

隔月刊誌

介護リーダー

2006



www.nissoken.com
TEL ☎ 0120-054977
FAX ☎ 0120-052690
E-mail cs@nissoken.com

認知症高齢者の 個別ケア

～「その人らしさを支える」
諦めない認知症ケアの
実践

新しい認知症ケア

～「パーソン・センタード・ケア」とは

神戸学院大学 人文学部 助教授 石崎淳一
第一福祉大学 人間社会福祉学部 助教授 稲谷ふみ枝

† はじめに

2005(平成17)年の春、筆者らは『パーソン・センタード・ケア—認知症・個別ケアの創造的アプローチ』という翻訳書を出版した¹⁾。これは、イギリスのパーソン・センタード・ケア(以下、PCC)の提唱者であるトム・キットウッド(Kitwood, T.)が企画したPCCの成功事例集というべき本である。その後、キットウッドの著書は2冊続けて翻訳出版された。一冊は認知症を学術的に再検討してPCCに対する理論的基礎を提示した彼の主著であり²⁾、もう一冊は一般読者向けに書かれたPCCのケア・ガイドである³⁾。

このように、PCCの文献が2005(平成17)年に続けて出版されたため、日本でのこの言葉はより広く一般の人たちにも知られるようになったようである。例えば、読売新聞はPCCを「人格尊重の認知症ケア」とあると紹介し、「認知症ケアの世界に新しい風が吹き始めた」と報じた⁴⁾。

今やPCCは、世界的に一つの時代的潮流とみることができる。実際、この考え方を生み出したイギリスにおいて、PCCは認知症ケアの標準として定められている。日本でも介護保険制度が導入されてすでに5年が経過しており、特に認知症ケアは新しい段階に進もうとしている。

筆者らは、これまで主に臨床心理学的な立場からPCCについて論じてきた^{5, 6)}。本稿では、高齢者ケアの専門家である本誌の読者にPCCに対する理解を深めもらうことを目的として、筆者らの観点からPCCの最も中心的な論点について述べたい。

† 医学モデルから パーソン・センタード・ モデルへの転換

PCCとは、パーソン・センタード・モデルに基づくケアということであるが、具体的にそれはどのようなモデルなのだ

ろうか。

キットウッドは、脳の器質的な疾患である認知症^{*1}において、医学・生物学的なモデルが患者の臨床的状態像を過度に脳の神経病理に還元する傾向を批判した。還元主義的な医学モデルでは、認知症者が示す行動は、何もかも「病気」のせいにされてしまう、ということである。

例えば、ある認知症者がいらいらしているれば、それは彼の「認知症」のため（の症状）と理解される。もしこれが通常の人間関係であれば、私たちはその人物がいらいらする何らかの理由を想定するはずである。ところが、医療従事者に限らず、私たちの多くは認知症者の行動の理由を考えようとはしない。なぜなら、行動の中核である脳を広範に侵された彼らの行動には「理由」などない（はずだ）からである。それは、脳の神経病理の直接的表現とみなされ、その多くは「異常行動」とみなされる。

このような一般的な認知症に対する見方は本当に正しいのか？ というのがキットウッドの問題提起であった。そして、キットウッド自身は、認知症者を理解する図式として、次のような等式を提示した⁷⁾。

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

Dは認知症者の臨床状態像であるが、それには5つの要因が大きく関与していると考えられる。すなわち、①もともとの性格・人格 (Personality), ②過去から現在に至るその人の生活史・経歴 (Biography),

③運動能力や感覚能力を含む身体的な健康状態 (Physical Health), ④神経学的な障害・脳病理 (Neurological Impairment), ⑤社会心理学 (Social Psychology) である。

この①や②は、主に心理学的な要因と考えられる。認知症という事態に遭遇した個人が、どのようにそれに対処するかという対処法略に決定的影響を与えるものである。精神科のいわゆる周辺症状の起り方に大きな個人差があるのは、神経病理の違いというよりは、この個人の心理的な資源や対処方略の相違による、というのがPCCの基本的な立場である^{*2}。そして、③や④には、医学的な問題が大きく関与している。⑤はキットウッド独特の表現であり、彼がPCCを構成する上で最も重要視したものともいえるであろう。この点については、次節以下に述べる。

なお、キットウッドは、こうしたパラダイムの転換によって変化する認知症ケアを認知症の「古い文化」と「新しい文化」と呼び、その基本的な相違を対比してみせた（表1）。

PCCの中核を構成する 「倫理」と「社会心理学」

PCCを構成する最も中核的な構成要素として、キットウッドは「倫理」と「社会心理学」を挙げている⁸⁾。

彼は倫理について「人が『良い』か『悪い』か、あるいは有能かそうでないかにかかるわらず、あるべき姿として、すべて

表1 認知症ケアの2つの文化

	古い文化	新しい文化
認知症の一般的見方	一次的変性認知症は、人格と自己が進行的に破壊される、中枢神経系の恐ろしい病気である。	認知症状態を示す病気は、第一に、障害として見るべきである。どのような症状を持つかはケアの質に決定的に依存する。
一番知識のある人	認知症に関連して、最も信頼でき、有効で、関連する知識を持つのは、医師と脳科学者であり、彼らに従うべきである。	認知症に関して、最も頼りになり、効力があり、関連する知識があるのは、ケアの十分なスキルを持ち、すぐれた洞察力を持つ介護者である。
研究の重点	医療の革新がやって来るまで、認知症の人に前向きにできることはほとんどない。したがって、さらに生医科学的研究が必要である。	人間に対する理解とスキルを高めることで、今できることはたくさんある。これは研究のための最も緊急の事柄である。
ケアに必要なこと	ケアは基本的に安全な環境を提供し、基本的ニーズ（食事、着替え、排泄、暖かさ、清潔、適度な睡眠など）を満たすことと、有効な方法で身体的ケアを与えることが主に関係している。	ケアはその人らしさを維持し、高めることに関係している。安全な環境、基本的なニーズを満たすこと、身体的ケアを提供することは基本であるが、それらはケア全体の一部でしかない。
最も理解しなければならないこと	障害をはっきりと正確に理解することが重要である。特に、認知障害。認知症の症状を示す病気の進行は段階的低下によって、図式化することができる。	人の能力、好み、関心、価値観、スピリチュアリティをはっきりと理解することが重要である。認知症の現れ方は千差万別である。
行動障害への対応	「問題行動」を示した時は、上手に効率的に管理しなければならない。	すべての「行動障害」は、第一に、ニーズと結びついたコミュニケーションの試みとして見るべきである。そのメッセージを理解しようとすることが必要であり、その満たされていないニーズにかかわることが重要である。
介護者の気持ち	ケアを行う上で重要なことは、介護者自身の不安、感情、弱さなどを無視することである。そして、理屈的に効果的に介護を続けることである。	ケアを行う上で重要なことは、介護者が自分の不安、感情、弱さを無視せず、これらを介護の前向きな資源に変えることである。

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、P.236、筒井書房、2005.

の人間は絶対的な価値をもつことを言明している」と説明している。そして、この倫理は「私たちが社会的な存在であり、愛することと苦しむことの両方の能力を与えられているという唯一の条件のもとで受け入れられる」と述べている。

ここには、認知症者が脳を侵されてさまざまな知的能力を喪失しても、その人間性は失われず、その根本的価値は変わらない、という明確な人間観がある。この点について、ウッズ (Woods, B.) は、より具体的に次のように説明している⁹⁾。「①人間性というものは、もう一人の人間存在との関係性の中において表されるものである。②したがって、弱く、もちろん、傷つきやすい者に対して、強くて障害のない私たちがケアを提供する、というのは十分な理解ではない。③むしろ、認知症者とコミュニケーションがとれず、かれらを理解することが難しい、そういう私たちが、自分たちがどのように人間として十分な姿でいられるのかを、傾聴とかかわりのなかに努めて彼らから学ばなければならない」

ここには、PCCがその名前を引用する基となったロジャース (Rogers, C.) のパーソン・センタード・カウンセリングの態度を認めることができるだろう。それをさらに認知症者を対象とするケアという枠組みにおいてアレンジしたもの、という側面をPCCに認めることができる^{10)、※3}。

一方、「社会心理学」について、キットウッドは「認知症の人々が十分に満足

して生活を営むための方法一人との関係を維持し、選択権をもち、満足感を得ることなど一を詳細に示す知識の集まり」と説明している。キットウッドは、これを「ケアの質」と言い換えることもあり、その中心には認知症に対する知識・技術体系が想定されているといえる。

PCCの「倫理」は、ケアスタッフに認知症ケアへの強い「動機」を与えるものである。また、「社会心理学」は、その目標を実現するための実際的な手段や方法を提供するものといえる。キットウッドは、この両者が相まって初めてPCCが可能であると考えていたのである。

✚ 行動観察から QOLを評価する —認知症ケアマッピング (DCM)

実際の認知症ケアを評価し、ケアの質を改善するためにキットウッドが開発したのが、認知症ケアマッピング (Dementia Care Mapping : DCM) という観察式の行動評価尺度であった¹¹⁾。これは一人の認知症者の状態を構造的に詳細に観察し、その人物の生活状況 (QOL) を把握しようとするものである。そのため、対象者が何をしているのか、そのなかで「よい状態」と「悪い状態」がどの程度あるのか、さらにその人に対するケアスタッフのかかわり方とそれに対する反応がどうであったのか、などを評価し、記



録する。参考として、DCMで分類されている行動カテゴリーの一部を表2に示す。

このDCMは、専門的な評価者によって実施される^{*4}。そして、その結果がケアスタッフにフィードバックされるのである。すなわち、「悪い社会心理学」を「よい社会心理学」に変える（ケアの質を改善する）ための具体的なツールがDCMである。

この観察法は自然的・客観的な参与観察であるが、周囲の環境によって認知症者の人間性が高められたり低められたり

しているという観点から、対象者のQOLを評価しようとする。したがって、特に周囲の人間とのコミュニケーションにおける対象者の状態評価において、観察者がその人物の主観的満足感を共感的にとらえようとするのが特徴である。

このようなQOL評価の根底にあるのは、認知症者の人間性にかかる心理的ニーズに対する認識である。図にキットウッドの提起した認知症者の心理的ニーズを示す。これらのニーズは、基本的にすべての人間に共通するものと考えら

表2 DCMの行動カテゴリー・コード（一部）

A	Articulation	言語的、非言語的な周囲の（人）との交流（これ以外の明確な行動を伴わない）
B	Borderline	周囲との交流はあるが、受身であること
C	Cool	周囲に関心を持たず、自分の世界に閉じこもっていること
D	Distress	苦痛が放置されている状態
E	Expression	表現活動あるいは創作活動に参加すること
F	Food	飲食
G	Games	ゲームに参加すること
H	Handicraft	手芸または手工芸を行うこと
I	Intellectual	知的能力をともなう活動
J	Joints	エクササイズあるいは身体運動に参加すること
K	Kum and go	介助なしで歩くこと、立っていること、車椅子で動くこと
L	Labour	仕事あるいは仕事に類似した活動を行うこと
M	Media	メディアとのかかわり
N	Nod, land of	睡眠、居眠り
O	Own care	自分で身の回りのことをすること
P	Physical care	身体的なケアを受けること
R	Religion	信仰・信心
S	Sex	明確な性的表現と関係する行動
T	Timilation	感覚を用いたかかわり

水野裕：Quality of Careをどう考えるか—Dementia Care Mapping (DCM) をめぐって、老年精神医学雑誌、Vol.15, No.12, P.1384～1391, 2004.より一部引用

れるが、認知症者は主体的にこれを満たすことが困難になっていくため、周囲の人間のかかわり方、すなわちケア環境（社会心理学）が決定的に重要である、というのがキットウッドの主張であった。

† ケア・パートナーとして 認知症者の声を聞く

ところで、キットウッドは認知症者の声にならない心理的ニーズを、共感と想像力によって把握しようとした。そのキットウッドの死と前後するように、認知症者自身による貴重な内省報告が出版された。オーストラリアの科学官僚であったクリスティーン・ボーデン（Boden, C.）の『私は誰になっていくの？』¹²⁾である。45歳でアルツハイマー病の診断を受けた

クリスティーンは、クリスチャンとしての信仰と科学者としての分析的な目を持って、彼女の置かれた困難な状況について述べた。

彼女には、「初期認知症者のカウンセリング、心理療法、リハビリテーションのためのパーソン・センタード・アプローチ」¹³⁾という論文があるが、彼女はその冒頭にキットウッドのPCCを引用し、彼の認知症観を支持している。これは、認知症者の側からのキットウッドへの応答といえるものである。また、その論文ではさまざまな心理療法が認知症ケアに活用できることを説いている。

さらに、2004（平成16）年の秋に京都で開かれた国際アルツハイマー病協会の国際会議では、複数の認知症者が演者として演壇に立った。そこでクリスティー

スー・ベンソン編、稻谷ふみ枝、石崎淳一監訳：パーソン・センタード・ケア—認知症・個別ケアの創造的アプローチ、クリエイツかもがわ、2005。

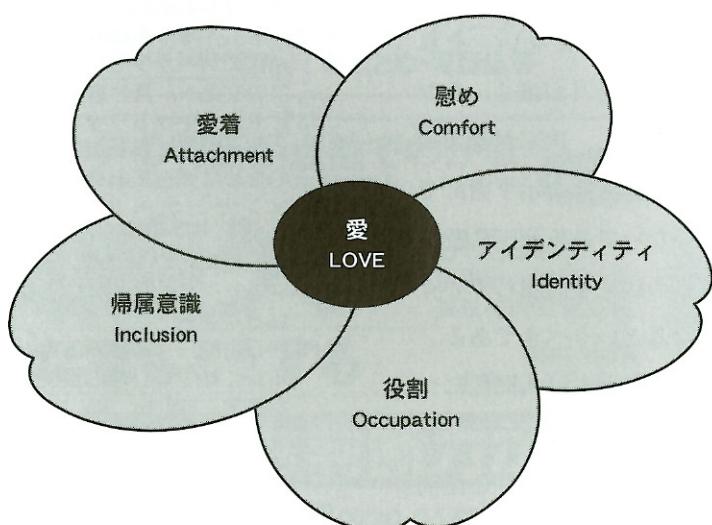


図 認知症者の心理的なニーズ

ンはあるセッションの司会を務めた。そして、そのセッションでは次々と認知症者自身が演者として登壇した。この国際会議にゲストスピーカーの一人として参加していたウッズは、こうした認知症者自身の発言を「京都会議で最も重要な側面であった」と評価し、「わずか2,3年前にはこうした光景を見ることはありえなかった」と、この会議の意義を称えている¹⁴⁾。

PCCは、ケアの与え手と受け手をケア・パートナーとしてとらえる視点を提供した。そして、今や私たちは実際に認知症者の声を聞きながら、共にケアを考える時代を迎えているのである。

おわりに

今後、日本では欧米のPCCの展開を本格的に研究することになると思われる。しかし、現段階で学術的にPCCのケアの体系が完成されたとはいえない。それは、まだ生まれてから年月が浅く、なお発展途上にある。しかし、PCCが認知症ケアの今後の行くべき方向を示す指針であることは間違いないであろう。私たちは現在、いわば真のPCCを実現していく入り口に立っているというべきである。

キットウッドは、私たちは人間性について（したがって認知症について）、「まだまだ知らないことが多くある」と指摘した。そして、認知症に対する否定的なイメージを捨て、よりよいケアの方法に

ついて、「できるかぎり知識をていねいに積み上げていこう」と訴えた¹⁵⁾。

今後、多くの人たちの理解と協力と知恵により、日本が世界をリードするようなPCCを展開していくことを期待したい。

※1：厳密には認知症の原因疾患はいろいろであるが、ここでは主にアルツハイマー病を念頭に置いて論じている。

※2：ただし、アルツハイマー病などの痴呆性疾患は進行性の神経変性疾患であるから、その人の状態像が認知症の罹病期間や重症度の影響を受けることは当然であるし、認知症のタイプ（例えば、前方型痴呆やレビー小体型痴呆など）によって異なる神経学的、神経心理学的障害を持つことはいうまでもない。しかし、「NI」が「D」を一義的に決定するわけではない。

※3：なお、キットウッドのPCC論に関する心理療法としては、ロジャースと共に精神分析（力動心理学）の影響が認められる。

※4：DCMを正式に実施するためには、あらかじめ公式の研修を受けることが求められている。日本でも認知症介護研究・研修大府センターで研修会が実施してきた¹⁶⁾。

引用・参考文献

- 1) スー・ベンソン編、稻谷ふみ枝、石崎淳一監訳：パーソン・センタード・ケア—認知症・個別ケアの創造的アプローチ、クリエイツかもがわ、2005.
- 2) 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.
- 3) トム・キットウッド、キャスリーン・ブレディン著、高橋誠一監訳：認知症の介護のために知っておきたい大切なこと—パーソンセンタードケア入門、筒井書房、2005.
- 4) 読売新聞、人格尊重 認知症ケア—「パーソンセンタードケア」始まる、2006年2月15日付朝刊。
- 5) 石崎淳一：高齢期医療と臨床心理士—認知症に対する心理的援助から考える、臨床心理学、Vol.6, No.1, P.48～53, 2006.
- 6) 稲谷ふみ枝他：認知症ケアの実践と教育に活かすパーソン・センタード・ケアの視点、第一福祉大学紀要、第3号、P.1～8, 2006.
- 7) Kitwood, T.: Towards a theory of dementia care : the interpersonal process.

- Ageing & Society, Vol.13, P.51-67, 1993.
- 8) Brooker, D. : What is person-centred care in dementia ? Reviews in Clinical Gerontology, Vol.13, P.215-222, 2004.
- 9) 前掲1), P.134, 135.
- 10) 前掲8), P.215.
- 11) Brooker, D. : Dementia Care Mapping : a review of the research literature, The Gerontologist, Vol.45, Special Issue No.1, P.11-18, 2005.
- 12) クリストファー・ボーデン著, 桜垣陽子訳: 私は誰になっていくの?—アルツハイマー病者からみた世界, クリエイツかもがわ, 2003.

- 13) Christine Bryden (Boden) : A person-centred approach to counselling, psychotherapy and rehabilitation of people diagnosed with dementia in the early stages. Dementia : the international journal of social research and practice, vol.1, No.2, P.141-156, 2002.
- 14) 前掲1), P.5.
- 15) 前掲1), P.17.
- 16) 水野裕 : Quality of Careをどう考えるか—Dementia Care Mapping (DCM) をめぐつて, 老年精神医学雑誌, Vol.15, No.12, P.1384 ~1391, 2004.

本特集執筆の石崎氏が指導する日総研セミナー

パーソンセンタードケアに基づいた認知症高齢者への心理的アプローチ

認知症高齢者の隠れたニードを察知して、受け止め、ケアの質を高める

指導講師: 石崎淳一氏

神戸学院大学 人文学部 助教授／臨床心理士

参加料(税込) 一般 18,000円

● 本誌年会員購読者 15,000円
(個人会員)

大阪 平成18年10月14日(土)

10:00~16:00

会場: 大阪JJホール

(本町華東ビル10階 日総研専用研修室)

東京 平成18年12月10日(日)

10:00~16:00

会場: 東京JJホール

(廣瀬お茶の水ビル3階 日総研専用研修室)

プログラム

1. パーソンセンタードケアとは
2. 認知症者の主観的世界の理解
～呆けても心は生きている～
3. パーソンセンタードケアのメリット
4. 日々のケアに生かせる心理学的アプローチの実際
5. グループワーク
6. まとめ・質疑応答

症例ごとにケアの判断が点数でわかる。

※採点法は独自のものであり、ケアの目安としてお使いいただきます。

最新刊

認知症ケア

あなたならどうする

伊豆弘之
医療法人さわらび会
福祉村病院 副院長

B5判 196頁
定価 2,940円(税込)



現場で必要な判断力が身につく。



お申し込み
お問い合わせは

日総研出版 電話 0120-054977

ホームページでさらに詳しい
情報をご覧になります。

www.nissoken.com



携帯サイトで
新商品情報が
ご覧になれます

ケータイサイト

