

痴呆性老人対策に関する検討会報告書

平成6年6月28日

痴呆性老人対策に関する検討会

はじめに

人口の高齢化とともに痴呆性老人が増加する一方、家庭における介護力が低下していることから、痴呆性老人対策が大きな課題となっている。このような状況を踏まえ、痴呆性老人を含む援護を要する高齢者のためのサービスを充実するため、高齢者保健福祉推進10カ年戦略（ゴールドプラン）を中心に、各種の施策が推進されているところである。

痴呆性老人は、今後、大幅な増大が予想されるが、その対策はまだ遅れているといわざるを得ず、将来、高齢者対策における最も重大な分野になると思われる。このため、痴呆性老人対策を総合的に検討するため、昨年11月、高齢者関係3審議会（老人保健審議会、中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会、公衆衛生審議会老人保健部会）の合同委員会として本検討会が設置された。本検討会は、有識者からのヒアリング、現地視察を含め都合11回開催され、精力

的に検討を行った。また、本年3月28日、厚生大臣の私的懇談会である高齢社会福祉ビジョン懇談会から「21世紀福祉ビジョン」が発表され、高齢者の介護問題を重視した社会保障制度の構築が打ち出されたので、そうした動向も踏まえ検討を進めた。

その結果、本検討会は、下記の点に重点を置いて、施策を推進すべきであるという結論に達したので報告するものである。

痴呆についての理解を促進するための意識啓発と情報の提供を充実する。

痴呆性症状をできるだけ早期に発見し、早期に対応する体制を確立する。

痴呆性老人及び家族が必要なときに必要なサービスを利用できる体制を整備する。

痴呆についての調査研究を推進する。

痴呆性老人の権利を擁護する対策を講じる。

痴呆性老人の現状と今後の見通し

痴呆は、脳の後天的な障害により、いったん獲得された知能が持続的かつ比較的短期間のうちに失われるものであり、記憶、見当識（時、場所、自分自身や周囲の人物等を正しく認識すること）の障害や理解力、判断力の低下が出現する。

病状の進行に伴い、人格水準が著しく低下し、妄想、幻覚、せん妄（軽度の意識混濁と興奮傾向や錯乱、比較的活発な幻覚妄想的出現があり、そ

れによる不安などの情動変化や奇異な言動がある。）などの精神症状や徘徊、不潔行為といった行動の異常、

衣服の着脱行為の障害、失禁、歩行の障害など日常生活における動作能力の低下といった症状を伴う。さらには、身体合併症を伴うことも多い。

痴呆は、脳の病変により発生するが、主なものは、脳の血管が詰まったり、出血を起こすことにより発

生する脳血管性痴呆と原因不明の脳の変性によって起こるアルツハイマー型痴呆である。我が国においては、従来は脳血管性痴呆がアルツハイマー型痴呆よりも多いといわれてきたが、最近ではアルツハイマー型痴呆が増加している。

痴呆の根本的な治療方法はまだ確立されていないが、薬物療法等の対症療法、精神療法や心身のリハビリによって症状が軽くなったり、進行が抑えられることも少なくない。しかし、現状においては、治療の効果には限界があることから、痴呆対策としてはケアが中心とならざるを得ないと考えられる。

痴呆性老人の実態については、家族が痴呆の事実を隠したがつたり、痴呆の判定に多大な労力と費用を必要とするため、全国レベルの調査は行われておらず、一部の地方自治体が実施した調査に基づき推計されているのが現状である。厚生省の研究班の行った平成2年現在の推計では、在宅73.9万人、施設内25.5万人の合計99.4万人と推計されている。老人性痴呆疾患の有病率は、高齢になるほど高くなっており、今後、後期高齢者が増加することから、痴呆性老人も増加していくこととなる。2000年の痴呆性老人の数は、前述の厚生省研究班の推計では約150万

人とされてきたが、厚生省人口問題研究所の新しい将来推計人口を踏まえた新しい推計によると約160万人程度になると見込まれる（別紙1）。なお、痴呆性老人の実態は、的確な対策を講ずるための基礎であるので、疫学調査をはじめ痴呆性老人の実態を把握するための努力が望まれる。

現在、痴呆性老人の4分の3は在宅で生活しているが、核家族化の進展、女性の社会的活動の活発化、介護者の高齢化等により家族の介護力が低下してきていることを考えると、より一層の社会的対応が求められている。

なお、痴呆は、40歳代、50歳代の初老期においても発生することがあるが、初老期における痴呆は、社会的に重要な役割を担う年齢層において発生することに加え、精神症状や行動の異常等が激しい傾向があるため介護負担が著しいことなど、家族や周辺の者に与える影響が極めて大きい。最近、初老期痴呆の患者も、保健福祉サービスの対象として位置づけられるようになってきているが、痴呆性老人対策を検討する場合、初老期痴呆の患者をも視野に入れていくことが必要である。

痴呆性老人対策の推進の方向

痴呆性老人対策は、近年、逐次整備されてきているが、痴呆に対する理解が国民一般、保健医療福祉関係者とも未だ不十分であること、早期発見、早期対応の体制が整備されていないこと、痴呆性老人に対するサービスの受け皿が不足していること、調査研究を要する問題が多数残されていることなど、なお多くの課題を抱えており、以下のような対策について、できることから早急に着手していくことが強く望まれる。

1 意識啓発と相談・情報提供の充実

(1) 知識の普及と意識啓発

痴呆に対する国民の理解はいまだ十分ではなく、様々な偏見や誤解も存在し、適切な対応ができないケースがみられる。家族が痴呆に気付かなかつたり、あるいは、痴呆の事実を隠したがつたりして、行政や医療機関等に相談にやって来たときには、介護疲

れで共倒れ寸前になっているなど、もっと早く相談に来ていれば適切な対応が可能であったケースも多い。

痴呆についての正確な知識を普及し、痴呆は何ら恥ずべきものではないことを徹底させ、国民の理解を促進するために、啓発、教育活動を積極的に推進すべきである。特に痴呆の発見に家族の気づきが大切であることから住民の意識啓発を図るための健康教育が必要である。また、地域の痴呆性老人と接触する可能性の高い交通機関、警察、金融機関、薬局等の関係者の理解を得ることに重点を置くなど啓発・教育活動の内容の改善を図るべきである。さらに、痴呆に関する知識や研究成果を分かりやすいパンフレット等にして関係各方面に配布するなど推進すべきである。

痴呆については、現状では、保健医療福祉にたざさわ関係者すべてが必ずしも十分理解しているとは言いがたい。保健医療福祉関係者に対する痴呆問

題についての研修を大幅に拡充することが必要であるし、痴呆に関連する情報が提供されるシステムを整備することも重要であろう。この場合、医師会、社会福祉協議会等の関係団体の役割も大きいものがある。また、痴呆についての理解を促進するため、保健医療関係者や福祉関係者の養成の際の教科や資格試験において痴呆問題を積極的に取り上げることも有効であろう。

以上などにより、痴呆性老人に対する理解を深め、痴呆対策や研究の推進などに向けての国民的な取組みに発展させる気運を醸成することが必要であろう。

(2) 相談・情報提供体制の整備

痴呆性老人の家族等がどこに相談に行けばよいかよくわからないケースも多く、総合的な相談窓口を充実することは非常に重要かつ現実的課題である。

高齢者の介護の相談、支援については、在宅介護支援センター（老人福祉法では、新たに「老人介護支援センター」と規定された。）が整備されつつあり、出来るだけ早期にゴールドプランの目標を達成することが望まれる。平成5年度から痴呆相談体制を充実した在宅介護支援センターの普及が進められており、痴呆の相談のレベルアップを期待したい。

痴呆性老人については、単に相談に応じるだけでなく診断を確定し、治療方針あるいは対処方針を決めることが重要である。このため、老人性痴呆疾患センターの整備を促進することが求められる。2次医療圏に1カ所整備するという目標を早急に達成するため、老人性痴呆疾患センターの整備を医療計画にも盛り込むべきである。

痴呆疾患患者又は患者家族が、相談あるいは受診する場としては、在宅介護支援センター、老人性痴呆疾患センターのほか、保健所、保健センター、市町村役場、福祉事務所、シルバー110番、医療機関等があるが、これらの機関の対応能力にバラツキがあることから、情報提供等により対応能力を向上させるとともに、各機関が地域の中で連携を図るための方策を講ずるべきである。また、相談や受診が専門治療や適切なケアのサービスにつながるようなシステムが地域社会の中で整備されるべきである。

なお、情報の提供に当たって、医療法の医療機関の広告規制に抵触するケースが考えられるので、医療法の規制を緩和することも検討すべきである。

2 発症予防と早期発見・早期対応の徹底

(1) 発症予防対策

老人性痴呆のうち、アルツハイマー型痴呆については、発生のメカニズムが解明されておらず、有効な予防法が確立していないのが現状である。しかしながら、脳血管性の痴呆については、動脈硬化や脳卒中の予防治療により発生予防が期待できる。また、老後の生きがいを高めることも痴呆の予防には重要であるといわれている。このため、健康づくりや老人保健事業を充実するとともに、高齢者の社会的な活動を促進するための方策を積極的に講じるべきである。

また、寝たきり老人ゼロ作戦と同じように、つくられた痴呆状態にしないという発想が必要である。そのためには、虚弱な老人を寝たきりや孤独な状態にしないような対応が肝要である。さらに、長期間の無原則な投薬が行われると、薬剤に起因する痴呆様状態を引き起こしかねないので、薬歴管理の整備、向精神薬等の使用ガイドラインの策定等薬剤の使用のあり方を検討すべきである。

(1) 早期発見・早期対応

痴呆は、早期の段階で対応すれば、進行を抑えたり、その後の家族の対応に適切な方向づけが可能であると考えられることから、痴呆の早期発見・早期対応が肝要である。

痴呆を早期に発見するための手法の一つとして、一般の成人病疾患と同じように発見後の指導をも含む健康審査を実施することが考えられる。しかし、現状においては検討を要する点が多く、今後手法の開発に向けて積極的に取り組む必要がある。

痴呆に関する健康審査の実施が難しい現段階で、痴呆を早期に発見するためには、家族のほか、普段から高齢者に接しているかかりつけ医や看護婦、地域保健活動を実施している保健婦の役割が重要である。このため、かかりつけ医が早期に痴呆患者を診断できるよう卒後教育をより拡充すべきであり、地域医師会等の役割が重要となる。また、保健婦、看護婦が痴呆を見出す能力を身につけるトレーニングが必要であるし、痴呆対策の観点からも、地域で活動する保健婦を手厚く配置することが必要である。

(3) 的確な診断

痴呆性老人の個別ケアに当たっての必須の条件は、痴呆疾患の的確な診断である。うつ状態などにより痴呆と類似の状態を示すことがあるほか、甲状腺疾患や慢性硬膜下血腫等の治療可能な疾患により痴呆様症状をきたすこともあり、これらの鑑別診断を厳密に行うことが重要である。鑑別診断を適切に行わないと、ある程度治療が可能な疾患などを見逃し、長期にわたる医療・介護を必要とする状態に陥らせてしまうおそれがある。

的確な診断を受けられる状況をつくるため、痴呆の専門家を養成するとともに、老人性痴呆疾患センター等の確かな診断のできる場を普及させるべきである。また、アルツハイマー型痴呆については、現状では、いわゆる除外診断（他の原因による痴呆が全て否定された場合にはじめてアルツハイマー型痴呆の診断がなされる。）が重視されているが、特異的な診断技術を確立するための研究も重要である。

3 治療・ケアの充実

(1) 治療・ケアの方針

痴呆と診断された場合には、患者の状態や生活環境の条件にしたがって適切な治療・ケアの方針をたてなければならない。

痴呆の治療・ケアの基本的理念は、残存能力を生かしていくこと、そして生活機能のレベルを改善していくこと、あるいはおこされた機能の一部の回復を図りながら患者のQOLを改善することである。

痴呆性老人は、生活環境の変化に対応することが困難になりがちであり、痴呆性老人のQOLの向上という観点からは、家族とともに地域社会の中で生活を継続させることが重要である。在宅での生活を可能とするためには、家族の努力とともに、公的なサービスの充実が不可欠である。このため、保健福祉サービスの提供は、在宅でのケアを中心に置きつつ、必要な場合にはいつでも施設が利用できるようにすることが必要である。何かあったときにすぐ施設を利用できる安心感は、介護している家族を支えるためにも有効である。

(2) サービス供給体制の整備

痴呆の場合、サービスを利用しようとしても、現

実は、在宅サービス、施設サービスとも、地域に十分留意されていなかったり、サービスを申し込むと痴呆性老人というだけで断られるケースがある。痴呆性老人が、状態に応じて適切に利用できるサービスの拡充が不可欠である。こうした観点から、在宅サービス、施設サービスが、ゴールドプラン、老人保健福祉計画等に基づき着実に整備されるべきであり、また、現在、診療報酬、措置費等により行われている痴呆性老人の受入れ推進策を拡充すべきである。

以上の視点に立ち、まず、在宅サービスについては、現在需要の多いデイ・ケア、デイサービスについては、痴呆性老人向け毎日通所型デイサービス（E型デイサービス）の早急な増設やデイ・ケア施設の充実強化が必要である。デイサービスの普及の一環として、自宅開放等により実施されている民間の小規模なデイサービスを公的に支援することも検討に値する。ホームヘルパー、ショートステイの充実も必要である。在宅での療養を促進するためには、在宅医療を普及するとともに、老人訪問看護ステーションの積極的な活用を図るべきである。また、今般の地域保健制度の改革により、住民に身近な対人保健サービスは、在宅福祉サービスと同様、基本的に市町村により提供されるようになるので、市町村保健婦による訪問指導事業を充実するとともに、他の保健福祉サービスとの連携を強化すべきである。さらに、住宅対策や緊急通報システム等の在宅環境の整備を進めていくことが求められる。

一方、施設サービスについては、老人保健施設、特別養護老人ホームの整備を進めるほか、適切な医療を普及するため老人性痴呆疾患治療病棟・療養病棟について目標をたてて整備を促進することが必要である。また、中軽度の痴呆性老人を受け入れる施設として、養護老人ホームの一層の活用も検討に値する。現状においては、痴呆性老人を受け入れることのできる施設をできるだけ増加させることに力を注がなければならないが、並行して痴呆性老人の医療、介護を行う各種施設（老人ホーム、老人保健施設、老人病院、精神病院）の役割分担を明確にすることも必要であろう。いずれにしても、各種施設間の連携を強化することは極めて重要である。

精神病院においては、処遇や療養環境について、

新しい取り組みがなされているが、痴呆性老人対策への取り組みを強化するためにも、全体としてさらにレベルアップしていくことが望まれ、その具体的な対策をたてる必要がある。本年4月の診療報酬改定で、老人性痴呆疾患治療病棟・療養病棟において算定できることになった痴呆性老人に対する集団精神療法は、痴呆性老人の情緒安定や覚醒性の向上等の効果が期待され、より一層の発展に向けて関係者の努力が求められる。また、精神病院は、特別養護老人ホームや老人保健施設に比べて在宅サービスの供給が不十分であり、精神病院においても老人デイ・ケア、重度痴呆疾患デイ・ケアをはじめとする在宅サービスを充実すべきである。

なお、福祉のサービスについては、利用の手続きが煩雑であるといわれており、サービスを利用しやすくするという観点から、手続きの簡素化を図るべきである。

(3) 新しいタイプのサービス

ひとり暮らし老人や夫婦のみの世帯が増加してくることから、痴呆性老人に対するサービスのメニューの一つとして、地域において痴呆性老人が共同生活をするのできる小規模な場（グループホーム）の整備を検討することが望まれる。グループホームの形態は多種多様であり、施設を新たに建設することも、また、既存の病院、施設を改造したり、民家をそのまま利用することも考えられる。いずれにしても、スタッフを十分トレーニングすることが肝要である。

なお、グループホームの制度化に先立ち、当面、モデル事業を実施すべきである。それにより、対象者、事業主体、経費、施設のあり方等を整理して、グループホームの本格的な実施につなげるのが適当であろう。

(4) サービスの連携化

地域において痴呆性老人を支えていくためには、サービスを量的に拡充することはもとより、これらのサービス提供機関のネットワークの形成を促進するとともに、ボランティア、民間団体などの参加を促すための施策を講ずるべきである。

個々の痴呆性老人のニーズに対応して、サービスの的確な組合せが重要であることから、地域保健制

度の改革と合わせて、市町村のサービス調整チームの活性化が期待される。また、複雑な事例に対応するために、保健所保健福祉サービス調整推進会議における事例検討会の充実が期待される。

(5) 症状に応じた対応

個々の高齢者の日常生活の自立の程度すなわち介護の必要度を、地域や施設等の現場において、保健婦、看護婦、社会福祉士、介護福祉士等が客観的かつ短時間に判定することを目的として、昨年、痴呆性老人の日常生活自立度判定基準が策定された。この判定基準を既に策定されている障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準と合わせて活用することにより、痴呆性老人の障害の程度や状態に応じて在宅サービスや施設サービスが適切に選択され、円滑に提供されることが期待される。

また、本年5月に介護計画検討会中間報告がまとめられ、その中で個々の高齢者にふさわしいケアが提供できるようケアの受け手の立場に立って、個々の高齢者の身体機能、認知能力等を客観的かつ全般的に把握し、その評価に基づいたケアプランを策定すべきとの提言がなされている。痴呆性老人に対してもケアプランの策定の普及・推進を図り、特別養護老人ホームや老人病院等におけるケアの質の向上に取り組んでいく必要がある。

(6) マンパワーの養成及び痴呆に関する研修の拡充

痴呆性老人の発見、診断、治療やケアを普及し、レベルを上げるためのポイントは、そのためのマンパワーの養成確保である。マンパワーを養成するため、専門医、一般医、保健婦、看護婦、介護職員等の痴呆に関する研修を質・量ともに大幅に拡充すべきである。

また、痴呆性老人に対するサービスを拡充するためには、痴呆性老人の処遇に当たる者のみならず、事業を運営する者に対しても事業運営のノウハウを研修させたり、また事例集をまとめることも有効であろう。

(7) 家族による介護の支援策

家族による介護のレベルを向上させるため、家族に対する介護研修が必要である。このため、介護実習・普及センターの整備を促進したり、介護教室の

充実が求められる。

家庭での介護を支援するため、企業において有給での介護休暇制度（休暇のみならず介護のための遅刻・早退等の時間短縮を含む。）を普及することも望まれる。

4 調査・研究の推進

アルツハイマー型痴呆をはじめとする痴呆疾患については、発生メカニズム、予防方法、治療方法等まだまだ未解明の部分が多く、平成5年11月に開催された高齢化に関する日米合同委員会においても、今後両国において積極的に取り組むべき研究課題とされたものである。この分野の研究は、世界各国がそれぞれに全力を注ぐとともに、国際的に協力し合って研究成果を上げることが必要である。

平成2年度から、コールドプランの一環として高齢者の心身の健康の確保、生活の向上を目的とした「長寿科学研究推進十カ年戦略事業」が実施されており、痴呆の研究はこの中の研究分野の一つとして推進されている。しかしながら、高齢化の進行により深刻化していく痴呆の問題を早期に克服するためには、その発生メカニズムの解明等の基礎研究を強力に推進し、予防、治療の研究に発展させていく必要がある。

痴呆の発生メカニズムを解明するためには、脳の基本的メカニズムを明らかにしなければならない。この研究領域は未解明の部分が多く、21世紀の科学技術に残された最後のフロンティアといわれており、脳機能に関する研究成果は痴呆対策はもとより、他の精神・神経疾患にもその波及効果が大きいと期待されるものであり、研究の積極的取り組みが望まれる。

また、痴呆の問題はこのままでは高齢化に伴い増大、深刻化の避けられない問題であり、基礎研究を推進する一方で、痴呆性老人の診断、薬物療法を含めた治療やケアを改善する調査研究も充実すべきである。例えば、病院や施設あるいは地域で実施されているケアやリハビリの技術について実態を調査し、評価することも重要であろう。それにより、ケアやリハビリの適切な方法の開発が進展すると思われる。

このように痴呆については、その発生メカニズムの解明等の基礎研究から予防、治療、リハビリテーション等の応用研究まで幅の広い総合的な研究が必

要であり、また、長寿社会における国民の切実な関心事であることから、がんにおける取組みと同様に「対痴呆10カ年総合研究計画（仮称）」を策定し、国家プロジェクトとして研究を推進することも検討に値する。

なお、研究を効果的に進めるため我が国の長寿科学研究の拠点として国立療養所中部病院敷地内に建設が進められている長寿医療研究センター（仮称）をはじめ、国立精神・神経センター等の関係機関における十分な研究体制の整備が望まれる。

5 権利擁護システムの確立

痴呆性老人の権利擁護システムを確立することの重要性が国際的にも取り上げられるとともに、我が国においても各方面で指摘されはじめています。痴呆性老人の権利擁護については、財産権の保護及び身体面の保護の両面がある。

財産権の保護については、成人に対する後見制度として、禁治産制度、準禁治産制度がある。禁治産になれば後見人をつけられるが、相当重くないと禁治産として認定されないし、手続きも面倒で費用もかかる。また、禁治産になった場合には、法律行為は全部剥奪され、選挙権まで取り上げられるので、禁治産にするためらいも見られる。こうしたことから、老人が地域社会で暮らしていくためには、意思能力が十分でない場合に支援する新しい成人後見の仕組みを検討することが必要であると思われる。法務省では、新たな法制度の検討を開始しており、厚生省としてもこうした動きを支援すべきであろう。

身体面の保護については、市町村が情報を得た場合に必要な措置をとることになる。痴呆性老人については、医療又は保護上やむを得ない限度内で身体的拘束や閉鎖的環境への収容など行動の制限をしなければならぬ場合が少なくない。施設や病院におけるこうした行動制限についても、権利擁護の面での問題点が指摘されるようになってきており、痴呆性老人の権利保護の観点から、適正な手続きを担保する等の対応を検討すべき時期にきている。

痴呆性老人に係る権利侵害については、身内や身近な人が権利侵害をしている場合も多いと言われる。これへの対応につきオンブズマン的な役割を持つ機関も必要となっている。当面は、痴呆性老人に関す

る相談を充実するため、相談事例を収集・分析し、相談マニュアルを作成したり、相談の担当者の研修を充実することから始めることも必要であろう。また、今後、東京都の社会福祉協議会の精神薄弱者・痴呆性高齢者権利擁護センター（通称すてっぷ）のような機関の設立についても検討に値するであろう。その際には、調査権限の付与等問題解決能力を高めるための方策も必要であろう。

6 家族の会に対する支援

痴呆性老人の4分の3は在宅で生活しており、家族の役割は大変大きい。痴呆性老人を介護する家族

が集まって家族会がつくられているケースが多いが、家族の孤立化を避ける意味で大変有意義である。行政では手の届かないきめの細やかな相談を実施したり、また、自宅を開放した託老所を実施しているところもある。

このたび、「呆け老人をかかえる家族の会」が社団法人として厚生大臣に許可されたが、従来の活動を踏まえて、より活発な活動を期待したい。家族の会の活動をより活性化するため行政としても必要な支援をすることが望まれる。例えば、家族の会が痴呆性老人を介護した経験を生かして行っている相談事業を安定的に実施するための支援策などを検討すべきである。

おわりに

地方公共団体の老人保健福祉計画の策定が終了し、地域における高齢者の保健福祉サービスの向上が期待されるが、計画を実現するためにも財源措置及びマンパワーの充実が求められる。老人保健福祉計画が出そろうとともに、ゴールドプランも計画期間の半ばあまりが経過し、ゴールドプランの見直しが課題となっている。ゴールドプランを見直す際には、

新しい財源措置を行うとともに、本報告書の考えを踏まえ、痴呆性老人対策を充実することを強く希望する。

また、現在、厚生省に高齢者介護対策本部が設置され、介護制度の検討が開始されているが、その中においても痴呆性老人対策の前進に寄与する対応がなされることを期待したい。

痴呆性老人対策に関する検討会委員名簿

委員

(座長) 水野 肇 (医事評論家)
 石井 岱三 (全国老人福祉施設協議会会長)
 糸 氏 英吉 (日本医師会常任理事)
 多田羅 浩三 (大阪大学医学部教授)
 橋本 泰子 (東京弘済園弘済ケアセンター所長)
 望月 弘子 (日本看護協会理事)

参与

川崎 茂 (公衆衛生審議会精神保健部会、日精協会長)
 笹森 貞子 (呆け老人をかかえる家族の会東京代表)
 島 蘭 安雄 (国立精神・神経センター名誉総長)
 山口 昇 (公立みつぎ総合病院院長)