

痴呆老人問題研究会報告書

昭和59年1月

神奈川県痴呆老人問題研究会

第 本県における痴呆性老人問題の現状（略）

第 痴呆性老人問題に 対応する固有施策の必要性

1 一般老人と痴呆老人の比較から

痴呆性老人の実態をより明確なものにするため、予備調査で得られたデータに基づき、ぼけのない老人群の状況とぼけ老人のその状況とを対比的に検討してみた。

（1）基本的属性

ぼけのない老人とぼけ老人の平均年齢に相当の開きがあった。ぼけのない老人の平均年齢は72.3歳（男性71.9歳、女性80.3歳）であり、ぼけ老人の平均年齢は約6歳も高齢であった。家族類型では、ぼけ老人は三世帯世帯の者が62.9%とぼけのない老人の53.6%よりやや多いが、ひとり暮らし（1.4%）と老夫婦世帯（12.9%）はぼけのない老人の7.7%と16.4%と比較して少ない。同居率は、ぼけ老人（77.1%）、ぼけのない老人（73.5%）と両群とも7割以上であるが、ぼけのない老人では高齢になると同居率が高くなる傾向があるのに対して、ぼけ老人では老年痴呆が他の痴呆に比べて同居率が高かった。学歴では、ぼけ老人に不就学、低学歴がやや多かった。

（2）身体的状況

「聴力」では、ぼけ老人群に聴力低下の率が高く、普通に聞こえる者は47.1%で、ぼけのない老人群の81.3%に比べてかなり低かった。「視力」でも、ぼ

け老人で普通に見える者は54.2%しかいないが、ぼけのない老人では87.4%もいる。さらに、「日常の会話」は、ぼけ老人で普通に話ができる者は38.6%にすぎないが、ぼけのない老人では94.4%もいる。

（3）日常の生活動作

「歩行」は、ぼけ老人群では20.0%だけが普通に歩けるが、ぼけのない老人群では82.3%もいる。

「食事」では、1人で普通に食べられる者は、ぼけ老人で58.6%だが、ぼけのない老人は98.5%となっている。「着替え」も普通にできるぼけ老人は37.2%にすぎないが、ぼけのない老人では96.4%の者ができる。「入浴」に関しても、1人で入浴できる者は、ぼけ老人の41.4%に対して、ぼけのない老人では97.5%と高率である。また、「排泄」についても、普通にできるぼけ老人は44.3%だけであるが、ぼけのない老人群では97.6%の者が普通にできる。

ぼけ老人では、「ねたきり、ほとんどねたきり」老人は38.5%もあり、ねたり起きたりのぼけ老人を含めると48.5%と著しく高率である。ぼけのない老人では、ねたり起きたりの老人も含めても2.1%にすぎない。「動きのない老人」も、ぼけ老人群では65.6%と、ぼけのない老人群の3.5%に比べて高率である。

（4）現在の疾患と日常の介護状況

ぼけ老人群で、現在かかっている疾患のある者は88.5%と高率だが、ぼけのない老人群では52.0%だけである。診断名で特徴のあるのは、脳出血、脳梗塞、脳軟化などの「脳血管障害」であり、ぼけ老人では24.3%と、ぼけのない老人の4.1%と比べて著しく高い。脳血管障害の既往症を、ぼけ老人では約4.3%の者が持っていたが、ぼけのない老人は7.0%

にすぎなかった。日常介護の必要性については、「常時介護が必要」なぼけ老人は44.3%であり、痴呆が高度になるにつれて出現率が高くなっている。一方、ぼけのない老人では1.9%だけが常時介護が必要であり、80歳代前半でも4.7%にすぎない。したがって、日常介護の必要性のない、ぼけのない老人は90.4%に及ぶが、ぼけ老人では、わずかに18.6%だけである。

(5) その他の特徴

「日常生活費のまかなわれ方」についてみると、ぼけのない老人で全部子供に依存している老人は17.3%だけで、大部分子供の世話になっている者21.3%を含めると38.6%になってはいるが、ぼけ老人では、全部子供に依存している者が44.2%と著しく高率であり、大部分子供の世話になっているぼけ老人を含めると58.5%にもなる。「自分または配偶者の収入」だけで日常生活費をまかなっているぼけ老人は24.3%であるが、ぼけのない老人では44.5%になっている。

「兄弟姉妹の有無」では、ぼけ老人とぼけのない老人の両群とも約90%近くが兄弟姉妹を持っているが、「行き来している」という交流のある者は、前者では49.2%と約半数であるが、後者では80.8%が何らかの交流を持っている。ぼけ老人は、兄弟姉妹との交流に乏しいことがわかる。

「50歳前後での家族との離・死別体験」を持つ者は、ぼけのない老人群では15.0%であるが、ぼけ老人群では約25.0%とやや多い。この時期に配偶者との死別体験を持つぼけ老人が高率にみられるが、ぼけとの関係では今後の検討が必要になる。

「社会参加状況」でも、ぼけ老人は参加しないものが77.1%と高率であり、ぼけのない老人群では46.0%であった。

本県では、総合福祉政策の推進のために総合福祉政策委員会総合政策部会及び高齢化社会部会において報告書の提出が準備されている。そこには、高齢化社会対策の理念と原則、課題と基本方向、並びに具体的提言が提示されているが、本研究会からも、痴呆性老人対策にかかる提言を要請しており、その実現と併せて痴呆性老人に対応する固有の施策の確立が是非必要と考えるものである。

2 痴呆性老人問題への対応とその施策

痴呆性老人に対応する施策は、老人一般に対応する総合的な老人福祉施策の質・量の充実と相互補完関係にある。しかしながら、ただ単に要介護老人対策の一部として対策の拡充を図ったり、精神衛生の分野としてその対策の充実を図るだけでは不十分であることは明らかである。また、従来の在宅福祉対策やコミュニティ・ケアだけで「居宅処遇」の原則を強調するだけでも不十分であることは明らかである。

(1) 多様な対応の必要性

本県における健康実態調査で明らかにされたように、ぼけ老人は身体的にも、日常の生活動作でも、また現在もっている疾患でも在宅の一般老人よりもはるかに多種多様なハンディキャップを背負っている。ぼけ老人を介護している家族の状況も、その困難性は多種多様であり、全面介助を必要としているぼけ老人の介護者は心身ともに疲弊状態にある。

在宅ぼけ老人の病状、程度、問題行動の有無は、きわめて多様なものであり、その生活環境や介護を困難にしている家庭や地域社会の状況や条件、住宅や経済状況およびぼけ老人と介護者の人間関係、さらに相談機関との関わり方、医療・福祉サービスの利用状況なども複雑にからみ合っており、生活環境条件を改善する余地も多いと考えられる。

いずれにしても、ぼけ老人対策は画一的な施策では不十分であり、個別的条件を配慮したきめ細かな対応策をつくり出すことが緊急の課題となっている。

(2) システム化の必要性

在宅ぼけ老人対策は、福祉サイドにおける諸サービスの充実はもちろん、保健・医療サービスの充実と相互関連、相互補完関係にあることは明らかなので、ぼけ老人の居住する地域社会を核とした新しい援助サービスの供給体制の整備が要求されてくる。この新しいシステムはぼけ老人とそれを介護している家族の多様なニーズに即応できるものでなければならない。

第 痴呆性老人対策の基本的視点

本県では、社会福祉の基本的な理念を「ノーマライゼーション」とすることが提示されている。そし

てこの理念を実現するための方法論として「インテグレーション」が結合されており、障害を負った人々と健常な人々とが接触の機会を持ち、共同の生活を築き、相互協力の可能性を追求できることを意味している。この福祉政策は不可避的に画一的な中央集権的な行政の仕組みの変革を要請するものであり、地方自治体を主体的な核とする社会福祉施策それ自体を、行政全体の活動を、さらに民間部門の諸活動をより良い地域社会の創造を目指して全て「総合システム化」することになるのである。

上記の基本的理念は、高齢者を「全人的存在」として認識し、費用や政策効果を考慮するだけでなく、老人やその家族が何を望み、何が老人やその家族にとって好ましいのかを総合的に判断でき、かつ、老人とその家族の自主的・主体的な選択を可能とする視点に支えられるものでなければならない。

痴呆性老人対策の基本的な視点もまさにこれらの考え方に支えられる固有の福祉施策を目指すものである。ぼけ老人に対応する固有の施策は、ぼけ老人を単に精神的疾病を持つ者として狭義にとらえ、ぼけ老人を治療・保護したり、あるいは緊急性の高い要介護老人として、その対応策や社会的サービスの質・量を拡大することだけを目的とするものではない。

ぼけ老人がその居住する地域社会の中で家族と共に、あるいは福祉施設や医療機関を利用しながら、ノーマルな日常生活へ参加できる機会と可能性とを準備することにある。

この基本的視点は、ぼけ老人を「生活者」として、ぼけ老人とそれを介護する家族構成員を全体として把握しながら、「ぼけ老人とそれを介護する家族」、「地域社会」および「行政」が主体的に果たすべき役割と機能とを再検討することでもある。

1 痴呆性老人問題に対する施策の現状

(1) 国および各自治体レベル

国および各自治体における痴呆性老人対策は、大別して、予防対策、地域対策、施設対策、研究体制の充実・強化の4つにわたっている。

ア 予防対策

国レベルでは老人保健法による健康教育が主要なものであり、自治体レベルでは主として衛生サイドが中心に、早期発見、痴呆防止、生きがい対

策等の充実が図られている。

イ 地域対策

国の施策としては次のものがあげられる。

- ・老人精神保健相談窓口の設置
- ・老人精神保健協議会の設置
- ・老人保健法による訪問指導
- ・老人保健法による健康相談
- ・家族介護者教室（デイ・サービス事業）

自治体レベルでは、主として、次の対策が実施されている。

- ・介護指導講習会開催
- ・介護手引書（読本）作成
- ・家族会の育成

なお、各自治体の痴呆性老人対策委員会等から、相談機関の整備充実、評価入院、診断・判定基準の確立等が提案されている。

ウ 施設対策

国レベルでは、「特殊病棟等の整備促進」、「特別養護老人ホームの整備事業」等が実施されている。自治体レベルにおける主な対策を例示してみると次のようなものがある。

- ・痴呆性老人専用特別養護老人ホームの新設
- ・痴呆性老人一時入所事業
- ・痴呆性老人介護加算
- - 等である。

エ 研究体制

国レベルでは特記すべきものはないが、自治体レベルでは、老人健康実態調査の実施、痴呆性老人対策研究会等がある。

(2) 本県における痴呆性老人対策

本県においては、その対策の総合化と地域化を目指しながら、在宅処遇の充実・推進・民生・衛生サイドの協働を図りながら以下のような対策を実施しているが、今後なお一層の充実、強化が望まれている。

ア 予防対策

- ・健康教育
- ・痴呆防止講座
- ・健康づくり運動
- ・老人クラブ等の生きがい活動

イ 地域対策

- ・老人精神衛生相談指導事業
- ・地域精神衛生連絡会議

- ・老人保健訪問指導事業
- ・老人健康相談事業
- ・痴呆性老人一時保護事業
- ・痴呆性老人介護相談
- ・高齢者緊急相談促進事業
- ・介護読本作成事業
- ・家庭奉仕員・老人相談員研修

ウ 施策対策

- ・老人福祉施設医療処遇強化事業
- ・老人病棟建設費補助事業
- ・横須賀第二老人ホーム運営事業

エ 研究体制

- ・総合福祉政策委員会の高齢化社会部会
- ・痴呆老人問題研究会
- ・老人健康実態調査

2 痴呆性老人対策の総合化の必要性

痴呆性老人対策は、その固有の施設の確立が要求されているが、その施設の固有性は、ぼけ老人とそれを介護する家族の多種多様なニーズに直接的・即応的に対応せねばならない社会的諸活動および社会福祉サービス・保健・医療サービスと直接的に関連しているものでなければならない。

これらの固有の諸活動や福祉・医療サービスは相互補完関係にあり、具体的には、ぼけの予防対策、ぼけ老人の居住する地域社会対策、福祉・医療施設対策、さらにぼけに対する研究体制等の一貫性のある連係システムが確立されると同時に、諸施策自体の総合化を目ざすものでなければならない。

(1) 福祉と保健・医療の協働

ぼけ老人対策は、ぼけ老人とそれを介護する家族に対する家事・介護サービス、短期入所事業等の福祉サービスと健康教育、健康相談、訪問指導等の保健サービス、さらに福祉施設や医療施設の拡充・整備計画の総合化されたものであることが期待される。したがって、福祉対策を所管する民生部と保健・医療を所管する衛生部の協働システムの確立が重要である。民生・衛生両部局は、ぼけ老人対策に必要な情報の収集・交換・具体的施策の企画・立案さらに諸サービスの包括的供給体制の連携システムを早急に確立することが必要である。

(2) 施設整備計画の推進

ぼけ老人は、その居住する地域社会において介護

をうける家族と共に生活することが望ましい。しかしながら、地域社会における在宅ケアの限界を超えた場合に、それを支援し補完するための施設ケアが準備されていることが大切である。

本県では昭和58年12月現在88か所の老人ホームがあり、特別養護老人ホームはそのうち53か所設置されている。しかし、特別養護老人ホームへの入所待機者は約550名おり、その中には在宅ケアの限界を超えるぼけ老人が少なからずいる。したがって、今後のぼけ老人の増加動向を十分勘案しながら、地域ごとの老人福祉施設の質・量にわたる適切な配置、ぼけ老人のための専門福祉施設および精神病院等の老人精神病棟などの整備計画の推進が必要である。

(3) 痴呆性老人対策の地域化

ぼけ老人はそのぼけの程度、病状、問題行動等によっては、環境条件、介護状態、サービスの提供体制の改善により、地域社会で在宅ケアを受けることが可能であり、それを望んでいるぼけ老人や家族は少なくない。したがって、ぼけ老人と家族の多様なニーズに個別に対処するためには、まずその居住する身近な地域社会において即応的にニーズに対応できるような相談機関が必要である。

また、ぼけ老人対策は必然的に「地域福祉」の一環として位置づけられることが必要であり、在宅福祉サービスも福祉医療施設も、身近な地域社会に密着したもものとして整備され活用されるものが望ましい。したがって、ぼけ老人対策は地域社会を核とした社会的ケアとして企画・立案・実施されるよう、その諸施策は総合体系化へと志向しながら推進されなければならない。

(4) 在宅対策の推進と充実

今後のぼけ老人対策は、その施策の固有性と総合化を地域社会を核として推進させることが期待されるが、そのためには、まず在宅ぼけ老人に対する相談活動業務、とりわけ受付相談業務が固有の機能をもつものとして総合化されたものになる必要がある。現行の各種相談活動の整備・充実をはかることも緊急の課題であるが、在宅ぼけ老人とその家族のために、受付相談業務がぼけの診断・判定、施設利用の必要性、さらに訪問指導や介護などの直接的サービス業務の提供や情報の提供に直結して連動するような相談システムが必要である。また必要によっては専門相談機関の新たな設置も検討しなければなら

いだろう。

在宅処遇の推進・充実のためには、ぼけの程度、疾病に応じた具体的な介護方法を提示し、それがぼけ老人を介護する家族のためにも有益であるばかりでなく、地域住民のぼけに対する理解とボランティア活動を活性化させるためにも、介護に関する介護読本の作成が必要になってくる。さらに、前提条件として短期保護事業、デイケアサービス、移送サービス等の充実と福祉・医療サイドにおけるぼけ老人のための施設の整備計画の推進が重要になってくる。マンパワーの確保と並んで福祉・医療従事者の専門研修も欠かすことができないし、ぼけ老人をかかえている家族のための「家族の会」の育成・助長も要望されてくる。

第 痴呆性老人対策についての提言

1 専門判定・相談機関の整備

痴呆性老人対策が総合化され、その固有の施策を確立するためには、ぼけ老人を生活者としていかに「全人的」に把握していくことができるかどうか为前提であり、その対策も福祉と保健・医療を別々のものとするのではない。しかしながら、ぼけ老人に個別に対応していくためには、まず、ぼけ老人の日常生活動作能力や精神・身体的疾患および家族成員らの介護能力等を的確にとらえることが必要である。

そのためには、適正な医学的判断、とくに精神科医等の専門的な診断・判定・治療が先行しなければならない。この医学的判断は、ぼけ老人を専門医療機関で治療すべきか、通院しながらでも在宅で処置・介護ができるのか、あるいは福祉施設で処遇するのが適当なのか等の総合的な判定のための基礎的な判断基準となるものである。

(1) 専門の診断・判定機関の必要性

痴呆性老人が、どこで、どのような個別のおよび社会的処遇を適切に受けることが必要なのか。また、本県においてどのような最善のサービスを受けることができるのかを判断するためにも、さらに、痴呆性老人に対応するどのような総合化された施策が必要なのかを策定する基礎的データを得るためにも、

まず、的確な医学的診断・および社会的な判定がなされることが必要である。まず医療サイドにおいては、保健所の診断機能を十分活用し、精神衛生センターに直結した精神衛生相談事業のシステムを一層充実すべきことを要望したい。さらに、必要に応じて評価的入院のための診断・判定システムを確立することを要望する。

(2) 相談機関の整備・充実の必要性

痴呆性老人の大多数が何らかの精神的および身体的疾患をもっており、それを介護している家族たちにもはかりしれない心身の疲弊状態が認められるのである。

したがって、保健医療サイドおよび福祉サイドにおける相談機関の整備・充実を図ることはもちろん、福祉サービスや施設利用が必要に応じて即応的に対処できるようにその機能を専門性を充実しておくことが必要である。

現行では、福祉事務所が施設入所の措置や福祉サービスに関連する相談活動を、保健所や精神衛生センターでは精神衛生相談活動や訪問指導等を実施しており、また老人福祉センターでは介護相談事業を行っている。それぞれの機関の機能の限界を抱えながらもその役割を果たしてはいるが、ぼけ老人と家族の多様なニーズに即応的に対処して機能しているとはいいがたい。

したがって、ぼけの程度、疾病の種類、家族の介護能力、地域社会資源等を総合的に把握しながら、適切な相談・判定と在宅福祉サービスの提供ができるような機能と役割をもつように、相談機能の整備と充実を図ることが必要である。

このためには、相談機関の相談活動を一層活性化するとともに、その専門的機能を一層高めることを要望する。

2 予防対策の充実

(1) 精神衛生思想の普及啓発

一般に痴呆は治らないもの、進行を止められないものと考えられがちであるが、痴呆のすべてがそうであるとは限らない。脳血管障害から二次的に起こるものについては、その要因である高血圧、脳動脈硬化症、糖尿病等を予防することで痴呆の発生をくい止め、また遅らせることも可能であり、適正な医療と家族や地域社会の温かい配慮と努力により社会

復帰が可能であることを老人はもとより、家族や地域住民に対し普及啓発をする必要がある。

(2) 痴呆予防の必要性

中高年層の生活を健やかで快適なものとするには、成人病や老化による健康障害を最少限にとどめ、身体的にも精神的にも良好な状態を保持することが必要である。

そのためには、一人ひとりが健康習慣を保持し、必要な健康診査を受け、適度な運動や家庭内外の事故防止に努めるなどの自己努力が必要である。

一方、行政としても、健康教育、健康相談、訪問指導、適切な医療指導等の保健事業の質、量を充実する必要がある。従って、これら保健事業の計画、実施、評価という一連の流れのもとで、それぞれの事業の効果的な推進を図ることを要望する。

(3) 老人精神衛生相談の推進

痴呆の予防を図るとともに、心身の変調をきたした場合、それが早期に発見され、適切な医療等の対応が行われることが大切である。また、社会復帰の促進等を図るため老人精神衛生相談窓口を保健所に設置しているが、これを更に利用しやすくすると同時に精神衛生センター、市町村、関係団体、ボランティアなどの協力を得ながら拡充、推進することが望ましい。

3 在宅対策の推進と充実

痴呆性老人がその居住する地域において家族と共に生活しながら、相談機関、医療機関、通所施設さらに在宅サービス等を利用することは、きわめてノーマルな形態であろう。痴呆性老人の大多数は子供家族との同居生活のなかでケアを受けているのである。

しかしながら、老夫婦だけで暮らしているぼけ老人、子供だけと暮らしている二世帯世帯もそれぞれ20%近くいることを忘れてはならない。70%近いぼけ老人が何らかの介護を必要としており、しかも介護が困難であると現実を感じている家族も多いのである。したがって、ぼけ老人の介護を24時間休みなく続けている介護者の身体的・精神的苦労は計り知れないものがある。

家族や介護者の疾病や冠婚葬祭、外出の必要な場合、誰かが介護しなければならないが、交替の介護者のいない介護者が一人だけのケースが約70%もい

るのである。ぼけ老人本人に対する社会的処置の充実のもとより、このような在宅で介護している家族の負担の軽減を図る施策が緊急に必要である。民生・衛生両部の分野が密接な協働体制をとりながら、在宅対策の推進と充実を図ることが必要となっている。

(1) 介護相談事業の充実

痴呆性老人を家庭で介護する苦労は想像も及ばないものがある。問題行動をもっているぼけ老人のケアの困難性はもとより、じょく瘡、関節拘縮、骨折等々の問題が多くあり、慎重な介護が必要なのである。

そのためにも、介護者の介護意欲のみに依存するのではなく、適切でしかも効率よい介護ができる介護方法を修得できる学習の機会を提供したり、介助省力機器の紹介等の情報提供もできる体制を準備することが必要である。

訪問指導の充実と併せて、老人健康相談事業、家族介護者教室等の拡充と推進を図るとともに、老人福祉センターにおける痴呆性老人介護相談事業を相談活動だけにとどめることなく、関係医療機関や相談機関および施設等との連携システムを確立することを要望する。

痴呆性老人問題研究会が作成している「介護読本」を有効に活用し、地域住民の理解とボランティア活動を志す人々の参加をうながすためにも、広範囲に配布する計画を立案するよう期待したい。

(2) 訪問指導の充実

痴呆性老人の在宅対策を推進・充実させるためには、家族の介護機能と能力をできるだけ健全に保持できるように援助を目的とした、積極的な支援体制を整備・強化することが必要である。

そのためには、現行の精神衛生相談指導事業による保健婦の訪問指導等の在宅療養者訪問看護システムの推進・拡充を要望する。また、家庭奉仕員派遣事業による家事身辺介護サービスの充実を図りながら、パートタイマーやボランティア等地域住民の活用を検討するとともに、保健婦、看護婦、ヘルパー等の専門研修の一層の充実とスーパービジョン体制の確立を要望したい。

(3) 福祉施設活用サービスの充実

痴呆性老人が在宅のまま継続して介護が受けられるためには、訪問指導の充実、介護相談事業の充実

と併せて、特別養護老人ホームに一時的に入所できる痴呆性老人短期保護事業および専門病院における痴呆性老人保護事業を、地域ごとに拡充・整備するとともに、これらの施設が、必要に即応して仮入所や評価的入院が可能な施設として活用できるような条件整備を推進することを要望する。介護者が疾病等の緊急の理由で一時的に介護が不可能であったり、ぼけ老人の症状が一時的に悪化したりする場合があります。

また、痴呆性老人も対象とするようなデイ・サービス事業の条件整備、高齢者緊急相談促進事業の質的向上の推進も併せて要望するものである。

4 施設対策の推進

痴呆性老人の介護が在宅ケアの限界を越えると診断・判定される場合には、在宅ケアを支援しそれを補完・代替するために、医療サイドや福祉サイドでの入院、入所による施設ケアが必要になってくる。

本県にも、特別養護老人ホームの待機者は多いが、その中にはぼけ老人で在宅ケアの限界を越える者がいることは明らかである。したがって、今後のぼけ老人の増加動向を勘案しながら、地域ごとの特別養護老人ホーム、老人精神病棟等の整備計画を充実・推進する必要がある。

(1) 特別養護老人ホーム特別介護棟（施設）の設置

痴呆性老人の家庭において、家族の疾病や心身の疲弊、あるいは老人の問題行動の発生等のため、介護が困難となった場合、医療の必要性の有無等に基づいて、精神病院への入院、あるいは、特別養護老人ホームへの入所が行われ、施設においてケアされることとなる。しかし、現在の特別養護老人ホームは、痴呆性老人であっても、ねたきり状態にあるか、あるいは動きがあっても、問題行動が少ないケースについては、対応が可能であるが、著しい問題行動があり、かつ多動なケースに対しては、対応が困難となっている現状にある。こうした特別の介護が必要でありながら、受け入れる施設がないため、適切な処遇が確保されていない痴呆性老人が増大していることは、緊急にして大きな問題となっている。このため特別な介護を可能とする人員配置、物的な設備や構造を有した特別介護棟（施設）を老人と家族との関係を十分に保持できるよう地域的にも配慮を

加え設置することを提言する。

(2) 入所判定基準の設定

特別介護棟（施設）への入所の判定にあたっては、まず、適正な医学的診断が行われる必要があり、その上で、次の基準を原則とするよう提言する。

なお、市町村に設置される痴呆性老人処遇委員会においては、この基準に基づき総合的に検討を行うものとする。

特別介護棟（施設）の入所判定基準

特別介護棟（施設）への入所については、次項に該当するか否かにより判定することとする。判定にあたっては、老人の状態像に着目し、その変化に応じて、転所（院）を考慮することとする。

- 1 日常生活に支障をきたす程度の重篤な知能障害があり、特に濃厚な介護を要するもの。
- 2 医学的治療を要する身体合併症（ねたきり状態を含む）および精神症状をもつものは、原則として除外する。

(3) 精神科医等専門職員の確保と基幹ホームの設置

特別養護老人ホームにおける、精神科医による入所者に対する適切な処置と施設職員に対する指導・助言の機会をふやすため、併せて、精神科医を毎週確保できるよう老人ホームにおける精神衛生相談事業を一層強化するとともに、専門職員の確保についても積極的に計画するよう要望する。

また、横須賀第二老人ホームは、昭和50年4月設置以来本県における唯一の痴呆性老人のための施設として重要な役割を果たしているが、その建物、設備、専門職員等の一層の整備、充実を図るとともに、痴呆性老人の処遇に直接あたる県内の他施設の寮母、指導員、看護婦等に対する専門研修を行う基幹ホームとすることを提言する。

(4) 老人精神病棟等の整備

老人の大半は何らかの疾病を有しているのが現状であるが、特に痴呆性老人のうち精神科的治療を専門の機関で受ける必要がある者に対応するため、精神疾患の治療、ケアのできる病棟や施設設備内容の整備を拡充強化する必要があるが、更に既設の精神病院の中で、ある程度の合併症治療もできる老人精神病棟の整備を充実させる必要がある。

第 痴呆性老人対策の 推進のために

1 痴呆性老人処遇委員会（仮称） の設置

痴呆性老人対策の固有性と地域化された施策との総合化をより具体的に実施・推進するために、市町村単位に痴呆性老人処遇委員会の設置を提言する。

県レベルには、老人福祉センターに痴呆性老人のための専門研修センター、情報センター、介護相談指導センター等を設置し、精神衛生センターの総合的診断・判定機能と協働しながら、市町村レベルの処遇委員会と連動し、痴呆性老人対策の固有性を明確にししながら、施策の総合化と調整的機能を果たすことが必要である。

痴呆性老人処遇委員会は、地域福祉推進協議会（市町村社会福祉協議会）、老人保健推進協議会（市町村保健主管課）、老人精神衛生連絡協議会（保健所）と連絡調整を図りながら、市町村に居住する痴呆性老人に対する個別的なケースの処遇検討をその主たる機能とするものである。

この委員会は、市町村福祉主管課が統括し、その構成メンバーは、市町村福祉部門、保健部門、福祉事務所、保健所、社会福祉協議会を主要なものとし、必要に応じて福祉施設、専門医、家族の会等の参加を得ることができるものとする。

この委員会は、痴呆性老人の問題が保健・医療・福祉面等にわたる多面的・複合的な対応が必要であるという性格から、その個別的な処遇の二ードに即応的に対応するものであり、具体的には、痴呆性老

人にとって在宅サービスの提供が必要なのか、あるいは、施設入所が適当であるのかを総合的に判定するものである。痴呆性老人と家族に対する処遇を地域住民と共に継続的に担い続ける機能と役割をもつものである。

在宅ケアが可能であり、しかも家族がそれを望んでいる場合には、ぼけの程度と疾患の種類に応じた訪問看護指導や家事援助介護サービスおよび介護指導方法を指導し、介護補助も必要に応じて提供していく等の直接的在宅サービスの提供内容検討と適切な施設利用の必要性を指導していくための地域の協議機関である。

2 地域福祉の推進

本県における痴呆性老人対策は、県と市町村とがそれぞれの施策と役割を担うことを要望するものである。痴呆性老人対策の直接的サービスの主たる推進母体は市町村であり、県は、その直接的サービスが広域的に均衡が保たれた施策として実施できるように、行政・財政・情報提供・専門研修等の側面から十全に市町村を支援することを強く要請する。

痴呆性老人処遇委員会は、痴呆性老人の早期発見や社会的処置を地域を核として推進する役割と機能をもっているため、地域の福祉活動の活性化とくに地域福祉推進協議会をはじめ、老人保健推進協議会、老人精神保健連絡協議会の機能の充実と活動の推進の一環として機能することを要望するものである。痴呆性老人をもつ家族や地域社会の相互扶助機能の保持とその強化につながることを期待されるからである。