

室伏君士の認知症論の精査

荒木重嗣

Close Examination of MUROFUSHI kunshi's Dementia Theory

Shigetsugu Araki

はじめに

本稿は、近年、古い痴呆ケアから新しい認知症ケアに変わったとされるその成立過程と展開内容を振り返ることを通して、新しい認知症ケアの理念・方法論に内包され続けている／新たに内包された課題を明確にすることを目的とする。

この新しい認知症ケアの誕生には、介護保険制度が始まる前に展開してきた呆けや痴呆とされる人へのさまざまな先駆的ケアを、介護保険制度以降、専門家が追認し、政策にとりこまれていった流れと、室伏君士、竹中星郎、小澤勲らの痴呆の治療ケア臨床を展開してきた精神科医による業績の流れがあるという。この精神科医らは、従来の認知症の原因疾患治療とは異なる認知症ケア実践とそのケア論を体系化し、医療技術・社会・制度の変化にあわせて、著作・講演などにより認知症ケア全体に貢献してきたと評価されている。⁽¹⁾

本稿は、それらの先駆的に活動してきた精神科医の一人である室伏君士の人間学的認知症論の成立プロセスを精査し、新しい認知症ケアの理念・方法論に引き続き内包され続けている／また新たに内包された課題は何かを考えていく。

1、室伏君士の認知症論の精神医学における系譜

(1) 室伏君士の日本の認知症医療、認知症ケアへの影響

室伏は精神科医である。どうして、精神科医である室伏が認知症の精神医療ではなく、認知症のケア論を描いたのであろうか。まず室伏の経歴を概観してみる。

1951（昭和26）年から現在に至る60年余りにわたり、精神科医として精力的な仕事をしてきている。なかでも1977（昭和52）年に国立療養所菊池病院の院長として就任しおこなってきた認知症の人の精神医療とケアをまとめた認知症論は、戦後日本の認知症の人をめぐる処遇の変遷の本流にあったといえるだろう。いわば日本の認知症精神医療における重鎮にいる精神科医である。

国立療養所菊池病院での認知症の精神医療・ケアの実践は、一般向けあるいは専門書としてまとめら

れ、多数出版されてきた。また菊池病院での認知症ケアの実践は、1986（昭和61）年に、羽田澄子監督によって製作された「痴呆性老人の世界」によって映画化され、一般市民に大きな反響を呼んだことで知られる。

また近年の先駆的な認知症医療・ケアの理念や方法を創造してきた精神科医や医療者等にも、室伏の認知症論の影響の痕跡が見て取れることが多い。たとえば反精神医学の旗手だった小澤勲、日本初の認知症高齢者専門病院を1984年に開設した佐々木健、滋賀県で「もの忘れクリニック」「もの忘れカフェ」を開院し、地域中で認知症ケアを展開している藤本直規等、日本における認知症医療・ケアを推進してきた数多くの医療者・精神科医に影響を与えてきたことがわかる。⁽²⁾

（2）人間学的精神医学を基盤とした認知症論

室伏君士の認知症論は、人間学的精神医学を基盤とした認知症論である。人間学的精神医学、あるいは精神医学的人間学は、現代の精神医学の大きな柱となっている生物学的精神医学の操作的診断体系と薬物治療の傾倒への対抗的な流れとしてL.BinswangerやE.Minkowskiを代表的な創始者として、1960～1970年代に生まれてきたとされる。この人間学的精神医学、あるいは精神医学的人間学は、「日常生活一般のなかで日々なされる患者と他者の出会いや、相克性を帯びた自己と他者との接触面に注目し、終始、人間の共同世界関連性を重視する」（加藤敏 1999：397）という特徴がある。

室伏は著作の中では、そのことを強く強調することなく、「厳密な人間学の知識を身につけて、それに徹して理論を展開してゆくことは、筆者の経験としては非専門家なので困難である」としたうえで、「人間の生き方（生きる態度）」を基本的立場にすえて、老人の日常生活の“暮らし”を通して、人間学と臨床の接近を、今なお20年ほど続けている。その意味では、痴呆患者の臨床人間学というよりは、老人の日常生活（施設）における、ふれ合いからの「暮らし」や「生活」の人間学とでもいえる」（室伏1998：20）と述べている。⁽³⁾けれども室伏の50数年にわたる精神科医の仕事の後半35年をかけたライフワークとして認知症高齢者へのメンタルケアに賭ける思いは計り知れないほどの重みがあるはずである。

2、「理にかなったケア」の受け止められ方

室伏の認知症論とそのケア論の特徴は、当初から精神科の医療職以外の一般病院の看護婦、保健婦、福祉施設の寮母、家族でも、「なるほどとわけややり方がわかり、それを心がけてやれるような」すじの通った理にかかったケアとして理論化しようとしたことである。

1980年代当時の福祉施設などにおける認知症の人への介護のあり方は、人間愛にねざした福祉の理念でおこなわれてはいるが、それは心情的で、常識的で、経験的な考えや方法によっていたことを、室伏は指摘し、介護に変わるケアという概念を次のように説明している。

「ケアとは障害されたある状態像に対し、専門職の人が専門の施設で、専門的に対応するときに心得ておくべき、人間科学の理論に裏打ちされた、人間的な生活機能を回復・維持・向上するリハビリテーションの考えや方法、指導である」と。つまり、心情的経験的な介護にかわる、より専門的なケア理論がこれからは必要になることを示唆したのである。

その理のかなったケアとは、その後メンタルケアと命名され、その主旨を「その老人の脳障害による在り方をわきまえて、その生き方（生きる態度）を知って、その心（心理機序）にそって、少しでも人間らしく知的に生きてゆかれるように、援助や指導をすること」（室伏 1998：121）と定義した。これは介護保険法が制定された年に書かれているわけであるから、すくなくとも介護保険制定の議論の影響が

あったことはいなめないだろう。

この定義の起源をたどってみると、次のような記述にたどり着く。

「痴呆老人は日常生活においては、私どもがみると実に些細なことでも、彼らにとってはそれが重大な意味（生きていく上での不安）であるようで、そのような数多くの状況困難の中で、「それしかなく、それでしか生きられない」ような努力をして、何とか生きようとしているところがある。したがってこのような老人にケアをしてゆくということは、その心を知って、その生き方にそって、生活や状況をふさわしくして安定化をはかる中で、生きれる人間へと援助してゆくということになる。」（室伏 1985：43）そしてそのケアによって見えてくる認知症の人の姿を「痴呆というものをもちながらも、一生懸命に生きようとしている姿」として受けとめられると述べている。

当時の精神病院や老人病棟での処遇の内容を知るものには、この認知症ケア方法と認知症の人の理解の言明は、画期的なことだったと思うだろう。室伏が国立療養所菊池病院を開設した1977年（昭和52年）当時、精神病院、老人病院における認知症者への対応は以下のようなものであった。

「当時から精神病院には老人病棟が次々でき、また増加する一般の福祉施設を含めて認知症者への対応は、超大部屋（20人くらいの、各ベッドには仕切りもなく）、拘束当たり前（多動・興奮は抑制的）、薬漬け（静かに何事も問題なく）、管だらけのいわゆる“スパゲッティ症候群”（点滴ばやり、経管栄養、尿管・カテーテルなど）の、扱い方の困る者としての収容的対応で、心あるものには危惧されていた。」（室伏 2008：285）

3、「理にかなうケア」の理論構造の単純さ

室伏の「理にかなうケア」を志向する認知症論の理論構造は、脳の生物学的故障から派生する認知症の人に精神病理的な共通の特徴が存在することを暗黙の前提としていることが基礎にある。室伏が表現した「認知症の人に精神病理的な共通の特徴」とは、現象学的精神医学でいうところの疾患本質と考えられる。⁽⁴⁾ この精神病理的な共通の特徴群は、認知症の人それぞれに固有の精神的態度をうみ、それが心理学の人間学の立場からみた生活上の問題を作り出すという認知症症状機序の構造が室伏の認知症論の基本構造となっている。室伏は認知症の人の精神的態度には次のような共通する精神病理学的な特徴があると提示した。以下の10要素である。

「イメージを想起できない」「変化に弱い」「知的判断が悪い」「矛盾がない」「疑問・質問がない」「過去化して生きる」「自覚がない」「時間観念がない、退屈がない」「厚みを失った“今”にのみ生きる」。しかし室伏がどのような事例、症例によって、またどのような思考・理路を経て、これらの特徴を見出し（還元し）えたのかは記述されていない。現象学的精神医学の立場では、認知症という状態がその人にとって何であるかという、その人にとっての意味を問う方法であるとされる。しかし上記の10要素は、本人にとっての意味という内容にはほど遠いといえぬ。

室伏は、その10要素に還元された精神病理学的な特徴を、たとえば次のように描いている。

認知症状態の人は、「目前や周囲に起こっている事実や現象について、変化というものがわからず、前後関係がわからず、自分との関係が意味をもって問題になってこないのに、「なぜ？」とか「どうして？」という疑問や質問が起らない」と述べ、「したがって、医師のする「なぜ？」「どうして？」というような質問に答えることが困難なのだ」と言う。だから、このような認知症の老人を質問せめてしてはいけない。老人の迷惑行為に対して禁止句を連発して制止しようとするのもいけないと言うケア方法が説明されてくる。

この記述をよく読んでみると、この理論構造は非常に単純である。簡潔に言えば、「Aという症状があるから、Bが困難／Bに弱い／Bがない」「だからCのような対応をすべきだ／BからおこるDを許容すべきだ／等々」ということである。

これがはたして認知症ケアにつながる理論的根拠と言えるのだろうか。これらが精神病理的な特徴だと主張されるが、要するに、認知症の人の出来ないこと、理解できない行動、常識から逸脱した非行の類型を、ただ羅列しただけである。そして、単純な加除算のなしくみで、マイナスのBに対して、Bに変わるDやEのプラスのケアを行うという理論のしくみである。たとえばイメージが想起できないから、目の前に示し視覚に訴えながら、繰り返して教えるというケア方法が提示されるのである。

室伏はこのような認知症ケア論を、病理学的視点、現象学的人間学を目指そうとする努力から構築してきたと謙虚に言う。そしてそれはメンタルケアと名付けられ、認知症ケアの理念・方法論として、ひろく社会に周知されてきた。しかしこの認知症論のどこが、福祉施設の介護や家庭での介護を担ってきた人たちの、心情的で、常識的で、経験的な考えと異なるのだろうか。そして、この羅列こそが、認知症を異常な言動で満ちた「痴か」で「呆れる」人たちであるというイメージをより強化することになったのではないか。

これがメンタルケアというものの理論的構造であるわけだが、しかし私たちはこの難しい現象学的人間学からの視点とかを吟味することもなく、シンプルで直感的でわかりやすく、かつ理にかなう認知症ケア論だとして、これをずっと信じてきた歴史がある。そして、新しい認知症ケアの時代という、現在でも同じような「認知症ケアの原則」論は後を絶たず、競合しあってさえいるようだ。⁽⁵⁾

4、現象学的・人間学的メンタルケアの理論構造基盤の虚構性

ここで、このメンタルケアの理論構造を成立させる条件を確認したい。まず上記の精神病理的な共通の特徴群は、認知症の人に共通することとして扱われているが、先に述べたように、室伏が表現した「認知症の人に精神病理的な共通の特徴」とは、現象学的精神医学でいうところの疾患本質と考えられると指摘した。ただし正確にそのように主張した訳ではないことは事実である。次のフレーズからそのように理解ができないかを検討する。

「近年の実用・操作主義的な目的と考え方により、診断基準の設定やテスト・スケール化、そしてそれにより客観化して統計的方法で有意義づけ妥当化する多数例研究などへの傾斜では、設定された普遍的なものはわかる。しかし現象学・人間学的な個別例検討で、緻密な実証の記述的・了解的方法によりつかみうる、個別の特徴から創造される本質的なものは、前期の方法ではわからない。このような個別症例的なアプローチを通して心がけられることは、痴呆老人の示す言動を、従来の知的な要素的諸能力（記憶、思考、判断、了解など）を健常老人のそれらに照らして判定して、マイナス的な把握で接近してゆくものではない。そうでなく、痴呆をもって新たな現実となったところの世界（虚構のこともある）に生きる老人の言動を、特にプラス面の言葉で把握してゆくとき、それが老人のためにもなるのである。」（室伏1998：20）

このように主張しておき、室伏はすべての認知症の人に共通する精神病理学的特徴（つまり認知症の本態）とは、①思考表象がイメージできない ②近時記憶の障害による変化を把握できず、そのような変化に対して失見当、誤見当などで自己納得する ③逆行性生活史健忘による後半な知的判断の悪化 ④一貫性がとぼしい ⑤失見当による過去化 ⑥偽会話、つもり行動などの仮性行為が痴呆老人の生き方になる ⑦起こる現象の原因や因果がわからない ⑧関心がなくなり退屈さを感じない ⑨過去がな

く、今の刹那に生きる（室伏1998：73-80）などと詳述したのである。

しかし、これらの記述された症状をみると、認知症状態の人のひとりの具体的な状態を表しているのではなく、認知症の人のもつさまざまな症状の可能性をただ重ね合わせた全体像として作り出された架空的な特徴像であることがわかる。これは認知症の人におこる症状の最小公倍数的特徴であって、認知症の人に共通しておこる最大公約数としての特徴ではない。

このような架空的な状態像を必要としたのはなぜか。まず室伏は精神科医であり、認知症は基本的に脳の生物学的損傷を原因として起こる疾患であると断定する立場にある。ゆえに、知的な要素的諸能力（記憶、思考、判断、了解など）の障害に焦点をあてて回復を図ることは、脳障害ゆえに困難とみる。そこで必要なのが経験だけに拠らない理論的な体裁をもつケアや介護であり、そのケアや介護に医療的レベルに相当する理論的根拠をおくことが必要だったのだ。理論的根拠とは、人間科学の理が流れているように思わせるための、現象学的にみせた理路であり、人間学的精神医学的な雰囲気であったのだ。

人間学的精神医学的な雰囲気とは、認知症の人への人間的で温かいまなざしである。この原則論には、室伏が菊池病院の医療スタッフと共にケアを通して痴呆老人とつきあっていくなかで自然に会得したという、認知症の人へのまなざしが次のように表現されている。「痴呆というハンディキャップを持ちながらも、その中で彼らなりに、何とかして一生懸命に生きようと努力している姿、あるいはそれができなくて困惑している姿として認められてくる」（室伏1998：121）ふつう、このような認知症の人に対する言説は、認知症の人に対する人間的な共感的な感情、思考をもって応対している状態として理解されるだろう。さらにその共感的な対象理解のまなざしの上階に、メンタルケアの原則が構築されているのである。⁽⁶⁾

5、メンタルケアの原則の裏に隠される医療者・援助者としての立ち位置

室伏のメンタルケアの原則は、その拠り所となる理論的根拠がどうであれ、認知症ケアの基本として現在も確実に生かされている原則である。なぜならこの原則そのものは、認知症ケアに限るような内容ではないからである。支援するものの基本的なスタンスとして誰にも了解されるようなことが主張されているからである。たとえば「老人の心や生き方を受容して理解する」、「老人のペースやレベルに合わせ、よい交流を！」、「老人にふさわしい状況をあたえ、隠れた能力（手続き記憶）の発揮を！」、「理屈による説得よりも、共感的な納得をはかり、自覚言動を促す」、「老人を孤独にしないこと、寝込ませないこと」（室伏 1998：123）など、ケアや支援の対象が子どもでも高齢者でも終末期であっても、当然のこととしか言いようがない内容であるからだ。

そしてこのメンタルケアの原則のルーツをたどり、1986年版の「老年痴呆者へのケアの原則（20カ条）」（室伏 1985：44）を繙けば、次のような記述で満ちている。「痴呆老人は融通性がなく、一度とられた態度は臨機応変に変えることが困難」、「痴呆老人は日常生活においても一人では生きられなく、家族やとりまく人に依存して生きている」、「痴呆老人のなじみの仲間の集まりでは、お互いにとんちんかな会話で意思伝達にはなっていないなくても、気持ちは交流している」、「痴呆老人が放置されて、人間関係を失うと、自分のもの（身体、衣類、便など）に執着したり、いろいろな問題習癖を起こす」、「痴呆性老人は、介護にあたる者が痴呆老人の態度やふるまいを受け止めるか否かにかかっている」、「痴呆老人は理論的な考えや判断でなく（矛盾の不在）、直感的・本能的・感性的な感じ方や考え方をする」、「痴呆老人には、あるくせのようにきまって身につけているものがあるので、困惑・混乱した時や、介助・指導を円滑にする時に利用できる。（おやつを与えることなどの気分転換の有効性）」等々。

この記述こそが、室伏の認知症者像の中味であり、医療者としての権威に忍び込む立ち場を表していないだろうか。そして、果たして新しい認知症ケアと呼ばれるケア論のなかに、このような視点・視角がかくされていなのだろうか。たとえば「その人らしさ」を支えるケアに、「尊厳の保持」を基本とする認知症ケアの裏側に。認知症の人たちに問われているのは、その方法の旧さや新しさではない。医療者や介護者である私たちの立ち位置である。

6、おわりに

最後に、最重度の認知症の人のある行動（症状）を示したい。認知症ケア論の専門的用語でいえば手続き記憶の残存という場面をグループホーム職員が受け止めた記述である。旧い認知症論でも新しい認知症論でも、定石として、昔に会得・体得したこの手続き記憶でその人の特異なものを、レクリエーションやリハビリテーションに利用して、心身機能の活性化をはかると言われるところである。

スタッフ連絡ノートから

認知症が重度のため、生活行為にほとんど介助を必要とされるA様
夕方になると、『ご飯の用意しなきゃ』と思うんだよね。

みんなの為に、おいしいご飯の用意。何年も、何十年もやってきたんだよね。だから、台所に体が向くんだよね。夕飯の準備も終わりそうな頃、A様、流し台の所にこられました。危険なものはどけて、A様のやりたいようにやれたら・・・と思い見守らせていただきました。

A様、洗い桶で米をとぐしぐさ、何度も、何度も、とき水を変える。米粒を流さないよう、気をつけて水を変える。体にしみついているしぐさ、優しいしぐさ。

見ていて涙が出そうになりました。A様の生きてきた歴史の重み、人生の重みを感じました。これからも、ゆったりと平穩に歩いていきましょう。そばにいさせてくださいね。 (荒木2012)

【註】

(1) 社会学者の井口高志によれば、「新しい認知症ケアは、1990年代に展開してきた呆けや痴呆とされる人たちに向けたさまざまな先駆的实践を、2000年代にかけて専門家が追認していくなかで政策に取り込まれていき、注目を集めるようになった。」。井口2008:188

その先駆的实践に、室伏君士、竹中星郎、小澤勲といった「老年期の呆けや痴呆の治療・ケア理論をベースに議論を展開してきた精神科医たちによる原因疾患治療から区別された認知症ケア実践の系譜」があったという。

(2) 「我が国で痴呆性高齢者への医療、ケアの先駆的な活動を行ってこられた室伏君士先生の言葉に「痴呆性高齢者とは、痴呆というハンディキャップ（障害）を持ちながらも、その中で彼らなりに、何とか一生懸命に生きようと努力している姿、あるいはそれができなくて困惑している姿として認められる」というもの

があります。彼らは逆境の中で、必死に人間として生きようとしています。しかし、そうすればそうするほど、周囲から奇異な目で見られたり、孤立したりする姿でもありました。」(佐々木,2004:2)

(3) しかし室伏の認知症論が、後輩の立場にある精神科医たちに尊敬のまなざしをむけられてきたことを振り返れば、認知症に対する生物学的研究が盛んに行われ、病態の詳細がしだいに明らかにされ、さらに診断技術の進歩が進むなか、認知症の疾患原因やそれにもとづく治療は、決定的な結果がでていない頃であった。そのような状況のなか、室伏の認知症論は、認知症ケアにはじめて「理にかなうケア」を主題とした理論体系を提示したといえる。また室伏認知症論の生成された病院のケアが、羽田澄子監督によって「痴呆性老人の世界」が製作され、広く公開されたことによって、従来の精神病院ケアのイメージを払拭するような出来事がおこったとされる。

(4) 人間のこころの失調をできるだけ脳の生物学的な仕組みにおいて理解しようとする正統精神医学の立場がいわば現象が「いかに生じるか」という原因を明らかにしようとする方法に対して、現象学的精神医学は、現象が「人間にとって/その人個人にとって何であるか」の意味を問うというスタンスの違いがあると言われる。しかし精神医学においては、単に先入観をわきに置いて、おこる事象そのものをありのままに記述しようとする、あるいは見ようとする態度をとるという内容を、現象学的に研究したと表現されることが多いという。(中嶋聡 1999:380)

(5) たとえば三好春樹の「認知症ケアの7大原則」、杉山孝博の「認知症をよく理解するための9大原則・1原則」。認知症ケアの原理・原則：日本認知症ケア学会編『認知症ケア標準テキスト 認知症ケアの基礎』など、原則を羅列する表現方法をとるものが多い。

(6) 「老年痴呆者へのケアの原則(20カ条)」室伏 1985:44)、「老年痴呆の老人へのメンタルケアの原則(10カ条)」(室伏 1998:123)、「認知症高齢者へのメンタルケアの原則：とくに老年性アルツハイマー病について」(室伏 2008:203)などと、原則の数は、整理されて変化しているが、基本的な考え方は変わらない。

【引用文献】

- 荒木重嗣 2012 (予定)『認知症ケアのブリーフコーチング入門』ヘルスシステム研究所
井口高志 2008「医療の論理とどう対するかー認知症ケア実践での医療批判再考」185-208, 崎山治男・伊藤智樹・佐藤恵・三井さよ編, 2008, 『〈支援〉の社会学 現場に向き合う思考』青弓社
加藤敏 1999「人間学」松下正明編『臨床精神医学講座 精神医学研究方法』中山書店
中嶋聡 1999「現象学・存在論」松下正明編『臨床精神医学講座 精神医学研究方法』中山書店
佐々木健 2004「治療の限界とケアの方向性」, 2-12, 今井幸充・佐々木健・末光茂・高崎絹子・竹中麻由美・野川とも江編, 2004, 『新・痴呆性高齢者の理解とケアold culture から new culture への視点』メディカルレビュー社
室橋君士編 1985『痴呆老人の理解とケア』金剛出版
室伏君士 1998『痴呆老人の対応と介護』金剛出版
室伏君士 2008『認知症高齢者へのメンタルケア』ワールドプランニング