

表1 認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）の柱

-
1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
 - ① 認知症の状態に応じた適切なサービスの提供
 2. 早期診断・早期対応
 - ① かかりつけ医の認知症対応力の向上
 - ② 「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - ③ アセスメントのための簡便なツールの検討・普及
 - ④ 早期診断等を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備
 - ⑤ 認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制の整備
 3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
 - ① 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
 - ② 一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保
 - ③ 一般病院での認知症対応力の向上
 - ④ 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
 - ⑤ 精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援
 4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
 - ① 医療・介護サービスの円滑な連携と認知症施策の推進
 - ② 認知症にふさわしい介護サービスの整備
 - ③ 地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用の推進
 - ④ 行動・心理症状等が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応
 - ⑤ 介護保険施設等での認知症対応力の向上
 5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
 - ① 認知症に関する介護予防の推進
 - ② 「認知症地域支援推進員」の設置の推進
 - ③ 地域で認知症の人を支える互助組織等の活動への支援
 - ④ 「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施
 - ⑤ 高齢者の虐待防止などの権利擁護の取組の推進
 - ⑥ 市民後見人の育成と活動支援
 - ⑦ 家族に対する支援
 6. 若年性認知症施策の強化
 - ① 若年性認知症支援のハンドブック作成
 - ② 若年性認知症の人の居場所づくり
 - ③ 若年性認知症の人のニーズ把握等の取組の推進
 - ④ 若年性認知症の人の就労等の支援
 7. 医療・介護サービスを担う人材の育成
 - ① 「認知症ライフサポートモデル」の策定
 - ② 認知症ケアに携わる医療、介護従事者に対する研修の充実
 - ③ 介護従事者への研修の実施
 - ④ 医療従事者への研修の実施
-

文献3, 4より抜粋

25年1月29日東京にて、東京都医学総合研究所の主催のもと、イギリス、フランス、オーストラリア、デンマーク、オランダ、日本の6カ国の認知症政策責任者らによる国際政策シンポジウム（認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム）が開催されたが、そこでは活発な議論が繰り広げられたことから、各国の取り組みとの比較を行うことから得られる知見の意義は大きいと考えられる。また、医療と介護、地域でのケアネットワークの構築を目的とした本研究事業が、こうした認知症ケアにおける世界的潮流の中でどのような役割を担うことを期待できるのか、その位置付けも試みたい。

以上のことを考察するため、まず、前掲した国際シンポジウムへの参加国を中心として認知症国家戦略をWeb上から入手可能であった主要国（アメリカ・オーストラリア・イギリス・フランス・オランダ・スウェーデン・デンマーク・フィンランド・ノルウェー）について、今年度では認知症国家戦略の柱を整理し、特に共通項に注目して概観した。くわえて、主要国以外の認知症国家戦略の有無に関して、ADIに登録されている各国のアルツハイマー協会支部（100カ国）へ直接電子メールにて（1）認知症国家戦略の有無、（2）認知症国家戦略を有する場合のアクセス方法について問い合わせを行った。以下、これらの結果について現時点での概要を報告する。

主要国の認知症国家戦略の概観からみた視点

主要国とした9カ国（イギリスはイングランド、スコットランド、ウェールズに細分化）について、認知症国家戦略の柱を整理したものを表2に示した。

表2を概観すると、我が国におけるオレンジプランにおいて示された認知症ケアの方向性は世界的潮流と大きく乖離したものではないことが分かる。たとえば、各国において認知症ケアにおける「地域」や「在宅」、「社会」の重要性が戦略の中に示されており、専門医療機関や介護施設のみで認知症ケアが完結することなく、地域や社会での生活の中で効果的に支援を継続させていくことを課題として取り組んでいる様子がうかがえる。また、早期診断と早期介入を掲げている国も多く、医学的知見の質を高めることの重要性も共通して確認できる。くわえて、家族や介護者といった認知症の人のケアに携わる人への支援も明示されている国がほとんどであり、認知症の理解を始めとした教育や人材育成、認知症の本人も含めた包括的な支援の在り方について取り組まれている様子が分かる。こうした観点からの臨床的な取り組みについて、国家戦略の概要のみから把握することは限界があるが、世界的潮流として認知症の本人や家族が生活する地域社会をベースに、医療と介護、場合によっては一般市民への啓発も含めて、認知症ケアの包括的なネットワーク構築を目指す方向にあることは明らかであろう。この点において、本研究事業の取り組みから期待される臨床的な成果には、地域社会をベースとした認知症ケアの指針をもたらす大きな意義があると考えられる。

表2 主要国の認知症国家戦略の名称と戦略の柱

国名	名称	戦略の柱
アメリカ	NATIONAL PLAN TO ADDRESS ALZHEIMER'S DISEASE ⁹⁾	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2025年までにアルツハイマー病を予防し効果的に治療する <ol style="list-style-type: none"> 1.A 研究の優先順位と中間目標を明確にする 1.B アルツハイマー病の予防と治療のための研究を拡大する 1.C アルツハイマー病の早期及び発症前のステージを特定する努力を加速する 1.D 国際的な公的又は民間団体との研究をコーディネートする 1.E 知見を医療と公衆衛生プログラムにどんどん反映していく 2. ケアの質と効率の改善 <ol style="list-style-type: none"> 2.A 質の高いケアを提供できる技能を有する人材を育てる 2.B 時宜を得た正確な診断を確実なものにする 2.C 診断後、ADの人と家族を教育し支援する 2.D 種々のケアの場における質の高い認知症ケアガイドラインと対策を明確にする 2.E ADの人のための新しいケアモデルの効果を探索する 2.F ADの人が、種々のケアの場とシステムを、確実に安全に効果的に移行できるようにする 2.G ADとともに生きる一人ひとりのために、調整され統合された長期的健康サービスと支援を推し進める 2.H アルツハイマー病によって過度に不利な影響を被っている住民及びケアの困難に直面している住民のケアを改善する 3. アルツハイマー病の人と家族に対する支援拡充 <ol style="list-style-type: none"> 3.A 文化的にアдекватな教育、訓練及び支援教材を確実に受け取れるようにする事 3.B 家族介護者が自身の健康と幸福を保ちながらケアを提供し続けられるようにする事 3.C 将来のケアのニーズを計画するに際して家族を支援する 3.D ADの人の尊厳、安全、権利を保つ 3.E ADの人の住居ニーズを評価し対処する 4. 市民の意識を高め、関わりを強くする <ol style="list-style-type: none"> 4.A アルツハイマー病について市民を教育する 4.B 協調するため州政府、部族政府、地方政府と連携し、政府間でアルツハイマー病の啓発のためのモデル的取り組みを明確にする 4.C グローバル社会と足並みを揃える 5. 進捗状況を追跡し、改善を推し進めていく <ol style="list-style-type: none"> 5.A 連邦政府の進捗状況把握能力を高める 5.B 国家計画の進捗をモニタリングする
イギリス	イングランド Living well with dementia:A National Dementia Strategy ⁹⁾	<ol style="list-style-type: none"> 1. 認知症に対する市民と専門職の意識と理解を高める 2. すべての人のための質の高い早期診断と介入 3. 認知症と診断を受けた者とケアラーのための質の高い情報 4. 診断後、ケア、サポート、助言を得やすくする 5. ピアサポートと学びのネットワークの組織的発展 6. 地域社会での個人的支援サービスの改善 7. ケアラーのための戦略の実施 8. 総合病院における認知症の人のケアの質の向上 9. 認知症の人に対する中間ケアの向上 10. 認知症の人とケアラーを支援する住居支援、住居に関するサービス及び遠隔ケアの可能性を考慮する 11. ケアホームで認知症とともに良く生きる 12. 認知症の人の終末期ケアの改善 13. 認知症の人に対して深い理解を有し有用な人材 14. 認知症のためのjoint commissioning 戦略 15. ヘルスケアサービス及び認知症の人とケアラーのためにシステムがどのように機能しているかについての評価と規制の改善 16. 研究のエビデンスとニーズについて明確にとらえる 17. 戦略を実施するための国家及び地域レベルでの効果的な支援

表2 つづき

イギリス ウェールズ	National Dementia Vision for Wales: Dementia Supportive Communities ⁷⁾	<p>認知症を支える社会 = 認知症の人が最高のQOLを享受できるよう支える包容力を持った社会を作る</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医療機関、社会的ケア、第3セクター及び他組織の連携改善を通じて提供するサービスの改善 2. 早期診断と適時介入の改善 3. 認知症の人とケアラーへよりより情報と支援が得られるよう改善（支援運動の必要性をより知ってもらうことを含む） 4. ケアを提供する人に向けた研修の改善（研究を含む）
イギリス スコットランド	Scotland's National Dementia Strategy ⁸⁾	<p>変化を起こすプログラムの支援のためのアクション</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 認知症ケアの共通基準 2. 認知症のためのスキルと知識のフレームワーク 3. 変化のための支援の統合 4. マネジメントの改善とアウトカムの情報 5. 診断における継続した取り組み 6. スタッフとケアラーが困難を感じる行動へのより良い対処 7. 認知症統合ケアパスウェイの実施の加速 8. 認知症研究の支援のための継続アクション
オランダ	Zorgstandaard Dementie ⁹⁾	<ol style="list-style-type: none"> 1. 情報、ガイダンス、サポート <ul style="list-style-type: none"> ・ キャンペーン・メディアを通じた全国的な認知症情報と初期診断の必要性の訴えかけ ・ 地域レベルでやるべきこと <ul style="list-style-type: none"> ・ 疾患情報、本人や家族への支援の可能性についての情報 ・ 関係者に対する質問窓口 ・ 認知症のプライマリ・ケアへの良好なアクセス ・ 記憶障害の原因やリスク要因について、各種専門団体が、より広範に情報収集・共有 2. 診断の特定と積極的なリファerral <ul style="list-style-type: none"> ・ 記憶障害をかかえた人を積極的に探索したベストプラクティスの共有により、ロールモデル的な役割を提供する 3. 診断 <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の診断調査を組織し、認知症が疑われる人とその家族の不安を最小化する ・ 実際の診断開始から認知症の確定診断が下されるまでの期間に関し全国レベルの標準期間を設定する 4. ケース・マネジメント <ul style="list-style-type: none"> ・ ケース・マネジメントの始期と終期を、認知症の人とその家族に対するケアの必要性に基づき決定するに当たり、全国レベルでの合意を形成する 5. 治療、ガイダンス、サポート <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症に対する一般医、専門医による統合的な医療上の決定の加速が必要である GPとケース・マネージャー間、医療ケアとホームケア、心理社会的ケアとパラメディカルケア間のショートカットが必要である 6. 家庭でのケアとADLのアシスタンス <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の人とその家族は、ホームケア・ワーカー・チームを依頼できるようにするべきである 彼らは認知症の人やその家族に対し、経験に基づく体系立ったアプローチで接するように訓練されている 7. アクティビティ <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の人とケア者に対し、魅力的でアクセス可能な場所でデイ活動を利用することができるよう適宜サポートする 本人に必要なデイ活動とケア者へのサポートを結びつける 8. レスパイト <ul style="list-style-type: none"> ・ アクセス可能な一時的住居の積極的利用に関する理解を増すべきである。 ・ より細分化された範囲のレスパイトケアに対するニーズがあり、細分化により、異なる文化的背景を持つ人を公平に扱い、より多くの選択肢を生む 9. 認知症の人に適した住宅 <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の人にとって望ましいクオリティや、刺激の本質がそれぞれ異なることを考慮して、最小限がいいのか、大きく変えるべきなのか（変えすぎるべきではないが）住居の調整をしなければならない ・ 認知症の人の記憶を支援する機器が、日々の活動を支援するかもしれないが、全員にふさわしいわけではない ・ 遅延を避けるため、望ましい住居へのリフォームの標準速度を設けることが望ましい 10. 危機の際の援助 <ul style="list-style-type: none"> ・ 危機の際にアクセス可能な一時的住居の形の可能性をさらに検討する

表2 つづき

フランス	Plan « Alzheimer et maladies apparentées » ¹⁰⁾	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者と介護者の生活の質の向上 <ol style="list-style-type: none"> 1) 介護者向け支援の増加 2) 全関係者間での協調の強化 3) 患者と家族が家庭での支援を選択できるようにする 4) 診断および治療へのアクセスの改善 5) アルツハイマー病に苦しむ人の生活の質を向上するための在宅ケアの改善 6) ヘルスケア専門家のためのスキルの認識と訓練の開発 2. 行動のための知識 <ol style="list-style-type: none"> 7) これまでに行っていない調査への取り組み 8) 疫学的調査の実施とフォローアップ 3. 社会的問題に関する動員 <ol style="list-style-type: none"> 9) 一般国民の意識向上に関する情報提供 10) 倫理的検討および倫理的アプローチの促進 11) アルツハイマー病をヨーロッパの優先事項とする
スウェーデン	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning ¹¹⁾	<p>主要コンセプト</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の診断にあたっては、まず基礎調査を行い、その後バイオマーカー・神経心理学テスト等に拡大する ・ パーソン・センタード・ケア：複数の専門家によるチームワークと訓練 ・ 保健医療ケアおよび福祉サービスが少なくとも年一回、治療、認知機能、身体能力、全般的な健康状態、行動上の変化、合意されたサポートに関するフォローアップを行う ・ アルツハイマー病の場合の認知機能減退に関する治療および薬の評価 ・ 認知症の場合のBPSDの調査 ・ 集団のニーズにこたえるアクティビティを行う、認知症の人に対する成人デイケアの提供 ・ 認知症の人向けの小規模住宅 ・ 近親者のサポート ・ データ不足がフォローアップを困難にしている <p>アクションリスト (アクションリスト番号)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 予防 (1-5) ・ 調査 (6-33) ・ 社会的介入 (34) ・ フォローアップ (35) ・ パーソンセンタードケア (36) ・ ベーシックケア・ナーシング (37-70) ・ 緩和ターミナルケア (71-72) ・ ささまざまな民族的背景を持つ人 (73) ・ 活動と施設 (74-90) ・ デイ活動 (91-92) ・ リロケーション・介護付住宅 (93-100) ・ 分野横断的チームベースワーク (101) ・ 教育 (102-104) ・ 薬剤 (105-123) ・ 具体的状況におけるアセスメント、ケアおよび治療 (124-150) ・ 扶養家族 (151-155)

表2 つづき

デンマーク	National handlingsplan for demensindsatsen ¹²⁾	<p>問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 組織化と協力 ・ 診断 ・ 社会的介入 ・ 法と認知症 ・ 家族の協力 ・ 教育 ・ 研究と情報 <p>勧告（ワーキンググループによる勧告）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症への取り組みのフレームワークとして段階的プログラムを採用し、協働モデルに関与して持続的に良好な結果を得るための手続きを行うことを勧告する ・ 国家健康委員会が認知症の診断、治療および制御のための学際的臨床ガイドラインを策定することを勧告する ・ 全地域の認知症の地域臨床データの拡大の可能性に臨床の質に関するデータ分析を含めることを勧告する ・ 各種社会的介入の利用に関する調査および情報収集を行うとともに、介入に関する経験の体系的共有の増大を勧告する ・ ABT基金下またはその他の状況において、認知症における福祉技術の開発および普及に関する分野横断的かつ拘束力ある協力に強く焦点を当てて勧告する ・ 重度の行動障害を持つ認知症の人を対象とした専門的、組織的取組に関する方法の開発および検証を実施するよう勧告する ・ ケア・ステートメントの普及可能性に関する意識向上を勧告する ・ 市町村、地域、州が認知症の人に対する本人が望まないケアの可能性に関する明確な説明を行うよう勧告する ・ 治療を反対する言動を表明し、抵抗の影響を自ら予見することができないような、認知症の人を含む恒久的に能力を欠く患者に対する治療機会の増大を与えるような保健関連法令の整備を検討するよう勧告する ・ レスパイトに関する家族のニーズについてより精査し、家族に対する取り組みの優先順位の決定と体系化において市町村を支援するよう勧告する ・ 認知症におけるデイケアやレスパイトの発展および改善を行うために、地方自治体およびボランティア団体間のパートナーシップの促進に今後焦点を当てよう勧告する ・ 市町村および地域が、病院、GP、市町村の職員等の人々が、職業訓練を始めとする現在の認知症教育をさらに選別し戦略的に使用できるようにすることに継続的に焦点を当てて勧告する ・ 2011年よりも長期間にわたり認知症全国情報センターを継続することを優先するよう勧告する。 ・ 認知症に関する広報活動の開始を勧告する。
フィンランド	KANSALLINEN MUISTIOHJELMA 2012-2020 ¹³⁾	<ol style="list-style-type: none"> 1. 脳の問題は一生の問題である 2. 記憶障害はすべてに影響する 3. 良いケアとはどうあるべきか 4. 調査および情報
ノルウェー	Dementia Plan 2015 ¹⁴⁾	<ol style="list-style-type: none"> 1. 質の向上、調査、計画 <ul style="list-style-type: none"> 4年間のアクションプラン（2007-10） <ul style="list-style-type: none"> ・ 調査（市町村レベルのヘルスケアサービスについて）、センター設立 ・ R&Dを週じたサービス向上の模索 ・ 市町村レベルの計画 イニシアチブ2008 <ul style="list-style-type: none"> ・ 研究 ・ 環境療法に関する3年計画 ・ 若年性認知症に関する研究 2. 能力増大とスキルの改善 <ul style="list-style-type: none"> 4年間のアクションプラン <ul style="list-style-type: none"> ・ ナーシングホームケア専門職の育成 ・ 認知症、メンタルヘルス専門職の育成 イニシアチブ2008 <ul style="list-style-type: none"> ・ ナーシングホーム、介護付住居への補助金

ノルウェー (つづき)	<p>3. 協調の増大と、医療フォローアップ 4年間のアクションプラン</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 専門職、市町村保健サービスと連動した、認知症の人の評価診断モデルの開発 ・ 高齢者向け専門保健サービスを補強するための地域アクションプラン ・ ナーシングホームの医療サービスの全国基準を設ける また、ノルウェープライマリケア品質向上研究所 (NOKLUS)のサービスを市町村に広げる <p>イニシアチブ2008</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者向け専門保健サービス (国レベル、地方レベル) <p>4. アクティブケア 4年間のアクションプラン</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の人のデイプログラムとレスパイト体制のモデルの作成施行 地方行政と連携して、政府もデイプログラムの法的義務付けを検討 <p>イニシアチブ2008</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ナーシングホームや介護住居への補助金 (共通スペースの設置によるデイプログラムの実施のため) ・ 環境に特化した開発計画 <p>5. 家族や地方共同体とのパートナーシップ 4年間のアクションプラン</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族のケア者、サポートグループのための学校を拡大 ・ 情報/教育キャンペーン 認知症についてよりオープンに語ること、情報アクセスの増大、市町村が情報提供義務を果たしやすくするための情報手段の: ・ ボランティア (政府がボランティアの訓練プログラムを提供) <p>イニシアチブ2008</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ボランティア (同上)
オーストラリア* National Framework for Action on Dementia 2006-2010 ¹⁹⁾	<p>目指すもの 認知症患者と介護者、家族のよりよいQOL</p> <p>目的</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症患者と介護者、家族の生活に前向きな変化をもたらすためにオーストラリア人は協力する ・ オーストラリア政府は、サービス提供者とコミュニティとが協力して認知症患者、介護者、家族のために、実現可能で途切れない支援の道筋を作り出す <p>理念</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 認知症患者が大事にされ尊敬されること。彼らの威厳に対する権利とQOL が支援されること 2. 介護者と家族が大事にされ、支援され、努力が認められ、励まされること 3. ケアの選択が患者、介護者、家族中心に行われること 4. それぞれの人に合ったサービスが提供されること 5. 患者、介護者、家族が社会的、文化的、経済的なバックグラウンド、地域やニーズに応じて、適切なサービスを受けること 6. よく訓練されたサービス提供者が上質なケアをすること 7. 患者、介護者、家族のQOL においてはコミュニティが重要な役割をしている <p>行動の最優先課題</p> <p>優先領域1:ケアとサポートのサービスは柔軟であって、患者、介護者、家族の変化するニーズに対応していくことができる。</p> <p>優先領域2:認知症に関する情報や、サポート体制、ケアサービスは、患者、介護者、家族の住んでいる地域や文化的背景にかかわらず公平にアクセスできる</p> <p>優先領域3:情報と教育は実証的な考えに基づいていて、正確でタイムリーで有意義な方法で提供される</p> <p>優先領域4: 研究は、認知症患者や介護者、家族にニーズに関するものと同様に、認知症予防や発症を減らしたり、発症を遅らせるものとなる</p> <p>優先領域5:人員と訓練の戦略は技能を持った高い質の認知症ケアを提供するものとなる</p>

* 認知症介護研究・研修センター (2009) ひもとぎねっと 海外認知症ケア情報 オーストラリア¹⁹⁾より

その一方で、国家戦略の大きな目標として、各国では認知症の本人や家族の QOL の改善を目指す姿勢が打ち出されている。また、たとえばアメリカでは認知症の本人の尊厳、安全、権利を保つこと、オーストラリアでは認知症の本人が大事にされ尊敬されること、その威厳に対する権利や QOL が支援されること、等が明記されているように、家族や介護者のみならず、認知症の本人にとっての認知症ケアの価値を掲げる国家戦略も少なくない。このことは、認知症ケアの最終的なアウトカムにおいて、認知症の本人にとっての価値も欠くことのできない重要な視点であることを表すものと考えられる。言い換えれば、認知症ケアの方向性として確認された地域社会における認知症ケアのネットワーク構築によってもたらされる利益が、認知症の本人にとって真に価値のある利益であるかという視点が、今後強く求められるともいえる。ケアサービス提供者側は、前項「いま「認知症」について考えるべきこと、整理すべきこと」及び次項「MSP (Malignant Socio-Psychology) と PPW (Positive Person Work)」で述べたような、認知症の本人のニーズに応えるサービスに向けたビジョンや、パーソンセンタードケアの理解を深め、実際の取り組みに臨むことが必要であろう。

まとめ

ここまで、本稿別紙 1 では認知症国家戦略を有する主要国の戦略の柱を概観し、地域社会ベースの認知症ケアネットワークの構築の重要性を確認した。また、これら認知症ケアの取り組みによってもたらされる利益が、認知症の本人にとって価値あるものであることの重要性を示した。

一方で、今年度では現時点で実際に資料が入手可能であり、かつ翻訳等を含めた時間的、物理的制約から分析可能であった対象国及び対象範囲に留まった。実際には他にも国家戦略を有する国は有り、かつ分析対象とすべき細目は残る。また、主要国以外のメール調査では、2 月末時点において回答の得られた国 (17 カ国) の中には、認知症国家戦略を有する国は主要国以外では見られなかった。しかし、ドイツ、ボリビア、インド、ルーマニア、チュニジア、チェコ、インドネシア、マレーシア、キプロス、南アフリカといった国からは、国家戦略の策定のための努力が続いているとの情報が寄せられた。こうした国には新興国や発展途上国も含まれることから、認知症の問題がもはや先進国のみの問題に限らないことも示唆された。可能であれば、これらの国における国家戦略の主たる柱がどのような理念のもとで策定されているのかを調査することによって、より広く、認知症ケアにおける世界的潮流を把握し、その中における地域社会ベースの認知症ケアネットワークの構築による意義を位置付けることが可能になると考えられる。

文献

- 1) United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Population Estimates and Projections Section: World Population Prospects, the 2010 Revision. 2011.
<http://esa.us.org/wpp/> (2013年2月15日最終アクセス)
- 2) World Health Organization and Alzheimer's Disease International: Dementia: a public health priority. 2012.
http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/index.html (2013年2月15日最終アクセス)
- 3) 認知症施策検討プロジェクトチーム：今後の認知症施策の方向性について. 2012.
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf> (2013年2月15日最終アクセス) .
- 4) 厚生労働省老健局高齢者支援課：「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」について. 2012.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh.html> (2013年2月15日最終アクセス) .
- 5) U.S. Department of Health and Human Services: National Plan to Address Alzheimer's Disease. 2012.
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/NatIPlan.shtml> (2013年2月15日最終アクセス) .
- 6) Department of Health: Living well with dementia: A National Dementia Strategy. 2009.
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_094051.pdf (2013年2月15日最終アクセス) .
- 7) The Welsh Government: National Dementia Vision for Wales: Dementia Supportive Communities. 2011.
<http://wales.gov.uk/topics/health/publications/health/guidance/dementia/?lang=en> (2013年2月15日最終アクセス) .
- 8) The Scottish Government: Scotland's National Dementia Strategy. 2010.
<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/09/10151751/0> (2013年2月15日最終アクセス) .
- 9) Alzheimer Nederland and Vilans: Zorgstandaard Dementie. 2012.
<http://www.alzheimer-nederland.nl/media/11405/Zorgstandaard%20Dementie%20PDF.pdf> (2013年2月15日最終アクセス) .
- 10) Plan « Alzheimer et maladies apparentées ». 2008.
<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/> (2013年2月15日最終アクセス) .

- 11) Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning. 2010.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf> (2013年2月15日最終アクセス) .
- 12) Socialministeriet og indenrigs- og sundhedsministeriet: National handlingsplan for demensindsatsen. 2010.
http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2010/December/~-/media/File/r%20-%20Publikationer_i_pdf/2010/Demens/National%20handlingsplan%20for%20demensindsatsen%20december%202010.ashx (2013年2月15日最終アクセス) .
- 13) Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö: KANSALLINEN MUISTIOHJELMA 2012–2020. 2012.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf (2013年2月15日最終アクセス) .
- 14) Norwegian Ministry of Health and Care Services: Dementia Plan 2015. 2012.
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20KTA/DementiaPlan2015.pdf> (2013年2月15日最終アクセス) .
- 15) Australian Health Ministers' Conference: National Framework for Action on Dementia 2006-2010. 2006.
[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/B9616604C02332D5CA25701B0075A997/\\$File/NFAD%20low%20res%20Web%20Version%20Oct%202006.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/B9616604C02332D5CA25701B0075A997/$File/NFAD%20low%20res%20Web%20Version%20Oct%202006.pdf) (2013年2月15日最終アクセス) .
- 16) 認知症介護研究・研修センター: ひもときねっと 海外認知症ケア情報 オーストラリア. 2009.
http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/kaigai/pdf/au09_02jNationalFramework.pdf (2013年2月15日最終アクセス) .

別紙 2

MSP (Malignant Socio-Psychology) と PPW (Positive Person Work)

本多智子¹⁾・中野あゆみ²⁾・河野禎之³⁾・谷口真理子¹⁾・木之下徹¹⁾

1) 医療法人社団こだま会こだまクリニック

2) 有限会社 GOOD LIFE

3) 筑波大学人間系障害科学域

はじめに

各国の認知症施策を立案、企画、運営をする上で、いまや世界に認知症の当事者の発信は極めて重要視されつつある。ちなみに、影響力のある国際組織としては DASN¹⁾がある。我が国においても、その潮流は 2003 年にオーストラリアの認知症の人が講演を行ったことに端を発する²⁾。いま日本人の認知症の当事者の発信支援を、行政も含め各団体において行うべく努力が始まっている。一方、サービスを提供する側も、当事者の意思の大切さを認識し始め、たとえば「パーソンセンタードケア」と呼ばれ方をされつつ、語られはじめている。しかしケアの上ではとても重要な用語である、パーソンセンタードケアの明確な定義はいまのところない。たとえば安易に「その人中心のケア」と訳出されるせいで、全体像をつかみづらくしている³⁾ようにも思える。当事者の要求ニーズ⁴⁾にだけ答えようと努力すれば疲弊するし、一方庇護ニーズにだけ答えようとすれば本人が傷つく。周囲の都合も無視はできない。そういった意味では、一方的な働きかけでは、たとえば、「ある状態に対する」対処法を身につけるだけでは、自ずと限界がある。またパーソンセンタードケアの言葉自体にすでもう手垢がついている、という意見⁵⁾もある。ただし、この意見においてもパーソンセンタードケアの意義は相変わらず重要である、とある。あるいは生命倫理的な「パーソン」という表現の限界も指摘されている⁶⁾。

つまり、「パーソン」に関する用語の考察以外に、少なくとも上述した批判については、パーソンセンタードケアの本質的な理解を進めることによってずいぶんと乗り越えられる部分もある。ところでパーソン・センタードな取り組みについての重要なキーワードとして以下が挙げられる。

- ・ Personhood
- ・ 認知症のパーソン・センタード・モデル
- ・ 認知症を共に生きる人たちの視点に立つ努力
- ・ New culture

- ・ MSP (Malignant Social Psychology、悪性の社会心理)
- ・ PPW (Positive Person Work、その人に対する前向きな働きかけ)

が挙げられよう。そこでその中から、パーソンセンタードケアの提唱者であるトム・キットウッドの著書⁷⁾を参考にしながら、パーソンセンタードケアを理解するためにおいて、重要度の高いMSP (Malignant Socio-Psychology) とPPW (Positive Person Work) について取り上げ、その内容と事例を整理し示す。そのことによって、パーソンセンタードケアを本質的に理解するための手がかりを提示することが本稿の目的である。

MSP「悪性の社会心理」

前掲書籍において、MSP (悪性の社会心理) には以下の17の項目が挙げられている。

1. だます
2. できることをさせない (ディスエンパワーメント)
3. 子ども扱い
4. おびやかす
5. レッテルを貼る
6. 汚名を着せる
7. 急がせる
8. 主観的現実を認めない
9. 仲間はずれ
10. もの扱い
11. 無視する
12. 無理強い
13. 放っておく
14. 非難する
15. 中断する
16. からかう
17. 軽蔑する

トム・キットウッドは、高齢者ケア施設で発生する否定的なコミュニケーションのタイプをつきとめ、これらの行為や認識を「悪性の社会心理」と名付けた。しかし、この悪性の社会心理をそれと意識して行う人は殆どいないという。ある研究者は、これらのMSPは「親切心や善意で行われている」ということを指摘している⁸⁾。そのせいで、認知症ケアの現場では驚くほど日常的におきている。いまの施設の文化、ケアの文化はそれを許して、

そして強化していると指摘している。さらに、認知症をもつ人たちに対するこのような反応の仕方、ミラー・イメージ（鏡現象）のように、新人のスタッフはシーツのたたみ方を学ぶのと同じように無意識に学び取っていく。悪性のコミュニケーションについて学習し、認識しておくことは重要である。何故なら、そのようなコミュニケーションのありかたを変えるには、まず自らが何を行っているのかを知ることが大切だからである。

MSP の実例

高齢者住宅の経営、及び訪問介護事業所と福祉用具を販売する会社を運営し成年後見人の受任にも携わっている人が経験を通して、いくつかの MSP の実際を語った内容⁹⁾を以下に示す。

・ 無視する

私は、認知症のある方が目の前にいるのに、あたかもいないようにその施設の職員と頭の上で会話を交わしたことが、あった。「それって私のことを言ってるの？」と言われ私はハッとした。「ごめんなさい」と咄嗟に出たが、その人を無視した行為だったと反省した。悪意などはない。どちらかといえば善意でさりげなく交わした会話のつもりであった。本人の存在を無視した行為であった。

・ 仲間はずれ

私は、月に1度は後見人として施設を訪問し、本人や施設職員から施設での様子を伺う。病状の変化の確認や金銭管理のチェックなどである。本人の代理人として活動するため本人の好みや生活のあり方を十分に知っておく必要がある。施設での生活で不都合なことや悩んでいることはないかなど尋ねたり相談したりする。

ある大きな介護施設で、私が担当している認知症の人だけがダイニング（食堂）から遠く離れた場所で身動き取れない状態であった。拘束ではないと施設側は言う。車椅子を自由に動かすこともできず、じっと静かに座っている。本人が、ちょっとでも車椅子を操作すると、施設のスタッフから「危ない！」と言われ、現場はピリピリしている。安全を優先することは大切であるが、ずっと車椅子に座って過ごしている姿には、喜びや楽しみは見出せない。当然、テレビの音や音楽も届かない。誰もいないステーションの片隅に、車椅子に座ったままで自由に動けない姿に私は心を痛めた。

・ 放っておく

ある、大きな施設での出来事である。ワンフロアに30人くらいの車椅子の利用者がいて、食後の口腔ケアを順番に待っているところであった。1人の認知症の方が、ずっとスタッフを呼び続けている。トイレに行きたい様子であった。「おーい、おーい」と何度、呼んで

も返事を返すことなく、その声をなきものとして、ケアスタッフが走り回る光景である。人員不足なのかもしれない。その「おーい、おーい」に、「またかよ」という職員の溜息混じりの舌打ちさえ私には、聞こえてきそうであった。そのとき、「後でね」と、その場だけを取り繕う職員の対応に、施設全体の雰囲気、私は感じた。人員不足は、どこの施設職員からも同じように悲鳴が聞こえている。ケアする人もパーソンセンタードケアの当事者ではあるが、なんだかやりきれない気分であった。

・ レットルを貼る 軽蔑をする

認知症のある女性と整形外科へ受診したときのシーンである。骨折を疑がって病院へ行った。医師は「認知症の人にいくら言っても仕方ないでしょう。認知症の人は、骨折していることや、痛みなんかどうせわからないから」と、パソコンの画面をみながら、淡々と話した。そして、「次回からは、あなただけでいいですよ。レントゲンを撮るときだけ連れてきてください。薬は大目に出しておきますから・・・。」ということであった。私はその時「医師がそういうなら」という思いで、帰宅したのを覚えている。認知症の人は痛みがないわけではない。痛みがあってもうまく伝えられないのである。私は医師が言うなら・・・と、言われた通りに戻って来たことを後悔した。「認知症になったら何もわからない」というレットルを貼り、「どうせ痛みなんかわからない」と見下した医師に対して、腹立たしく、そして、落胆した。

・ だます おびやかす

施設での風景である。認知症の女性は、どうも食事がすすまない様子であった。施設スタッフの「このごはん食べ終えたら、貴女の好きなケーキが、待ってますよ」という声が聞こえた。早くご飯を食べさせなければならぬスタッフが思いついた、子供だましの発言である。結局、その気にさせておいて、ケーキは出なかった。また、「早く食べてください。ちゃんと食べないと息子さんに言うわよ！」と脅しめいた発言も出てびっくりした。真顔で言われて、本人は、無理して食事を口へ詰め込んだため、吐き出してしまった。

・ もの扱い

入浴の場面では、職員は汗だくで入浴介助をしている。廊下に車椅子が並び、次々と手際よく裸にされて入浴介助が行われている。ある長期療養施設では、ベッドでおむつだけになり、そのままバスタオル一枚かけて、ストレッチャーに乗せられる。それからエレベーターに乗り、寒い渡り廊下を通過し、やっとお風呂場に到着。浴室では流れ作業場のように洗われ、湯に付けられる。シャワーでなく、ホースで洗い流す入浴介助もあった。ただただ・・・、スタッフも、裸の人々も無言で、また裸で台に乗せられ、ベッドに戻される。安全と作業効率が優先なのだろう・・・。自慢そうに時間内で何人を介助したかを話し合っていた職員がいた。

・ 子ども扱い

玄関前を行ったり、来たりする認知症の方がた。そのとき、職員の声がして「一人で行かないでください。転んでも知りませんよ！」認知症の方は、「私は赤ちゃんじゃありません！」「転んでもあなたに迷惑かけません」少し大きな声で反撃したような口調であった。我々の人生の大先輩に対して使う言葉とは思えない。

・ 無理強い

施設へ訪問したときの出来事。寝たきりの認知症のある方は「たまには、身体を起こしてテレビをみたりおしゃべりしたいじゃない！あっちでは、カラオケかピアノの演奏が始まってるみたいだし。ここじゃ（この施設では）、食後のひと休みなんていわれて、必ずベッドに戻されるのよ」「私だって参加したい時もあるのに……。職員さんは忙しそうだしねえ」。参加したいかどうか聞いてもらえる雰囲気はないようである。マニュアル通り食後は必ずベッドへ戻される様であった。

・ できることをさせない

ある女性の認知症の方に言われた。「私だって昔はこれでも主婦をしたのよ！ホームでは上げ膳据え膳で楽だけど、危ないからってトレーを運ぶのをやらせてもらえないのよ。せっかくやろうとしたら、職員さんに怒られちゃうから。」

別の方のケースでは、「ホントは私歩けるのに危ないからって歩かせてもらえないのよ。立って歩くと危ないからって言われて、ずっと車椅子に座ってるわ」この方は自立心の強い方であった。こっそり、個室のベッドのサイドレールにつかまって歩く練習をしたようである。幸い転倒はしなかったが、職員にとっては危険行為のなにもものでもないのだろう。

・ 非難する

私が在宅介護の仕事をしているときのことである。アルツハイマー型認知症の86歳の女性の方が私におしえてくれた。「夫にはよく言われるのよ。『お前は認知症だからバカなんだ』と。「娘にも『どうしてママはそんなにボケちゃって。どうしようもないわね！ボケたらやっぱりおしまいね』と、言われたわ」「忘れちゃうから何度も聞くけど、『さっきも言ったじゃない』といわれると……。次に言葉が出なくなるわ。そうしたら、何を聞くかも忘れちゃうのよ」この方のご主人は2年前に亡くなった。ご主人が亡くなったこと自体は忘れてしまう。この方が、初期の認知症の頃、おそらく5年以上前の頃だと思われるが、ご主人との会話のやり取りは鮮明に記憶されていた。「認知症になったらおしまい」という言葉が心に刺さってしまったようである。その時の感情や記憶は驚くほど鮮明である。「今は、夫に責められることも嫌な顔されることもないし、私はすぐ忘れちゃうけど、あんまり心配なこともないから、ヘルパーさんに手伝ってもらってなんとか生活してるのよ」

非難されたことは5年たった今でも、感情の中で生きていることを教えられた。

MSP の項のまとめ

これまで自分にとって普通の言葉や行為だと思っていたことが、実は認知症の人に不快感や不自由をあたえ、こころに傷さえ残す場合があることに気づかされた。自分が認知症になったら、家族、ケアする人や、社会の人々にどのように接してもらいたいかを考えるべきである。それは、これから迎える私たちの将来のために大切なことだと思ふようになった。

PPW (Positive Person Work)

ポジティブ・パーソン・ワークは、日本語では、「前向きな働きかけ」とか「積極的な働きかけ」などと訳されている。しかし「働きかけ」というと、その言葉の持つ響は「一方向だけに向かって」働きかけている、と感じてしまいがちである。しかしトム・キットウッドによると、このPPWの意味には「〇〇する側」、「〇〇される側」という一方向の関係性ではないことを指摘している。そしてPPWは3組の相互行為の連鎖から成り立つと考えている。具体的には、このPPWは、単位として、まずある人が行動を起こす action、その行動を解釈して受け手が応える reaction、行動を起こし手はその相手の応答を解釈して内省する reflection、そういった3組の相互作用をひとつの単位としている。決して一方的な「働きかけ」ではないことに気づける。さて、前掲著書では12のPPWが扱われている。

1. 認めること
2. 交渉
3. 共同
4. 遊び
5. ティマレーション
6. お祝い
7. リラクセーション
8. バリデーション
9. ホウルディング
10. ファシリテーション
11. 創造的行為(creation)
12. 贈与 (giving)

たとえば、「1. 認めること」の内容は、「認知症の人を固定観念で捉えない、病人扱い

しない、偏見な態度を取らないで、人として出会う。」という風な働きかけを意味している。ところで、これらの1～7については、ケアする人からの、認知症の人々に対する行為が出発点となっている。次の8～10の項目については心理療法的な内容になっている。つまり「8. バリデーション」は、米国のソーシャルワーカー、ナオミ・フェイルが生み出した認知症の人とのコミュニケーションをとる方法論¹⁰⁾として有名である。その他に「9. ホウルディング」、「10. ファシリテーション」が挙げられている。これらもケアする側の行為が出発点となっている。さて、最後に挙げられているのは、「11. 創造的行為(creation)」、「12. 贈与(giving)」である。ここで着目すべき点は、いままでの項目とはちがって、この2項目は、行為の発端が認知症の人にある、ということである。トム・キットウッドは、この贈与の説明の中で、「我—汝モードに近い相互行為」という表現を使っている。この「我—汝モード」というのは、ドイツの哲学者マルチン・ブーバーが提唱した概念¹¹⁾だと言われている。ブーバーによれば、

「科学的、実証的な経験や知識は「それ」というよそよそしい存在にしか過ぎない。その「我—それ」の関係に代わって、真に大切なのは「我—汝」関係である。それは精神的存在と交わることである。そして、精神的存在と交わるためには 相手を対象として一方的に捉えるのではなく、相手と自分を関係性として捉えること」

と伝えている。サン＝テグジュペリの絵本である「星の王子さま」の中に我—汝モードの言葉が意味する内容があったのでご紹介する。

それは、様々な星を旅している王子さまがある星でキツネと出会うシーン。

「きみ、だれ？」

「キツネだよ」

「ぼくと遊ぼう」

「きみとは遊べない、なついてないから」

「なつくってどういうこと」

「絆を結ぶということだよ」。

そして、この絆を結ぶということをこの絵本の中では次のように表現している。

「きみはまだ、ぼくにとっては、ほかの十万の男の子となにも変わらない男の子だ。きみにとってもぼくは、ほかの十万のキツネとなんの変わりもない。でも、もしきみがぼくをなつかせたら、ぼくらは互いに、なくてはならない存在になる。きみはぼくにとって、世界でひとりだけの人になる。ぼくもきみにとって、世界で一匹だけのキツネになる・・・」。

この、「男の子—キツネ」という関係ではなく、「きみ—ぼく」という関係が「我—汝」

関係であり、そこには“互いに、なくてはならない存在”という関係が生まれる。“互いに”が示すのが贈与（giving）としてトム・キットウッドは言及したものだ考える。「創造的行為」と「贈与」についての事例を紹介する。

・ 「創造的行為」の事例

90歳代、軽度認知症の女性。一人暮らしであった。幼い頃に母親を亡くし、長女という立場から7人の兄弟の面倒をみてきた。年の離れた一番下の弟が独立するまで、様々な会社で働き、生計を立ててきた。その間に、父親を見送り、墓も建て、仏壇を守ってきた。結婚もできないまま月日は流れていた。退職後は、周囲に気遣いながらも、のんびりと生活することを大切にしていた。年の離れた弟が唯一の肉親であった。

認知機能低下が目立ち始めた頃から「言った、言わない」などの言い争いが絶えなくなり、弟との関係は疎遠になってしまった。その後も認知症の状態は日々進行していった。食事をしたこと、薬をのんだこと、デイサービスの日や、ヘルパーの来てくれる時間や約束などをすっかり忘れてしまう。そのような状況のとき、追い打ちをかけるように、食道がんが見つかった。通院のたびに、我々は理由を何度も説明する。どうにか通院しても、本人は「食べられなくなったのです。吐き気がとまらないのです」を繰り返し、「何とかしてほしい」と毎回医師に迫った。医師からは、認知症があること、高齢であること、親族からの支援がないことを理由に、手術も放射線治療も出来ないと告げられた。本人は、状況のみこめず、忘れることもあって、「あの医者、ヤブ医者ね！」と不満をぶつけた。我々は、少しでも可能性があるならと思い、大学病院への紹介状をもらった。しかし、そこでもまた、「治療できる対象者ではない」ことをはっきりと告げられてしまった。診察室を出て、私（介護者）は重い気持ちのまま、待ち合い室のソファに腰掛けていた。話をなにも切り出せないままでいると、本人から、さっぱりした様子で「もう、病院に来なくていいのよね」、「こんなおばあさんになってしまって、検査なんてもうたくさんよ」、「好きなものを好きなだけ食べて死ねたら幸せ」と言った。私はとても驚いた。この日から、本人は、好きなお酒を少し晩酌にするようになった。

夏のある日、小さいコップ1杯のビールを美味しくそうにのみながら、私に語り始めた。「女が独りで、生きていくには、本当に大変だったわ。東京は焼け野原でしょう！でもなんとか学校に行ったのよ。二人の兄は、とうとう戦地から帰ってこなかったわねえ」。「私、もうそろそろ、終わりが近づいてる気がするわ」、「一緒に、ビール飲まない？」と私を誘ってくれた。ある時、「もうできないかもしれないねえ」と言いながら、レースの編み物を見せて「あなたもほら、やっpegらんなさい」と、私にレース編みを教えてくれた。「これに夢中になるといろいろと嫌なことも忘れるし、頭がすっきりするのよ。出来上がったときは、そりゃあ、嬉しいわよお」と笑顔が輝いていた。私の不器用さに呆れて、私には太い毛糸を使って根気よく教えてくれた。認知症になっても、好きなお酒をたしなむ時間と、嫌なことを忘れさせてくれる大好きなレース編みは、忘れることはなかった。そ

れから半年たったある日、亡くなった。

本人は、認知症のことも癌のことも、自分の人生の最後を真正面から受けとめていたと思う。大好きなお酒とレース編みの力を借りて、自分流にピリオドを打ったようにも感じた。そういった、この方の前向きで力強い最後の大切なときに、私をお酒にいつも誘ってくれ、話をしてくれた。私自身の人生にとっても、なにかとても大切なものを残してもらった。

・ 「贈与」の事例

80歳代の女性。私はこの方の後見人をしている。施設入所している本人は、重いアルツハイマー型認知症と統合失調症を持っている。私の名前は「あゆみ」というが、その方は私のことをなぜか「さっちゃん」と呼ぶ。10年前に初めて会ったときからそう呼んでいる。「私の古い友だちの、さっちゃんです」と毎回、毎回、丁寧に施設のスタッフに紹介して歩く。私のことをいつもきちんと、皆へ紹介してくれるのを、ありがたく感じている。この方は、車椅子の生活をしており、一人で外出することはできない。必ず誰かと一緒になければ、フロアの外に出ることもできない。トイレは辛うじて自分で向かう。しかし、失敗も多く、汚れた下着のままになってしまうことも多々ある。ひとりですっかり後始末できていると思込んでおり、手助けしようとする、大声で拒絶され、ふり払われてしまう。自分の体はどこも悪くないと思っており、薬や医師にも拒否的である。ちょっと頑固だが、月に一度の私の訪問をととても心待ちにしてくれている。私も、なんだかうれしい気持ちになる。天気の良い日や、本人の体調の良い時には、施設の近くにある公園で一緒に時間を過ごすことにしている。そんなとき、おやつを用意して出かけている。差し出したおやつを「あんたも食べなさい！」と必ず私に半分、分けてくれる。自分がどんなに大好きなものでも、必ずくださる。「私は食べてきたので、召し上がってください」と返そうとすると激昂して怒り出す。それなら折角なので、一口もらうと、とても穏やかな雰囲気になる。私には見えないが、おやつを半分を、自分の背中の方にいる誰かに話しかけてあげている。「あー、喜んでいるよ、さっちゃん、ありがとうって言ってるよ！」と誰かと話した内容を教えてくれる。そして、空に向かって「おーい鳥ちゃん！雀ちゃん！」と呼びかけ、今度は、地面に向かって「ミミズ君、蟻ちゃん！」と叫んで、おやつをちぎってポーンと投げる。そして「私の仲間達よ……」と言いながら、お祈りのように呪文を唱え始める。私はなぜかこの光景をみて、気持ちが悪いとか、折角、おやつを持って来たのにとか、という気持ちにはならない。自分の大好きなおやつを地球に住む生き物に与え、与えられることに感謝する祈りを聞いて、不思議にも、晴ればれとした、さわやかな気持ちになるのである。目には見えないけれど、たくさんの優しさ、希望、おだやかな気持ち、この方から私の心の奥まで伝わってきた。

PPWの項のまとめ

パーソンセンタードアプローチの最も大切なことは、我々はみな、他者の中に何か新しい、創造的な、育む力を発見する能力を持っている。そのような我々と他者との関係性が認知症の人と共にあり続けるための能力であると、トムキットウッドは説明している。二つの事例は、我々に、認知症の方々と共に過ごしながらか、生きてゆくためのこころの糧を教えてくれている。

終わりに

本稿では、パーソンセンタードケアにおける MSP と PPW を概説し、それぞれについて事例を提示した。これらふたつのテーマは、パーソンセンタードケアの具体をわかりやすく提示し、より本質的なありかたの理解を深めてくれるヒントがあると確信している。

文献

1. International Dementia Advocacy and Support Network.
<http://www.dasninternational.org>
2. NPO 法人認知症当事者の会 (編集); 扉を開く人 クリスティーン・ブライデン. クリエイツかもがわ (2012/11/9).
3. ドーン・ブルッカー (著), 水野裕 (監修), 村田康子 (翻訳), 鈴木みずえ (翻訳), 中村裕子 (翻訳), 内田達二 (翻訳); VIPS ですすめるパーソン・センタード・ケア. クリエイツかもがわ (2010/7/26).
4. 上野千鶴子; ケアの社会学——当事者主権の福祉社会へ. 太田出版 (2011/8/4)
5. Nuffield Council on Bioethics ; Dementia: ethical issues. Nuffield Council on Bioethics 2009.
6. 森岡正博; 生命学に何ができるか—脳死・フェミニズム・優生思想. 勁草書房 (2001/11).
7. トム・キットウッド (著) 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. 筒井書房 (2005/09).
8. エリザベス・マッキンレー(著), コリン・トレヴィット (著), 馬籠 久美子 (翻訳); 認知症のスピリチュアルケア—こころのワークブック. 新興医学出版社 (2010/04).
9. 中野あゆみ; 第 48 回 (2012 年 4 月 11 日)、第 49 回 (2012 年 6 月 14 日) 在宅認知症ケア連絡会での報告から。品川区大井町きゅりあんにて。
10. ナオミ・フェイル (著), 藤沢 嘉勝 (翻訳), 篠崎 人理 (翻訳), 高橋 誠一 (翻訳); バリデーション—認知症の人との超コミュニケーション法). 筒井書房; 第 2 版 (2001/09).
11. <http://ja.wikipedia.org/wiki/マルティン・ブーバー>.