

痴呆性老人対策専門家会議提言

昭和63年8月

痴呆性老人対策専門家会議

はじめに

昭和62年の簡易生命表によれば、日本人の平均寿命は、男性で75.61歳、女性で81.39歳であり、我が国は世界で最も長い平均寿命を享受できる国のひとつとなっている。このような状況において、すべての人々が、長い人生を健康で生きがいをもって生活できるような「豊かで健やかな長寿社会」の実現は、21世紀に向けての我が国最大の課題のひとつとなっている。

一方、同時に人口の高齢化は急速に進んでおり、昭和60年の国勢調査では総人口の10.3%を占めている65歳以上の人口は、昭和95年には23.6%になると推計されている。これに伴い、痴呆や寝たきりなど、ケアを要する状態にあるお年寄りの急激な増加も避けられないと考えられる。

特に、痴呆については、病気の原因や予防方法、治療方法等に未解明な部分が多いこともあって、これから老年期を迎えようとする人々にとって、老後の不安の大きな要因のひとつとなっている。

また、痴呆性老人のケアは、一日中目を離せない場合が多いため、介護する家族は精神的・身体的・経済的負担に苦悩しているのが現状である。加えて、女性の社会進出の増加や伝統的な扶養意識の変化などによって、家庭でのケアが困難なケースは、今後ますます増えてくることが予想される。このため、痴呆性老人が適切なサービスを受けながら住み慣れた地域社会で暮らしていけるよう、施策の拡充強化を図る必要があるが、在宅でのケアが困難なケ

ースにも適切に対応していくためには、医療や介護を提供する施設の着実な整備と施設における構造・設備やマンパワーのあり方の見直しが必要となっている。

従来の痴呆性老人対策に関しては、

痴呆の発生原因や治療・介護の方法等に関する科学的知見の積み重ねが十分ではないこと。

痴呆性老人の治療や介護のためのサービスが、在宅・施設のどちらにおいても、量的に十分ではないこと。

痴呆性老人対策を支える人づくりや地域のネットワークづくりが十分ではないこと。

各々の施策が既存の枠組みの中で別個に行われ、それぞれの連携が十分ではないこと。

等の問題が指摘されていた。

厚生省では、痴呆性老人対策を総合的に進めたいくため、昭和61年8月に省内に「痴呆性老人対策推進本部」を設置し、外部の有識者の意見もふまえながら、翌62年8月に本部報告をとりまとめたところである。

報告書では、

調査・研究、予防対策の推進

在宅ケアを支援する対策の推進

施設ケアを充実させる対策の推進

各種の施策を支える基盤の整備

を柱とした痴呆性老人対策の推進の必要性を訴えており、その一部は昭和63年度予算において、すでに

実現されている。

本専門家会議は、痴呆性老人対策推進本部の報告及び昭和63年度予算に計上されている事業をふまえ、「地域における痴呆性老人対策を具体的に、どう展開したらよいか」について、地域の実状や要望等についての意見も聴取しながら、討議を重ねてき

た。

この提言は、痴呆性老人を取りまく現状及び問題点、政府や地方自治体が痴呆性老人対策を推進するにあたって実施・検討すべき事項等について、これらの検討結果をとりまとめたものである。

第1．基本的な考え方

1．痴呆性老人に関する理解の促進について

高齢化の急激な進行に伴い、様々な社会の変化が生じているが、ややもすると負担の増大ばかりが強調されがちであり、とくに痴呆性老人に関しては、ケア負担の大きさがしきりに取りざたされている。

しかしながら、痴呆性老人のすべてが、常時濃密な医療や介護を必要とするわけではないし、老人人口の増加によって、ケアを要する状態にあるお年寄りばかりではなく、健康なお年寄りも増えることになるのであるから、悲観しすぎてはならない。

また介護者の対応しだいで、ケアの負担も軽減できるということを家族や関係者すべてに理解してもらうとともに、痴呆性老人の介護の困難さやその数の急増を強調するあまり、差別・偏見・隔離を助長することがないように、十分に留意することが必要である。

学術用語であるdementiaに対する日本語の呼称としては、様々な用語が用いられているが、老化に伴う生理的な（正常範囲内の）知的機能の減退との混同を避ける必要がある。この観点から、「ぼけ」という包括的な一般用語と、「痴呆」という学術用語は、混同することがないように区別して使用することが望ましいと思われる。

2．地域における痴呆性老人のケアのあり方について

(1) 地域的ケアの必要性について

痴呆性老人のケアは、決して特定の介護者のみに頼るのではなく、住みなれた地域全体で支えていく

こと、いわば地域ぐるみのケアが必要である。また、痴呆性老人を違和感なく、地域に受け入れるためには、痴呆性老人に対する十分な理解と共感、また痴呆性老人と共に生きるといった積極的な姿勢が地域に求められている。このため、市町村においては、老人保健事業等を通じ、一般住民の痴呆性老人に対する理解を増進させるとともに、地域の痴呆性老人対策の取り組み体制の整備を図るよう努める必要がある。

さらに施設におけるケアについても、面会や家族に対するケア指導、通院・通所によるサービスを円滑に行うためには、利便が重要な要素となるため、一定の保健・医療・福祉圏内に様々な痴呆性老人関係の施設を整備することが必要となる。

(2) 包括的ケアの必要性について

我が国においては、痴呆の原因として脳血管障害が多く、市町村が行っている老人保健事業などを通じて、食事指導や高血圧症の早期発見、医学的管理などを行い、脳血管性の痴呆を予防することが相当程度可能である。また、根本的な治療は困難であるとしても、家庭で生活できるようになることが医療・ケアの主な目的になるため、痴呆性老人にとって、生活機能を回復させるような訓練は欠かせない。このため痴呆性老人の医療や介護には、予防から診断治療、リハビリテーションや社会復帰までを含めた、幅広い包括的な体系が求められている。

また痴呆性老人は、知的機能の低下ばかりではなく、その他の精神症状や問題行動、身体的疾患の合併や日常生活動作（ADL）の低下をしばしば伴うため、精神的医療だけではなく、身体的医療や日常生活上の介護も必要とすることが多く、幅広い対

応が必要となる。このため、行政機関内の各々の関係部局が独自に施策を実施するような従来の方式では、十分に対処しきれず、保健・医療・福祉の関係機関が相互の連携を強化して、地域の社会資源を有効に活用しながら、個々の痴呆性老人や家族の状況に最も適したケアを包括的に提供する必要がある。

(3) 全人的ケアの必要性について

痴呆は病的状態ではあるが、原因を取り除くような根本的な治療は現在のところ困難な場合が多いため、ケアが主体となることがしばしばである。このため生物学的な異常の現象面だけに注目するのではなく、痴呆性老人その人をも視野に入れた全人的アプローチが、痴呆性老人の医療や介護には必要となる。

そのため痴呆であるという現実を受け入れながらも、病前性格や心理状態、生活歴、嗜好等に配慮し、人間としての尊厳やプライバシーを尊重しながらケアを行うこと、いわば全人的ケアが重要となる。

第2．相談や処遇判定等の体制について

1．現状及び問題点

家族がお年寄りの知的機能の異常や問題行動に気がついた際に、はじめて家族は種々の機関に相談することになるが、「どこに相談したらよいか分からない。」、「窓口によって対応が異なる。」、「単に他の機関を紹介してくれるだけである。」といったことが、この際の問題点として指摘されている。

そのため、昭和62年度から高齢者総合相談センター（いわゆるシルバー110番）事業等が行われており、これによって高齢者に関する悩みや相談に総合的に応えられるような体制が確立されつつあるが、夜間や休日の対応などを含め、十分な相談体制の確立には、今後もお一層の努力が必要である。

また、痴呆と類似の状態像を示すうつ状態などや、痴呆をきたす疾患のうち治療が可能なものの鑑別診断を厳密に行わないと、これらある程度根本的な治療が可能な疾患などを見逃し、痴呆として介護主体の処遇を継続してしまう可能性がある。

る。

3．対策の企画・立案にあたって

対策の推進に必要な社会資源は、施設などのハード面でも、マンパワーなどのソフト面でも、量と質をいずれも拡充する必要がある。その際、限りある社会資源をどのようにして痴呆性老人対策に振り向けていくかが課題となる。

また全国的な公的サービスの充実強化を図るとともに、地域の特殊性や実状に応じた、地域住民の参加に基づく地域の独自事業も活発に推進していくことが重要である。この際、どのように個々の痴呆性老人のニーズを、統一的な行政施策の中に吸い上げていくかが課題である。

一方、現代は、それぞれの家庭の事情や個人の考え方によって、サービスの多様性を要求される時代でもあり、補完的な種々の私的サービスも併せて充実する必要がある。

さらに、痴呆性老人の病状に関する医学的診断に加え、日常生活介護の必要な度合、家族の介護力などを総合的に考慮して、在宅ケアの適性の判断や施設の選択など、個々の事例に応じた最も適切な処遇方針の決定を客観的に行い、症状と対応のミスマッチを防ぐとともに、限られた地域の社会的資源を有効に活用していくよう努める必要がある。

痴呆性老人に関する実態調査は、全国各地で実施されているが、地域に在住する個々の痴呆性老人やその家庭の実状、またそれぞれに最も適したサービスに関する現状把握は、いまだ十分とはいえない。

2．提言

(1) 痴呆性老人の実状の把握について

老人保健事業や老人精神衛生相談指導事業、昭和62年度から始まった高齢者サービス総合調整推進事業などを通じ、地域における個々の痴呆性老人の実態及びニーズの把握とそのデータの効果的な利用に努めること。

(2) 啓発・普及について

痴呆やそのケアに関する正しい知識を普及させることにより、早期発見を促進するとともに、痴呆性老人の疎外・隔離を机上し、不適切なケアにより痴呆性老人の症状悪化や介護する家族の負担増大を招くことがないように、努めること。

(3) 相談窓口について

- ア．一般的相談窓口のための相談マニュアルを作成するなどして適切な相談や指導が行えるようにするとともに、専門的相談窓口においては、痴呆性老人の診断、処遇方針の策定、各種サービスの紹介及び施設の空き状況の情報提供等を一体的に行えるような体制づくりについて検討すること。
- イ．相談従事者の研修を充実するとともに、相談事業の事後評価を確実に行うなどして、従事者の資質及び事業内容の向上を図ること。
- ウ．相談者の利便を考慮し、保健施設、福祉施設並びに医療機関等、窓口を数多く用意するとともに、シルバー110番等を活用して相談機関の連携を図ること。また夜間や週末、祝祭日等における窓口の利用などにつき、検討すること。

エ．相談室を個室化するなどして、利用者のプライバシーを確保することなどにつき、検討すること。

- オ．たとえば、保健所等が実施している「老人精神衛生相談」を「お年寄りこころの相談」と改称するなど、利用しやすいような工夫を行うこと。
- カ．マスコミ、広報紙等を活用し、十分な広報を行うこと。また責任を持って解決に向けた回答を行うことができれば、相談者の信頼も増し、口コミ等による広報効果も期待できる。

(4) 発病初期における医学的鑑別診断と総合的処遇判定について

- ア．必要な検査や診断法に関する医学的鑑別診断のマニュアルの整備につき検討すること。
- イ．客観的な処遇方針の策定を行うため、痴呆の程度、精神症状や問題行動の程度、合併症の有無だけではなく、日常生活動作や家族の介護力の評価等も含めた総合的な痴呆性老人の評価基準を作成すること。
- ウ．確定診断と処遇方針決定のための短期的入院を痴呆性老人に関する地域の中核的医療機関で実施できるような体制づくりについて検討すること。

第3．在宅ケアについて

1．現状及び問題点

お年寄りやその家族の大部分は、「できるだけ在宅で」と思っており、家庭でのケアによる生活が可能ならば、住み慣れた環境で身近な家族がケアすることは、痴呆性老人の病状に好影響を及ぼすことが多く、家族も心理的な満足感が得られることになる。

しかし痴呆性老人のケアに伴う家族の精神的・身体的・経済的負担が大きいと、家族がうつ状態や、神経症、腰痛症、などに悩まされることもある。また、女性の就労率の向上、核家族化、扶養意識の変化などにより、家庭の介護力は弱まる傾向にあり、必ずしもケアに適しているとはいえない家屋構造の問題などもあって、現実には、在宅でのケア

が困難な場合もしばしばある。

在宅ケアを継続できるかどうかは、痴呆性老人本人の心身の状態だけではなく、住宅の地理的条件・居住環境や家庭の経済状態、またケアを支える人的要因（介護者の健康状態やケア技術、他の家族の理解と協力、医師を始めとする地域社会からの援助等）などによるため、どのような場合でも在宅ケアが良いとはいえない。

したがって在宅ケアの適否については、これらを総合的に考慮して判断することが必要であるとともに、本人や家族の希望があった場合は、継続的な在宅ケアを選択肢のひとつとして選べるような支援体制を社会的に用意する必要がある。

現在行われている在宅ケアを支援する各種のサービスを大別すると、往診や訪問看護、訪問指導、ヘルパー派遣、入浴・給食サービスなど家庭に訪問し

て提供するサービスと、外来通院やデイ・ケア、デイ・サービス、ショートステイなど施設において提供するサービスなどがある。昭和63年度からは、老人ホームに家庭も一緒に滞在しながら介護指導を受けるホームケア促進事業や、医療機関における重度の痴呆性老人に対するデイ・ケアなどが行われることとなり、在宅ケア支援サービスの一層の充実が図られた。

しかしながら、サービスの絶対量は未だ十分とはいえず、利用しやすさや痴呆性老人の病状の急変、家族の急病など緊急時の対応の問題など、まだまだ解決すべき課題が山積しているというのが現状である。痴呆性老人の家庭におけるケアを向上させるためにも、そして介護する家族の負担を軽減するためにも、在宅ケアを支援するサービスや制度などを、それらを提供する様々な施設や機関の機能に応じて、一層充実していくことが必要である。

2. 提言

(1) サービスの提供範囲及び利用しやすさについて

ア．サービスを受けるための様々な条件の柔軟な運用、たとえば年齢的な条件により初老期痴呆患者がサービスの対象にならない場合などにも、種々の状況に応じてサービスを提供できるような体制づくりを行うことなどについて検討すること。

イ．医療機関におけるデイ・ケアなどのサービスについても、利用者の利便について配慮し、通いやすいような工夫を行うこと。

ウ．サービスの利用しやすさを向上させるために、事務手続きの簡略化や迅速化に努めること。

(2) 緊急時の対応について

ア．精神科救急施設など24時間受け入れることができる施設を整備するとともに、痴呆性老人の病状の急変に応じて随時に往診できるような体制について検討すること。

イ．介護する家族の急病などの事態に対応できるよう、ショートステイ事業の柔軟な運用に配慮すること。

(3) 種々の在宅ケア支援サービスについて

ア．保健所事業における老人精神衛生相談指導事業について

希望者に対し、医師や他の職種による訪問相談・指導を実施するとともに、家族に対するケア教室を開催するなど、事業内容の拡充を図ること。

職員の研修や情報収集・分析機能の拡大に務め、各種サービスのネットワークづくりを推進し、事業内容の向上を図ること。

イ．社会福祉施設におけるサービスについて

デイ・サービスセンターについては、既存施設を利用した小規模なものも含めて、数多く（当面は市町村に1ヶ所、最終的には中学校区ごと程度）用意するなど事業の着実な拡充を図るとともに、必要の程度に応じて弾力的な利用ができるような体制の整備に努めること。

ウ．医療機関等におけるサービスについて

医療機関や老人保健施設においても在宅ケアを積極的に実施できるような体制づくりについて検討すること。

(4) その他について

ア．介護する家族の経済的負担を軽減するような方策、たとえば税制上の配慮について検討すること。

イ．介護する家族を精神的に支える方策、たとえば家族会の支援を強化するなどについて検討すること。

ウ．民間活力の活用について

民間企業等が行う介護サービスについては、適切な行政指導と民間の自主的対応により、良質なサービスを安定的に提供できるように努めること。

高齢者サービス総合調整推進会議、保健所保健・福祉サービス調整推進会議、高齢者サービス調整チームにおける処遇等の検討の際に、民間サービスの利用も考慮するなど、公的なサービスとの有機的な連携が図られるよう留意すること。

第4. 施設ケアについて

1. 現状及び問題点

在宅ケアには限界があり、痴呆性老人の症状や、家族や周囲の状況等のため在宅ケアが継続できない場合には、病院や老人ホーム等の施設でケアされることになるし、「いざ」というときのために施設があるからこそ、家族は安心して在宅ケアを行うことができる。

このように、家庭と施設は二者択一として存在するのではなく、むしろ相互に補完的な関係にある。そのため、今後の施設運営に関しては、その専門的な能力を活かして、在宅ケアを支える地域的な事業や、家族への介護指導など痴呆性老人本人だけではなく、家族にも参加してもらおう事業などを積極的に展開することが求められている。

また痴呆性老人は、様々な精神的・肉体的な特徴を持っており、施設においては、こういった特性に配慮したケアの方法や、人員の配置を含めた処遇環境が必要になる。しかし必ずしも現存の施設において、これらすべてが満たされているとはいえないの

が現状であり、個々の施設の機能に応じた処遇の充実など質的な向上を図るための対策を確立する必要がある。

痴呆性老人が、入院・入所している施設は様々だが、それぞれの施設の機能分担と昭和60年現在入院・入所していると推計される痴呆性老人数は、表-1のようになり、昭和60年現在で、施設において処遇されている痴呆性老人の総数は、おおよそ20万人前後と推計される。

痴呆性老人対策推進本部の報告によれば、同じく昭和60年現在で、在宅の痴呆性老人数は、約59万人と推計されていることから、昭和60年における我が国の痴呆性老人の推計総数は、ほぼ80万人前後と考えられる。

同じく推進本部の報告によれば、在宅の痴呆性老人数は昭和75年には60年の約2倍の112万人、90年には約3倍の約185万人と推計されているが、病院や老人ホーム、さらには老人保健施設などに入院・入所している痴呆性老人を加えると、痴呆性老人の総数は、この推計を上回る見通しである。

また今後、核家族化の進行や扶養意識の変化など

表-1 各種施設に昭和60年現在で処遇されていると推計される痴呆性老人の数と各種施設が提供するサービスの内容

施設種別	推計患者数	提供するサービスの内容
精神病院	約2.6万人 * 1	精神症状や問題行動に対する精神科的医療
一般病院	約6.4万人 * 2	急性又は重篤な身体的合併症に対する一般的医療
老人病院	約2.6万人 * 2	慢性的な身体的合併症に対する一般的医療
老人保健施設	— * 3	寝たきり又は軽度・慢性的な身体的合併症に対する軽度の医療・看護・機能訓練
特別養護老人ホーム	約6.6万人 * 4	身体的又は精神的な著しい障害に対する常時・重度の介護
養護老人ホーム	約1.4万人 * 4	何等かの理由により居宅での生活が困難な者の処遇

* 1：厚生省精神保健課調べ。

* 2：昭和62年度厚生科学研究「医療施設内における痴呆性老人の出現率に関する研究」において、アンケート調査により得られた一般病院(老人病院を除く)及び老人病院内の有病率に、昭和60年の各医療施設の病床数及び病床利用率を乗じて算出。

* 3：昭和60年当時に該当施設なし。

* 4：昭和58年度の東京都老人総合研究所の研究「特別養護老人ホーム利用者の心身機能と精神障害」において得られた特別養護老人ホーム及び養護老人ホーム内の有病率に、昭和60年の収容定員数を乗じて算出。

により、施設で対応せざるをえない痴呆性老人の数はさらに増加する可能性がある。

施設対策としては、昭和63年度から精神症状や問題行動が著しい痴呆性老人を短期集中的に治療する痴呆性老人専門治療病棟の整備を図るとともに、昭和63年度から本格的に整備されることとなった老人保健施設でも痴呆性老人を受け入れることとしている。

しかしながら痴呆性老人の急激な増加に対応すべく早急に各種の施設の担うべき役割を明らかにするとともに、具体的な将来計画に基づいた各種施設の量的な整備についての検討を行う必要がある。

2. 提言

(1) 施設体系と将来計画について

ア．どのような機能を持った施設が、どれくらい必要かについて、検討を行い、着実な整備を進めること。

イ．各種連絡協議会等を活用して、各施設間の機能の分化と連携の強化を図り、施設サービスのシステム化を推進すること。

ウ．痴呆性老人がその病状や家庭状況に応じて、最も適切なケアを受けられるよう、各種施設間の自己負担格差の整合性に配慮しつつ、他の施設への移動を円滑に行うことができるような方策について検討すること。

エ．入院による医療や入所による日常生活の介助はとくに必要としないが、家庭の事情等により、在宅ケアの継続が不可能なケースの処遇体制につき、検討を行うこと。

(2) 処遇環境について

ア．広く、ゆったりとした開放的なスペースを確保することにより、痴呆性老人に圧迫感を与えない

よう努めること。

イ．換気による除臭や衛生水準の確保等に留意すること。

ウ．段差の解消、床材の工夫などにより、骨折事故等を未然に防止するなど、安全の確保に留意すること。

エ．適正なスタッフを配置し、ケア密度を向上させるとともに、職員の負担・作業動線に配慮した構造・設備を備えるよう努めること。

(3) 施設の運営について

ア．早急に各種施設の機能に応じた処遇に関するマニュアルを整備し、普及させること。

イ．面会の奨励やボランティアとの交流、地域活動への参加などを通じ、地域に開かれた施設運営を行うよう努めること。

ウ．入院・入所のいたずらな長期化を防止するための方策、たとえば家族に対して事前に治療・介護計画を提示することや、定期的に病状や家族状況等を評価することなどを各施設ごとに工夫すること。

エ．レクリエーションなどを中心とした生活機能回復訓練を積極的に行うとともに、その効果及び方法に関する学際的な研究を一層推進し、その成果を普及させること。

オ．精神保健法において、「入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものとする」とされている精神に鑑み、痴呆性老人の人権侵害に至らないよう、各々の施設機能に応じて最も適切な処遇を行うよう努めること。

カ．各施設はそれぞれの機能に応じて在宅ケアを支援するサービスを推進すること。

第5. マンパワーの確保・研修及びその他の基盤整備について

1. 現状及び問題点

地域における痴呆の発生予防対策の推進、自宅や

施設におけるケアの充実などの各種の施策は、医療や介護を行う専門的マンパワーや地域のボランティア、地域全体で痴呆性老人とその家族を支えていくシステムやネットワークなどの基盤が整備されては

じめて、円滑に行うことができる。

しかしながら、従来は、ややもすると保健・医療・福祉の連携が取りにくかったこと、急速に増加しているケアのニーズに応えるだけのマンパワーの絶対量が不足していること、また痴呆に関する研修の機会等が乏しかったことなどのため、必ずしも、これら必要な基盤が十分には整備されていなかった。

このため、本年度から社会福祉士、介護福祉士が本格的に養成されるようになってきているほか、保健所や市町村においては、引き続き必要な要員の確保に努めている。また、種々の職種に対して、痴呆性老人に関する研修が実施されているほか、高齢者サービス総合調整推進事業など、既存の枠組みにとらわれない総合的な連絡会議が、各種レベルにおいて開催されるようになってきている。

しかしながら、今後急増が予想される痴呆性老人をはじめとする高齢者のケア・ニーズに適切に対応していくためには、既存のマンパワーの養成・確保の方法だけに頼るのではなく、新たな視点から、幅広い人材の養成・確保の方法について、早急に検討を行う必要がある。

ボランティア活動は、施設にとっては地域住民の参加によって開かれた施設運営ができるという利点があるだけでなく、参加するボランティアにとっても、痴呆性老人に身近に接することによって、痴呆性老人に対する理解を深めるとともに、抵抗感などを軽減することができたり、実際のケアの仕方について学ぶことができるという利点があるため、今後、健康な老人や専業主婦などを中心に、参加を積極的に促進していくことが重要である。

しかし資質や安定した参加人数の確保という点で、ボランティアを定常的な戦力として位置付けることには問題があり、当面はボランティア活動に、より多くの人々が参加できるような社会的支援の体制づくり、たとえば登録斡旋体制の確立などを行うことにより、マンパワーの層を厚くしていくことが重要である。

2. 提言

(1) 専門的マンパワーの確保について

ア．各職種別のマンパワーの必要数及びその確保計画について検討すること。

イ．いったん退職又は休職した看護職や福祉サービス等の経験者など潜在的的人的資源を活用する方策、たとえばパートタイムや特定日だけの就労などの柔軟な就労形態の採用などにつき、検討すること。

ウ．通所サービスの実施等により、施設内のマンパワーを積極的に地域に展開するように努めること。

(2) 専門的マンパワーの養成・研修について

ア．補足的従事者を含め、すべての職種について、それぞれのレベルに応じた体系的な研修制度を確立すること。とくに医師については、痴呆性老人対策に占めるその中心的役割に鑑み、最新の痴呆に関する知見や利用できる種々のサービス等に関する研修をさらに充実するよう努めること。

イ．様々な職種を交えた事例検討や地域的支援システムについての紹介、またケアされる立場への理解を促進するための被介護体験（食事を介助してもらうなど）等、幅広い研修内容を導入するよう努めること。

(3) ボランティアについて

ア．ボランティア活動費の負担に配慮すること、活動に伴う事故や賠償責任を保障する保険の普及を図ることなど、ボランティア活動に多くの人々が参加できるような基盤整備を推進するよう努めること。

(4) より幅広いケア・サービス従事者の開拓について

ア．広く国民がケア・サービスに従事できるような基盤づくりが重要であるので、介護休暇制度や就学等に際して介護協力に従事した経験を評価する仕組み等を含めた諸方策について検討すること。

(5) 連携強化のための組織づくりについて

ア．政府や自治体において、痴呆性老人問題を始めとする高齢者の問題に対し、衛生部局と民生部局が連携を強化して取り組むことができるような組織づくりについて検討すること。

(6) ネットワークづくりについて

ア．最初の相談窓口から継続的な観察を行う機関への連携を強化するため、種々の連絡調整会議を最大限に活用するとともに、それらへの地域の医師

会の代表及び精神科医の参加・協力を徹底すること。

イ．退院後等の継続的支援体制の強化を図るための方策につき検討すること。

おわりに

痴呆そのものは、古くから知られている病態であり、近年、研究の推進等により本態の究明が行われつつあるものの、いまだ未解明な部分が多いのが現状である。

昨今とくに痴呆に対する関心が高まっている背景には、我が国の平均寿命の伸長や老人人口の急激な増加などがある。

もとより痴呆性老人に対する各般の施設に関しては、今後一層の充実・強化を図る必要があるが、痴呆性老人の急増やそのケアの困難さを強調するあまり、レッテルを張ったり、隔離を促進するようなことがあってはならない。

政府や地方自治体においては、各種の施策を総合的に推進することができる体制を確保するとともに、一般住民や関係諸機関に対し、痴呆や痴呆性老人に対する理解を促し、地域をあげて痴呆性老人対策に取り組むことが肝要である。

また原因究明や発生予防など痴呆にならないため

の方策、在宅サービスの充実と処遇施設の整備と処遇の向上、マンパワーなど対策の基盤の整備など、現に痴呆となった人々及び介護する家族のための方策については、今後の老人人口の急激な増加を考えると、いまずぐにでも将来を見据えた具体的な計画づくりに手をつけなければならない。

本専門家会議の提言においては、地域において在宅ケアや施設ケアなどの痴呆性老人対策を推進するための方策に関して、現状及び問題点について述べるとともに、具体的な提言を行ったが、今回の検討には含めなかったところの痴呆の原因・発症究明に関する研究や痴呆の発生予防対策についても、一層の推進を図ることが基本的に重要であることを付言する。

今後はさらに、全国各地の痴呆性老人対策の水準を維持・向上させるとともに、地域の独自性を尊重した事業も積極的に推進していくための具体的将来計画を策定する必要があると思われる。

痴呆性老人対策専門家会議提言

痴呆性老人対策専門家会議委員名簿

氏 名	所 属
石 神 文 子	大阪府牧方保健所 〒573 牧方市大垣内町2-2-2
石 原 美智子	(社)新生会・サンビレッジ新生苑長 〒503-24 岐阜県揖斐郡池田町本郷1551
一ノ渡 義 巳	岩手県二戸保健所長 〒028-61 二戸市福岡字八幡下11-1
大 谷 藤 郎	社会保険審査会委員 〒100 千代田区霞ヶ関1-2-2
大 塚 俊 男	国立精神・神経センター精神保健研究所老人精神保健部長 〒272 市川市国府台1-7-3
柄 沢 昭 秀	東京都老人総合研究所副所長 〒173 板橋区栄町35-2
河 崎 茂	日本精神病院協会 会長 〒597-01 貝塚市水間51
河 路 明 夫	広島県環境保健部長 〒730 広島市中区基町10-52
五 島 シ ズ	聖マリアンナ医科大学病院神経精神科病棟棟長 〒213 川崎市宮前区菅生2095
沢 田 徹	国立循環器病センター臨床心理部長 〒565 吹田市藤白台5-7-1
西 村 健	大阪大学医学部精神医学教授 〒553 大阪市福島区福島1-1-50
若 狭 勝太郎	日本医師会常任理事 〒101 千代田区神田駿河台2-5