

当事者が参画する社会福祉専門教育（その3）

— 認知症高齢者との対話 —

吉 村 夕 里

1 はじめに

筆者らは、大学における援助専門職の養成教育や社会福祉教育に、障害をもつ当事者（以下：「当事者」もしくは「障害当事者」）が参画する試みを実施して、その成果を公表してきた（木村・吉村、2008；吉村、2009^b；2009^c；2010）。

本研究では、「当事者が参画する社会福祉専門教育」の取組のひとつである「認知症の当事者とその家族が参加する授業」の実施をとおして明らかになった認知症の当事者のリソースと、現在の認知症ケアの問題点を分析する。また、その前段として、認知症の当事者を教育に参加する主体として捉える場合、関連づけられることの多い課題として、認知症の当事者への病名告知をめぐる議論をとりあげて整理・分析していく。

2 認知症に対する告知の問題

本章では、認知症の病名告知の問題を、「当事者」「インフォームド・コンセント（Informed Consent 以下：IC）との関連」「認知症の病名告知に対する様々な議論」「医師主体の説明責任の問題」「癌の病名告知に関する研究から」「認知症の告知をめぐる今後の課題」に整理して論じていく。

2-1 当事者

障害当事者やケアラーたちが、援助専門職の養成教育において、どのような役割を果たしているのか、どのような権利を有しているのか／否かについての論考は、日本では多くはなく、権利の側面からの検討をとくに欠いている（吉村、2009^c）。これは、日本の障害福祉サービスにおける「利用者主体」や「利用者主導」の概念が、「サービスの利用」についての概念であり、「サービスの受給」については権利主体としての利用者概念が確立していない（岡部、2006）ことと関連すると思われる。

筆者らは、「障害当事者は、障害福祉サービスの受給主体であると同時に権利主体である」「援助専門職の養成教育が生み出していくアーティファクトの受給主体でもあり、それ故に援助専門職の養成教育に参画する権利を本来的にもっている」との認識のもとで、大学の社会福祉専門教育への障害当事者の参画を促進してきた。身体障害、精神障害をもつ当事者などの社会福祉教育への参画については、保健福祉サービスや専門職養成教育への当事者参画が国策としてとられている英国の例などを参照しながら、教材づくりから授業の実施までの全プロセスに、障害当事者が参画するという方法を開発して実施してきた（吉村、2009；2010）。

しかし、「当事者が参画する社会福祉専門教育」の取組に参画する障害当事者には、「障害をもっている」と周囲からみなされているとい

う受動的な意識に加えて、「障害をもっている」という主体能動的な意識をもっていることが、教育に参画するうえでの前提とみなされている。大学教育の現状がもつ課題に以上の課題が重畳し、障害当事者の教育参画には以下の課題が存在している。

第一の課題は日本の大学教育における「障害当事者」参画の位置づけが、依然として受動的なことである。援助専門職のトレーニングにおいては、当事者との接触は欠かせず、また、実際に接触する機会が大学の内外で増加しているにも関わらず、当事者が講師として大学教育の場に招かれて、ゲストスピーカーやメッセンジャーとして、体験談や生活状況、参加している組織の活動を語ったり、紹介したりすることはあっても、授業のデザイン、教材開発、授業の実施、評価などの大学教育の一連のプロセスに参画することは稀である(吉村, 2009^b; 2009^c)。

第二の課題は「障害をもっている」という意識をもたない、あるいはもつことができないとみなされている障害の存在である。以上の捉え方は現在のところ障害種別や程度に依存しており、身体障害に比して知的障害や精神障害、そして認知症などをもつ人々は「病識がない」「障害受容ができない」という前提をもって見られてしまう傾向がある。それ故、身体障害を中心に発展してきた自立生活運動が提起してきた障害をもつ人々の主体能動性は、知的障害や精神障害などにおいては、現実には理念としての導入に留まっている。ここには、行為主体として周囲から認知されるには、認知機能や意識状態が障害されていないことを、医療的あるいは法律的に証明されることが時として必要であるという社会的な仕組みとの関連が認められる(吉村, 2009^a)。認知機能や意識状態に関わる障害をもつ人たちは、判断能力に問題があるとされて、主体能動的に物事に関われない、まして教

育には関われないとみなされてしまうのである。

認知症は中核症状として「体験したこと自体を忘れてしまう」(小澤, 2004) という記憶障害や、思考、見当識、理解、判断の障害があることに加えて、せん妄や物盗られや嫉妬妄想、不安、不眠、攻撃など、特定の病態や症状によって生じる精神症状や行動障害などの周辺症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia 以下:BPSD)を伴うことがあり、治療や福祉的なケアへの同意能力などが常に問題視されてきた。また、認知症という病名の告知には「以後は受動態として、つまり自らの選択によってではなく、人の手を借り、人の指示にしたがって生きていくしかないという含意」(小澤、前掲)がある。以上の含意は、認知症の病名告知の問題は医療におけるICの議論にも顕著に表れている。

2-2 IC との関連

認知症の告知をめぐる議論は、主として医師が行うICの問題との関連で論じられてきた。ICは、1964年の世界医師会総会の「ヘルシンキ宣言」で人体実験に対する権利擁護の原則として世界に紹介され、消費者運動の高まりのなかで日常診療における患者の権利として普及していく。1982年の「アメリカ大統領委員会」においては倫理的側面をもつ法的概念であるとされて主に米国で普及して法制化されていった。日本では1990年代ごろから「十分な説明と同意」¹⁾(日本医師会, 1989)という邦訳で紹介され、様々な定義と意味づけが行われながらICの原則は医療に導入されている。なお、1992年に日本弁護士連合会はICを患者の権利、医師の義務を意味する概念として「患者が自己の病状、医療行為の目的、方法、危険性、代替的治療法などにつき正しい説明を受け理解した

上で自主的に選択・同意・拒否できる」（日本弁護士連合会、2004）と定義している。また、法制化は見送られたものの²⁾、2000年の「エホバの証人」信者を原告とした損害賠償請求事件（平成10年オ第1081号－第1084号損害賠償請求事件）に対する最高裁判決によって医療におけるICの原則が確立していった。

ICは「法的側面、医療倫理、民事上の契約」や「医師の義務や患者の権利」に関連する問題として、あるいは「患者や医療スタッフとの信頼関係や人間関係」に関連する問題として扱われているが、認知症の告知をめぐるほとんどの研究は医師の告知の問題としてICを捉えている。また、認知症の原因疾患には、「アルツハイマー Alzheimer's disease」（以下：AD）、脳血管障害による血管性認知症 vascular dementia）（以下：VD）やレビー小体型認知症などがあげられるが、病名告知の問題は実際にはADに限定されている。ADとVDの告知の問題をとりあげた研究（平井、1996）では、VDについては「脳血管性障害の事実を伝え、改めて痴呆で告げる必要はない」と述べられている。

認知症の告知に関わる研究は、家族への病名告知を前提におく傾向や、ADに対する医師のICの問題に限定される傾向が認められるが、本論では本人への病名告知の問題に限定して以下に言及していく。

2-3 認知症の病名告知に対する様々な議論

鈴木（2010）は認知症の病名告知についての様々な議論を、「無意味説」「社会資源必要説」「契約説」などに整理している。このうち、「無意味説」とは、記憶力の低下や理解力の低下を理由として、家族に対しての病名告知は行ったとしても、認知症患者本人に対して病名告知を行わないとする主張である。たとえば、「告知

してもものの忘れを自覚している段階では不安を増大させるだけ、次第に告知された病名を忘れるのだから意味がないばかりか、時には有害である」（平井、前掲）との主張や、「認知症の進行に伴い病名告知をされても理解することができず、意味がない」（小坂、2005）との主張である。加えて、軽度認知障害 Mild Cognitive Impairment（以下：MCI）など、認知症の初期診断の曖昧性も告知をためらわせる要因であるとされる。

「社会資源必要説」は、「病名告知に限ったものではなく、認知症患者と家族を継続してサポートし続ける姿勢が不可欠」（長濱、2004）との前提のもとで、「告知を受けられるような社会体制、告知の仕方、告知後のサポート体制がなされてから、医師の説明義務を通用すべきである」（小坂、前掲）とする主張である。それに対して鈴木は、「医師の説明義務・患者の権利が法的に成立しなければ、そのような条件整備の義務が生じず、順序が逆である」と批判している（鈴木、前掲）。

「契約説」は、「医療行為を患者と医師の民法上の「契約」という観点から捉える立場であり、医師には患者に対する「報告義務・告知義務」があり、告知をしないということは違法となる」（新井、2005）。この考え方によれば、「医師に告知義務を民法上の観点から課すことは可能である」が、「説明・報告をすることが相当でない特段の事情」の場合には親族や法定代理人への病名告知が欠かせない（今井、2004）とする。また、「説明義務例外規定」としては、「精神的悪影響」「危険性がある場合や緊急事態」「意思能力のない場合」などがあげられる。さらに、患者には「知る権利」と同様に「知らない権利」があるとして、「説明義務例外規定」を「患者が説明を拒否した場合」に当てはめる考え方もある（鈴木、2009）。

2-4 医師主体の説明責任の問題

「無意味説」「社会資源必要説」は認知症本人への病名告知を「妥当ではない」とみなす立場であり、「契約説」は「説明義務例外規定」を認める立場であるが、それらに対して批判的なスタンスから論考をおこなっているのが鈴木(2009:2010)である。

鈴木によれば、認知症のICの問題を倫理的側面から検討すれば、病名告知をしない条件としての精神的衝撃や自殺の可能性などの「個人的側面」や、病期や診断精度、治療体制などの「医学的・医療的側面」の問題といった条件への考慮から、医師の認知症の告知に対する態度が揺らぎ過去の議論の繰り返しに陥るが故に、ICを法理的に検討して「信託・信任」の概念から検討するべきであると主張する。ここでいう法理的な「信託・信任」関係は、「信頼関係に應える忠実義務」であり、医師は患者の信託・信任を受けている立場にあり、「信託法」が定める「受託者はその法的義務を履行するにあたり、高度の忠実、注意、配慮の義務の基準を充たす必要」(Hall, 1990)があると解釈される。そして、「告知義務例外規定」を排除し、病名告知を行わないような理由があろうとも、専門家である医師は合理的かつ思慮ある行動として、病名告知を含めた説明義務を果たさなければならないとする(鈴木、前掲)。

では、医師が患者の信託・信任の受託者として病名告知を含めた説明義務を果たさなければならない場合、医師以外の医療専門職にはどのような役割が期待されているのであろうか。認知症の告知をめぐる問題は、現実にはADの病名告知をめぐる医師のICの問題に限定されて論じられる傾向がある。しかし、実際の治療やケアの現場においては、「家族介護者や関わる医療・保健・福祉専門職にとっては、本人に病名が告知されているか、それを本人が自覚して

いるか否かは非常に大きな問題」であり、「病名告知の問題は医師と患者の2者間で完結できる問題ではない」(渡邊ら、2006)。また、患者の権利擁護の問題とのからみでは、「治療の開発、財産問題、介護に対する希望について、患者本人の意思を聞き出し確認するために医療チームの様々な職種を活用することも必要であり、それらの領域からの議論も重要である」³⁾(渡邊ら、2008)。

様々な職種が含まれる医療チームとして患者に関わっている場合、医療チーム全体として治療やケアの方針についての説明義務も生じる。医師が「医師／患者」の2者関係の枠組みだけではなく、医療チームという枠組みにも属しているように、医療チームに関わっている医療専門職は各々の職種独自の患者との関係ももっている。医師以外の医療専門職は病名告知に対する医師の態度決定に関わる情報の提供者であると同時に、各職種独自の方法で患者との関係を構築しており、各々が行う医療的なケアについての態度決定を行っている。とすると、そこには自らが行うケアについての説明責任の問題も生じる。

認知症ケアには医療的なケアに加えて福祉的なケアが必要とされるが、現在の福祉的なケアでは契約、自己決定、当事者の自律性といった「利用者主体」の概念が重視されている。医療専門職も福祉専門職も自らが行うケアについての態度決定を様々な情報を基にして行う立場にあり、医師の病名告知に補足的に関わる立場以外に、自らが行為主体として行うケアについての説明義務、いわば「ケアの告知」とでも呼びうる役割責任を否応なく担う立場にも立つ。加えて、認知症に対する治療とケアの現場においては、病名告知や、治療やケアの方針に対する説明義務は多くの場合、認知症本人ではなく、実際には家族を意識して行われることが多く、

家族から「本人には伝えないで欲しい」と依頼される場合もある（小澤、2009）。この場合、「説明義務例外規定」の判断を行っているのは本人でも専門職でもなく家族ということになるが、家族が治療とケアの方針に関する本人の契約の代理・代行を行うとともに、医師や医療・福祉専門職の説明義務の例規定や例外条件の判断も行うという事態は、本人の権利という側面から、家族の負担という側面からも既に限界を迎えていると思われる。

2-5 癌の病名告知に関する研究から

医療におけるICの研究は、癌とくに告知が困難だとみなされている難治性の癌患者に対する病名告知の問題を主な対象にしてきた（インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会、1995）。当初の議論は病名告知の是非についてであり、1994年度の人口動態社会経済面調査では癌患者への告知率は20.0%にとどまっていた。しかし、厚生省研究班によるその後の調査では、早期末期を含めた癌告知率は1992年から1997年にかけて18%から75%に急増していく（厚生省「地域医療計画からみた地域がん診療施設整備拡充に関する研究班」、1997）。調査によってのばらつきが認められるものの、癌告知は欧米と同様に既に一般的になりつつあり⁴⁾、告知の是非から告知の条件についての議論に移行している。

「末期医療に関するケアの在り方の検討会報告書」（平成元年）において示された告知の条件には、（1）告知の目的がはっきりしていること、（2）患者に受容能力があること、（3）医師及びその他の医療従事者と患者との間に十分な信頼関係があること、（4）告知後の患者の身体面及び精神面でのケア、支援ができることへの配慮が必要であるとされている。これらの条件は、「説明義務例外規定」としても捉えられる

反面、告知の条件を整備するために行う患者に対するメンタルケアとしても捉えられる。2007年6月に制定された「がん対策基本法」により閣議決定された「がん対策基本計画」においても心のケアを含めた緩和ケアの推進が謳われていて、患者に対するメンタルケアに関心が寄せられるようになっている。

とくに近年は健康科学への新しい方向づけとなるコーピングが注目を浴びており、メンタルケアを推進するために面接や行動観察、コーピング尺度の使用など、様々な方法によって患者のストレスコーピングを把握する方法に関心が寄せられるようになっている（加藤、2004）。ストレスフルな状況にある癌患者は薬の副作用などの問題も絡んで、適応障害、うつ、術後せん妄などの精神症状の問題が出現することがあり、医療スタッフが患者の行動特性や心理タイプに合わせて情報量の統制を行うアプローチが現れている。

たとえば、Millerら（1987）は知覚スタイルとしてコーピングを捉える立場からMBSS（Miller Behavioral Style Scale）を開発しているが、同尺度はストレスフルな仮想場面（物理的脅威場面2場面、自我脅威場面2場面）に対して、あるいは実際の脅威場面において8つの項目に2件法で患者に回答させるものである（加藤、2004）。そこでは、脅威を喚起させる情報に対しモニタリング（monitoring：情報を収集するスタイル）と、ボランディング（blunting：情報を回避するスタイル）の2次元を仮定しており（Miller、前掲）、その心理タイプに合わせたケアを行おうとするものである。わが国では河合により日本版の作成が行われており、肺癌患者に対する情報量の統制に利用した実践研究なども現れている（井端ら、2004：2006）。癌告知や治療の説明義務については、「多くの情報をできるだけ詳しく伝えることが重要であ

るとみなされやすいが、実際には情報量が多いほど不安が減少する心理型（不安特性）と情報量を制限した方が安心する心理型（依存特性）が見られ、心理タイプに合わせた情報量の統制が必要」（井端ら、前掲）であるとして、MBSS の臨床的な有用性を検討する一連の研究が行われている。

このように、日本における癌治療は、病名告知の是非を議論する段階や、患者への説明責任の是非を議論する段階から、心理的なケアの観点からも病名告知や説明義務を捉える段階へと移行している。また、「患者の状況に合わせた説明をどのように行うべきか」「患者への情報をどのように統制するべきか」という問題は「説明義務例外規定」としてではなく、癌患者に対するメンタルケアとしての側面から議論されるようになりつつある。癌治療における IC の問題は、「患者の権利の問題」から「医療倫理的な側面をもつ法理の問題」へ、そして「患者に対するメンタルケアの問題」へと変遷してきているのである。

2-6 認知症の告知をめぐる今後の課題

認知症では中等度あるいは重度になってから施設ケアに導入されることが多く、福祉的なケアの現場で病名告知が問題となることはほとんどなかった。一方、2000 年から開始された介護保険は「申請」「契約」を原則としているが、「申請」「契約」という行為の主体は認知症の当事者ではなく、家族が代理・代行することが実際には多い。施設ケアの説明義務の対象も認知症の当事者ではなく、主に家族が対象となっている。以上の経緯で入所してきた認知症の当事者に対しては、記憶力や理解力の低下を理由としたり、生活拠点の変動に伴う BPSD の増悪に配慮したりして、敢えて理屈による病名告知や状況説明を行わずに、その場の不安を軽減する

目的での「説得よりも納得」（室伏、1985）あるいは「パッシングケア」（出口、2004）といった対応を行うことが多かった。

しかし、以上の対応はこれから認知症になる団塊の世代の教育水準や認知症に関する情報量の変化、癌など他の疾患の動向等から見ても既に限界を迎えていると思われる。また、診断技術の発達によって早期から診断を受ける人たちがや、若年で認知症の診断を受ける人たちが現れてきているが、彼らに対しては病名告知や説明義務の例外規定は当てはまらない。既に告知を受けている人、MCI の段階にいる人、あるいは「申請」「契約」といった人間関係になじんでいる団塊の世代の人たち⁵⁾が、認知症が進行して施設ケアに導入される場合には、従来の中等度や重度で診断を受けた人たちのケアモデルに準じて、「認知症だから告知をしなくてもいい」「認知症だから詳しい説明をしなくていい」という対応を行っていると言々通用しなくなるのではないだろうか。

以上の事態に対する新しい展開を予想させるのが、オーストラリアのクリスティーン・ブライデン Christine Bryden に代表される「認知症体験の語り部」（小澤、2006）たちの登場である。彼女は 49 歳の時に AD と告知され、発病 3 年後に自らの体験を表した本（Bryden、1999）を公刊している。また、2001 年にニュージーランドで開かれた国際アルツハイマー病協会世界会議で病者として初めて基調講演を行い、2003 年には来日して講演を行っている。この来日がきっかけとなり、2004 年に京都で開催された国際アルツハイマー病協会世界会議では日本の認知症の当事者（越智、2009）が自分たちの体験を公衆に向かって語り始めて、彼らが体験している生活世界への関心が高まっていったのである。

今回、京都府宇治市にある「認知症友の会」

の協力のもとで、京都文教大学臨床心理学部の3、4回生の学生を対象として、認知症の当事者とその家族との交流を試みたので、その結果や問題点を紹介する。

3 認知症の当事者やその家族と学生との交流

認知症の当事者やその家族と学生との交流は「認知症の当事者と家族が参加する授業」「認知症友の会の例会活動への学生の参加」という2つの取組をとおして実現した。この2つの取組を以下に紹介すると同時に、認知症の当事者と学生との相互作用をとりあげてエピソード分析を行う。

なお、認知症友の会の活動紹介や同会の代表者の吉田照美さん、民治さん親子に関わるエピソードについては、あらかじめ吉田照美さんに原稿に目をとおしてもらったうえで実名での掲載の許可を得た。また、認知症の当事者である吉田民治さんについても娘である吉田照美さんの援助のもとで原稿に目をとおしてもらい、内容を説明していただいたうえで実名での掲載の許可を得た。吉田さん親子は、既に実名を公開して認知症友の会の活動を実施されてきたこと、本研究の趣旨や目的に賛同されたことから、実名公開を快諾された。

グループホーム入居者に関わる記述については、管理運営責任者に原稿に目をとおしてもらったうえで掲載の許可を得ているが、個々の利用者に関わるエピソードについては匿名化した表現や抽象化した表現を行い、データを圧縮している。

3-1 認知症友の会

授業に参加した認知症の当事者は吉田民治さん（以下：民治さん）で、参加にあたっては民

治さんの娘で認知症友の会代表の吉田照美さん（以下：照美さん）の協力を得た。

民治さんは現在（平成22年時点）71歳で要介護2である。電気設備工事会社と電気店を長年経営していたが、平成10年ごろから頭痛や物忘れが認められるようになる。また、温和な性格だったのが短気で投げやりになり、不安や自信喪失で仕事を断ることも増えて家に閉じこもりがちとなる。平成10年、15年と検査を受けるが診断がつかず、平成16年に若年性認知症の診断を65歳で受けている。現在は「認知症についてざっくばらんに語れる場を増やしたい」と各地の講演会やテレビ取材などで認知症について語り続けている。

照美さんは京都府の宇治市で認知症友の会を主催しており、「孤独大敵」をテーマに認知症の当事者とその家族、支援者の活動の輪を拓けている。認知症友の会は月一回「認知症ホッとタイム」という例会を開催しているが、この例会では、認知症の当事者、家族、ボランティアなどが一同に介して地元の商店街にある洒落たレストランなどで食事会をもった後、会場を移動してフラワーアレンジメント、折り紙、ミーティングなど、各種創作活動やレクレーションなどのプログラムを実施する交流会をもっている。また、市民を対象とした講座なども開催したり、例会参加者を対象とした個別相談を交流会後に行ったりしている。

食事会では希望者にはビールなど、アルコール類も出され、一見すると多世代が集めた町内会の食事会のような光景となる。食事会では時に大声をあげたり、ティッシュペーパーを食べかけの食器のうえに置いてしまったり、食事の提供が遅くなると攻撃的になってしまう人もいたりするが、店側にあらかじめ事情を話していたり、民治さんや照美さんの慣れた対応で落ち着いたりすることが多いために家族も安心し

て参加できる。実際、認知症の当事者は仲間同士の団欒を楽しむような和やかな様子で食事会に参加している。

食事会の後で、会場を移して行われる交流会では、認知症の当事者がプログラム活動への参加を無理強いされることはなく、「押しつけない」「当事者同士が検討し合う」というルールのもとで家族とともに自由に振る舞っている。認知症友の会には「家族中心の活動ではなく、認知症の当事者を中心にした活動」をしていくという原則もあり、認知症の当事者も家族も其々のペースで活動している。

3-2 認知症高齢者と学生との対話

1) 授業実施に至る経過

授業実施に先立って、認知症友の会代表者の照美さんとの話し合いをもち、授業内容に関する大まかな打ち合わせを行った。その結果、授業実施場所を商店街のなかの京都文教大学のサテライトキャンパスで行うことと、照美さんだけではなく民治さんにも授業に参加してもらうこと、継続的な関わりを目指して学生が後日認知症友の会の例会活動に参加することとなった。

実際の授業の実施は2011年5月8日の午後2時から5時。京都文教大学の3、4回生17名を対象として、サテライトキャンパスが設けられた商店街の民家の畳敷きの部屋に照美さん、民治さんをゲストスピーカーとして招いた授業を実施する予定だった。しかし、当日は民治さんの小学校3年生のお孫さん、つまり照美さんの息子さんが軽い怪我をしたということで、当初は照美さんだけの参加になった。照美さんは詳細な資料をもとに認知症の特徴を概説しながら、認知症友の会の設立経緯や活動を具体的に紹介。照美さんの話がほぼ終了した後、民治さんがお孫さんの手を引いて飄々とした様子でサ

テライトキャンパスに入ってきて、「先生お久しぶりですなあ」との挨拶をしたのち、照美さんの横に座って普段の生活の様子などを語り始めた。学生たちは16畳の和室の中央に配された2つの大きな座机を囲んで車座に座ってかしまった様子で2人の話を聞いていた。そして、民治さんがもつリソースが最も発揮されたのは、体験談を語り終えてから行なわれた学生との質疑応答の場面であった。

2) 学生たちとの対話

「それでは学生からの質問や感想を聞いていきましょうか」と筆者が参加学生全員に声をかけて一人目の学生が感想を述べ出した瞬間に民治さんの様子が変化した。それまではむしろ照美さんが会話をリードしていて、民治さんは照美さんの話に応じる形でおっとりと日々の生活の様子や認知症友の会の活動の様子などを話していたのだが、この瞬間から背筋を伸ばされた。そして、質問や感想を述べる学生たちの方をまっすぐに見始めて、学生の発言が終了する度にコメントを述べ、「はい、次」と学生の発言を促しはじめた。コメントの途中では時に2、3秒発言と動作を静止して視線を宙に向けることがあったが、すぐに学生の方に視線を向け直して「これが認知症ですわ。さっきまで言っていたことを忘れてしもうて」「忘れたけど、はい、次」との指示を続けた。さらに小声で感想を述べる学生がいると「年寄りになると耳が遠くなって聞こえへんので大きな声で言うて下さい」と苦笑しながら注意したりした。このような司会・進行役を始めた民治さんに対して、照美さんは発言を控え目にして見守るような姿勢をとり、お孫さんもひとりりで遊び出して、その場は完全に民治さんが取り仕切る形となった。学生たちもその様子に感応して民治さんに対して質問や相談ごとをしていく対話形式になって

いった。以下はその一例である。

学生：（立ちあがってお辞儀をしてから）「今日はためになるお話をうかがいありがとうございました。（略）。あの物忘れのことなんです。私の祖●も認知症だと思うのですが。物忘れなどがひどくなってきて、それで公文式のドリルなどを買ってきてやってもらったんですが、全然やろうとしないので困っているのです」

民治さんはおっとりとした口調で以下のコメントを返している。

民治さん：「あんなあ。その人その人の段階というのか、つもりがあるのでそれを無視して押しつけてもいいけません」

女学生：（「ああ」と小さな声を出しながら大きく頷ぐ）

ある学生とは次のような対話となった。

学生：「（略）。自分の祖●も認知症だったのですが、話していると間違えが目立ち、そのたびに間違いを言うとい何も言わなくなったんです」

民治さん：（きっぱりとした口調で）「それは話を聞いてあげてください。相手がしゃべらへんようになってもとにかく話を聞いてあげるのが大事です。話かけてもらえないということは本当に辛いのです。相手が話さなくても話しかけてください」

民治さんのコメントに、この学生は納得したかのように笑顔となり以下のような発言を加え

た。

学生：「ああそうか。それで段々疲れてきてあいづちだけうつように僕になってきたら関係が良好になってきたんですね。話を聞いてあげるようにしてそれでよかったのですね」

民治さん：（頷く）

以上のようなやりとりが民治さんと学生たちとの間で繰り返されたのだが、特筆すべきこととしては17名の参加学生中、5名の学生たちが民治さんとの対話のなかで祖父母の認知症に言及したことがあげられる。また、認知症になった祖母の状況がよくわからないまま、祖母が亡くなってしまったという体験を語り、そのことがここにひっかかっていると打ち明ける学生もいた。このように、祖父母の世代が認知症になった体験をもつ学生たちは、民治さんとの対話から、自分たちと祖父母の関係を想起したり、回想したりし始める。

祖父母の世代が認知症になるということは、孫世代にとっては祖父母との今までの交流が途絶える、交流を途絶えさせられるという事態にすぐに結びついていくようである。また、そのことに対して情緒的な痛みを感じている反面、彼らの親世代が向き合わざるを得ない介護を介したリアルな関係や生活を想起したり、親世代が認知症になる可能性を思慮したりすることは困難なようである。このことについて照美さんは以下のような感想を後に述べている。

「学生さん達が、身近に認知症患者さんがあれほどいらっしゃるというのは、私達にも驚きでした。実際核家族化しているので、祖父母世帯に認知症があっても、その

息子娘世代はたまにしか関与せず、ましてやその子供達〈学生さんたち〉にとっては、自分達が何かをする相手ではなく、ちょっと離れた感覚で、そういえばうちのおじいちゃん、認知症なんだよね、っていうような感覚なのかもしれないなあ、と思いました。直接的に両親が同居して面倒をみていない場合は、孫にとっては、介護対象として遠い存在かもしれません。核社会のデメリットや、家庭が分離している事で、経済的要素、当事者の孤立がありそうだと感じました。学生さん達から、たくさん得るものがありましたので、おうかがいさせて頂いてよかったと思っています。」

青年期の人たちとその親世代である壮年期の人たちでは認知症の当事者の語りから読みとろうとするものが異なるようである。

親の介護問題に向き合わざるを得ない世代は、「記憶が失われるということを当事者はどのように体験しているのだろうか」「周囲の対応をどのように感じているのであろうか」というケアに関わる切実な視点で当事者の語りに耳を傾ける。そこには、リアルタイムで親世代の認知症や介護問題に直面している、あるいは近い将来直面するかもしれない世代の現実感を伴う前向きの視点があると同時に、将来自分も認知症になるかもしれないという恐れや不安が存在する。

しかし、認知症になった祖父母をもつ学生たちの視点には、「祖父母に対する自分たちの関わり方は適切だったのだろうか」という、自己と他者の関係の在り方に対する後ろ向きの視点がある。それらの学生たちの問いに対して、民治さんは俯瞰的な視点をもつ賢者のような趣で解答を与えていったのである。それ故、民治さんと学生との対話はあたかも「道に迷う若者と

老賢者との対話」といった風情を帯びたと思われる。

3) 交流会

平成22年5月23日午前11時半から午後4時半にかけて実施された認知症友の会の交流会は、宇治市の商店街にある民家を改造したお洒落なレストランでの食事会から始まった。

参加した学生は11名、教員1名、認知症友の会のメンバーは認知症の当事者4名とその介護者、家族、ボランティアら計21名である。全員身だしなみを整えて和やかな雰囲気談笑しており、一見すると誰が認知症か分からない。しかし、以上の感想を述べた学生に対してある参加家族は「家族じゃない人から見ると気づかれにくい。だから病気だと思われにくい」と語っていた。また、食事会ではビールを注ごうとしてコップからビールを溢れさせてしまう人、食事会が終わって例会場に移動する際に何度も立ち止まってしまい、どこに行くのかが分からなくなった人などもいたが、そういった時でも周囲の誰からも彼らが制止されたり、せかされたりすることはなかった。

食事会会場から徒歩5分程度の場所にある50人程度を収容できる例会場では、当日のプログラムである生け花をするためのスペースが部屋の真ん中に配置されたほか、その横にも机と椅子が配置されてパズルの道具やハサミ、紙、鉛筆なども置かれ、認知症の当事者が生け花のプログラムにも、その他の活動にも参加できるような配慮が行われた。この日は、生け花のプログラムは主に家族が楽しみ、認知症の当事者は各自思い思いの過ごし方をしていた。プログラムに少しだけ入る人、プログラム以外の活動をしたり談笑したりしている人、プログラムを眺めている人など、様々である。

例会場でも民治さんは学生たちが認知症の当

事者に遠慮がちに関わる様子を見ながら、ポイントのところでは学生たちに助言をしていき、あたかもライブスーパーバイズを行うセラピストのような風情であった。また、筆者を感心させたのは、民治さんのお孫さんと認知症の当事者との関わりである。以下は民治さんのお孫さんと認知症の当事者 A さんとのやりとりである。

お孫さん：（お茶を参加者に勧めていって、A さんのところに来るが、A さんはコップに鉛筆やハサミを入れている。5 秒ほど A さんの様子を見て A さんの動作が止まった時に、A さんに接近して A さんの顔を覗き込みながら）ごめん。僕が先に言っといたらよかったんやけど。ここにお茶を入れていいですか。

A さん：ああ（お孫さんに笑顔を向ける。次いでコップの方に視線を移して鉛筆に手を触れるような動作をするが、すぐに動作が止まる）

お孫さん：（A さんの発言と動作が止まるのを見てから、コップの中身を A さんの前でゆっくりと取り出して、次いでお茶を A さんのコップに注ぐ）。

お孫さんは A さんの動作や発語が終わるのを待ってから、A さんの目を見ながら A さんのペースに合わせてゆっくりと丁寧に話しかけていて、A さんからの発語は少ないものの、両者の間には相手の発信に応じて発信を行うという相互行為の連鎖が見られる。また、A さんは相好をくずして民治さんのお孫さんを見ており、両者の間には「なじみの関係」が成立していることがうかがえた。以上のお孫さんの一連

の行為は、日常生活のなかで自然に身についた振舞いだと感じられる。同様の関係は民治さんと他の認知症の当事者とのやりとりにも頻繁に感じられた。以下は A さん、民治さん、学生、教員が机を囲んでジグソーパズルをしている場面である。

民治さん：（ジグソーパズルなどを出しながら右横に座っている学生に語りかける）「これはなあ。やったらと言わんとうやっしておいてやるんですわ。無理強いしんと。そしたら暫くしたらやることもあるし。前は出て行ってしまったこともあったけれどそんな時も後からそっとついていく」

A さん：（民治さんと学生がパズルをしているのを数分間うつろな表情で見えていたが、やがて民治さんのお孫さんのものだと思われるパズルに手を伸ばして組み合わせ始める。裏表はばらばらである。学生が覗き込むと「ああ」と言いながら笑顔で一緒に覗き込む様子となる。次いで突然ハサミを手に持ってパズルを切ろうとする）

学生：（身を乗り出して A さんが持つハサミに手を伸ばし、少し大きな声で）「それは切ったら」。

A さん：（険しい表情になり、体を椅子から浮かせて）「ああ。ああ」（大きな声を出す）

民治さん：（すかさず）「止めたらあかん。したいようにさせて。止めたらあかん」（学生が動きを止めて静止する）

A さん（すぐに表情が和んでハサミをジグソーパズルに当てる）

これらのエピソードは一例に過ぎないが、民治さんとお孫さんが例会に参加している認知症の当事者の人となりや日ごろの行動になじんでいること、そのことを押さえたうえで関わっていることがよく伝わってくる。また、民治さんが新参者である学生や筆者に認知症の当事者への関わり方を助言したり、伝授したりしていることが印象的であった。以上は民治さんと学生との対話が行われた授業内容のいわば実践版、ライブスーパービジョン版と言える内容であった。

4) 学生たちの感想をめぐるやりとり

取組の実施後に提出を求めた感想文では、参加学生全員がこの取組に対して高い評価を行ったが、個々の学生による様々な感想は以下の特徴をもつ3つのカテゴリーに大別できる。

第一は今までに認知症の当事者やその家族と交流をもったことがないことに言及した学生たちに多かった感想である。以上の学生たちは「勉強になった」「楽しかった」「いい体験であった」と述べており、また「机上の学習では絶対に得られない体験」と受けとめていた。

第二は主に援助専門職を目指している学生たちに多い感想であり、「認知症の当事者との接し方や関わり方を知る上で役にたった」「好きなことや性格が全く違ってこちらの接し方も当然変わってくる」など、認知症の当事者への関わり方の問題に言及したものである。また、「発症の場合の配偶者の辛さやショック、また制度の問題などを（家族から）直に聞くことができ、ケアマネージャーや医師からのサポートの重要性を実感しました」など、認知症への社会的な支援といった観点からの感想もあった。

第三は「当事者の行動を否定ばかりせず、一つ一つの行動に意味があることを教えて下さいました」「自分で時々ひやっとすることもあっ

て、吉田さんからアドバイスをいただきながらお話しました」など、民治さんの教育的なリソースに対して言及したものである。

学生たちの以上の感想をどのように評価するかについては判断が難しいところがあるが、認知症の当事者である民治さんが示した教育への熱意に見合うものであったかどうかは今後の取組にかかってくるだろう。多くの学生たちにとって認知症は未知の課題であり、祖父母の認知症に言及した学生たちにとっても、祖父母との過去の関係の問題であり、どこか遠い問題でもある。そして、そのこと自体が教育にとっての大きな課題ではないだろうか。

超高齢化社会の問題がこれほどまでにとりあげられながらも青年期の人たちが認知症を遠い問題と感じている現状に対して、「認知症体験の語り部」たちは不本意な心情をいだくのではないと思われる。また、「語り部」という言葉には過去の体験の伝達者という意味が付与されがちであるが、認知症の問題は「語り部」たちにとっても、「語り部」を支えている人たちにとっても過去の問題ではなく、リアルな現在の生活体験そのものである。当事者たちにとっては「勉強になりました」「楽しかったです」と言われて終息することが決してない、現在進行形の話であること、未来に継続しなければならない話であることを押さえなければならない。

民治さんは当初、学生たちの感想を楽しみにしており、実際、学生たちの感想に目をとおして、照美さんから感想を求められののだが、気に障る部分があったようである。照美さんは次のように述べている。

「父に学生さんとの学習会や交流会についての感想文の感想を求めたのですが、最初はやる気があったのですが、読み終わった

ら、やる気がなくなっていました。どうも気に障った点があったようです。で、父いわく、それぞれ個別に感想を口頭で聞いて、お返事するならできるけど、だそうです。で、教室に呼んでくれたら、話す。と言っておりました。学生さんは忙しいからムリと言ったのですが、継続的にコンタクトをとって、自分の考え方を知ってほしいという思いを持っているようです。単発で知ったつもりになられるのが嫌だと言っていました。学部生さんの感想なので、私からすると、こんなもんやろと思うのですが、単位のために参加したという記録のための感想と、感じて想った感想との違いに、父も気がついたのではないかと思います」

「認知症体験の語り部」は単発のゲストスピーカーになることを求めているのではなく、自らの発信に対して聞き手との相互関係が成立する形で将来へと継続する関わりを志向しているのである。そのためには、「語り部」として参加する教育から、「語り部」との対話を継続に行える教育へ、そして認知症の当事者がたんに「参加」するだけでなく、「参画できる教育」へと発展させることが必要だと思われる。

3 認知症の当事者のリソース

認知症の当事者である民治さんが学生たちとの交流で示した教育への熱意は、今後の取組への可能性とともに、現在の認知症ケアの問題を感じさせるものである。

では、認知症の当事者がもつリソースや現在のケアの主な問題点とはどのようなものであろうか。以下に「説得よりも納得」「パッシングケア」「なじみの場と公共の場」に分けて考察していく。

3-1 「説得よりも納得」

室伏は認知症高齢者のケア、とくにADの中程度以上のケアに対して「説得よりも納得」という有名な言葉を用いて、「介護の原則」⁶⁾のひとつとしている（室伏、前掲）。元来「説得よりも納得」は、認知症高齢者の態度や言動を受容し理解することの重要性を指し示した言葉であり、心理的なケアとしての側面が強い原則である。具体的には記憶や見当識、理解や判断に関する障害から、認知症の当事者が混乱をして行う言動に対して、理屈による説得をするのではなく、本人の心理的な安定を保障するために、共感や受容に基づいた対応を行うという意味合いを元来はもっていた原則である。

しかし、実際のケア現場における「説得よりも納得」という言葉の用法は、必ずしもこの原則に当てはまっているとは思えない。たとえば、施設ケアに導入された認知症の当事者が混乱して行う帰宅欲求に対して、「息子さんに連絡したら明日迎えに来ていただけるとの伝言がありましたので、今日はここに泊っていただきますね」といった個別の事例の生活の文脈にあった架空のストーリーを創作して当事者を納得させようとする対応をケアワーカーが行う場合、元来の意味合いでの「説得よりも納得」の原則だけが行使されているのではない。

認知症の本人が心理的に安定することを意図して行われる場合もあれば、たんにその場その場の面倒を避ける、ケアワーカーのルーチンワークを滞りなく遂行するために行う場合もあるなど、現場で行われている「説得よりも納得」の対応には実際にはいくつものパターンが存在する。また、ルーチンワークを遂行するためにやむなく行われた対応であっても、認知症の当事者が落ち着けるような心理的なケアを先延ばししている場合と、全くそのことが考慮されていない場合もあるだろう。後者の場合は認知症

の当事者の訴えの反復をとにかく中断、終結させることを志向した対応や、自己目的化した技術の行使に陥りやすい。

実際、通常の身体的ケアに加えて BPSD への対応に追われるなど、多くの課題を抱えるケア現場では、認知症の当事者の訴えを丁寧に取りとめる時間がないという事態が数多く生じており、認知症の当事者の訴えに対する聞きとりは先送りされたり、中断させられたりする。利用者をマスと捉えて食事、排泄、入浴などの身体的なケアを画一的に行おうとする場合、以上のケアは行う側にとっては「待たなし」のルーチンとなる。そして、ルーチンワークを滞りなく遂行していくには、認知症の当事者の反復する訴えをとにかく中断させる、終結させることが第一義的な目的となりやすい。この場合「説得より納得」原則の本来の意味合いは消え去り、利用者を「納得」させる理屈を利用者に対して「説得」という対応がとられ、混乱した利用者がさらに訴えを反復させるという悪循環も生じていくこととなる。

このように、ケアする側の条件や意図次第で「説得より納得」の対応は、本来の意味合いとは異なる対応になっていく現実が認められる。では、以上の事態のなかで、なおかつ訴えを反復させていく認知症の当事者をどのように捉えることが可能であろうか。

BPSD の悪化という従来からの捉え方も可能であるが、認知症の当事者が能動的に事態に関する説明を求める、積極的に情報を求めているというコーピングの側面から捉えることも可能である。コーピングの側面から問題を捉えれば、訴えを反復させる認知症の当事者のコーピングスタイルのリソースを把握していくことへと関心が移行していく⁷⁾。本論で既に指摘したように癌治療においては告知の是非から患者のコーピングスタイルに合わせて情報の統制を行

うという、個々の患者の心理的なケアの在り方に関連した問題設定とその対応の検討が行われるようになっている。認知症ケアについてもケアワーカーが行う情報統制の問題として以上を扱い、認知症の当事者が心理的に安定できる対応を考えていくということが必要になっていくと思われる。

3-2 パッシング

1) 「説得よりも納得」と「パッシングケア」

パッシング (Goffman、1963) とは、体面を保つ方法としての逃避形態・対処戦略であり、認知症においては「物忘れをしていることが他の人に分からないように言葉を濁したり、取り繕ったり、話をすり替えたり、つじつま合わせをしたりすること」とされる (田口、前掲)。それに対して、認知症の当事者が物忘れをしていることや認知症であることに気づかされることを残酷であるとみなして、以上の事態を回避するために「話をすり替えたりやりすごしたりして」「包み隠すケア」、「他者が相手の面子を保つために行う丁寧な配慮としてパッシングするケア」が「パッシングケア」である (田口、前掲)⁸⁾。そして、日本の認知症ケアでは、「認知症の人にかかわる側が相手の面子をたもつために行う丁寧な配慮としてのパッシングケア」が行われていると指摘されている (田口、2006)。

「説得よりも納得」原則が認知症ケアに関わる援助専門職たちがなじんできた言語的文化のなかに溶け込んでいるように、「パッシングケア」も認知症への関わり行動の具体的な技術として現場に既に溶け込んでいる。実際、「パッシングケア」の定義と「説得よりも納得」原則は類似しており、両者ともに当事者の体面を保つために行う配慮や思いやりのある言語的な関わり行動の技術であると同時に、ケアに関わる

側の道德規範としても捉えられている。しかし、技術の行使と道德的な規範との間には矛盾も生じる。既に指摘したとおり配慮や思いやりを表す道德規範として「説得よりも納得」という言葉を位置づけたうえで、ルーチンワークの遂行を合理化していく、自己目的化していく手段として「説得よりも納得」の技術が行使された場合、本来は道德規範を表していた言葉の用法に歪が生じる。たとえば、IC という言葉の用法についても「認知症だから告知しても分からないから意味がない／告知しても忘れるから告知の際に配慮を行うことはない」という用法へと自在に転換されることがある。認知症の当事者に対しては、現実には直面させても「すぐに忘れるから」⁹⁾ 意味がないとみなされて、告知あるいは告知しないことがともに合理化されることがあり得るのだ。以上は専門職の言語的な文化の圧力としても捉えられる（吉村、2006・2009⁹⁾）。

ルーチンワークの遂行が優先されているという事実や、ルーチンワークの改善を図からなければならぬ事態への直面化を回避して、優しさや心理的安定を図るためにという、いわば援助専門職の理念と矛盾しない原則に基づいて「パッシングケア」とみなされる技術が行使されることがある。そこにはケアする側がケアに伴う様々な負担の存在を「パッシング」して「納得」しようとしなければならないという、ケア現場の現実の反映がある。また、「説得よりも納得」「パッシングケア」の対象は、本来はADの中等度以上の当事者が対象とされていたと捉えられるが、現実にはすべての認知症に当てはめられている。この背景には「認知症＝認知症への気づきがない」という障害受容や病識に関わる単純な2分割論の反映がある。

では、認知症の気づきの段階を2分割ではなくより細分化した段階論として、たとえば障害程度や障害受容の段階論を当てはめて捉えてい

くと、その弊害は解消されるのであろうか。ここで想起されるのは先の認知症友の会で認知症の当事者たちが示したリソースについてである。以下に認知症の当事者のリソースについて分析を行っていく。

2) 「社交の場」でのパッシング

認知症友の会の食事会に参加した認知症の当事者たちは、レストランでの食事場面を「社交の場」として捉えて参加しており、それ故、デイサービスなど、ケアの現場に通う認知症の当事者たちの在り方とは異なった対応をとっていたと思われる。新規参加の学生たちや教員に対して、にこやかにほほ笑みかけたり、語りかけたり、あたかも旧知の間柄であるかのように会話を相槌をうったり応答したりという、様々な戦略を用いた認知症の当事者のパッシングが頻繁に行われていた。以上は発語の少ない重度の認知症の当事者にも認められ、時間的な経過とともにそれが崩れてしまうということはある。当初の参加の意味づけが「社交の場」への参加にあり、その場にふさわしい相互儀礼が行われていたと捉えられる。さらに、「社交の場」にふさわしいセッティングが行われていたことも重要である。たとえば、街中のレストランで多世代が集って食事をするという設定と、高齢者が集合しているデイサービスでケアワーカーから提供された食事をするという設定の違いは認知症の当事者にとって重要である。彼らの生活スタイルの連続性から見てどちらが共同体の自然な「社交の場」として認知されやすいのかは明らかである。これは食事会から例会場に設定された会議室のある建物に移動し始めた認知症の当事者に認知症特有の見当識の混乱が認められたこととも関連している。

認知症の当事者がある場面を「社交の場」、共同的な儀礼が必要な場と捉えるか／否かに

よって彼らが発揮するリソースは異なってくるし、そのリソースの保持については、たとえば短時間なら可能だが、長時間になると難しいなど、個々の時間的な閾値も関わってくる。認知症の当事者の気づきに関する段階論には、その状況が当事者のパースペクティブからどのように捉えられているのかという状況論的 (Lave & Wenger, 1991) な把握や、エコロジカルな視点からの把握が抜け落ちるのである。これは我々が病室を治療やケアを受ける場として捉えて、日常的には病人として振る舞っているが、見舞客に対しては接待の場と捉えて時間的な見通しがもてる限りは、つまり短時間で相手が必ず帰るなどの見通しがあれば、可能な限りは社交儀礼を保とうとするのと同じことである。状況における人やモノの時間的・空間的な配置によって人々の捉え方や振舞いが全く異なってくるのである。

ケアワーカーが行う「パッシングケア」も認知症の当事者が行うパッシングも、自らが内面化している社会的な役割に沿って公共的な場で行われているコーピングであり、其々の社会的なリソースの発揮であることについては同質のものである。そして、個々の状況においては社会的な位置づけが高いものの規範が優先されるのである。

3-3 「なじみの場」と「公共の場」

1) 「なじみの関係」と「わたし」

「説得よりも納得」の原則を提唱した室伏は、「なじみ」という言葉を使用して、「不安を解消させる対応」として「なじみの仲間をつくり、孤独にさせない」を「介護原則」のひとつとしている (室伏、前掲)。以上の原則を表す言葉として有名になった「なじみの関係」は「説得よりも納得」と同じく、とくに AD の中等度以上

に関わる技術でもある。

一般に「なじみの関係」とは、慣れ親しみ、ありのままの自分でいられる関係や場面を意味しており、情動的反応的な共同性が強調される傾向がある。しかし、成人が実際にもつ共同的な関係には情動的な色彩が強い関係と社会的・公共的な色彩が強い関係が不可分になっている。小澤 (2005) は、情動的な色彩のつよい「わたし」は「人と人とのつながりのなかに、あるいは自然のなかにとけこんでいく」ものであり、認知的な「わたし」と異なる情動的な「わたし」の世界であるとする。また、認知症の場合、崩れる「わたし」は認知主体としての「わたし」であり、それに対して情動をつかさどる「わたし」は認知症のかなり末期まで持続しており、認知のレベルの障害と情動反応性の保持のずれが、認知症の当事者の BPSD の源であるとする (小澤、2003)。

元来、情動反応は他者 (周囲) と未分化な状態から立ち現われてくるものであり、情動反応と認知の矛盾や統合こそが発達過程である (Wallon, 1956) とみなされる。乳幼児が未分化な姿勢・情動反応から、姿勢・情動反応と認知の拮抗過程を経て成熟した社会性を獲得していくのに対して、認知症の場合は単純に考えれば逆のコースを辿っていくと捉えられる。しかし、逆の過程を辿るが故に、認知症の場合にはストレートに情動反応レベルの「わたし」に移行するのではなく、認知レベルの「わたし」もかなり残存していくと考えられる。したがって情動的な色彩が強い未分化で共同的な存在としての「わたし」も、公共的な色彩の強い社会的な存在としての「わたし」も、認知症のなかにはある程度保持されながら、認知症の進行に伴って、情動的な色彩が強い「わたし」の割合が増していくと思われる。以上の過程では、認知レベルの色彩が強い関係と、情動反応レベル

の色彩が強い関係との矛盾や拮抗が生じると思われる。つまり、認知症の当事者の共同性のなかには認知的なレベルでの社会性や公共性が含まれると同時に、情動的なレベルでの未分化性が含まれており、両者が併存したり、矛盾・拮抗したりしながら、情動反応主体に移行していくと考えられ、各々の過程特有の「なじみの関係」が成立していると思われる。このうち、認知レベルと情動レベルの共同性が併存する状況とは、たとえば我々が友人や家族とのつきあいと職場でのつきあいを、其々「なじみの関係」として捉えていて、どちらかが優勢になったり、両者が矛盾・拮抗したり、統合したりする状況をその都度「わたし」の生活世界として体験していることと基本的には同じなのではないだろうか。

2) 「公共の場」と当事者のリソース

「なじみの関係」についての論考を進めていくと、認知主体としてであろうと、情動の主体としてであろうと、「なじみの関係」を捉える「わたし」は誰なのかという疑問が生じる。

たとえば、施設ケアの現場での食卓場面はケアする側からは食事介助の場面として設定されたり、家族的な雰囲気のある「なじみの場」やリラックスした雰囲気のある「団欒の場」として設定されたりするが、そこに参加する認知症の当事者にとっては「公共的の場」として構造化されていたりする。また、食卓場面が「公共の場」として仮に捉えられていたとしても、その場を統制するのが他者なのか、自己なのかの違いによっても、参加者の振る舞いには異なりが生じる。ある場面におけるある人の振舞いは、其々の人が其々の生活歴の延長線上で捉えたその時空間（その場面）を、現在の生活世界のなかにもどのように構造化していくのかによって異なりが生じるのである。

筆者が参与観察を行った認知症のグループホーム¹⁰⁾では、普段は居室に閉じこもりがちであり、食事も居室でしているが、来客があると着飾って出てきて食卓に加わる女性利用者（B）がいたり、他の利用者の食事風景を「監督」している女性利用者（C）がいたりした。彼女たちはお洒落で勝気な性格だった（B）、配偶者の職場の人たちを招いて食事を振る舞う主婦の立場だった（C）という生活歴をもつ利用者である。また、ケアワーカーが「ごちそうさまでした」と言って食器を片づける音頭をとる前に、女性利用者にティッシュを渡す男性利用者（D）などもいた。彼は食卓の場面の「終了」を決定づける「ティッシュを渡す」という先取行動をとっていて、食事終了後の利用者の一連の行動は彼の先取行動に連鎖して遂行されており、ケアワーカーの発語もその連鎖のなかに組み込まれていた。ちなみにこの男性利用者はかつては部下を束ねる立場の職業についており、その文脈で食事場面を公共的な場面として捉えていた可能性がある。

以上のグループホームの入居者はいずれも中等度以上の障害をもっていたが、食卓場面を各々が異なる色彩をもった「社交の場」や「公共の場」と位置付けて、各々の生活歴のなかで培ってきたリソースを最大限に発揮していたこと、居室での様子とに違いが認められたことは興味深い。上記の女性利用者たちは居室を思い思いに飾っており、居室にドレスをずらりと並べている女性利用者（B）は食事が終わるとあたたかも招待客のような態度で早々に居室に戻っていき、「窓の外を見ると落ち着くの」という女性利用者（C）は食事が終わった後も暫くはあたたかもホームパーティの後で一服しているかのように食卓に居てケアワーカーとお喋りしながら窓の外を見ていた。また、くだんの男性利用者（D）は居室には戻らずに食器を片づけて

いるケアワーカーの背後から、あたかも指示を出すかのように、こまめに話しかけているなど、食事終了後の振舞いも様々である。女性利用者（B）はあたかもお洒落な招待客のような振舞いを、女性利用者（C）はホームパーティの主催者のような振舞いを、男性利用者（D）は職場の統制者、監督者のような振舞いをしており、各々がもっているライフスタイルと、公共的な場で担っていたら、各々の社会的な役割や社交的な役割の連続性は、グループホームでも保たれようとしていた。いずれにしても食卓場面は、グループホームの入居者にとっては、家族の団欒のような場面とは質的に異なっており、公共的・社会的な性格をもつ場面として成立していた。ケアワーカーとの日常的なお喋りの場面や、居室で過ごす場면을生活のなかの「地」として捉えれば、筆者らが来訪した食卓場面は「社交の場」「公共の場」として、即ち「図」として成立している。認知症の当事者自身が、ある状況を公共的な性質をもつ場面として捉えた場合、その状況においては社会的な体面を保つためのパッシングが頻繁に行われると同時に、その状況においてこそ彼らが過去の生活歴のなかで培ってきた社会的なリソースも発揮される。また、以上の公共的な場面を「図」と捉えるならば、「図」が成立するには「地」としての「なじみの関係」が成立していることが不可欠であると思われる。

彼らが現在の生活の場면을どのように構造化しているか、ある状況や新規の状況をどのように構造化しようとしているかという事実を捉えずに、特定の場면을「なじみの場」として外枠から設定して、情動反応主体の「なじみの関係」を作ろうと意図することは、私的な空間から彼らを引き離してしまうとともに、彼らがリソースを発揮できる場면을奪うことになり、そのことによって彼らが保持している公共性をも崩し

ていくことにならないだろうか。未分化な空間から私的な空間が現れ、情動反応レベルの「わたし」から認知レベルの「わたし」が現れてくるように、「わたし」は「わたしたち」から現れてきた存在であり、各々の生活歴や現在の生活などを含む時空間のなかに不可分なもの、連続性をもつものとして位置づけられている。したがって、その一部だけを外枠から切りとったり、外枠を当てはめたりして、「なじみの場面」や「なじみの関係」として構成していくことには困難が伴う。

認知症の当事者は自らの自己同一性を保つためにも、たとえかなり重度になったとしても、自分たちの社会的なリソースを発揮できる公共の場を必要としている、あるいは与えられた環境のなかに私的な生活世界と、公共的な生活世界を必死に構築しようとしていると思われる。あたかも我々が「私的な空間」と「公共的な空間」を合わせた生活のなかに、「情動反应的な」生活世界と「公共的な」生活世界を、過去から未来に向けた生活歴の延長線上に絶え間なく構築していき、それらを「わたしたち」の生活世界に必要な不可欠なものであると感じている、また、そのような「わたしたち」が「わたし」にほかならないと感じているように、認知症の当事者も「わたし」固有の生活世界を構築しているのだ。

心理的ケアにおいては「わたし」という個の生活世界が第一義的であるとみなされやすいが、認知症の当事者が「わたしたち」という視点から場면을捉えて、公共的な場면을構築して社会的なリソースの多くを発揮している現実にも目を向けるべきだと思われる。認知症友の会の民治さんが学生たちへの教育に関わるリソースを発揮したのも、彼が授業の場を公共的な位置づけの場として捉えたからであり、その「図」を支える「地」としての日常生活が照美さんと

ともに構築されていたからである。とすると我々は配慮をもって公共的な場のセッティングを行い、彼らがもつリソースを次世代が体験できるようにしていくべきではないだろうか。そして、以上はケア技術の伝達以上に教育にとって重要なことではないだろうか。

4 おわりに

近年の認知症高齢者ケアの現場では、身体的ケアに加えて心理的ケアが重視されるようになっており、BPSDへの対応のなかでも、①認知症の告知を受けて間もない利用者へのケア、②在宅ケアから施設ケアへの移行など、生活拠点の変化に伴うリロケーションダメージへのケアなどが重要となっている。また、③医療的な観点からの告知だけに焦点をあててのではなく、福祉的な観点からの利用者への説明義務の履行、たとえば生活拠点の移動、生活状況の変化に対する混乱に対して、本人とともにその事態を乗り越えていくために、現状の説明や意味づけをともに行うことが必要となっている。

以上には、生活世界に対する利用者の主観的な理解を尊重する態度や、利用者とともに生活世界を構築しようとする視点が重要となってくるが、精神疾患や認知症の人の生活世界に関する主観的情報は、病識や症状との関連からその信頼性が常に疑問視されてきた（吉村、2003）。生活世界は本来的に実存性・主観性・固有性をもつものであり、それ故にサービス利用者の生活の実態に対する利用者と支援者の主観や認識には乖離が認められる。そして、多くの場合、支援者判断が科学的・客観的なものであるとみなされてきた。また、利用者の主観や認識を重視した場合においても、主観的指標の枠組みを提示するのは主に支援者の側であった。しかし、以上の枠組みは、生活に関する主観的指標の研

究¹¹⁾や、「認知症体験の語り部」たちの存在によって次第に崩れつつある。

「わたし」の生活世界は、私的な空間と公共的な空間を合わせた「わたしたち」の生活のなかに、情動反動的な「わたし」と認知レベルの「わたし」を自己の生活歴のなかに絶え間なく構築していくことによって成り立つものであり、元来は共同的で連続的なものである。それらの基盤のうえに築かれている「わたし」の生活は、他者から捉えれば、主観的指標と客観的指標の双方を含んだ実態であり、この実態に対する認識を基盤として構成される「その人固有の世界」でもある。生活世界は空間的次元とともに、過去から将来にわたる時間的次元に規定される体験された「その人固有の生活」（生活の実体）であり、認知症ケアにおいても専門的な支援と認識の対象である。

認知症の当事者の生活世界に接近していくには、体験の聞きとりを行うだけではなく、彼らとの対話をとおして彼らの現在の生活の様態や彼らのリソースを学ばなければならない。そのためには、認知症者の当事者のリソースが発揮される「なじみの関係」としての公共的な場面をともに構築すること、場面をともにして対話を繰り返す作業をしていくことが必要となるだろう。家族や支援者の側に主体においた介護ケアの技術論の伝達に終始するばかりではなく、認知症ケアの現場においても教育現場においても当事者のパースペクティブから学び、対話を継続していく場面をさらに増やしていくべきだと思われる。

最後になるが、本研究の協力者であり認知症の当事者である吉田民治さん、認知症友の会の代表者である吉田照美さん、総合ケアセンターサンビレッジの利用者とサンビレッジ新生苑で実施されている「認知症ケア研究会」に参加し

ている職員や関係者の皆さん、老年医学の専門家である青木信雄氏（美山診療所、元龍谷大学教授）、授業に参加した学生たちに心からの謝意を表したい。彼らの協力がなければ、本研究も本研究に基づく教育実践も決して実現できなかったものである。今後も認知症の当事者が参画できる教育や研修の場づくりをともに進めるように地道な努力を重ねていきたい。

本研究は平成 21 年度から 23 年度の科学研究費補助「社会福祉教育のナレッジデザインへの利用者の参画とコミュニティ形成に関わる研究」（基盤研究 C）に基づく研究である。

注

- 1) 1990 年に日本医師会生命倫理懇談会がインフォームド・コンセントの定義づけをおこない、積極的に導入することを提言している。しかし、「十分な説明と同意」という訳語については様々な批判が生じ、1995 年の「インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会」では、「Informed Consent」の内容を表す訳語についても議論された。同検討会では「説明・理解と同意」「説明と理解・納得・同意」「（医療従事者の）十分な説明と（患者の）理解にもとづく同意」「医療を受ける側に立った説明と同意」「説明と理解・選択」「十分理解した上で自分で決定すること」など様々な提案がなされたが、訳語を作るよりは、「インフォームド・コンセント」という原語のままの用語を用いることとなった。
- 2) 「個々の患者と医療従事者との関係において成立するインフォームド・コンセントについて、画一性を本質とする法律の中に適切な内容での規定を設けることは困難であり、また、一律に法律上強制する場合には、責任回避のための形式的、画一的な説明や同意の確認に陥り、かえって信頼関係を損なったり、混乱させたりするおそれもあることから、適切ではない」（インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会、1995）との判断で法制化は見送られた。
- 3) 渡辺らは、認知症告知に対する介護職、ケアマネージャー、PT、OT、医師などの専門職集団の態度を調査して、介護職は他の職種に比して AD の病名告知に否定的な態度を示すとの結果を報告している（渡辺ら、2006）。
- 4) Kodish & Post (1995) は、米国におけるがん告知率は 1961 年に行われた調査では、対象者の 90% に癌の告知を行っていなかったが、1979 年の調査では 97% に癌告知を行っていたと述べている。近年の日本の癌告知率はこの当時のアメリカに近い数字になっている。
- 5) ちなみに筆者らはこれらのタイプの施設利用者を「第二世代の認知症」という呼び方をしている。以上の世代の人たちはサービスに関して消費者としての権利意識をもっており、サービスの選択、自己決定などの概念に既になじんでいる世代の人たちである。
- 6) 室伏は「介護の原則」として、①不安を解消するように対応する。「急激な変化を避ける」「頼りの人となる、安心の場を与える」「なじみの仲間をつくる、孤独にさせない」「言動や心理をよく把握し対処する」、②お年寄りを尊重する、理解する。「年代を同じにする」「説得より納得を」「反応や行動パターンを理解し対処する」、③暖かくもてなす。「良い点を見出し良い付き合いを」「軽蔑・排除・無視しない」「叱責・矯正しつづけない」「感情的にならない」、④自分を得させるようにする。「相手のペースに合わせる」「行動をともにする」「簡単にパターン化し教える」「適切な刺激を与える」をあげている（室伏、1985）。
- 7) 筆者らがフィールドワークや認知症ケア検討会に参加している岐阜県の総合ケアセンターサンビレッジでは、訴えを反復させる認知症の当事者に対して、コーピングの側面からアセスメントを行い、どのような説明を行うべきかについての検討を開始している。以上の取組は「何故ここにいるの」との訴えを繰り返す AD のある利用者に対して、情報を出来るだけ告げた方が心理的に安定するとのアセスメントに基づいて、ケアスタッフが取り繕わないで事実を伝えるケアを実行したところ、利用者が安定したという経験がきっかけとなった取組である。
- 8) パッシングケアの命名者である田口によれば、日本の認知症ケアでは「本人によるパッシングを逆手にとって本人自身からではなく周囲からのパッシングによる接し方（パッシングケア）によって、彼／彼女らの寄る辺のない不安感を

緩和させることが良心的であるという姿勢が関わり手のあり方として内面化されている」。また「パッシングケアは物忘れの不安などを緩和させるために効果的な対応であるかもしれないが、本人のパースペクティブから認知症を捉えようとすることは、パッシングケアが行われている日本の現状からみて「本人にとって非常に暴力的で残酷なことなのだろうか」という疑問も表明している（田口、2004）。

- 9) 本人に対する認知症の告知に疑問をもった家族からの質問に対しては「すぐに忘れるからいいじゃないですか」と医療スタッフから言われたというエピソードを越智が紹介している（越智、2009）。
- 10) 以下にあげているエピソードは、いずれも筆者らが参与観察を行った総合ケアセンターサンビレッジの「グループホームさくらさくら」の入居者のエピソードである。
- 11) WHO プロジェクトは、1995年の「精神分裂病のQOL会議」において「精神病患者が評価したQOL情報の信用性は、幾度も疑問としてとりあげられてきたが、大多数の精神分裂病と診断された個人から得た主観的情報の信頼性は妥当であり、急性精神病期が過ぎた後の患者を焦点にし、主観の評価を使用したことの問題は発見されなかった」「QOLの概念は、第一に個人の主観的理解を基本としており、精神病の患者であっても例外ではない」「インフォーマル、または専門の支援者による評価もQOL情報の補足として活用することはできるが、それをQOLと呼んだり、主観的QOLに混合したりするべきではない」としている。

引用・参考文献

- ・天田城介。(2004). 老い衰えゆく自己の／と自由—高齢者ケアの社会学的実践論・当事者論. 東京：ハーベスト社.
- ・新井誠。(2005). 契約論から見た医療現場の告知. 老年精神医学雑誌, 16, pp.167-171.
- ・Bryden C. (2003). 私は誰になっていくの？—アルツハイマー病から見た世界. (檜垣陽子, 訳). 京都：クリエイツかもがわ. (Bryden C. (1998). Who Will I Be When I Die?: Harper Collins Australia).
- ・出口泰伸。(2004). 呆けたら私はどうなるのか？何を思うのか？老いと障害の質的社会学

フィールドワークから. 山田富秋, 編 (pp.155-183). 京都市：世界思想社.

- ・出口泰伸。(2004). ケアってなんだろう (p.171). 東京：医学書院.
- ・副田義也。(2001). 死の社会学. 東京：岩波書店.
- ・Goffman, E. (1980). スティグマ. (石黒毅, 訳). 東京：せりか書房. (Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Prentice-Hall, Inc., Asperula Pty Ltd.).
- ・Hall, M.A.Ira, E. (2005). アメリカ・ビジネス法シリーズ (14) アメリカ医事法 (吉田邦彦, 訳). 木鐸社 (Hall, M.A. Ira, E. (1990). Health care law and ethics in a Nutshell (Nutshell Series); West Group).
- ・平井俊策。(1996). Alzheimer 病 / 脳血管性痴呆. 脳神経, 48 (5), pp.431-435.
- ・井端英憲 (国立病院機構三重中央医療センター 呼吸器科)・西井義典・山上知也・大本恭裕・渡邊文亮・金田正徳・坂井隆・山本初実・河合優年・田口修・Miller Suzanne. (2004). 肺癌患者の精神的サポートに対する MBSS の臨床的有用性の検討 (第1報). 肺癌, 44 (7), pp.800-801.
- ・井端英憲・橋本美沙・山上知也・大本恭裕・渡邊文亮・金田正徳・坂井隆・山本初実・田口修・河合優年・Miller Suzanne. (2006). 肺癌患者の精神的サポートに対する MBSS (Monitor Bluntor Style Scale) の有用性の検討 (第2報). 肺癌, 46 (3), pp.297-298.
- ・今井幸充。(2004). 痴呆症の告知—積極的な立場から—. 老年精神医学雑誌, 15, pp.139-146.
- ・インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会。(1995). インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会報告書—元気の出るインフォームド・コンセントを目指して—. <http://www.umin.ac.jp/inf-consent.htm> 情報取得 2010.8.23.
- ・加藤司。(2006). 英語文献におけるコーピング尺度の使用状況—1990年から1995年. 東洋大学社会学部紀要, 43 (2), pp.5-24.
- ・木村善男・吉村夕里。(2008.10.19.). 当事者が参画する社会福祉専門教育（その2）～車イス使用者の日常のなかに存在するバリアに関する映像教材づくり～. 日本福祉文化学会第19回全国大会 (平安女学院大学).
- ・厚生省地域医療計画からみた地域がん診療施設整備拡充に関する研究班報告書. (1997). (主任研究者、佐々木寿英新潟病院副院長)

- ・ Kodish, E. & Post, S.G. (1995). Oncology and hope, *Journal of clinical oncology*, 13 (7), pp. 1817-1822.
- ・ 小坂憲司. (2005). 認知症の治療導入期における説明. *精神科臨床サービス*, 5, pp.484-487.
- ・ Lave, J. & Wenger, E. (1993). 状況に埋め込まれた学習－正統的周辺参加 (佐伯胖, 訳). 東京: 産業図書. (Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.).
- ・ MacKinlay, E.B. & Trevitt, C. (2010). 認知症のスピリチュアルケア: こころのワークブック (馬籠久美子, 訳). 東京: 振興医学出版. (MacKinlay, E.B. & Trevitt, C. (2006). *Facilitating spiritual reminiscence for older people with dementia: a learning package.*: CAPS Publishing, Canberra).
- ・ Miller, S.M. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess style of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, pp.345-353.
- ・ 室伏君士編. (1985). 痴呆老人の理解とケア. 東京: 金剛出版.
- ・ 室伏君士. (1999). 痴呆性高齢者の心理－その理解と対応－. *心と社会*, 30 (4), pp.10-16.
- ・ 長濱康弘・松田実. (2004). アルツハイマー型痴呆の病名告知をめぐる 痴呆症の告知 -- 慎重な立場から (アルツハイマー型痴呆の診断・治療と患者・家族を考える -- アルツハイマー型痴呆研究会 記録) -- (トラックセッション 3 痴呆症診断における問題点を考える) *老年精神医学雑誌*, 15 (179), pp.147-153.
- ・ 日本弁護士連合会. (2004). 人権擁護大会宣言・決議集. 患者の権利の確立に関する宣言 (特集 医療過誤を考える). *人権と部落問題*, 56 (9), pp.44-46.
- ・ 日本医師会生命倫理懇談会. (1989). 説明と同意に関する報告書.
- ・ 岡部耕典. (2006). 障害者自立支援法とケアの自律: パーソナルアシスタントとダイレクトペイメント. 東京: 明石書店.
- ・ 越智須美子・越智俊二. (2009). あなたが認知症になったから. あなたが認知症にならなかったら (p.60). 東京: 中央法規出版.
- ・ 小澤勲. (1998). 痴呆老人からみた世界. 東京: 岩崎学術出版.
- ・ 小澤勲. (2003). 痴呆を生きるということ (p.173-174.). 東京: 岩波新書.
- ・ 小澤勲. (2004). 物語としての認知症ケア (p.10). 東京: 三輪書店.
- ・ 小澤勲. (2005). 認知症とは何か (p.110). 東京: 岩波書店.
- ・ 小澤勲・土本在理子. (2004). 物語としての認知症ケア. 東京: 三輪書店.
- ・ 小澤勲. (2006). ケアってなんだろう (p.238). 東京: 医学書院.
- ・ 世界医師会 (WMA) ヘルシンキ宣言. (2010). ヘルシンキ宣言. *心身医学* 50 (1), pp.77-80.
- ・ 鈴木道代. (2009). インフォームド・コンセントの法理的側面からみる認知症病名告知の課題: 認知症病名告知に伴う行動条件とその特徴を踏まえて. *北星学園大学大学院社会福祉学研究所北星学園大学大学院論集*, 12, pp.57-79.
- ・ 鈴木道代. (2010). 認知症病名告知課題に対するインフォームド・コンセントの法理的検討: 信託・信認関係から捉える医師・患者関係. *北星学園大学大学院論集*, 1, pp.35-53.
- ・ 吉村夕里. (2006). 精神障害をもつ人に対するアセスメントツールの導入－臨床ソーシャルワークの新たな問題. *質的心理学研究*, 5, pp.121-143.
- ・ 吉村夕里. (2009^a). 臨床場面のポリティクス: 精神障害をめぐるミクロとマクロのツール. 東京: 生活書院.
- ・ 吉村夕里. (2009^b). 平成 18 年度～20 年度科学研究補助 (基盤研究 C) 報告書. ヒューマンサービスを共通基盤とする援助専門職等の現任者訓練に関わる研究.
- ・ 吉村夕里. (2009^c). 当事者が参画する社会福祉専門教育 (その 1) ～精神医療ユーザーと協働する視覚教材づくり～. *京都文教大学 臨床心理学部研究報告*, 第 1 集, pp.21-40.
- ・ 吉村夕里. (2010). 当事者が参画する社会福祉専門教育 (その 2) ー車椅子使用者と介助者と車椅子が存在する場面ー *京都文教大学 臨床心理学部研究報告*, 第 2 集, pp.39-64.
- ・ 渡邊浩文・今井幸充・北村世都. (2006). アルツハイマー病の病名告知に対する専門家集団の態度に関する研究. *目白大学総合科学研究*, 2, pp.165-173.

・ Wallon, H. (1983). 身体・自我・社会 (浜田寿美男,
訳編. 京都: ミネルヴァ書房. (Wallon, H (1956).

“Niveaux et fluctuations du moi”, L'Evolution
psychiatrique.I,).

Abstract

User Involvement Training of the Social Work Professional Education (Part 3): Conversations with the Elderly with Dementia

Yuri YOSHIMURA

In this study, the writer analyzes the resources of patients with dementia as well as current problems in dementia care that are elucidated through "classes involving participation of patients with dementia and their families", a measure that is part of "user involvement training of the social work professional education".

First, the writer performs a literature analysis to review studies related to the history of informed consent, various discussions on notification of dementia, and notification of cancer, and demonstrates that the current approach of avoiding notification of dementia is already reaching its limit.

Next, the writer reports on the classes in which the elderly with dementia and their families participated, and analyzes episodes of conversation between the elderly with dementia and students by participation observation. The result of analyzed episodes showed the elderly with dementia perceived the setting to be a public place that they attempted to make use of their resources by using the skill of "passing" which Goffman pointed out in order to maintain face-to-face interactions, and tried to communicate the wisdom they had acquired from life experiences to the students.

Finally, the results show that even when their condition becomes severe, the elderly with dementia desire public places where they can utilize their social resources so that they can maintain their identity, and that they strive to establish their private and public lives in their environment.

Key words : dementia, notification, passing, familiar places, public places