



特集

ケアの時代に必要な 心と方法論

「終末リハビリテーション」という思想の提示を通して、介護のあり方を示した大田仁史さんがさらに深く「介護を評価すること」に分け入り、具体的な評価軸を提案されています。

Part 1 講演、Part2 対談からケアにとってもっとも大切な何かが見えてきます。

Part 1

めざせ!

きれいなご遺体

茨城県健康プラザ管理者 大田仁史

私は、介護の現場で働いた経験がありませんので、ケアについては詳しくありません。昔、政治家の主治医と看護師とPTとOTとSTとソーシャルワーカー、そして家政婦さんをやったことがあります。マヒの人をお風呂に入れるのはとてもうまくまりました。それは後でいろいろところで役に立ちましたが、そういう経験はあっても、あとは大したことないんです。

尊厳を守るとは何か

「尊厳が大事だ」という言葉がしきりに言われるようになったのは2003年に出された「2015年の高齢者介護」からです。今回の介護保険の改正でも、この「尊厳」が強調されています。この報告書をじっくり読んでみると、介護予防の考え方と手法、リハビリテーションの考え方と手法、これを上手に取り入れていけば「尊厳」を支えるケアが確立できるというふうに取り取れます。これは大ざっぱに見れば間違いではないでしょう。しかし、「尊厳とは何か」と改めて問われると、答えるのに窮します。

そういう時には逆から考えてみるといいのです。逆は何か? 「虐待」です。身体的暴力、身体拘束、ネグレクト、放棄、言語による虐待、心理的虐待……いっぱい





大田仁史（おおたひとし）

1936年生まれ。東京医科歯科大学医学部卒業。伊豆通信病院を経て、医療専門職を養成する日本で初めての茨城県立医療大学附属病院を立ち上げる。現在、茨城県立健康プラザ管理者、茨城県立医療大学名誉教授。生活の中にリハビリの技術を開いていく「生活リハビリ」という思想の生みの親。さらに「終末期リハビリテーション」という思想でリハビリ・介護のあり方を世に問う日本のリハビリテーション医療・介護の第一人者。

著書に『終末期リハビリテーション』『かばい手の思想』『介護予防リハビリ体操』『いきいきヘルスイっぱつ体操』など多数。

あります。私に言わせれば、悪い環境に置くのも虐待だし、画一的な対応も不潔な身体にしてしまうのも虐待です。遺体の損壊なんていうのは虐待の極みだと思っています。

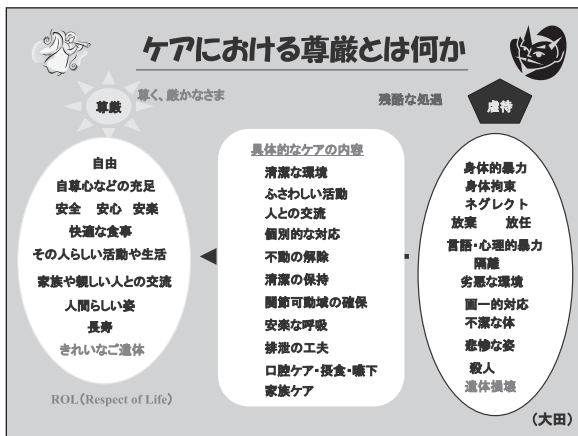
殴る、蹴るが身体的虐待だというのはすぐわかりませんが、ご飯を無理やり食べさせるのも虐待です。施設などで決められた時間帯の中で「早く食べる、食べる」と言うのはすでに虐待なんですね。赤ちゃん言葉でしゃべったりするなど「子ども扱にする」のは心理的な虐待に相当しますし、裸体で放置するのは性的虐待になります。お風呂に入るために裸にしたお年寄りが順番待ちでずっと並んでいるというのはまずいでしょうし、人前で排泄の処置も、自分がもしそうだとしたらとても耐えられないだろうと思います。

こう考えていくと、尊厳とはこうなるでしょうか【表1】。できるだけ自由度があること。その人らしい活動や生活ができる、快適な食事、家族や親しい人が訪ねてきてくれる、きれいなご遺体になる。この表に挙げた項目は私が考えたものですから、みなさん方が自由に増やしていけばいいと思います。

「尊厳ある介護」のためにひとつ提案があります。それは今述べたような具体的な介護の中身に至る前の、もっと根源にある基本的な考え方を確認しておく必要があるということです。それは何か。「どんな人も切り捨てない」「最期まできちんと関わる」ということです。

今回の診療報酬改正で「上限切り」が定められました。改善の余地がなければリハビリテーションを提供しないというのはです。改善の可能性が認められなかったら、放置するということです。それはおかしい。どんなに年をとってレベルが低下してきても「切り捨てない」「最期まできちんとかかわる」ことがとても大切なことだと私は思います。

「終末期リハビリテーション」という考え方は私が言い始めました。まだ世の中にきちんと認知されたとは思いませんが、しかし、もう何年も主張し続けています。この「終末期リハビリテーション」の考え方と手法「最期まできちんと関わる、切り捨てない」がないと、リハビリテーションも、介護も、看護も高齢者に役立てることはできないと考えてください。



【表1】

カルノフスキー身体活動性尺度

「終末期の」介護と身体活動性尺度(案)

％	症状	介助の要・不要
100	正常、臨床症状なし	
90	軽い臨床症状があるが正常な活動可能	正常な活動可能、とくに看護する必要なし
80	かなり臨床症状があるが努力して正常の活動可能	
70	自分自身の世話はできるが正常の活動・労働することは不可能	労働不可能、家庭での療養可能、日常の行動の大部分に病状に応じて介助が必要
60	自分に必要なことは出来るがときどき介助が必要	
50	症状を考慮した看護および定期的な医療行為が必要	
40	助けずに適切な医療および看護が必要	
30	まったく助けず入院が必要だが死はさしきせていない	自分自身のことをすることが不可能、入院治療が必要。疾患が速やかに進行していく時期
20	非常に重症、入院が必要で精力的な治療が必要	
10	死期が切迫している	
0	死	

％	身体状況	ケアの要・不要
100	動作は遅慢なところがあるが、普通の日常活動が可能	
90	軽い心身の障害があるが、ほぼ普通に日常の生活を送っている	普通の日常活動可能。とくに積極的に介助する必要なし
80	軽い心身の障害があるが、努力しながら一人で日常の生活を送っている	
70	自分の身の回りのことはどうにかできる。日常の生活でときに介助が必要	家庭での療養可能。日常の行動にはかなりの介助が必要。適宜看護・医療が必要
60	自分の身の回りのことに、ときどき介助が必要	
50	身の回りのことにかなりの介助がある。定期的な看護チェックと医療処置が必要	
40	全介助。適宜看護チェックと適切な医療が必要	
30	まったく助けず、常時看護チェックと医療処置が必要。しかし死はさしきせていない	自分自身のことをすることが不可能。看護・医療が必要。場合により入院が必要。
20	非常に重症。場合により入院が必要	
10	死期が切迫している	
0	死	

〔表2〕

〔表3〕

介護を評価する——ひとつの試論

介護もリハビリも最期を見せるということが大事です。いつからを「終末期」というのか、それから「終末期」という言葉は適切なのかということ、このことにもきちんとした吟味が必要です。人は年をとります。生活の障害はどんどん進み、そして必ず最期は来ます。これは避けられないことです。避けられないのに、あまり大事にしていないということが問題です。

カルノフスキーという人がターミナルケア、特にがんで亡くなる方の身体機能に関して分類をしています〔表2〕。私はこのカルノフスキーさんの表に介護を当てはめて『「終末期」の介護と身体活動性尺度(案)』をつくってみました〔表3〕。無理やり合わせたところもありますけれど、こうやって整理して考えると、この人は今どの辺にいるんだろうかということの見当がつかます。終末期は、「自分自身のことをすることが不可能。看護・医療が必要、場合により入院が必要」というあたりかと思います。これが適当かどうか、こんなふうに分けなくてもいいじゃないかという意見もあるでしょう。これは私の案ですから、みなさんが施設や現場で変えていただいてもいいのです。こういう経過を経て亡くなった。その時、前段のケアがどうだったかということを検証していく、そういう作業をしなければいけないと私は考えています。

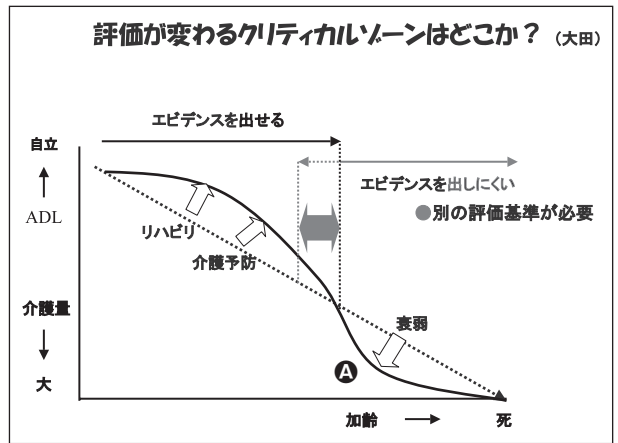
介護に新しい評価軸を

いつまでも元気ででありたいと思いますし、国も「長寿社会、元気で長生きピンピンコロリン」なんて言いますが、そうはいきません。ところが、国が示した評価の方法、あるいはリハビリテーション学会や理学療法士学会などでの評価軸は全部右肩上がりなのです。「こうやったらよくなりました」という評価ばかりです。そういう評価は、人が上向きの時(若い時)には可能ですが、加齢とともに下がってくる時の身体的機能にはなじみません。このことを私たちはきちんと知っておく必要があります。右肩上がりでない評価をするためにはどう考え、何を評価するのかとい

うことをきちんと考えておかなければいけないということ。介護の世界にこれが欠けていると、一生懸命やってもどうせ死んでいだけだという感じになって、虚しさを感じるだけになってしまいます。

図をつくってみました【図1】。Y軸に自立の線を置き、X軸に時の流れを置きます。人は大体こんな感じで生きていきます。少しずつレベルが落ちて、リハビリの手法を取り入れよう、介護予防の手法を取り入れようなどします。「エビデンス」という言葉を聞かれたことがあると思います。要するにやったことの科学的根拠・効果があるのかということですが、下り坂であってもエビデンスを出せる時期はあります。ところが高齢者の場合、衰弱が強くなるとエビデンスを出しにくくなります。別の評価基準が必要なのです。それはどこなのか。

ある時間的な幅（ゾーン）で、必ずAに来て、これまでの評価基準では評価できないところがあるということをしっかり押さえて、別の評価をする。そうすると、介護がやっていることが見えてきて、介護という仕事の大切さが主張できるのではないかと、私は考えているのです。非常に抽象的な考え方ですけれど、現場のみなさんはどんなふうにお考えになるのか、ぜひ聞きたいと思っています。

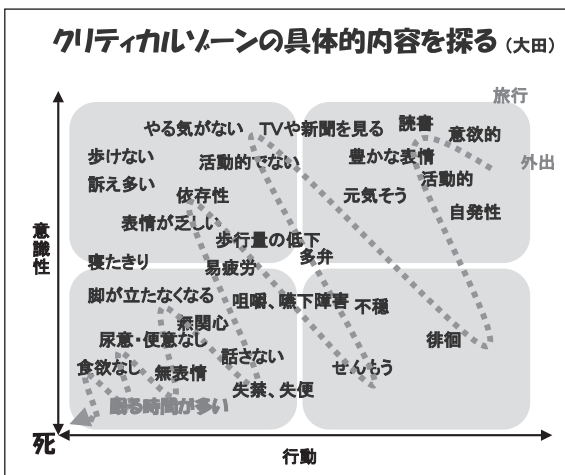


【図1】

こんな評価方法もある

私がつくった図【図2】です。Y軸に「意識性」の問題、X軸に「行動」を置きます。この幅の中で私たちは生活しています。年をとると日々が波打ちながら、日によって揺れ動いて、あっちに行ったりこっちに行ったりしながら、だんだん死に向かって収束していくわけですが、こういう状態をきちんと整理していくというのも一つの方法ではないかと思っています。

この「死体から見た身体の評価基準」【表4】も私が考えました。ご遺体を整える



【図2】

1 全身	・普通0	・痩せ1	・極度の痩せ3	・極度の浮腫2
2 皮膚	・普通0	・床ずれ(小)1	・床ずれ(中)2	・床ずれ(大)3
	・複数の床ずれ	それぞれ加算	・清潔にできない場所3	
	・傷やあざ5		(気管切開や胃ろうの傷は除く)	
3 口腔	・きちんと閉じる0	・口が開く(小)1	・口が開く(中)3	
	・口が開く(大)5	・入れ歯が入らない2	・極度の舌苔や歯石5	
4 手指	・組める0	・組めないが手が重なる1	・手が重ならない3	
5 納棺	・普通に納棺0	・無理に納棺3	・納棺に特別の処置5	

	0 よい	1~3 普通	4~9 少し悪い	
	10~15 かなり悪い	16~非常に悪い		

【表4】

のは看護職の仕事ですが、私は介護職もいっしょにやるべきだと思っています。なぜかと言うと、ご遺体を整えるためには、いやおうなしに全身を見ることになるからです。皮膚の状態は普通か、床ずれの大きさはどうか、複数の床ずれの場合は加算したらどうかとか、清潔にできない場所があるというのも問題でしょうね。口腔に関しては、死んだ時にきちんと口が閉じないと死に化粧が整いません。亡くなった方の口が大きく開いたままで顎関節まで拘縮していると、入れ歯は閉じているのに口は開いているということが起きるわけです。

みなさんも自分の死に顔を想像していただいて、自分はどれがいいかなと鏡を見てやってみてください(笑)。口を開けて入れ歯だけ閉じてるといような死に顔でいいのか? 家族は悲しみますよ。死んだ時に手の指が組めないというものつらいし、それはおかしいんじゃないかということです。

こんなふうに点数をつければ、よくないことを数値で表すことができます。どこに問題があったのか? これをよくしていこうということが、じつは介護、あるいはリハビリにとっても大切なことではないかということを私は言いたいのです。

お棺に入らなかった鈴木さん

この方は鈴木さんという方です(イラスト)。東京北区にある「清水坂あじさい荘」の前次長鳥海房枝さんからお借りした写真です。普通、こういう写真には目隠しをしますが、鈴木さんは自分をこんな状態にした病院を訴えたいから目隠しはしなくてもいいと言われました。私はその頃、医療大学付属病院の院長をしていましたから、その言葉が胸にグサッと刺さりました。鈴木さんはこうも言われました。「そういう病院を許している社会を訴えたい」。

「あじさい荘」に入居された時は、両足が曲がって、鼻腔栄養で、床ずれができていました。「あじさい荘」が最初に行ったケアは口腔ケアでした。口腔内がきれいになって嚥下機能が高まると、鈴木さんは自分で食べることができました。自分で食べられる人が何で鼻から栄養を入れていたのか。これは虐待じゃないかということです。無理やり食べさせるのも虐待ですが、食べられる人に鼻からチューブを入れるというのも立派な虐待です。



曲がってる足は急には伸びません。老人ホームにはPTもOTもいませんから、ケアワーカーがベッドから足を垂らしてくれました。こうやっていたら少しずつ伸びるかもしれない。足が伸びてくると、膝が痛いだろうと湿布を当てました。前にいた病院の治療と、ホームの処遇とどちらに人間味があるか、人に対する関わりがきちんとしているか、そんなことは聞くまでもないですね。

鈴木さんは、入居して1年ぐらいで亡くなられました。そして、ホームからお葬式を出すことになりました。葬儀屋さんがやってきてこう言ったそうです。「職員の方、ご家族の方、ちょっと席はずしてください」。みんながいなくなると、葬儀屋さん

はあっという間にポキポキポキと、鈴木さんの関節の骨を折ってお棺に納めました。葬儀屋さんが悪いのではありません。しかし、これはどこかおかしい。いつ、どのあたりから納棺のために、こんな特別な処置が必要になったのだろうか。それをこの「死体から見た身体の評価基準」〔表4〕でチェックできるでしょう。

みなさんは、関節がどのぐらい曲がってしまったらポキポキポキとやられるのか、ご存じでしょうか？ 知らないですよね。死んだことがないから知らないのは当たり前かもしれません。だから、私は試しにお棺に入ってみました(笑)〔写真①〕。手を組んでみたら、肘が当たります。お棺は意外と狭い。寝返りができません(笑)。



〔写真①〕

介護の大事な基本線2つ

動作的なことでは、介護には大事な2つの基本線があります。「守るも攻めるもこの一線」と「越えねばならぬこの一線」です。この二つの線をぜひ頭に入れておいていただきたい。

人間がとり得る基本的な姿勢は「寝ている」「座っている」「立てひざ」「立っている」の4つです。この「寝ている」と「座っている」の間の線が「守るも攻めるもこの一線」の一線です。「寝ている」は骨盤が寝ているということです。「座っている」から以降は骨盤が立っています。ここに大きな質の違いがあります。「座っている」と、トイレに行ける可能性が出てきます。だから年をとっても「座っている」を最後のラインとして守ってほしいのです。背面が開放されて背もたれにもたれないで座るのは、骨盤が重力に逆らって立っているからできるので、これが大事なのです。

もう一つ大事な基本線は「越えねばならぬこの一線」。人と会うための外出です。施設にいる人ではみんなが集まる場所に出て行ったり、そこで自分の好きな人に会ったり、仲間との交流のために外へ出るということです。

在宅で外出となると、いくつか仕掛けが必要でしょう。起き上がらせるのが大変だと、つい面倒でやらなくなってしまいそうです。介助する人が「介護力士士」ならいいのですが、そうとは限らないですからね。私の母は小柄でしたが、体重がありました。姉は時々、ドスンと下に落として「上手投げ！」などと言っていました(笑)。母親は「イタタッ！」なんて言ってました。親子だから上手投げで済むのですが、私の家内は上手投げなどできません。「大丈夫ですか？ 大丈夫ですか？」とやっているうちに自分の両膝をだめにしてしまいました。

それから、双方にきちんとした介護知識、技術があると、介護はうんと楽だろうと思います。だから私は、ヘルパー3級ぐらいの知識はみんなもちましょと、茨城県でヘルパー3級取得県民運動を展開しているわけです。

背もたれなしの座位で10分程度座っていたいですね。なぜ10分かというと、洋

式トイレを意識しているからです。逆に言えば、10分程度座っていられば十分だということです。それで「守るも攻めるもこの一線」の守る最低の線までいけますよということです。介助が必要なのはやむを得ませんが、しがみついても2、30秒立っててくれなくちゃ困ります。パンツの上げ下ろしができないですから。足の力が衰えてくると手の力も落ちてきますけど、両方使って上手に日頃から歩かなくてもいいから立っててもらうことが大事です。これができれば外へ出て行けます。

昔から外へ出る人はボケない。出ない人はボケやすいと言われていますが、人と交流すると、脳の海馬が刺激されて、ボケにくいということが科学的にも立証されてきています。1日に家族以外の人3人以上と会ったほうがいいそうです。

情緒的なつながりが人を元気にする

「尊厳ある介護」の基本の「き」は、やっぱり尿意・便意があるならトイレに連れて行って排泄させてあげることだと思います。尿意・便意がはっきりしていなければ介護する人が思いをもって接するよりしようがないでしょう。思いというのは、皆の前でオムツを取り替えたりしないということです。「こういうことをしたらつらからう」という思いをもって介護にあたるということです。

人の気持ちをくんだり、人を不愉快にさせないということを考えていくと、筑波大学の社会学の教授である宗像恒次さんがつくられた「情緒支援のネットワークの尺度」という見方が参考になると思います【表5】。これは情緒的な人と人とのつながり、

情緒支援ネットワーク尺度(宗像恒次)

No	質問項目	回答
1	会うと心が落ち着き安心できる人	1. いる(家族、友人、その他) 2. いない
2	常日頃あなたの気持ちを敏感に察してくれる人	1. いる(家族、友人、その他) 2. いない
3	あなたを日頃評価し、認めてくれる人	1. いる(家族、友人、その他) 2. いない
4	あなたを慣れたあなたの思うようにさせてくれる人	1. いる(家族、友人、その他) 2. いない
5	あなたが成長し、成功することをわがことのように喜んでくれる人	1. いる(家族、友人、その他) 2. いない
6	個人的な気持ちや秘密をうち明けることができる人	1. いる(家族、友人、その他) 2. いない
7	お互いの考えや将来のことなどを話し合うことができる人	1. いる(家族、友人、その他) 2. いない
8	甘えられる人	1. いる(家族、友人、その他) 2. いない
9	あなたの行動や考えに賛成し、支持してくれる人	1. いる(家族、友人、その他) 2. いない
10	気持ちが通じあう人	1. いる(家族、友人、その他) 2. いない

【表5】 *8点以上:ネットワーク強い、6、7点:普通、5点以下:ネットワーク弱い

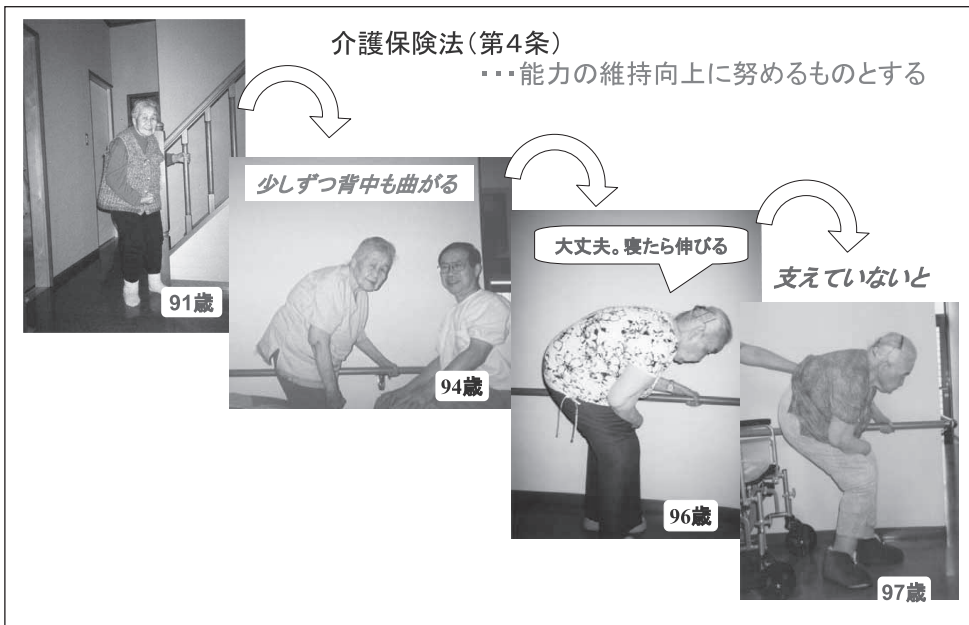
関係を測る尺度です。みなさんも勘定してみてください。「いる」が8点以上あると、ネットワークが強く免疫力もあり病気に強いそうです。5点以下になると免疫力も低下して早死にしたり、病気がちだということです。

みなさんが関わっているお年寄りにこういう質問をしたらどうでしょう? 「はい、います。います」と言って、せめて6、7点とってくれるでしょうか。さらに、「その人はどなたですか?」と質問した時に「それはあなたです」と言われる人になっていきますかということです。これがプロの世界だと思います。

上手に往生した母から学んだこと

母は91歳の時に脳卒中で倒れて右半身マヒになりました。母親が「これは中風だろうか?」と私に聞きましたので、「お母さん、これは立派な中風だよ」と答えましたら、「そうか。それじゃ、動かしたらんと寝たきりになるな」と言いました。さすがリハビリテーションの医者をもっただけのことはあります(笑)。

「お母さん、入院する?」と聞いたら、「入院はしたくない」と言います。私もそ



のほうがいいと思いました。当時はまだ病院の院長をやっておりましたが、91歳の脳卒中の患者さんが入院してきても治療するほうはいまいち迫力に欠けます。「お年に不足はございませんね」というのがどこかにくっついてる。だけど病院ですから、CT、MRI、そして誤嚥してはいけないと管を入れます。それからオシッコに行けないから管を入れますし、オムツをあてます。点滴も必ず入れます。オムツをあてられてこの3点セットが入ったらすぐに寝たきりになるとわかります。

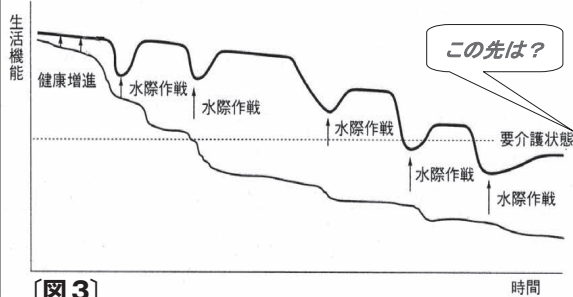
「それじゃ、お母さん、家で頑張ろう。そのかわり寝ちゃだめだよ」と言って寝かせませんでした。薬は小児用のバッファリン、あとは水。最初は慣れないからむせます。当然です。初めて脳卒中になったのですから。あごを引いて気合い入れて「ウッ、ウッ」と言って飲んでいました。困ったのはトイレでした。自分でトイレに行きたいと言うのです。オムツは死んでも嫌だ、トイレに連れて行ってと言います。それだけでなく夜間のトイレの回数が多いのに、こういう病気になるとさらに膀胱が過活動になって、夜中に10回も15回もトイレに行きます。連れていくほうも大変でした。

死ぬ40日前、気分がいい時は出てきて、新聞を読んだりしていました。孫が来ると、手をつまんだりしてさわりたいがっていました。耳はよく聞こえないのですが、目はとてもよく見えました。死ぬ9日前に私が行きますと、やっぱりさわるのです。さわって確認をとっているのでしょうかね。亡くなった母を囲んで、みんなで酒を飲み、「ああ、上手な往生だった。よかった、よかった……」と家族で話すくらい上手に死にました。

母のこのプロセスを見ていただきたいのです【写真②】。94歳はこうなるんです。3年前と腕の位置が違うでしょう？ それからさらに2年たったらこうです。それでも立っているのはトイレに連れてってもらいたいから。立っててくれないとトイレに連れていけませんから。こんなに曲がってしまっても必死に立っていました。手の位置も変わっていますね。

国が示した介護予防図

生活機能低下の早期発見・早期対応のための水際作戦（イメージ）



【図3】

「お母さん、これで死んじゃったらお棺に入らないんだけど……」「大丈夫。寝たら伸びる」(笑)。そうなんです。骨が縮んで筋肉がだぶついてるからこうなるだけなんです。こういう人に能力の維持向上に努めろといったって無理ですよ。

それから1年たったらこうです。後ろから手が出てるのは姉が支えているからで、そうじゃないとお尻が落ちてしまいます。手の位置がまた違うでしょう。こういうふうに微妙に変わっていきます。観察していると勉強になります。それぞれのプロセスで鍛えておかなければいけないところがわかります。

これを施設や病院や在宅でやってくださいと言っても、今の制度でできますか？あるいは今の介護力でできますか？ということをお私に言いたいのです。そういうことが整わないような現状の中で「尊厳」だと軽く言わないでほしいのです。霞が関のお役人さんたちはそういう現場をご存じですかと言いたいのです。

身体として人間らしくあるために

介護保険法第4条にはずいぶん厳しいことが書いてあります。「年をとってもいろんなサービスを使って能力の維持向上に努めるものとする」という切りっぱなしの法律です。努めていてもだめな人はどうするのか、なんて書いてないのです。

これは国が示した介護予防図ですが【図3】、この図の一番の欠陥は何か。この先が書いてないことです。年をとると急激に低下して、なかなか回復しなくなります。そして最期が来るわけですが、この先が葬儀屋さんの世界になってしまっているのです。だから介護職が意欲を失ってしまうのです。開いた口がふさがらなくて何で死に化粧が整うんだ。その前段からのケアが必要なのです。いつからこうなったのか検証するのが介護です。大きな褥瘡は治すためには何百万円とかかります。こういうのを防ぐのが介護予防なんじゃないですかと私は言ってるのです。

昔は職業軍人に対する職業復帰がリハビリテーションの大きな目的でしたが、現在は「人間らしい生活を送る」ことを目的とするまでになりました。しかし、私はこれじゃ足りないと言いたいのです。介護の世界にまでリハビリテーションに入ってもらわなければならない。それは「身体として人間らしくある」というところまでリハビリテーションの意味を引き落としておかなければいけないということです。

私は終末期リハビリテーションの定義もつくりました。「加齢や障害のため自立が期待できず、自分の力で身の保全をなしえない人々に対して、最期まで人間らしくあるように医療、看護、介護とともに行うリハビリテーション活動」。リハビリテーションは右肩上がりだけやっているのではだめだと言いたいのです。

そうすると、理屈っぽい人が必ず「最期とはどこまでか？」なんて聞いてきます。「最期とは灰になるまでだ」と私は言っています。お医者さんが「臨終です」と言っ

でもそこにご遺体がある。ご遺体がある間は「最期」とは認めません。

リハビリテーションには急性期、回復期、維持期とありますが、これじゃだめなのです。終末期をこの維持期の後に置いてほしいのです。その意味は何かというと、「最期まで人間らしさを保証する」、あるいは「介護の困難な状況を予防したり解除したりする」ということを目的としてリハビリテーションはやらなくてははいけないということです。

究極の介護は、きれいなご遺体をつくりあげることです。じゃ、「究極のリハビリ」とは何か。それを支援することです。究極の介護を支援できないようなりハビリテーションは中途半端なりハビリテーションで、カッコいいところだけ取っています。そんなことはこれからの超高齢社会では許されないということを今日、お話ししたかったのです。

不思議な数式

これまでの人生がいくらよくても、介護が悪かったらその人生はゼロですと言った先生がいます。そのとおりだと思います。その先生が示した数式です。

$$100-1=0$$

この数式が成り立つのであれば、リハビリテーションの考え方と手法を積極的に取り入れることで、次の数式が成り立つでしょう。

$$90+1=100$$

90は70でも80でもいいのです。元気な頃はそれほどいい生活ではなかったかもしれないけど、最後にいい介護を受けたら、その人の人生は100点だという数式です。

人生の最期はどうしたいかということになれば、当たり前のことですがけれども、やさしい人の側で眠るように死に、きれいな遺体でありたい。この反対は人生の最期にはふさわしくないと私は思っています。

(2007年7月8日生活リハビリ懇話会での講演に加筆・修正しました)

大田仁史さんの新刊！

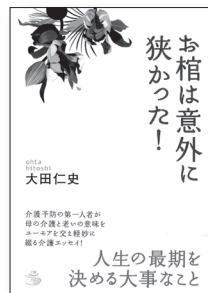
お棺は意外に狭かった

著者：大田仁史

発行：講談社

体裁：四六判／上製／224頁

定価：1,500円＋税



※この本を5人の方にプレゼント！

書名を明記のうえ、ブリコへの感想・ご意見も書いてブリコ編集部までお申し込みください。締切は、10月10日。発表は11月号で。