



5. 平成 24 年度診療報酬・介護報酬改定で高く評価された事業を
選択するに至った思考過程についての考察と介護の未来を創る
コンセプト ～最後に我々が至る境地～
-

5. 平成 24 年度診療報酬・介護報酬改定で、高く評価された事業を選択するに至った思考過程についての考察と介護の未来を創るコンセプト ～最期に我々が至る境地～

1. はじめに

医療法人社団大浦会を中心としたピュアサポートグループは、常に世の中の役に立つ医療介護事業を念頭においた事業戦略を遂行してきた。本稿では、今回、この戦略上の事業が高く評価されたので、これらを「何故」我々が戦略として取り入れたかを中心に述べる。

この考察の過程を知ることが、医療費、介護費の国家的適正化に役立ち、また、小さな医療法人の生き残り戦略として有用であると考ええる。

さらに当グループが目指してきたのは利益でもなく、拡大でもない。本当にこの世の中に必要なものは何かを追求してきたのであるが、その結果作りだしたコンセプトを持つ施設が今回の介護報酬改定で高く評価された。「在宅復帰強化型老健」の要件を満たすことが出来る施設「おとなの学校」である。

2. 事業戦略に関する考察 ～事業戦略策定時に考慮した事項～

(1) 理念経営（戦略目標の明確化と社会的意義の追求）

医療介護事業を行うにあたり、自分たちは何のために働いているのかを明確にするのもっとも大切な戦略上の事項である。医療介護業界では、他の業界以上に金銭で動く人間は少ない。それは元々、医療介護を志した人間の質として特徴づけられると考える。では、彼らの心を動かすのは何か。それが、事業目標であるべき理念である。当グループでは、理念をその成長過程に伴い次のように変化させてきた。

これらの事業理念の根幹となるもの、それは「社会貢献」であり、世の中が良くなるために一体自分たちは何が出来るだろうかと真剣に考えることから始まる。事業を支えていくためには売上も利益も必要であるが、既に破たん寸前のまま長期間低迷する国家財政状況を考え、効率的に医療介護を提供するための「国家システムの一部」としての自社をイメージし、自分たちが出来ること、自分たちだからこそ出来ることを形にしてきたのである。

下記、事業理念

* 私たちの溢れる愛であなたのこぼれる笑顔のために全ての人に温かな介護の手を（平成 9 年～）

- * 私たちは地域に貢献し、癒しと安心を提供致します（平成 15 年～）
- * 医療・介護・福祉の共同体で地域を支える善き型を創る（平成 21 年～）
- * 私たちは生きる喜びが溢れる場を世界中に広げるために挑戦し続けます。皆にありがとう！皆でおめでとう！（平成 24 年～）

これらの事業理念の変化過程がそのまま、当グループの事業の流れとなっている。平成 6 年、大浦会の経営に筆者が参画した時、グループは特例許可老人病棟のみの 137 床と 66 床の病院、そして、在宅復帰機能の低い老人保健施設 90 床があったのみである。そこから、少しでも事業に将来性があるものを選択し、平成 9 年老人保健施設を増床、痴呆専門棟を作った。その時に「温かな介護の手を」という理念を初めて作ったのである。その後、平成 11 年より在宅介護と住宅サービス事業を展開し、平成 15 年には地域貢献、癒しと安心をキーワードとした。その後、在宅介護と老健、病院等の事業の相乗効果を高めた仕組みを開発し、それが「医療介護福祉の共同体」として、理念に登場する。さらに、平成 18 年から取り組んだ「おとなの学校」が、デイサービスという形で東京に進出し、「型」となってフランチャイズ事業に発展したため、それを広げることを平成 24 年からの事業理念として表現した。

これらの理念は、単に売り上げを伸ばしたり、拡大したりするということではなく、いかに社会貢献するかということをうたったものとなっている。事業が進化していく過程で、その社会貢献が「温かな介護の手」から「生きる喜びを広げる」に変わっていった。

（2）選択と集中（強みに集中する）戦略

平成 6 年の段階で、認知症ケアには現場ノウハウがあったため、老健はこれを選択した。その後、種々の取り組みを通して、認知症ケアは「おとなの学校」という高齢者ケアモデルへと発展した。学校なので、卒業は当たり前というコンセプトの徹底が在宅復帰意欲を促し、在宅復帰率は 70% 前後である。老健の存在意義である在宅復帰施設としての役割を果たすために、「学校」というコンセプトは有用であった。卒業＝退所を受け入れることも、日々是鍛錬＝機能訓練することも学校という場にあっては自然だったからだ。

問題は特例許可老人病棟である。それをベッド削減しながら、ベッド周辺面積を拡大し、療養型病床群としていった。平成 16 年から 1 年かけて病院を新築。この段階では、医療事業をしばらくこめず、医療療養と介護療養病床を半分ずつにした 83 床の療養型病床群であった。

ずっと私は大きな疑問を抱えていた。療養型病床群は本当に必要か？ 下記、療養型病床群の実情と疑問を挙げる。

① 病院に長期入院するのは幸せか？

病院は人の意欲を失わせる「場」の空気を持っており、特に退院基準の不明確な療養型病床群では退院意欲のない人間（患者、家族、スタッフ共に）ばかりで、生きる意欲が喪失した状態が作られている。

「あなたは死ぬ前3年おむつをして、胃に穴を開けて生きたいか？」と医療従事者に問えば誰も賛成しないにも関わらず、この状態が日本中に蔓延している異常な状態。

② 療養型病床群の目的は一体何か？

死ぬまで入院しているのであれば、特養等施設で顧客ニーズを満たせるのではないか？

長期的に入院すべき疾患を持っている＝死ぬまで入院する必要がある、なのだろうか？

③ 療養型病床群では、良質なスタッフは集まりにくい。質の低い医師、看護師で質の低い医療を低価格で提供することに意味があるのか？

この問題が最も厳しい。もし、国家全体が在宅にシフトしたとしても、在宅医療に耐えられる質を彼らが持つことは難しいため、質の低い医療従事者の就労先として療養型病床群は必要とされ続ける可能性を否定できない。

上記の疑問を持っていたため、療養型病床群は当法人にとって目指す選択肢にはなく、療養型病床群を少しずつ縮小してきた。したがって、特例許可老人病棟だった時 203 床持っていた許可病床数を平成 17 年度には、1 病院介護療養 41 床、医療療養 42 床とし、名前も熊本敬愛病院から、メディカルケアセンターファインに変更した。この段階でも、まだ、この病院の未来は不明であった。この病院のベッド周囲面積は 8 m²を確保している。それはもし将来老健になってもよいように建築したからである。

療養型病床群から導き出される専門性は、ふたつと考えられる。ひとつはリハビリテーション、もうひとつは看取り。最終的には、このふたつを専門的に行っている病棟、回復期リハビリテーション病棟と緩和ケア病棟を目指したという形になった。

この判断を行った思考過程としては、リハビリテーションの強化を療養型で行えば、リハビリテーションスタッフが増え、自然と回復期リハビリテーション病棟をやりたいという意志がスタッフ間に生まれて来る。その意志に乗っただけである。

テクニクとして当院が回復期リハビリテーション病棟を取得できたのは、病院が小さかったために病棟分割が可能であり、一時期療養型と回復期リハビリテーション病棟をひとつの病棟内を分けて行い、徐々に回復期リハビリテーション病棟を増やしていくことで、全 42 床を半年以上かけて取得した。この間、当然夜勤などの負担は増加したが、これらの

一時期の負担は覚悟するのが大切である。

緩和ケア病棟に関しては、私自身が医師としての活動と母の癌死を体験し、不治となった時の癌治療に疑問を持ち、緩和ケアに社会的意義を見出していたからである。平成18年の段階で緩和ケア病棟を行いたいと表明し、それに合わせて求人を行ったところ、新規開設の緩和ケア病棟勤務の希望者は集まったが、既存スタッフである療養型に慣れたスタッフと緩和ケア希望者のギャップなど、ぎくしゃくする局面は何度となくあった。それをクリアできたのは、緩和ケア認定看護師が就職してくれたこと。認定看護師と働きたいという在宅緩和ケア経験医師が現れたことである。

看護師の数が揃えられても、普通の療養型病床群の一部で簡単に始められるものではない。プロとして必要な技量が全く異なるからである。

同じ理由で、療養型レベルの看護師の中には、訪問看護師として活動することも難しいスタッフがかなり存在する。再教育すれば出来るというレベルではない。雇用確保という意味では、施設系、通所系サービスの雇用拡大が必要である。

スタッフの入れ替えという課題をクリアした後は、病院としては、療養型という漫然とした仕事ではなく、リハビリテーションと看取りに特化したことで、生き残りの第一歩を踏み出せた。

■差別化戦略

熊本は、「熊本方式」とも呼ばれる上流から下流に向かう医療の流れを確立しているが、それは病床過剰地域での各病院の生き残り戦略の賜物である。現在も療養型は当然のことながら、回復期リハビリテーション病棟が林立しているので、リハビリテーションスタッフ間でも、「差別化」がよく話題に出るようだ。

当法人では、差別化戦略として、「絶対に他ではありえないコンセプト」を創りだしている。

■おとなの学校

老健、デイケア、デイサービスにおいて、学習療法、回想療法を取り入れながら、「学校」という多くの人にとって特別な場を作り、高齢者、スタッフの意欲向上を実現している。おとなの学校のコアバリューは「生きる喜びが溢れる場」であり、他の施設ではほとんど見られない重介護高齢者が意欲的に動く（リハビリしている、ではない）姿が見られる。これが介護職の負担軽減にも大いに役立っている。顧客、スタッフ、支払い側三方良しの仕組みである。

*シニアリハウスシステム

老健の在宅復帰を支える仕組みとして、高齢者の身体障害、認知症の状態により、住宅サービスの適切な立地、適切な間取り、サービスを提供している。(前年度報告にて詳細に記載)

(3) ニッチ戦略

当グループは、熊本市東部に位置し、大病院、小病院ともにまさしく林立している地域にある。このため、常に他の病院、施設がやらないことは何かを求めて新規事業を構築してきた。それが時代を若干先取りすることにつながった。

ただし、熊本のような病床過剰エリア内でも特に高密度に病院がある地域に当グループは存在し、同小学校区内に3つの老健があるという異常な老健集積地に120床の老健を持っているため、多少のニッチ戦略では、すぐに追従してくるものが出てきて、数年で同じようなものが出て、市場としては成熟してしまう。

回復期リハビリテーション病棟などはその良い例である。そこで上記のような「他ではありえないコンセプト」を創りだすことがニッチ戦略となっている。

(4) プロダクトライフサイクルを読む

現在の医療・介護サービスのプロダクトライフサイクルは、厚生労働省の政策誘導で人為的に作られたものである。したがって、簡単に動向を予測することができる。

役に立つサービスがある→総量を増やすために政策誘導＝診療・介護報酬が跳ね上がる
→一気にサービス量が増加→質の担保ができないサービスの増加→診療・介護報酬の切り下げ→サービスのさらなる陳腐化

上記が、政策誘導によるプロダクトライフサイクルである。当グループでは常に政策誘導の前から「良い仕事」を行う姿勢を貫いている。認知症ケア、在宅サービス、今回の緩和ケアなどである。

ただし、上記のように政策誘導後に必ずそのサービスは陳腐化されてしまうので、政策誘導のありかたには大いに疑問を感じる。政策誘導で施設数などの目標は達成されるが、医療介護の質は施設数が増えるに伴い落ちていく。これを改善するための努力があまりに少ないのではなかろうか。

ドイツでは、介護保険に関して「品質のみ」を管理する部門があり、国家が運営している。日本では第三者評価を求めているが、第三者評価する機関の質自身を問う姿勢があ

いまいで確立されていない。また、評価の基準もあいまいである。

医療に関しては医療機能評価機構が存在するが、5年に1回の審査であり、審査基準に関しても評価が分かれるところである。

政策誘導後必ず起こる同種事業の平均品質の低下は、つねにさきがけを旨としている当グループにとっても問題となる。粗悪な質の事業者の利益率のほうが高いことが多いからである。

このような人為的プロダクトライフサイクルからの悪影響を最小限にするため、当グループではプロダクトポートフォリオを大切にしている。多彩な仕事を行うことで、各事業の利益率が最大化する時期をずらし、経営を安定化させることが可能である。何かひとつ「金のなる木」の位置にあるように経営し、その利益を確実に次の事業に投資していくのである。

大まかに書くと、平成9～14年くらいまでは老健が「金のなる木」であり、平成12年～20年に在宅サービスと居住系サービスのコンビネーションが「金のなる木」であった。平成18年～回復期リハビリテーション病棟と緩和ケア病棟は安定した利益を確保している。今回の診療報酬、介護報酬改定で緩和ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟が「金のなる木」としての価値をさらに高め、老健も在宅復帰強化型として「金のなる木」に返り咲いた。

(5) 顧客層の特定化（セグメント化）

一般病床、療養型病床ともに、誰が入っても良いという誰を対象としているのか不明なベッドである。この議論は既に今回の診療報酬改定でも行われており、経営者に対して「自院がどのようなカテゴリーになるのかを決める」ように厚労省サイドからも再三広報がなされている。

平成15年当時の当グループには、病院としては特例許可老人病棟から改変した療養病棟のみがあった。誰が入っても良い病棟というのは、経営戦略上は避けねばならない差別化されていない事業である。このような病床をどうやって差別化されたものにしていくか。差別化のひとつの戦略として、顧客層の特定化が可能である。入院基準が明確な病棟の導入によりそれは達成される。

*緩和ケア病棟と回復期リハビリテーションのみの小規模病院

緩和ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟は療養型病床群の機能を純化させたものだが、このふたつが同じ病院の中で存在できると思う人は少ないようだ。ところが、実際に運営してみると、多数のリハビリスタッフがいること、病院が明るく活動的な雰囲気全体に持てることなど、緩和ケア病棟にとっても良い影響がある。誰も死ぬために病院を

選びたいとは思わない。

回復期リハビリテーション病棟にとって、緩和ケア病棟があることでより質の高いスタッフが同じ病院内にすることがメリットである。

しかしながら、顧客の特定化は差別化戦略としては決して高い質のものではない。当病院にあっては、これから当グループの事業目標である「生きる喜び溢れる場」をコンセプトにさらに他にはありえないサービスを追求する所存である。

(6) 相乗効果戦略

筆者は10年以上前から、老健の在宅支援機能を強化するために、同一地域に住宅と在宅サービスを展開し、在宅で課題を抱えた時に老健に入所する仕組み（居住系サービス）を提案してきた。

実際には、老健入所が居住系サービスよりも価格が安いと、家族からの老健入所への強い希望がある。4人部屋が多い現在の老健では機能訓練の強化を中心に、居住系サービスで少しでも長期的に生活できるように顧客を誘導しているのが現状である。（誘導しなければ、ずっと老健にいたいという家族の希望は多い。）

しかし、目標はあくまでも、長期的に居住系サービスに住み、機能訓練が必要になった時にだけ老健に入所することである。その目標を老健スタッフ全体で共有化し、年々努力を積み重ねている。

この取り組みが功を奏し、今回の介護報酬改定では、老健は在宅支援老健と評価された。

この2、3年の顧客動向として、費用の自己負担が安いことが求められるので、前年度報告であげた、小さな療養型病院の一部を改装し、4床室を4室にした住居は今一番人気がある。広さよりも低価格が求められているからである。

また、実際に老健等大規模施設に入所しているレベル～要介護認定3を超えると、広い室内は要介護高齢者が自分で動くのに負担が大きいことに気付くだろう。今まで常識として信じられているものを素直な目で見てみることで、違う結論を導き出せることは多い。広い室内、長い廊下のある巨大な施設、ホームは、要介護高齢者にとっても、スタッフにとっても大きな苦痛を提供していることに気付かねばならない。

(7) 投資戦略

経営という意味で最も大切なのは投資戦略である。病院、介護施設事業は多額の投資を必要とするため、投資の時期、対象の選択が事業の明暗を分けるからだ。

***何に投資するか？**

少しでも将来性のある事業に投資するよう努めた。そのために必要なことは、①より政

府、厚生労働省に近い情報収集 ②素人に近い感覚 ③時代を読む感覚 ④一切の情報を無視しても世の中に必要なものは何かを追求する姿勢である。

少なくとも政策誘導が始まったら、そこには絶対投資はしない。政策誘導が始まるのは、その事業が3~5年の間にピークアウトするという重要なサインだからである。

① 情報収集

~つねに勉強会等に出向きアンテナを張る。平成6、7年当時、官僚の話す勉強会に相当数出た。そこで、認知症の介護と在宅介護がいずれ高齢者介護の2大テーマになることを知る。当時、認知症介護の方が得意だったので、平成8年に老健の増床と認知症専門棟の開設を申請した。もともと、最近筆者はあまり情報収集を行っていない。独自路線を貫くと決めたからである。厚生労働省の考える範囲の仕事では、「世の中に本当に必要なもの」は得られないと判断したので独自路線を貫いているが、平成24年度は、結果的にそれが介護・診療報酬増につながっているという皮肉な状態となっている。

② 素人に近い感覚

~療養型病床群をどんなに正当化しようとしても、「3年おむつをして、胃に穴をあけて寝たきりになった後で死ぬのはいやだ」と思ったら、この事業を選択すべきではない。因果応報とはこのことで、自分が行うならばその事業は存在し続け、自分もその事業の顧客となる可能性が高くなるからだ。そこで療養型は最小限の投資とし、平成12年以降10年弱は住宅サービス建築を行った。

③ 時代を読む感覚

~例えば、団塊の世代が後期高齢者となるまでにまだ10年ある。ということは、最も大きな投資をすべき時期は10年後である。日本人は新しい建物を好む傾向があるからだ。「たたみと女房は新しいほうがいい」という感覚が日本から抜けるのには相当な時間がかかると思われる。また、高齢者ビジネスは団塊の世代が後期高齢者になったとたんにピークアウトする。したがって、この事業は先が短いことを理解して投資する必要がある。そう考えれば、既に高齢者住宅に投資する時期は一旦終わっているし、次の投資にも限界があることが理解されるだろう。

④ 一切の情報を無視しても世の中に必要なものは何か

~本当にいま世の中に必要なものは何かを追求する姿勢で事業を創造する。これが私た

ちの使命とするところである。したがって、「この仕事はどんなカテゴリーに入るか」、「この仕事はどんな報酬がとれるのか」は「世の中に必要なコト」を創造しようとし始めてから考えれば良いという方針である。

例えば、私自身がシングルマザーとして苦勞してきたので、同じ苦勞を背負う女性と子供たちのためのサービスには大きな価値があると考えた。特に少子化時代、既に生まれている子供たちに良い育成環境を提供するのは社会貢献の高い事業である。そこで、平成 18 年度より熊本市母子福祉センターの指定管理者としてセンターを運営。平成 24 年度からは熊本市の母子家庭支援施設を社会福祉法人で土地を提供、建物も建設し運営を開始している。高齢者ケアとは全く違う福祉的な事業であり、行政からの資金提供も相当優遇される。これは世の中に必要なものを求めた結果であり、利益や事業拡大を求めた結果ではないことが重要である。

今回の介護報酬改定で、「在宅支援強化型老健」という新しいカテゴリーが誕生した。当老健「おとなの学校本校」では、全ての条件をクリアしている。特に、在宅復帰率は低くても 6 割をキープ、高い月は 8 割にまで在宅復帰率が上がる。看取りも行っており、看取りに移行しそうな重介護者を常に入所定員の 1 割ほど抱えて運営している。それが現在の老健の人員配置で可能だということだ。何故これが可能かには、我々の施設が持つ特殊性があると考えため、別途後述する。

このような姿に老健を創りこんでいったのは、介護報酬増をもくろんでのことではない。老健の原点である「在宅復帰施設（中間施設）」としての機能を果たそうと思えば、このようになっただけである。日本への老健の導入時にはイギリスにあった中間施設をモデルとしたと記憶しているが、昭和 63 年に作り始められた老健は、当時在宅復帰という気運が皆無であったこともあり、数が増えるにつれて特養化していった。特に、平成 12 年に開始された介護保険で在宅復帰にはほとんどインセンティブがなかったことから、一気に特養化は進んだ。

では、老健は特養になれるのか？

平成 15 年前後にこの命題に取り組んで、入所の平均介護度を 4 まで上げたところ、老健の運営は崩壊した。高齢者は何でも介護士にやってもらえると要求し、介護士の意欲は激減。重介護者が多いこともあってレクレーションひとつ出来なくなってしまったのである。スタッフはどんどん辞めていき、介護現場はすさんだ状態となった。

私は不思議だった。老健と同じ、もしくは少ない人員配置の特養の平均介護度は当時 4, 5 だったのである。何故特養では高い平均介護度の介護が行えるのに、老健では難しいのか。

私の立てた仮説は、「老健と特養ではスタッフの求めるものが違う」というものだった。既に実質的には特養化しているにもかかわらず、老健のスタッフは気持ちだけでも老健の

本来の役割である「在宅復帰をさせる」施設、つまり、動きのある施設を求めているのではないか。では、彼らの望む通りに本当に在宅復帰を出来る施設の姿を追求した結果が「おとなの学校」であり、「おとなの学校」は見事に在宅復帰強化型老健としての機能を果たすに至ったのである。

老健は、特養化はしても特養にはなれない。それはスタッフの求めるところが違うからである。

では、彼らの望む在宅復帰施設（中間施設）は本当に世の中に必要か？

これも重要な命題である。もしも在宅復帰施設が不必要ならば、老健は存在意義を失い、特養待機者のための入所施設になってしまう。現在に至るまで在宅復帰に関しては、本人の意志よりも家族の意志が優先されているのが実情である。家族希望のみで話をするならば、その昔特例許可老人病棟が老人の居住地になったように、在宅復帰は難しい。

では、家族が望まなければ在宅復帰施設に意味は無いのか？

筆者は在宅復帰施設には大きな意義があると考えている。それについては別途後述する。家族は必要としなくても、本人のために必要なのである。それは何故だろうか。高齢者が本当に必要としているものとは。

人は生存欲求と安全欲求が満たされれば満足に生きられるか？

現在の施設はあまりにこのふたつにこだわりすぎ、人が生きるために必要な最も重要なものを無視しているように感じられる。

我々は、「人が生きるために必要な最も重要なもの」に着目して高齢者の生き方を創ってきた。それにもっとも資する形が在宅復帰強化型老健～すなわち、もっとも在宅復帰施設に近い施設形態だったのである。

3. 我々が最期に至る境地を内包したコンセプトを創る

◆ 生きる意味を問う～悲しい終わりはないでしょう～

介護されるのは悲しいこと。

どんなに良い介護を受けたとしても、介護がお世話、身体の支援で有る限り、介護されるのはされる側にとって悲しいことだ。特に日本では、それを「ありがたい」と思わなければならない。そんな辛いことを要介護者に強いているのが今の介護なのではなかろうか。そして世界中の誰もこのことに触れようとしない。

しかし、ここで気づいて欲しいのである。見て見ぬふりをしないで欲しい。介護される時の悲しみ、心の痛みに「制度を作る側」が気づかなければ、要介護者の人生は良くなるしない。

年をとるのは当たり前のことであり、受け入れなければならない。死も同様である。したがって、介護が必要になれば、それも受け入れれば人間は楽になる。それは「キューブラーロスの五段階」で説明される人間が癌などの運命を受容するステップと同じものである。しかし、本当にこれで良いのだろうか。

人が生きる意味とは、一生懸命に生きた人生の終末を「諦念」で迎えることなのだろうか。現在の高齢者施設では、要介護者の多くが人生を諦めることで自分に折り合いをつけている。

何よりも恐ろしいことは、我々現役世代、介護のプロ、制度設計者が、これを当たり前のように思っていることである。いつか自分たちがいく道がそのような「諦念」の道であることを我々は本当に許容できているのか？

そして、この「諦念」が見える未来を自ら作っていることで、国民の不安が増長されていることに気付いているのだろうか？

「持家がなければ不安、貯金をしても、しても不安」なのを払しょくするのは、北欧型の「年金が潤沢にある未来」なのだろうか。少なくとも日本人は租税率 75%を許容しないだろう。したがって北欧型の未来はありえない。そこで、せめて持家だけでもとリアルな財産に固執する。二度と帰れない我が家は死の家として日本中に軀（むくろ）のように打ち捨てられている。日本人の多くにはリバースモーゲージなんて使えない。もっと面倒なことに日本人は「女房と畳は新しい方がいい」と本気で思っている。だから、両親の住んだ家に子供たちは住まない。それなのに家を売ることもままならない。

かくして、主を失った戸建て住宅が日本中に溢れることとなった。その根底にある日本人の不安を払しょくしなければ、リバースモーゲージだの居住系サービスだの制度を設計しても国民は使えないのである。

今、あまりにもこの不安に注目が集まり、本質的な「生き方」は議論されていない。

今の制度設計者、介護事業者、および家族は要介護者を自分たちとは違う人間として扱っている。高齢要介護者は我慢強く、現状の介護に耐えているのでそれでよしとしているのだ。

これをよしとしてしまうのには、要介護者の「生き方」を議論しても答えは見つからないと思っているからかもしれない。一部、海外のケアの方法、考え方を導入している施設もあるが、重介護に関しては高齢者を安心させる、居心地良くさせることに終始しており、それは「生き方」の提案には程遠いものである。

「日当たりのよい個室に居心地のよいソファとベッドがあり、三度の食事を誰かが食べさせてくれ、清潔が保たれてきれいな服を着せてもらえる要介護5、寝たきり、おむつをする人生。」それを施設で3年送った後に死が訪れるとしたら？現役世代全員に問うたら、

それを幸せだと解答する割合はどれくらいだろう。

私なら、「舌を噛み切って死にたい」と答える。多くの人がこの最期3年の物語を絶望と捉えるのではないか。完璧な安心安全と十分な介護があったとしても、そこに幸せは存在しない。

現在、要介護者の人生のありかたについて語られるのは、要介護3くらいまでの自分の意志で生きられる人たちに留まっている。ところが、要介護認定4、5になってからも相当な時間、人間は生きられる。この最期について緩和ケア以外で議論されることはない。

しかし、要介護4、5の高齢者も生きているのだから、「生き方」が当然あるのだ。上記質問の解答を考える時、安全安心と介護が完璧にある生活があったとしても要介護5で生きることがいかに悲しいことか、体感できるはずだ。

私たちは、超高齢社会において、沢山の重介護者が存在することを踏まえ、そろそろ重介護になってからの「生き方」を考え、議論しても良いのではなかろうか。そして、重介護という「絶望」のふちから我々の心を立ちあがらせてもよいのでは。

◆ マズローの欲求段階は下から登るものなのか～要介護者は救われないのか～

重介護という「絶望」に対する対処が出来ないために、人は対処出来る部分だけを議論し、対応しようとしてきた。

それが、安心安全とお世話としての介護の質である。これを知識として裏付けているのが、マズローの欲求段階ではなかろうか。

有名なマズローの欲求段階は、第一段階「生存欲求」、第二段階「安全欲求」、第三段階「愛情と承認の欲求」、第四段階「社会貢献の欲求」、そして、第五段階「自己実現欲求」として知られる。また、この欲求段階は下層の段階が満たされなければ、上位の欲求は満たされにくい（ない）と考えられている。また、マズローは第五段階の上位心理状態として「自己超越」という概念を提案している。

まずは下層の第一第二欲求を満たそうとするのが一般的介護の考え方である。この居住系サービスの研究もそれに立脚したものに違いない。「住まい」という安全な場所の提供が要介護者の生活に影響を与えることを研究するものだ。それに私は反論する気は無い。ただ、住まいがあるだけでは我々の未来は暗いと主張したいのだ。

第一第二欲求が満たされても要介護状態であれば、人は満足し、幸せを感じることは難しいのは前述の通りである。もしくは、要介護状態を第一欲求が満たされないとするならばそれ以上の段階には進めない。

しかし、要介護高齢者でも、軽介護であればどんな環境でも明るく元気で自己実現に向かおうという人がいないわけではない。

それでは重介護者においてはどうか。我々は今まで重介護者をそのような目で観察することがほとんどなかった。彼らに自己実現もそれ以上の心理状態（自己超越）も出来ないと思っていたからだ。

筆者も介護施設を運営しながら、前述のように考えて要介護者と接してきたが、「おとなの学校」で起こっていることを目の当たりにして、「ひょっとしたら、重介護者も含め、要介護者にも自己実現、もしくはそれ以上の心理状態になることが出来るのではないか」と考えるに至ったのである。

◆ 「介護しない介護」というコンセプト

筆者がこのように考えるに至った「おとなの学校」で起こっていることを記述する。

「おとなの学校」は高齢者ケア施設を学校形式で運営するようになったものである。施設形態として、「おとなの学校本校」は介護老人保健施設、それ以外は通所系サービスである。（一部昨年度報告書参照）

レクリエーションはなく、全て授業として行われる。老健では放課後に部活も行っている。授業と休み時間という区切りが時間軸にメリハリをつけたことで、介護にリズムが生まれただけではなく、要介護者自身の協力が得られることで、介護は速やかに行うことが出来る。

「おとなの学校」の高齢者の特徴は意欲的であること。例えば要介護 3 の後半という状態～車いす自走するだけの腕力が無い～であっても、少しずつ車いすを駆動し、自分の行きたい場所に自分だけの力で移動している。老健は大きい。移動距離は一回 10m 近くになることもしばしばである。スタッフは

「よくお客様は振り向いたらここまでいらっしゃっているんです。」

と言う。授業、リハビリ（体育）、学習療法室など、ここには行きたい場所がある。人よりも早くリハビリや学習の受けたいと思えば、車いすで暴走するように走る者もいる。人はしたいことがあれば、どんな努力も厭わず立ち向かうのである。

ちょっとした日常生活動作も「おとなの学校」では出来る限り要介護者が自分ひとりで行う。こうすることで、要介護という悲しい事実から高齢者は開放されるのである。

もしも、同じことを普通の「コンセプトのない高齢者施設」で行おうとしても難しいだろう。

何故なら、高齢者施設では高齢者が自ら動かねばならない理由がない。レクリエーションは日々行われるが、要介護 3 後半～車いす駆動が難しくなると、一気にレクリエーションへの意欲は失われる。彼らにとってレクリエーションはどうしても行きたいものではないことが多いからだ。

「授業」という習慣は、彼らに動く動機を提供する。

ここは学校で、授業がもうすぐ始まるのだから、自分は教室に行かねばならない。そして、そこで学ぶのだ。これは決して悲しいことではない。彼らの心は85歳要介護高齢者のそれではなく、17歳に戻っているのだ（もっと若いかもしれない）。17歳だから、障害のある身体でも動くことが出来る。ここで17歳と使うのは思春期という若さを象徴する年齢という意味だ。これはここが高齢者施設ではなく、学校だから可能なことなのである。

これは一部回想法の手法に大変似ている。学校という誰もが懐かしいと感じる場を使っているからだ。しかし、おとなの学校で自ら動く高齢者の姿に、単なるノスタルジーは見られない。彼らは本当に自分が学生であると信じているかのようだ。彼らは学校を懐かしんでいるのではない。今まさに学生として学校生活を愉しんでいるのである。

「介護しない介護」

我々は、おとなの学校で行われていることをこのように呼んでいる。

要介護者に悲しい思いをさせないために、私たちは必要以上の介護をしてはならないが、それを実践するためには、高齢者施設という場ではなく、学校という場こそふさわしいのだ。

◆ 介護現場にある「場」

「場の創造」は、企業運営、ヒット商品開発などに使われる人の心を動かす強力な手法である。その場を制する者が主導権を握るのだ。

では、介護現場で行われている「場の創造」とはどのようなものだろうか。

大型施設が陥るのは、ここで「場」を上手く作れないことにある。高齢者施設に入りたい日本人はほとんどいないからだ。では、入院ならいいのか。入院を希望する多くの高齢者は精神的な問題を抱えている（うつ状態）。病院という「場」はその精神的問題を解決することがないからこそ、うつ状態の高齢者にとっての魅力が持続する。さらに「自分は入院するほどの病なのだから、何も出来ない。」という言い訳を自分自身に対して出来る免罪符となるのだ。

だめな人生は心地いい。

「もうここからどこにも行かなくてもよい。だって、私は何も出来ないのだから。」

これは、現役世代からうつ状態だった人たちだけに見られる状態ではない。現役世代に活躍した人ほど、一旦この心理状態に陥るとなかなか抜け出せない。彼らにとって「できる」の質が高すぎるからだ。

介護施設でも病院と同じような心理状態に高齢者はなっていく。それが半年も続くと自分の人生には明るい未来が無くなってしまう。その状態で今日を生きると、今日という日

も彼らの中には存在できない。今日は「一寸先の未来」の連続体だから。

「一寸先の未来」を失った高齢者は、生きるのではなく、死ねない毎日を過ごすことになる。これが高齢者介護施設の陥っている状態である。

では、超高級有料老人ホームであればどうか。この種類の住宅は、自由意志で動ける間は顧客満足に高い評価を受けられる。ところが、重介護になり、本人の自由意志を周囲が判断し辛くなると、他的高齢者施設と同様に、「死ねない毎日」を提供することになってしまう。

ここで筆者が問題にしているのは、「死ねない毎日」の期間の長さである。3年も死ねない毎日を過ごさねばならない未来を、今の制度が作り続けているという恐怖である。

では、居住系サービスといわれる高齢者住宅はどうか。ここに「一寸先の未来」は存在するのか。

事業者の質にもよるが、丁寧に生活リハビリ等が行われていれば「一寸先の未来」は存在するようにみえる（みえる、としか書けない）。家の中には、主婦などの家を守ってきた人たちには日々自分の役割が「見える」からだ。彼らは家という空間の中に自分の役割を見て、安心して過ごすことが出来る。逆に言えば、この「見える役割」がなければ、居住系サービスであっても「死ねない毎日」の提供になってしまうのだ。

では、大型高齢者施設には「一寸先の未来」は存在し得ないのか。ここに「一寸先の未来」を創造したのが「おとなの学校」である。学校だから、問答無用に「一寸先の未来」は存在し続ける。さらには、学校なのだから、いつか卒業して社会に出るという「遠い未来を夢見る」ことが可能だ。遠い未来は人を元気にさせる。人間は唯一、時間軸を持った動物である。未来を夢見ることも出来るが、未来が無いことに耐えられず、うつ状態に陥ってしまう。

「場の創造」で大切なのは、問答無用であることだと筆者は考えている。いちいち説明が必要であれば、そこには、物語のある「場」は存在していない。問答無用、説明が要らないというのが、良い「場」の特徴なのである。

上記のように今の介護現場は、いつかは「死ねない毎日」を過ごす「一寸先の未来も無い場」になってしまう処と、家という生活の役割が存在する「場」に分けられる。そして、新しいカテゴリーとして「遠い未来を夢見る場」である「おとなの学校」が生まれてきた。

「おとなの学校」では要介護者は一生懸命にその場で自分がすべきことに集中している。そうすることで、自然な機能回復訓練となっており、生活動作は保たれる。

重介護も要介護 5 レベルになれば、行動範囲は極端にせまくなる。おとなの学校本校では、重介護者でも学べるように、ベッドサイドでの学習を行っているので、要介護 5 の方であっても学ぶ機会が得られる。「学ぶ」行為が行為として意味があることを誰もが知って

いるのも重要である。たとえば、要介護 5 の方にベッドサイドに遊ぶ道具を持って行ったとしたら彼らはどう反応するだろう。多分良い反応を得るのは難しいのではないだろうか。動かない身体は、トランプでは動けない。

全員とは言わないが、重介護者の中には真剣に学ぶ方がおられる。学ぶことと遊ぶことは人にとって意味が違うのだ。

要介護 5 となり、動くこともままならず、話すこともままならない。認知力も失われた状態でも、必死にエンピツを動かして学ぶ高齢者もおられる。彼らには既に考えることも難しいのかもしれない。排泄などの日常生活動作もひとりではできないが、学ぶことは出来るのである。それに没頭する時の彼らの心、それを終わった時に得られる満足感を我々は大切にしている。

そして、このような心境に至る場がもっと多くの介護施設で提供されれば、高齢者介護のあり方は根底から変わるのではないかと考える。

◆ 心という「場」をつかむ

人の心は自由なものである。今ここに沢山の人がいたとして、彼らを拘禁したとしても心だけは束縛することは出来ない。アウシュビッツ強制収容所のような究極の状態でも人の心は自由であることが既に見出されている。

心とはどのようなものか？

あまりに大きな課題であるが、ここにひとつの提案をしよう。それは大きな「場」なのではないだろうか。

その「場」の中で、自我は自由に動き回っているのだ。意欲が高ければ勢いよく動き、うつ状態になれば動けない。Move という単語を心のありように使うのは、これを人が体感しているからだろう。

私（自我）は心という大きな場の中で動くのだ。

心というバーチャルな場は変幻自在だ。心地良くもなり、居心地悪くもなり、怒り、悲しみ、喜び、すべては心というバーチャルな場の呼び名である。自我はそれらの場を感じているに過ぎない。

「一寸先の未来」がない「場」（これは心ではない）にいる人間は、自分の心という「場」を真っ暗にしてしまう。だから、自我は動けない。逆に「遠い未来を夢見る場」では、人は心を「前向き」という光に設定する。前向きだから自我は軽々と動き回ることが出来るのだ。前向きであっても未来は見えない。しかし、暗くて見えないのではない。未来を前向きにとらえた時、それはハレーションを起こすほどの強烈な光なのである。

同じ「見えない」でも、真っ暗なのと強烈な光では体感するものが違う。光の中で人は

高揚感に溢れるのだ。

彼らが介護される身であることを意識させてはならない。その意識は一瞬にして「心の場」を真っ暗にする。

彼らを若かったあの頃に戻すのだ。彼らの心はウキウキ、ワクワク。さあ、今日は一体何をしようかと飛び回る。実際には大したことをする必要は無い。我々の17歳が大したことをやっていなかったように。それが「若さ」という「心の場」が持つ巨大な浮力なのである。

心は無重力に！

だから、高齢者はひとりで障害に打ち勝つことができる。介護なんかいない。「介護しない介護」こそ、彼らが潜在的に求めていたものだ。

無重力の中で自我は自由に飛び回る。心の無重力とは、「とらわれ」からの解放を意味する。そして、そこに「喜び」を見出すのだ。無重力な心の場は喜びに満ち溢れている。ハレーションを起こす強烈な光のように。

そこでは、自我は私を主張しない。もうする必要がないからだ。「私」こそ「とらわれ」の根本。だから、ここには「私らしさ」もいない。したがって個別性もない。

◆ 人生の最期だからこそ得られる境地～全てを失ったから行ける処～

我々の身体が自由に動き回れる時、我々は心の場と自我にとらわれる。(仕事でも、遊びでも) 予定があれば予定にとらわれ、予定なき生活では意欲がわかず、疲れと「つまらない」にとらわれる。

ところが、最期に人が行きつくところには、一切の予定、肩書きのない人生がやってくる。半身麻痺かもしれない、認知症かもしれない。脳も身体も不自由に見えるが、心は自由だ。この心の自由に着目したケアの方法を考える人が増えれば、要介護状態を今までとは違う次元で語る事が出来るのである。

◆ 「生きる喜び」を要介護者に

「とらわれ」から解放された高齢者をもっと我々は賞賛すべきではなからうか。彼らが何にもとらわれず、「生きる喜び」にひたることが許されることを。

今の介護必要なもの、それは最期だからこそ人が得られる純粋な喜びの存在を誰もが知ることではなからうか。そのためには、介護提供者も制度設計者もこれを意識する必要があるのだ。

人は一体何のために生きるのか。それは人生の最期に到達できる「生きる喜び」を感じるためであるという考えが浸透すれば、要介護生活は決して不幸でも悲しいものでもない。

要介護生活は人生の最期を彩る重要な人生の一時期。ただ介護を受け身で受けて死ぬなんてもったいない。

居住系サービスも含め、高齢者介護の全てがこの生きる喜びの溢れる場を目指すことで、人々は安心して生きていけるのではないだろうか。

～人生の最期に最高の瞬間を～

4. 今後の介護報酬改定、診療報酬改定に関する論点

本節では、将来に向けての介護報酬、診療報酬改定の論点について列挙し、高齢者介護、医療および居住系サービスの在り方に関する次年度に向けた検討課題を提示する。

(1) 在宅医療を担う診療所における医師の複数化

在宅医療を担う診療所には、医師の複数配置が必須である。訪問看護ステーションとの連携により 24 時間対応可能な体制をとる上では医師の複数化が進むことが重要である。

(2) 後方病床の確保

回復期、緩和ケアを目的とした後方病床は極端に不足している。地域ごとに在宅医療を支援する後方病床を十分に確保する必要がある。

(3) 看護師の夜間対応

看取りの場面においてどのような医療的ケアを行うのかを予め確認した上で、夜間対応可能な看護師の確保が行える体制が必要である。

(4) 退院調整に対するインセンティブ

治療を終えた患者の転院先、入所先等を調整する際にあたっては、退院調整に関する評価に実際の在院日数の要素を加味すれば、インセンティブとして機能すると考えられる。

(5) 介護保険施設での看取りについて

介護老人福祉施設と介護老人保健施設での看取り体制の違いに評価をするのであれば、両者の看取りにはどのような違いがあることを前提とするのかについて整理する必要がある。

(6) 複合型施設等における施設間等ケアマネジメント

同一もしくは関連法人間で高齢者の状態変化に応じたケアを行っていくためには、定期的な入所者等の状態把握と職員間での情報交換が重要である。こうした施設間の情報交換を通じて、在宅療養の中で生じる一時的状態変化に素早く対応できる安心感を提供することができる。こうした施設間等ケアマネジメントに対する評価も重要であると考ええる。

(7) 介護サービスの中での医療系の対応に対する評価

介護老人保健施設をはじめとして介護サービスの中で医療系の対応を行った場合の対応についての評価の方法について検討する必要がある。

(8) 利用者負担額から推測されるサービス選択行動

居宅サービスを利用して在宅生活を継続した場合の利用者負担額と介護老人保健施設に入所した場合とを比較すると、施設入所の方が負担額が軽くなる傾向にある。また、介護報酬が高くなれば、利用回数を減らす方向に利用者が消費選択することも頻繁にみられる。このような予測されるサービス選択行動をコントロールする観点からも評価の在り方について検討する必要がある。

(9) 包括評価の範囲拡大を想定したケアの質の管理の必要性

今後も、包括評価が適応されるサービスの種類を拡大する場合には、ケアの質を管理する公的機関が必要である。とりわけ問題が顕在化しにくい高齢者介護、医療の分野ではこうした取り組みが不可欠であると考ええる。