

総説

パーソン・センタード・ケア再考

Person-Centred-Care Reconsidered

水野 裕

Yutaka Mizuno

はじめに

本稿は、パーソン・センタード・ケアの理論を世に広めたキットウッズの代表的な著書¹⁾とその邦訳²⁾および、その理論の背景を知るために参考となる論文³⁾、書籍⁴⁾を主な出典とし、その理論の理解に必要な書籍、論文を引用しながらパーソン・センタード・ケアを再考しようとするものである。なお、各種出版物には、パーソン・センタード・ケアと表記する場合と、パーソンセンタードケアと表記する場合などがあるが、この論文では、引用する場合であっても、文献タイトル以外は、パーソン・センタード・ケアと統一して表記する。

1. 人(Personパーソン)とは何か

(1)人の定義

介護の場に限らず、「人として対応する」「その人らしさを尊重する」などとして、「人」という言葉が使われる。キットウッズやその後継者ともいえるブルッカーも person (人) について深く考察をしている。ブルッカーによれば、ある哲学者は、「人」を、「思考の意識化と記憶の連続」とし

てとらえたという^{5,p43)}。要するに、人とは「自分のことを継続的に記憶、認識し、意識していること」とする考えである。非常に親しみやすい考えである。しかし、これに沿うと、記憶障害が進み、過去の生活、共に過ごしてきた人々、思い出の記憶がなくなると、「人ではなくなった」ことになる。確かに、かつての日本では老人のことを「生ける屍」と表現した書籍があるし^{6,p39)}、1980年前後の英国で「認知症は、身体を後に残した死」²⁾と思われているとキットウッズが述べているように認知障害がある人を「人ではなくなった」として理解する社会があった。

(2)日本特有の問題

なお、日本では、認知症それ自体に対して否定的な印象を抱くに至った独特の事情が存在する。「痴呆」という名称は、1909年に呉秀三が提唱したとされるが、当時の「痴呆」には、「早発性痴呆」と「麻痺性痴呆」という2つの重要概念を含んでいた。前者は、現在の統合失調症に相当する精神病であり、後者は、梅毒による精神神経疾患である^{7,p22)}。そのため、1940年代前半までの新聞記事では「痴呆」という言葉が、「狂った人」といった意味で使用されており^{7,p13)}、「痴呆」に一般市

キーワード：パーソン・センタード・ケア、人間関係、間主観性、パーソンフッド、社会心理

医療法人 生生会 まつかげシニアホスピタル
認知症疾患医療センター

採択日：2022年7月19日

英文誌名：Tokyo Journal of Dementia Care Research

〒454-0926 愛知県名古屋市中川区打出二丁目347番地

E-mail: y.mizuno@seiseikai.com

(@を半角に換えて下さい。)

民が精神分裂病のイメージを重ね合わせていたと考えられる。

さらに行政の無理解という側面もある。宮崎によれば^{6,p83}、1963年に特別養護老人ホームが設置されていたにもかかわらず、なぜか認知症の人は、1984年に「痴呆性老人処遇技術研修」が制度化されるまで、20年以上も入所対象になっていなかった。当時は、施設への受け入れは今の介護保険制度のように施設との契約ではなく、行政措置であり、行政が、認知症は、精神疾患であって、治療・医療の対象であると判断したからである^{6,p83}。そのため、家族介護が困難になった人たちは、対応に不慣れな老人病院や精神病院で不遇な環境に置かれる人も多かったという^{6,p23-33, 8,p11-24}。よって、日本では、翻訳語による、精神病と誤解する風潮、行政が生活の場よりも医療という理解をしていたこと、医療機関での不適切な対応などの不幸が重なり、認知症の人を「狂った人」「意思がなくなった人」という「人」と乖離したイメージが定着したものと思われる。

(3) 「人になる」ということ

キットウッドは、乳児が成長していく過程に基づき、どうやって「人」になっていくか、という観点で興味深い考察をしている³⁾。彼は、乳児から、完全な人間(human)へと変容するのは、非常に明確に社会的なプロセスの結果であって、決して単独の成長ではないという。乳児は、母親や扶養者に話しかけられ、乳児なりの反応を返すと、それに対し、彼らがまた反応をする、ということを通して、自我が形成され、「主体」という感覚や「内なる主観的な世界」を獲得する。よって、乳児が「(一人前の)人」になるためには、他者、すなわち、社会が必要だと考え「人は、関係の中に存在している；すなわち、相互依存関係が、人であることには必要なのだ」³⁾と述べる。

(4) 人と個人：相互依存の否定

キットウッドは、「西洋世界、すなわち、封建主義が崩壊し、啓蒙論の主な伝統の中では、person(人)が、しばしば、実質的にindividual(個人)と同義に扱われるようになった」と指摘する³⁾。彼は、その理由を、中世の封建社会では首

長と家臣のように個人はないも同然だったが、近代になると個人が尊重され、人権という考えが普及し、それが極端な個人主義になったためと考える。「人」は、社会的な存在であり、依存しあうことが「人」であるはずだが、極端な個人主義のために、「他者に依存しない個人」という面が強調され、その極端な個人主義のもとでは、人であることの定義が、「自律と合理性」の2点に還元されてきた²⁾。自律と合理性とは、合理的な思考に基づき、自分で色々なことが人の助けなしにできることであるから、そこには「相互に依存し、相互に関係している」人という視点が軽視される。彼は、その背後には経済主義があると述べ²⁾、このような文化のもとでは、知的障害がある人達は、「人として認められない」危険があると述べている。

日本の状況にあてはめてみると、昭和30年代から40年代の日本は、戦後復興がかなったとはいえ、経済的には豊かではなく、テレビを近隣の家に見に行ったり、野菜や、食材を隣近所で分け合ったりして、融通しあって生きていた。この時代は、相互に依存しあって生きていたのである。その後、昭和の終わりから平成初期のバブルと呼ばれる経済が最高潮に達したころ、アパートの隣室同士であっても、あいさつもしないし、何をしているかも知らないことが不思議ではなくなった。極端な個人主義の一端が日本でもこのような形で表面化していたとも考えられる。統計上でも明らかで、内閣府の調査によれば、現在、生活面で協力し合う近所の人が全くいない人が実に65%を超えている⁹⁾。この傾向は、世帯構成の推移からもわかる。厚労省の調査をもとにした、世帯数の構成割合の年次推移¹⁰⁾によれば、昭和61年から令和元年までの統計では、単独世帯および夫婦のみの世帯は、3割強から5割強に増えているのに対し、3世代世帯は、3分の1にまで減っている。核家族が増え、高齢者も子や孫に依存することなく、単独で生きる世相が見える。「子どもに迷惑をかけないように…」同居をしないという選択をする高齢者の声を聴くのもやはり、昭和の終わり頃からの風潮だろう。家族間でも、「相互に依存する」のではなく、「自律と合理性」に基づき生きる必要に迫られてきたのである。

(5)人與人との関係(ブーバー)

キットウッドは、人與人との関係性について深く追求しているが、書籍¹²⁾の中で、非常に多く引用されている書籍がある。ドイツの哲学者であるマーチン・ブーバーの「Ich und Du、1922年」(英語版のタイトルは、「I and Thou」,1937)¹⁾である。日本語版のタイトルは、「我と汝」¹¹⁾であり、「私とあなた」という代わりに、「我と汝(なんじ)」という古めかしい訳となっている。この訳の意味を考えつつ、彼の理論を理解するよう努力してみたい。ブーバーは、世界における存在のあり方は、「我—それ(I and It)」と「我—汝(I and Thou)」の二つであり、「世界は、人間のとる二つの態度によって二つとなる」^{11,p7)}という。

まず、「我—汝(I and Thou)」の関係について考えてみる。英語では、古くは「あなた」を示す言葉に2つあり、you と thouがあった。1594年頃の作と言われる「ロミオとジュリエット」^{12,p268)}の原著では、仮装舞踏会に潜り込んだロミオと偶然出会ったジュリエットが、相手は何者かも分からない状態での会話では、youを用いているが、恋に落ち、愛を語り合う有名なバルコニーの場面では、「O Romeo, Romeo! Wherefore art thou, Romeo?」^{13,p26)}(「ああ、ロミオ様、ロミオ様、なぜ、ロミオ様でいらっしゃるの、あなたは?」^{12,p74)})とthouが用いられている。これらからわかるように、youは一般的な相手に対して用い、深く知り合うとthouを用いた。英語版の訳者がタイトルを、I and youではなく、I and Thouとしていることから、ただの「あなた」では通じないようなもっと深い関係性を訴えたかったのではないかと想像する。

次に「我—それ(I and It)」の関係についてである。英語のitは、通常、「それはペンです(It is a pen.)」などのように、物について指す言葉である。しかし、インターフォンが鳴っても、相手が誰か分からない場合は、「どなたですか?(Who is it?)」というようにitを用いることはある。ブーバーも、「我—それ(I and It)」の関係のそれには、人間も含まれることを示している^{11,p7)}。では、具体的には、どういう状況を示しているのだろうか。斎藤によると^{14,p159-160)}、全人格的に声をかける「あなた」と、たまたま立ち寄ったレストラン

のウェイトレスに「あなた」と話しかける関係はまったく異なり、後者は、「もの」としての関係だということ。たとえ相手が人間であっても「もの」として対応すれば、ものの利用価値が相手に対する判断基準になる。したがって、ウェイトレスは、「仕事が遅い」とか「テキパキしている」などという効率性や対価という判断の中での関係である。このように全くの他人でなくても、もし、相手の本質に向き合わず、特徴や機能に着目すると人も「もの」となることをブーバーは、「その人の髪の色とか、話し方、人柄などをとりだすことができる…しかし、そのひとはもはや<なんじ>ではなくなってしまふ」^{11,p15)}と言った。認知症の人を全人格的に向き合うのではなく、特徴や認知機能などをバラバラに個別化、分析すると「もの」として見ることとなり、そこに「我—汝」の関係はない。

筆者は、10年ほど前に認知症ケアの研究について以下のように私見を述べたことがある。『なぜ、「1人ひとり違う」と理念を語る一方、研究というと「平均年齢▽歳、長谷川式スコア△……の人たち」となり、1人ひとりの顔、雰囲気、匂いがまったく消し去られ、のっぺらぼうのような評価になってしまうのであろうか。…なにかに感動したり、人に恋したりする気持ちも、研究の場になれば数値化されるのであろうか』¹⁵⁾。当時、ブーバーについては何も知らなかったが、実践の中で人をバラバラの「もの」としてみる危険性を感じていたのかもしれない。なお、図1²⁾は、通常は、認知症という疾患ではなく、一人の人として見るべき、という文脈で説明されるが、上は、「我—それ」の関係を示し、下は、「我—汝」の関係であり、全人格的に接するべきと説いているように思える。



図1 キットウッドの認知症に対する基本的考え方
(文献2、p18より筆者改変)

(6) パーソンフッド

1) パーソンフッドと主体

personhood (パーソンフッド) を辞書で引くと、英和中辞典(研究社、2003年、第7版)には記載がなく、分厚い新英和大辞典(研究社、2002年、第6版)にやっとわずかに「個人的であること、個性」と載っているだけであり、あまり汎用される言葉でないことが想像される。キットウッドは、パーソンフッドは、幼少時期に、関係性の中で形作られ、乳児は、養育者との関わりを通して、自我が形成され、「主体」という感覚や「内なる主観的な世界」を獲得するという⁴⁾。では、「主体」とは何だろうか。鯨岡は、主体について、少なくとも幼少時期は、他者が自分を映し出す鏡になってくれなければ自分という存在を把握することができないと述べ、「もしも、周囲が徹頭徹尾私を無視し続け、私を主体として受け止めてくれないなら、おそらく、私は主体として生きているという実感さえももてなかったでしょう」と、他者がいるから、主体になれるのであって、他者が私という存在を無視すれば、「私という主体」は成り立たないという^{16,p71)}。私は、職場で「水野先生」と呼ばれるから「医師としての私」が存在し、妻が「あなた」と呼ぶから「夫としての私」が存在する。もしも、私が自信をもつことができるのなら、それは自分自身で形作ったものではなく、周囲の誰かが肯定的に私を映し返してくれたから、自信を持つことができるのである^{16,p21)}。

2) パーソンフッドと主観性、間主観性

次に、主体、主観性とパーソンフッドとの関係を考えてみる。彼は、パーソンフッドにおいて、主観性と間主観性(intersubjectivity)の両方が完全に認められているといい、認知症の進行によって、主観性が減少しても、パーソンフッドが維持されるなら間主観性がそれに代わることが可能だとする³⁾。主観性は、私たちが日常的に使う、自分の内面の思いである。一方、ここでは間主観性と訳したが、原文のintersubjectivityという概念は、間主観性のほかに、相互主観

性、共同主観性などと多様に訳出されている^{16,p12)}。鯨岡は、間主観性を「相手の主観的なもの(気持ちや意図や感情など)を私において把握すること」であり、「意識的に分かるというより、むしろ相手の意図や情態が『おのずからわかる』とでもいうような一種独特な感じ」と表現している^{16,p13)}。要するに、間主観的な「分かる」は、解釈や推論による「分かる」とは一線を画すものである^{16,p124)}。intersubjectivity(間主観性)を、共同主観性と理解する場合は、比較的わかりやすい。鯨岡は、「先行する既存の文化(規範や常識)を私は社会化されるなかで私の主観のなかに内面化する」^{16,p127)}と表現しているが、要は、私たちは、自分で考え、判断し、行動しているように思えていても、それまでの養育者、家族、周囲、社会の常識や道徳、社会的なルールなどに基づいて、考えたり、判断したりしているということである。

では、社会常識や社会判断などではなく、痛いとか、悲しいとかの内的な主観性は「分かる」だろうか。鯨岡は、保育の研究者であるため、赤ちゃんの沐浴の例を出して説明している。沐浴させている養育者は、赤ちゃんの「気持ちよい」ことを、その弛緩させた表情と手に伝わってくる緊張のほぐれる様から、直接的に感じ取っているのであって、解釈や推論の結果ではないという^{16,p124)}。乳児は、自分の感覚を取り繕うことはないだろうから、感じている感触がそのまま表情、筋肉のゆるみなどとして表出しているかもしれないが、成長し、大人になるとどうだろう。その場に応じて、気持ちがいいのに、そのようなそぶりを見せなかったり、いやなことを言われても、相手によっては本音を隠し、うれしいそぶりをするところがあるだろう。これはキットウッドのいう、心理的防衛であって、これによって私たちの他者との関係は「固く凍った」³⁾ものになってしまうという。それならば、もし認知症になり、心理的防衛が弱くなると、理論的には、相手の主観性も間主観的に「分かる」可能性があるとも考えられる。ところで、上述の沐浴の例で養

育者が、赤ちゃんの内面を「分かる」のは特に訓練をして得たものではないだろう。母性というものの本質に含まれるのかは、筆者にはわからない。ただ、自然にできる人もいれば、できない人もいるだろうし、虐待の一部は後者のような人かもしれない。なお、鯨岡は、間主観性の例として、「室内楽の演奏家たちが相互のあいだで一つの間や呼吸を合わせる場合」^{16, p14)}も挙げていることから、相互の理解を深める努力によっても「間主観的に分かる」ことができるようになる可能性を示唆している。難しい議論をしてきたが、ここで、認知症の人の主観性と間主観性について、私の経験した例を一つ挙げよう。

60代後半の夫が、重度でほぼ、座りきりの認知症の妻を自宅で見っていた。夫は妻が、「サッと立つときと、全然立たない時とある」「デイサービスでなんか嫌なことがあった日は、帰ってきて、立たせようとしても、全然立たない。ジュースを飲ませたり、菓子を食べさせたり、機嫌が戻ると、サッと立ってくれる」と、何かしら立つ気分にならないと立たないことを経験に基づいて知っていた。最近頼んだヘルパーについては「ヘルパーが、慣れていないので、その気になっていないのに、立たせようとする。声をかけて、その気になってから、やらないと。いきなり脱がせようとしても、だめだ」と言っていた。間主観性の観点から考えると、夫は、デイサービスでの出来事を知らなくても、帰宅時の様子から、彼女の主観性(嫌なことがあった)を、間主観的に「機嫌が悪い」と「おのずからわかる」ことができ、ジュースを飲ませたり、お菓子を食べさせたりして、介助される気分になるのを待つことができていることになる。それに対して、最近依頼したヘルパーは、まだ彼女のその時の気持ちや気分を感じ取ることができていないのに、立たせようとしてうまくいかない。鯨岡は、むずがって泣く赤ちゃんをただ泣き止ませようとするのは、主体として見ておらず、赤ちゃんにも泣きたいときだってあると思って「よしよし」と受けとめることが一個の主体として受けとめるこ

とだ^{16, p36)}という。この考えに沿えば、このヘルパーは、今は、こちらの主体(自分)の思いだけで介助をしようとしているが、相手を主体(時に嫌なことだってある)として受けとめることができれば、そのような交流を心がけるに従い「阿吽の呼吸」のようなものが生まれ、間主観的に夫と同じように「おのずからわかる」ことができるようになるかもしれない。

3) パーソンフッド：人であること

日本では、パーソンフッドはしばしば「その人らしさ」と訳されることが多い。実際、高橋訳²⁾でも、そのように訳されている。しかし、今までキットウツの著書や論文を検討してみると、関係性こそ重要であることがわかる。私たちは、他者によって「人」であることができ、「人」であるためには、他者の存在は必須である。自我や主体性は、出生してから他者とのかかわりあいを通して、形成されるものであり、個を想像させる自我や主観性、主体性すらも、他者との関係において成り立っている。相手の特徴や能力から見ればブーバーのいう「我—それ」の関係として、「もの」となるが、主体として全人格的に向き合えばたとえ重度の認知障害を持つ人との間でも「我—汝」の関係は可能であり、その意味で、どんなに重度になろうとも「人」であり続けることができる。

パーソンフッドには、当然、本人の主観性が含まれるが、それだけではなく、他者が間主観的に本人の主観性を「おのずからわかる」ものも含まれ、そうすれば、たとえ主観性が減少しても他者が間主観的に「分かる」ということで、パーソンフッドは維持されうる。しかし「パーソンフッドは、一人の人間が成長していく過程において、個人主義に密接にくみしていない」³⁾にもかかわらず、現代人は、自律と合理性を優先する過度な個人主義によって他者との相互依存性を軽視してきた。そのような世界では、お互いのことを「おのずから分かり合う」といった間主観性は乏しく、主観性が優位となる。それに加えて、心理的防衛、偽善などによって、人との関係

が「固く凍った」³⁾ものになっており、関係性が薄くなっている。もし、認知症になり、他者との関連を持たないまま過ごせば、パーソンフッドは維持されないが、他者との相互依存性を維持すれば、たとえ、間主観性の占める割合が増えたとしても、パーソンフッドそのものは維持されることは可能だろう。これは、関係性の維持は不能と思えば、ブーバーでいうところの「我—それ」の関係として、「もの」となるが、全人格的な「汝」ととらえ、主体としてとらえれば、パーソンフッドの維持は可能である、と言い換えることができるかもしれない。以上より、パーソンフッドは、「その人らしさ」よりも、他者との関係性の中で「人であること」と理解するのが適切と思われる。

2. パーソン・センタードの意味

キットウッドは、自身たちの研究方法全体を、ロジャースの心理療法にならってパーソン・センタード・ケアと名付けたという²⁾。1940年代、医師は「患者のことを患者自身より、よく知っていて、治すことのできる人」と理解され、患者は、「病人で、それを自分では治すことができない人」と理解されていたという^{17,p13)}。医師の代わりにカウンセラーがこの関係性のまま心理療法を行え

ば、「カウンセラー中心療法」ということになる。ここでは、カウンセラーが患者の問題を発見・診断・処置し、主導権を握り、患者は、カウンセラー（または医師）が、その仕事を遂行しやすいように協力し、自分についての情報を与えるという機能を果たすことを期待される。この場合、カウンセラーは「最高の知者」であり、個人の目標を決定するのはカウンセラーであるという仮説に立っている^{17,p34)}。それに対して、ロジャースは、「患者」ではなく、「クライアント（来談者）」という言葉を使い、「クライアント中心療法」を主張した。そして「何がその人を傷つけているのか、どの方向へいくべきか、何が重大な問題なのか、どんな経験が深く秘められているのか、などを知っているのはクライアント自身である」^{17,p10)}と述べ、クライアントの人生目標がたとえカウンセラー自身が望ましいと考える目標に合っていないとしても、自らそれを選択する権利があるという前提に立っている。すなわち、全ての人間の権利に価値を置いていた^{17,p44)}。その後、ロジャースは、神経症、精神病などの治療を経て、最終的には精神疾病のない人々の対人関係と個人の豊かな成長に焦点を当てたエンカウンター・グループを試み、「パーソン・センタード・アプローチ」という呼称を用いるようになった^{18,p194)}。

「カウンセラー中心療法」と「クライアント中

表1 カウンセラー中心療法とクライアント中心療法

	カウンセラー中心療法	クライアント中心療法
療法に参加する人の立場	患者は、病んでおり、自分で治せない カウンセラー（または医師）が、仕事を遂行しやすいように協力し、自分についての情報を与えるという機能を果たす	何がその人を傷つけているのか、 何が重大な問題なのか、 などを知っているのはクライアント自身である
カウンセラーの立場	カウンセラーは、 「最高の知者」であり、クライアントより優れている	積極的傾聴
カウンセリングの方法	カウンセラーが、 問題を発見・診断・処置し、主導権を持ち、目標を決定する	クライアントの人生目標がたとえカウンセラー自身が望ましいと考える目標に合っていないとしても、自らそれを選択する権利がある

心療法」との比較を表1にまとめた。後述するキットウッドが著書の中でまとめている認知症に対しての「今までの理解」と「これからすべき理解」(表2)とを参照していただければ、キットウッドが、ロジャースの考え方に影響を受けていたことがわかるだろう。このような考え方の影響を受け、自らの活動をパーソン・センタード・ケアと呼んだと思われる。

3. 認知症の進行：神経病理と社会心理

(1) 器質性精神障害：標準パラダイム

「器質性精神障害とは、脳そのものの器質性病変が原因で精神障害が出現するもの、たとえば、アルツハイマー性認知症(原文のまま)、脳血管障害、脳外傷など」とされる¹⁹⁾。このように認知症の症状を脳の器質的病変に求める方法論を、キットウッドは「標準パラダイム」と呼び、より大きな人間の問題を軽視しているとして、批判した^{1,2)}。しかし、彼がこのような批判をする随分前に日本では、器質的変化以外に人間の問題として着目する医師もいた。前原らは、「痴呆の症状の理解」として、「病前性格や環境の影響」を受けていること、症状は大きく二つに分かれ、第一は脳の器質的変化に基づいたもの(記銘力障害など)であり、第二は、精神的反応としての症状であると述べている²⁰⁾。

(2) 生物学的方法論の台頭

では、どうしてその後、性格や環境についての研究は進まず、器質的病変を追求する研究が活発になったのだろうか。室伏は、以下のように説明する。医学領域では、1990年頃から、生物学的方法論が主流となり、それは認知症に関係する神経・精神科領域でも支配的になった^{21,p24)}。そこでは、「認知症をテスト・スケール化や生物学的検査により、共通的・形式的に把握し、それをもとにして疫学や推計学的に意味づけて、(科学的な)根拠として、その生物学的方法論の妥当性を客観的に主張する傾向が一般的」となった。そのため「障害をもちながら生きる、感じ方、考え方、悩み方などの、その人の精神世界の動きや生き方の“こころ”を拠り所とする姿勢は、「科学的根拠に基づく医学 (EBM: evidence-based medicine)

に押されて、二の次になっている」^{22,p23)}とする。確かに、論文発表、学会発表をしようとすれば、操作的な診断基準でもって選定された対象を用い、妥当性が証明された客観的スケールを用い、適切な統計処理がされているかがまず問われる。そこには、経験や印象、生活を通じた観察、付き合い、「心を知って対応する相談・診察や介護・ケア」^{21,p24)}の入り込む余地はない。1970年代すでに、認知症の症状には、性格、環境、周囲の期待に対する心的葛藤などが影響していると理解されていた²⁰⁾にもかかわらず、このような方向性は、その後台頭してきた、生物学的方法論の波に押されてしまったのだろう。

(3) 認知症の進行過程

脳の器質的変化にその原因を求める「標準パラダイム」では、X→神経変化→認知症という命題が前提であるから、要素Xを特定し、そのメカニズムを解析することに主眼が置かれる²⁾。同時に、それが特定できれば、それを弱めたり、可能なら除去したり、発生しないようにしたりすることが大目標である。

キットウッドは、このパラダイムが不完全である理由の一つとして、認知症の程度と神経病理の程度の間、あまり関連が強くないこと⁴⁾を挙げている。標準パラダイムに沿えば、神経病理が軽度なら、症状も軽度であるはずだし、重症者の神経病理は軽度の人ものより重度であるべきである。しかし、実際そのようにはなっていない。ノートルダム教育修道女会の、75歳以上の678名のシスターたちが、1991年から参加している有名な「ナン・スタディ」では、100歳を超えるまで認知機能低下を示さず健康に生きたシスターの死亡後の解剖で神経病理学的にはアルツハイマー病と診断される程度の病理を有していた例²³⁾があるなど、病理学的変化と臨床的な認知症の程度は必ずしも一致はしていない。その後の研究でも、老人斑の量と認知機能の程度はある程度は関係があるが相関しているとは言えない²⁴⁾という報告もあり、認知機能の程度と病理変化の程度は、単純な比例ではない。

(4) 神経病理と社会心理

このように、キットウッドは、認知症の進行過程は、器質的変化の進行だけでは、説明はできないと考え、脳と心の問題を深く考察した。私たちは、世界をあるがままの状態にとらえることはできない。私たちは、必ず、私たちの知覚、脳の機能を用いてとらえているのであって、そのものにとらえているわけではない。ということは、なにかを考えたり、感じたりすることは心理的な現象だが、それらは脳を機能させての現象である以上、見方を変えれば、それらは、脳の中で起こる出来事あるいは状態であると言える^{1,2,4}。このようにキットウッドは、心理的経験(Ψ)と脳の活動(b)は、分離不可能であり、つねに $\Psi \equiv b$ とした。このbは、脳(brain)の略字と思われ、「 \equiv 」は、数学の世界で「常に等しい」ことを指す。脳内の変化は、神経細胞が脱落するなどの病理変化を B_p (brain pathology)と表し、以下の等式の土台に置いた。さらに脳は可塑性のある臓器であるから、神経の構造は学習や経験を通して発達し、形態的な傾向も復元することもあると考え、 B^d (brain development)とした。

以上をまとめると、以下の等式のようなになる^{1,2,4}。

$$\Psi \equiv b$$

$$B^d, B_p$$

つまり、心の現象は常に脳内の出来事ということができ、その脳では、衰退も起きているが、復元もある。上段と下段も影響しあっており、心理的な現象の種類によっては、脳の衰退が進むこともあれば、復元する可能性があることを示している。

(5) 認知症の理解

上記は、認知症の進行過程についてであったが、現在の認知症をどう理解するかについても、彼は、等式で示している⁴。

$$D=P+B+H+NI+SP$$

略語については、D(Dementia 認知症)、P(Personality 性格傾向)、B(Biography 生活歴)、H(Physical Health 身体の状態)、NI(Neurological Impairment 脳の障害)、SP(Social Psychology 社会心理)である。訳は文献^{26,p15-18}によった。本稿の目的は、キットウッ

ドが、どのように理論を構築したか、その背景、流れを考察することを主な目的としているため、ここで、一つ一つ説明することはしない。適宜、書籍等^{2,25,p33-40}を参照されたい。なお、SP(社会心理)については、その後の彼の研究につながるものであり、概略のみ述べる。キットウッドのいう社会心理とは、私たちは、周囲の人の動きや行動を見て、今の場所を把握したり、それによって行動をとったりしているが、それらすべてのことを指している⁴。「DCM(dementia care mapping; 認知症ケアマッピング)」第8版(以降DCM8)^{26,p18}では、それらは主に人間関係によるものであり、詰まる所、言語能力、理解力の低下に陥った時、これらの人間関係は、心理的防衛機構が低下している認知症の人にとって、非常に大きな影響を与えるものだと述べている。

(6) 社会心理

1) 私たちの「普通の世界」

キットウッドは、人間の歴史は、暴力、抑圧、搾取、虐待などの歴史でもあったとした上で、一見平和な今、私たちが住むこの「文明社会」においても、普通の相互交流の中で人を卑しめ無視する巧妙な方法が潜んでいると語る²。偽善や競争、営利主義にあふれた生活の中では、嘲笑や冷酷さの混じった言葉、巧妙なごまかし、権力の不当な行使などと日々出会っている²。社会に適応するという事は、このような社会心理に対し、幼少時から心理的防衛を身に着け、苦痛をとまなう内省を避け、自分たちは「おかしくない」と否定しながら生きることであるともいえる。これが私たちの住む「普通の世界」であり、キットウッドは、「正常の病理」と呼んだ³。言い換えると、私たちを取り巻く社会心理、すなわち人間関係が、ブーバーのいう「我—汝」の関係でなくなり、「我—それ」の関係が押し付けられているのだが、その事実気づくことなく私たちは生きている²。

2) 排除の歴史と遺産

キットウッドは、以下のような排除の歴史を説く²。17世紀頃、「近代的な」社会が

現れ、そこでは富と貿易と帝国を目指し「効率」的に機能する必要があったために混乱、すなわち、精神病患者、障害者、反体制者などを町から排除したり、そのために多くの収容所が作られたりした。これらの歴史的事項に加えて、私たちの社会がもつ排除の精神力動がある。私たちは、「自律」を失い、他者に依存するようになる不安と、「合理的な思考」を失い、精神的に混乱すること、正気でなくなることを恐れている²⁾(この「自律と合理性」が個人主義に根差していることは、自明だろう)。現代社会でそれに相当するものは認知症である。キットウッドは、この不安と怖れに対する最も防衛的な反応は、「認知症の人は私たちとは違った種である」と思い込むことだとする²⁾。

3) 私たちとあの人たち

以上のような排除の精神力動が相まって、「あの人たち」は、「認知症を病んでいる人」であって、私たちのような「正常なメンバー」とは世界が違おうとする明確な区分けが存在した³⁾。彼が、このような「今までの理解」と「これからすべき理解」を説明しているものを表2にまとめた³⁾。これを見ると彼の理論の根本には私たちの社会への悲嘆がある。私たちの社会には上述のように、人を貶めたり、過剰な個人主義や経済主義による、人を「もの」としてみなしたりするような風潮がある

が、正常と言われる人は、その事実から目を背け、防衛機構を用いて否認や共謀といった手法で自らを防衛している。ある意味では、認知症のある人より、ない人たちの方に問題がより多いかもしれない。

4) 悪性の社会心理

このような排除の精神力動の中にあっては、ブーバーの「我—汝」の関係はあり得ず、相手がたとえ、人間であっても、人格のある人ではなく「もの」、すなわち、「それ」として見ることになる。^{14,p59-60)}キットウッドは、介護現場で、認知症の人を観察し、人格のある人として認められていないようなエピソードを記録し、分類し(表3)、これを「悪性の社会心理」と名付けた。悪性というガンを連想させる強い言葉を使っているが、悪性という言葉は必ずしも介護者側に悪意があることを意味せず、悪性の社会心理のほとんどはやさしさと良心から行われており、私たちの過去の文化的遺産を引き継がれた結果であるとする。さらに、悪性の社会心理とは、私たちの『日常生活の「普通の」社会心理の誇張された恥ずべき形』²⁾と述べているように、これは、根源的には、私たちが生きている「普通の社会」が持つ問題である。表3は、キットウッドが悪性の社会心理を17に分類したリストであり、現在、DCM8では、これらの出来事をPD(個人の価値を低める行為)^{26,p24-25)}

表2 私たちとあの人たち

今までの理解	これからすべき理解
私たちは、完全に健康だ あの人たちは、脳の変性疾患のために苦しんでいる	私たちも、ミスや限界や、道を外れたり、不完全になったりする、同じ人間だ
あの人たちは、損傷を受けていて、道から外れ、不完全だ	双方の問題には、私たちも関与している ただ、私たちは、防衛機構を持っているため、そのような認識を避けている
あの人たちの病気について、知識を与えてくれる専門家に聞いて、彼らの行動を管理するような技能、管理を学ぶ必要がある いつかは、あの人たちも、その対策に適応すべきだ	偽善や、競争、過剰な個人主義を追求する社会は、人として、議論する余地がある

(文献3、p272より筆者作成)

表3 悪性の社会心理

① Treachery	だましたり、あざむくこと
② Disempowerment	能力を使わせないこと
③ Infantilization	子ども扱いをすること
④ Intimidation	怖がらせること
⑤ Labelling	好ましくない区分け（レッテル付け）をすること
⑥ Stigmatization	差別をすること
⑦ Outpacing	急がせること
⑧ Invalidation	わかろうとしないこと
⑨ Banishment	のけ者にすること
⑩ Objectification	もの扱いすること
⑪ Ignoring	無視すること
⑫ Imposition	強制すること
⑬ Withholding	後回し
⑭ Accusation	非難すること
⑮ Disruption	中断させること
⑯ Mockery	あざけること
⑰ Disparagement	侮辱すること

(訳は文献25より)

表4 ポジティブ・パーソン・ワーク

1	Recognition	尊重
2	Negotiation	話し合う（相互理解する）
3	Collaboration	ともに行う
4	Play	楽しむ
5	Timalation	感覚を刺激する
6	Celebration	喜び合う
7	Relaxation	リラックスすること
8	Validation	共感をもって理解する
9	Holding	包み込む
10	Facilitation	能力を引き出し、なにかができるようにするためのサポートを行う
1	Creation	創造的な活動を促すこと
2	Giving	人のためになにかをしてあげるようにできること

(文献1を筆者改変 訳は文献25に準じる)

表5 相対的なよい状態を表す12の指標

1	The Assertion of Desire or Will	希望や意志を主張すること
2	The Ability to Experience and Express a Range of Emotions(both positive and negative)	経験したり、あらゆる感情を表現する能力
3	Initiation of Social Contact	社会的かかわりを持つとすること
4	Affectional Warmth	情緒的な温かさ
5	Social Sensitivity	社会的な感受性
6	Self - Respect	自尊心
7	Acceptance of Other Dementia Sufferers	他の認知症者を受け容れる
8	Humour	ユーモア
9	Creativity and Self-Expression	創造性と自己表現
10	Showing Evident Pleasure	明らかな喜びを表す
11	Helpfulness	助けること
12	Relaxation	リラックスすること

(文献3より)

して記録することとなっている。関心のある方は、書籍^{2, 25,p81-98)}などを参照されたい。和訳は複数存在するため、元の英語も載せてある。

5) ポジティブ・パーソン・ワーク

人をものとする「我—それ」の関係^{11,p7)}が悪性の社会心理を招くのならば、「我—汝」の関係^{11,p7)}による社会心理もあるはずである。キットウッドはそれをポジティブ・パーソン・ワークと呼び、DCMの観察を通して12の相互交流(高橋は相互行為と訳している)を挙げた^{1, 25,p99-113)}。表4にまとめたが、最初の10の交流は主にケアの側から始められるもので、最後の2つの交流は認知症の人から始められるものである。DCM^{26,p26-25)}では、17に増えているが、ここには彼が当初示したものを示す。悪性の社会心理と同様、逐一解説はしない。筆者の書籍にあるので参照頂きたい^{25,p99-113)}。

6) 心理的ニーズ

この言葉は、1996年の書籍⁴⁾にはなく、1997年の書籍¹⁾になって表れている。しかし、1992年の論文³⁾にその前段階と思われる表現がある。論文ではまず、認知症の人の相対的なよい状態を表す12の指標、表5の開発の経緯が語られ、それらの指標は認知機能とは無関係で、重度の認知症の人であっても同じように認められたとしている。そ

して、考察として、これらの指標の背後に存在する内的な心理状況や根源的なものを4点挙げている³⁾。

- ① 自分の価値を感じられること
- ② 主体という感覚
- ③ 社会に受け入れられているという感覚
- ④ 希望

後に提言された心理的ニーズ^{1, 25,p48)}を図2に示した。彼は心理的ニーズを提言した章の最初にニーズとは何かとして、「人間(human being)が、人(person)として機能するために最低限必要なこと」(文献2の訳を一部改変)とし、たとえとして、ブドウの木が石灰を含んだ土壌を必要とすることを挙げている。ここには、ニーズに寄り添うなどという生易しいものではなく、「人であること」のために必須なもの、という強い意志を感じ、「根源的なもの」という表現に通じるものと思う。この心理的ニーズの説明についても詳しくは書籍を参考にされたい^{2, 25,p48)}。なお、12の指標は現在、DCM^{26,p39)}の「よい状態の指標」とほぼ同様である。関心のある人向けに、原書の英語も載せたが、**dementia sufferers**という単語がでてくる。現在は、「認知症を病んだ人」というような否定的なニュアンスで受けとめられるため使われることは少ない。彼はこの1992年の論文³⁾では用いていたが、1996年の書籍では、**person with**

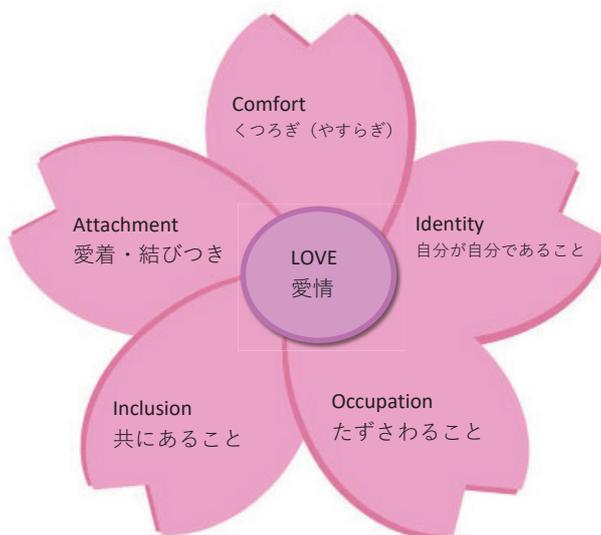


図2 心理的ニーズ

(文献1、p82をもとに筆者改変、和訳は文献25に準じる)

dementia (認知症と共にある人) と用語を変えている。何か彼の中で考えが変わったのだろう。

(7) 社会心理と脳の病理変化 : 弁証法的理解

1) 社会心理と神経病理

キットウッドは、認知症の人たちの観察を通して、その経過は、一直線に進行するのではなく、進むときもあれば、止まったり、時に戻ったりする(回復する)こともあると考え、悪性の社会心理やポジティブ・パーソン・ワークも神経病理の進行に影響を与えているのではないかと想像した。そして、神経病理について、神経膠(グリア細胞)が大きな働きを果たしているのではないかと考えていた²⁾。

2) グリア細胞と再生

脳の中にある細胞は、神経細胞(ニューロン)だけではなく、その約4倍もの数のグリア細胞が占めている。さらにグリア細胞は、アストロサイト、オリゴデンドロサイト、マイクログリアという3種類の異なる細胞に分かれている。これらは、ほんの十数年前まで、ニューロンを埋めている単なる物理的な支持細胞だと考えられてきた^{27,p1)}。しかし、岩立によれば^{27,p3)}、ニューロンへの栄養補給や老廃物を除去するなどのメンテナンスをしたり、情報伝達に重要な役割を果たしたりしていることが、最近の研究で明らかになってきた。従来、中枢神経における障害は不可逆的であると信じられてきたが、出澤によれば、近年の数々の研究により、これが真実ではないことが判っている²⁸⁾。古くは、ある実験を通して、神経の環境を変える何らかの操作によってわずかながら再生することもあり、それは神経線維を取り巻くグリア環境に起因しているのではないかと1930年前後に指摘していた研究者もいる²⁸⁾。キットウッドがこのような論文を知っていたかどうかはわからないが、著書で「神経膠の機能は、修復し、維持し、免疫を提供することである」²⁾と述べていることから、かなり先見の明があったと思われる。さらに近年の研究により、中枢神経の細胞系列中で、オリゴデンド

ロサイト系は比較的高い再生能を示すことも明らかにされており²⁹⁾、完全に「中枢神経は死ぬことはあっても再生することはない」というかつての常識は覆されている。

3) 社会心理が神経病理に影響を与える

彼は、「人の経験におけるすべての出来事は、…脳の活動にそれらの対応する部分をもっており、そして人格と人生歴の側面は脳の構造にゆっくりと組み込まれる」と社会心理は、神経病理にも影響を与えるはずだと考えた。グリア細胞の修復、再生能に着目し、脳の神経病理は衰退だけではなく、一時期その衰退がとまるか、わずかに回復する可能性もあると考えたのだ。かなり大胆な仮説だが、最近の研究成果をみれば、笑い飛ばすことはできない。

在宅で過ごし、まるで進行が数年間にわたって止まったかのようにみえる例や施設入所や入院により急速に進行した例を示し、神経病理の進行は決して一直線に進むのではなく、色々な道をたどると考え、X→神経変化→認知症という直線的な命題を前提とする標準パラダイム(図3-1)には限界があり、弁証法的理解をしようとした。弁証法を理解すること自体が難問だが、長谷川によれば、対立するAとBがあり、その対立が変化や運動の原動力となると考えるのが、弁証法の基本であるという^{30,p14)}。キットウッドの模式図²⁾に倣って、模式図を示した(図3-2)。脳の神経病理の進行だけではなく、その人を取り巻く社会心理が、影響を与え、急速に悪化することもあれば、病理が止まったような状態になったり、いろいろな経過を辿るというイメージである。

超長期的には病理変化を止めることはできないが、悪い社会心理が病理進行を進め、よい社会心理が病理進行を一時的に緩めたりする可能性を考えたのだろう。これについては、最近の研究で1400名以上が参加し、246例の神経病理が検討されたプロジェクトで、肯定的な人生の過ごし方が脳の病理の進行を抑制する可能性が示唆されており、彼の理論が全くの絵空事ではないことを示している³¹⁾。



図3-1 標準パラダイムによる認知症の理解

4. パーソン・センタード・ケアの日本での受けとめられ方：個別ケア、その人らしさ

(1) 個別ケア・その人らしさ

この項では、日本でどのように、パーソン・センタード・ケアが理解され、広まってきたかを振り返ってみたい。認知症介護に社会的関心が高まった一つのターニングポイントは、2000年に施行された介護保険法だっただろう。認知症の人たちの尊厳が謳われ(介護保険法第1章総則、第5条4)、「有する能力の維持向上に努める」(同第4条)とされた。1999年12月に策定された「ゴールドプラン21」³²⁾に盛り込まれた認知症介護研究・研修センター(当時は高齢者痴呆介護研究センター)が、介護保険法が施行された年に全国3か所に設置され(仙台、東京、大府)、筆者は、大府の初代研究部長として着任した。2003年3月には、今後の高齢者介護の在り方を検討する高齢者介護研究会が設置され、同年「2015年の高齢者介護」として報告された³³⁾。この中には、高齢者介護の課題として「その人らしく暮らしていく」ことや、「個別ケア」への取り組みが挙げられている。東京のセンターが主となって開発された「痴呆性高齢者用ケアマネジメントシートパック」には、重要な視点として「その人らしいあり方」が示されており³⁴⁾、グループホームでの実践報告として蓬田は、センター方式アセスメントケアプランの視点の一つとして「その人らしさ」を挙げている³⁵⁾。これらを見る限り、2003年頃には、「その人らしく」が認知症介護のキーワードとなっており、グループホームがその代表的な実践例として報告されていたことがわかる。

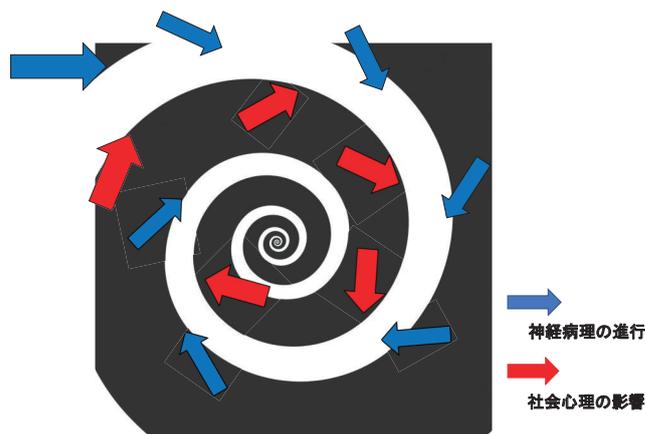


図3-2 認知症の弁証法的理解

(2) グループホームと要介護度

図4に、2000年前後の全国のグループホーム(認知症対応型共同生活介護)の数の推移を示した³⁶⁾。これによると、1998年に41だったものが、6年後には、約150倍へと爆発的に増加している。小林が述べているように³⁶⁾、当時は、グループホームが、「痴呆高齢者への介護の切り札」と期待され、国策となっていた。では、「その人らしさ」が謳われていたグループホームでは、どのような認知症の人が暮らしていただけるか。痴呆対応型共同生活介護の利用者の定義としては「要介護者であって痴呆の状態にあるもの(著しい精神症状を呈する者、著しい行動異常がある者、痴呆の原因疾患が急性の状態にある者を除く)のうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない者」と書かれている³⁷⁾。図5は、厚生労働省が公表している認知症高齢者グループホームにおける平均要介護度の変化である³⁸⁾。介護保険施行後から5年間の推移であるが、施行時より、要介護者すべてが対象とはいえ、初期は比較的軽度でその後、一貫して要介護度が上昇していることがわかる。なお、令和2年7月時点では、2.8とさらに上昇している³⁹⁾。以上から考察すると、介護保険法発足当初、爆発的に増加した全国のグループホームの入居者はまだ要介護度が軽度の人が多く、そこでの調理、軽作業などの実践が「その人らしく暮らす」と表現され、名称にある「共同生活」のなかで調理や軽作業などの能力を発揮して役割を持つことが可能な人の割合が高く、パーソン・センタード・ケアの実践として理解されたのではないだろうか。

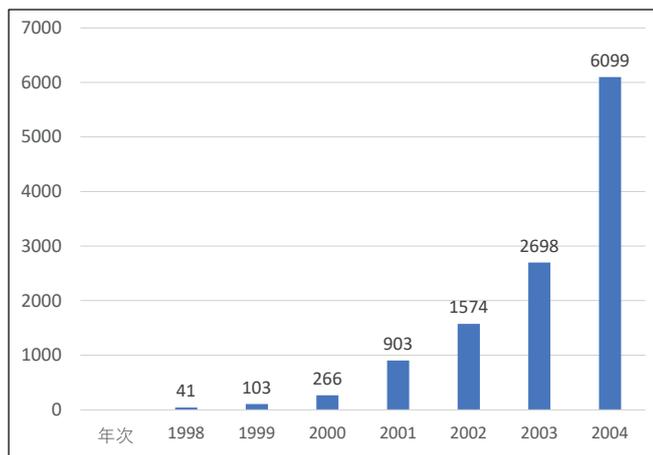


図4 痴呆性高齢者向けグループホーム数の推移(全国)
(資料出所：山井2004及びWAMNET)

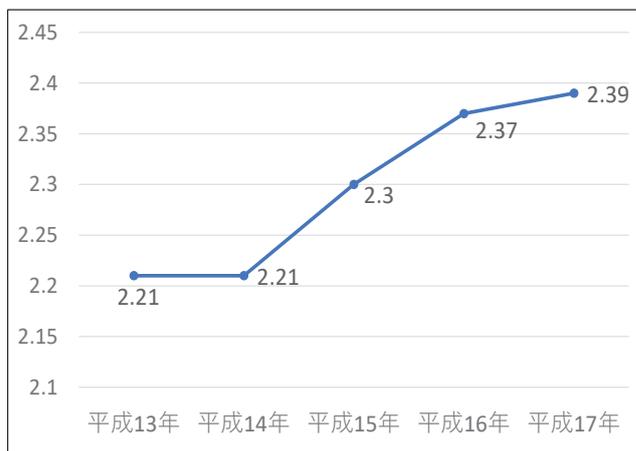


図5 認知症高齢者グループホームにおける平均要介護度の経年変化 (資料：介護保険給付実態調査 厚生労働省統計情報部、各年11月審査分をもとに筆者改変)

(3)精神科医の受け止め方

この傾向は、いわゆる重度でBPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia；認知症の行動・心理症状)⁴⁰⁾と呼ばれる行動障害が著しい認知症患者を診ている精神科医からの不満からもみてとれる。当時、熊本大学精神医学教授であった池田は、「認知症患者がBPSD治療の目的で、精神科外来を受診する場合は、最後の砦として精神科外来を受診して…『パーソン・センタード・ケア』をアドバイスして済む場合だけではない⁴¹⁾と述べている。ここからは、パーソン・センタード・ケアは、認知症が軽度な人を対象としたものであって、重度の認知症の人を対象としたものではない、という不満が示されており、臨床に接する精神科医がこのようなイメージを抱いていたことがわかる。

5. 個別ケアという理解

日本でのパーソン・センタード・ケアがどのように理解され、広まったかを検討した。では、キットウッドが研究、実践をしていた英国ではどうだっただろう。英国では、「パーソン・センタード・ケアが…高齢者サービスを行う際の国家基準 2001年版に取り入れられている」(毎日がアルツハイマー2ホームページ)⁴²⁾、とされるが本当にそうだろうか。ブルッカーは、「確かに文言としては、…認知症をもつ人達に限らず、高齢者に対するパーソン・センタード・ケアが、英国保健省 (Dep. of Health 2001a) の国家サービス機

構 (National Service Framework: 以下 NSF) の基準2になった」というが、「NSFの基準では、パーソン・センタード・ケアを個別ケアとして解釈することに焦点がおかれています。しかし、これは重要な要素であっても、パーソン・センタード・ケアの全体像ではありません^{5,p28)}と真の理解がされていないと批判している。

彼女は、これはパーソン・センタード・ケアの定義が明らかではなく、ただ「よいケア」⁴⁴⁾と思われているからだと考え、

PCC (パーソン・センタード・ケア)

= V (人々の価値を認める)

+ I (それぞれの人の独自性が尊重された生活)

+ P (その人の視点に立つ)

+ S (相互に支えあう社会的環境を提供する) であるという定義 (PCC=V+I+P+S) を提唱した⁴³⁾。

詳細は、和訳された本^{5,p18)}もあるのでそちらを参照して頂きたいが、大きな意義は、それぞれの要素を実行する上での枠組みも提唱したことにある。これにより、あいまいだったパーソン・センタード・ケアの実践目標が明らかとなり、介入研究も可能となった⁴⁴⁾。

このような努力の甲斐あって、英国の認知症ケアのガイドライン (認知症に関する英国 NICE [The National Institute for Health and Care Excellence] /SCIE [Social Care Institute for Excellence] ガイドライン2007) に採用され、VIPS という用語はないものの、パーソン・センタード・ケアの説明として、すぐそれとわかる以

下の4点が書かれるようになった⁵⁾

- ・年齢や認知障害に関わらず、人としての価値
- ・独自の性格傾向や生活歴をもつ人としての個別性
- ・認知症をもつ人の視点の重要性
- ・人間関係や相互作用の重要性

6. 研究の観点から

最後に、研究について述べる。そもそも、生物学的方法論に与しないパーソン・センタード・ケアの実践を、エビデンスを求める研究会で学会発表や論文発表をすること自体に議論があるところだが、まずはいくつかの研究を示し、若干の考察を加える。エバードソンは、重度のアルツハイマー病の人たちに提供されているパーソン・センタード・ケアの現状を総説としてまとめ、いくつかの研究を取り上げている⁴⁵⁾。やはり、エビデンス重視の姿勢のようで、事例報告や通常の介入研究は取り上げられず、対照群と介入群とを比較し、数値化、統計解析可能な尺度を用いた研究のみである。一つ目は、中等度から重度の認知症を対象として、パーソン・センタード・ケアの介入によるシャワー浴と入浴ケアを、不快、焦燥、興奮を評価し、無作為に割り当てられた介入群において有意に低下し、対照群では、差はなかったというものがある⁴⁶⁾。二つ目は、パーソン・センタード・ケアによってスタッフの教育がなされ、技能が向上した介入群とそうでない群を用いたランダム化比較試験が行われたところ、12か月後のフォローアップで、向精神薬の量が有意に減っていたというものがある⁴⁷⁾。なお、DCMを用いた研究については、臨床的な価値があるかもしれないが、時間がかかりすぎること、評価が明瞭ではないという課題があるとされている⁴⁸⁾。エバードソンは、重度のアルツハイマー病についての理論的、実証的な研究はわずかで、ほとんどが、サンプルサイズが小さく、対照群がなく、認知症のタイプが様々で、ステージも均一でないことを挙げ、したがって、介入とアウトカムをとまなう研究によって、パーソン・センタード・ケアの臨床効果を検証した研究は、ある意味で、いまだにないという。そして、パーソン・センタード・ケアの効果を血液中や髄液中のバイオマーカーで測定したり、

functional MRIやPET、脳波で検証したりすることも望まれるとし、尊厳を尊重するケアでの介入群の髄液中のソマトスタチンが、対照群より高値を示した研究を示している⁴⁹⁾。一流雑誌の総説を任されるほどの権威者が、パーソン・センタード・ケアの概要を紹介した後に、やはり生物学的方法論で証明すべき、という結論になっている点に脱力を感じる。

おわりに

筆者は、2002年に英国で「パーソン・センタード・ケアとDCM法基礎研修」を受講して以来、約20年間にわたって、英国のドーン・ブルッカー氏を中心とした講師陣に指導を受け、勉強をし、実践を心がけてきた。この度、キットウッズの理論を学びなおし、今までの不勉強を悔いた。この総説がパーソン・センタード・ケアの再考となれば幸いである。

COI：開示該当なし

謝辞：本稿執筆にあたり、各種書籍、行政データをご教示頂いたDCMネットワークの皆様、論文全般にご助言頂いた山口晴保先生にこの場を借りて深謝いたします。

文献

- 1) Kitwood T: DEMENTIA RECONSIDERED: the person comes first, Open University Press, 1997.
- 2) トム・キットウッズ、(高橋誠一訳): 認知症のパーソンセンタードケア 新しいケアの文化へ、クリエイツかもがわ, 2017.
- 3) Kitwood T, Bredin K: Towards a Theory of Dementia Care: Personhood and Well-being, Ageing and Society 12(3): 269-287, 1992.
- 4) Kitwood T: A Dialectical Framework for Dementia. In: Handbook of the Clinical Psychology of Ageing (Edited by R.T. Woods), John Wiley & Sons Inc, 1996.
- 5) ドーン・ブルッカー: VIPSですすめるパーソン・センタード・ケア (水野裕監修), pp43, クリエイツかもがわ, 2010.

- 6) 宮崎和加子: 認知症の人の歴史を学びませんか. pp23-33, 39, 83, 中央法規出版, 2011.
- 7) 城田亜希子: 認知症の社会文化的表象: メディア・文学作品の分析にみる「恐怖」の正体. pp13, 22, 川島書店, 2020.
- 8) 大熊一夫: ルポ老人病棟. pp11-24, 朝日新聞出版, 1992.
- 9) 内閣府: 平成19年版国民生活白書. pp63, 2007.
- 10) 厚生労働省政策統括官(統計・情報政策担当): 令和3年 グラフでみる世帯の状況—国民生活基礎調査(令和元年)の結果から—, pp6, 日新印刷株式会社, 2021.
- 11) マルティン・ブーバー、(植田重雄訳): 我と汝・対話. pp7,15, 岩波文庫, 1979.
- 12) シェイクスピア、中野好夫訳: ロミオとジュリエット. pp74, 268, 新潮社, 1951.
- 13) Shakespeare W: Romeo and Juliet, Dover Thrift Editions. pp26, Dover Publications, 1993.
- 14) 斎藤啓一: ブーバーに学ぶ. pp159-160, 日本教文社, 2003.
- 15) 水野裕: 巻頭言「認知症ケアの世界で、私たちはなにを目指すべきであろうか」, 日本認知症ケア学会誌 10(4): 412, 2012.
- 16) 鯨岡峻: ひとがひとをわかるといふこと—間主観性と相互主体性. pp12-14, 21, 36, 71, 124, 127, ミネルヴァ書房, 2006.
- 17) 佐治守夫、飯長喜一郎: ロジャースクライエント中心療法 カウンセリングの核心を学ぶ 新版. pp10, 13,18, 34, 44, 有斐閣, 2011.
- 18) 諸富祥彦: カール・ロジャース入門-自分が“自分”になること. pp194, 星雲社, 1997.
- 19) 大熊輝雄: 現代臨床精神医学 改訂第11版. pp152-200, 金原出版, 2008.
- 20) 前原勝矢、飯塚礼二: 痴呆の治療. 神経内科 11(3): 237-246, 1979.
- 21) 室伏君士: 認知症高齢者へのメンタルケア. pp24, ワールドプランニング, 2008.
- 22) 室伏君士: 認知症高齢者の本態の理解—とくにその生き方の意義と対応について. pp23, ワールドプランニング, 2014.
- 23) Snowdon DA, Nun Study: Healthy aging and dementia: findings from the Nun Study. Ann Intern Med 139(5): 450-454, 2003. doi:10.7326/0003-4819-139-5_part_2-200309021-00014
- 24) Nelson PT, Alafuzoff IA, Bigio EH et al: Correlation of Alzheimer Disease Neuropathologic Changes With Cognitive Status: A Review of the Literature, J Neuropathol Exp Neurol 71(5): 362-381, 2012.
- 25) 水野裕: 実践パーソン・センタード・ケア—認知症をもつ人たちの支援のために. pp33-40, 48, 81-113, ワールドプランニング, 2008.
- 26) ドーン・ブルッカー、クレア・サー: 「DCM(認知症ケアマッピング)」理念と実践 第8版 日本語版第5版. pp18, 24-25, 39, 認知症介護研究・研修大府センター, 2018.
- 27) 岩立康男: 脳の寿命を決めるグリア細胞. pp3, 青春出版社, 2021.
- 28) 出澤真理: 神経再生に関わるグリア細胞の役割. 電子顕微鏡 37(2): 141-144, 2002.
- 29) 伊藤高行、堀内真、若山幸示、他: グリア細胞と神経疾患 脱髄とオリゴデンドロサイト. 臨床神経学 51(11): 1036-1039, 2011.
- 30) 長谷川宏: 新しいヘーゲル. pp14, 講談社, 1997.
- 31) Boyle PA, Buchman AS, Wilson RS, et al: Effect of purpose in life on the relation between Alzheimer disease pathologic changes on cognitive function in advanced age, Arch Gen Psychiatry 69(5): 499-505, 2012.
- 32) 厚生労働省: 今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向～ゴールドプラン21～. https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/1112/h1221-2_17.html, 2022.6.30アクセス
- 33) 高齢者介護研究会: 2015年の高齢者介護. 高齢者介護研究会報告書. 2003.
- 34) 本間昭、今井幸充、永田久美子、他: センター方式03版痴呆性高齢者用ケアマネジメントシートバック-1人ひとりの尊厳を支える継続的ケアに向けて. 老年精神医学雑誌 15(1): 76-100, 2004.
- 35) 蓬田隆子: グループホームにおけるケアマネジメント-出会いから別れまで生き方を支える. 老年精神医学雑誌 15(12): 1377-1383, 2004.
- 36) 小林月子: 痴呆性高齢者の介護とグループホームの役割: 外部評価を手掛りとして. 岐阜大学教育学部研究報告 人文科学 53(2): 59-72, 2005.
- 37) 厚生労働省: 社会保障審議会 第6回介護給付費分科会議事録. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/03/txt/s0325-1.txt> 2022.6.30アクセス
- 38) 厚生労働省: 介護給付費等実態統計(旧: 介護給付費等実態調査): 結果の概要. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1b.html> 2022.6.30アクセス
- 39) 厚生労働省: 第179回社会保障審議会介護給付費分科会(オンライン会議)資料. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_12239.html 2022.6.30アクセス
- 40) 日本老年精神医学会: 認知症の行動と心理症状 BPSD (2版). pp16, アルタ出版, 2013.
- 41) 池田学: BPSDに対する非定型抗精神病薬の使用をめぐる. 精神医学 48(11): 1165-1167, 2006.

- 42) 毎日がアルツハイマー2 ホームページ: <http://maiaru.com/maiaru2/> 2022.6.30 アクセス
- 43) Brooker D: What is person-centered care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology* 13(3): 215-222, 2004.
- 44) Røsvik J, Kirkevoid M, Engedal K, et al: A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. *Int J Older People Nurs* 6(3): 227-236, 2011. doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00290.x.
- 45) Edvardsson D, Windblad B, PO Sandman: Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurol* 7(4): 362-367, 2008. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70063-2
- 46) Sloane PD, Hoeffler B, Mitchell CM, et al: Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 52(11): 1795-1804, 2004. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52501.x.
- 47) Fossey J, Ballard C, Juszczak E et al: Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing homes with residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ* 332(7544): 756-761.2006. doi: 10.1136/bmj.38782.575868.7C
- 48) Sloane PD, Brooker D, Cohen L, et al: Dementia care mapping as a research tool. *Int J Geriatr Psychiatry* 22(6): 580-589. 2007. doi: 10.1002/gps.1721.
- 49) Widerlöv E, Kihlgren M, Bråne G, et al: Elevated CSF somatostatin concentrations in demented patients parallel improved psychomotor functions induced by integrity-promoting care. *Acta Psychiatr Scand* 79(1): 41-47, 1989. doi: 10.1111/j.1600-0447.1989.tb09232.x.