

## 論文

# 「新しい認知症ケア」を具現化する諸理論の共通要素に関する文献検討 —「バリデーション」、「パーソン・センタード・ケア」、「ユマニチュード」に 関する日本語文献を中心に—

木 田 茂 樹

(受理日：2023年1月25日)

## A Literature Review on the Common Elements of Various Theories Embodying “New Dementia Care”

—Focusing on Japanese Literature on “Validation”, “Person-Centered Care”, and “Humanitude”—

Shigeki KIDA

### 要 旨

世界的に広く周知されている認知症ケアの理論である「バリデーション」、「パーソン・センタード・ケア」、「ユマニチュード」の概要を文献レビューによって比較検討した結果、①病者レッテルから解放された全人的な対象理解をケア理論の基盤とする、②ケアの目標は認知症の治療（症状の改善）ではなく、相互の人間関係の構築にある、③出現する症状には原因があると理解し、それを探求する視点を持ち続ける、④感情へのアプローチをケア技法の中核に据えている、⑤ケアされる人とケアする人の双方に多様なメリットをもたらすといった、いずれのケアにも共通する5つの要素が抽出された。

また、見出された共通要素をもとに「新しい認知症ケア」の定義が生成され、これらのケア理論がどのような観点を持っているのかが明示された。

**キーワード：**認知症ケア、バリデーション、パーソン・センタード・ケア、ユマニチュード、ケア従事者

## 1 はじめに

平成29年（2017年）度版高齢社会白書の推計によると、2020年時点で600万人となる日本の65歳以上の認知症患者数は、2025年には700万人に達する見込みであるという<sup>1)</sup>。これは65歳以上の実に5人に1人が認知症に罹患している計算となることを表しており、同じく2025年に高齢化率が30.0%に到達すると予測されている我が国において、「認知症」に対する社会的な関心は大きな高まりを見せている。

このような国民の声に呼応するように、国家施策として、2013年度に「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」、続いて2015年にオレンジプランを改変する形で「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向け

て～（新オレンジプラン）」、そして2019年度には「認知症施策推進大綱」が次々に公表されるなど、政府においても認知症対策が喫緊の課題であると認識されている。

この「認知症」を取り巻く諸問題に「ケア」の立場から対応するための指針となり得る認知症ケアの方法論については、日本国内でもその注目度について時代に応じた趨勢がみられるが、例えば現在世界的な拡がりを見せている「バリデーション（Validation）」、「パーソン・センタード・ケア（Person-centered care）」、「ユマニチュード（Humanitude）」などのケア理論には、筆者のケア従事者としての経験上、その表現方法こそ違うものの、各々が有するケアの理念などに共通する要素が多く見出されると推察される。

本研究ではこの共通要素に着目し、「新しい認知症ケア」と呼ばれるこのケアの諸理論が、どのような観点をもってケアを具現化しているのかについて文献検討によって明らかにしていく。

## 2 日本における認知症ケアの転換期

### —新しい認知症ケアとは—

日本の認知症ケアの転換期がいつであるのかという議論については、そのアプローチする視点によって見解が分かるところあるが、本研究では、認知症、ひいては認知症ケアに対する日本国民の視点が大きく変わった（あるいは視点が変化するきっかけとなった）と考えられる出来事があった時期をその転換期として捉え、独自のまとめを試みる。

なお、日本国内で「認知症」という呼称が行政用語も含めて統一されたのは2004～2005年にかけてのことであるが、本章ではそれ以前の時代に関しても、行政用語をはじめとする固定化された用語以外は「認知症」と表記することとする。

### 1) 病者レッテルから解放された価値観から医療の対象へ

「認知症」は高齢化の進展とともに社会問題として顕在化してきた経緯があるが、前近代社会においては、忠孝道德と祖霊信仰の影響で、老親が認知症となっても、それは神の自由な世界に一步近づいたものと捉え、祖霊に対するように接するといった行動規範が存在した。高齢者はたとえ行為する主体でなくとも、そこに存在するだけでもよいとする、存在すること自体に意味を持たせる文化があり、老人の対社会関係を維持させ、自尊心が保たれるような機能を日本社会が持っていたのである（新村 2002）<sup>2)</sup>。

そのような文化的価値観を持つ社会の中では、認知症高齢者は「病者」として捉えられることなく、自らの衰えゆく心身と折り合いをつけながら生きることが出来ていたと考えられる。

しかしそれが、明治期に導入された西洋医学の考え方によって、認知症を「病気」、つまり医学的な「治療対象」としてみなすようになったことは、認知症に対する日本国民の視点が大きく変わった

転換期であったといえよう。

### 2) 医療の対象から福祉の対象へ

1963年に「老人福祉法」が制定され、養護老人ホーム、特別養護老人ホームなどの老人福祉施設が体系化された。これは、日本において高齢者を「福祉」の対象とする時代の始まりを象徴する出来事であったが、この時点では「認知症」は老人福祉施設の入居対象として考えられておらず、在宅での生活が困難となった認知症の人たちは、依然「治療」の対象として精神病院に入院して薬物療法を中心とした治療を受けるといった状況であった。

この状況が変わったのが1984年である。この年、すべての特別養護老人ホームにおいて認知症の人を積極的に受け入れるように「痴呆性老人処遇技術研修」が行われた。この研修は当時の厚生省より通知されたもので、「特別養護老人ホーム等において入所者の処遇に直接従事する寮母、生活指導員が対象で、実習施設において指導寮母とペアを組んで日常の介護業務を行いながら、痴呆性老人の処遇について夜間業務も含めて実習する」（厚生省社会局老人福祉課長通知 1984）<sup>3)</sup>とされており、「認知症」を福祉の対象として捉える視点を現場の介護職に向けて啓蒙しようとしている点において、また、現実的にこれ以降、認知症の人が高齢者福祉施設の入居対象となっていくという点で、間違いなく大きな転換期の一つとして捉えることができるであろう。

老人福祉法が制定されてから実に20年以上が経過して初めて実現した視点の転換であった。

### 3) 何も分からない人から感情を有する個人へ

#### —新しい認知症ケアの萌芽—

2004年10月、京都において国際アルツハイマー病協会第20回国際会議が3日間にわたって開催された。この会議は「高齢化社会における痴呆ケア」をメインテーマに、これからの「新しい痴呆ケア」の確立を目指すことを目的に開催されたもので、60か国を超える地域から4000人を超える参加者があり、医療職、介護職、行政関係者のみならず、認知症の人やその家族、またボランティアに至るまで実に幅広い属性の人々が集ったことが特徴的

であった。

筆者は当時、通所介護事業所の主任相談員という立場で福祉実践現場の介護職として勤務する中で幸運にもこの会議に参加する機会に恵まれた。3日間の会議を通して特に印象的だったのは、認知症の人本人の参加が多数見られたことである。

中でも会議最終日に登壇した若年性認知症で当時57歳であった越智俊二氏の、妻への謝罪と感謝、そして治る未来が訪れることを信じ、もう一度仕事がしたいのだと訴えた講演は、認知症の人も当たり前前に豊かな感情を有する個人であるという事実を、強い説得力をもって一般国民に向けて証明してみせた。「認知症になると何もわからなくなってしまう」という理解にとどまっていたと推察される当時の多くの日本国民に大きな視点の変化をもたらしたのだ。

その他、この会議の成果としてもう一点紹介するならば、認知症専門医でありながら、晩年は認知症を発症したことを公表し、その人生の最後の時まで講演、執筆活動を続けた故長谷川和夫氏による基調講演の内容を外すわけにはいかないだろう。

この会議の会長兼組織委員会委員長でもあった長谷川氏の講演のテーマは「利用者中心のケア」であり、介護従事者の選択や都合で行うケアではなく、認知症の人が望んでいるケアに出来るだけ近づけるのがこれからの「新しいケアの形である」と主張した。この考え方は、次節で詳しく述べることとなる英国発祥の「パーソン・センタード・ケア」から大きな影響を受けており、現在世界的な拡がりを見せるこの新しい認知症ケアの理念を、長谷川氏によっていち早く広く一般に向けて紹介する機会となった。<sup>注1)</sup>

奇しくもこの会議の終了後、2004年の12月には「痴呆」という用語が「認知症」へと変更された。厚生労働省が発足させた『「痴呆」に替わる用語に関する検討会』の報告書には次のようにある。

痴呆について、一般に、「痴呆になるとなにも分からなくなってしまう」というイメージで捉えられる場合があるが、近年、国内外で痴呆の当事者が自らの体験や気持ちを発言され始めており、こ

うしたイメージが全くの誤りであることが明らかになってきた。(「痴呆」に替わる用語に関する検討会 2004)

以上の報告からも見て取れるように、この2004年を契機として、認知症になると「何もわからなくなってしまう」という古い常識が変化し、認知症になっても「豊かな感情を有しており、主体的に人生を生きることができる可能性がある」という新しい常識が誕生したといっても過言ではないだろう。日本の一般国民の中に認知症ケア（あるいは認知症という現象そのもの）に対する視点のパラダイムシフトがもたらされたのである。

本研究では、この2004年以降の国民世論の視点の変化を踏まえた認知症ケアの歩みを、「新しい認知症ケア」と呼ぶこととする。

次章では、この日本国内における「新しい認知症ケア」に影響を与えた諸外国の認知症ケアの理論について言及する。

### 3 日本に「新しい認知症ケア」をもたらした諸外国の認知症ケア理論

#### ―【バリデーション】、【パーソン・センタード・ケア】、【ユマニチュード】―

前章では、日本に新しい認知症ケアの価値観をもたらす中心的な役割を担ったのが、長谷川和夫を中心とするチームが紹介した「パーソン・センタード・ケア」であったことを述べたが、それ以外にも諸外国から導入されたケア理論は存在する。中でも日本に大きなインパクトをもたらした、介護業界への影響力を今に至っても保持し続けている代表的なケア理論は、「バリデーション」と「ユマニチュード」であろう。

この3つのケア理論の主要文献が日本に紹介された順は、①「バリデーション(フェイル 2001)<sup>4)</sup>」、②「パーソン・センタード・ケア(キッドウッド 2005)<sup>5)</sup>」、③「ユマニチュード(ジネストラ 2014)<sup>6)</sup>」となる。

介護職である筆者は、この3つのケア理論について学び、また、そのエッセンスを日々のケアに反映させるべく試行錯誤を繰り返す中で、いずれのケア理論にも共通する要素が存在するとい

う感覚を持つに至った。この3つのケア理論を比較検討する先行研究は中谷ら（2016）<sup>7)</sup>、土肥ら（2019）<sup>8)</sup> 注2) の中に見出すことができ、それぞれ「利用者ひとり一人との関わりを大切にし、尊厳を守ることを重視したケア」であり、テクニックとしては「触れる」行為をケアの中で取り入れていること、また、「患者を尊重し、寄り添うこと」などに共通点があったと報告している。

この中谷ら、土肥らの報告は、筆者自身の介護職としての経験と照らし合わせても的を射ているのは間違いないところであるが、同じく経験的に、この3つのケア理論の共通点からは「それだけではない」という物足りなさを感じるのも事実である。

そこで、本章では、この3つのケア理論それぞれの概要を紹介すると共にその特徴について整理し、その後次章において、それぞれのケアの共通点について、先行研究では説明しきれていない部分までの言語化を試みる。

その際、日本国内に影響を与えた順番が大きな意味を持つとの観点から、前述の主要文献が国内に向けて紹介された順に紹介していくこととする。

## 1) バリデーション

「バリデーション (Validation)」は、アメリカの心理学者ナオミ・フェイル (Naomi Feil) によって開発された、アルツハイマー病および類似の認知症と診断されたお年寄りとのコミュニケーションを行うためのセラピーの一つである (フェイル 2001)<sup>9)</sup>。

もともと「バリデーション」自体は、他者の経験をバリデート (強化・確認) するという意味を持つ言葉であり、すでに心理療法の分野で「確認療法」として用いられていた治療法の一つであるが、これをフェイルが自身のセラピストとしての経験と、それに基づいて1960年代から1980年代にかけて行われた一連の研究によって、認知症の人に対する独自のセラピーとして確立させたのが「バリデーション」である。

バリデーションでは特に認知症の人の「感情」に焦点を当てることに特徴がある。感情へ焦点化するのは、バリデーションが、「認知症の症状が進行し、認知機能が大幅に低下して植物状態に近づ

いたとしても感情は残る」という信念を持っているからであり、その人の感情を認め、価値判断を排し無条件で承認する態度で接することが、認知症の人の存在価値をまさに確認、強化すると共に、バリデートする人とされる人の間に信頼関係を生み出すということを目的とするが故である。

以下にバリデーション・トライアングルとして説明される、バリデーションを構成する3つの要素 (原則、態度、テクニック) をフェイルによるバリデーションの基本テキストより引用して記す (フェイル 2001)<sup>10)</sup>。

### 【原則】

- つらい悲しみの気持ちは、信頼できる聞き手によって認められ、バリデーションされることによっていやされます。
- つらい苦しみの気持ちは、それを無視されたり禁止されたりすると、より強くなります。そして深く傷つきます。
- 若い頃に深く心に刻み込まれた記憶は、年をとってもよく保たれています。
- お年寄りたちは、最近の記憶をなくしてくると、過去の記憶の中からいろいろな事柄をたぐり出してきて、それがあたかも今起きているかのように行動します。
- もし目が見えにくくなった時は、心の目を使って見つづけようとします。もし耳が聞こえなくなった時は、過去の音を今の音のかわりに聞くのです。
- 人間は一人ずつそれぞれ個別の気づき (自覚) を築きます。
- 時々お年寄りは、今の現実がとても苦しいものになると、昔の記憶のなかに逃げ込んだり、励まされたりして生き延びようとします。
- 今現在の感動的な心のふれあいは、過去の同じような感想を蘇らせる引き金となります。

### 【態度】

- 傾聴する
- 誘導しない (ペースを合わせる)
- 共感する (カリブレーション)
- うそをつかない
- 強制しない (受容する)



- ごまかさない

## 【テクニック】

- センタリング（精神の統一、集中）
- 事実に基づいた言葉を使う
- リフレージング（本人の言うことを繰り返す）
- 極端な表現を使う（最悪、最善の事態を想像させる）
- 反対のことを想像する
- 思い出話をする（レミニシング）
- 真心をこめたアイコンタクトを保つ
- 曖昧な表現を使う
- はっきりとした低い、優しい声で話す
- ミラーリング（相手の動きや感情に合わせる）
- 満たされていない人間的欲求と行動を結びつける
- 好きな感覚を用いる
- タッチング（ふれる）
- 音楽を使う

このようなバリデーションの理論や技法は、公認日本バリデーショントレーニング協会の研修を通して学ぶことができ、専門資格を取得することができる。

バリデーションを実施することで、認知症の人にとって、「より社会的に適応した行動をとる」、「鎮静剤などの薬による拘束、身体的拘束の必要性が減る」、「自尊心が高まる」、「精神的充足感が増す」などの多様な効果が期待できるとされているが、介護者にとっても以下のようなメリットをもたらすとも主張されている（フェイル 2016）<sup>11)</sup> 点は見逃してはならない特徴であろう。

- 喜びやエネルギーが増す
- ストレスが減る
- 家族のコミュニケーションが増す（家族介護者の場合）

## 2) パーソン・センタード・ケア

前節において、日本の認知症ケアにパラダイムシフトをもたらす最大のきっかけとなったケア理論として紹介したのが「パーソン・センタード・ケア（Person-centred care）」である。

この世界的に最も周知され普及が進んでいると考えられる「パーソン・センタード・ケア」は、

英国ブラッドフォード大学の老年心理学教授のトム・キッドウッド（Tom Kitwood）によって提唱された認知症ケアの理論である。

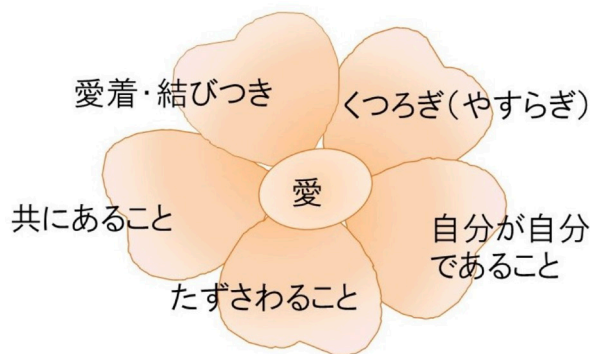
東京、大府、仙台と日本に3か所ある「認知症介護研究・研修センター」の仙台センター所長である加藤伸司も、「パーソン・センタード・ケア」の開発者であるトム・キッドウッドを、近年の認知症介護に最も大きな影響を与えた人物であると紹介している（加藤 2008）<sup>12)</sup>。

キッドウッドは1980年代から1990年代にかけての一連の研究によってこのケア理論を構築していったが、現在キッドウッドの遺志を継いでパーソン・センタード・ケアの普及に努めているドーン・ブルッカー（Dawn Brooker）によると、認知症の人たちを取り巻く状況が複合的であるので、その人たちに関わるパーソン・センタード・ケアも多様な要素を持つ言葉となり、特定の言葉で定義しようとする、どうしても長くなり、焦点がぼやけて具体性を欠くものになりがちであるとしながらも、パーソン・センタード・ケアに関連する文献レビューの結果として、以下の4つを「きわめて重要」な定義の要素として報告している（ブルッカー 2010）<sup>13)</sup>

- ① 認知症をもつ人たちとケアにたずさわる人たちの価値を認めること
- ② 個人の独自性を尊重し、関わること
- ③ 認知症をもつ人たちの視点から世界を見ること
- ④ 心理的ニーズを満たし、相互に支え合う社会的環境を提供すること

図1は、キッドウッドが認知症の人たちの心理的ニーズを「愛」を中心とした5つの花卉で表現したものである。パーソン・センタード・ケアではこれらが満たされている状態を「よい状態」と考えた。

この「よい状態」を育む要素とはいかなるものであろう。例えば、ノーベル平和賞を受賞したカトリック修道女のマザーテレサは、「この世の最大の不幸は、貧しさや病ではない。むしろそのことによって見捨てられ、誰からも自分は必要とされていないと感じることなのです」という言葉を残したという<sup>15)</sup>。人間にとって「老い」がもたらすのは様々な「喪失」体験であろう。親しい友人や



特定非営利活動法人パーソン・センタード・ケアを考える会HPより引用<sup>14)</sup>

図1：「認知症の人の心理的ニーズ」

最愛の伴侶との別れ（死別を含む）、培ってきた社会的地位や経済力の喪失、健康や（自己認識として、あるいは社会規範の範疇としての）美しさの喪失、それらが失われる歩みを自覚することによる自尊心や誇りの喪失など、ましてや認知症である。アイデンティティの維持を可能にしているこれまでの人生の歩みに関する「思い出」の喪失、そして認知症の進行度が初期から中期にかけての状況にある多くの人が体験する、記憶が失われていくということの自覚が生み出す不安や恐れ。これはまさにマザーテレサのいう「自分は誰からも必要とされていない」という感覚を生じさせる人生における「最大の不幸」なのではないだろうか。

パーソン・センタード・ケアはここに光を当てる。水野はパーソン・センタード・ケアを以下のように説明している。

---

認知症の人が最も求めているのは、「あなたは、いてよいのだ」、「われわれはみな、あなたがここにいてうれしい」という、心の底から信じられる有形無形のメッセージだろう。これが満たされるのが、究極のパーソン・センタード・ケアの理念である（水野 2012）<sup>16)</sup>。

---

キッドウッドが5つの花卉で表した認知症の人の心理的ニーズを満たすことを可能にするのは、われわれ周辺環境の人間の関わり以外にはありえないのである。換言すれば、認知症を原因として失われつつある人間関係を再構築することこそがパーソン・センタード・ケアの目標なのである。

このようなパーソン・センタード・ケアの理念

を実際のケアとして具現化するためには、認知症の人の心理的ニーズが満たされている状態を理解するための指標が必要となるであろう。パーソン・センタード・ケアでは、認知症の人が「よい状態」にある際のサインを以下のように表している（水野 2008）<sup>17)</sup>。

#### 【よい状態のサイン】

- 表現できること
- ゆったりしていること
- 周囲の人に対する思いやり
- ユーモア
- 創造的な自己表現
- 喜びの表現
- 人に何かをしてあげようとする
- 自分から社会と接触すること
- 愛情を示すこと
- 自尊心（汚れ、乱れを気にする）
- あらゆる種類の感情を表現すること

キッドウッドは、認知症が進行することは事実だが、その状態は人や環境の関わりによって変化するという信念のもと、上記の【よい状態のサイン】などを観察の指標として、アセスメントツールである「DCM（認知症ケアマッピング）」を開発した。このアセスメントツールを用いるケアの技法は、パーソン・センタード・ケア発祥の地である英国を中心として現在世界的に普及が進んでおり、日本においても、前述の認知症介護研究・研修センターで研修を受けることで、このツールを用いる専門資格（DCM マッパー）を取得することができる。

さらにキッドウッドは、古い因習に縛られたケアを「オールドカルチャー」と呼び、新しい価値観によって提供されるケアを「ニューカルチャー」と表現した（キッドウッド 2005）<sup>18)</sup>。キッドウッドは、この言葉を用いることで、認知症という社会現象が、「文化」によって、つまりコミュニティに所属する人々が認知症をどのように「認知」しているのかによって、質的な変容をみせるということを説明しようとしたのである。

この「オールドカルチャー」、「ニューカルチャー」という用語について、前述の加藤による解説を引用する。

---

オールドカルチャーとは、認知症を脳の障害が原因で起こる進行性の病であり、行うべきケアは食事・排泄・衛生管理などの援助であり、行動・心理症状（BPSD）<sup>注3)</sup>には、効率的に対応するという考えである。これに対してニューカルチャーとは、認知症を障害のひとつとして捉え、認知症ケアはその人らしさを維持するための全人的ケアであり、食事や排泄ケアなどは、その一部に過ぎないという考え方であり、さらに認知症の人の行動・心理症状（BPSD）は、認知症の人たちが私たちに送っているメッセージであるにとらえ、その意味を理解することからケアが始まるという立場である（加藤 2008）<sup>19)</sup>。

---

ここで言及されている「その人らしさ」は、キッドウッドの造語である「パーソンフッド（Personhood）」という言葉について、長谷川和夫らと共にこの新しいケア理念を日本に紹介したチームの中心的役割を担っていた精神科医の水野裕が邦訳を試みたものである。キッドウッドは、パーソン・センタード・ケアにおいては、このパーソンフッドを維持向上させることが大切であると説明しているのだが、水野は、「その人らしさ」という言葉だけでは、キッドウッドが表現しようとした深い意味を伝えることができていなかったとの反省から、後に自らの著書の中でパーソンフッドを「一人の人間として周囲に受け入れられ、尊重されること。そして、それを実感していること」と訳し直している（水野 2008）<sup>20)</sup>。

「パーソン・センタード・ケア」は、認知症の人もその周辺環境の全ての人も含めて、自らを取り巻く人々や社会とかかわりを持ち、価値がある一人の人間として受け入れられ、尊重されていると実感できるように、ともに行っていくケアのことなのである。

また水野は、パーソン・センタード・ケアでいうパーソン（人）とは、「認知症の人」という意味だけではなく、スタッフや同僚、事務員、給食を運んでくれる人、掃除をしてくれる人など全てを指しているとも述べている（水野 2008）<sup>21)</sup>。

キッドウッドは、全ての人が価値のある存在として人々や社会から尊重されていると実感できるような世界の到来を夢見て「新しい文化」と表現したのである。

### 3) ユマニチュード

「ユマニチュード（Humanitude）」は、フランスのイヴ・ジネスト（Yves Gineste）とロゼット・マレスコッティ（Rosette Marescotti）の二人によって作りだされた、知覚、感情、言語による包括的コミュニケーションにもとづいたケアの理論であり、それを具現化する技法である。体育学の教師であった二人は、1979年に病院職員教育担当者として派遣され、患者へのケアと職員の腰痛対策に取り組んだことを契機として、看護・介護の分野にかかわることとなった。以降、医療および介護の現場で小児から高齢者まで幅広い対象者へのケアを実践し、その経験からこのケアの技法を創出した。

ユマニチュードとは、「人間らしさを取り戻す」という意味をもつジネストとマレスコッティによる造語である。二人はユマニチュードを以下のように定義している。

---

さまざまな機能が低下して他者に依存しなければならぬ状況になったとしても、最後の日まで尊厳をもって暮らし、その生涯を通して“人間らしい”存在であり続けることを支えるために、ケアを行う人がケアの対象者に「あなたのことを、私は大切に思っています」というメッセージを常に発信する—つまりその人の“人間らしさ”を尊

重し続ける状況こそがユマニチュードの状態である（本田ら 2014）<sup>22)</sup>。

ユマニチュードを日本に紹介した中心人物であり医師の本田美和子は、自身の著書の中でこのケア技法について、ケアを受ける人とケアを行う人がともに「自由・平等・友愛」の精神を分かち合うために、〈見る〉〈話す〉〈触れる〉〈立つ〉という4つの柱（表1参照）を同時に複数組み合わせで行うマルチモーダル・コミュニケーション技術であると説明している（本田ら 2014）<sup>23)</sup>。

本田はさらに、ケアが困難な人たちは「困った人」「手のかかる人」と捉えられがちだが、例えば一見攻撃的に見える行為は、実は本人が自分を守

ろうとして戦っている「防御」である可能性がある（本田ら 2014の記述をもとに一部筆者が要約）<sup>24)</sup>と述べており、ユマニチュードがケア対象を一人の人間として尊重する視点を持つケア理論であることを強調している。

さらにユマニチュードでは、すべての介護を、①出会いの準備、②ケアの準備、③知覚の連結、④感情の固定、⑤再会の約束という5つのステップを踏みながら行うとされている（ジネストら 2016）<sup>26)</sup>。

これらの各ステップでは、前述の〈見る〉〈話す〉〈触れる〉〈立つ〉という4つの柱を組み合わせたマルチモーダル・コミュニケーションが用いられ、それを実現するために、例えば表2にある

表1：ユマニチュードの4つの柱

見る	水平の視線は相手に平等な関係性を伝える。また、正面からしっかりと見ることで正直さが伝わる。近くから、水平に、正面から、長いあいだ、瞳と瞳を合わせるという見方が、ポジティブさ、愛情を表現する。
話す	穏やかに、ゆっくり、前向きな言葉を用いて話しかける。相手から返事がないか、意図した反応がない場合は、自分の手の動きを実況中継する「オートフィードバック」を用いて、言葉を絶やさないようにする。
触れる	広い面積で、柔らかく、ゆっくり触れることで、優しさ、愛情を表現する。反対に、親指をかけて驚掴みにしたり指先で触れたりすると、強制力や攻撃性を相手に感じさせてしまう。順序は最も敏感ではないところから、すなわち肩や背中から触れる。手や顔はとても敏感な部位である。
立つ	立つことで、軟骨や関節に栄養を行き渡らせ、呼吸器系や循環器系の機能が活発になり、また、血流がよくなることで褥瘡も予防する。さらに、立って歩くことは知性の根幹であり、人間であることの尊厳を自覚する手段でもある。

出典：ジネスト、マレスコッティ 2016<sup>25)</sup>

表2：ユマニチュードの5つのステップ

① 出会いの準備 [来訪を伝える]	やり方は、3回ノックして3秒待つ、また3回ノックして3秒待つ、反応がなければ1回ノックして室内に入る。 ノックすることによって、中にいる人に「誰かが自分に会いに来たこと」を知らせ、受け入れるかどうかを選択してもらうことができる。
② ケアの準備 [相手との関係性を築く]	これから行うケアの話をすぐにはせず、「あなたに会いに来た」というメッセージをまず伝える。正面から近づき、目と目を合わせ、瞳を捉えてから3秒以内に話しはじめる。ポジティブな言葉だけを使って話し、「見る・話す・触れる」の技術を用いる。 3分以内に同意得られなければ、いったんあきらめる。
③ 知覚の連結 [心地よいケアの実施]	ケアにおいて「見る・話す・触れる」のうち、少なくともふたつ以上を同時に使いながら、あなたを大切に思っているというメッセージを継続的に届ける。 優しく話しながら手を掴む、というような行動はメッセージに矛盾を生じさせる。自分が発するメッセージに調和を持たせながらケアを実施する。
④ 感情の固定 [ケアの心地よさを相手の記憶に残す]	感情に伴う記憶は、認知機能が低下した人にも最後まで残る。 ケアが終わった後に、ケアが心地よかったことや、「あなたと一緒に過ごすことができて嬉しかった」などポジティブな言葉をかけ、ケアを素敵な経験として感情記憶に残す。
⑤ 再会の約束 [次回のケアを容易にするための準備]	認知症高齢者の場合、「また会いましょう」と言っても覚えていないかもしれないが、自分に優しくしてくれた人がまた会いに来てくれるという喜びや期待の感情は記憶にとどまり、次のケアのときに笑顔で迎えてくれる。

出典：ジネスト、マレスコッティ 2016<sup>27)</sup>



ような「①3回ノック②3秒待つ③3回ノック④3秒待つ⑤1回ノックしてから部屋に入る⑥ベッドボードをノックする」などといった400を超える非常に具体的なケアの技法が開発されている。

これらの技法は、日本国内では日本ユマニチュード学会の研修を通して学ぶことができ、認定インストラクターの資格取得に臨むことができる。

このようなユマニチュードのケアの具体的な技法が日本に紹介された当時、私を含む多くの介護職は「すでにやっている」という感覚を持った。この感覚は以下の2点についての気づきをもたらしてくれる。

第1に、ユマニチュードが、我々介護職が感覚的に重要であるということに気づきながら実践していたケアの方法を、400を超える数の具体的なケアのノウハウとして明確に言語化したことの功績についての気づきである。言語化することによってはじめて、そのケア理念は具体化され、伝達可能な知識となる。現在のようなユマニチュードの世界的な拡がりを実現したのは、間違いなくこのケア理論が、学習後即実践可能な「具体的」な方法論だったからである。また、ケア技法が明確に言語化されることによって、ユマニチュードは調査研究の対象としても取り扱いのしやすい理論となる。今後様々な問い（例えば、認知症の人の社会的適応とケア実践の関係性の計測や、介護職の離職率とケア実践の関係性の計測など）が立てられ、ユマニチュードの有効性に関する研究知見が積み重ねられていくことになるであろう。

第2に、我々介護職がユマニチュードを学ぶ前から、それに非常に近い実践を行っていたという事実が生じさせる気づきである。介護実践の場において、情報共有の有効な手段を持たないまま様々なフィールドで試行錯誤を繰り返していた多くの仲間たちが「すでにやっている」という感覚を覚えたのだ。これは、認知症ケアを追求し続けることでたどり着く境地（それを理論として提示するのが本研究の目的のひとつである）が、多くの場合共通している可能性があることを示唆しているのではないだろうか。

ジネストはまた、ユマニチュードについて語った著書の中で、「ケアをする相手との絆ができてこ

そ互いに幸せになれます。ケアを受ける人を中心に置いて、ケアをする人を中心に置いて間違いが起きます。中心に置くべきものは、相手とのポジティブな関係の「絆」なのです」と述べている（ジネスト 2016）<sup>28)</sup>。

ジネストは、ユマニチュードが、認知症という現象に起因して失われつつある人間関係の再構築を目指す技法であるということと共に、それを実践することによって、認知症の人本人もその周辺環境たる介護者も共に幸せの道に至ることができるということを主張しているのだ。

#### 4 日本に「新しい認知症ケア」をもたらしたケア理論に共通する要素

前章では、日本国内にパラダイムシフトともいえるケアの視点の転換をもたらした3つのケア理論の概要を解説し、その特徴について整理した。本章ではその成果をもとに、それぞれのケア理論に共通する要素の抽出を試みる。

前章の冒頭で述べたとおり、先行研究による3つのケア理論の比較検討の結果、その共通点は、①『「利用者ひとり一人との関わりを大切にし、尊厳を守ることを重視したケア」であり、テクニックとしては「触れる」行為をケアの中で取り入れている』こと、②「患者を尊重し、寄り添うこと」が挙げられている。

これらの報告に異存の余地はないが、表現の抽象度が高いせいもあり、先進的なケア理論の特徴を説明し切れていない。そこで、本章では、この3つのケア理論の特徴をより明確に浮かび上がらせるために、本研究における文献レビューの成果として、各ケア理論に共通する5つの要素を表3として提示する。

次節より、この5つの共通要素に関して、前章における各々のケア理論の概要説明から引用しながら、その分類の妥当性について解説する。

記述の方法として、前節の文章を引用する際は「」内で示し、末尾に「バリデーション」からの引用の場合は（V）、「パーソン・センタード・ケア」からの引用の場合は（P）、「ユマニチュード」からの引用の場合は（H）と表記することとする。なお、引用文は要約されて記述されることもある。

表3：「バリデーション」「パーソン・センタード・ケア」「ユマニチュード」に共通する要素

1. 病者レッテルから解放された全人的な対象理解をケア理論の基盤とする
2. ケアの目標は認知症の治療（症状の改善）ではなく、相互の人間関係の構築にある
3. 出現する症状には原因があると理解し、それを探求する視点を持ち続ける
4. 感情へのアプローチをケア技法の中核に据えている
5. ケアされる人とケアする人の双方に多様なメリットをもたらす

## 1) 病者レッテルから解放された全人的な対象理解をケア理論の基盤とする

- [その人の感情を認め、価値判断を排し無条件で承認する態度で接する (V)]
- [認知症ケアはその人らしさを維持するための全人的ケアである (P)]
- [ユマニチュードとは、「人間らしさを取り戻す」という意味をもつ造語 (H)]
- [生涯を通して“人間らしい”存在であり続けることを支える (H)]

一人の人間にとって「認知症」という現実を生きているということが、人生に大きな影響を及ぼす要因であることは間違いないが、それが全てではないこともまた事実である。ケア対象の心身状態、ひいては人生の継続にまつわる諸問題を総合的に理解するためには、目の前の対象を、尊厳を有する一人の「人間」とであると理解する視点、つまり認知症の人を全人的に理解しようとする視点を持つことが重要であり、3つのケア理論は、その「人間観」を基盤として成り立っている。

この「人間観」に関するパラダイムシフトを起こすことこそが「新しい認知症ケア」において最も肝要なことであるということは2章3節で述べたとおりである。「認知症」は、家庭、地域社会、あるいは国家に至るまで多様な領域のコミュニティ構成員個々の「目（視点）」が生み出している現象でもあるのだ。

## 2) ケアの目標は認知症の治療（症状の改善）ではなく、相互の人間関係の構築にある

- [バリデートする人とされる人の間に信頼関係を生み出す (V)]
- [状態は人や環境の関わりによって変化する (P)]

- [認知症を原因として失われつつある人間関係を再構築することこそがパーソン・センタード・ケアの目標 (P)]
- [中心に置くべきものは、相手とのポジティブな関係の「絆」である (H)]

アルツハイマー病や脳血管性認知症をはじめとする、人間の脳に器質的な変化を引き起こす認知症の原因疾患はおよそ70に及ぶといわれる（長谷川 2008）<sup>29)</sup> が、その疾患の多くは不可逆進行性のものであり、「元に戻る」という意味においての治療方法は現代医学の中では存在しない。医学的に治療不可能な状態にある人々に対して、少しでも「元の状態に戻る」ことをケアの目標とするのではあまりにも酷であるし、それに臨む介護職も達成できない目標を前にストレスを増大させてしまうであろう。であるならば、認知症ケアはなにを目指すべきなのだろうか。この問いに答えをもたらすのが、本項で取り上げた「人間関係の構築」である。

認知症の人が社会からの孤立の中で感じている様々な「生きづらさ」を軽減させ、自分自身の価値の喪失を最小限にとどめ、所属する種々のコミュニティの中での「居場所」の喪失を防ぐために最も効果的だと考えられるのは、失われつつある人間関係を再構築させることなのである。

BBPSD（認知症の行動・心理症状）の強度や出現頻度の軽減は、人間関係構築の過程で生じる可能性がある副産物であり、最終的な目標ではないのである。

## 3) 出現する症状には原因があると理解し、それを探求する視点を持ち続ける

- [バリデーションの【原則】の全てが背景を探求

するための基本姿勢である (V)]

- [BPSDは認知症の人たちが送っているメッセージであり、その意味を理解することからケアが始まる (P)]
- [一見攻撃的に見える行為は、実は本人が自分を守ろうとして戦っている「防御」である可能性がある (H)]

パーソン・センタード・ケアの開発者であるトム・キッドウッドは、自身の著書の中で、「認知症に関して、もっとも頼りになり、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、すぐれた洞察力をもつ介護者である」と述べている (キッドウッド 2005)<sup>30)</sup>。

例えば、「認知症の人の食事の手が止まっている」という現象を目の前にしたとき、すぐれた洞察力をもつ介護職ならば、認知症による影響 (例えば食事という行為への認識力の低下など) はもちろん、その他にも、認知症以外の疾病や障害、あるいは生活習慣など、多岐にわたる現象への影響要因を考慮したうえで、ケア実践につなげることができる。

現在では「BPSD (認知症の行動・心理症状)」と表現されるようになった、かつて「問題行動」と呼ばれていた認知症を原因として出現する様々な症状群には、それが出現する「理由」が存在しており、我々介護職はそれを理解しようとすることによって情報を得て、ケアの次の一手を模索する。例えば徘徊とよばれる行動<sup>注4)</sup>を防ぐことがケアの目的であるのなら、シートベルトという名の拘束帯で車いすに固定すればよいということになってしまう。徘徊している理由を探索し、次節で述べるその瞬間の感情の動きを察知して、ともに悩み喜び合う存在として認知症の人に日々向かい合う。

先に理解しようとする姿勢について述べたが、これには理由がある。我々介護者は、ケア対象にとっての完全なる「理解者」には絶対になれない。しかし、目の前の対象を「理解したい」と願い続ける者にならなることができる。この、対象を理解しようとする交流の積み重ねこそが、ケアされる人とケアをする人の双方の「居場所」を生じさ

せ、「自分はここにいてもいい」「自分は価値のある存在なのだ」という存在の保障をもたらすのだ。

3つのケア理論は、いずれも最終的にはケア対象に自らの「存在の価値」を伝えるために、その症状の背景因子を探索し、ケア実践につなげているのである。そしてこのケアという行為を通して、介護者は自らの存在価値を実感するのだ。

ケアは、常に双方向性の人間同士の営みの中に生じているのである。

#### 4) 感情へのアプローチをケア技法の中核に据えている

- [認知症の人の「感情」に焦点を当てることに特徴がある (V)]
- [パーソン・センタード・ケアでは、あらゆる種類の感情を表現できることを【よい状態のサイン】として捉える (P)]
- [知覚、感情、言語による包括的コミュニケーションにもとづいたケアの技法 (H)]
- [感情に伴う記憶は、認知機能が低下した人にも最後まで残る。ケアを素敵な経験として感情記憶に残す (H)]

脳科学者の恩蔵絢子は、認知症となった自身の母について語った著書の中で、「アルツハイマー病では、新しい出来事の記憶の詳細はなかなか脳に定着しない。しかし、その新しい出来事に対して感情的反応をすることはできるし、その感情をしばらく引きずったり、その時の気持ちを覚えておいたりすることは、健康な人たちと同じようにある程度はできる」(恩蔵 2018)<sup>31)</sup>と述べると共に、老人ホーム検索サイト「Lifull」が運営するWebメディアが実施したインターネット上のインタビューに答えて、「感情を起点にした記憶は残りやすいですし、認知症になっても感受性は伸びる」、「感情の中核である扁桃体がわっと動くと、感情中枢のすぐ隣にある海馬に『今起きたことは大事だから、覚えておきなさい』と伝わる。それで感情を伴わない出来事よりも強く記憶として定着されます」と述べており、認知症の人に豊かな感情の動きがあることを科学者の立場で根拠と共に説明している<sup>32)</sup>。



また、神奈川県藤沢市で㈱あおいけあを運営し、その既存の枠組みにとらわれないケア実践が国内外からの注目を集め、映画「ケアニン」のモデルともなった加藤忠相は、彼が運営する高齢者福祉事業所の取り組み記録したNHKの「プロフェッショナル～仕事の流儀～」というドキュメンタリー番組（2016年10月3日放送）の中で、認知症ケアの極意を「感情に働きかける」と表現しており、その理由について番組内で「アルツハイマー病の人は記憶をつかさどる海馬がダメージを受ける一方で、感情をつかさどる扁桃体が鋭敏になるため」と説明し、喜びや楽しみといったポジティブな感情を増幅させるように意識化されたケア実践の場面を紹介している。

筆者も介護職としての実務経験から、この両者の主張について全くその通りであると同意する。筆者が心掛けていたのは、認知症の人の今その瞬間の「感情の方向性を読む」ということである。喜怒哀楽様々な感情の種類を読み取り、その感情を理解しようと努めているというメッセージを言語、非言語のコミュニケーション技術を総動員して相手に伝え、その瞬間の相手の感情に波長を合わせることで、認知症の人にとっての「味方」になるのだ。

例えば「お金を盗られた」と切実に訴えている認知症の人に「あなたが無くしたんでしょ！！」、「ここにあなたのお金を盗る人なんていないでしょ！！」と伝えてしまえば認知症の人とその支援者の感情のベクトルは衝突し敵対関係が生じてしまうであろう。そうではなく、その人がお金を盗られたと思い込むことによってどのような感情になっているのかを推察し、「それは困りましたね」、「どこで無くなったのですか」、「一緒に探しましょう」などと伝えることにより互いの感情のベクトルを同じ方向に向け、その瞬間の感情を共有する者として存在するように意識するのである。

このような瞬間の対応を根気よく繰り返すことによって、長期的な目標として、認知症の人にとってのなじみの人的・物的環境、つまり「居場所」の構築を目指すのである。

本研究で比較検討している3つのケア理論の開発者たちも、この感情に働きかけることの有用性

を十分に理解したうえで、それをケア技法の根幹に据えているのだ。

## 5) ケアされる人とケアする人の双方に多様なメリットをもたらす

- [介護者にとっても、①喜びやエネルギーが増す②ストレスが減る③家族のコミュニケーションが増す (V)]
- [パーソン・センタード・ケアでいうパーソンは、「認知症の人」という意味だけではなく、その周辺環境に居る全ての人を指している (P)]
- [ケアを受ける人とケアを行う人がともに「自由・平等・友愛」の精神を分かち合う (H)]
- [ケアをする相手との絆ができてこそ互いに幸せになれる (H)]

本研究で採り上げている3つのケア理論は、いずれも各々のケア理論が実践された場合には、認知症の人本人だけでなく、家族や友人、専門職など、その周辺環境全ての人にメリットがあると主張している。

例えば、本章2～3節を通して、「人間関係の構築」を目標とし、「出現する症状の背景因子を探求する」ケア実践の過程でケアされる人とケアする人の双方の「居場所」が醸成され、各々が自分の存在価値を実感できるようになるということが示唆された。この指摘は、介護や看護の世界において、認知症介護から生じるストレスを増大させることによって離職率が増している現状を大幅に改善させる可能性があることを新たに示唆する知見であろう。

また、「人間関係構築」の過程では、BPSD（認知症の行動・心理症状）出現の頻度や症状の強度が軽減される可能性についても示唆された。この指摘も、認知症の人とその周辺環境の人双方のストレスを軽減させ、ケアされる人にとっての穏やかな生活を実現することが、結果としてケアする人の業務負担を軽減させ、やはり離職率の軽減につながる可能性を示唆すると考えられる。

3つのケア理論の全ては、将来に向かって関係性を築こうとする未来志向の思想を根幹に持っている。ここまで述べてきたことを振り返ると、い



ずれのケア理論も、決して認知症ケアの世界だけの話をしているのではないということに気付く。

認知症ケアについて考えることは、決して大きさではなく、「人間関係の在り方」全てについて検討することなのである。その思想の中では、認知症であるということは、人生を構成する多様な要素の一部分にすぎないのだ。

## 5 まとめとして

### —「新しい認知症ケア」を定義する—

以下に、前章で見出された3つのケア理論に共通する5つの要素を用いて「新しい認知症ケア」の定義づけを試みる。

#### 「新しい認知症ケア」の定義

「新しい認知症ケア」とは、「病者レッテルから解放された全人的な対象理解をケア理論の基盤として持ち」、「認知症の治療（症状の改善）ではなく、相互の人間関係の構築を目標として」、「出現する症状には原因があると理解し、それを探求する視点をもとに対象理解を深め」、「感情へのアプローチを中核に据えたケア技法を駆使することによって」、「ケアされる人とケアする人の双方に多様なメリットをもたらす」認知症ケアの理論のことである。

この定義づけによって、本研究のテーマである「新しい認知症ケア」の理論について一定の整理が出来た。

この定義を目にした、介護、看護などのケア従事者の中には、ユマニチュードが日本にもたらされ、その具体的なケアの方法論が紹介された当時（2014年）と同様、この内容のケアならば「すでに実践している」と感じた方もいるのではないかと推察する。あるいは日頃何気なく無自覚的に行っていた自らのケアの根拠にあらためて気づき、「そういうことだったのか」と得心が行くというような感覚を覚えた方もいるかもしれない。

それもそのはず、「新しい認知症ケア」を生み出したのは、本研究で採り上げた代表的なケア理論の開発者たちだけでは決してない。我が国のみならず世界各地で認知症ケアに取り組んできたケア

従事者一人一人、その先人たちの実践の積み重ねの上に誕生したのが「新しい認知症ケア」なのだ。

新しいケアを醸成するための「知恵」はいつの時代も常にケアの実践現場に存在する。本研究で採り上げた3つのケア理論にかくも多くの共通点があるという事実は、ケア実践者たちが悩み苦しき、時に大いなる喜びを感じながら続けている日々の試行錯誤の方向性が決して「間違っていないかった」ということを証明しているのではないだろうか。

世界に類を見ない超高齢社会の中で「認知症ケア」に取り組む我が国の多くの実践現場では、本研究で定義した「新しい認知症ケア」を具現化する取り組みが、組織全体として、あるいは個人の営みとしてすでに始まっている（木田 2016）<sup>33)</sup>。

本研究を通して、介護現場の日々の試行錯誤にこそ大いなる価値と意義があるという事実も明らかになった。「新しいケア」は明日以降少しずつ「過去のケア」になっていく。本研究の成果である「新しい認知症ケア」の定義によって説明されたケアの在り方は、国内外のケア実践の蓄積によって、これからも未来に向かってその姿を変えていくことになるだろう。それを実現するのは、ケア従事者一人一人の日々の実践に他ならない。

## 6 本研究の成果と課題

本研究を通して、世界的に広く周知されている認知症ケアの理論である「バリデーション」、「パーソン・センタード・ケア」、「ユマニチュード」の概要を比較検討した結果、いずれのケアにも共通する5つの要素が抽出された。

また、見出された共通要素をもとに「新しい認知症ケア」の定義が生成され、これらのケア理論がどのような信念や観点を持っているのかが明確に提示された。この「ケア理論の定義化」は本研究オリジナルの成果である。

この成果は、①量的アンケート調査の質問項目の作成、②質的インタビュー調査の質問項目の作成、③参与観察における観点の明確化などの種々の研究活動における指針となり得るものであり、今後の認知症ケア研究の発展に寄与するものであると考えられる。

しかしながら、本研究で調査対象となった文献は日本国内で発表されているものに限定されており、さらに国内文献においても関連文献の全てを網羅した検討が出来たとは言い難い。また、それによって各ケア理論の開発者の意向をニュアンスも含めて正確に反映させた文献検討がなされていない可能性があることも考慮する必要があるだろう。

前章まとめて述べたように、ケアの質的向上は日進月歩でもたらされるものであり、本研究によって見出された「新しい認知症ケア」の概念も間違いなくその姿を変えていく。今後もその推移を探索していく所存である。

### 【注釈】

1. パーソン・センタード・ケアの提唱者であるトム・キッドウッドの著書『認知症のパーソン・センタード・ケア 新しいケアの文化へ』は2005年に和訳出版されているが、長谷川氏は2002年にはすでに「痴呆ケアの新しい道」という論文の中でこのケアの理念について説明している。その成果を踏まえて2004年にアルツハイマー病協会国際会議の基調講演を通して広く一般に向けてこのケア理念を紹介したことになる。
2. 土肥ら（2019）が比較検討したのは「パーソン・センタード・ケア」、「ユマニチュード」、「タクティールケア」の3つである。「タクティールケア」は、スウェーデン発祥の「触れる」という言葉を語源にもつ非常に優れたケア理論ではあるが、今回は本稿の比較対象となっていない。しかしながら、土肥らの研究では、本研究で採り上げる2つのケア理論についての言及があったため先行研究として紹介した。
3. かつては「問題行動」といわれていた認知症の人に出現する、妄想や攻撃的言動などの症状群のことであり、現在では国際的にもBehavioral Psychological Symptoms of Dementia（認知症の行動・心理症状）と言われている。「BPSD」はこの言葉の頭文字を用いた略語である。
4. 広辞苑第7版によると「徘徊」という言葉の

意味は「どこともなく歩き回ること。ぶらつくこと」と解説されている<sup>34)</sup>（ちなみに「徘徊症」に関しては「どこともなく歩き回る症状」とある）。しかし、この項で述べている通り、認知症の人に見られる行動にはほとんどの場合「理由」が存在する。例えば一見「どこともなく歩き回っている」ように見える場合においても、その実「会社に行く」「子供を探す」「家に帰る」などの理由が存在しているのだ。もちろん、歩き始めるに至った「理由」を短期記憶の障害によって歩いているうちに忘れてしまい、結果として「どこともなく」歩きまわってしまう場合は存在しており、そのような行動によって、行方不明になってしまう人が2020年度においては17000人を超えており（警視庁集計）<sup>35)</sup>、社会問題となっている。

なお、このような認知症に関連する用語について違和感を覚える個人や自治体は年々増加傾向にあり、例えば、認知症介護研究・研修センターのお膝元である愛知県大府市では、行政文書や事業などに用いる言葉を「徘徊」から「ひとり歩き」あるいは「外出中に行方不明になる」などと言い換えることを表明し、実践している。

### 【引用文献】

- 1) 内閣府『平成29年度版 高齢者白書』日経印刷株式会社, 2017, p.19-21
- 2) 新村拓『痴呆老人の歴史 揺れる老いのかたち』法政大学出版局, 2002, p.14-18
- 3) 各都道府県・各指定都市民生主管部（局）長あて厚生省社会局老人福祉課長通知「痴呆性老人処遇技術研修事業の実施について」, 1984
- 4) ナオミ・フェイル著 藤沢嘉勝監訳『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, 2001
- 5) トム・キッドウッド著 高橋誠一訳『認知症のパーソンセンタードケア』筒井書房, 2005
- 6) イヴ・ジネスト〔ほか〕著 本田美和子監修 辻谷真一郎訳『Humanitude「老いと介護の画期的な書」』トライアリスト東京, 2014
- 7) 中谷こずえ〔ほか〕「認知症のケアメソッド

- 『バリデーション』『パーソンセンタードケア』『ユマニチュード』の文献検索によるメソッド比較」中部学院大学短期大学部研究紀要17, 2016
- 8) 土肥真奈〔ほか〕「急性期病院看護師を対象とした『高齢者の視点を重視した認知症患者への対応』教育プログラムの効果」日看管会誌 23, 2019
- 9) ナオミ・フェイル 前掲書4) p.53
- 10) ナオミ・フェイル 前掲書4) p.56
- 11) ナオミ・ファイル, ビッキー・デクラーク・ルビン著 稲谷ふみ枝監訳 飛松美紀訳『バリデーション ファイル・メソッド 認知症の人への援助法』全国コミュニティライフサポートセンター, 2016, p.71
- 12) 加藤伸司「認知症ケアはここまで進んだ」老年精神医学雑誌19-6, 2008
- 13) ドーン・ブルッカー著 水野裕監修 村田康子, 鈴木みずえ訳『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, p.17-18
- 14) 特定非営利活動法人パーソン・センタード・ケアを考える会HP  
<https://www.pcdc.or.jp/aboutpcc/> (2022/12/1)
- 15) 五十嵐『マザー・テレサ 愛の贈り物』PHP研究所, 2016, p.138
- 16) 水野裕「パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング (DCM) について」認知症ケア事例ジャーナル5-3, 2012
- 17) 水野裕『実践パーソン・センタード・ケアー 認知症をもつ人たちの支援のために』ワールドプランニング, 2008, p.60
- 18) トム・キッドウッド 前掲書5) p.234-238
- 19) 加藤伸司 前掲書12)
- 20) 水野裕 前掲書17) p.125
- 21) 水野裕 前掲書17) p.128
- 22) 本田美和子〔ほか〕『ユマニチュード入門』医学書院, 2014, p.5
- 23) 本田美和子, 伊東美緒編『ユマニチュードと看護』医学書院, 2019, 前文IV
- 24) 本田美和子〔ほか〕前掲書22) p.15
- 25) イヴ・ジネスト, ロゼット・マレスコッティ『「ユマニチュード」という革命 なぜ、このケアで認知症高齢者と心が通うのか』誠文堂新光社, 2016, p.185
- 26) イヴ・ジネスト, ロゼット・マレスコッティ 前掲書25) P.231-241
- 27) イヴ・ジネスト, ロゼット・マレスコッティ 前掲書25) P.242
- 28) イヴ・ジネスト, ロゼット・マレスコッティ 前掲書25) P.164
- 29) 長谷川和夫編・加藤伸二〔ほか〕著『介護福祉士養成テキスト15 認知症の理解』建帛社, 2008, p.11
- 30) トム・キッドウッド 前掲書5) p.236
- 31) 恩蔵絢子『脳科学者の母が、認知症になる 記憶を失うと、その人は“その人”ではなくなるのか?』河出書房新社, 2018, p.174
- 32) 認知症でも体で感じた新しいことを覚えていく—脳科学者が認知症の家族から気づいたこと LIFULL介護HP  
<https://kaigo.homes.co.jp/tayorini/interview/brain02/> (2022/12/1)
- 33) 木田茂樹「認知症ケア従事者の働きがい—肯定的感情を伴う個人的体験に焦点を当てて—」社会論集22, 2016
- 34) 新村出編『広辞苑 第7版』岩波書店, 2018, p.2307
- 35) 警視庁生活安全局生活安全企画課「令和2年における行方不明者の状況」2021

#### 【参考文献】

- (1) 阿部正昭『介護職の働きがいと職場の組織マネジメント 特別養護老人ホームにおける介護現場の視点から』星雲社, 2019
- (2) 天田城介『〈古い衰えゆくこと〉の社会学』多賀出版, 2003
- (3) 井口高志『認知症家族介護を生きる—新しい認知症ケア時代の臨床社会学』東信堂, 2007
- (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
- (5) 北村育子「痴呆症の高齢者の心理社会的ニーズを理解するためのツールとしてのバリデー

- ションの有効性について」社会福祉学45-3, 2004
- (6) 木下衆『家族はなぜ介護してしまうのかー認知症の社会学』世界思想社, 2019
  - (7) 小松一子『認知症高齢者の感情表出とケアへの示唆』かもがわ出版, 2013
  - (8) 篠崎人理監修 日本バリデーション研究会編『ケアワーカーが語るバリデーション 弱さを力に変えるコムにケーション法』筒井書房, 2005
  - (9) スー・ベンソン編 稲谷ふみ枝, 石崎淳一訳『パーソン・センタード・ケアー認知症・個別ケアの創造的アプローチ』クリエイツかもがわ, 2005
  - (10) 鈴木みずえ〔ほか〕「パーソン・センタード・ケアを目指した認知症ケアマッピング (DCM) の発展的評価介入の有効性 スタッフと認知症高齢者に及ぼす効果」日本認知症ケア学会誌10 (3), 2011
  - (11) ナオミ・ファイル, ビッキー・デクラーク・ルビン著 高橋誠一, 篠崎人理監訳 飛松美紀訳『バリデーション・ブレイクスルー 認知症ケアの画期的メソッド』全国コミュニティライフサポートセンター, 2014
  - (12) 二木泉「認知症介護は困難かー介護職員の行う感情労働に焦点をあててー」社会科学ジャーナル69, 2010
  - (13) 長谷川和夫「痴呆ケアの新しい道」日本痴呆ケア学会誌1-1, 2002
  - (14) 水野裕「パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング (DCM) について」認知症ケア事例ジャーナル5-3, 2012