

ヘルスリサーチを語る

第4回

高齢者医療・介護の現状と将来



大塚 宣夫 (おつかのぶお)
医療法人社団 慶成会 青梅慶友病院 理事長

開原 成允
当財団助成選考委員長、理事
(財)医療情報システム開発センター 理事長

高齢者に対する保険制度は、わが国では2000年に介護保険がスタートして、現状、医療保険との2本立ての制度となっています。高齢者医療・介護の現場ではこれらがどのように運営され、どのような捉え方をされているのでしょうか。また、グループホーム、NPOなど、最近の介護をめぐる新しい動きにはどのような評価が与えられているのでしょうか。第4回目の対談のお相手は、ユニークな運営で評価の高い老人病院、医療法人社団 慶成会 青梅慶友病院 理事長 大塚 宣夫先生にお願いいたしました。

(以下、敬称略)

開原：大塚先生は大変著名な方でいらっしゃいますが、最初に、改めて先生のこれまでやってこられたこと等を、自己紹介によってお話しただけませんか。

大塚：私は昭和41年に医学部を卒業し、その後精神科を専攻しました。初め関心があったのは精神科の薬物療法の分野でした。しかし昭和49年に、たまたま友人のおばあさんのことで相談を受けたことから、世の中にお年寄りの介護を巡る重大な問題があり、しかもそれに対応する体制が、非常に悲惨な状況であるということを知りました。

一つは、自分の親が歳をとったときに安心して預けられるような施設が無いということ、もう一つは、これから日本はすごい勢いで人口の高齢化が進んで、要介護高齢者が一定の率で増えていき、将来きっと大変な問題になるだろうということでした。

開原：まだ一般的にはそういう認識はなかった頃ですね。

大塚：そうですね。そこで、それだったら自分の親を安心して預けられる場所だけでも作ろうと思って、決心をしたわけです。実際には昭和55年に147床の老人病院でスタートをしました。これが青梅慶友病院です。

高齢者への対応には「医療」「介護」「生活支援」の3つが組み合わさって初めて効果があがる。欧米では最初に「生活支援」があり、それに「介護」「医療」が付け加えられたという歴史があるのに対して、日本は逆に、まず最初に「医療」があり、それに「介護」「生活支援」が付け加えられてきたという特異性がある。

オープンしたらすぐ一杯になり、待機者ができるようになりました。その後、需要に応えるという形で10年間に3回の増築をして、現在約800床の老人病院としてやっております。

開原：先生の病院は「皆様に代わって親孝行をいたします」ということをモットーとしていらっしゃいますが、まだ老人「医療」しかなかった時代に、ユニークな病院として世の中に広く知れ渡るようになりました。早くから要介護高齢者の問題に着目されていたわけで、非常に先見の明があったということですね。

日本の要介護高齢者向け施設の特異性

大塚：老人病院を建てたものの、最初はお年寄りとは一体どういうものかも全然知りませんでしたし、ましてや、老人医療の特異性というものをよく知らなかったのです。ただ闇雲にお年寄りを預かって、医療の力で少しでもお年寄りを元気にすることができないかと思ったわけです。

しかし4、5年後、ヨーロッパの施設を見に行き、そこでお年寄りへの対応がまるきり違うということに気が付いたことが、私の非常に大きな転機になりました。我々は、「病院」という名前がついているのですから、まず「医療」があって、その後に「介護」が必要な人がいて、さらに入院が長期化するので「生活環境の整備」といった順番で組み立てていったわけです。しかしヨーロッパでは、もう最初に人生の最晩年を過ごすための「生活の場」があり、そしてそこに生活している人が必要な機能として「介護」があって、さらに「医療」が関わるという組み立てになっていたのです。

開原：そういう考え方は、ヨーロッパでは、普通の病院にもありますね。昔のナイチンゲール病棟では、祭壇があったりといったように、単なる医療の場ではないという感じがするのですが、どうい

うわけか日本は、そういう考え方が病院自体に無かったですね。
大塚：歴史的に見て、おそらくヨーロッパの病院は、まず最初に、病気の人や自分で生活ができなくなった人達を収容して面倒を見るということ、医者以外の方が始めたのです。そして、そこに必要な機能を取り込む。例えば外から医者呼んで来て診させるというようなことで、病院の成り立ちがきつと違うのだと思います。同じようなことがお年寄りへの対応でもあるわけです。ヨーロッパの要介護高齢者への対応は、大体みんなそういう流れの中にありまして、歳をとって自分のことができなくなったら、行き先は、いわゆるナーシングホームが主体でした。

ところが日本は、当時そのナーシングホーム自体が整備されていなかったし、また、かつての養老院イメージがあって、そういうところに入れることに、家族の非常に大きな抵抗がありました。病院に入れれば、家族の体裁が保ちやすいということがあったわけです。また、経済的にも非常にメリットがあるということで、「ナーシングホームよりも病院に」と、要介護高齢者の主体が病院になるという特異な歴史を辿ってきたのだと思います。

医療保険制度のみの体制下での老人病院の運営

開原：その頃の私の老人病院のイメージは、基本的には病気だけを見るというものだったのですが、それと先生の病院が一番違っていたところは、どこなのでしょう。

大塚：ヨーロッパの施設を見て、日本に帰ってきてから、私は組み立てを変えようと思いました。病院として医療保険からの支払いは受けるけれども、中でやることはまず、生活環境をきっちり整えて「生活する場所」というようにする、また、ヨーロッパで見たような介護の機能をしっかり入れていく、そしてそこに元々ある医療も関与できるような形で運営していこうと決めたのです。

開原：そうすると、建物自体の設計から変わったのですか。

大塚：そうです。途中で何回か増築をしておりますので、その度に形が変わってきました。

開原：その頃は介護保険はなく、医療保険しかなかったわけですが、病院経営という観点から、なかなか大変だったのではないかとと思うのですが。

大塚：当時の医療保険は、病気の治療だとかケガの治療といった、いわゆる急性期対応を中心にした診療報酬でしたから、長期間お預かりして、しかもお年寄りのように介護を必要とする、あるいは生活の一部も取り込んでやるということになれば、当然経営的には成り立たないわけです。その当時皆さんはどうされていたかという、少し過剰診療・濃厚診療のようなことで収入を上げて、経営の帳尻を合わせるところが多かったと思います。

私は、そんなことで帳尻を合わせるのをおかしいと思い、介護や生活があるのだったら、その分はしっかりご家族なり扶養者なりに負担していただくということで、保険外負担を設立当初から積極的に取り入れました。ですから、制度に組み込まれていないようなサービスの展開が可能になったと思います。

開原：非常に今の時代を先取りしておられたようで、ある意味で

は制度の方が追いついていなかったということですね。

介護力強化病院制度が与えたインパクト

大塚：そして1990年4月から介護力強化病院制度ができ、これが日本の老人病院の対応に一大転機をもたらしました。

それまでお年寄りの介護というと、病院においても、付き添いさんを付け、その人達に任せるというものだったのですが、これがきちんと病院の職員として人を雇って、介護の仕事のプロとしての養成をするという制度になり、そういう人を揃えたところでは、医療行為の多寡にかかわらず、1日当たりの支払いをそれまでの出来高払いから定額払制に変えたわけです。そうすると、経営の帳尻合わせの為の過剰診療・濃厚診療は姿を消しました。それまでは医療行為をすればするほど収入が増えるという仕組みだったのが、今度は、医療行為をするのは支出が増えるだけで収入の方は全く変わらないという仕組みになったためです。

開原：先生の病院もその制度に乗ったわけですか。

大塚：そうです。まっ先に乗ったと言ってもいいでしょう。もともと長期間の入院であり、自前で介護の職員を持っていて、そして医療は最小限の関わりを持つという中で運営されていたわけですから、まさに制度が我々のやっていたことを支援するような形でついてきたということかもしれません。

開原：普通の老人病院は、まだなかなか先生の病院のような「生活の場」という考え方が無かったのではないですか。

大塚：しかし5、6年の間に、大部分の老人病院がいわゆる介護力強化型になり、介護を自前化して、「医療」の対応がどんどん減っていきました。

1990年代の最後の3、4年には、今度は療養型病床の基準が提案されるようになり、その制度に乗り換えるということで、「生活する場」としての環境が整えられるようになりました。

福祉への高い志の人が増えてきた、しかし医師は...

開原：普通の病院でもそういう病棟を持てるようになってきたというわけですね。その切り替えの為に、医者ではなく介護をする人を整えなければいけなかったと思うのですが、そういう人達は、もうその頃から育っていたのですか。

大塚：最初から育っていたというわけではありません。お年寄り、特に要介護高齢者を見ようとしますと、先ほどから申し上げてい

1942年生まれ。
1966年慶應義塾大学医学部卒業。
同大学医学部精神神経科教室を経て1968年より三鷹の財団法人井之頭病院へ出向。
1971年より2年間、フランス政府給費学生として渡仏し、精神薬理学を専攻。
1980年青梅慶友病院を開設。
現在理事長を務める。
著書に「老後・昨日、今日、明日」。
「老人の専門医療を考える会」会長。





ますように、生活・介護・医療の3つを見る仕組みが同時にサービスとして提供される必要がある。そこでは非常に多様な職種・多様な人材が必要とされますが、そのような人材はなかなか調達できなかったというのが本

当のところだと思います。

開原：先生のところは、そういう人達を案に集められたのですか。

大塚：世間よりは少し楽だったかとは思いますが、自分達で集めて育てるということを繰り返してきたわけです。

開原：今だと福祉の世界に入りたいという若い人も結構いるのですが、当時は、介護や生活支援をする人達の社会的な認識はそれほど無く、最近の言葉でいえば「格好いい職業」ではなかったですね。

大塚：特に老人医療などは、世間の認識は極めて乏しい状況でした。老人病院に働くというと、医者にしても、看護師あるいはハビリの資格をもった人にしても、正道から外れたアウトローの人達が仕方なしに行くようなイメージでしか語られなかったですね。

私が老人病院を作った頃は、仲間に「お前、そんなにまでして金儲けがしたいか」と言われたことがありました。老人病院イコール悪徳病院というイメージでしか語られていなかったのです。

開原：今も決して理想的な時代になったとは言えないけれども、その頃に比べれば、世の中の目はずいぶん変わってきましたね。

大塚：ずいぶん変わりました。今は、先生がおっしゃられたように、介護の仕事に就きたいという若い人が増えてきました。しかも志が高い人が増えています。これは看護師の世界でも同じです。

そういう意味では、今一番遅れているのは医師の世界かも知れません。老人医療を初めからやりたいということで入ってこられる医師は極めて少ないと思います。ただし、これは何も日本に限ったことではありません。今から10年以上前に、イギリスの先生に話を聞いたことがあります。当時は老人医療や、あるいは要介護高齢者の対応を巡って、イギリスでも関心が高まっていた頃ですが、それでもやはり老人医療を目指す医師が少なくて困るということをおられました。

1990年に実施された介護力強化病院制度は、「医療」から「介護」「生活支援」への拡充と、それらの一体化に大きな貢献をした。しかし、2000年の介護保険制度は再び「医療」と「介護」「生活支援」を分離する方向に進みつつある。

高齢者への関わり、あるいは「死」というものについて、医療の専門教育の価値観を見直すべき。医師は75歳を過ぎた人は一般成人とは違う存在だという認識を持つべき。

求められる医師の在り方

開原：しかも、医者がイメージする老人医療と、世の中が期待する医者のイメージとは、少し食い違いがありますね。大学の老人科の先生というのは、普通の内科の医者みたいなもので、要するに患者さんを診療することです。けれども、世の中が本当に求めている老人医療の医者は、そうではなくて、今先生がおっしゃったように、介護も理解し、生活の支援も理解して、自分がそういうものをオーガナイズしていけるような人なのかもしれません。

大塚：医師がオーガナイザーとして適当かという問題は別にして、老人医療を巡る問題は大きく分けて二つあると思います。

一つは、歳をとった人に対して、医療がどんな関わり方をすべきか、どこまで関わるべきかということです。医療の専門教育の2大価値観として、一つは正常だと健康だとかのイメージがあって、そこから外れた人をいかに正常に戻し、健康にさせるかということがある。もう一つは、生物学的な意味での「死」を極力回避する、あるいはできるだけ遠くにやるということで、もし、その死が起きたら、我々はそので敗北となるということがあります。こうした価値観で動いています。

けれども、80歳、90歳、あるいは100歳に近くなってきたら、健康だと正常だとか言っても、当然のことながらその概念が違ってくるし、ましてや死というものは避けられないものであるのに、これを敗北と位置付けたら、みんな敗北に向かっていかなければいけないことになってしまう。だから、我々が教わった2大価値観を、新しくまるっきり違った面で捉え直さないといけないのではないかと思います。

老人医療を巡るもう一つの問題は、老人の体は、75歳くらいを境に一般成人とは全く違った存在になると言ってもいいくらいだということです。病気の形も違えば、検査の正常値も違う、あるいは治療に対する反応なども全然違う。例えば、お年寄り、病気の治療のためといえども、一週間も10日も安静を保ったら、病気本体が治ったとしても、そのあと、自分の力では立ち上がることもできない状況になる。「はい治療が終わりました」と言われても、その人はもう普通の社会生活ができないわけです。そうすると、病気の治療上必要ではあっても、早い時期からある程度の危険を承知で体を動かさなければいけない。ですから、まず、医師の側で、特に75歳を過ぎた人は一般成人とは違う存在だということを認識することが、かなり重要なことです。

日本の医学教育の問題点

開原：色々な話をうかがっていると、全ての問題が教育につながっていくようです。今の医学教育の中で、老人医療の考え方は、だいぶ教えられるようになってきているのでしょうか。

大塚：私達の頃はそうした講座はどこにもありませんでした。私が専門とする老年期の痴呆の問題にしても、精神科の教科書では3、4ページで終わりです。一般の内科的な教科書を見ても、老人の問題に章を割いて書いてあるところはありませんでした。

最近、かなり多くの医学部に、老年科や高齢医学の講座が

できましたが、そこで教えられていることは、やはり高齢者の病気の特性のようなものかだけで、高齢者をトータルとして元気にするにはどうするかといったことは、ほとんど無いですね。

開原：先生のところで働いているお医者さんは、先生の感化を受けて、そうしたことを理解される方が増えているのでしょうか。

大塚：私もも集めるのに一番苦労しているのは医師です。800人の患者さんをお預かりしていれば、医師の数はフルタイム換算で少なくとも18人ぐらいはいなければならないのですが、そんな数の専門家を集めるのは至難の技です。せいぜいその半分も、老人医療にしっかりと知識も関心もあるような人を集められれば良いというのが実情です。

開原：医学部の中で、そういう教育をすれば、多分興味を持つ若いお医者さん達が出てくるのではないかという感じがします。

大塚：老人医療に限らず、日本の医学教育の共通した問題点としていつも思うのは、「人が幸せに生きるとはどういうことか」ということをあまり教えない点です。病気の見方や治療の仕方は教えます。しかし、医者としての役割は、それを通して人の幸せな生活に貢献することだという、一番大本の部分をしっかりと刷り込まない。その為、医療だけは確かにできるけれども、医療の結果がその人の豊かさなり幸せの増進に役に立っているかどうかという点で、かなり首をかしげるような問題がたくさん出てきていますね。

介護保険制度の影響

開原：話が戻りますが、介護力強化病院ができ、次に制度的に療養型病床ができたというお話でした。そして、2000年には介護保険ができたのですが、そこでまた先生の立場から、何か大きな変化が起こったということでしょうか。

大塚：先ほど述べたように、日本は、医療・介護・生活という3つのうち、医療からスタートしているわけですから、最初は「医療費を使って介護の部分まで見るのはけしからん」と言われていました。介護や生活の部分は、本来は医療ではないのだから、別で見るべきだと散々言われた歴史があるわけです。

それが介護力強化病院制度ができて、その中に介護、あるいは長期療養の為の少しばかりの環境整備というものが取り込まれて、医療・介護・生活の3つがある程度一体的にサービスとして提供できるようになってきたわけです。

ところが、2000年に介護保険がスタートして、介護も必要とするようなお年寄りは、今度は介護保険で見るようにしろということになりました。これにより、今まで老人病院で見ていたようなお年寄りを介護保険で見ようとすると、今度は「介護の費用で医療をやるのか」というように流れが変わりつつあるのです。「もし、本当に医療が必要になったら、一般病院に一時的に移して診たらいじやないか」というようなことを、平気で言われるのです。

これが、介護保険がスタートした後の、我々にとって一番大きな問題と言えるかもしれません。お年寄りに対して医療を行うときには、介護も生活の環境も一体的にやらないと、医療の効果も薄いのです。そして医療だけが行われた場合には、完全な寝たきり

になるとか、生きる意欲を失うといった問題が必ず起きてくるわけです。介護保険ができて、医療は別建てにしないということと言われるようになって、かつて我々が老人病院をスタートした頃に味わったのと同じような悲劇的な状況が、再び起きようとしているということです。

開原：しかし、先生のところは「病院」ですね。病院の中でうまく介護保険と医療保険を使い分けて、一体とした老人の治療と介護と生活支援をやることは、今の制度だとできにくいですが。

大塚：介護保険がスタートしたときには、老人病院は医療保険でやってもよし介護保険でやってもよしという制度でしたが、流れとしては、医療費の増加を少しでも抑えたいという意図が働いて、お年寄りはみんな介護保険で見るようにというように、医療保険の側の締めつけが行われています。我々のような老人病院は「病院」という名前が付きながら、実際には介護保険での給付に全部移行せざるを得ない状況になっているのです。

開原：私は勉強不足なのですが、介護保険を一旦採用したら、その中で医療をやることはできなくなってしまうのですか。

大塚：できないというわけではありません。今のところは、医者を従来通り置いていますし、看護師も置いてよしということにはなっています。しかし、恐らくこの先は、医者も看護師ももっと減らしていいのではないかという方向に行く流れにあると思っています。具体的にそのように発言している行政の高官も何人もおられます。

開原：介護保険は、逆にそういう影響を与えてしまうんですね。

大塚：そうですね。名前が変わったがゆえにということでしょうか。やはりネーミングは大事ですね。医療保険で見ると介護は別物、介護保険で見ると医療は別物とイメージされるわけです。

介護保険だけを取り出してどうかとか、医療保険だけを取り出してどうかというよりも、お年寄りが本当に必要な医療・介護・生活という3つの機能が同時に提供されないと、質の高い生活を実現することはできないという認識が最初に無いと、きっとこの制度の運用はうまくいかないと思います。

高齢者施設について

開原：ところで高齢者に対する施設としては、老人保健施設や特別養護老人ホームがあり、最近ではグループホームとか、色々なものが出てきていますが、そういう施設の在り方や施設の人達の受けている介護について、どうお感じになりますか。

大塚：介護保険がスタートしたときに、高齢者受け入れ施設としては、特別養護老人ホーム、老人保健施設、それから老人病院という3つのサービス体系があったわけですが、この3つを一本化してはどうかという議論すら出てき





ました。「どこにも同じような人が入っている。特に老人病院には、社会的入院と言われる、医療が全く必要無いにもかかわらず、行き先がないというだけで入っている人達がたくさんいる。これらは、老人保健施設や特別養護老人

ホームでも全く問題無く対応できる」として、介護保険制度の下では、この3つの施設を一本化してはどうかということです。

開原：その3つは当然違うんですね。

大塚：特別養護老人ホームと老人保健施設は、機能的に似たところがありますが、我々のやっていることは少し違います。一番の違いは、特別養護老人ホームあるいは老人保健施設で対応できる人は確かに我々の老人病院におられるけれども、それらで絶対に対応できないような人が我々の老人病院には結構な数があります。これを一本化するの、かなり無理があると思います。

開原：医療法人は老人保健施設を持っていますので、最近では医療法人の中でそういう施設を持って、複合的にやっという考え方がありますね。

大塚：私は、同一法人といいますが一つの組織の中で見ていこうということは、当然のことだと思っております。自分が色々なタイプの施設を持ち、最も高齢者の状態に適したところに振り分けるといことは、一つの時代の流れではないでしょうか。

グループホームの問題点

開原：最近、グループホームが高齢者医療の問題の中で時々話題になります。また、グループホームの経営はNPO法人がいいとも言われます。先生はこれらについてはどのようにお考えですか。

大塚：グループホームは、特に今は痴呆の人を中心に扱うようになっていっています。痴呆が始まって、その人の残された機能を総動員して、それなりに豊かな生活を維持しようと思えば、まず少人数で、家庭生活の延長のような環境で見るのがいい、見られる方も見る方も満足が高い、という知見のもとに始まった制度です。日本でも盛んにそれが取り入れられて、今拡充しようという流れの中にあるのですが、そこに潜む問題がいくつかあります。

一つはどうしても経費がかかる。非常に小規模でやるので、スケールが小さくなることによる相対的な経費の増加があります。

それからもう一つは、少人数対少人数ですから、外部の目、他人の目が届かなくなる。つまり密室性が高まるわけです。そこで何が行われているかということが、外部からわかりにくくなってく

る。グループホームに関しては、その密室性がゆえにきちんとした対応が行われていないのではないかと、あるいは虐待やひどい扱いをしているところがあるのではないかと問題視されるようになっていっています。多人数対多人数という環境の中では、周りの目がいつもあるわけですから、あまりひどい扱いはできないのに対して、グループホームの場合は、例えば8人とか9人を、日中だと2、3人の少人数で見るとは違いますから。

開原：最近監査制度を入れようという動きもありますね。

NPO、ボランティアについて

大塚：NPOは、非常に社会の関心を集めています。私がこういう仕事に就こうと思った元々の動機は、自分の親を何とかしたいということだったものですから、そういう志を持った人が集まって事業に参画し、そこで目的とするものは利益でも事業拡大でもなく、もっと自分達の価値観なり個人的な利害に密着したものだという点で、良いことだと思います。一方で公的サービスがこれからはもう限界があるということは十分に分かっていて、かといって利潤を目的とするような企業がそこに参画することについて社会に抵抗があるとすれば、中間的な形でNPOのようなものが出てくるのは、とても良いことだと思っています。

開原：先生の病院では、ボランティアはおられるのですか。

大塚：ボランティアは導入していません。最大の理由は、私達のところでは預けるお客様から保険外負担をもらっているの、「プロの仕事をすると言って、お金をきちり取っているのに、ボランティアという半素人を入れて、その人達をお金も払わないで使っているのか」という批判を受ける恐れがあると思いますので。

開原：私はボランティアに関心を持っていて、東大病院にいたときに、国立の大学病院で初めてボランティアを入れました。ずいぶん反対があったのですが、非常に良かったですね。何が一番良かったかという、先ほど先生の言われた密室性が破れたことです。あんな大きな組織でも、不思議なもので、病院というものは仲間意識があるのです。ですから、事務員などでも患者さんを怒鳴りつけていたわけですが、ボランティアの人が来て、外の目が入ってくると、そんなことはできなくなるのです。

大塚：それが効用としては一番大きいのではないですか。

私どもはその役割をご家族にしてもらっています。24時間365日ご家族はその動機いかにかわらず、ずっといていただいて構わないと言っております。できるだけオープンにして、外の目で見てもらうということを心掛けています。

新しい試み...回想法、パワーリハビリ

開原：先生のところには、斎藤正彦先生や黒川由紀子先生などがおられ、回想法等色々な新しい試みをなさっておられますね。ああいう試みは、将来にインパクトをもたらさそうでしょうか。

大塚：私どもは自分の組織を「高齢者ケアのための実験研究開発センター」と位置付けて、支援する体制があるうがなろうが、自分達で色々な試みをしてみようとしています。その為の費用は、

日本の医学教育は「人が幸せに生きることはどういことか」を教えるべき。
グループホームは、その密室性に問題がある。
回想法、パワーリハビリなど、新しい試みが行われている。

対談：ヘルスリサーチを語る

負担能力の高い人に払ってもらおうということで運営しています。その一環として、痴呆性の患者さんに対する回想法をやっているわけです。非常に効果があることは確かですが、回想法さえあれば老人性痴呆の対応が全部カバーできるかというと、そんなものではなく、やはりごく一部のみに有効だということですし、もう少しステージが違えば、違ったことをやらなければいけない。

こうした回想法を中心とした精神的なケアとともに、身体的に、今我々の世界で関心を集めているのは「パワーリハビリ」というものです。病気や障害のために機能が落ちている人を、少しずつアップするというばかりでなく、今残っていて普通の機能を果たしている部分に対して、もっと負荷をかけて、もっと訓練すれば、老化に伴う機能低下を先延ばしすることができるという考えが、今この世界にずいぶん持ち込まれるようになってきました。

開原：それは身体的なものだけですか。

大塚：身体的な機能が上がってくると、精神的な機能も上がってきます。例えば寝たきりになれば、身体機能が落ちる状態であると同時に痴呆が多発するとか、痴呆症状がどんどん進むといったこともある。だから、身体を鍛えれば精神機能が高まる、精神機能が高まると身体機能もそれに引きずられて上がっていくという、非常に密接な関係があるということが最近知られています。

社会的存在であり続けることが好影響をもたらす

もう一つ、最近私も非常に注目しているのが、身体的な障害があるうが、精神的な機能障害があるうが、人間は幾つになっても社会的な存在であるということです。家庭で家族の介護を受けながら生活をする最大の問題点は、周りが身内ばかりなため、自分を良く見せようという意欲を無くし、周りに依存的になってしまうということです。こういうところでは、精神も身体的機能も急速にダウンするのです。

ところが、私達の施設がお預かりし、例えば病気があってもご本人にきっちりと着替えさせ、化粧もし、そして男の人であればYシャツにネクタイ、靴もしっかり履くというようにしますと、自分を外に見せる格好になります。こういう場面では、人は自分を最大限に良く見せようという気になるのです。これが、非常に機能アップに役立つのです。例えば病院でコンサートをすとか、あるいは特別の食事をす。そういうときには、例えば車椅子で行くにしても、おしゃれをしてそこに行くだけで、痴呆があっても問題行動があるような人でも、すごくきちんとした行動がとれるようになります。身体的にも背筋がピンと伸びて、少々のは何でも自分でやろうというような気になるといった現象も、ずいぶん出てきます。

要介護に至る時期を先延ばしするためには

開原：今まではケアが必要な高齢者を考えてきましたが、別にケアを必要としない高齢者もいらっしゃいます。そういう人達をできるだけケアの必要でない状態で長く過ごしていただいた方が、世の中の為に良く、それがまさに、これからの高齢化社会を乗り切る道ではないかと思ひます。先生はどのようにお考えでしょうか。

大塚：現在65歳以上の人だけで2,300万人と言われてひます。介護を必要とする人はその内の1割ちょっとぐらいでしょうか。4/5ぐらいの人は、自分で自分のことがきっちりできると考えた方がいひわけです。そうすると、この人達を長持ちさせるには、国や社会として、あるいは個人としてどうしたらいいかということです。

このために一番大事なのは、社会参加の機会を増やすことだと思ひます。男は「会社勤めが大変だ」とか「仕事がかひつい」とか言ひながらも、やはり仕事に関わっているときが一番元氣だと思ひます。定年になり、組織との関わりを持たなくなると、ボケるしかひないような人が結構たくさんひます。

企業は生産性を上げようとする、年寄りをいかに早く切るかということを検討するのですが、日本の場合、組織にもう少し長く関わられるような仕組みを構築するべきではないでしょうか。男が突然組織を離れて、社会参加しろと言っても、これは実際問題として無理です。私達の病院でも、女性は入院されて30分もすると、完全に周りに溶け込んで、話もできれば、一緒に行動する相手ができる。ところが男性の場合は、何日経っても隣の人と話をしてひない。名刺交換をしてひないとその先の話がはまらない。

開原：人間個人でなく、肩書きを背負ってひないと話ができない。

大塚：そこでうちの病院で最近始

めたのが、特に男性が入ってこられたときに、必ず名刺を作り、そしてその名刺に「元」と、その人が最も誇りにする肩書きをお入れするということです。話を始める前に、必ず名刺交換をするようにしてひます。特に男性はそういう点で難しいのです。女性の方が社会的な意味ですべて長持ちをする。このようにまず、男をいかに長く社会に関わらせるかという対策を最初にするべきだというのが一つです。

また、今の制度では、お年寄は何となく周りで支えなければだめだというように思ひがちだという点に問題があります。病気になったとき、あるいは歳をとったときには、社会保障制度で見られるものだということ、却って依存心ができて、だんだん誇り失ってしまう。社会保障費が膨らんできついなどと言われると、何となく自分達は社会にとってのお荷物存在だと刷り込まれていく。歳をとればとるほど、逆に、依存心を起こさせないような仕組みにしていかなければひけないと思ひます。こうした視点に立って、社会保障制度を全部見直すべきだというのが私の持論です。

より長く社会で生活できるようなサービスが必要

開原：これから高齢者が社会で生活していくためには、今の住環境が悪いのではないかという感ひもします。食事は自分で作れば作ってもいいけれども、作らなければ食堂に行き食べられるような、高齢者用の集合住宅が外国にはあると聞ひます。



そういうものは、日本ではまだあまり無いのでしょうか。

大塚：日本は、高齢化の対策という点ですごく後進国だと思います。確かに介護を必要とするような状況になれば、それなりにどこか預かってくれるところがあります。しかしその前の、例えば料理が毎食作れなくなったとか、掃除や洗濯が自分達だけではできなくなったという段階の時期が結構長いのです。そうした段階で、もう夫婦で施設に入ってしまう人が結構いて、それが施設に対する需要を増しているところがあるのです。ですから、日本は、介護が必要になる前の段階をサポートするサービスがもっとたくさんある社会になるべきでしょう。そうなれば、今の高齢化対策は、もっと形が変わったものになる。より長く社会で生活できる国になると思います。

青梅慶友病院の経営理念

開原：ここで、先生の病院の、患者さんに対するスタンスなど、経営的なお話をお聞かせ願えればと思うのですが。

大塚：まず1つ目として、最初に申し上げたように、とにかく自分の親を安心して預けられる施設を作りたいという、全く素人としての発想から始まっていること。2つ目は、今までどちらかという我々サービスを提供する側が極めて優位に立って「施し」のような感覚でやっていたものを、もう一度お客様との対等の立場に立った「サービス業」という視点から捉えなおしてやってみたいと思ったこと。3つ目は、日本ではみんな、歳をとって介護が必要な状態になったら、自分の家で家族に見てもらおうが一番と思っていますが、どうもそれは嘘ではないかという疑問を持ってまして、家庭で家族に見てもらいよりも、もっと居心地がいい豊かな最晩年を、我々の仕組みの中で作っていきたく思っていること。この3つを達成する為に、ずっと試行錯誤してきたというのが、病院の歴史です。

サービス業であると言ったとたんに、患者さんとそのご家族は我々のお客様そのものになる。自分達の持っているものを提供するだけでは不十分で、そこに工夫も工夫もして、お客様のニーズに全部応えていくということが大事になってくるのです。

例えば、病院の経営という点から言えば、入院期間が長くなれば経営的に不利だということで、老人病院でも、状態いかに

かわらず、時間がきたら退院をさせるということをやってきたわけですが、私どもは、一旦お預かりしたら、ずっといていただいていたというのが一つのサービスであり、これがニーズだと捉えてやってきました。老人病院に連れて来るご家族は、程度の差こそあれ、みんな後ろめたさを持って来られる。この後ろめたさを払拭することができれば、きっとお互いに良い関係が生まれるだろうと思うのです。その為に、いろいろ工夫をするわけです。

また、普通「病院に預ける」と言ったら、検査や治療をして正常に戻し、家庭に戻してもらおうのがニーズだと思うけれども、実際は、医療による長生きよりも、人生の一番最後の部分を豊かに過ごしてもらおうということが、お客様のニーズであることもあります。そのように捉えなおすと、やることまるっきり違ってくる。

病院のスタンスとしてもう一つは、極めて労働集約型ですから、働く人達をどのように動機づけていくかということがあります。これによって生産性そのものが決まってくる。ですから、人事評価をはじめとする色々な仕組みを考えています。私どもの人材育成の目標は2つあります。1つは「外で高く売れる人材を作る」ことで、これが我々経営者の使命だと思います。もう1つは「働く人をハッピーにしないと、良いサービスなどできない」ということです。

開原：「外で高く売れる」とは、どういうことでしょうか。

大塚：自分達の組織の中だけでしか通用しない技術や知識であったり、人材であっては困るということです。しかし、人を育て、そして価値のある人に育ったとき、自分達の対応がその価値に合ったものにならないと、その人材は外に行ってしまう。だからそれなりの待遇も与え続けなければいけないということで、これは、経営体としての緊張を強いられるということになります。

その先の展開

開原：実は、大塚先生の理想をさらに追求する、青梅慶友病院の“その先”があるというお話も聞いているのですが。

大塚：今までは自分の親を預けられる施設を作りたいと思ってやってきましたが、今から3、4年前に私の母親がうちの病院に入り、その後、すごく元気になって、幸せに暮らしており、大体これで最初の目標は達成しました。これから先は、今度は私が身を預けられる施設を作りたい(笑)ということで、今、その為にどんな仕組みを作ったらいいかを一生懸命考えています。次の世代と同居することが、決して良いことだとは思いません。やはり同世代の人が一緒に暮らせば楽しいですよ、きっと。お互いにある程度痴呆も始まっていれば、共通の体験について、誰かがあどきはこうだったと話して、話し終わったとたんに忘れてしまって、また違う人が同じことを何度でもくり返して過ごせるわけですから。(笑)

開原：その時がなるべく早く来て、私も入れていただければと思います。(笑) 本日は大変ありがとうございました。

社会性を維持することが精神的・身体的機能アップにつながる。

ケアを必要としないでいられる状態をできるだけ長く保つことが、今後の高齢化社会の一つの対策。そのためには、社会参加の機会をできるだけ増やすこと。

本対談に関するご質問、ご意見を付けております。ご氏名、所属団体名、役職、電話・FAX番号、E-mailアドレスを明記の上、当財団事務局宛FAXにてお送り下さい。(書式は問いません。)

FAX番号：03-3344-4712

いただいたご質問・ご意見は、対談者と検討の上、本誌にご回答等を掲載いたします。

(都合によりご質問・ご意見の全てを掲載できないこともあります。予めご了承下さい。)