → 回復期リハ → 持続期リハ → 終末期リハ



高齢卒中リハの医療区分1の入びとはリハ難民となる  
老人保健事業・介護予防事業

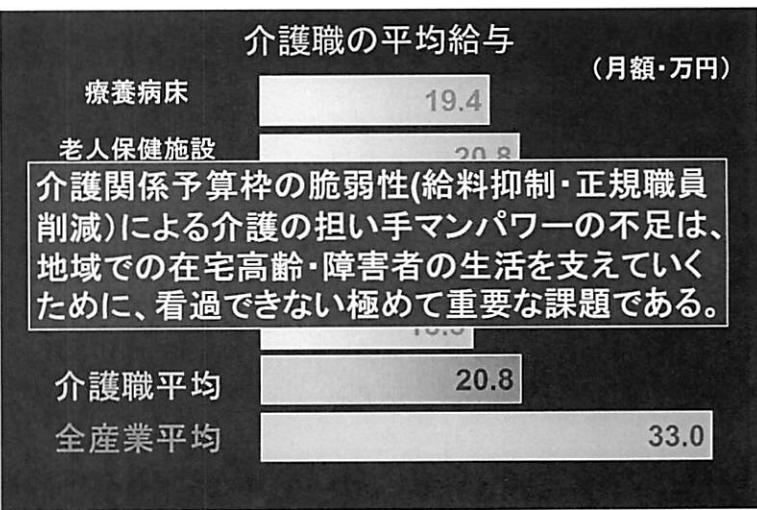
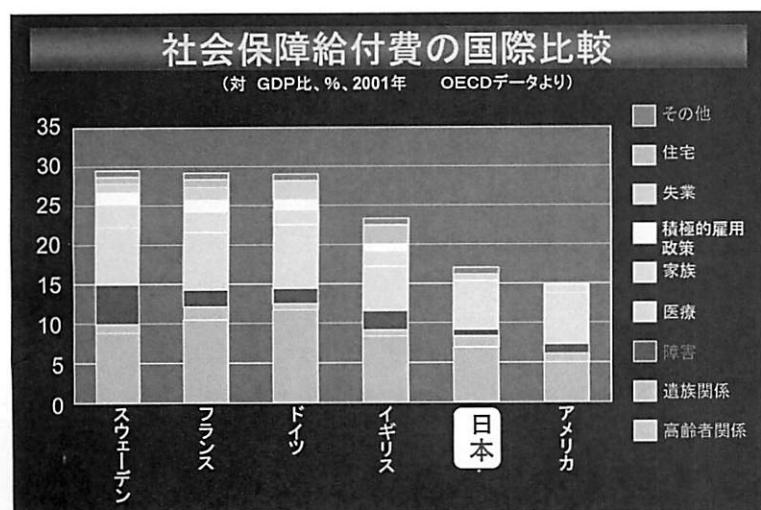


### 社会保障と経済成長

我が国は、家族による扶養を「日本型福祉」の含み資産とし、経済成長が社会保障を支えるとの政策をとってきた。

「公共事業」を拡大し、資源を地方に分配することで、地域の経済を刺激し、需要を拡大して経済発展を図る方向に重点をおいてきた

その背景には、医療や介護・福祉サービスに、金をかけると、経済力は退潮する(スエーデンモデルの崩壊)との基本政策姿勢があった。



## その結果は

- ・わが国では、自分の老後は、先ず自分で守りなさい(自助努力)。介護保険・障害者自立支援法(共助)、医療費、保険費、住民税等負担の導入の増加。
- 米国追従型経済優先主義を取り続けたため格差社会の顕在化。
- ・年間自殺者数が32,000人と増えてきている。
- ・国民の80%が将来に不安を持ち、将来の不安に備えて国民は1400兆円を預金。これでは、経済成長の60%を支える国民消費が伸びない、

## 社会保障と経済成長

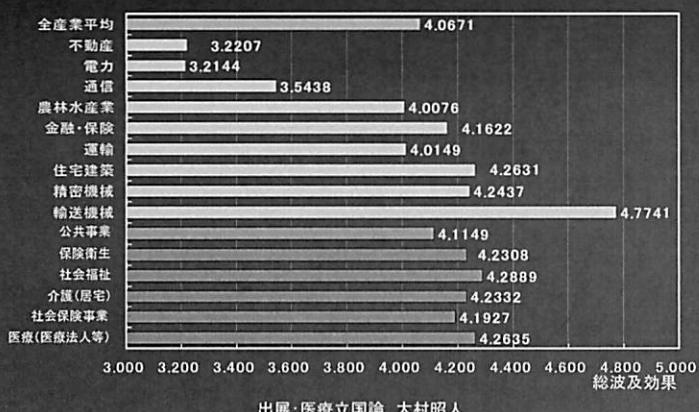
・日本は、家族による扶養を「日本型福祉」の含み資産とし、社会保障による所得配分よりも、公共投資を拡大し、資源を地方に分配することで、地域の経済を刺激し、需要を拡大して経済発展を図る方向に重点をおいてきた。

ヨーロッパ先進諸国に共通していることは、まず、高負担による社会保障を充実して、所得と将来への安心を国民に約束することで、経済成長の60%を支える国民消費を促し、国内需要を増やすことによって、経済発展を図る政策方針を選択した。

①「海外先進国」では、早くからノーマライゼーションの理念浸透から、入院、入所重視政策から、在宅医療・ケアを重要視する政策に転換。

②地域受け皿機能の充実のために、在宅ケアを支えるマンパワーの大幅増員が必要となった。そして、女性の介護、保育への社会進出を支援する政策をとった。これにより、少子化に歯止めをかけることができた。(1.4から1.8へ)

③その典型的な北欧諸国は、消費税25%なるもその後3%台後半の経済成長率を保ち、現在も財政も黒字を維持している。

社会保障の総波及効果は、全産業平均よりも高い  
産業関連表による総波及効果

## 地域包括ケアの経済効果は

- 1)リハビリテーション効果による介護度の減少により、医療費、介護費及び施設ケア費用の削減
- 2)地域ケアマンパワー(介護・保育・医療)の数倍増による新たな雇用の創出  
多機能24時間安心サービス付集合個室住宅の充実による新たなハコモノ社会資本の整備
- 3)将来への安心社会の創造により、わが国の経済成長の60%を支える個人消費の伸びが期待。

従来の公共事業と比較して、医療・介護などの社会保障の充実が、新たな経済成長を支える事業であるとの政策の転換が必要。

## 経済効果の試算

1億円を投入すると…		生産誘発効果	雇用誘発効果
	医療	4億3612万円	10.9人
	介護	4億4146万円	26.3人
	社会福祉	4億4329万円	20.0人
	公共事業	4億1544万円	9.7人

厚生労働省 医療経済研究機構(2010年)

## 安心社会の観点からの将来プラン

- ①社会保障(年金・医療・福祉)に対する長期ビジョンの作成による国民へ安心社会の未来像を国民へ提示。
- ②864兆円の借金返済へ、「消費税増税」による社会保障の質を確保し、安心社会の形成する。貯金の必要性を少なくして国民消費の奨励による経済活性化。
- ③国民社会保障番号による徹底した情報開示、公平透明性の確保。  
「電子カルテの普及」による関係者の情報共有と紙媒体による無駄づかい排除によるチームアプローチの形成。
- ④国(政策)・県(医療)・市町(社会サービス)の役割の明確化。 地方分権の強化; 権限・財源の委譲。

## 震災復興支援への感謝を込めた1,000人太鼓



## 老人保健施設 - 3月

デンマーク → ハウス 施設区分

- ✓ サービス付高齢者住宅 (厚労+国交)
- ✓ 本人の主体性 を重視 - 地域 hospital in home  
/ This is → 地域医療
- ✓ タミナル の専門施設が必要
- ✓ 専門医の配置と規定
- ✓ 中学校区 → (地域+精神科)の必要  
地域のニーズに対応せよ.
- ✓ 介護、医療 → システム化.  
地域+崩壊化.  
システム化  
- 医局の活性化.  
- 自由診療制度