

社会保障制度改革とこれからの日本の福祉

——魂の器としての住まい——

ジャーナリスト 国際医療福祉大学大学院教授

福祉と医療・現場と政策をつなぐ志の縁結び係&小間使い 大熊 由紀子

日本のアブノーマライゼーションの世界

きょうは、地域包括ケアがテーマですので、最初はその対極にあるものは何かをお示ししたいと思います。町や村にはいろんな人が住んでいます。年とった人、若い人、病気の人、健康な人、障害のある人、ない人。これまでの日本はハンセン病療養所を島に作り、精神病院を山の中に作り、人里離れた老人病院や知的障害の施設を作り、それぞれの所にハンディを負った人々を選び分けて連れて行ってしまった。「地域包括ケア」と逆のことを長年日本ではやってきました。

デンマークでは、1959年に、誰もが町の中で暮らす「権利」があることを定めた、通称「ノーマライゼーション法」ができました。それから、半世紀もたったのに、日本はいまだにアブノーマライゼーションの世界です。その中で、言葉だけ地域包括が広まっているように思われます。

北朝鮮からやってきたスタッフが星を眺めていた恋人どうしをズタ袋に入れて連れ去って行った話を小浜の海岸で聞いたとき、私は日本のこれまでの医療や福祉の制度は「拉致制度」だったんだと気がつきました。精神病院に入っている人たち、知的ハンディを持っている人たち、そしてハンセン病の人たちは、ご自分の意志と関係なく、無理やり拉致されていきました。地域包括の逆の世界だと思っております。

それが最も顕著に表れているのが精神病院です。日本の人口は世界の2%なのに、世界の精神科のベッドの20%が日本にあります。日本でだけ精神病が流行っているわけではないのにです。ノーマライゼーション思想が広まり、症状をやわらげるくすりが登場し、1970年頃から、どの国でも精神科ベッドが減っているのに、日本だけが増えて、そのまま減らそうとしていないという状況にあります。

国際的な思想にうとい日本では、「精神病患者の野放しは危険」と言って、厚生省の事務次官が通知を出しました。「どこに作ってもいいです」「低利で融資します」「お医者さんは一般科の3分の1でいいです」「看護婦さんも3分の2でいいです」。その結果、山奥に精神病院がどんどんできていきました。入院している数だけ収入が入ってきます。「精神病院の多くは牧畜業者のようなものだ」とか「患者は固定資産」ということを、日本医師会の武見太郎会長が言うようなありさまでした。

最近では統合失調症の人が入院しなくて済むようになったり、長くいた方が亡くなったりして、空き室が

増えてきました。そこで考えられたのが、認知症の方を吸い込むという、そういう戦略が進んでいます。

ノーマライゼーションの8つの原理

ノーマライゼーションという思想の生みの親は、デンマークの厚生省の局長だったニルス・エリク・バンクミケルセンさんです。彼の親友でお隣のスウェーデンのベンクト・リイニエさんはノーマライゼーションの育ての父と呼ばれています。彼の英語の論文「ノーマライゼーション8つの原理」〔注〕を踏まえて日本で1996年にできた戦略が、「障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略～」です。

私は、リイニエさんとウプサラで会ったときにお願ひしたことがありました。ノーマライゼーション8つの原理の論文は、書き出しが、「どんなに知的な障害が重くても」となっているけれど、日本に伝え広めるときは、これを広げて、「病気が重くても、年をとっても、死が間近に迫っても」と言ってもいいでしょうか？と尋ねたところ、「それはいい考えだ」と言っていただきました。ですので、資料では「ベンクト・リイニエ1969+ゆき1995」とタイトルした次第です。

どんなに年を取っても、1日の普通のリズムを味わう権利がある。日本の老人病院で見られる1日中寝着はアブノーマライゼーションです。そして、1週間の普通のリズム、1年のリズム、年に1度のお祭りとか、そういうものを味わう権利がある。そして自己決定と尊厳を尊重される権利があるというのが、リイニエさんの8つの原理。それを私が広げたものです。

人生の質 (QOL) の3重構造

徳島にスウェーデン・ウプサラ大学の教授、ラーシュ・シェボンさんが来たときに、QOL (Quality of Life)、人生の質を何で計るべきであろうかという議論になりました。そのときは私が新聞社にいた時代ですけれども、「衣食住が満ち足りて、コミュニケーションが取れて、愛があって、誇りが持てたら、QOLが高いのではないのでしょうか？」と言いました。すると、「ユキーコ、そのようにただ並べたのでは駄目である」「もっと構造的に考えるべきであって、住食衣、コミュニケーションのノーマライゼーションが保たれることがまず基本。その上に愛のノーマライゼーションが実現する」とコメントされました。そういう条件が満たされた後に、彼は「自分自身のことをかけがえのない存在だと思えるノーマライゼーションが実現する。ユキーコの言っ

ている誇りとか役割です」と言われました。こうしてシェボンさんとゆきでつくったので、「人生の3重構造」(ラーシュ・シェボン+ゆき 1994) というふうにお示しました。

「寝たきり老人」のいる国、いない国

日本型福祉政策が生んだ悲劇のひとつは、福祉のお金を節約した結果、医療保険の老人病院に要介護の高齢者が入院することになり、「寝たきり老人」と呼ばれる人が大量生産されてしまったことです。「寝たきり老人」という概念のある国とない国があることを私は1985年に発見しました。14カ国ぐらいに老後の貯金を下ろしては出かけて、一番気に入ったのがご本人もいい顔しているし、ヘルパーも看護婦さんもいい顔しているデンマークでした。

デンマークでは、権限が国から現場に下りています。権限と責任が下りている結果、入院するときから退院後のプランが立てられます。ヘルパーはプロなので、目は離さないけれども手は出さない。訪問ナースという司令塔がいて、全体をコーディネートする仕組みがあることが分かりました。

同じ頃の日本は、長男のお嫁さんがヘトヘトになって介護する。たまに小姑さんがおみやげ持って元気はつらつでやってくる。で、遺産は小姑さん行っちゃうということで、家族のもめごとが起きます。これが日本型福祉の第2の悲劇です。

大事なのが生活の節目に現れてくるホームヘルパーと訪問ナースです。ホームヘルパーが「おむつを取り替えてお風呂に入れる人」ではなくて、もちろんそれもしますけれども、その人自身の誇りを膨らませる。そういうプロであることに気が付きました。ケアワーカーの条件は、認知症のお年寄りに尊敬の念を持って、なおかつ同じことを何度言われても忍耐強く応える。興味深く耳を傾けて、気持ちを正確につかむ。小さな変化も見逃さない繊細な心を持つ。奇妙な行動にも驚いたりせず、怒りを受け止められる度量がある。機転の利いた受け答えが得意。ユーモアのセンスがある。こうしたことが大切にされていると知りました。今でも日本では、男の偉い人たちとかメディアの男の人たちは、「人手不足だからフィリピンとかインドネシアから優しい女を呼んでくればいい、おむつ取り替えてにっこりしてくれるからいいじゃないか」と、かなり責任ある立場の人が言うのですけれども、実に嘆かわしいことだと思っています。

大切なものがさらにあります。「補助器具」が直訳ですけれども、日本では、後に福祉用具という言葉で法律になりました。それを、体に合わせて調整するという仕組みが大切にされていました。デンマークでは「自己資源バスケット」という言葉がよく使われていました。この人は「もう本が読めない」「自分でお風呂に入れない」「献立をたてられない」というところを見るの

ではなく、「にんじんの皮をむくことはできる」「髪をとかすこともできる」「食べられる」など、自己資源に目を向けるということです。

「自助、自助」って強調する人がいますけれども、「自助できるように支援する」という言葉がデンマークでは使われます。ただ寝かせておくのではなくて、例えば台所も車いすで使えるようにすることでお料理もできるようにするという、自助ができるように支援する。日本でいわれる「根性でがんばれ」「わがままをゆるしてはいけない」とは似たような言葉ですが、全く違うことです。地域包括ケアで自助、互助、共助を強調して公助の役割を薄めるのは、なんかうさんくさいなっと思っております。

医療費と満足度

グラフ(文末、「一人あたり医療費と満足度比較」)は、それぞれの国が、「国民一人当たりにかけている医療費」と「医療に満足している人の割合」の関係を見たものです。笑顔がいいとさきほど申し上げたデンマークや北欧、オランダの国々が、かけている医療費以上に満足度が高いことがお分かりいただけるとおもいます。共通しているのは、ほんものの地域包括ケアができてくる国であり、ご本人の意志が大切にされている国々です。治療が終わり次第、病院から帰ってくるができるように住宅政策も大切にされています。

日本とデンマークは一人当たりの医療費は同じですが、デンマークでは9割の人が満足し、日本は3割しか満足していません。これはなぜなのでしょうが？仮説ですが、日本は精神病院とか療養型のような、在宅ケアの進んだ北欧の国々には存在しないものに医療費が使われていますから、実際の医療に使われているお金は少なくスペインより下、3割ぐらいの人しか満足していない調査結果になっています。

アメリカは皆さんご存じかと思いますが、オバマケア(医療保険制度改革)を進めようとするとう票が減ってしまうような健康保険がない国です。そんなアメリカですから、素晴らしい医療がある一方、それにアクセスできない人たちにとっては不満だらけです。

では、デンマークはどのようにして日本と同じ医療費で満足度が高いのだろうかということを、また貯金を下ろして根掘り葉掘り現地で調べてみました。

1番目は当たり前のことですが、病院には入院治療が必要な人だけがいることです。日本では入院治療はもう終わっているけど、帰る所がないといった社会的入院だらけです。デンマークの病院が賢くて手放すのかというと、そうではないのです。「社会的入院の請求書は市町村に行く」という仕組みができています。市町村は長々病院に入れておくとそのつけが来るから大変なので、訪問看護婦、ホームヘルパー、食事サービス、幼稚園風ではないデイアクティビティーセンター、補助器具をタイミングよく貸し出すセン

ター、車いすで動きやすい外出しやすい住宅改造など——そういうものを取りそろえます。こうして、病院にいる必要のない人はさっさと退院できることになります。在宅ホスピスケアと、パリアティブケアチームの協力体制、在宅では手におえないとき、一時的に入院するというコラボレートの仕組みもあります。

認知症

「寝たきり老人という概念は日本にしかない」「デンマークにはこんな仕組みがある」と朝日新聞に書いたりして、やっとのことで2000年に介護保険ができました。ただ、介護保険には忘れ物がありました。私にも責任があります。1990年に出た『寝たきり老人』のいる国いない国』では認知症のことを深くは書いていませんでした。

それを博士課程の大学院生、藤原瑠美さんがしてくださいました。認知症の人をスウェーデンではどのようにケアしてるのか8回も訪ねて、突き止めたのです。第1は、認知症の人には医療よりも慣れ親しんだ暮らしが大切だということでした。自宅が手狭ですとケア付き住宅に思い出の品をいっぱい持ち込んで暮らします。

日本では「認知症患者」という言葉が使われてきました。患者と見ると、治療だ、精神病院の治療棟だとなります。第2に、お世話をするケアではなくて、見守るケアが大切だということ突き止めました。デンマークには独り暮らしの認知症のお年寄りが半数以上になりますが、できることは本人にやっていただいて、さりげなくヘルパーが支えます。第3の発見は、スウェーデンでも、いまの日本のようなことが1970年代までつづいていたということです。認知症の人は、いまの日本のように精神病院で縛られていました。

人が必要な3つのもの

様々な国を見たり、マダラボケの母を見たりして、人間には必要なものが三つあるのではないかなと思うようになりました。まずは「居場所」、そこには「味方」がいること、そして「誇り」が保たれることです。これらが全部はぎ取られてしまうのが、精神病院や療養型の施設・病院です。そうしたことに目をつぶっての地域包括ケアって、何だろうと私は思っています。

精神病院に認知症の人をいれることや、縛ったりすることを知ると、外国の人は皆びっくりします。しかし一方で、富山の「このゆびと一まれ」や西東京市の「年輪」、藤沢の「おたがいさん」、宮崎の「かあさんの家」の映像をみせると、「わが国にはこのような試みはありません」と感動します。認知症でもうすぐ死にそんな方がとてもいい笑顔をしている日本、ケアをおろそかにして縛ったり閉じ込めたりする日本、違う二つの文化が日本にはあるように思います。

クローさんの世直し7原則

最後にクローさんの世直し7原則をご披露したいと思います。全介助の筋ジストロフィーのイーバルト・クローさん。サーの称号を受けていますけれども、彼は自分が選んだヘルパーによる24時間体制を全部公費でまかなう制度を作りました。そんなぜいたくな制度をどうやって作り上げたかという秘密を聞きまして、7原則にまとめました。

①愚痴や泣き言では世の中は変えられない、②従来の発想を想像的にひっくり返す、③お仕着せのヘルパーさんが来るのではなくて、自分が選ぶほうが結果として社会全体の費用も安くすむことなどを説得力あるデータに基づき提言する、④オーフスという市でやってみせて、それが評判になって他の町からも障害の重い人がやってくるようになると元の市からお金を徴収することにしたので、それぞれの市もやるようになり、市町村の競争心をあおる、⑤メディアは不勉強、行政は頭が固くて、政治家は欲張りというふうにあきらめないで仲間をつくる、⑥ただし、助けてくれたメディアや行政官や政治家には「本当におかげさまで」と言い、実は僕が仕掛けてあなたを誘導したなんていうことは口が裂けても言わない、名を捨てて実を取る、⑦そして提言はユーモアにつづんで——です。

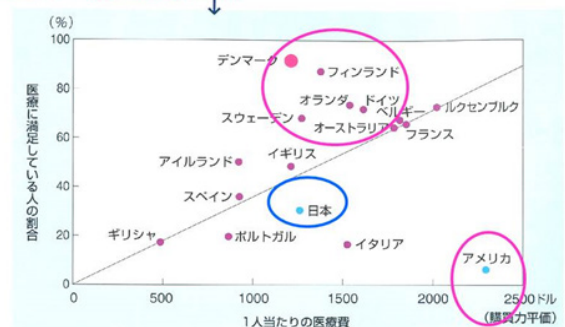
今日のフォーラムの運びも本当に温かくて、みんな温かく変えていこうという雰囲気にも私浸らせていただきました。(おおくまゆきこ)

〔注〕ノーマライゼーション—8つの原理(バンクト・ニイリエ 1969 + ゆき 1995)

どんなに障害や病気が重くても、年をとっても、死が間近に迫っていても、ひとは、

1. 一日のふつうのリズムを味わう権利を保障される
2. 一週間のふつうのリズムを味わう権利を保障される
3. 一年のふつうのリズムを味わう権利を保障される
4. 一生のふつうの経験を味わう権利を保障される
5. 男女両性の世界で暮らす権利を保障される
6. ふつうの居住水準で暮らす権利を保障される
7. ふつうの経済水準を保障される
8. 自己決定と「尊厳」を尊重される

一人あたり医療費と満足度比較



● Mossialos, E. Citizens' view on health care systems in the 15 member States of the European Union Health Economics, Vol.6:109-116(1997)
● Blendon, R.J., Leitman, R., Morrison, J. and Donelan, K. Satisfaction with health systems in ten nations. Health Affairs Summer 1990:185-192