

痴呆性老人をめぐる問題状況と福祉対策の方向

浅野 仁

はじめに

昭和59年度の厚生白書は、その副題として「人生80年時代の生活と健康を考える」を掲げ、21世紀初頭に確実に到来する超高齢社会に向けての総合的厚生行政のあり方を明らかにしている。

高齢社会とは、総人口における65歳以上の人口比率が7%を越える人口構造の状態を意味しているが、とりわけ65歳以上人口の中でも75歳以上のいわゆる後期高齢人口が増大することに注目しておきたい。たとえば、昭和58年10月1日現在、65歳以上人口の36.1%を占めるこの年齢層は、昭和100年（2025年）には51.1%と高齢者人口の過半数を占めることが推定されている¹⁾。

この後期高齢人口の増大に伴って、身体的、精神的障害をもつ老人が増大する。つまり、重度の身体的障害の状態である「ねたきり」の老人数は現在約32万人であるが、昭和75年（2000年）には約100万人にのぼると推定され、また精神的障害である「痴呆」状態の老人数は現在の約30万人から、次節の出現率にみられるように今後膨大な数にのぼると予測されている。このような重度の身体的、精神的障害をもつ老人については、治療よりはむしろ、日常生活管理や介護が重要となってきたことから、保健医療対策とともに要介護老人に主として対応する福祉対策の拡充が緊急事となっている。

ところで、最近国民の関心がとみに高まっている痴呆性老人対策については、国及び地方自治体の詳細な実態把握と積極的取組みがみられる。神戸市社会福祉審議会が昭和59年11月に発表した「高齢化社会に向けての神戸市の老人福祉施策のあり方について」の答申においても、つぎのような具体的提言がなされている²⁾。

「(1)相談業務の充実…保健所における相談業務や家族介護教室を拡大するとともに、専門的な相談機関を設けることも検討すべきである。ここでは、精神科医をはじめ、専門的スタッフを確保するとともに、介護経験をもつ家族等ボランティアの参加も有効であろう。

(2)痴呆性老人施設…ショートステイをより利用しやすいものにしていくとともに、家庭での介護が困難な痴呆性老人を受け入れる特別養護老人ホームも必要である。老人性痴呆については、原因、治療、処遇方法等未解明の部分が多く、医療体制の備わった特別養護老人ホーム等の施設も検討されるべきである。また、家族の介護負担の軽減、老人の機能の維持向上にとって、デイケア事業も必要となろう。さらに、医療機関の側からの痴呆性老人対策の推進も課題である。」

みられるように、痴呆性老人に対して今後の福祉と保健医療の連携のもとで、在宅、施設の両面から施策を展開していく必要性を強調しているが、この提言は他の地方自治体においても共通する施策の内容といえよう。

小稿では、人口高齢化と痴呆性老人の重度化に一步先んじて直面しているイギリス、アメリカ合衆国における状況を参照しながら、わが国における痴呆性老人に対する福祉対策の方向について考察することを目的としている。

1. 痴呆性老人の出現率

1) 在宅老人の場合

精神機能の低下が加齢に伴ってみられることは一般的に指摘されていることであるが、そのなかでも精神機能の異常老化である器質性精神疾患（老年痴呆、脳血管性痴呆など）の出現率は、高齢人口、とりわけ後期高齢人口の絶対的増加によ

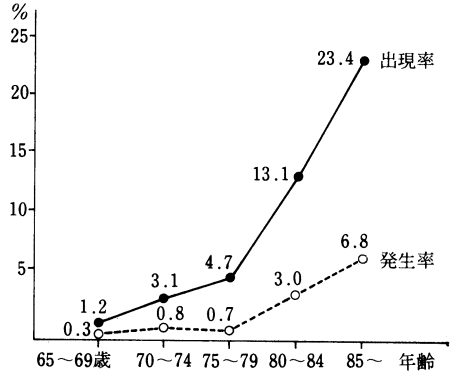
って急激に高くなっている。

表1 痴呆の出現率

<p>■ 65歳以上老人人口に対して 5～6% (中等度以上 3～4%)</p> <p>■ 痴呆性老人のうち 約80%が在宅者 約20%が老人ホーム、病院に在者</p>
--

資料：柄沢昭秀「疫学と臨床」, 東京都老人総合研究所, 東京都養育院附属病院『老年期痴呆の科学』, 第19回ゼロントロジー公開講座, 1983年。

図1 痴呆の出現率 (prevalence) と発生率 (incidence) (東京都調査1980年)



資料：柄沢昭秀「前掲書」, 1983年。

柄沢によれば、65歳以上の老人人口の中で痴呆性の状態が出現する率は5～6%であり、痴呆性老人の約80%が在宅者、残りの約20%は老人ホーム入所者、病院入院者である。また、老人の年齢

階層別の出現率をみると、年齢が高くなるとともに、出現率も発生率も高くなる傾向がみられる³⁾。つぎに、アメリカ合衆国、イギリスの精神科医

表2 ニューヨーク、ロンドンの痴呆性老人の出現率

(ニューヨーク市)

調査対象者	445人	445人	
スクリーニングによる対象判定	38.6%	Yes 172	No 273
記憶力障害	9.4%	42	130
痴呆性状態	4.9%	22	20
老年痴呆	3.8%	17	
脳血管性痴呆	0.7%	3	
その他	0.4%	2	

(ロンドン市)

調査対象者	396人	396人	
スクリーニングによる対象判定	35.3%	Yes 142	No 254
記憶力障害	4.0%	16	126
痴呆性状態	2.3%	9	7
老年痴呆	2.0%	8	
脳血管性痴呆	0.3%	1	
その他	0.0%	0	

資料：Barry Gurland and Others: The Mind and Mood of Aging, Croom Helm, 1983.

が実施した精神障害老人に関する国際比較調査の結果をみておこう。

本調査の目的は、1) 両国の痴呆性老人の背景と出現率、2) 保健医療と福祉サービスの状況とその役割を明らかにすることであった。

表2によれば、ニューヨーク市の場合、「記憶障害」がみられた人は全体の9.4%であり、また「記憶障害」のある老人の中で、全体の4.9%に「痴呆性状態」がみられた。さらに「痴呆性状態」を原因疾患別でみると、「老年痴呆」、「脳血管性痴呆」、「その他」がそれぞれ全体の3.8%、0.7%、0.4%となっている。一方、ロンドン市在住の老人の場合、「痴呆性状態」の老人の出現率は2.3%であり、先の日本における痴呆性老人の出現率を含めて比較してみると、ロンドン市在住の老人の「痴呆性状態」の出現率は著しく低いが、国際比較調査の分析によればロンドン市の老人の場合、老人ホームや病院の利用が多いためという理由をあげている⁴⁾。

なお、「痴呆性状態」の判定基準を言及することが必要であるが、紙幅の関係でここでは割愛する。

2) 老人ホーム入所者の場合

つぎに、老人ホーム入所者の痴呆性状態の状況をみておこう。

表3 老人ホーム入所者の痴呆性状態 (%)

施設種別	老年痴呆	脳血管性痴呆	その他	計
養護老人ホーム	9.4	4.1	6.8	20.3
特別養護老人ホーム	27.0	15.9	7.8	50.7
軽費老人ホーム	1.4	0.7	2.7	4.8
有料老人ホーム	1.1	0.7	1.4	3.2

資料：長谷川和夫他「全国施設老人の精神衛生調査」、『老年社会科学』, Vol. 4, 日本老年社会学会, 1982年。

上表は、長谷川らが実施した全国の老人ホームの精神衛生調査により「痴呆性老人」の出現率を析出した結果である。

調査時点での4種別の施設総数は2,421施設、利用者総数は173,561人であるが、養護老人ホームと特別養護老人ホームの2施設が大多数を占めている。

本調査から、全国の老人ホームにおける痴呆性老人の出現率をみると、特別養護老人ホームでは約半数の入所者が何らかの痴呆性状態で、養護老人ホームにおいても約20%の入所者は何らかの痴呆の状態である。上の結果にみられるように、かなり多数の痴呆性老人が老人ホームを利用していることがわかる⁵⁾。

つぎに、イギリスにおける老人ホーム入所者の痴呆老人の出現率を表4に示す。

上表は、M. ミーチャーが痴呆性老人特別ホームと一般老人ホームをそれぞれ3施設ずつ調査して、痴呆性老人の出現率を析出した結果である。ミーチャーの判定基準にしたがってその出現率をみると、痴呆性老人特別ホームには約6割、一般老人ホームには約2割の痴呆性老人を見出すことができる⁶⁾。

調査の時点の相違、痴呆性状態の判定基準内容の相違、サンプル数の相違などのため、日本の結果と単純に比較することはできないが、イギリスの痴呆性老人特別ホームと日本の特別養護老人ホーム、そしてイギリスの一般老人ホームと日本の養護老人ホームにおける痴呆性老人の出現率がそれぞれ近似の傾向を示していることは興味深い。

2. 痴呆性老人に対する公的、私的対応の現状

痴呆性老人に対する公的、私的な対応の全国的状況を正確に記述することは困難であるので、ここでは入手できた資料を参照して、その現状を紹介しておきたい。

1) 在宅老人の場合

1980年に東京都が実施した「東京都における老人の生活実態と健康に関する調査」の結果によれば、病弱老人の内福祉サービスを「受けている」と回答した人は20%に過ぎず、重度の痴呆性の老人の場合でも32%に過ぎない、と報告されている。そして、受けている主な福祉サービスは老人福祉手当、入浴サービス、日常生活用具給付、訪問看護指導、家事援助制度、ホームヘルパー派遣等である⁷⁾。

これらの福祉サービスの他に、東京都は昭和56

表4 イギリスにおける老人ホーム入所者の痴呆性老人の出現率

痴呆性老人特別ホーム

一般老人ホーム

症状名	Home A	Home B	Home C	All homes	% in all homes	Home D	Home E	Home F	All homes	% in all homes
言語障害				(人)	(%)				(人)	(%)
	{ 4	1	1	6	4.9	{ 0	0	0	0	0
	18	13	6	37	30.1	1	5	1	7	5.1
身体的不安行動					9.8					
	{ 7	2	3	12	9.8	{ 1	1	2	4	2.9
	7	4	1	12	22.8	0	2	2	4	2.9
	15	6	7	28		0	4	1	5	3.7
失見当識										
	{ 31	20	12	64	51.2	{ 1	5	2	8	5.8
	10	8	10	28	22.8	1	6	0	7	5.1
	16	7	2	25	20.3	0	2	7	9	6.6
アノミック行動										
	{ 11	0	2	13	10.6	{ 0	1	0	1	0.7
	9	3	1	13	10.6	1	3	0	4	2.9
	7	2	3	12	9.8	0	3	0	3	2.2
記憶障害										
	{ 15	12	11	38	39.9	{ 1	2	0	3	2.2
	16	12	9	37	30.1	2	10	9	21	15.3
上記の症状なし	8	25	19	52	42.3	18	67	30	115	84.0
合計	40	47	56	123	100	19	80	38	137	100

資料：Michael Meacher, Taken for a Ride, Longman, 1972.

注：各症状名の内訳は省略している。

年度から痴呆性老人のためのショートステイ事業を開始し、他の自治体においても導入されつつある。

この事業の目的は、家族の疾病等により居宅において介護を受けることが困難となった痴呆性老人を緊急に特別養護老人ホームに保護することにより、痴呆性老人及び家族の福祉の向上を図ることである。

東京都の場合、昭和59年度11施設の特別養護老人ホームに25床のベッドが用意されているが、昭和58年度の利用者実人員は630人であり、今後の利用範囲の拡大が期待されている。

在宅の痴呆性老人の場合、上述のような福祉サービスが提供されたとしても、日常の生活管理や介護の大部分は家族がおこなうことになる。表5は先の東京都の調査で、家庭内で困ることの内容である。

その結果をみると、軽度、中等度の痴呆老人の家庭では、「困ることなし」と回答した人がそれぞれ37.7%、43.6%みられるが、高度の痴呆老人の家庭では「困ることあり」と回答した人が8割

にのぼる。そして、「困ること」の内容には、「家事が思うように手がまわらない」、「仕事に出られない、またはよりよい仕事につけない」、「睡眠にしわよせ」、「心身の疲れがひどい」等があげられている⁸⁾。

ここで、痴呆性老人をかかえる家族の介護状況と家族の介護困難を示す事例を提示しておこう⁹⁾。

I. 基本事項

氏名 S-T (女) 明治42年生, 74歳

出生地 A県

職歴 小学校教師

経済 共済年金受給

家族構成 (次頁)

老人の心身状況

身体等の状況：視力、聴力は普通、言語不明瞭で、便秘がち。

日常生活動作：歩行普通、着脱衣、食事、入浴は全面介助、常時おむつ使用。

行動障害：簡単な日常会話に支障がある。失

表5 老化性痴呆疾患の程度別にみた家庭内で困ること

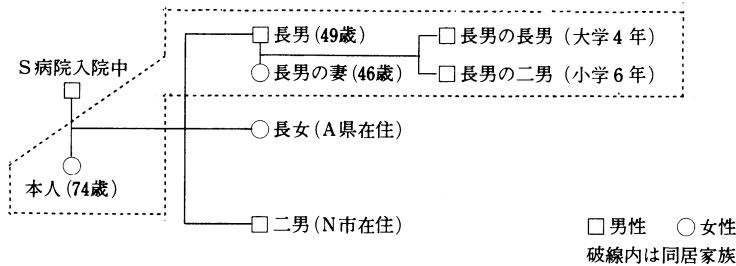
(%, 人)

	計	家庭内で困ることあり											家庭内で困ることなし	不明	
		手がまわらない 家事に思うように	仕事は出られない 仕事に思えない	仕事に思えない 仕事に思えない	育児に思えない 育児に思えない	近所まわらない 近所まわらない	うまがいかない うまがいかない	火の危険がある 火の危険がある	睡眠に思えない 睡眠に思えない	心身のつかひ 心身のつかひ	経済的負担 経済的負担	その他			
総計	100.0 29,100	61.5 17,900	28.0 8,200	18.7 5,400	2.2 600	3.3 900	3.8 1,100	17.6 5,100	15.9 4,600	17.0 5,000	13.7 4,000	14.3 4,200	31.9 9,300	6.6 1,900	
程度	軽度	100.0 9,800	50.8	13.1	9.8	—	3.3	—	11.5	3.3	8.2	6.6	21.3	37.7	11.5
	中等度	100.0 8,800	52.7	25.5	10.9	1.8	3.6	5.5	18.2	10.9	9.1	14.5	10.9	43.6	3.7
	高度	100.0 10,400	80.0	44.6	33.8	4.6	3.1	6.2	23.1	32.3	32.3	20.0	10.8	15.4	4.6
	不明	100.0 200	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100.0	—

資料：東京都「老人の生活実態及び健康に関する調査」, 1980年。

注：「家庭内で困ること」の内訳は複数回答。

家族構成



禁で汚し、不潔になっても無関心。

Ⅱ. 老人と家族の生活歴と介護の状況 (次頁)

Ⅲ. 具体的介護状況と介護困難

老人は昭和56年10月頃からまったくの植物人間となり、他人が話しかけても全く反応しなくなった。その頃から、長男の嫁である介護者は老人を全面的に介護しなければならなくなる。老人の1日の平均的すごし方は、朝8時に起床、夜9時に就寝までの間ほとんど椅子に座っている。介護者は、天気の良い日には必ず外へ散歩させている。老人の食欲は普通で、三食の他、ビスケットなどを何回もやるようにしている。風呂に入れることは身体的に大変なので、ほとんど毎日シャワーで身体を洗っている。排便には便器を使用している。これらの介護はほとんど長男の嫁が担当している

が、時々長男が手伝う。

ところで、介護者には同居している老人の介護の他に、E市にひとりぐらしをしている父親(78歳)の世話のためE市に時々出掛けている。

介護者の困難は2人の老親の介護からくる体力の消耗と精神的な疲れがひどい。また、介護者は社会活動タイプで、時には絵画の教室やその他の会合に出席したいと思っているが、その時間がとれない。また、友人も数多くいるが、介護のため外出できず友人との接触もめっきり少なくなる。このような状態のため、介護者はかけがえのない自由が奪われていることに強い不満をもっている。老人を散歩に連れ出したこれまでに、川に飛びこんで自殺しようと思ったことが何度かあるという。

年号	年齢	老人及び家族の生活歴	居住地及び家族構成の変遷	老人の心身の状況	介護の状況	医療・福祉サービスの利用状況
明治42年	0	A県I市にて出生。				
		A師範を卒業、代用教員をやる。 本採用の教員。 結婚してA県N市に居住。				
昭和41年	56	夫婦のみの生活	夫婦のみ A県N市	長男宅(K市)へ上京した際、身のまわりをきちんとできない。座ったまま動かない。口数が少ない。意味のない笑いが多いなどの兆候がみられる。		
55年	70			尿や便をもらすようになる。	長男の妻(介護者)は、ときどき、A県へ世話のため、出かけるようになる。	
56年8月	71			長男の妻がA県へ様子をみにいく。「ここへ連れてこなきゃ駄目だと思った。」	介護者は、老人問題の切実さを新聞の「声」の欄に投書する。	
10月	71	B市の病院を退院後一時的に老人を引き取る。介護者は自分の二男(小4)に「たまには子供の面倒をしろ」といわれ不安をおぼえる。名古屋にいる介護者の父親もひとりぐらしで、体が弱ってくる。	長男家族と同居	老夫婦でB市の二男の所へ遊びに行っている間、尿の出が悪くなり、救急病院へ入院、その夜、老人の夫が看病している途中、脳血栓で倒れる。(老人はまったくの植物人間となる)。	排泄、食事、入浴など全面的な介助が必要となる。おむつを使用するようになる。 晴れた日は、介護者がよく散歩連れていく。	老人の夫はA県のK病院に入院し、リハビリの訓練を受ける。数か月後、追い出されS病院へ入院、現在も入院中。
昭和57年3月	72	K市の2DKの住宅に老人を本格的に引き取る。 住宅が狭くて長男家族が深刻に悩む。				昭57.3.19~3.21にA施設のショート・ステイを利用
					介護者は、外出もできず、自由がないことに、強い不満をいだちをおぼえ、体力を消耗している。	昭58.3.6~3.10及び同年5月にA施設のショート・ステイを利用
10月	72	H市に長男夫婦家族ともに移り住む。	長男家族と同居 H市へ転居			

IV. 介護意識と今後の介護方針

老人が元気な時は、嫁姑の関係は非常にうまくいっていたので、介護しはじめた時にはそれ程の苦痛はなかった。ところが1年、2年と介護期間が長期化するとともに、介護者は、何故長男の妻だけがこんなに苦勞しなければならないのか、強い疑問をもつようになった。しかし一方では、親をみずてる訳にはいかないと考えており、悩んでいる。

そして、長い介護経験を通して介護者は、たとえ肉親であっても植物人間同様となった老人の扶養は、公的サービスにゆだねるべきであり、それには国民的合意が必要であると考えている。

本事例は2年近くの間、痴呆性老人を全面的に介護してきた内容であるが、表5でみられる「家庭内で困ること」の回答内容を具体化した典型例といっても過言ではないと思われる。

つぎに、先に参照したGurlandの調査からアメリカ合衆国、イギリスの在宅の痴呆性老人の公的、私的対応の状況を見ておきたい。

全体として、アメリカ合衆国、イギリスにおいても配偶者、娘、その他の家族などの、いわゆるインフォーマルなサポートが多く、友人からのサポートを含めると、ニューヨーク在住老人の約8割、ロンドン在住老人の約6割にのぼる。また、

民間と公的なサービスを合計してみると、イギリスの方がアメリカ合衆国に比較して公的、民間のサービスの提供がはるかに多い。さらに、ロンドンでは公的なサービスがニューヨークと比較して、かなり発達していることがわかる。

上の結果を日本の公的、私的対応の状況と比較してみると、同一の調査項目と集計方法の調査結果でないので単純に比較できないが、日本におけるこの種のいずれの調査結果も家族の介護者の内、配偶者のつぎに長男の嫁が主たる介護者となっていて、英米の結果とは著しい相違がみられる。この差異の背景には、日本の場合には老人の子供との同居率が高く、かつ長子扶養の伝統があるためである。また、ニューヨーク、ロンドンにおける介護者のなかで重要な人である「友人」が、日本ではほとんど期待できないことも注目される。

さらに、家族や友人などのインフォーマルな介護以外の公的・私的サービスの内容をみてみると、日本の場合には先にふれたように、老人福祉手当のような現金給付や日常生活用具給付のような現物給付がサービス内容としてかなり重要なものとなっていることに特徴がみられる。

2) 老人ホーム入所者の場合

先の表3によって、わが国の痴呆性老人の老人

表6 痴呆性老人に対する公的、私的対応

(%)

	第1位の介護者		第2位		第3位		第4位		計	
	New York N=132	London N=124	New York N=71	London N=53	New York N=27	London N=24	New York N=4	London N=8	New York N=234	London N=209
配偶者	29	30	6	—	7	—	—	—	19	18
娘	34	22	25	11	11	8	25	12	29	17
その他の家族	14	11	35	23	30	25	25	25	22	16
友人	3	6	14	19	22	25	25	38	9	12
民間	看護婦	—	1	3	4	—	—	—	1	0.5
	介護人	3	—	—	—	—	—	—	2	—
	ホームヘルパー	5	5	7	—	7	4	—	6	3
公的	看護婦	1	2	—	8	—	8	—	1	4
	介護人	1	2	1	—	—	—	—	1	1
	ホームヘルパー	5	12	3	24	—	8	—	4	15
その他の公的サービス	5	9	6	15	19	21	25	12	7	12
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

資料：Gurland and Others, ibid, 1983.

ホーム入所者中に占める比率が相当数にのぼることが明らかとなったが、それらの老人に対して専門医による適切な処置がなされている例は少ないようである。同調査の分析によれば、「向精神薬を投与されている老人は約4%、過去1か年間に専門病院に入院した老人は1.8%にすぎなかった」と記述されている¹⁰⁾。

それにしても、現在の各種老人ホームは生活の場としての性格をもっているため、精神上の障害により共同生活を営むことが困難な老人が入所している場合、老人ホームで処遇することには大きな問題がある。このような問題状況をふまえて、施設関係者は痴呆性老人の今後の対応として表7のような内容を回答している。

表7の結果をみると、痴呆性老人のための「特別専門施設」の設置を望む人が最も多く(32.1%)、「現状の特養の強化」、「ケア困難なケースは精神病院へ送致」がともに多くなっている。

このような施設関係者の要望にそって、最近民

間立の痴呆性老人のための特別養護老人ホームがわが国において建設され始めている。

痴呆性老人に対する老人ホームの対応についてイギリスの動向をつぎにみておこう。

M. ミーチャーは、「イギリスにおいては1960年代になって、地方自治体が痴呆老人のための特別ホーム(special homes)を設置しはじめた。その背景には、痴呆性老人が一般の老人ホームに入所していると他の入所者に迷惑をかけ、他方、軽度の痴呆性老人が精神病院に入院していれば、その症状が悪化するという理由がある」と述べている¹¹⁾。

その結果、痴呆性老人のための特別ホームが1960年になって急激に増加している。資料はやや古いだが、参考までに特別ホームの設置状況を掲げておこう。興味のあることは、現在、日本で痴呆性老人のための特別養護老人ホームが設置され始めているが、これはイギリスの20年前の動向と類似していることである。

表7 施設関係者の痴呆性老人に対する今後の対応

(複数回答)

	養 護	特 養	軽 養	有 料	総 計
1. 特別専門施設	238(42.5%)	124(22.5%)	44(32.6%)	5(14.7%)	411(32.1%)
2. 現状の特養を強化	119(21.3)	238(43.1)	34(25.2)	5(14.7)	396(30.9)
3. 現在の特養でケア困難なケースは精神病院へ	129(23.1)	179(32.4)	27(20.0)	10(29.4)	345(26.9)
4. 精神科施設	19(3.4)	9(1.6)	6(4.4)	5(14.7)	39(3.0)
5. その他	19(3.4)	14(2.5)	3(2.2)	0(0.0)	36(2.8)
6. 無回答	68(12.1)	26(4.7)	27(20.0)	12(35.3)	133(10.4)

資料：長谷川和夫他「前掲書」、1982年。

表8 イギリスにおける痴呆性老人のための特別ホームの設置状況

設置年度	定 員 規 模 別						計
	10人以下	11~20人	21~30人	31~40人	41~50人	51人以上	
1955—60	—	—	1	2	—	—	3
1961—65	1	4	8	13	5	1	32
1966—70	13	18	6	24	2	3	66
1971—75	4	9	12	19	5	—	49
計	18	31	27	58	12	4	150

資料：冷水豊「イギリスにおける精神障害老人の収容ケア」、全国社会福祉協議会「老人福祉年報」、1981年。

注：① 調査時点は67年11月。したがって、それ以降の数は設置計画によるものである。

② イングランドおよびウェールズに限った数である。

③ 回答のあった171施設のうち、設置年度あるいは規模が不明のもの21については除いてある。

3. 痴呆性老人のための福祉対策の方向

小稿の冒頭において、神戸市社会福祉審議会の提言を紹介したが、痴呆性老人のための今後の福祉対策の確立のためには、基本的、かつ広範な理念が必要である。痴呆性老人の福祉対策の方向を考察するに際して、M. ミーチャーが「統合」の立場から福祉対策の方向を記述している事項を要約しておこう。以下の内容は、わが国が今後、痴呆性老人のための福祉対策を推進していく上で多くの示唆を与えてくれる¹⁾。

1) 当面の目標

a. 痴呆性老人を公的扶助施設、精神病院、老人病院に入所、入院させることは早急にやめるべきである。とりわけ、重度の合併症をもたない老人を上記の施設に入所、入院させるべきではない。その理由は、そのような施設で生活することによって、徘徊、支離滅裂な行動が増大し、社会的崩壊につながる危険があるからである。

b. 痴呆性老人のために設置される特別ホームや痴呆性老人が少なからず入所している一般の老人ホームにおいては、建物の構造や設備に十分な配慮が必要である。たとえば、入所老人の自由を束縛する鍵のある部屋は好ましくない。また、プライバシーを確保するための個室の設置も必要である。

c. 入所者には、彼らの安全を確保する範囲内で、最大限の自己決定と選択の機会が与えられるべきである。たとえば、入所者が着用する衣服、小遣いの用途に対する自己決定はその一例である。

d. 性、痴呆の程度などの基準によって、ホーム内の分離はすべきではない。たとえば、職員室の近くの静養室に隔離することは、職員の監視を容易にするが、入所老人の不安を増大させる結果となる。

e. 老人ホームの職員は、精神医学の教育訓練を受ける必要はないが、老年期の精神障害に関する病因論について学習をする。この学習によって、職員の間でしばしば見られる痴呆性老人に対して

潜在的敵意をもち、健常老人に対して好意をもつような傾向を防ぐことができる。

2) 長期的目標

a. 痴呆性老人用の特別ホームを増設するのではなく、疾病の早期段階で専門的援助が提供される精神衛生センターの充実が必要である。

b. 家庭崩壊を予防することが福祉政策の主要な目標である。老人ホームの入所、病院への入院が最終的には避けられない場合であっても、痴呆の徴候を早期に発見し、家族と保健医療、福祉サービスが協力して対処すれば、老人は長期にわたって家庭でより幸せな生活を送ることができる。

c. 年1回の定期的健康・社会診査を実施する。心身に重度の障害をもつ老人に対しては、診査回数を多くする。また、診査は家庭訪問をして実施することが望ましい。家庭訪問によって、老人の住んでいる生活環境や家族の状況も把握することができる。

d. 診査によって痴呆性老人が発見されたならば、自治体は配食サービス、洗濯サービス、ホームヘルプサービス、訪問看護サービス、住宅サービス、リハビリテーションなどの福祉サービスを早急に提供する必要がある。ある調査によれば、精神病院入院の約半数は、自治体が提供する福祉サービスやボランティアの援助活動によって、自宅で生活できることが明らかとなっている。

e. 痴呆老人の介護をしている家族に対する福祉サービスは今後ますます充実される必要があるが、それと同時に老人の住宅事情が劣悪な場合も少なくない。したがって、自治体の住宅局は住宅、備品給付のサービスを充実させるべきである。

f. たとえ、老人ホームから家庭におけるサービスにその重点が移っていったとしても、限られた社会資源を「予防」の目標に向けて活用することには多くの困難がある。したがって、適切な医学的診断は不可欠であるが、社会福祉の観点からつぎのことが指摘できる。それは、家族を natural care agency として保持できるような福祉サービスを提供し、さらにできるだけ長期にわたって家族に対して積極的に関与できるサービス・システムを確立することである。

表9 痴呆性老人に対する福祉対策の類型

理 念	痴呆性老人に対するイメージ	社会一般の反応	福祉対策の目標	サービス内容
I 安楽死	社会の負担	完全拒否	除去	無
II 収容	同情の対象	隔離	恩恵	身体的ケアのみ
III 育成	精神的欠陥	部分的統合	発達可能性	自立と自己充足
IV 社会的支持	社会的障害	完全統合	ノーマライゼーション	社会的機会の拡大と社会からの受容

資料：M. Meacher, ibid, 1972.

ミーチャーが指摘している通り、痴呆性老人に対する社会福祉対策の目標は、保健医療と福祉サービスの有機的連携のもとで、家族機能の維持、強化を図り、その結果老人ができるだけ長期にわたり住みなれた地域社会で生活できることである。

この目標は痴呆老人のみならず、いずれの福祉対象者に対しても共通する目標であるが、痴呆性老人の場合、その対象が人生の最終段階にある「老人」であり、なおかつ治療の効果が期待できない不可逆的状态である「痴呆」である場合が多い故に、ことさら社会福祉の目標、理念が強調されなければならない。

そのためには表9のIVにみられるような痴呆性老人が一般社会のなかに、物理的にも社会的にも完全に統合されることによって、初めて真の福祉対策が確立するのである。

参考文献

- 1) 厚生省「昭和59年度厚生白書」, 1984年。
- 2) 神戸市社会福祉審議会「高齢化社会に向けての神戸市の老人福祉施策のあり方について 答申」, 1984年, 48~49ページ。
- 3) 柄沢昭秀「疫学と臨床」, 東京都老人総合研究所, 東京都養育院附属病院「老年期痴呆の科学」, 1983

年, 6ページ。

- 4) Berry Gurland and Others, The Mind and Mood of Aging-Mental Health Problems of the Community Elderly in New York and London-, Croom Helm, 1983, p.15.
- 5) 長谷川和夫他「全国施設老人の精神衛生調査」, 日本老年社会学会「老年社会科学」, Vol. 4, 1982年, 93ページ。
- 6) Michael Meacher, Taken for a Ride-Special Residential Homes for Confused Old People: A Study of Separatism in Social Policy-, Longman, 1972, pp.80-81.
- 7) 柄沢昭秀「東京都における在宅ばけ老人の現状」, 東京都養育院「季刊養育院」No. 721, 1981年, 80ページ。
- 8) 東京都「老人の生活実態及び健康に関する調査」, 1980年, 79ページ。
- 9) 東京都老人総合研究所「痴呆性老人に対する家族の援助とショート・ステイ・サービス」, 1984年, 107~114ページ。
- 10) 長谷川和夫他「前掲書」, 1982年, 105ページ。
- 11) M. Meacher, ibid, 1972, p. 80.
- 12) M. Meacher, ibid, 1972, pp. 483-509.