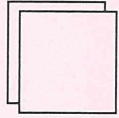


表5 「口から食べるための支援シート」

	観察項目			観察項目ごとの援助方法			
	捕食時	処理時	嚥下時	注意事項	スプーン 箸の使い方	介助動作	
口腔機能	口を開けることができる	×		食事前のリラクゼーション(心身)、口腔内、口腔周囲の感覚を高める(マッサージや口腔ケア)		脱感作を行いからだに触れる	
	口を食物の大きさに合わせて調整して開けられる	×		五感を使って食事へ意識をむける(視覚、嗅覚、触覚)		食事の内容や食事が始まることを伝える	
	食事をとりこむように上唇を下ろすことができる	×		食事を口に運ぶ動作を行うことで食事を摂取している意識を高める 口元へ運ぶ時、下顎挙上、頭部後屈した誤嚥しやすい姿勢にならないよう前下方に視線が向くこと	前下方から手を口元へ運ぶ	食事を介助する手に対象の手をのせ、口に運ぶ動作を一緒に行う	
	食事を上下唇で挟みとることができる	×		口唇位置から食事の情報(匂い、温覚、触覚)を伝える	下唇に食事をのせたスプーンまたは箸を近づけ触れる		
				介助する量が毎回違うことでどのくらいの口を開けたらよいかわからなくなる(多かったり、少なかったりしない):職員間で統一	一回量は毎回同じ量にする スプーンの半分より先にのせる程度 スプーンの大きさは口唇幅の2/3の大きさ ポールの深さは3mm以下又はフラット 口唇閉鎖能力に合わせて選択		
				上唇が食物のセンサーをし、食べ物の素材や温度などの情報をとらえる	下唇にスプーンまたは箸で挟んだ食物を置き、上唇が下りてくるのを待つ 上唇にスプーンをこすりつけない		
				口唇圧が低下していないかスプーン、箸を抜きながら確認する	口唇から舌が口腔内へ食物を移動させるため舌尖部に食事をおき、上下唇ではさみとらせる スプーンも箸も上下唇で挟んだら水平にゆつくり抜き取る	上唇が下りにくい場合は口唇閉鎖介助を行い、口唇閉鎖を促す	
		口腔内での食物処理時口唇が閉鎖できる	×	口輪筋など口唇圧がかけられない状態なので嚥下や送り込みに影響する。口唇介助、上唇下唇の保持、窄める機能を強化		箸での介助などで口唇閉鎖ができるよう口唇への刺激を継続しながら、指の腹で口唇閉鎖介助を行う	
		口角を水平に引いて押しつぶし食べることができる	×	舌尖部から、舌が口蓋硬壁に押しあげられていないため、舌と口蓋硬壁で食物の押しつぶしができていない 舌の送り込みの動き強化	押しつぶす硬さがわかるように上唇下唇、舌の前方とで食物の硬さ大きさ、厚みをとらえられるようはさみとる動作を引き出す	下顎閉鎖介助を行い舌を上方へ押し上げる	
		口唇と頬が内側に引き込まれ、左右食物の入っている方の口角が引かれすりつぶし食べることができる	×	臼歯ですりつぶす動きをすために舌の左右上下の動き強化 頬の臼歯外側を外から支持できるよう頬筋も強化	前歯で噛み切り、奥歯で噛み潰す動きをひきだし、左右の臼歯ですりつぶす動きができるよう箸で食事を左右に置くなど左右運動も引き出す介助を行う		
舌運動	開口時舌が口唇内側まで出てくる	×	口唇閉鎖可	×		口唇閉鎖介助	
	舌尖で食物を口腔内へ誘導できる	×			歯列内に食事を置き、舌の先ですくい取る動きを誘発		
	舌の前後運動で食物を押し出すことや、舌が口唇より出たままにならない	×			動きにくい奥舌に食物は置くこと丸飲みするしかない、舌で口腔内処理可能な位置へ移動させられる舌運動機能を高める位置へ食物を置く	舌尖部へ食物を置き、口腔内への移送を誘導	
		押しつぶし すりつぶし				舌が口唇より出たままの場合はスプーンなどで舌の位置を口腔内に戻してから、食事を口腔内へ介助する	
顎運動	捕食時、下顎の挙上が見られない	×		嚥下時、舌が挙上し、舌骨が前方に引き上げられる	×	舌の動きが悪さ、咽頭周囲筋群の緊張、姿勢頸部伸展位になり、舌骨の可動性が制限された状態にある	姿勢の調整 肩を組むようにして支え肘関節を頸部にあてて嚥下時に合わせて前屈位を介助する
				嚥下時、舌が口唇よりでていないか	×	逆嚥下の状態、誤嚥しやすい状態	
		食物の口腔内処理時、顎の動きは単純上下運動のみでない	×			下顎が挙上し、コントロールが困難な場合はリクライニング姿勢で顎前屈位を取りながら下顎が安定してコントロールできるよう抗重力位への体幹、頭部の筋群強化を行う	
		噛むといった顎の動きがない(食物を丸飲みしていない)	×			口唇、舌の機能の向上がみられたら、食形態を上げ、押しつぶし、すりつぶしの動きを引き出すことで顎機能を高める	
		下顎が後方に引かれ噛み合せがずれていない	×			食形態の段階を落とし、ペースト⇒押しつぶし食⇒咀嚼練習食へと段階的に引き上げる	
			顎を上げて食物を(上を向いて)飲み込まない	×	臥床期間が長く、下顎が後方に引き寄せられている状態、開口した状態になりやすく、咀嚼、口腔内での処理が困難、口唇閉鎖ができず、嚥下が難しい、		
					口腔機能に合っていない食形態、丸飲み、送り込む力の不足		

食形態	口腔機能に応じたステップアップ段階	目的 ポイント	援助時の注意
		嚥下練習食 ゼリー ペースト食	口に入った食べ物を舌にのせて口を閉じて食べものを口蓋へ押し付けながら後方に送り込み込む動きの練習 滑らかさが均一であること
押しつぶし練習食	食べ物や上下唇ではさみとり、口を閉じながら舌の前方と口唇で食べ物の大きさや厚みを感じ取り次の咀嚼を引き出す練習	下唇と舌尖にスプーンを置き上唇が下りてくるのを待つ 上唇と下唇ではさみとる動きを引き出す	
咀嚼練習食	バナナ サトイモ サツマイモ 指でつぶせる硬さ チーズ ポテト スティック状で切れ目を入れたパンなど	前歯で噛み切り、奥歯で噛み潰す練習 舌で潰せない硬さ 4(スティック状)7食べ物 の大きさ、硬さ、厚さを感じさせ咀嚼運動を引き出す	

		姿勢保持技術				基本介助技術				
基本技術	座位姿勢の整え方	ポイント からだの真上に頭が乗る姿勢 からだの前後の傾きがない からだの左右の傾きがない 下顎が上を向かない 頭部が前屈できる	援助の方法 椅子に深く腰掛ける 隙間がある場合はクッション等で隙間をうめ安定させる 膝屈曲90度 足底は床に着ける (足台利用) 車いす足台は後傾になりやすく足台は使用しない方がよい	体幹が安定した上に頭頸部の安定があり、そのうえで嚥下にかかわる筋群の運動がスムーズに行われる 又、体幹が安定すると上肢の運動もスムーズに行われ食事動作が安定する	食事途中で姿勢の崩れはないか いつごろから崩れるか 頭部の後傾はないか 下顎の挙上はないか	用具の選択		より多くの機能を備わせることのできる摂食具の選択	箸 口唇で食物をとらえ、取り込み時口をすぼめる 食物を置く位置によって口腔機能を引き出すこと可 スプーン 口唇を開けて閉じ咀嚼 嚥下する動きのみ	箸は介助者が引き出した機能を訓練するために口の中に目的とする位置に置きやすい 舌の左右運動など引きだしやすい 緊張の強い対象者、動きの激しい対象者には危険
	臥位姿勢の整え方	緊張を緩めた屈曲位 (肩 肘 腹 膝 足首を曲げる) 頭部前傾 からだの左右の傾きがない からだの真上に頭が乗る姿勢	ペトリクライニング30-60度 膝関節下、足底に枕クッションを入れ屈曲位を保持 頭部前傾位をとらせる	嚥下を代償する姿勢 リクライニング位になることで気管が上、食道が下という位置関係になり食事が食道へはいりやすい。 食物の送り込みの力が弱い場合、重力を利用し送り込みやすくなる。頭部前傾により嚥下諸筋がリラックスし飲み込み易い、咽頭と気道の角度がつき誤嚥しにくい	嚥下時の頭部動き食物の送り込みができていないか		入れ方出し方	スプーン	上唇の機能(食べ物をはさみとる、咀嚼時間閉じて食べ物が口腔外へ出さない、舌と協調して食べ物を口腔内へ送る、食物の素材・温度のセンサー)を妨げない方法 スプーンの背を舌先にあて上唇で食べ物を確かめ上唇が下りてくるのを待つ 上唇が下りてきたらゆっくり水平に抜く、上唇や歯にこすり付けない	ゆっくり食べ物を見せ話しかけながら口へ運ぶ 食べ物を認識し口の形、取り込む速度角度呼吸を整えるため 口唇歯舌の感覚機能を使って食物を口腔内の適切な位置へ送る舌運動を促す 上唇で捕食動作をするため、こすり付けることによって上唇を使った捕食ができなくなる、又、スプーンを上方向に引っかけて抜くことにより下顎が挙上され誤嚥しやすい姿勢になる
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">介助者の姿勢</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・立位での介助は禁 下顎が上がリ、誤嚥しやすい姿勢となる</li> <li>・立位の場合、介助される食事が上方から来るため、食事内容が見えず、口腔の準備ができにくい</li> <li>・立位の場合、介助者も疲れ、介助スピードや観察がしにくくなる</li> <li>・口唇閉鎖介助や食事を口へ運ぶ動作を一緒に行う場合は横に座る</li> <li>・真正面からの介助はスプーンや箸が突き刺さってきそうに感じるのを避ける</li> <li>・介助される状況や食事が見える位置として斜め前方が好ましいが、介助方法によって変更可</li> </ul> </div>					一回量	対象の持つ口腔機能の能力で処理可能な量 一回量はスプーン半分より先に盛る程度で舌の先への量 上唇が下りてきたらまっすぐスプーンを引き抜ける量にする 口腔内圧を高める感覚を引き出す場合一回量を増やすのではなく舌をスプーンで刺激する	一回量はスプーン半分より先に盛る程度で舌の先への量 多すぎることによって口腔内で処理できず丸のみ、食塊形成できずむせの原因となる	
					入れる位置	口腔機能を使える位置へ(奥舌は動かない)	舌尖部(舌の先の方)に入る 下顎が上がリ舌先に置きにくい場合は歯列内(舌の下)に置き、舌の先ですくう動きを促す口唇閉鎖介助、下顎閉鎖介助を行う	舌の先は自由に動き食べ物を運びやすいが舌の奥は動きにくい。丸のみか、咀嚼ができず食塊形成できないためむせの原因となる		



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ます。

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 m<sup>2</sup>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。

テクニッ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した。

## ■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、すぐに追随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」を創り出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いため、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。もっとも、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するため、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らない。

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らうか。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らうか。

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ふ。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、他の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」は存在しているように見える（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。

心を無重力に！

だから、高齢者はひとりで障害に打ち勝つことができる。介護なんかいらぬ。「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」もいらぬ。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」にひたる事が許されることを。

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。