

特集論文：認知症への多角的アプローチ

認知症になっても安心して暮らせる社会の構築

岡本 民夫

同志社大学名誉教授

● 要約 ●

本論は高齢社会の到来とともに多発し、生活機能領域における諸困難を招来している認知症について取り上げたものである。本来認知症は身体的な多様な疾病を背景にしながら、脳の器質的損傷を契機にして発生する病気であり、その疾患は生活機能問題と直結しているため認知症の課題を病理現象にのみ収斂することができない内容を包含している。従って、その対応は、様々な角度から実態に迫り、分析吟味していく必要があり、とりわけ「疾患と生活」が交互作用を展開する接点に着目し、関連性と関係性に関する多角的アプローチをする必要がある。

本論ではその「入り口」のところの課題である疾病観の変遷と諸相を取り上げ、広く認知症に関する正しい知識と理解を深めることによって、早期発見早期対応につなげていくことを目的としている。そのための基本的な視点と実践活動のための研究位相として、規範の検討、実態把握と分析、設計科学、実践科学のあり方、評価科学の方向そして開発・創生科学の手法を提示し、大方のご批判とご教示を得たいと考えている。

● Key words：認知症、疾病と生活、高齢社会、施設、制度、予防対策

人間福祉学研究, 9 (1) : 7-19, 2016

1. はじめに

高齢化の急速な進展に伴い高齢者の約4人に1人は認知症あるいはその予備軍であると言われている。厚生労働省の統計によると、2012年には認知症患者は462万人（約7人に1人）であったが、2025年には、約700万人（約5人に1人）に増加すると推計されている。

元来認知症は、脳の器質性疾患の一つであり、脳機能障害による生活の諸側面に支障がもたらされるが、身体疾患に起因することがほとんどであり、それによって認知症問題は当事者である患者の「生活のしづらさ」のみでなく、家族をはじめ社会生活上の各側面に困難や支障が招来され、そ

の影響範囲は多方面にわたり、内容の質的側面においても多様で深刻な問題が生じている。従って、認知症を基本症状である記憶障害、失見当識、認知機能障害、実行機能障害、判断力の低下等の病理現象やこれを契機とする行動・心理症候群（BPSD）である不安、抑うつ、興奮、被害念慮、妄想、徘徊、せん妄などに収斂することができない課題が、放射線状に波及し、広義の生活機能障害に直結する喫緊の課題となっている。（1）

このように認知症問題はまさに包括的、総合的な視野から認識把握し、対応していかななくてはならない状況にあるため、極論すれば、360度全方位型の視線でなければ認識把握できないほど複雑で複合的状态にある。人間が全方位型の視野を保

有していない限り、この事態に対処していくためには、専門家はそれぞれの立場から分業化して取り組み、相互に協力連携し、チームワークを組み、ネットワークを構築して、それぞれの立場から多角的アプローチを実施し、情報を交流させ、共通認識を深め、それらを統合することによって、認知症の実態に迫り、その解明を通じて適時、適切な対応をするしかないと言わざるを得ない。

2. 疾病（認知症）と生活機能との関連性

次に多様なアプローチの必要性を前提条件にしながら、ここでは、最も重要と考えられる「疾病と生活」との関連性を取り上げ、両者が相互に相互作用を展開している接点(interface)に着目し、その構造・メカニズムを可能な限り解明し、そこから適時、適切な対応策を見出し、開発し、創造して、これからの実践活動に具体化していかななくてはならない。しかし、その接点は極めて複雑な生活機能障害の内容を有しており、これらを解明することは簡単ではない。

そこで、今回はこのメカニズムについて、「関連性」と「関係性」という切り口からアプローチを試み、その一部を明らかにしようとするものである。

いうまでもなく認知症は、いわば放射線状に人間生活のあらゆる方面に深甚なる影響をもたらすものであり、それらは経済、雇用・就労、家族(関係)、対面関係を含めた人間関係、「地縁」を基盤とする近隣・地域社会との関連、企業・事業所、さらには社会参加、教育、商業、金融、交通など社会公共施設など様々な社会場面において課題が深く関連しているため認知症問題は社会問題化しているといえる。

これに対して、国が提案している「認知症施策推進総合戦略」及び新たな対応としての「新オレンジプラン」においても、その基本的考え方として「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続け

ることが出来る社会の実現」を目指す規範を公表している。

他方、この政策を達成していくためには、この理念を具象化する制度の整備・充実、さらにはこれらを生活機能支援につなげていくためには、専門家の知識、技術・技能に加えて、いわゆる住民の協力を含めたあらゆる水準の主体が総力を挙げて対応しなければならない課題である。

政府はそのための7つの柱を立てて取り組みうとしている。

- ①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③若年性認知症施策の強化
- ④認知症の人の介護者への支援
- ⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及推進
- ⑦認知症の人やその家族の視点の重視などを基本的方針としている。

今回は特に上記のうち、①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進及び⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの2つの課題を主として取り上げることにしたい。

そこで、かかる多様な課題に対して、いかなる取り組み方をするのか、また、その課題に切り込むために基本的な視点と研究方法論について述べておく必要がある。

3. 認知症への取り組み方と視点

第一は、複雑な課題に対する取り組み方であるが、端的にそれは認知症をめぐる課題を総合的、包括的に捉えていく俯瞰図的な取り組みをすることを目指すものであること。

第二には、この多様な難題を解明していくため

には、基本的な視点として、先に述べた全体を包括的に認識する基本的な視点として、「生活の全体性」と「生活者たる当事者の主体性（21）」を基盤に捉える視点を持つこと。

第三には、生活の全体性を見る視点は、われわれ人間の個人差、生活歴の相違、環境の違い、経験・体験の差などは課題にも反映し、千差万別、各種各様の現象、経過、予後、転帰を迎えることになるなど「個別性」が極めて高いため、各専門家による専門分業化的アプローチを採用せざるを得ないこと。（20）

第四には、これらの視点から析出される知見や法則性は、最終的には統合化という作業を通じて一つの全体として再編成することになること。

4. 研究実践のための位相

研究実践の位相は大きく分けると、以下のよう整理することができるであろう。

- ①本題の目指す目標と理念は、このテーマの規範であり、あるべき姿を構想したものである。これを精緻に検討吟味し、その実現、達成を可能にしていく方向性の検討が必要である。
- ②実態は極めて複雑で内容的にも難解の課題が多い。そのためには実態把握のための分析枠組みを明確化し、精緻な分析吟味を行う必要がある。
- ③これ等の分析吟味から析出される課題に対して、いかなる対応が可能であるかを検討するための企画、立案、計画等を形成していく設計科学の遂行が希求される。
- ④これ等の設計図に基づいて、具体的な活動、事業内容や運動を展開するための実践科学が求められる。
- ⑤実践活動や事業がいかなる効果をもたらし、どのような有効性を発揮したかに関する成果を一定の基準に準拠して、評価をしなければならない。これを評価科学と呼ぶことにしたい。

- ⑥上記の研究実践結果や成果から得られる「学び」や「教訓」を踏まえ、新たな方策や対応を開発・創生する作業のことを「開発・創生研究」と呼ぶことにしたい。（19）

このように上記の課題を解明していくためには、煩瑣な研究の位相を考えておく必要がある。

5. 疾病観の変遷と諸相

当面この課題に取り組むに必要な認知症に関する正しい認識と理解をうるための前提条件ともいえるべき、「疾病観」について取り上げることにしたい。後述するように認知症をめぐる疾病観は新旧入り交じり、いろいろな角度から捉えられており、これが認知症への取り組み方や視点などを混乱させる大きな要因になっていることを看過できない。

今ひとつ、今回は認知症対応の全体像に迫るための「入り口」として、また、認知症にとって住みやすいまちや社会を構築していくためにも色々な疾病観を取り上げ、目指すべきあり方を構築していくためにも、さらにこれからの認知症への対応を実践していくうえでも基本となるものである。次に、疾病観をいくつかのカテゴリーに分けて取りあげることとする。ただ、これらは必ずしも時系列的な段階を基礎にして取り上げたものではないことを予めお断りしておく必要がある。

- 1) 未知なるものへの不安と恐怖
 - 2) 了解可能な世界への挑戦
 - 3) 科学的、客観的解明への試み
 - 4) 伴走型支援の論理と実践
 - 5) 外延的条件の変化
 - 6) 当事者による情報発信と施策への反映
 - 7) 新たな疾病観の創生へ
 - 8) 疾病と生活との関係の個性
 - 9) 今後の課題
- をめぐる疾病観を取り上げることにする。

1) 未知なるものへの不安と恐怖～了解不能の世界～

過去に遡及することになるが、かつて精神病理学においては健康と疾病を判断する基準の一つに「了解可能」と「了解不能」という概念を提示したことは周知通りであるが、患者の言動、観察知見、問診などコミュニケーション内容が了解可能か、不可能かによって正常と異常を弁別する基準を設定し、これを手掛りにして疾病の診断の重要な情報として採用することが多かった。確かに幻覚や妄想にみられるような彼らの言説や体験は面接者が感情移入し、追体験しても共感が得られるものではないことが多く、これを「病的体験」として扱われてきた。例えば、精神疾患である統合失調症患者が示す幻覚や妄想の中に了解不可能なものがしばしばみられ、これが病気であることを示す証拠であるとみなすことが多くあった。

こうした状況から推論して、いわゆる認知症患者の言動や症状は「了解不能の世界」であり、「本人は何もわからないから楽だ」とか、「本人はすべての精神機能を喪失し何もできなくなっている存在」として無視され、放置されることが多く、総じて、近づかない、遠だける、排除する、管理・統制し、拘束し、時には隔離する対応のあり方が主流となっていた。しかし、こうした疾病観は現時点においても完全に消退されたわけではなく、多くの人々や関係者の中に潜在しており、ある出来事を契機にして顕在化し、当事者に虐待、拒否、放棄、追放、隔離などから、介護の限界から介護殺人という悲惨な事象は後を絶たない現状である。

2) 了解可能な世界への挑戦

この了解不能とされてきた事象に果敢に挑戦したのが、S. フロイドであったことは周知のとおりであるが、彼は了解不能と思われる精神世界に無意識の概念（仮説）を設定し、その解明のために暗示、催眠、自由連想法などを駆使して、無意識の世界を意識化することによって患者と子ども

了解できる様々な心理的事象を明らかにすることに成功した。このことによって了解不能の世界がすべて解明されたわけではないが、了解不能の世界の一部に踏み込み、その解明に大きな手掛かりを与えてことは事実であり、その後の一連の営為によって、当初仮説とされていたものが証明されたり、立証されたりすることによって、精神分析学説として、いわゆる了解心理学への道が切り拓かれたといっても過言ではない。もちろん、いわゆる科学的病理論の立場から、フロイド説は仮説の域を脱却できないまま、了解不可能な世界の精神事象を「あたかもかのごとく了解しているに過ぎない」(Als-ob-Verstehen)とする厳しい批判が浴びせかけられることになる。(2) しかし、その後精神構造論、精神発達論、防衛機制等の説を構築し、さらに臨床経験とりわけ第1次大戦におけるシェルショック（戦争神経症）に関する多くの知見がその後の精神分析の発展に大きな貢献をしたことは周知のところである。

他方、話題は前後するが、疾病観は、科学の進歩発展が必ずしも人間的処遇や疾病観の進歩につながったとは言えない「逆行事象」も発生する。例えば、1850年代には、諸科学の発展が疾病観を逆行させることになる。それは、ダーウンの「種の起源」、ウイルヒョウの「細胞病理学説」、クライストの「脳局在論」、サムナーの「社会淘汰説」などの登場によって、適者生存、優勝劣敗、自然淘汰の思想を喚起するとともに疾病が細胞の病理現象に起因するという説は、脳細胞の病理にも及び、ひとたび脳細胞が破損されると、再生することがないという精神機能の障害がその中枢である脳細胞に起因するという「脳局在論」にまで発展し、精神疾患に「不治永患」の疾病観をもたらすことになる。そのため患者は治療の対象というよりは研究実験の対象として位置付けられる傾向は強くなる。そのことによって、排除と隔離思想が再現され、社会的ダーウィニズムによって実行されることになる。(3)

ところで、このような疾病観をめぐる紆余曲折

を経て、1950年代における向精神薬の登場までは、痴呆（dementia・現在の認知症）とは、「正常に発達した知能が、後天的な脳の障害により、進行性に低下を示すことがある。……痴呆は知的障害とは異なって、過去の体験によってえられた記憶や知識の断片が、その状態像の所々に見いだされることが特徴である」（2）とされ、背景、原因、契機、結実因子、発呈、経過、予後、転帰が概念的に取りあげられているが、治療法、対応場面におけるかかわり方、持続する病状への具体的なケアには必ずしも詳述されていない。

この時点では、むしろ各種精神疾患の結果として、認知症は発症するものと理解され、近年の高齢者の激増による大量発生は予測することは、当時としては困難であり、その結果としての扱いが中心であったといえる。

例えば、認知症の中核症状である記憶障害があるひとが同じ言動を繰り返すことに対して、周囲や関係者はいら立ち、彼らを叱責し、訂正を要求する。しかし、彼らはいましたこと、いま発言したことを即忘却しているために、なぜ周囲の人々が焦燥感を持ち、叱責するかが納得できない。つまりかれらの心の世界を押し量り、彼らの心に寄り添う姿勢がなく、自ら健康であるとする立場の人が持つ常識や社会通念からすれば、了解することにできない世界である。また、失見当識の場合も方向、場所、位置がわからず道に迷っていることを「徘徊」と称して異常視することが多く、単に目的もなく歩き回る症状として把握すれば、理解のできない行為として、決めつけてしまうことが多くなる。しかし、当事者は自らの思いと気分で出かけているのであるが、途中で目的や目標物が見当たらず、戸惑っていることがしばしばである。関係者は自宅の住所を聞けばよいと攻寄り、叱責するが、本人にしてみれば、「いまさら自分の家の住所などはきけるものではない」と反発する。また、物を置いた場所を忘れ、ないないと騒ぎたて、やがて「ものとられ念慮」に襲われ、より重度化すれば、「ものとられ妄想」に発展する。

あらためて、今度は周囲の人々を疑い、隠したとか、盗んだとかの猜疑心を働かせ、それが特に最も身近な介護者であることが多く、周囲との信頼関係を壊し、人間関係を破壊することになる。

本来記憶は、記銘・保持・想起のシステムで成立しているが、総じて記憶障害は記銘のところすでに外的刺激が記銘できておらず、保持も想起もままならい状態にあっていることが多く、加えて判断機能の低下が出てくると、一層混乱が生じることになる。

このようにして相手の言動が了解できないことをもって、了解不能として、関係を切り離し、距離を置き、突き放すことによって、自らの正当性を強調し、管理統制し、拘束し、隔離し、排除することへとつながっていくことが懸念される。

3) 科学的、客観的解明への試み

認知症の本質を究明しようとする方法には様々なものがあるが、その中でも一般的には、長谷川式簡易知能評価スケール、各種認知機能テストなどスクリーニングの手法として利用されているものがあるが、より専門的には、生物・心理・社会的アプローチ（bio・psycho・social approach）によるものが主流である。生物学的な方法としては、従来から脳波検査、脳の血流検査（SPECT）、脳の代謝検査（PET）、生体内の情報を画像にする脳画像検査、脳髄液検査、血液検査、尿検査、心電図、X線検査、DNA分析検査など問診、観察所見を裏付ける根拠として各種の身体的検査が行われている。

一方、臨床心理学においては、面接法、観察法に加えて認知症など器質性疾患のある患者の心理テストとして、古くからベンダー・ゲシュタルト検査が行われてきたが、最近では、ベントン視覚記銘力検査、WAB失語症検査、N式老年用言動状態尺度などを通じて、認知症の心理状態、精神病理、人格構造、知能水準などの究明に臨床心理学的アプローチが行われている。

さらに、社会的な側面から、家族診断法、生活

歴の調査、環境・状況調査、介護認定審査用調査、回想法、エコマップ、社会関係測定法など一連の努力が展開されている。

これらの各種アプローチは認知症の実態解明への試みであると同時に、診断を補助する手段として重要なものに位置付けられている。それはいわば外側から科学的に客観的に実態を明らかにし、総合的に因果律や法則性を明らかにしようとするものである。

このように各種の検査法として身体検査法から心理学的なテスト、環境調査による環境的要因の分析など様々な研究調査が実施されてきた。この中でも、脳波検査や脳細胞の精密検査、さらには各種検査による結果から、認知症の本体が究明される部分が大きく切り開かれたと言える。また、心理検査としての知能検査、ベンダー・ゲシュタル法、性格検査など臨床心理学的アプローチも各種試みられ、診断のみならず認知症のケアにも有力な補助手段として多くの成果を産出している。

他方、認知症の背景としての成育歴、生活歴、環境・状況の変化、社会関係の具体的側面に関する社会調査、認知症ケアから得られた知見特にアウトリーチによる方法は管理されやすい病院や施設とは異なり、患者のありのままの姿を把握することができ、有用な知見や経験法則が見つかり、専門機関への「つながり」に役立つことが極めて多い。

かかる客観的、科学的な手法によって、認知症に気づき、発見し、専門機関や専門家につなげる作業を迅速に展開できる道筋をつけることができたこと、さらには早期発見、早期対応につながる明確な治療方針、対応としてのケアのあり方、リハビリテーションへの方向性が設定できるようになったことは大きな成果といえる。

4) 伴走型支援の論理と実践～当事者とともに～

認知症による戸惑い、不安、恐怖などの混乱を理解するためには、「彼等の言葉にならない言葉に耳を傾けること」によって、「心のありか」を

訪ねる必要がある。(10) という。

すでにこれに先行する試みは室伏君士(5)によって大きな成果が産出されている。1985年、室伏は「痴呆の理解とケア」の中で、「痴呆老人は痴呆というものを持ちながら、一所懸命に生きようとしている姿をとらえ、その老人の心の向き(態度)を知り、その老人の生き方を援助していくことがケア」(6)であるとしている。それは患者を外側から客観的に観察し、内容を分析吟味して本質に迫ろうとする従来のアプローチとは基本的に視点が異なり、いわば患者とともに寄り添って伴走しながら認知症世界を理解し、支援するあり方の重要な契機を作ったと言える。

その後、小澤勲(8)は、「ものとり妄想」をきっかけに「心のありか」を探り当てる方法を採用している。そこでは、本来ケアにおいて最も依存しなければならない介護者に対する依存欲求があり、それがゆえに「ものとり」に対する攻撃性も介護者に向けられる両価性(アンビバレンス)が顕著になることを指摘する。さらに加齢による一連の喪失感が進む中でもものがなくなるという感覚は失われたものに対する執着心と失わせたことされる関係者に攻撃心が一層募ることになるという。

このようにして、これまで了解不能とされてきた心の世界に踏み込み了解可能な世界へといざなう道筋が見えてきたといえる。認知症の人は、「何もわからず」、「何もできない人」ではなく、加齢による喪失感に加え様々な中核症状がでてくると、むしろ「暮らしの中の不安やストレスと、常に戦いながら、とても苦しんでいる」ことが判明し、早期に受診し、適切な対応をすれば、混乱を防ぐことができ、認知症の進行を遅らせることが可能」(4)になっている。

しかしながら、実際には、先述のような誤解や偏見のためにあるいは受診拒否などにより、適時・適切な専門医療機関や医師の診断を受けないまま時間が経過し重度化して慢性の状態を招くことがすこぶる多いことが指摘されている。この点の課題について貴重な理論的、実践的貢献をされ

たのは、武地一、森俊夫である。(11)(12)
それは認知症の早期発見と早期対応のための「入口問題」(京都文書)による提起が大きく事態を前進させることになる。医療に限らずあらゆる施策がそうであるように認知症における対応も早期発見、早期対応が基本であることは言うまでもない。

武地一は、日本における認知症ケアの歴史的変遷として次のような時代区分をしている(12)。

① 1980年以前 ケアなき時代 - 有吉佐和子「恍惚の人」発刊以前, ② 1980年～介護負担感へのアプローチ・1980年認知症の人と家族の会発足

③ 1990年～介護の社会化 人権意識の向上, 家族構成やコミュニティの変化, ④ 2000年～認知症本人の思い, 本人へのケア 早期発見・早期治療・早期対応の促進, まだ自分の病気のことを語ることができる認知症の人の登場, ⑤ 2012年～認知症の疾病観を変える(2012京都文書)ことを目指す「入口問題」を取り上げている。

さらに武地一ら(13)によると、認知症の人や家族などが直面する側の要因として、「虚弱性」という要因が絡まり、「本人・家族の体力、情報感度、理解力、社会性、パーソナリティが絡んだ問題があると指摘する。具体的には、近隣とのかかわりのない独居者、キーパーソンの不在、老々世帯、家族の無関心、家族の危機管理機能の低さ、家族の知識不足や抱え込み、隠し続け、支援に対する拒否、(地域となじめない、地域からの孤立)、介護者が周囲の社会から孤立、貧困、精神障害等が絡む複合的ケース、病前性格の難しさ、アルコール依存などを挙げこれらの要因が専門家や専門機関へのアクセスを妨げている」(11)。

われわれが宇治市において取り組んでいる課題は、こうした壁を超えるための試みであり、2012年度から実施している「認知症早期発見・早期対応」を目指す集中支援チームである。これまでスクリーニングテストや関係専門職員「家庭訪問活動」によって、早期発見・早期対応の原則が大きな意味を持っていることが証明されている。この

ことは、後述の川北雄二郎論文に内容が掲載されているので、ここでは割愛することにする。

これ等の成果は広範多岐に及ぶ多次元、多層のものであり、一括してとらえることが難しく、あえていうならば、次のように類型化することが出来るのではないかと考えられる。①精神医学とりわけ精神病理学からのアプローチ、②現場・臨床において患者と生活を共にしている医療従事者たちからの了解心理学的アプローチ ③当事者あるいは自助集団(SHG)からの情報発信の成果である。

これ等の成果はいずれも貴重なものであり、現実にはいろいろな場面でこれらの成果が治療やケアに生かされ、効果を上げていると評価されている。

しかし、当然のことながら、その取り組み方も捉える視点も多様である。この課題に最初に取り組んだのは、新福尚武、室伏君士ら高齢者の精神医学研究者であり、臨床家たちであるが、こうした先駆的成果は、精神病理に収斂することなく、了解不能とされてきた世界に踏み込み、その内容を解き明かすことに積極的に取り組み、これまでにない研究成果を生み出している。これ等の研究、実践的成果を踏まえて理論・実践から取り組んだのは、小澤勲ら(9)であったといえる。これ等の研究成果は多くの著書、論文によって公表されているが、それらは、臨床場面における当事者との触れ合い、かかわり、接触など患者とともに生活することによって析出された知見であり、経験法則から産出された成果であり、いわゆる伴走型の医療とケアワウの中から生み出された貴重な成果である。

これ等の成果は伝統的な未知なるとしての「了解不能の世界」に対して様々な手段、方法などを駆使して取り組み、踏み込んだアプローチを試みているところに大きな特徴がある。

認知症においても脳の器質性疾患として、病理現象にのみ収斂するのではなく、了解可能な世界が多く存在していることが究明され、了解できる

ようになると認知症に対する疾病観も大きく変わることになる。従って、これまでの認知症に関するイメージ、捉え方、対応の仕方、技術・技能などをめぐる疾病観を変えなければならないし、必然的に変わらざるを得なくなっていくことになる。

5) 外延的条件の変化

これ等の動向の背景には、以上のような具体的背景のほかに外延的な諸条件があったことを看過することができない。特に1960年代高度経済成長がもたらす貧富の格差、不平等が重大な社会的矛盾を招来することになる。特に少数民族における機会の不平等が特化し、公民権すら保持できない人々の存在が権利を主張し、パワーを主体的に確保する運動へと発展し、患者の権利やインフォームドコンセントに象徴されるように「クライアント本位」の思潮が盛り上がり、具体化されていくことになる。

こうした動きは、クライアントと「ともに」をモットーにするいわゆる「伴走型」の支援の形態が大きな流れとなっていくことになる。しかしながら、こうした新たな所見や知見は、認知症への対応に対して、すぐに広く理解されるようになるわけではない。

これまで認知症に限らず精神疾患に関する誤解、偏見、差別、排除の思想は根強く、その歴史は人類の歴史とともに古く現代社会にも現実の課題として残存している。その背景や原因はさまざまであるが、基本的には未知なるものへの不安や恐怖が出発点であり、恐怖や危険なものへの接近は自らの危機を招くことになりかねないとする。従って、恐怖や危機をもたらすものは、距離を置くか、遠ざけるか、可能な限り管理し、拘束し、隔離することによって健康なものの安全を守る機運として社会的防衛を助長し、隔離思想として、病者を排除することが安易に行われることになる。

このように人類の歴史の中でこうした管理、拘束、隔離など排除(exclusion)に対抗して、障がいを持つ人々を介し、自らの生活に近づけ、生

活を共にする包摂(inclusion)にかかわる営為も数多くみられる。

一方、ソーシャルワークの世界でも20世紀初頭は、医学をモデルとする援助方法が採用され、社会調査、社会診断、そして社会的治療という用語に象徴されるように専門家が相手の実態を社会的な角度から詳細にわたって余すところなく知り尽くす(diagnosis)ことが最重要視されたものである。いわば最もいい援助をするためには相手のすべてを知り尽くすための情報を収集することが前提条件であった。特にソーシャルケースワークにおいては主流をなす考え方であった。しかもこれらの援助の基本となって、正統派精神分析を基盤とする診断学派を構成することになる。

これに対抗する新フロイドのO、ランクの学説を基盤とする機能学派の基本視点は、クライアントの潜在力や可能性を引き出し、主体的に機能させていくかに力点を置くことによって、理念をいかにして具体化していくかを試み、少数派とはいえ新たな見識として大きな注目を浴びることになった。

また、臨床心理学の立場からC. ロジャースらは、診断主義の立場に対抗して、クライアント中心主義を提唱し、新たなカウンセリングの世界を切り開いたことでも有名である。

このように一方では、診断主義に象徴される思考様式に対して、他方では個人の無限の可能性を信じ、それを引き出し、主体的に生かしていきけるように支援する機能学派が大きな流れを形成した。

このようにして、いわゆる社会的弱者と呼ばれてきた人々への処遇の歴史は、一方では排除(exclusion)、隔離という対応を行う人々に対して、他方では、病人を自らのサイドに引き寄せ、ともに生活を営む包摂(inclusion)の対応も長い歴史を有していることも看過することが出来ない。

認知症を含め精神疾患の対応のあり方は、実にこの両極のボールの間を文字通り右往左往してきた歴史があり、その間、時代により、地域や圏域によって異なるが、多様な形態ないし類型があ

り、単純に類型ことはできない。しかし、こうした史実を基にしてわれわれは、学ぶべき多くの知恵と経験の教訓が残されていることを看過することが出来ない。(3)

今これを敷衍して一挙に認知症に当てはめることができるか否かは論議のあるところであり、慎重でなければならないが、あえて、歴史上学んだ様々な教訓を生かしつつ認知症の疾病観を変換して、あらたな時代の疾病観を創生していく契機にしなければならない。特に医療、看護、介護、福祉の関係者は今日認知症患者に寄り添い、ともに歩みながら了解可能な世界へと導き多くの成果を上げていることはいうまでもない。こうした成果を踏まえてさらなる段階へと踏み込む試みが自助集団や専門家たちの中からうみだされたものである。

6) 当事者による情報発信と施策への反映

これまで多くの人々によって、認知症になるとすべての精神機能が失われ、彼らの言動は了解不能であり、支援者の言い分や意図は全く通じないものとして決めてかかる傾向が強く、相互に通じ合う疎通性の形成は困難を極め、相互のコミュニケーションは不可能なものとしてきたところがあった。つまり認知症の人は、知覚、領識・物分かり、注意、意識、感情、思考、知能、人格などあらゆる精神機能が損傷されているかのような誤解が一般的であったといえるであろう。

しかしながら、現場や臨床場面において認知症患者とともに生活を営み、ともに考え、感情や気持ちを共にすることによって、上記したようにすべてが失われているのではなく、多くの患者は自らが、この先どのような生活がうまく営まれていくのか等「予期不安」など、極めて強い不安と恐怖の感情をもって生活をしていることが、次第に明らかになってきており、行動・心理症候群の多くは、こうした不安や恐怖の具体的反映であることが理解できるようになれば、感情移入し、追体験することを通して、共感できる側面が飛躍

的に広がりを見せることになる。かくして、われわれはあらためて、認知症の人々の言動、言い分、ニーズに対して、尊敬の念をもって傾聴(listening to interview)することの意味と価値を評価しなければならない。これまでとすると、認知症の人の言い分や言動は、了解不能として、突き放し、無視し、排除することが普通の営みとして、容認してきたことについて深い反省をしなければならない。

一般的に認知症患者は自らが病気であることを自覚する、いわゆる「病識」がないものとされてきた。しかし、初期段階においては、自ら言語的に表明できないことがあり、実際には上記したように極めて強い不安や恐怖にさいなまれていることが多く、事実こちらが誠意をもって寄り添い、ともに感じ、考えていくことによって、随所に病識が表明されていることが明らかになってきている。

そこには、当人の過去の栄光、プライド、誇り、自尊心など自らが認知症であることをカミングアウトすることに大きな抵抗感をもち、劣等感、絶望感、厭世観などネガティブな感情が働き、当事者の感情・情動の生き生きとした部分には他者がかかわることができないものとしてきたところがある。従って、社会通念や常識をもって容易に割り込むことは、逆に当事者の健康な部分や主体性、自尊心を著しく損傷することになりかねない。家庭や職場あるいは地域社会においては、こうした深い専門的知識はなく、特に突然に発症することが多いこの種の疾患では、にわかに専門的知識を持てとすること自体が土台無理な相談である。こうした状況が認知症発症に伴って、頻発しているのであり、初体験の人々にとっては、普通の対応であるといえるであろう。これ等は先述のごとく、すでに武地一が多様な要因が関連しながら早期発見、早期対応を遅延させる原因であることを詳細にわたって指摘している。(11) それ故に本論の主要テーマである正しい認識・理解を早急に推進しなければならない所以でもある。

次に重要なことは、前節で取り上げた了解可能な世界から科学的、客観的アプローチに加えて、当事者の情報発信へと進み、今後は「新たな疾病観の創生」への道を切り開く必要がある。

7) 新たな疾病観の創生へ

これまで、認知症を患いながら生きていくひとびとは何を考え、何を思い、何を感じながら過ごしているかを自らの言い分と発信で受け止め、彼らにふさわしい、彼らなりの生き方、生き様をありのままに受け止め、それらを可能にする方法や手段を共に考えていこうとする試みが登場している。「多様性の容認」を肯定する思潮が進められている。すでに統合失調症における「幻聴を聴く会」などにみられるような試みはあるが、認知症に関しては、国際アルツハイマー病会議や国内の認知症のセルフヘルプ組織等において積極的に取り組んでいる試みである。例えば、「認知症の人と家族の会」は1980年代からセルフヘルプ組織として、この理念を具体化するために当事者の言い分や言説を重要視してきた。また筆者は1980年代に「利用者ニーズの論理化」(18)を提案し、これまでの理論から援助支援の理論を実践に応用する演繹法的なあり方に加えて援助支援の実践現場の知見と経験則を体系化する帰納法的なアプローチを「実践の科学化」として提唱してきた。

他方、イギリスの臨床心理学者であるトム・キッドウッドが提唱している「パーソンフッド(その人らしさ)」を中心とする「パーソン・センタード・ケア」(23)が注目を浴びている。それは、「認知症という病気ではなく、尊厳を持ち一人ひとり異なる個人そのものに目を向け、その人がどのように感じ、何を求めているかを理解し、その人らしい暮らし方を支えようとするものであること、ケアをする側とされる側の枠を超えて寄り添い、信頼し、合う互関係の中から、その人を尊敬し、その人の心理的ニーズに対応して、その人自身の能力を発揮できるように支援するものであること」(杉原百合子資料より)を取り上げているが、

これらを構成する4つの要素として、「認知症と彼らをケアする人の価値を認める」、「一人ひとりの独自性を尊重したケア」、「認知症者の視点」、「認知症者と周囲の人が支えあう社会的環境」を取り上げている。(23)

さらに本人本位のケアは、個人ではなくチームで、まちぐるみで展開すべきであることが提唱されている。したがって、これからのケアのあり方として、①家族や地域に人びと、多様な専門家で一つになって行う方針と方法、②認知症でも本人位、③問題の多くは作られたものであること、背景、要因を探り観綿増悪防止、④認知症の人でも感情や心身の力は残っている、⑤環境の力で安心と力の発揮を、⑥なじんだ地域や自然の中で、⑦初期から最後まで関係者で継続ケアを、認知症介護研究、認知症の人のためのケアマネジメント・センター方式・基礎研修資料より、これらの考え方は、上田論らによって積極的に取り上げられている。(22)

実践活動においては、最近になって漸く、当事者、家族、関係者及び当事者が参加する「認知症カフェ」、あるいは「認知症サロン」古くは、自助集団としての歴史を有する先述の「認知症の人と家族の会」、「オレンジカフェ」などにおいても当事者の言い分や言説を共に考える努力がなされている。

また、厚生労働省(2016年)認知症の人たちの意見を政策に反映させるために、「本人ミーティング」を全国的に展開し、認知症の人たちが住みなれた地域で自分らしく暮らしていけるよう、それらの意見を自治体の施策に反映させていくかを検討し、実施させる方向が打ち出された。

この背景には、これまでの施策は供給者主体の論理を基軸にして、いわば上から目線で施策や対応のあり方が思考され、構築されていくことがほとんどであった。従って、これまで関係者の言い分やニーズを十分把握されることなく進められてきたきらいがあった。しかし、援助専門職(helping profession)の世界では、ポストモダン

の思潮を受けて当事者の言い分に耳を傾ける方向が模索されていたし、1960年代にはアメリカにおける患者の権利思想やインフォームドコンセントの定着、さらにはクライアント中心主義や利用者本位の考え方が実践されてきたところであるが、さらには少数民族や社会的弱者とされてきた人々が自らの主体性を明確ができるように支援するエンパワーメント運動にみられるようになり、援助・支援の主人公が当事者であり、必ずしも供給主体の側にはないとする考え方が浸透し、定着しつつある。

しかし、一方では、すでに、こうした試みを理論的にも実践的にも取り組んでいる研究者がおり、理論家であり同時に臨床家である人物が多く存在する。それを現実にしたのは室伏君士、小澤勲であり、その理論と実践を継承し、積極的に実践をしているのは精神科医・森俊夫であり、武地一教授である。

彼らは、いずれも旧来の精神病理学の思考様式を大きく塗り替えただけでなく、それを現場・臨床において具象化し、実践し、その理論の正当性を検証しているからに他ならない。

このようにして、当事者の言説や体験内容を聞き出すことの意味が重要視され、彼らが「何を考え」、「何を思い」、「何を感じているか」を正面から取り上げることが急速にクローズアップされることになる。これは了解心理学の思想とは必ずしも一致するものではない。換言すれば、こうした作業を繰り返すことによって、未知なるものの解明にも役立ち、疾病観を修正することが可能になるであろう。

それは、精神疾患がいまだ背景、原因、経過、症状、予後、転帰などをめぐる一連の因果関係が立証できないものが依然として多く、未知なるがゆえに誤解、偏見、無知・無理解が生じたり、勝手な当て推量による誤った見識などがやがて排除、追放、拘束、監禁など非人間的な対応につながることも多く、可及的速やかに正しい知識と理解を推進していかななくてはならない。

8) 疾病と生活との関係の個別性

傷病と生活の関連性は人々の生活空間、生活時間さらには具体的な社会生活場面などあらゆる生活側面に及ぶ。具体的には、その人の家族歴、生活歴、職歴、生活状況、病歴などの要因とともに、両者の関連は経済、雇用、家族、教育、社会的協働、社会・文化の機会などへの社会的参加の題にまで及び、両者は不即不離の関係にあり、両者を部分化したり、分節化して、ばらばらにとらえることは現実的ではなく、課題解決や問題の解決緩和にとって、有効であるとは言えない。

しかし、この関連性は極めて個別性が高く、単純に一般化、普遍化することは容易ではなく、次のような視点を活用して解明していく必要がある。

第1には、患者の疾病の原因、背景、経過、契機、結実因子など体现している状態の個別性を認識しなければならない。病型として、アルツハイマー病型、レビー小体型、前頭葉側頭葉型、脳血管障害型などなど多くの特色と背景が異なるものがある。さらには先述のように各種の合併症を保有している患者もすこぶる多いことが明示されている。

さらには、家族、友人、各種経験、体験などを通じた人間関係のあり方、おかれている環境・状況、これまでの生活史、ライフコースなど時間軸を考慮した個別認識が必要不可欠である。(20)

このように個別認識には、個体差、関係性の差、環境・状況差、時間経過の差など各種各様な要素が絡まり、この実態を把捉しない限り、個別認識には至らないといえる。そのためには、生活全体が明確化される必要があり、第三者的に外側から問題を見るのではなく、当事者の立場から捉える論理が必要である。

今日各種の施策の実行に際して、利用者本位、クライアント中心主義などの理念の具象化過程と全く同一の論理展開である、この点については、岡村重夫は社会福祉の立場から「生活の全体性」の原理について論述されている(21)。

一方、近年超高齢社会に対応する地域包括支援

体制・システムの中では、24時間365日住みなれた地域社会の中でその人らしく、住み慣れた地域で生活していくためには、「医療、介護、看護、福祉、住居及び日常生活支援サービスが、切れ目なくターミナル段階に至るまで提供できるシステム」として方向づけている。しかし、この理念は供給側の論理であり、それらを受給する当事者ないし利用者の立場性を主軸にした論理では必ずしもない。つまり利用者側の論理を具体化し、実践していくためには、上記のシステムの整備が大前提であり、この包括的、総合的な施策・サービスなど供給体制がなければ、仮想の現実となることは言うまでもない。

このように見てくると、主題として取り上げた課題は認知症を契機にして、生活全体に及ぶものであり、そのための総合性、包括性が希求されると同時にこれらの対応策が切れ目なく継続し、持続されることが不可欠な条件であり、単独の施策・サービスでは対応しきれないものである。従って、多機関・多施設による連携協力とともにそこに従事する専門家など関係者の協力連携及びネットワークがなくては運用は不可能である。

本特集では、松岡論文において詳細に論じられている。

その意味で現下の認知症対策は、一方では国が示しているような巨視的な目標と具体的指針及びそれを具象化する7つの基本的柱がまず大前提であるが、同時に現場・臨床では個別的なしかも精緻な対象認識と個別具体的な実践的対応を展開するための微視的な対応が希求されている。しかもそれらは待ったなしの喫緊課題への取り組みであり、現実的な実践活動であることが求められる。

この拙稿では、認知症に関する疾病観の歴史の変遷を中心に論じてきたが、先述のようにこれらは、いずれも異なる次元からのアプローチを前提にしており、相互に交錯しており、段階別に類型化することには本来無理があり、不変のものもあれば、変えなければならないもの、さらには新しく開発し、創造すべき疾病観もある。

記述の都合上、便宜的に変遷として取り上げてきたが、現場・臨床ではこれらは混然一体となって存在していることも看過することはできない。まさに生きた出来事として存在する限り、これらを整理して、実践に有機的に応用可能なようにしておくべきである。

以上のように認知症対策が本来の姿から言って、多様な背景、原因に由来しているものであるから、必然的にその対応も多角的で、多元的なものにならざるを得ない。幸い次の諸論文はこれらの課題をそれぞれの立場から論及しているものであり、今後の深化と発展に期待したい。

9) 今後の課題

冒頭に引用した国の基本方針の中に「その人らしく生きていく」ことの重要性や「認知症になっても生きていける社会の構築」が基本理念として掲げられ、今後の認知症対策の規範として位置付けられている。この理念は「人々の多様性を受容する社会」の形成を目標としたものである。

本論を通じてこの理想とする理念と現実・実体の間には未だ大きなギャップが存在することは否めないが、今後に向けて本の特集に搭載された諸論文において析出された課題のひとつ一つに果敢に挑戦していくことが研究実践にかかわるものの社会的使命であり、この目標の達成には関係者のみではなく市井の人々の積極的参加が不可欠である。今後は、開かれた学問の仕方としてのオープンサイエンス（open science）も考慮に入れて、新たな展開にしていくべきである。

参考文献

- (1) 山室隆夫 (2012) 『不老長寿を考える～高齢社会の医療とスポーツ～』ミネルヴァ書房
- (2) 笠松章編 (1959) 『臨床精神医学』中外医学社
- (3) 桜井図南男 (1970) 「精神医療の歴史」『九大医報』40(3), 40(4), 40(5), 42(1).
- (4) 認知症介護・研修東京センター編 (2004) 「より良い認知症ケアを受けるために」中央法規出版
- (5) 室伏君士 (1984) 『老年期の精神科臨床』金剛出版

- 版
- (6) 室伏君士 (1985) 『痴呆老人の理解とケア』 金剛出版
 - (7) 新福尚武 (1967) 『老人精神障害の臨床』 金原出版
 - (8) 小澤勲 (1998) 『痴呆老人から見た世界』 岩崎学術出版社
 - (9) 小澤勲 (2005) 『認知症とは何か』 岩波書店
 - (10) 小澤勲 (2003) 『痴呆を生きるということ』 岩波書店
 - (11) 森俊夫 (2015) 「認知症になっても安心して暮らせる社会の構築」第28回日本保健福祉学会・学術集会報告集より.
 - (12) 武地一 (2015) 「認知症ケアの歴史的変遷」, 京都・認知症カフェフォーラムより
 - (13) 公益社団法人 (2001) 「認知症の人と家族の会」関係資料
 - (14) 杉山孝博 (2012) 『認知症の人のつらい気持ちがわかる本』 講談社
 - (15) 永田久美子 (2014) 「認知症のここが知りたい」『おはよう 21』(7月号)
 - (16) 古川孝順 (2003) 『福祉ってなんだ』 岩波新書
 - (17) 岡本民夫 (1973) 『ケースワーク研究』ミネルヴァ書房
 - (18) 岡本民夫 (2016) 「時代を貫く医療ソーシャルワーカーの実践～変えてはならないもの・変えるべきもの, 新しく創るべきもの～」『医療と福祉』, 99 2～13.
 - (19) 岡本民夫 (2016) 「医療福祉の将来」『医療と福祉』100 1～6.
 - (20) 岡本民夫 (2014) 「仲村優一理論の継承と発展」『社会福祉研究』125 9～16.
 - (21) 岡村重夫 (1988) 『社会福祉原論』全国社会福祉協議会
 - (22) 上田諭 (2014) 『治さなくてもよい認知症』, 日本評論社
 - (23) 上田諭 (2015) 「日々の暮らしが生きがいを持って暮らせること」『こころの科学』(7), 103～133.
 - (24) 日本看護協会編 (2016) 『認知症ケアガイドブック』 照林社
 - (25) 杉原百合子 (2016) 「認知症の実態と対応～正しい認識と 実践のために～」(一般社団法人) 京都ボランティア協会・資料

Building a society where demential patients can live comfortably

Tamio Okamoto

Professor Emeritus, Doshisha University

The aim of this article is to view dementia from multiple perspectives, focusing on the interface where dementia and the patients' lives affect one another.

Comprehensive approaches are then employed to clarify the mechanism of the interface.

Finally, this article reconciles the problems to be addressed in order to improve the patients' life, and develops methods to resolve issues and assist the patients.

Key words: dementia, relationship between disease and life, aged society, institution, provision, prevention policy