

呆け老人の社会福祉対策

奈倉道隆

はじめに

高齢化の進行により、老人が急速に増加する傾向にあるが、一方では急激な社会情勢の変化や価値意識の変化などによって、老人が生活しにくい状況も進展している。そのため社会的不適応を生じたり生活に対する自信を失ったりする老人が増加し、老人呆けの発生にきわめて好都合な条件が醸成されつつある。

老人呆けは、今後も一層重要性を増す健康問題であるが、同時に深刻な社会問題となりつつあり、医学的対策を含む総合的な社会福祉対策によらなければ対応できないという特性をもっている。老人呆けの発生・悪化の要因は、身体面・精神面・環境面にまたがる多面的・複合的なものであるため、老人と老人の養護者に対する統合的援助や、社会環境を老人にとって住みやすく改善する努力をぬきにしては、問題は解決できない。

また、健康問題が、いままで疾病の側面のみからとらえられてきたことにも問題がある。それは、近代医学が人間全体の医学でなく疾病の医学として発展してきたことに基づくもので、生体内部の異常な変化を探索する立場で健康問題をみようとする。しかし、老年期には疾病以外に「老化」という自然な変化がもたらす健康問題が現われ、老人呆けはこれとの関連で生ずるのである。

老化が進めば環境への適応力が低下するので、環境の変化は不適応を招き、身体面・精神面における健康障害を生ずる。環境の中でもとくに社会環境のあり方が重要な意味をもち、貧困・生活不安・人間関係の不和などは疾病だけでなく、活動

意欲の低下や社会関係の脱落を招き、疎外と沈滞をもたらす。

こうしたことが直接に心身の健康障害をもたらすと同時に、活用しない機能は衰退が速まるという老衰の原則によって、心身の機能低下が促進され、健康障害が助長されていく。「寝たきり」や「呆け」が老人において形成されやすいのは、疾病によるだけでなく、このような老化や環境要因など、寝たきりや呆けを生じやすい条件があるからである。

従来の疾病治療の医学だけでは対応しきれない理由がここにあり、総合的な社会福祉対策が強く要求されるといえる。

I 老人呆けとは何か

老人呆けは次の3つの特色を示す。第1には、記憶・認識・判断・学習などの知的機能が、老年期になってから顕著に低下すること、第2には、このことによって自分自身や周囲の状況が正確に把握しにくくなったり、適切な対応が困難になること、第3には、その結果として生活の自立性が障害されること。以上であるが、第2、第3の特色は抑うつ症などによっても生ずるので、抑うつ症が呆けとみなされてしまうことも多い。しかしこれは、直接の原因が知的機能の低下でなく感情の障害であり、その人の気持を暖く受け容れる周囲の支援があればかなり改善するし、放置すれば知的機能の低下が起きるので老人呆けとなっていく。老人呆けといわれている人達の中には、このような感情の障害から始まったケースも多いので、初期の段階で適切な対応をすることが、予防や改善

に大いに役立つといえよう。

また、年をとるにつれ知的活動の能率が低下することは、すべての人に現われる自然な変化であり、いわゆる「ど忘れ」とか「感ちがい」といった知的機能の低下を一時的に体験することは、誰れにもあることである。これを呆けと思ひこんだり、周囲の者が呆けたと早合点することは、自信喪失に追いこまれたり感情の障害を生ずるので自重しなければならない。

たとえ知的活動の能率が低下しても、これを冷静に受けとめて、無理なく知的活動を続けようと努力する人や、うっかり不適切な行動をとった場合にも、自分の非を率直に認めることができる人は、呆けではない。また、このような生活態度を保つ限り、呆けにはならないといつてよい。

しかしながら、たとえ本人はそのような努力をしても、周囲の人達から若い者と同じような能率的な活動が要求されたり、生活環境が適応しにくく変化したり、うっかり不適切な行動をしたことを強くとがめられるような境遇にあると、不適応や自信喪失によって、生活意欲の低下や異常な心理的反応をもたらすようになる。このことが二次的に呆けを生ずる原因となるのである。

現代社会は、機械的合理主義が横行し、能率主義的な行動を要求することが多い。例えば交通機関の高スピード化とか出札の自動化などは老人にとって苦手である。知的機能がわずかに低下しただけで社会生活への適応性を失い、ひきこもりがちとなる。ひきこもって無為の生活を送ることは、ますます知的機能の衰退を促進するので、老人呆けが進行せざるをえない。周囲の人達が暖く受け容れ、衰えた能力を補完するような援助をすれば、進行に歯止めをかけることができるが、生活に追われて余裕を失いがちな周囲の人達には、そういう配慮が欠けることも少なくない。

老人呆けは老人の知的機能の低下によってのみ生ずるのではなく、環境とのかかわりの中で病的な症状や反応が形成されることが重要な要因となる。老人呆けの対策として医学の立場からは、知的機能の低下を予防したり改善する努力が払われているが、今のところ一部の原因によるものほ

かは効果的な対策方法が明らかとなっていない。しかし、環境の改善や老人処遇面での努力によって、不適応や異常な行動を少なくする成果はあげられつつあり、社会的対策の推進が強く求められる段階にきている。

なお、「老人呆け」という言葉には人権視点から抵抗感がもたれることも多く、ときには「痴呆性老人」と言い換えられたりもするが、痴呆という言葉にも軽蔑する感情がこめられていないとはいきれない。結局、呆け症状をもつ老人を異端視するか受容的に接近するか態度が問題であり、呆け老人をかかえる家族の多くは「呆け」という言葉に必ずしも反発しないといわれる。誰もが抵抗感をもたない用語があればそれを用いたいのが、残念ながらそれがないので、本稿でも特殊な場合¹⁾を除いては「呆け」という言葉を用い、呆けの問題を自分を含めたこれからの社会の重要な課題として、主体的に受けとめていく努力を払いたい。

II 老人呆けの医学的追究

医学の立場から老人呆けをみると、脳の老化と病的変化とが重要な意味をもつように思われる。老化と病的変化との間には密接な相互作用があるが、それぞれの角度からみていくことも大切であり、本章では、脳の老化、脳の病的変化、その他の要因、に分けて述べていきたい。

(1) 脳の老化と老人呆け

成熟期を過ぎると、ひとは誰でも身体を構成する細胞が徐々に減少する。残っている細胞は健全であるため、減少すること自体は病的な症状を起ささないが、機能の低下はまぬがれられない。こまかな字が見えにくくなるとか、走る速度が遅くなるとか、食事の量が減っていくのはそのためである。これは老化の1つの特徴であり、現われ方に個人差はあるが、避けることも元に戻すこともできない自然な変化である。

1) 特殊な場合と呼んだのは、医学の領域で特定されている「老年痴呆」や「脳血管性痴呆」といった概念を述べる場合である。これらも「呆け」に包括されることは言うまでもない。

脳は、発育発達して20～30歳で最大重量に達し、その後は徐々に軽くなる。脳の神経細胞の減少が主な原因であり、老人は若い人の60～70%に減るといわれている。

しかし、数の減少に比例して精神の能力が落ちていくわけではない。能力には平生使わない予備力という力があり、これが必要に応じて用いられるようになるとか、たとえ一部の機能が衰えても、他の衰えていない部分の機能が代償して働くといった力動性があるので、老化だけで顕著な能力低下がくることはまれである。

むしろ、精神の能力では、努力や経験の活用によって質的向上をみる面も多く、衰える面と深まる面とが生ずるために、精神機能は構造的変化を示すようになる。衰える面としては、記憶や計算速度があげられ、深まる面としては、総合的判断力や洞察力などがあげられよう。記憶力は低下しても理解力は維持されているので、かなり高齢に達しても学習能力は失われず、記憶の脱落を補うためにノートをとるといような努力をすれば、老化による機能低下には容易に対応することができる。

一般に老化による機能低下は徐々に進むので、自立的な生活を維持しようとする意欲を失わない限り、代償機制が働いて生活上の障害は起こらない。ところが何らかの事情で急速な機能低下を生じたり、環境や生活様式が激変したようなときには、代償機制で補いきれなくなり、能力の破綻を生じて不適応や病的な反応を呈するようになる。老化が進めば、誰でも環境や処遇の仕方次第で呆け症状が現われうると考えておく必要がある。

老化による脳細胞の減少は、脳全体に均等に起こるのではない。聴覚中枢や視覚中枢のある脳の部分では減少が著しく、若い人の50%ぐらいに落ちこむといわれている。耳が遠くなったり目が見えにくくなる老化現象が目立つのはそのためである。知覚の障害は情報獲得の障害となり、知的活動を貧しくしていくであろう。

一般に、老化は活用しない機能を速く衰退させるという性質がある。知覚の衰えや運動障害があると活動が低調になり、心身の機能低下も促進さ

れていく。適切な援助を得て活動を継続できる人にはそれが起こりにくいので、自立的な生活が維持されうるのである。老人の寝たきりや呆けには、老化が強く関与しているので、活動しにくい環境や適切な援助を欠く処遇では、心身の衰退を促進させ、寝たきりや呆けを進行させてしまうのである。

(2) 脳の病的変化と老人呆け

老化が進むにつれ、脳の神経細胞は量的な減少のみでなく質的な変化も示すようになる。

神経細胞は、樹状突起と呼ばれる突起を何本か細胞の外に出し、細胞相互の接触を密にしている。成長期にはこれが増えたり太くなったりするが、老年期には逆にこれが減っていく。ある老年痴呆の患者では、神経細胞の本体には顕著な変化がないのに樹状突起だけが減少しているという所見が、死後の剖見から明らかにされた。このことから、ある種の老年痴呆には神経細胞の本体が病的変化を起こす前に樹状突起が変化する段階がありうると考えられる。神経細胞の本体は再生能力がないが、樹状突起にはそれがあり、もしこの段階で老年痴呆を診断し進行を防止するような対策を講ずることができれば、回復を期することが可能ではないかと考えられるようになった。

「老年痴呆」と呼ばれる疾病は、一般には脳の神経細胞自体に病的変化が認められるとか、細胞数が急速に減少し始め、かなり激しく進行していく老人呆けである。

これに対し、「脳血管性痴呆」と呼ばれる呆けは、脳内に小さな出血や血管の梗塞が多発し、脳の機能低下を招く疾病である。これは従来、脳動脈硬化性痴呆と呼ばれてきたが、最近の研究で脳の動脈硬化だけでは、たとえ高度の硬化があっても呆けの症状が現われないこと、出血や梗塞などによる脳の障害が伴うとか、「老人斑」や「アルツハイマー原線維変化」と呼ばれる老年痴呆の脳細胞に現われる所見が伴ったとき、症状が現われるようになるということがわかってきた。

そしてさらに、呆け症状の発現と深い関係にある老人斑やアルツハイマー原線維変化という所見

は、呆け症状のない老人の脳でも発見されており、これを呆けの原因とみなすのは困難である。結局呆けの症状は、医学的にみても単一の原因で起こるとは考えられず、先に述べた脳の所見や神経細胞の急速な減少や血管障害による脳の障害などのいくつかの要因のうち、いくつかが重なり合ったとき現われてくるのではないかと考えられるようになった。

最近の研究で注目されているのは、神経伝達物質の不足が要因の1つになっているのではないかとすることである。神経細胞から神経細胞への刺激の伝達には、アセチルコリンなどの物質が関与しているが、呆け老人では、知的活動を司る大脳皮質で、これらの物質の働きが低下していることがつきとめられつつある。この神経伝達物質の働きを補うことができれば、1つの要因を取り除くことができるので、知的機能の衰退を防止したり、あるいは回復させたりする可能性も高まるのではないかと考えられるようになった。

(3) 身体疾患や精神的負荷による呆け

身体疾患が脳の機能に影響を与えて呆けを生ずることも少なくない。脳腫瘍や慢性硬膜下血腫が生ずると脳細胞が圧迫されて呆けの症状が現われる。手術によって早期にこれを除くことができれば、ほぼ完全に呆けも回復する。また、くも膜下出血や頭部外傷などのあとに脳脊髄液循環障害を起こすと、歩行障害、失禁、呆け症状などが現われることがある。これらは手術によって循環障害を治療すれば改善することも多い。

内科的疾患としては、栄養不良、薬物中毒、アルコール中毒、悪性貧血、甲状腺機能低下症などが呆けを生じやすい。これらはできるだけ早く内科的治療を行なう必要があり、改善が可能である。

また、視力や聴力の低下は、情報が不足して不安が増し、記憶力の低下などと相まって妄想を生ずることがある。しまい忘れた持物を「誰々が盗んだ」とか、「自分に加害しようとする密談が聞こえてくる」といった訴えや難聴妄想が、呆けとみなされることもある。白内障による視覚障害のように治療できるものは治療し、できないものは

不安を取り除く保護的な援助をすることによって精神症状を改善することができる。

環境の急変、とくに入院や老人ホームへの入所が、本人の心のかまえなしに進められたりすると、不適応からくる精神的負荷のために異常な心理反応を生ずることがある。また、生活面・精神面で依存していた人と急に別れたときや、仕事や役割を失ったときなどの精神的打撃も、呆けの契機や悪化の要因となりやすい。このようなときには、できるだけ暖く心の受容をはかる個別援助を進める必要がある。

性格的には、内向性・内閉性・顕示性であるとか、強迫神経症的傾向があるときに呆けが生じやすいといわれている。ものごとこだわることなく、精神的ストレスを気分転換によって解消していく習慣を、老年期以前から養っていくことが大切であるといえよう。

III 老人呆けの症状とその対応

老人呆けがどのような生活上の困難な障害を生ずるものであるかについて、現われやすい症状の面から考察を進めたい。

(1) 記憶の障害

知的機能の低下の中で、最も現われやすいのが記憶の障害である。記憶を構成する能力には3つあり、新しい情報を覚えこむ記憶力、覚えたことを長期間保持する保持力、覚えたことを思い起こす想起力がそれである。老化の影響を強く受けるのは記憶力であり、新しい情報が覚えにくくなる。呆けが進むと、いま聞いたこと、したことも忘れ、例えば食事の直後に「まだ食べてない」と言いはったりする。これは食べたことを忘れたというより記憶できなかったとみる方が妥当である。保持力は割合によく保たれ、古い出来ごとは忘れないでいることも多い。想起力は、ときとして働かなくなることがあり、いわゆるど忘れする。思い出そうとして思い出せなかったことが、あとからふと思い出せたりする。

記憶の障害は、歳をとれば誰にでも現われるが、

それだけでは呆けとならない。記憶力の低下を自覚しそれを克服しようとする人は、大切な情報をノートに書きとめる努力をするし、うっかり忘れていたことを指摘されたようなときには自分の非を認めるので、問題を生じにくい。しかし自分自身を把握する力が失われると、自分の非を認めなくなったり、他人のせいにして自己弁護したりするので、人間関係に軋轢を生ずる。自己をみつめ、自己を疑う態度を若いときから養っていくことが望まれよう。

(2) 執着・がんこ

呆けが進むと、金や物への執着が強まったり、ものごとくにこだわる傾向が強まる。その一因は、老化によって防衛力が低下するため、自己保存への欲求が強まることと、老化による適応力の低下から自分の思い通りの方法でないと行動しにくくなるため、がんこにならざるをえないことによる。老人にとっては、自然な心の反応としてそうなのである。周囲の者がそれを理解しないで、金や物への執着をやめさせようとするのは老人の不安感を増して心の反応をかえって強める結果となる。またがんこであることを責めたり、無理に行動様式を変えさせようとすれば不適応を生ずるようになる。呆け老人においてはかえって症状を進行させてしまう結果となろう。

対応策としては、老人がなぜ執着し、がんこになるのかを理解し、心がやすらげる環境を整備していくことである。

(3) 見当識障害と徘徊

時と場所とを認識することを見当識というが、呆けるといって自分のいる場所やいまいかなる時であるかを理解することが困難となる。すなわち呆けによって自分と周囲との関係が判断しにくくなるのである。とくに見知らぬ所に移り住んだり、入院などで不慣れな環境におかれたり、夜みんなが寝静まって情報が少なくなったりすると、見当識障害が進み、さらに不安感も高まる。その結果、じっとしておれなくなって、うろついたり、徘徊して遠方へ行ってしまふことがしばしばある。

永く住みなれた自分の家の中に居ても、見当識が失われると不安になり、もっと落ち着ける所へ帰りたい気持ちになるのであろう。「帰りたい」といって自分の家をとび出し、徘徊し始めることもある。これを阻止すると拘束感や不安感が高まり、何としてでもそこから逃げ出したいという気持ちにさせてしまう。

その対応法は、制止や説得をするのでなく、心にやすらぎを与えることである。運動は心理的開放を促すので、いっしょに散歩して、休みたいと思う頃につれて帰って温い茶をふるまうのもひとつの方法である。

とくに夜間は、孤独感や不安感が高まるので、不眠が続いたり、興奮して大声をあげて家族を起こしたりすることがある。ときには幻覚を訴える夜間せん妄が現われたりすることもある。家族を困らせる。これを静めるためには、威嚇するのではなく、ちょうど夜泣きする幼児を母親がやさしく抱くように、スキンシップでもって相手の不安な心にやすらぎを与えていくことである。

(4) 的はずれの行動

呆けが進むと、的はずれの行動が多くなる。上着の上から下着をつけようとする失敗や、家族の顔をみても誰であるかがわからなかったり、簡単な問いでも理解ができなくてまともな答えができなかったりする。老人自身は懸命に努力しているのであるが、目的を達成できないために心に緊張を生ずる。その緊張から逃れるために、その場をとりつくろう作り話をしたり、願望を事実のように思いこむ妄想を生み出す。呆けによる作話や妄想は、老人の望みを知る手がかりとなるものである。相手を理解し、共感をもって対話を進めるよりどころとなるので重要である。

呆けによる異常行動として、便を弄ぶ不潔な行為や、火の不始末をする危険な行為もある。周囲の人々に迷惑を及ぼすものであるが、結果として迷惑をかけているのであって、それを意図して作為的にしているように解釈するのは誤りである。阻止する前に老人の疎外感や孤独感をなくする処遇を考えていきたい。諫めたり阻止するだけでは

表 1 呆け老人の出現率——各国の比較—— (65歳以上)

調 査 地 域	イングラ ランド	スコット ランド	デンマー ク	イングラ ランド	東 京 都	東 京 都
調 査 者	Sheldon	Primrose	Nielsen	Kay	長谷川ら	柄沢ら
調 査 時 期	1948	1962	1963	1964	1974	1980
老人のサンプル数	369	222	978	297	4716	4502
呆 け の 出 現 率	3.9%	3.6%	3.1%	4.6%	4.5%	4.6%

(注) 柄沢による。

よけいに疎外感を増し、異常行動への衝動を強める結果となりやすいからである。

周囲の人々の不安と困惑も考慮しなければならぬが、ある程度呆けが進むと身体機能の衰退も進み、行動力が鎮静してくるので、困難が軽減する場合も多い。限られた期間であることを考慮して、介護者を支援しながらできる限り受容的な対応をすることが望まれよう。

IV 呆け老人の実態と介護の問題

呆け老人の対策には、まず実態の把握が必要である。しかしこのような実態を調査することにはさまざまな制約と困難があり、在宅呆け老人を対象とした実態調査の例は世界的にも少ない。幸いにして東京都では1974年と1980年に大がかりな訪問調査が実施され、精神科医による実態の把握がなされた。また1982年に「呆け老人をかかえる家族の会」(全国組織)が会員を対象にアンケート調査を行ない、自主的な情報の集約を行なっている。これら2つの調査結果に基づき、在宅呆け老人の実態と家族の介護上の問題について明らかにしていきたい。

(1) 出 現 率

現在、在宅の呆け老人は、老人人口の3～5%に達すると考えられる。表1は世界各国で行なわれた主な疫学調査の結果である²⁾。調査によって呆けの定義や判断基準が異なる面もあるが、結果はほぼ同じである。

このうち、東京都における2つの調査は精神科医などによる専門調査であり、なかでも1980年の

表 2 在宅呆け老人の出現率 (性別・年齢別)

(単位: %)

	計	年 齢 階 級				
		65～69	70～74	75～79	80～84	85～
総 計	4.6	1.2	3.1	4.7	13.1	23.4
男	3.9	1.6	3.6	3.7	8.5	18.9
女	5.1	1.0	2.6	5.6	16.1	26.9

(注) 総数 198

は東京都内に居住する65歳以上老人87万人の中から無作為に抽出した5,000人を調査対象とする大規模なものであった。その結果を行政的見地からまとめた「55年度老人の生活実態及び健康に関する専門調査報告書」が東京都福祉局から発表されたが、さらにこの調査を研究的立場でまとめた「昭和55年東京都における在宅ぼけ老人の社会精神医学的実態」と題する報告書が、東京都老人総合研究所から柄沢昭秀心理精神医学部長らによって発表されている。

この調査によって性・年齢別の出現率をみると表2のように高年齢ほど出現率が高まり、老化の関与が強いことがうかがわれる。呆けの程度については表3に示すような臨床的判定基準によって分類し、性別・年齢別にみると表4のような分布となる。

老人ホームの入所者や病院の入院患者を対象とした専門家による大がかりな調査としては、1968～69年に長谷川ら³⁾が東京都内11施設の老人ホーム(対象約1,200人)で行なった面接調査と、1969年に新福ら⁴⁾が全国の745施設(対象約5万5,000人)で行なったアンケート調査とがある。両者は

3) 長谷川和夫「施設老人と精神障害」社会精神医学研究所紀要, 復光会社会精神医学研究所, 1970。

4) 新福尚武ら「全国施設老人の精神医学的実態調査」同上紀要, 1970。

2) 柄沢昭秀『老人のぼけの臨床』, 医学書院, 1981。

表 3 呆けの程度の臨床的判定基準

軽度の呆け	日常会話や理解は大体可能であるが内容が乏しくあるいは不完全。生活指導ときに介助を必要とする程度の知的衰退。
中等度の呆け	簡単な日常会話がどうやら可能。馴れない環境での一時的失見当など。しばしば介助が必要。金銭の管理や投薬の管理を必要とする場合が多い。
高度の呆け	簡単な日常会話すら困難。さっき食事したとすら忘れる。施設内での失見当など、常時手助けが必要。
非常に高度の呆け	自分の名前すら忘れる。寸前のことも忘れる。自分の部屋がわからない。身近な家族すら間違える。

(注) 柄沢らによる。

表 4 呆けの程度 (性別・年齢別の構成比)

		サンプル数	軽度	中等度	高度	非常に高度
総 合		198	41.9%	24.7	26.3%	7.1%
性別	男	77	44.2	27.3	26.0	2.6
	女	121	40.5	23.1	26.4	9.9
年齢別	65~69歳	17	47.1	29.4	23.5	—
	70~74歳	40	52.5	25.0	17.5	5.0
	75~79歳	36	52.8	16.7	25.0	5.6
	80~84歳	56	41.1	25.0	26.8	7.1
	85歳以上	49	24.5	28.6	34.7	12.2

表 5 施設老人における呆けの出現率—その1—

(単位: %)

	養護老人ホーム	軽費老人ホーム	特養老人ホーム	養老老人病院	計
症例数	51	5	63	35	154
出現率	6.1	5.6	41.0	21.1	12.4

(注) 総数 1,241 (11施設)

調査法が異なり、呆けの判定基準も違うので比較はできないが、後者では中等度以上の呆けを把握したものともみてよい。それぞれの出現率を表5, 6に示そう。

病院の入院患者については、病院の性格によって大きな差があるので、いちがいに論じられないが、精神病院では老人患者の約半数、いわゆる老人病院では少なくとも20%を超え、40%程度にのぼるのではないかと推定される。

表 6 施設老人における呆けの出現率—その2—

(単位: %)

		60歳未満	60~	70~	80~	90~	計
養護	男	9.0	7.9	9.5	17.4	22.6	10.6
	女	7.6	6.1	8.5	17.2	33.0	11.0
	計	8.2	6.9	8.9	17.3	31.0	10.8
特養	男	24.1	27.2	28.6	33.5	26.3	28.7
	女	17.6	16.0	25.9	36.0	55.6	27.7
	計	20.6	21.4	26.9	35.4	51.7	28.1
軽費	男	0	2.3	3.7	3.1	7.6	3.3
	女	0	1.9	2.6	7.2	0	3.5
	計	0	2.0	2.9	5.8	3.4	3.4
総計	男	10.6	10.0	10.7	18.0	22.2	12.0
	女	8.4	6.9	9.6	18.9	35.7	12.2
	計	9.3	8.3	10.1	18.6	32.7	12.1
	(症例数)	(118)	(1,098)	(2,678)	(2,447)	(392)	(6,732)

(注) 総数 55,443(全国 745 施設)

(2) 呆けの種類・程度・生活行動

先に述べた東京都の1980年の調査結果によると、医学的にみた呆けの種類は、典型的な老年痴呆の病像を示すものが12.6%、脳血管性痴呆と診断されたものが36.4%、判別困難な痴呆が25.8%、痴呆とはいえない呆けが25.3%であった。欧米の調査では老年痴呆の方が多い傾向を示すのに対し、この調査では明らかに脳血管性痴呆が多いことがうかがわれる。

呆けの種類と程度との関係では、表7に示すように老年痴呆では高度・非常に高度が多いのに対し、脳血管性痴呆では軽度・中等度が多い。

また、呆けが進行するにつれ、日常活動性にも障害が生じ、身体面でのケアも必要度を増していく。日常活動性を6段階に分け、呆けの程度や種

表 7 呆けの種類別にみた呆けの程度の構成比

		サンプル数	軽度	中等度	高度	非常に高度
総 合		198	41.9%	24.7%	26.3%	7.1%
呆けの種類	老年痴呆	25	4.0	8.0	72.0	16.0
	脳血管性痴呆	72	41.7	27.8	20.8	9.7
	判別困難な痴呆	51	33.3	39.2	21.6	5.9
	その他	50	70.0	14.0	16.0	—

表 8 全般的日常活動性 (構成比)

		サンプル数	寝あとき たきり は寝た	寝たり たりい (た まは	起きる が動 かない はい	動き くは 少 ない は動	家通家近出 のにの所も で動くまで る外	活バ外げ 発ス出が に電車し 動車ない き、危	不 明
総	合	198	20.7%	16.7%	15.2%	12.6%	28.8%	3.5%	2.5%
呆程 け度 の別	軽	83	14.5	10.8	13.3	19.3	34.9	7.2	—
	中	49	14.3	26.5	14.3	12.2	28.6	2.0	2.0
	高度および非常に高度	66	33.3	16.7	18.2	4.5	21.2	—	6.1
呆医の け学種 の的類 精診別 神断	老 年 痴 呆	25	12.0	16.0	20.0	8.0	44.0	—	—
	脳 血 管 性 痴 呆	72	25.0	20.8	11.1	9.7	29.2	1.4	2.8
	判 別 困 難 な 痴 呆	51	19.6	15.7	15.7	9.8	29.4	7.8	2.0
	そ の 他	50	20.0	12.0	18.0	22.0	20.0	4.0	4.0

表 9 問題行動の内容と出現率

(単位: %)

		サンプル数	攻	不	徘徊	外出して迷う	火の不始末	蒐集癖	乱	過	他人に 言 い ふ ら す 嘘	性的異常行為	盗	大声をあげる	夜家族を 起こす	家族を はなさない	そ の 他
総	合	198	5.1	12.6	6.1	8.1	5.1	3.5	0.5	4.5	2.0	0.5	0.5	7.1	11.1	6.6	14.6
性 別	男	77	5.2	5.2	3.9	3.9	2.6	3.9	—	3.9	—	1.3	—	6.5	9.1	3.9	14.3
	女	121	5.0	17.4	7.4	10.7	6.6	3.3	0.8	5.0	3.3	—	0.8	7.4	12.4	8.3	14.9
呆程 け度 の別	軽	83	—	6.0	—	—	2.4	—	—	2.4	—	—	1.2	3.6	1.2	3.6	12.0
	中	49	—	10.2	4.1	2.0	2.0	2.0	—	2.0	—	—	—	10.2	10.2	6.1	14.3
	高度および非常に高度	66	15.2	22.7	15.2	22.7	10.6	9.1	1.5	9.1	6.1	1.5	—	9.1	24.2	10.6	18.2
呆医の け学種 の的類 精診別 神断	老 年 痴 呆	25	24.0	20.0	24.0	40.0	12.0	16.0	4.0	12.0	12.0	—	—	8.0	20.0	12.0	32.0
	脳 血 管 性 痴 呆	72	2.8	15.3	5.6	4.2	5.6	2.8	—	6.9	1.4	1.4	—	5.6	6.9	4.2	12.5
	判 別 困 難 な 痴 呆	51	3.9	11.8	3.9	5.9	2.0	2.0	—	2.0	—	—	2.0	11.8	19.6	11.8	17.6
	そ の 他	50	—	6.0	—	—	4.0	—	—	—	—	—	—	4.0	4.0	2.0	6.0

類との関係をみると表8のようになる。高度になると寝たきりも増加するが、「普通に動く」はそれほど低下しない。「知的機能は低下し動作は自由」という老人では、徘徊などの異常行動のために介護上困難な問題を生じやすい。

呆けの種類別では、脳血管性痴呆が寝たきりあるいは寝たり起きたりが多く、心身両面での依存性が高くなって介護負担は重くなる。これに対し老年痴呆では半数近くが活動性を保持しており、目が離せないという緊張感が介護者につきまとうことになる。

介護の必要度についてみると、入浴が自分では不能という老人が30.8%、失禁のある人が47.0%、

意志表示能力が乏しいかほとんどできない人が29.3%、会話の理解が不良またはほとんど不可能な人が23.8%である。

問題行動については、表9に示すような内容の行動が出現しており、全体として問題行動の有無を程度別・種類別にみると表10に示すように、高度になるほど多くなり、また老年痴呆では多いことがうかがわれよう。

(3) 介護の必要度・困難度

同じく1980年の東京都の調査により、必要とされる介護の程度をみると、表11に示すように常に注意が必要であるとか全面的介助を必要とする老

表 11 必要とされる介護の程度 (構成比)

		サ ン プ ル	ほと んど 要	随 時 一 意 応	常 が 必 要 注 意	部 分 的 注 意 を 要 す	全 面 的 注 意 を 要 す	不 明
総 合		198	12.1%	21.2%	8.1%	26.3%	30.3%	2.0%
性 別	男	77	11.7	24.7	9.1	23.4	28.6	2.6
	女	121	12.4	19.0	7.4	28.1	31.4	1.7
呆 程 度 の 別	軽 度	83	21.7	34.9	2.4	26.5	13.3	1.2
	中 等 度	49	8.2	16.3	14.3	32.7	28.6	—
	高度および非常に高度	66	3.0	7.6	10.6	21.2	53.0	4.5
呆 け の 種 類 の 精 神 断	老 年 痴 呆	25	8.0	16.0	20.0	24.0	32.0	—
	脳 血 管 性 痴 呆	72	6.9	20.8	5.6	25.0	37.5	4.2
	判 別 困 難 な 痴 呆	51	19.6	13.7	11.8	27.5	27.5	—
	そ の 他	50	14.0	32.0	2.0	28.0	22.0	2.0

表 10 問題行動の有無

		サ ン プ ル 数	あり	なし	不明
総 合		198	41.9%	57.1%	1.0%
性 別	男	77	32.5	66.2	1.3
	女	121	47.9	51.2	0.8
呆 程 度 の 別	軽 度	83	25.3	73.5	1.2
	中 等 度	49	38.8	61.2	—
	高度および非常に高度	66	65.2	33.3	1.5
呆 け の 種 類 の 精 神 断	老 年 痴 呆	25	76.0	24.0	—
	脳 血 管 性 痴 呆	72	40.3	56.9	2.8
	判 別 困 難 な 痴 呆	51	49.0	51.0	—
	そ の 他	50	20.0	80.0	—

人が合わせて38.4%にのぼり、老人性痴呆では52.0%に及んでいる。

また、介護が実施されている人について、介護の困難度をみると表12のようになる。そして困難を訴える人について、その内容をみると表13に示すように、心身の疲労や時間の余裕がないことが高率に現われてきている。また、老年痴呆においては、問題行動の対応がむずかしいことと、家庭・家族間のトラブルも目立っている。介護者に対する対策として、休養と時間のゆとりをもたらしような援助が全面的に必要なこと、さらに介護がとくに困難なケースに対し専門的な指導や援助が必要であることがうかがわれよう。

表 12 介護についての困難の程度 (構成比)

		サ ン プ ル 数	介 護 が 実 施 さ れ て い る 人 数	甚 だ し く 困 難	困 難	さ ほ ど で も な い
総 合		198	164	9.1%	28.7%	62.2%
性 別	男	77	66	7.6	28.8	63.6
	女	121	98	10.2	28.6	61.2
呆 程 度 の 別	軽 度	83	62	6.5	14.5	79.0
	中 等 度	49	43	2.3	30.2	67.4
	高度および非常に高度	66	59	16.9	42.4	40.7
呆 け の 種 類 の 精 神 断	老 年 痴 呆	25	21	19.0	38.1	42.9
	脳 血 管 性 痴 呆	72	66	6.1	24.2	69.7
	判 別 困 難 な 痴 呆	51	38	13.2	39.5	47.4
	そ の 他	50	39	5.1	20.5	74.4

(注) %は*欄の数値を100とした。

(4) 介護家族の問題

在宅呆け老人の大多数は家族の介護を受けており、家族の負担や悩みは大きい。昭和55年、これらの家族とそれを援助しようと志す人達によって「呆け老人をかかえる家族の会」⁵⁾が組織された。全国から会員が参加して57年末現在、23の都道府県に支部ができ、会員数2,100名となっている。この会は会員自身のもつ問題点を明らかにするため、家族である会員を対象にして実態調査をすでに二度(第1次は55年12月、第2次は57年3月)実施

5) 事務局：京都市上京区堀川通上立売東入ル下ル須田方。

表 13 介護困難の内容

		サンプル数	困難な人数	心身の疲労	時間がない余裕	家庭のトラブル	睡眠不足	問題対処しにくい	経済的負担	その他
総	合	198	62	80.6%	45.2%	4.8%	35.5%	17.7%	9.7%	6.5%
性別	男	77	24	87.5	37.5	—	37.5	12.5	8.3	4.2
	女	121	38	76.3	50.0	7.9	34.2	21.1	10.5	7.9
呆程の別	軽	83	13	76.9	46.2	—	30.8	7.7	7.7	15.4
	中	49	14	85.7	50.0	—	14.3	14.3	7.1	7.1
	高度および非常に高度	66	35	80.0	42.9	8.6	45.7	22.9	11.4	2.9
呆医の種別	老	25	12	66.7	50.0	25.0	25.0	33.3	8.3	8.3
	脳血管性痴呆	72	20	90.0	50.0	—	45.0	10.0	10.0	—
	判別困難な痴呆	51	20	80.0	45.0	—	30.0	25.0	5.0	5.0
	その他	50	10	80.0	30.0	—	40.0	—	20.0	20.0

(注) %は*欄の数値を100とした。

している。

第2次調査は934名を対象とした郵送アンケート調査であるが658名(70.5%)から有効な回答を得ている。その資料は千葉大学看護学部の中島紀恵子助教授らによって分析され、「保健婦雑誌」38巻12号(医学書院, 1982年12月発行)に発表されている。その中から介護家族の問題点の一部を引用しよう。

介護の負担者は、女性が89.1%を占める。年齢別では、39歳以下が11.5%, 40歳代が25.5%, 50歳代が33.6%, 60歳代が15.6%, 70歳以上が11.2%である。老人との続柄は、配偶者が23.3%, 実子が27.8%, 嫁および婿が44.3%, その他が4.6%となっている。

介護の負担者は、心身の疲労が激しく、86.5%が何らかの自覚症状を訴えている。その内容と訴え率は、「いらいらする」54.1%, 「気が重い」51.1%, 「疲れがひどい」43.0%, 「睡眠不足」47.0%, 「腰が痛い」29.0%などである。神経疲労が顕著に現われており、本人の健康障害はいうに及ばず、対人関係の緊張をひき起こして、老人の症状を悪化させる要因にもなりかねない。

介護上困難な問題は表14に示すとおりである。介護者の立場からは、困難ということの中に、「大変だと思うこと」と「どうしてもなく困惑すること」とがある。この2つに大別して、各事

表 14 介護家族が訴える困難事項

	介護上の困難事項	訴え率(%)
大変なこと	用便の世話をすること	50.8
	入浴(清拭を含む)の世話をすること	45.3
	夜、老人の世話で眠れないこと	42.2
	着がえの世話をすること	34.2
	食事の世話をすること	28.0
	老人の話をきくこと	26.0
	移動、歩行の世話をすること	22.5
	その他	14.6
困っていること	世話をすることを助けてくれる人がいないこと	42.7
	外に出るのをとめること	40.4
	同じことを何度もきかれること	39.5
	興奮をしずめること	30.2
	罪をきせられ責められること	18.2
	介護者が病弱なこと	17.2
	暴力をふるわれたり攻撃されること	14.7
	その他	19.5

(注) 総数 658

項ごとの訴え率をあげた。前者は負担者を援助する人があればかなり解決するが、後者は負担者と老人との結びつきが鍵となっていて他人が肩がわりしても解決できないようなことが多い。家族の会では、専門家を交じえて家族たちが話し合う機会をたびたびもっており、経験交流の中で解決方法に気づいていく例も少なくない。

次に、負担者が介護のために費やす1日の平均時間をみると、1～2時間程度までが23.6%, 3時

表 15 家族が介護に要した費目別年間経費の分布

	入院費を除く 医 療 費	入 院 費	寝衣寝具おむつ など介護用品	家政婦など、介護 人を雇った費用	通院など 交 通 費	その他雑費	総 経 費
経 費 な し	30.0	35.1	10.4	37.8	19.4	13.1	20.4
1 万 円 未 満	10.1	0.0	3.0	1.0	6.6	3.1	1.0
1万円以上 5万円未満	23.2	6.5	22.5	5.7	39.0	18.1	8.2
5万円以上 10万円未満	14.9	11.6	20.6	5.2	19.8	16.6	4.1
10万円以上 20万円未満	12.7	12.5	25.3	10.9	10.9	25.7	7.1
20万円以上 30万円未満	3.9	6.9	10.4	2.8	2.3	8.1	6.1
30万円以上 40万円未満	1.3	6.5	3.5	5.2	1.2	5.4	9.2
40万円以上 50万円未満	0.9	2.8	0.8	2.8	0.0	2.7	2.0
50万円以上100万円未満	2.6	14.4	3.2	16.2	0.4	3.8	23.5
100 万 円 以 上	0.4	3.7	0.3	12.4	0.4	3.4	18.4
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

表 16 介護家族の生活上の影響

項 目	訴え率(%)
外出できない	60.6
自分の時間がもてない	53.0
家事に思うように手がまわらない	32.1
火の不始末の危険がある	30.4
仕事(家事を含む)に出られない。または仕事をやめたり、変わったりした	27.5
家庭内がうまくいかない	21.6
経済的負担が大きい	16.4
育児に思うように手がまわらない。子供の面倒(勉強)を十分にみてやれない	10.3
近所づきあいがうまくいかない	9.1
そ の 他	7.4

(注) 総数 658

間～半日程度までが21.3%，ほぼ1日ないし1昼夜が55.1%である。

また、介護に要した年間の経費を費目別にみると表15のようになる。入院費、雇人費がかなり高額となることや、寝衣寝具おむつなどの介護用品費もかさむことがうかがわれる。そして、他の親族から経費の援助があったかどうかという点では、過去1年間に受けたことがある者は10.9%にとどまる。総経費の額の大小と援助の有無との相関も、年額10万円以下の場合を除けば認められない。他に親族がいるかどうか、その経済状態はどうかといった点をぬきにしては論じにくいことであるが、介護の経済的負担もほとんどが老人と同居する家族にかかっていることがうかがわれる。

介護がもたらす日常生活上の影響については、表16に示すとおりである。たとえ短期間でも、介

護で拘束された状態から開放される時がないと、生活に大きな障害が生じよう。介護主担者に対する同居の家族・親族の援助の有無をみると、「援助あり」が60%、「無し」が35%である。また、社会福祉制度としての訪問サービスの利用経験は、介護人派遣制度3.3%、ホームヘルパー派遣2.8%にとどまっている。後述する社会的援助への希望とにらみ合わせると、ニーズがありながら利用されていないことがうかがわれ、呆け老人の介護に利用しやすい形での充実が強く望まれよう。

施設サービスの利用経験も、老人ホームへの短期保護入所が3.0%、デイケアが1.6%と低い。病院への入院経験は34.5%にのぼるが、大部分の家族が「できれば家庭で介護したい」と望んでいることから、おそらく検査や他の疾患の治療のために入院したものであろう。

家族が現在望んでいる社会的援助の制度やサービスは表17に示すとおりである。短期間だけ老人ホームに入所させて家事の歪みを解消したり介護者が休養・療養したいという切実な願いがショートステイ（短期保護事業）にこめられており、昼間だけ老人を預るデイケアとともに、高い率を示している。また介護人やホームヘルパーの派遣や入浴サービスなど、介護者を支援する訪問サービスも強く望まれている。

V 施策の対応の方向

ここ数年来、審議会などで老人呆けの対策が活

表 17 介護家族が望んでいる制度・サービス

項	目	望む率(%)
援助	日常生活・介護の援助	6.5
	介護者が病氣・その他の時の援助	6.5
相談	相談窓口の設置・増設	11.9
	医療機関での相談	3.2
在宅サービス	介護人派遣	19.0
	ホームヘルパー派遣	15.2
	入浴サービス	16.7
	日常生活用具の補助・支給	9.0
	介護方法の普及	1.5
経済	福祉手当、年金などの支給	5.7
	介護経費の補助・支給	3.0
	介護手当などの支給	2.0
医療の充実	訪問看護	1.8
	医療機関の整備	10.0
	医療の向上	2.0
	救急サービス	0.4
施設の充足	ショートステイ	33.6
	デイケア	20.0
	ナイトホームヘルプサービス	3.7
	長期収容施設	5.5
理解	行政者の理解	3.0
	医療従事者の理解	1.5
	社会の啓蒙・理解	2.0
その他		17.1

(3項目自由回答)

表 18 痴呆性老人対策委員会の福祉施策の提案

痴呆性老人固有の福祉施策	
1.	専門の診断・判定機関の整備・充実を図ること
2.	相談機関の整備・充実を図ること
3.	痴呆性老人に関するテキストを早期に作成すること
4.	痴呆性老人短期保護事業の早期実施及びその拡充を図ること
5.	特別養護老人ホームに精神科医を確保すること
6.	痴呆性老人のための施設建設について早急に検討すること
7.	家族の会の育成・助長に努めること
8.	地域住民の理解と参加の推進を図ること
9.	衛生局との連携を充分に図ること
老人一般の福祉施策	
1.	ホームヘルプ事業を拡充すること
2.	訪問看護事業を拡充すること
3.	ケア・センターの増設を図ること
4.	ショート・ステイ事業を拡大すること
5.	老人福祉手当の増額に努めること
6.	特別養護老人ホームの増設を図ること

発に論議されるようになった。

56年4月には、東京都福祉局長の審議依頼に応じて、痴呆性老人対策委員会は報告書「痴呆性老人に対する福祉施策について」を提出している。この報告書は1980年の実態調査結果をふまえて、呆け老人対策の現状とニーズを述べ、ついで具体的な福祉対策として表18に示すような固有の対策9項目と、一般福祉対策の充実によって対応すべき対策6項目をあげている。

国の中央社会福祉審議会も、56年12月の意見具申「当面の在宅福祉対策のあり方について」の中で、呆け老人対策の重要性を指摘している。

また、中央公衆衛生審議会・精神衛生部会も、57年11月に「老人精神保健対策に関する意見」を提出し、表19に示すような対策を掲げている。

これらは、基本的には精神障害者対策の立場から、従来なおざりにされていた呆け老人に対し積極的に対応すべきことを強調しており、問題行動の認められる老人を病院や特別養護老人ホームに収容したり、介護負担の大きいケースには訪問援助などを行なう必要があることなどを提言している。それらは、老人呆けが健康問題にとどまらず、家庭崩壊をもたらしたり近隣の住民の生活に影響をもたらす社会問題となってきたことなどから、放置できなくなって提言されるようになったとみることができよう。

たしかに、家族や近隣住民の生活も大切である。が、老人自身の福祉がどこまで真剣に考えられているかを見きわめることも必要であろう。老化や疾病によって虚弱化した老人の精神機能が、現代社会の厳しい環境に適応できないで急速に衰退したり、病的反応を起こしているという呆けの本質が無視されて、単なる「要保護者」とみなされてはいないだろうか。

表 19 老人精神保健対策に関する意見—公衆衛生審議会—

1. 老人の痴呆疾患の予防及び普及啓発
2. 地域老人精神保健対策
3. 精神病院における老人精神障害者対策
4. 老人精神保健従事者の確保及び資質の向上
5. 研究体制の強化
6. 老人の痴呆疾患のための保健医療及び福祉対策の連携

たとえ呆けても人間らしく生きぬける生活条件を整えることが、老人自身にとって何よりも大切であり、先にも述べたごとく、このことが異常行動などの病的反応を起こさせない根本である。またそれが家族への負担を少なくする方策ともなりうるのである。

呆け老人の生活条件をよりよくする目的でケースワーカーや保健婦が訪問したり、老人と介護家族を支援する在宅福祉サービスを進めた結果、老人にとっても介護者にとってもよい効果が生み出された例は少なくない。また老人ホームの短期保護事業やデイケアも、老人の自己実現を助長する方向で活用する限り問題は生じにくい。ただたとえ一時的であっても、老人が家族から隔離されたり、老人が頼りとする介護者と老人との間に心理的な距離を生ずることは、老人に不安を与えて呆け症状を悪化させる懸念がある。送迎を家族がするほか、施設における老人の処遇に家族も一定の役割をもって参加することが望ましい場合もある。

進行した呆け老人は、家族の手だけで介護することが困難となるが、さりとてすべてを専門従事者にゆだねることもできない。老人との深い人間的つながりなしに技術や経験だけで対応しようとしても、うまくいかないことが多い。訪問援助にしろ、施設サービスにしろ、専門従事者と家族との協力関係をよく保って介護を進めた場合には、よい効果が生み出されている。

幸いなことに、わが国の老人呆けは脳血管性痴呆が多いこともあって、まだら症状を呈するケースがかなり多い。まだら症状というのは、精神機能の低下している部分と、比較的低下していない部分とが混在しているもので、呆けが進んでも人間的交流を保つ糸口が残される。これを手がかりに周囲の人々との暖い人間関係を保ったり、生きがいを維持することが不可能ではない。昔の歌をうたったり、ボール遊びに興味を示すこともあり、呆けが進行しない間に、適切な環境作りと処遇方針の確立をはかることが大切である。

老人呆けに対する援助方法は、まだ経験の蓄積が乏しく、試行の段階であるが、実践に基づく書物も出版されるようになった⁶⁾。実践経験をと

して呆けへの理解を深めながら、さらによりよい援助策をうち出していくという努力が大切であるとする。

VI 今後の福祉対策の課題

老人呆けの対策は、個々の対象者への直接的働きかけだけでなく、生活環境の整備が大切である。特定の介護者がよい処遇をしても、対象者に接する他の人達が受容的態度でない場合は、種々の問題を生ずる。家族全体、地域社会全体が呆けに対する理解と援助をおしまない態度を養っていかなければならない。

呆け症状をもたない老人にとっても、現代社会の生活環境は厳しいものである。ひとり暮らしであれ、親族との同居であれ、ゆとりを失った家族や地域の人々と老人の間には、常に緊張関係が形成されつつある。これが呆けの発生や悪化のひとつの要因となっていることはすでに述べたところであり、思いやりのある共存共生の社会を作ることが、呆け対策の基底とされなければならない。

また、残念なことに現在の医療や福祉対策は、複雑な老人のニーズに対し限定された側面でしか対応できないものとなっている。医療においては専門分化が進み、例えば心臓病は循環器科で、精神障害は精神科で、と分かれており、呆け老人のように心身両面をふまえた全人的医療を必要とする患者も、多数の専門科の間を右往左往せねばならないのが現状である。社会福祉対策においても、ホームヘルパーの派遣・入浴サービス・短期保護事業などが別々の施策として進められているので、系統的処遇が受けにくい。多様なニーズに対し統合的援助が行なわれるならば、個々のサービスも相乗効果を発揮するようになるであろう。医療にしろ福祉サービスにしろ統合化をめざすシステムの確立が急がれよう。

最近の社会福祉は、地域福祉の重要性を強調し在宅福祉サービスを重視する意見が盛んになっている。これも従来の施設収容中心の福祉対策への

6) 柄沢昭秀『老人のぼけの臨床』、医学書院、1981。

三宅貴夫編『老人呆けの理解と援助』、医学書院、1982。

反省としては意義があるが、施設の役割が軽視されることがあっては問題である。呆け老人に対し、在宅福祉サービスも必要であるが、短期保護事業やデイケアなどの施設サービスは重要な役割を担っている。いまのところ、これらの施設サービスは長期収容の体制で作られた老人ホームに割り込む形で実施されており、サービスが拡大するにつれて問題が明らかになりつつある。今後地域福祉の一環として施設利用のサービスを充実しようとするのであれば、施設の配置の問題を含めて、施設サービスの抜本的体系化をはからねばならないであろう。とくに呆け老人の施設利用は、家族も頻繁に施設へ出向く必要があり、居住地域に設けられるのでなければ実際には利用できないということになる。

最後に、今後の超高齢者の増加に対応する社会福祉施策の必要性を強調したい。老人は、一面ではできる限り自立的な生活を維持したいと志向す

るが、もう一面では安穩でありたいと願う気持ちも強い。したがって、一方では心身の活動能力の維持と再開発を目的とする施策が要求されるが、他方ではたとえ心身の機能に衰えが生じようとも人間らしく生涯を安穩に全うできることが保障されねばならない。従来の老人福祉対策は、比較的年齢の低い老人が多かったという事情もあって、「活動理論」に基づく前者の施策に重点がおかれてきた。今後は、超高齢者の増加にも備えて、後者の施策にも力を入れる必要があろう。呆け老人が適応しやすい社会環境を作るためにも、このような社会福祉対策は不可欠である。そして、たとえ老化や疾病によって精神の自立性が失われたとしても、生命ある限り人間性の尊厳を保って生きぬけるようにすることが、人権保障の社会福祉の根本とされねばならないのではないだろうか。

(なぐら みちたか・大阪府大社会福祉学部教授・
京都大学医学部老年科講師)