

クレジット:

UTokyo Online Education 東京大学朝日講座 2020 井口 高志


ライセンス:

利用者は、本講義資料を、教育的な目的に限って、特に記載のない限り、クリエイティブ・コモンズ 表示-非営利-改変禁止 ライセンスの下で利用することができます。

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

本講義資料内には、東京大学が第三者より許諾を得て利用している画像等や、各種ライセンスによって提供されている画像等が含まれています。個々の画像等を本講義資料から切り離して利用することはできません。個々の画像等の利用については、それぞれの権利者の定めるところに従ってください。





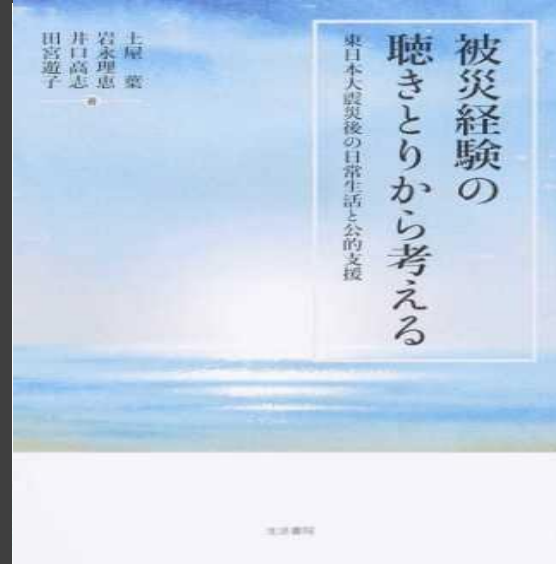
# 病いという不安と生きる： 認知症をめぐる人々の実践から

井口高志  
(人文社会系研究科  
・社会学)

所属 【行動文化学科】 社会学専修課程  
【社会文化研究専攻】 社会学専門分野

専門はケア・支援の社会学、医療社会学、臨床社会学などである。研究の出発点として、家族介護を中心に、介護・ケアという行為の特性と、それに対する社会的支援のあり方を、インタビュー調査などの質的方法を通じて明らかにすることに取り組んできた。その後、特に認知症（dementia）という現象に注目するようになり、現在は、介護・ケアの領域を含みつつ、それを越えた認知症の排除や包摂の問題、病いや障害の語り、当事者の登場の意義、認知症概念の日常生活への効果などの課題に取り組んでいる。以上の研究プロセスの一端は『認知症家族介護を生きる』（東信堂）に示している。また、ケア・介護研究を足場に、より実践志向の強い社会政策・社会福祉や看護学の研究者、血友病・薬害HIVの当事者などとの共同研究にも取り組んできた。その成果の一つに『被災経験の聴きとりから考える』（生活書院）がある。

ネットワーク医療と人権『血友病患者が日々を過ごす知恵と苦心』  
(ヘモフィリア患者のライフスキル調査報告書--その共有と継承、  
「生きなおす」声を聞く追跡調査報告書、2016年)



## 「病い」と「不安」に引き付けたこれまでの研究紹介

- 認知症という病いを社会はいかに理解し包摂してきたか？  
(本日と関連)
- (推定) 保因者という不安の経験
- 災害下における不安の不平等？



井口高志『認知症社会の希望はいかにひらかれるのか：ケア実践と本人の声をめぐる社会学的探求』（晃洋書房、2020年）  
<http://www.koyoshobo.co.jp/book/b525632.html>

土屋 葉『被災経験の聴きとりから考える：東日本大震災後の日常生活と公的支援』（生活書院、2018年）  
<https://seikatsushoin.com/books被災経験の聴きとりから考える/>

イントロ

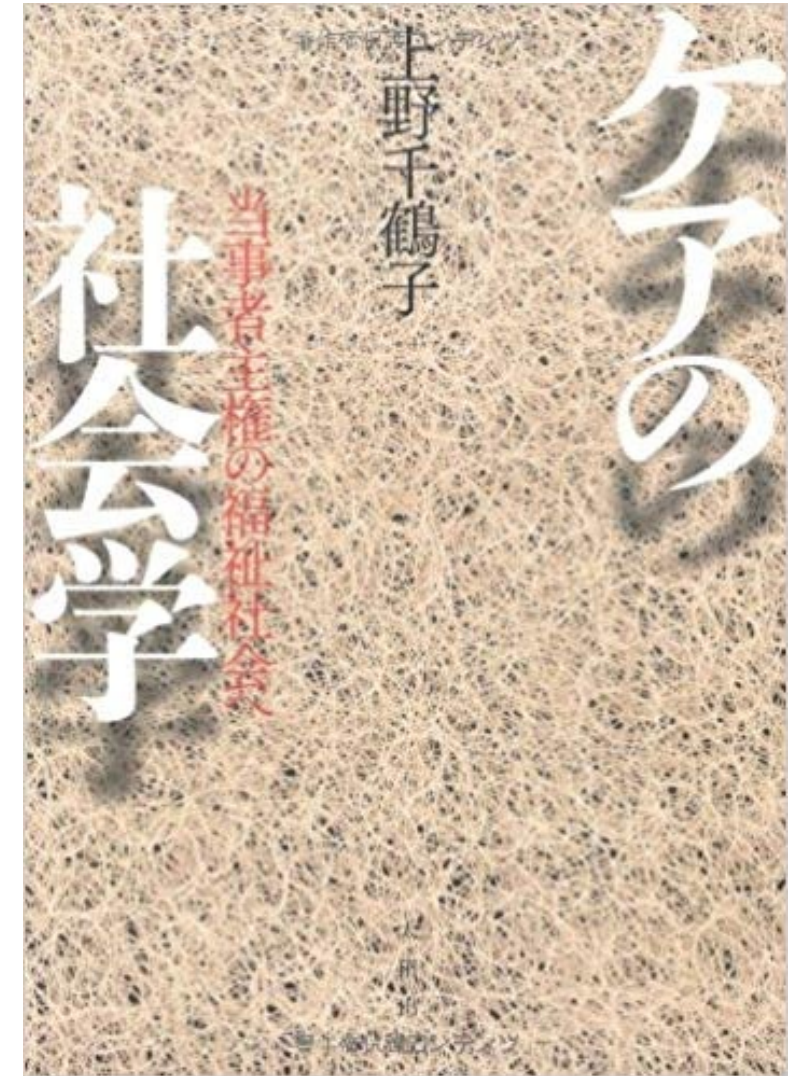


# ○「弱者が弱者のままで…」とケア研究

あなたたちのがんばりを、どうぞ自分が勝ち抜くためだけに使わないでください。恵まれた環境と恵まれた能力とを、恵まれないひとびとを貶めるためにではなく、そういうひとびとを助けるために使ってください。そして強がらず、自分の弱さを認め、支え合って生きてください。女性学を生んだのはフェミニズムという女性運動ですが、フェミニズムはけっして女も男のようにふるまいたいとか、**弱者が強者になりたいという思想ではありません。フェミニズムは弱者が弱者のままで尊重されることを求める思想**です。

平成31年度東京大学学部入学式祝辞

[https://www.u-tokyo.ac.jp/ja/about/president/b\\_message31\\_03.html](https://www.u-tokyo.ac.jp/ja/about/president/b_message31_03.html)



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年）  
<http://www.ohtabooks.com/publish/2011/08/04121311.html>

# ○本講義の課題

- 「弱者が弱者のままで生きられる」を、認知症をめぐる予防と共生をめぐる議論を念頭に考えていく
- グループワークのテーマ：
  - 「認知症とともに生きていくこと」をいかなる形で構想できるか、特に「予防」という発想の位置付けや、「共生」をめぐる取り組みの持つジレンマなどに触れながら議論してください。

# ○認知症の定義（厚生労働省のメンタルヘルスに関するページより）

- 認知症とは「生後いったん正常に発達した種々の精神機能が慢性的に減退・消失することで、日常生活・社会生活を営めない状態」をいいます。
- つまり、後天的原因により生じる知能の障害である点で、知的障害(精神遅滞)とは異なるのです。今日、認知症の診断に最も用いられる診断基準のひとつが、アメリカ精神医学会によるDSM-5です。各種の認知症性疾患ごとにその定義は異なりますが、共通する診断基準には以下の4項目があります。

厚生労働省 みんなのメンタルヘルス | 認知症  
[https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail\\_recog.html](https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_recog.html)



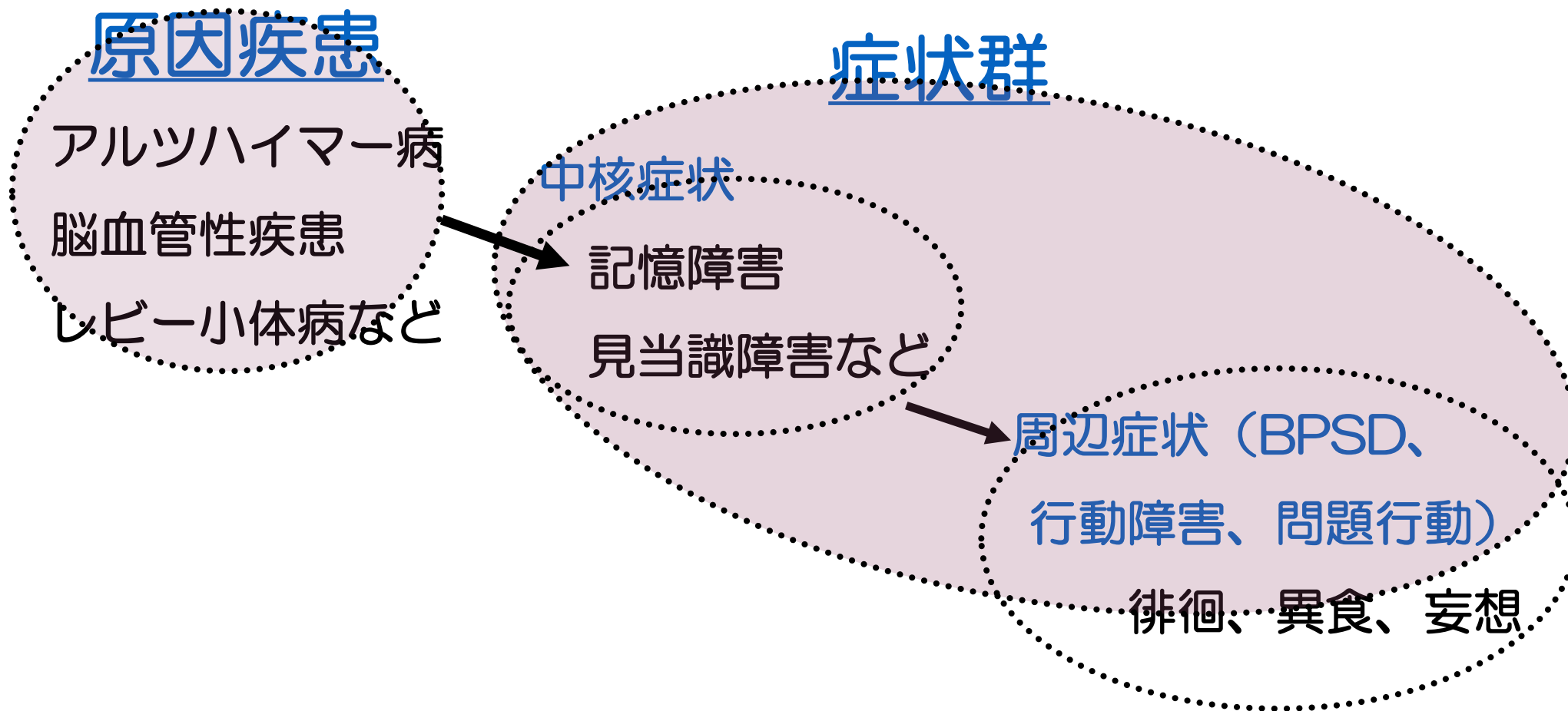
# (続き)

## ・DSM-5による認知症の診断基準

- A. 1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会認知）において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が以下に基づいている：
- (1) 本人、本人をよく知る情報提供者、または臨床家による、有意な認知機能の低下があったという懸念、および
  - (2) 標準化された神経心理学的検査によって、それがなければ他の定量化された臨床評価によって記録された、実質的な認知行為の障害
- B. 毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害する（すなわち、最低限、請求書を支払う、内服薬を確認するなどの、複雑な手段的日常生活動作に援助を必要とする）。
- C. その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない。
- D. その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない（例：うつ病、統合失調症）。

厚生労働省 みんなのメンタルヘルス | 認知症  
[https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail\\_recog.html](https://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_recog.html)

# ※常識化していく「認知症」の説明モデル1



# ※参考

表2 認知症の人の将来推計について

年	2012年	2015年	2020年	2025年	2030年	2040年	2050年	2060年
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/率	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/率		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

出展：厚生労働省「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて」  
概要より抜粋（2015年1月27日公表）

# ○認知症政策における予防 v.s. 共生

## 認知症予防に向けた主な施策



- 運動不足解消や社会参加につながる「通いの場」の拡充
- 保健師や管理栄養士による健康相談
- 予防の取り組み事例集やガイドラインを作成
- 予防に関するエビデンス(科学的根拠)を整理した活動の手引を作成
- 認知機能の低下を抑える機器・サービスの評価手法づくり



これらを通じて……

### 初の数値目標

70代の認知症の人の割合を、2025年までの6年間で6%減らす

朝日新聞 2019年5月17日

著作権等の都合により、ここに挿入されていた画像を削除しました。

### 新聞記事

「認知症大綱素案 予防強調、戸惑う当事者 「生きやすさに軸足を」」

福井新聞D刊2019年5月17日

<https://www.fukuishimbun.co.jp/articles/-/855216>

共同通信配信 2019年5月17日

## → 示される懸念

- 予防できなかったこと（認知症になること）の自己責任化
- 防げる・治せるという医療的な考えへの偏りの懸念
- 認知症でも希望を持って生きられる社会を作ることの主眼を



## ※批判を受けての修正

た。十知と換  
た。七認定。転。  
つめ「し不針た  
だ固てか力方し  
定をしし努、記  
予針と。はぎ付  
む方玉た人次を  
込る目した相義  
りめは記つが定  
盛やに明な発の  
にり案とに反防  
綱取素」症て予  
大をのる知しる  
新標表せ認とす  
の目公ら「一関  
策値月遅らるに  
対数先歳かれ策  
症の。一内ま施  
知初るで党生症  
認るす間与が知  
、すげ年や見認  
日関下十体偏に  
三に格を固なた  
は」に症係た新  
府防値発関新。  
政予考ののうた  
「参代症いし

... (中略) ...

「共生」と認のい  
は「な』  
す。体けにるだ。  
目指す自設症す形  
を「防義認かした  
社会「予定『や慮  
社「る、緩配  
いたすくをに  
すい関な行族  
やてには進家  
しけ防でもや  
らけ付予味て人  
暮置、意っの  
が位にうな症  
人「とたいに知  
の「新と症認  
症輪で』知  
知両上い認た。  
認の「のな『し  
は「車そら』と  
綱に持かせだ」  
大も維にら味  
新として症遅意  
とし知をう

## 認知症対策の大綱案の新旧記述

	旧案	新案
数値目標	「70代の発症を10年間で1歳遅らせる」	削除
参考地	—	「（予防の取り組みの）結果として70代の発症を10年間で1歳遅らせることを目指す」
予防の定義	記述なし	「認知症にかからない」ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味

(東京新聞 2019年6月4日「認知症予防目標 数値取りやめ  
政府、当事者の反発受け」東京新聞web2019年6月4日より)

# ○予防・リハビリ・治療 v.s. ケア

- 「**予防**」：ある状態を否定的なものとして位置付け、それをあらかじめ避けようとしようとする行為
- 「**回復**」「**リハビリ**」：（最も素朴な意味においては）ある以前の状態を目指すべき状態として置いて、そこに戻ろうとする行為  
（cf. 井口高志2005「新しい「痴呆ケア」とは何か？：政策言説における痴呆への「働きかけ」の変容過程から」『死生学研究』→ 井口2007『認知症家族介護を生きる』の1章）

→ これらと対比される言葉が「（**認知症**）**ケア**」？  
（先の言葉では「認知症になった人」との**共生**）

「弱者が弱者のまま…」の理念の実際を、  
どのように考えたらよいのだろうか？

①共生の理念はわかる。だがいかにして？

②他方の予防・リハビリ = 「優生思想」 ableism ?

# ○ケアの社会学的定義を踏まえると

- 意図・志向に基づく定義：「他者の「生」を支えようとする働きかけの総称」（三井さよ2004『ケアの社会学-臨床現場との対話』勁草書房: 2）。
  - 文脈依存的な定義：「依存的な存在である成人または子どもの身体的かつ情緒的な要求を、それが担われ、遂行される規範的・経済的・社会的枠組のもとにおいて、満たすことに関わる行為と関係」（Daily, M.(ed.), 2001, *Care work: The quest for security*, International Labor Office: 37 →上野千鶴子2011『ケアの社会学——当事者主権の福祉社会へ』太田出版: 19)
- 「現象」の記述としては、広義のケア行為あるいは関係の中に予防的・リハビリ的な働きかけも含まれうる可能性？（予防的  
←→（狭義の）ケア的）

## ○ケアや予防が注目される文脈と、医療社会学などの議論を踏まえて考える

- 医療社会学（健康と病気の社会学）：「回復」を中核に置いた医療システムを前提に理論構築・批判という流れで展開してきた
  - 障害者運動・障害学：障害当事者に担われ、「回復」や「予防」、さらには「ケア」に対する批判的なまなざしを元に展開し、理論構築とその問い返し  
がなされている

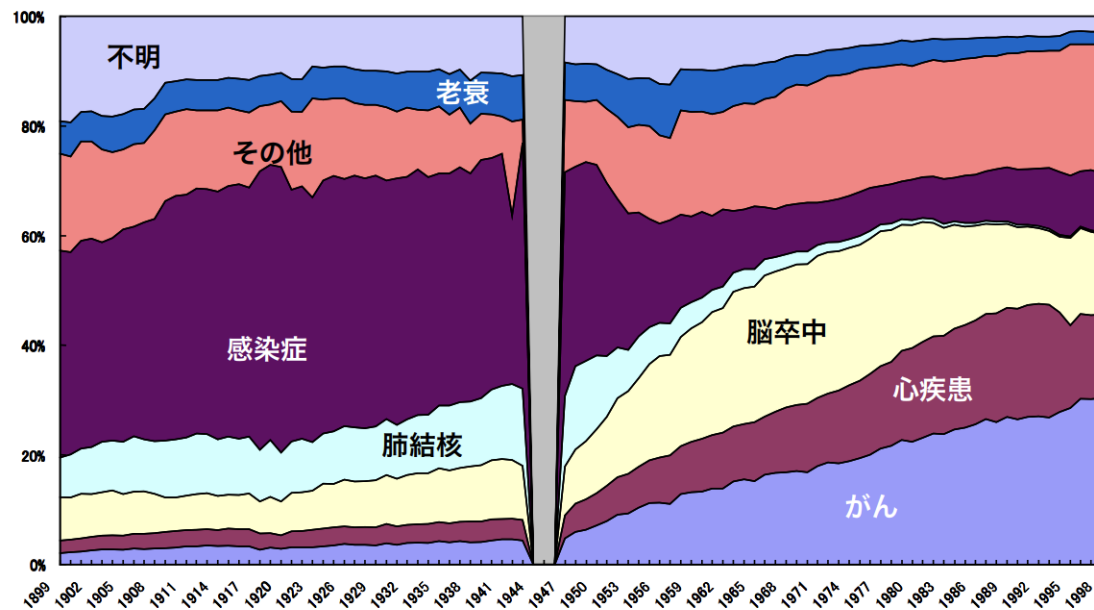
→ 以上の議論の概要を追いながら「弱者が弱者のままで」「予防と共生をめぐる問題」をどのように考えられるのかを見ていってみる



# 1 健康・医療・障害の変化と 予防・リハビリ・ケアへの注目

## 1) 人口・疾病構造の変化とケア領域の登場

### ○人口の高齢化と健康転換



健康・体力づくり事業財団「健康日本21総論」  
<http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/about/souron/chapter1/index.html>  
厚生省人口動態統計  
図1-2 我が国における死因別死亡割合の経年変化(1899-1998)

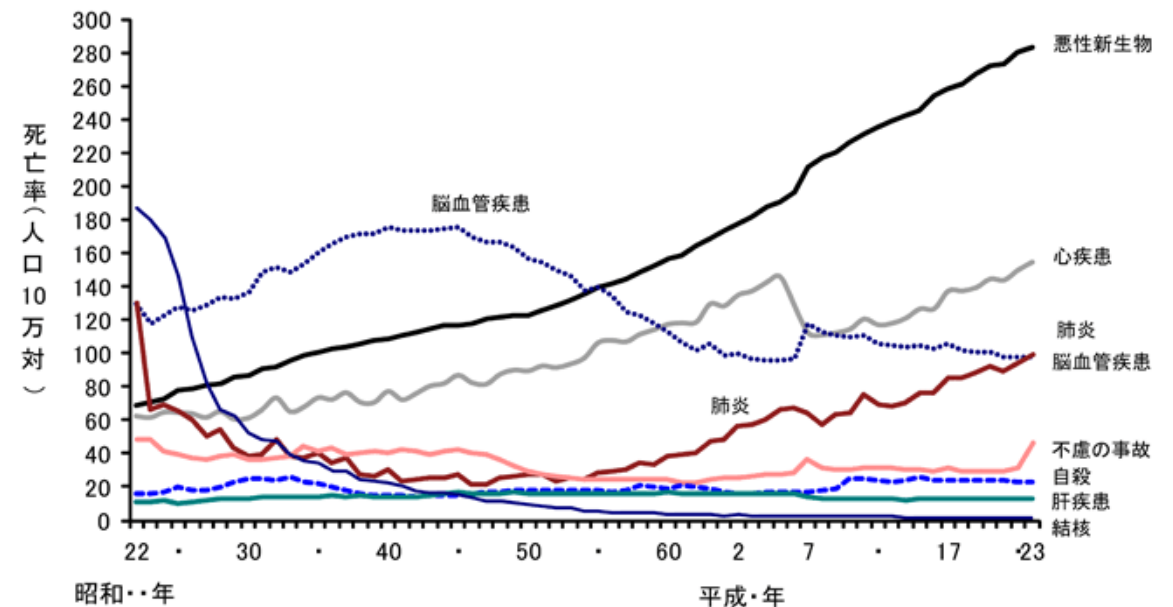


図6 主な死因別にみた死亡率の年次推移

厚生労働省「平成23年人口動態統計月報年計（概数）の概況」  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai11/kekka03.html>

## ○キュアからケアへ

- 治療医学 → 慢性期患者のケア、ターミナルケア
- 病院（「病院の世紀」） → 地域（「地域包括ケア」）
- 医師を中心とした階層構造  
→ 看護職などを中心とした水平的な他職種連携

参考）猪飼周平2010『病院の世紀の理論』有斐閣

## 2) 医療の新たなモード

### ○リスクの医学の興隆

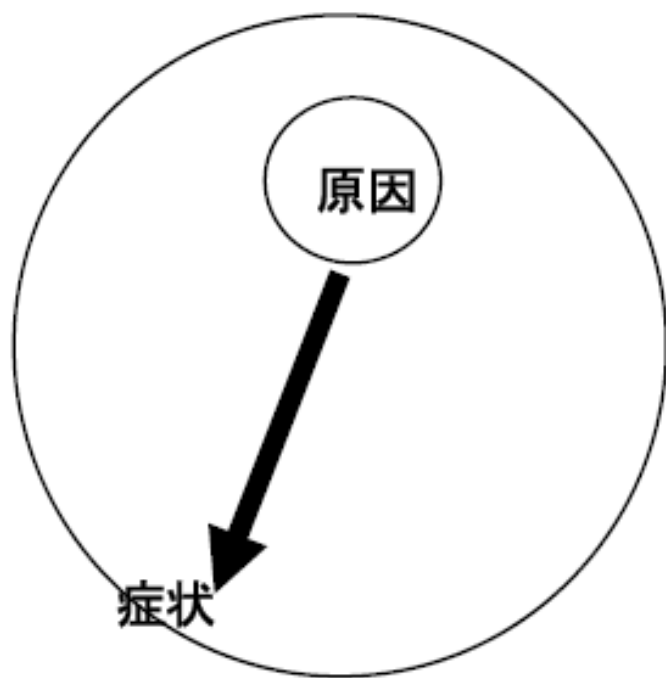
(美馬達哉2007『〈病〉のスペクタクル：生権力の政治学』人文書院)

- 病院での臨床医学（18世紀に開始）：  
具体的な個人の心身に関する知識体系。病気・病人の身体に注目
- 疫学的医学（1970年代以降）：  
正常／異常、病気／健康と二分法ではなく、二極の間を連続的に変化する様々なリスクファクターに関する知識を重視

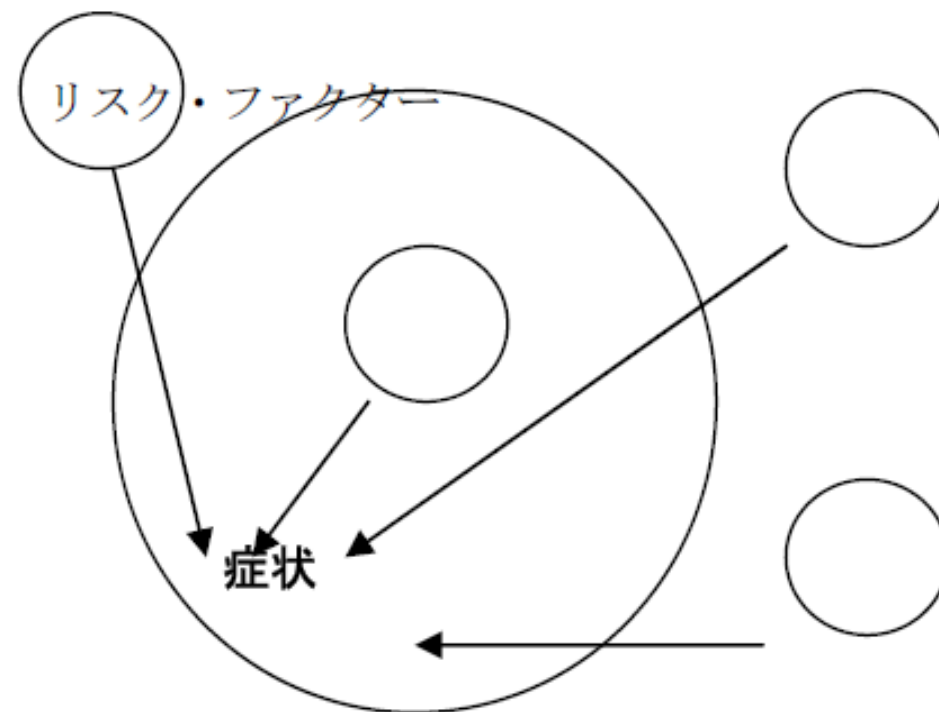
→ 結果として…

- ①医学的監視(medical surveillance)が「健康な人」 (病気になる前段階＝病気のリスクがある状態) にも拡大
- ②身体外部への医学的監視の拡大 (病理学的に体の内部に病因を探すのではなく、食生活や運動習慣などのライフスタイルまで医学の対象が拡大)

# ○特定病因論から確率論的病因論へ



特定病因論：疾病はその個人の内部に実在している特定の原因によって生じている→ 治療は原因の除去（ex. 感染症に対する抗生物質の効果）



確率論的病因論（多因子病因論）：疾患の原因は一つに特定できず複数の要素が重なりあってリスク増大→ （ex. 慢性疾患など）

佐藤純一2010「特定病因論と確率論的病因論」中川輝彦・黒田浩一郎編著『よくわかる医療社会学』ミネルヴァ書房: 60-63



- 確率論的病因論の医学が中心になると...

①病人を対象とした臨床医学  
から

①+②人口集団を対象とした公衆衛生学  
という方向に

- 治療そのものよりも疾病になるリスクを減らすこと（予防）中心
- ライフスタイルに病気のリスクを見つけていくが、それらを完全に除去することは難しい

### 3) 障害の捉え方の変化

#### ICIDH (1980年)

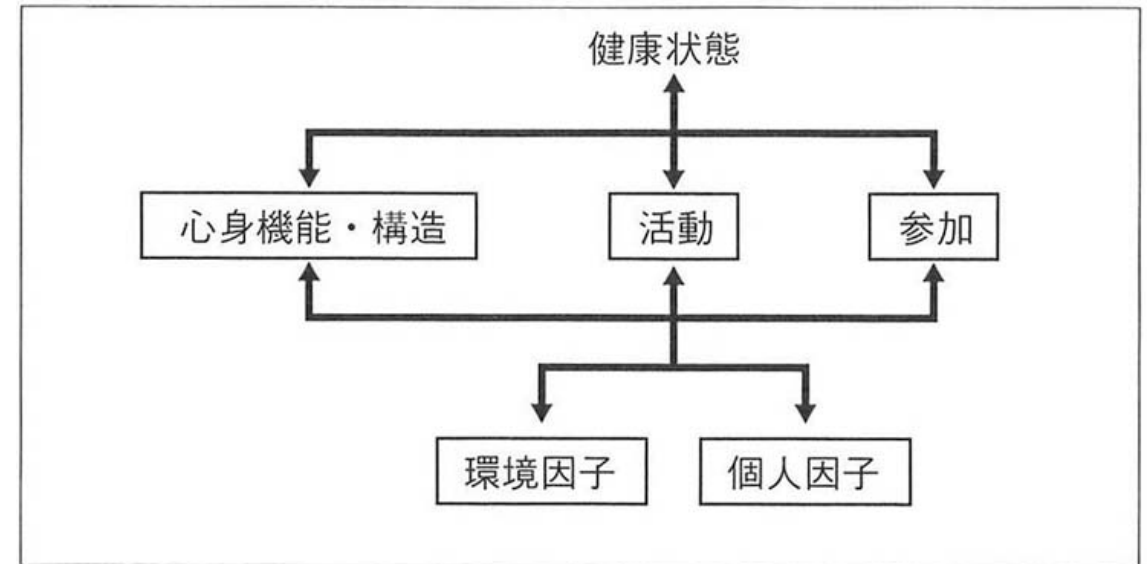
国際障害分類



上：上田敏「障害こと始め- I C F 中での「障害」の捉え方」『ノーマライゼーション 障害者の福祉』障害保健福祉研究情報システム2006年8月号より、図1

#### ICF (2001年)

国際生活機能分類

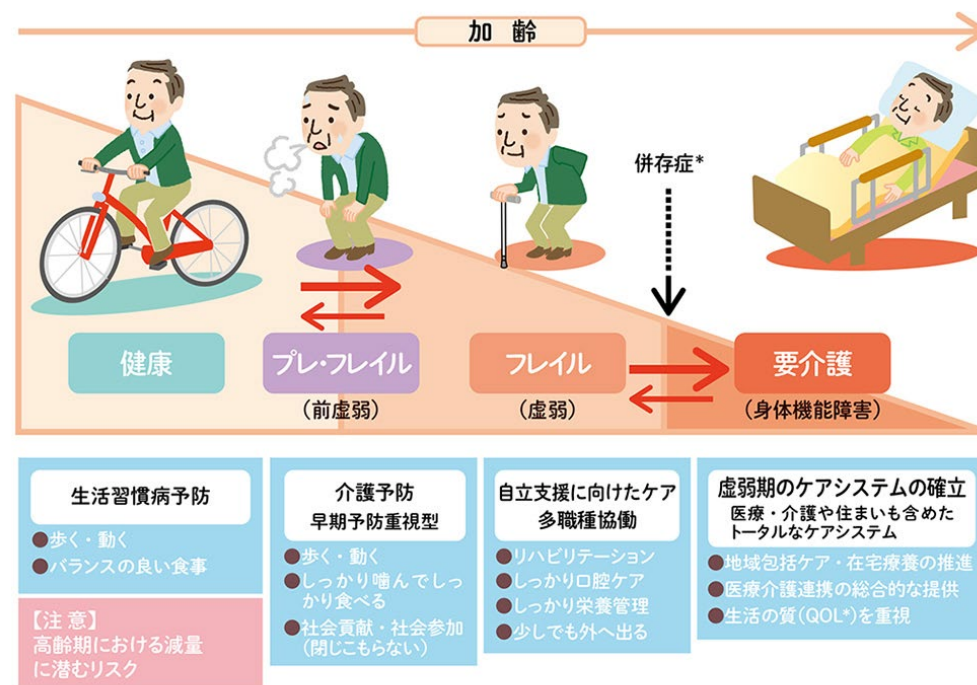
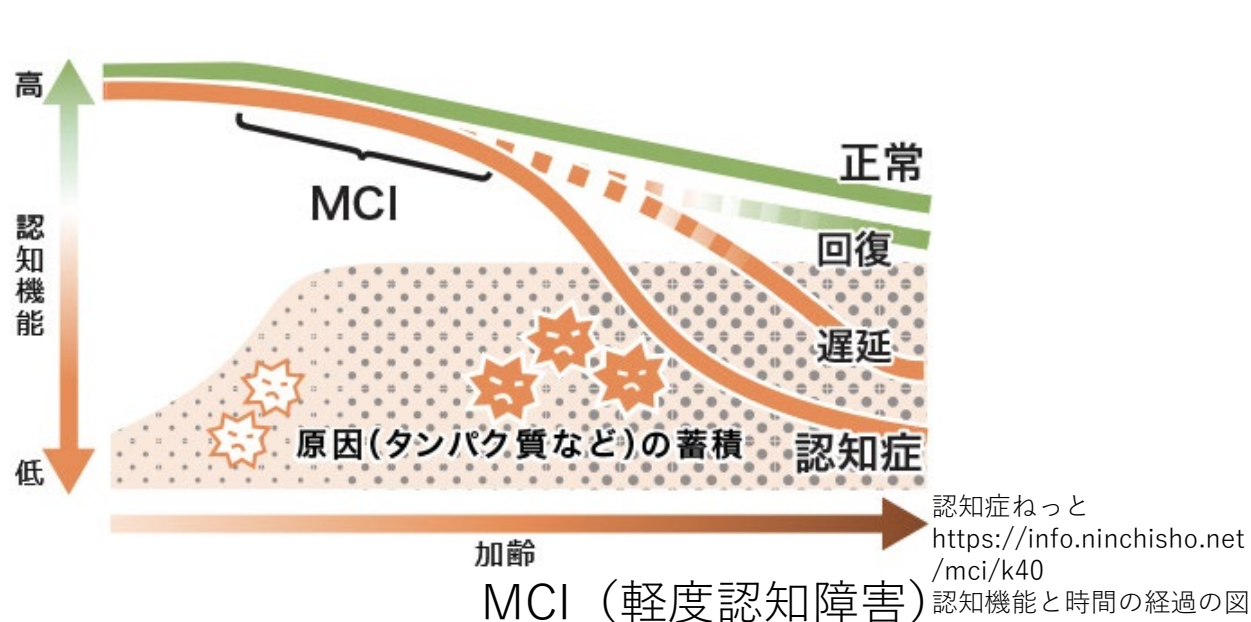


右：同上より図2

→ 疾病を中心とした考え方から、参加や活動などに目を向けていく発想に  
(上田敏2006「国際障害分類初版 (ICIDH) から国際生活機能分類 (ICF) へー改定の経過・趣旨・内容・特徴ー」『ノーマライゼーション』251、参照)

## 4) 「中間期」に焦点が当てられていく

### ○高齢期を捉える概念の登場と運用



### (アルツハイマー病の) MCIの臨床的な定義

- 記憶障害の訴えが本人または家族から認められている
- 客観的に1つ以上の認知機能（記憶や見当識など）の障害が認められる
- 日常生活動作は正常
- 認知症ではない 相談e-56.net (<https://sodan.e-65.net/basic/mci/01.html>)

（東京大学 高齢社会総合研究機構・飯島勝矢：作図改編）  
東京大学高齢社会総合研究機構 飯島勝矢 作図  
（出典：東京都医師会「3分でわかる「フレイル」」  
<https://www.tokyo.med.or.jp/citizen/frailty>）

フレイル

# ○小括

- ・ 20世紀後期から科学・制度の水準において、予防への志向と、（狭義の）「ケア」と呼べるような志向がともに生まれて行く
- ・ 「認知症」や「老い」に関しても、「そうでない状態」と「なった状態」の中間領域が生まれ、その領域を含めて、どう働きかけていくかが争点となっていく

## 2. 物語としての「回復」「予防」？

### 1) 医療社会学の出発点

○病人役割 (Sick Role) :

全体社会システムにおける医療の意味 (逸脱パラダイム)

- ・ 社会システム：複数の人々の行為の秩序だったまとまり。地位と役割のネットワークとして構造化。各成員が各自の地位に相応しく振舞うことで成立・維持

- ・ 病気は社会的役割の効果的遂行を難しくする

- 社会システムの存続にとって対処すべき問題

- 「近代医療の実践」によるコントロール

- 病者による近代医療の自発的利用を促す仕組みが必要

(佐々木洋子・中川輝彦2015「病者と患者」中川・黒田編『[新版] 現代医療の社会学：日本の現状と課題』世界思想社: 71-72)

著作権等の都合により、ここに挿入されていた画像を削除しました。

タルコット・パーソンズの画像  
[https://en.wikipedia.org/wiki/File:Talcott\\_Parsons\\_\(photo\).jpg](https://en.wikipedia.org/wiki/File:Talcott_Parsons_(photo).jpg)

パーソンズ (Talcott Parsons)



# ○医療の自発的利用を促す病人役割の制度化

## <権利>

- (1) 病気であることに対して責任を問われない
- (2) 通常の社会的責務を免除される

## <義務>

- (3) 他者と協力して病気を治すように努める
  - (4) 専門家、今日では医師の治療を求め、医師と協力する
- ※これらの義務を果たさない病者は周囲から咎められる

(Parsons1951=1974『社会体系論』 青木書店)

## 2) 回復の語りの難しさ

### ○アーサー・フランクの三つの病いの語りの類型

- 回復の語り：「昨日私は健康であった。今日私は病気である。しかし明日には再び健康になるであろう」という筋のもの
- 混沌の語り：今後どうなっていくかわからない慢性疾患などの場合に、人はどうすれば良いのかわからない状況に追い込まれ、語りは、明確に筋道を作ることのできない語りに
- 探求の語り：病む人自身の語り。混沌の中から、病いを受け入れ、病いを利用しようとし、経験を通じて何かを探求する人として語り手である病者を描くもの

著作権等の都合により、ここに挿入されていた画像を削除しました。

アーサー・フランクの画像  
<https://arthurwfrank.wordpress.com>

著作権等の都合により、ここに挿入されていた画像を削除しました。

表紙画像

Frank, Arthur W(著)、鈴木智之(訳)『傷ついた物語の語り手—身体・病い・倫理』(ゆみる出版、2002年)

Frank, Arthur W, 1995, *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*, Chicago: The University of Chicago Press. = 2002鈴木智之訳『傷ついた物語の語り手——身体・病い・倫理』ゆみる出版

# ○「寛解者の社会」における課題

- 寛解者の社会 (remission society) : 健康か病気かという二分される世界を生きるのではなく、常に「病後」の世界を生きている
- 「病いが急性から慢性へと移行するとともに、自己認識もまた推移する。長い時間を病いととも生きる脱植民地時代の病人は、自分自身の苦しみがその個人的な個別性の中に認識されることを望む」  
(Frank, Arthur W, 1995, *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*, Chicago: The University of Chicago Press=2002鈴木智之訳『傷ついた物語の語り手——身体・病い・倫理』ゆみる出版: 29)
- 「寛解」の状態の身体を生きていく上では、病む人間は「患者として、ただ回復するということに対して責任を負う」のではなく、「病いが自己の人生の中で持つ意味に対して責任を負わなければならない」のである (Frank, 1995=2002: 32)。

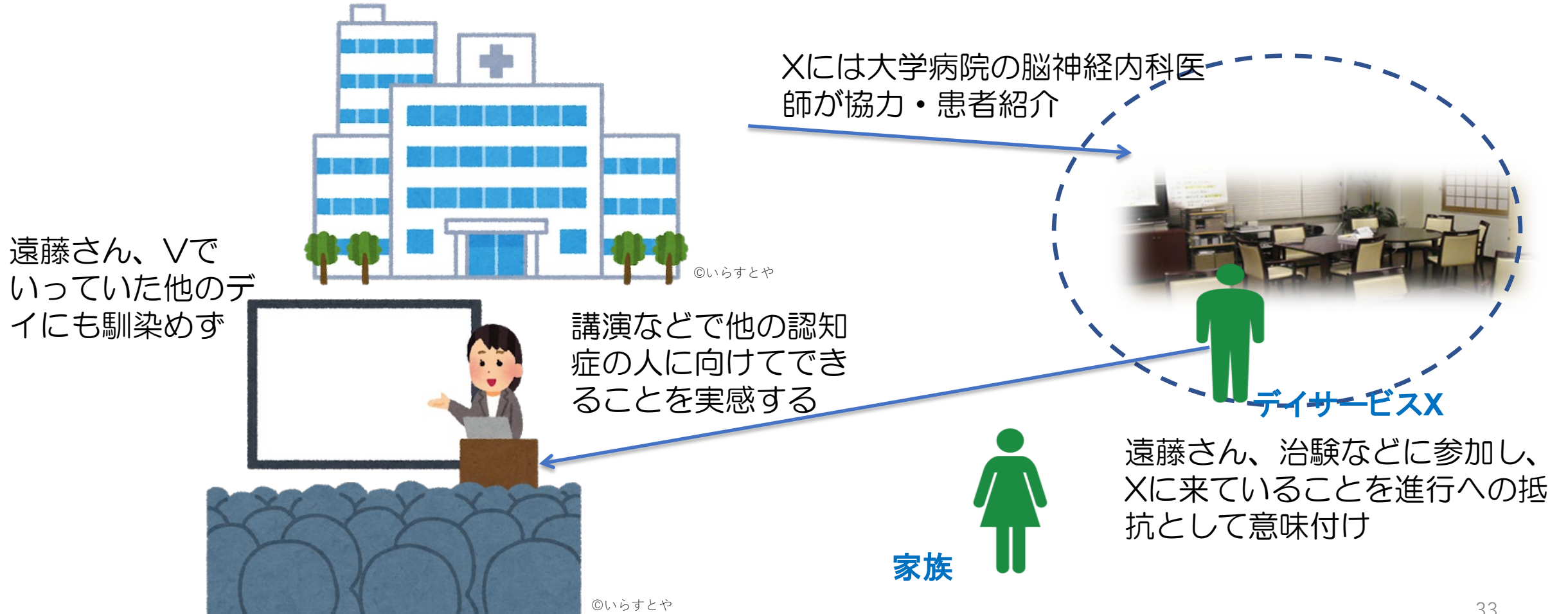
# ○「寛解者の社会」における研究課題

- 個人の人生の伝記・物語へ注目した研究課題
- 病人役割が前提とする「回復」を、社会における支配的な物語と捉えた上で、「回復」とは異なる物語の存在を明らかにしていく (Frank, 1995=2002)
  - 「回復の語り」にそぐわない生を生きる人たちの病いの語りに注目して見ていくことで、病人役割とは違う世界を生きる寛解者の世界を見ていく (筒井淳也・前田泰樹2017『社会学入門』有斐閣)

### 3) 認知症の予防・リハビリとケア

#### ○「探求の語り」を可能にする予防への希望？

例 デイサービスXにおける「予防的対応」を介した探求（井口2020：4章より）



## ○超認知的社会hyper cognitive societyにおいて

日々を過ごしていく上での予防という雛形の強さ

認知症は、医療の言葉で言うならば「進行性」の病い、より日常的な言葉で言えば衰えと表現されるような「変容」であるが、その「変容」を、一つのストーリーに依拠して生きていくこと、一つのストーリーで支えていくことは難しい。伊藤智樹は、**難治性の病いを生きる人たちにとって「回復の物語」は、その抱える病いがまさに難治性であるために依拠できず、対抗的な自己物語形成のために距離を取るべき位置にあるが、病いを抱えた人生を生きていくうえで時々顔を出し拒絶しきれない微妙なものでもあると述べている（伊藤 2008:28-33）。**

井口高志2012「アイデンティティを創り保つケア」鈴木智之・三井さよ編『ケアのリアリティ』法政大学出版局: 77-105

# （続き）

- 今回見た若年認知症の人と出会う家族の語りの中に見られる、「すること」「できること」を目指すような働きかけも同様に、他方では変容を受け容れつつも、それでもまだ、といった気持ちの現れであったり、「できる」ということを強調しながらもそれは変容を緩やかに受け容れていく一過程であったりもするであろう。そうした両義的な意味合いを常に含みこんで長きにわたってなされていく試みこそが衰えとともに生きていく技法とも言い得るものではないだろうか。

井口高志2012「アイデンティティを創り保つケア」 鈴木智之・三井さよ編『ケアのリアリティ』法政大学出版局: 77-105



# 3 共生＝脱医療化？：当事者の登場・認知症フレンドリーコミュニティをどう解するか？

## 1) 障害の社会モデルの実践

### ○当事者参画＋まちづくり

一般社団法人 日本認知症本人ワーキンググループ  
認知症とともに生きる希望宣言

1

自分自身がとらわれている常識の殻を破り、  
前を向いて生きていきます。

2

自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、  
社会に貢献していきます。



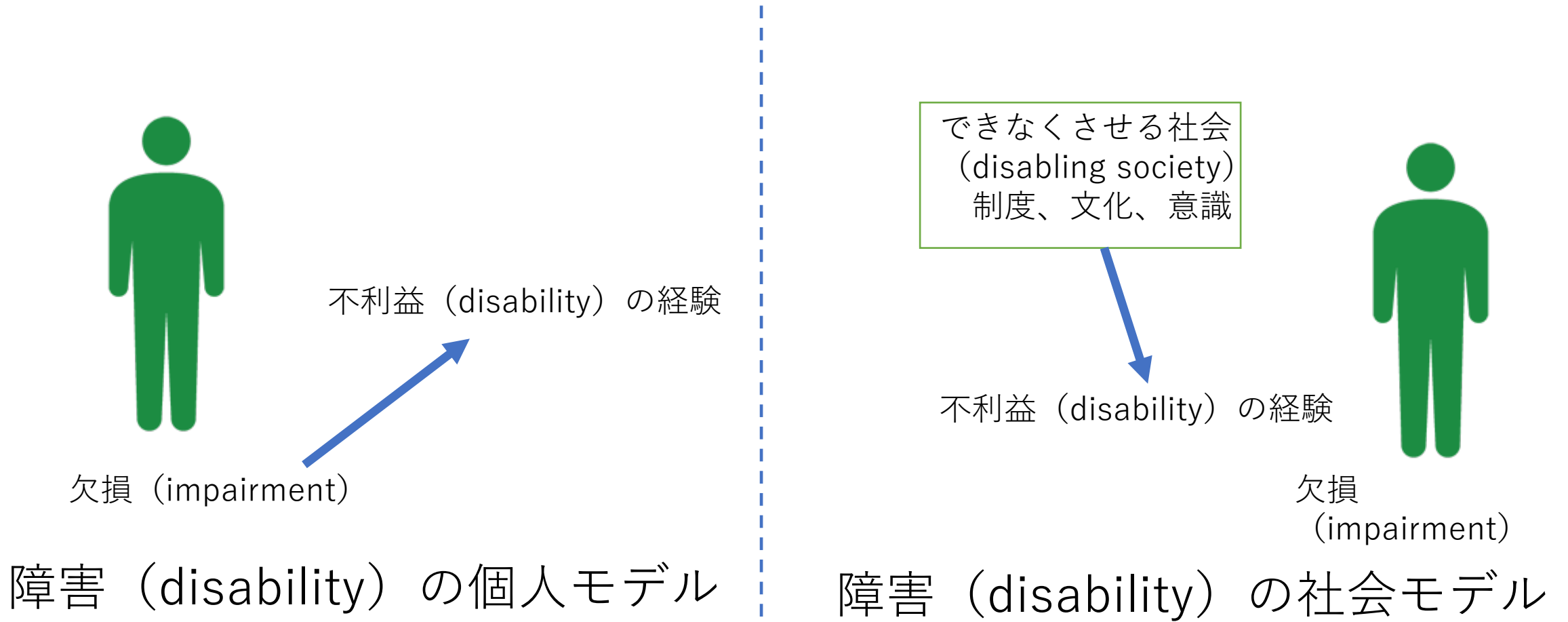
認知症フレンドリージャパン・イニシアチブ  
「認知症フレンドリー社会とは」  
<http://www.dementia-friendly-japan.jp/about/>

町永敏雄「「認知症の人基本法」と「権利」を考える」認知症フォーラムドットコム2018年11月16日  
[https://www.ninchisho-forum.com/eyes/machinaga\\_085.html](https://www.ninchisho-forum.com/eyes/machinaga_085.html)

DFCについては徳田雄人2018『認知症フレンドリー社会』岩波書店を参照



# ○ディスアビリティの社会モデル



# ○障害学の出発点＝医療化批判（障害の社会モデル）

## <医療化された障害>

- 障害 = 欠損 impairment の長期的存在（回復しないこと）（障害者手帳制度）  
→ 欠損の存在＝障害者（people with disability）
- 病人役割は「回復」前提 → 「回復」しない障害者には社会適応のための「リハビリテーション」（医療化のもとでアレンジされた障害者役割）

## <障害の社会モデル>

- impairment を disabilityの原因の位置から切り離し（＝医療化された障害理解を脱医療化する）、障害を「できなくさせる社会」によって生み出されるものとする（問題の政治化・社会化）

# ①当事者参画：重度になる以前の段階での社会資源やアプローチの不足批判

著作権等の都合により、ここに挿入されていた画像を削除しました。

表紙画像

藤田和子『認知症になってもだいじょうぶ！ そんな社会を創っていきましょう』（メディア・ケアプラス、2017年）

<https://www.media-cp.jp/>

丹野智文、奥野修司『丹野智文 笑顔で生きる - 認知症とともに -』（文藝春秋、2017年）

<http://www.otsukishoten.co.jp/book/b185350.html>

## Japan Dementia Working Group



### 【Objective】

To create a society where people with dementia continue to live well with hope and dignity after diagnosis.

### 【Mission】

- \*To represent the voices of people with dementia throughout Japan.
- \*To make proposals to and monitor measures and policies that affect people with dementia
- \*To change social attitudes, that is to eliminate stigma and discrimination
- \*To increase hope and power of people with dementia

### 【History】

**Around 2004 :People with dementia begin to come out and raise their voices**

People with dementia started to 'come out' and spoke about their experiences in public, proposing to create a better world to live with dementia. This movement spread like a ripple to different places of Japan.

**2011～ :Individual voice s shifted to work in joint activities**

**Sep 2011:**Three people with dementia and others called for starting a study meeting on 'research on people affected by dementia.'

**Sep 2014:** Utilizing the study meeting, people with dementia held a preparation meeting to





## ②DFC：医療・福祉の範疇を超えた問題として認知症問題を再定義



「RUN伴 台湾」  
<https://runtomo.org/topics/news/1181.html>



「RUN伴 台湾」  
<https://runtomo.org/topics/news/1181.html>

厚生労働省老人保健健康増進等事業認知症の人にやさしいまちづくりの推進に関する調査研究事業  
「Guide to a Dementia Friendly Community: Ideas for cross-sector and cross-generation initiatives」  
[http://www.dementia-friendly-japan.jp/en/wp-content/uploads/2016/04/Guide\\_to\\_a\\_DFC\\_2014e.pdf](http://www.dementia-friendly-japan.jp/en/wp-content/uploads/2016/04/Guide_to_a_DFC_2014e.pdf)

## ○DFC + 本人の運動 = 障害の社会モデルの実践

- 「認知症 = できない」というラベリングに対する批判
- 診断後早期に対応することで開かれる可能性の指摘
- 介護・医療を超えた課題としての再定義（デザインによる解決）
- パーソンセンタード・ケアから権力関係を踏まえた市民権アプローチへ（Bartlett & O'Connor, 2010, *Broadening the Dementia Debate: Towards social citizenship.*）

## 2) こぼれ落ちる課題

### ○「障害の社会モデル」への批判

- 障害学第二世代

「モリスは、「社会モデル」があらゆる身体的な差異や制約を社会的に作られたものだとしなしているとして批判する。環境的障壁や社会的態度がディスアビリティの経験の主要な部分を占めることを認めても、「それがすべてだと示唆することは、身体的・知的制約、病、死の恐怖と言った個人的な経験を否定することなのである」  
(Morris 1991: 10) と主張するのである。」

(星加良司2007『障害とは何か』生活書院: 63)

→ 社会モデルを掲げる第一世代のインペアメントの経験の軽視に対する批判



# ○認知症の「進行」をその議論の中にどう位置付けていくか？

- インペアメント（動かせないもの）は変化していく  
（当事者による症候学 [北中淳子2019「医療人類学のナラティブ研究——その功罪と、認知症研究における今後の可能性」『N: ナラティブとケア』(10): 11-8] ）  
→ しかし最後まで残される「進行」「衰えた状態」？
- インペアメントとしての「進行」をめぐる実践 ◎
  - 「進行」に伴う苦悩や困難をめぐる本人とその周囲との応答関係や、「参加」や「できる」姿の背景にある家族やパートナーの経験を見ていくことが重要（井口2020:終章）

## 参考) 診断から10年以上にわたる 太田正博とその周囲の人々の 経験をめぐる課題

- 認知症になってもできることはある。前向きに捉えようとして講演活動開始
- 進行するにしたがってできないことが増えていくことでの本人の苦悩・家族の苦悩



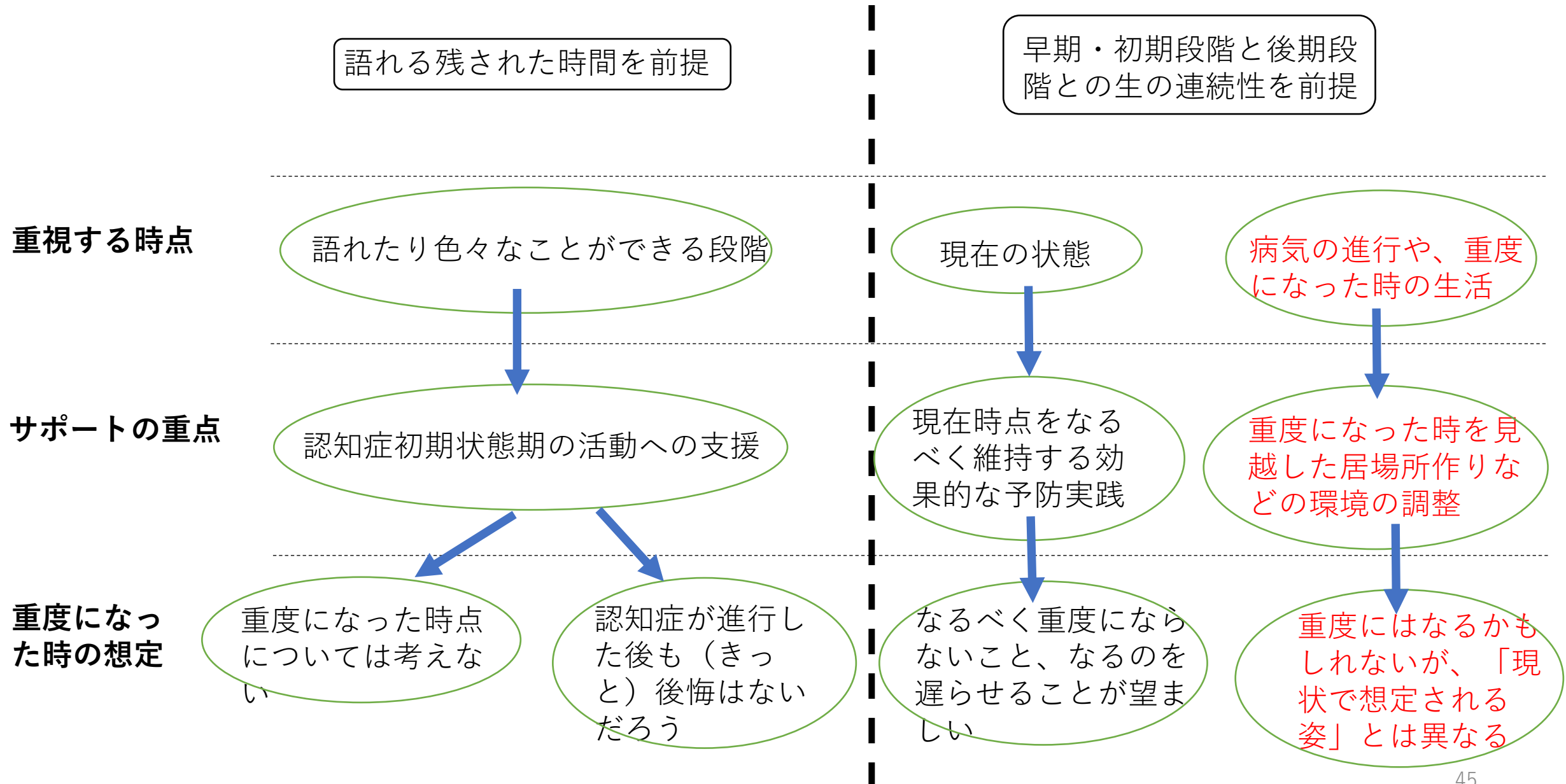
上村 真紀、太田 正博、菅崎弘之、藤川こうのすけ、藤川幸之助『私、バリバリの認知症です』（クリエイツかもがわ、2006年）

著作権等の都合により、ここに挿入されていた動画を削除しました。

「【動画でわかる認知症】太田正博さん「私の道は続く」」NHK健康ch2019年4月1日  
[https://www.nhk.or.jp/kenko/atc\\_907.html](https://www.nhk.or.jp/kenko/atc_907.html)

# ○いかなる先を見据えた働きかけが可能か？

(井口 (2020) の6章より)



# ※JDWGの「認知症基本法案に関する期待と要望」 (2019年10月)

## 認知症基本法案に関する認知症の私たちからの期待と要望

### 1. 目的、理念の筆頭に「人権」の明記を

国民の一人として、あたりまえに暮らす権利があることを全ての根幹に。

### 2. 「予防」を「備え」に変え、全国民が認知症に希望をもって向き合うための法に

「予防」という語を目的や理念からなくし、国施策の一条項の位置づけに。

### 3. 都道府県及び市町村の推進計画策定の「努力義務」を「義務」に

どこに住んでいても、認知症とともに希望を持って生きていくために。

日本認知症本人ワーキンググループ (JDWG)

<http://www.jdwg.org/kihonho-kitai-youbou-201910/>

# ※「備え」の第一候補としての「ありのまま」の居場所？

## 認知症なら間違えてもいい？

認知症の人が働くレストランと、2017年に東京都内で期間限定で開催された「注文の間違いの居場所」の居場所？

認知症の人が注文を間違える心配があるなら、最初からお客さんに自分で注文を書き込んでおいて、認知症のスタッフにも「この料理はAテーブルに運ぶ」ということがはっきりと分かるようにしておけば、迷うこともないと思うのです。

## 「環境を整えれば働ける」実証の場に

私自身は、会社で働く時には自分なりの工夫を重ねて、少しでもミスを減らすようにしてきました（詳しくは、2018年2月のコラムに書かれています）。ですが、認知症の人が間違えるということを前面に掲げたネーミングには、悔しい気持ちがあります。先に立ってしまえば、「認知症の人が間違えてもいいじゃない」と言う前に、まずは間違えないためにはどうしたらいいかを一緒に考えてほしいのです。（丹野智文、2019、「『認知症になっても働ける社会』って？…若者と豚しゃぶを食べて考えた」ヨミドクター（読売新聞），2019年6月13日（2019年9月15日取得，<https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20190611-OYTET50007/>））

→「弱者が弱者のままで…」への価値の転換は一朝一夕にはいかない？

著作権等の都合により、ここに挿入されていた画像を削除しました。

表紙画像

小国士朗『注文をまちがえる料理店』（あさ出版、2017年）

<http://www.asa21.com/book/b314331.html>

## 4. 考察とまとめ

①ケアの中の予防・リハビリ、入れ子構造になったケアと予防  
（「中間領域」の時期が生まれていくなかで）

→ 予防 v.s ケアという図式は単純すぎるかもしれない？

②DFC・当事者らのムーブメントの背後で潜在化しやすい「インペアメントと向き合うこと」の重要性が浮かび上がってきている？（井口2020：終章）

③予防に対する「備え」という発想の可能性と実践の難しさ



# ○課題

- 「弱者が弱者のままで生きられる」を、認知症をめぐる予防と共生をめぐる議論を念頭に考えていく
- グループワークのテーマ：
  - 「認知症とともに生きていくこと」をいかなる形で構想できるか、特に「予防」という発想の位置付けや、「共生」をめぐる取り組みの持つジレンマなどに触れながら議論してください。