

岐阜県における痴呆老人施策の提言

昭和60年2月

岐阜県老人保健事業調査委員会

痴呆老人とは（略）
痴呆老人の現状（略）

痴呆老人対策の基本

痴呆老人に対しても他の障害者同様、「ノーマライゼーション」の理念に基づいた施策がなされるべきである。そのためには従来の施設収容に重点をおいた福祉のあり方を改め、在宅処遇を軸にすすめることが必要である。それはただ単に家庭の自助能力に重点を置くということであってはならない。なぜなら、急速な高齢化社会は戦後の核家族化と同時に進行し、痴呆老人を抱えた家庭では嫁や妻あるいは娘がつきっきりで介護をしているのが現状で、他にあって換わる介護者はほとんどいないし、「他人様の世話にならない」と頑張る意識が現代社会では一歩間違えば、悲惨な結果を招くことになるからである。また、家庭の自助能力にのみ委ねることは行政の対策を後手にまわらせる結果となり、これまでのように施設収容という最終手段を準備させるだけにとどまり、家庭での介護が限界を超えてしまって初めて行政が援助をする、という状況を作り出すことになるからである。

痴呆老人を生活者として「全人的」に捉えていくとき、これまで社会に貢献しながら生きてきたひとりの人間が、いかに有意義な老年期を送れるかという視点に立脚する必要がある。それには、痴呆老人が自分の住み慣れた地域社会の中で家族と共にあって、保健・医療・福祉サービスを利用しながら、他の健康な老人と同様に日常生活をおくる機会と可能性を用意する必要がある。その基本は、痴呆老人は

地域社会で責任を持って介護する、という意識を地域住民がはっきりと持つようにすることにある。言い換えれば、住民の「社会福祉に対する偏見や差別観」の払拭であり、痴呆老人とその家族の「社会的援助を受けようとする気持ち（ワーカビリティ）」の高揚である。そのためには行政が主体的役割と機能を充実させ、十分に適正な施策面での援助と、情報提供につとめなければならない。

しかし、家庭あるいは地域社会における在宅処遇の限界をこえた場合、それを支援し補完するために、痴呆老人のための特別養護老人ホーム、精神病院等の老人病棟などの受け入れ体制を整備していくことも必要である。

こうしたことを前提として、次のように痴呆の程度と精神症状（問題行動）を軸とした、処遇形態を図式化してみた。個々のケースは千差万別であり、全てがこの図式通りには捉えられないであろうが、ひとつの概念を現しているといえる。

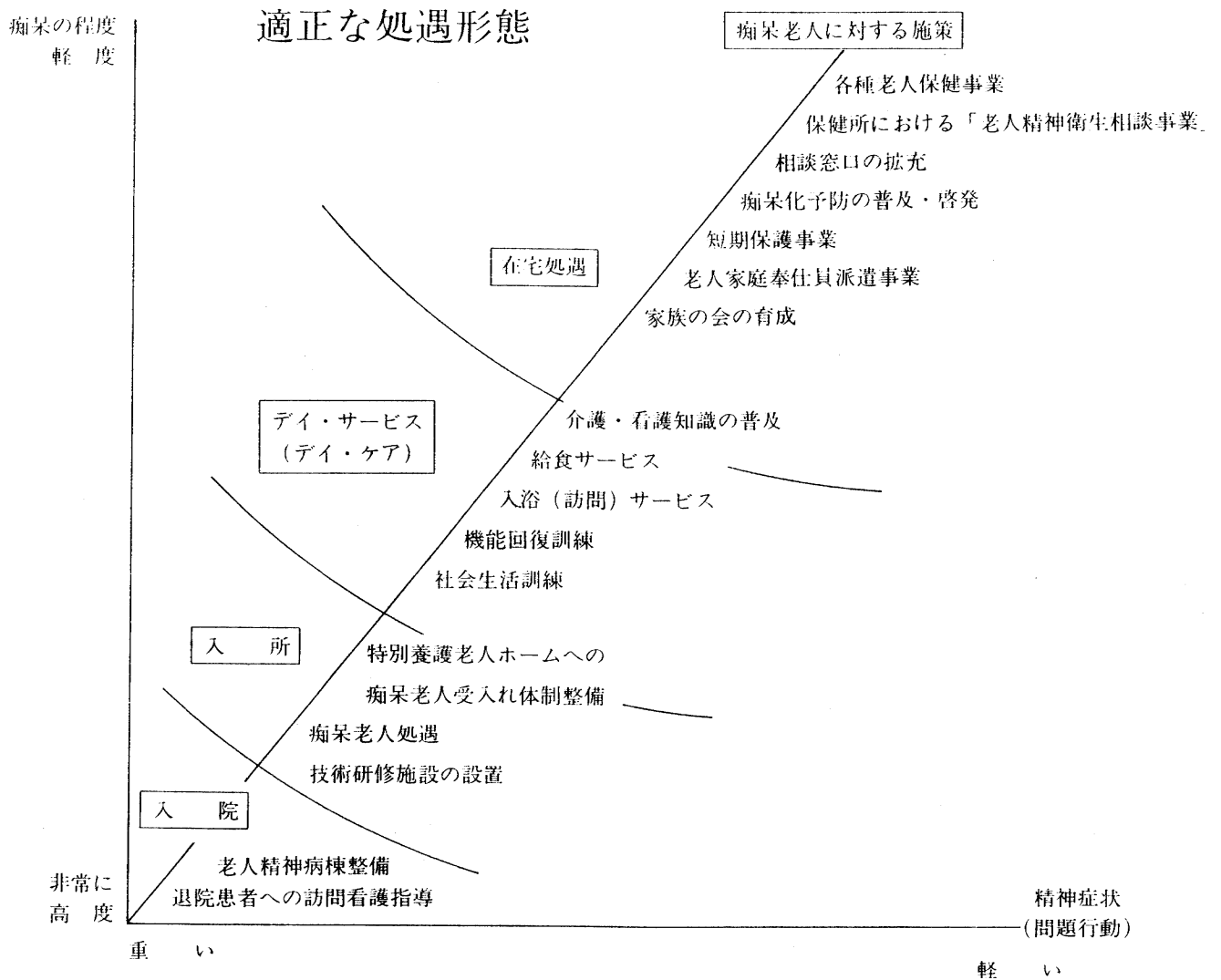
くわえて、痴呆老人対策は近年認識されるようになった問題であり、今後岐阜県の特徴を生かし、そのあり方を継続的に調査・研究を進めていくことの重要性も強調される。

痴呆老人に対する施策のあり方

1 普及・啓発事業の促進

(1) 痴呆の予防

痴呆老人となった人々へのサービスは種々検討され施策化されつつあるが、痴呆化（痴呆の重症化も



含めた) 予防の対策も今後重視されるべきである。痴呆予防を医学的見地からみると、老年痴呆は現在のところ原因が不明であるため、その予防はなかなか困難であるのに比べ、痴呆老人の約半数を占める脳血管性痴呆は原因となる脳血管障害の予防により、その発生を防止できる可能性が高い、したがって、老人保健法による「健康診査」「健康教育」「健康相談」等の老人健康事業が積極的に促進され、壮年期から一貫した健康増進の体制づくりと住民が自ら健康意識を高めることにより、心身の健康に成果をあげることで、痴呆化予防にも有効となることが期待される。

施策のあり方

痴呆の予防としての普及・啓発は、痴呆老人とその家族だけではなく、すべての県民を対象としたものでなければならない。したがって、老人クラブ、婦人会、町内会等の場で老人精神衛生、老人福祉思

想を広めていくことが重要である。その手段としてパンフレット、映画等の作成や講演会の開催等が考えられる。

また、早期発見早期治療を実現し、痴呆状態となった老人の重症化予防を図るためには、老人と生活を共にする家族への痴呆化予防の教育と同時に、痴呆老人をそれ以上悪い状態にしないための介護方法の教育も重要である。

さらに、老人の生きがい対策も痴呆の予防に大きな効果があることから、老人の知識や経験を生かした生産活動への参加、趣味を生かした文化活動への参加等の促進については、その実施主体である市町村の積極的な姿勢が望まれる。

(2) 介護・看護知識の普及

現状と問題点

痴呆老人を介護している家族のうち、半数以上が介護の困難さを訴えている。痴呆老人の介護・看護

知識は一般に周知されておらず、また痴呆老人の介護はその家族にとって初めての経験であり、全くの手探り状態で試行錯誤の介護を打っているのが現状である。痴呆老人を家庭介護する家族は、今すぐにも痴呆老人の介護・看護知識や技術の修得を望んでいる。

施策のあり方

現に痴呆老人を家庭介護している家族に対して、専門的介護・看護知識、技術を修得できるよう援助することが重要である。これには、当該家族からの要請に応じて、精神衛生相談員、保健婦、ホームヘルパー、精神科や老人福祉施設等で痴呆老人の看護に経験のある在宅看護婦等が、家庭訪問し介護・看護相談指導にあたる必要がある。また、痴呆老人介護を判り易く解説した介護読本を早急に作成し、介護にあたる家族をはじめ、地域のキーパーソン（民生委員等）にまで広く配布すべきである。

また、老人デイ・ケア、短期保護入所等の利用に合わせて、家族に対し介護・看護の実践的な方法を体験学習してもらう場を提供するなど、技術・知識を修得する機会を設ける必要がある。

2 相談体制の整備

現状と問題点

本調査の結果によれば、「これまでに利用したことがある老人に関する保健衛生・社会福祉サービス」については、痴呆老人とその家族のうち42.9%がなんらかのサービスを利用したことがあると回答している。「利用したことがある」者が42.9%（56人中24人）という数字自体非常に低いといえるが、そのうち利用した内容では、サービス提供者の側が自宅まで来てくれる「保健婦等訪問指導」41.7%、「家庭奉仕員の派遣」25.0%となっているのに対し、自ら出かけていかなければならない「精神衛生相談」は4.2%であった。

このことは、痴呆老人が社会に理解されず、家族も痴呆老人を外へ連れ出すことに消極的であり、困ってはいてもどこで相談したらよいのか分からない、あるいは相談しても相談だけで終わってしまうのでは何の効用もないと考えているからである。

今までの相談では、保健所等の保健サイドに持ち込まれた場合、ともすると在宅 訪問指導、家庭介護困難 病院というパターンで対応され、福祉サイ

ドの社会資源の活用に欠けていた。同様に福祉サイドにおいても、保健サイドのサービス利用には消極的であった。また、相談窓口の中核となるべき保健所、福祉事務所に専門の相談員が置かれていないため、それぞれの相談機能が不十分であるだけでなく、地域の精神保健・福祉体制をオーガナイズしていく機能にも欠けている。

そこで、今後相談窓口が身近にあるだけでなく、どの窓口へ行っても、保健・医療・福祉を総合した適正な処遇の検討をうけることができ、かつ一貫した施策のシステムによって支えられる体制を確立することが必要といえる。

施策のあり方

相談窓口の拡充

相談窓口としては、保健所、福祉事務所、精神衛生センターのほか、医療機関、老人福祉施設、老人福祉センター、ホームヘルパー、民生委員、老人保健事業の場、家族の会などで広く相談に応じられる態勢が必要である。

処遇検討会（仮称、以下同じ）の設置

痴呆老人の症状（問題行動）は個々によって違っており、家庭環境によっても異なる。痴呆の程度は重くても症状（問題行動）によっては家庭内での介護も可能であるし、逆に痴呆の程度は軽くても問題行動が甚だしければ入院・入所させなければならないケースもある。さらに、家庭での介護能力の要因も考慮し処遇は検討されなければならない。こうした事例に対し、それぞれの窓口のみで対応することは事実上困難であることから、保健・医療・福祉の総合的な見地から処遇を検討する場として「処遇検討会」を福祉事務所ごとに設置することが必要である。

なお「処遇検討会」での処遇方針の検討にあたっては、精神衛生センター、保健所、地域の医療機関、老人福祉施設などの精神科医による医学的判定、助言を得ることが望ましい。特に「処遇検討会」で判断に迷うようなケースでは必ず医師の診察が必要といえる。

地域痴呆老人対策協議会（仮称、以下同じ）の設置

「処遇検討会」で処遇の判断がつかなかった事例の判定をし、当該地域の痴呆老人対策の検討をするため、保健所・福祉事務所の枠をこえて精神衛生セン

ター，地域の医療機関，老人福祉施設，ホームヘルパー等広範囲なメンバーからなる「地域痴呆老人対策協議会」を地域ごとに設ける必要がある。

また，県においても各種施策を討議し痴呆老人対策を検討するため，保健・医療・福祉関係者で構成する委員会を設けるべきである。

家族の会等による民間の自主活動の促進

痴呆老人の介護に経験のある家族等による民間の自主活動は，相談面での効用が期待できるので，その促進を図る必要がある。

また，家族の会の育成は家族のみならず，ひいては痴呆老人への援助ともなるので，その方法について検討すべきである。

専門職員の養成と適正配置

痴呆老人に対する在宅サービスを効果的に行うためには，痴呆老人の処遇に関する専門的な知識及び技術をそなえた医師，看護婦（士），保健婦，精神衛生相談員（精神科ソーシャル・ワーカー，臨床心理技術者等），老人福祉指導主事（ケース・ワーカー），OT，PT，栄養士，老人福祉施設職員，ホームヘルパー，老人クラブ指導員，その他の専門職員を養成し，十分な職員数を確保するとともに，これらの職員を各関係機関に適正な配置をすることが急務である。

また，地域活動における推進の役割をになうボランティアを育成し，その活動を援助することも重要である。

ネットワーク・システムの整備

相談から処遇までの一貫したネットワーク・システムを整備する必要があり，それを図式化すると次頁のようになる。

3 在宅サービスの充実

(1) 短期保護事業（ショート・ステイ）

現状と問題点

特別養護老人ホームなどの施設の持つ専門的機能を在宅の老人のためにも活用する，いわゆる施設機能の地域開放が各施設において漸次実施されつつある。本調査の結果，この施設機能の地域開放事業の中で，希望が一番高かったのは短期保護入所である。昭和59年度において，県内でのこの短期保護事業を実施しているのは59市町村である。しかし，現行のこの事業は緊急一時保護であるため，収容期間が短

すぎることで，受け入れ施設に事前に対象者の情報が十分伝わっていないことからおきるトラブル，あるいは痴呆老人の問題行動に対処できる施設設備や職員配置が十分でないことなどの問題があり，痴呆老人の利用が極めて困難である。

施策のあり方

痴呆老人が短期保護事業を有効に利用できるようにするためには，施設の理解と熱意がなければならず，また他の入所老人の処遇に支障のないよう，施設の人的・物的体制が整備される必要がある。具体的には，痴呆老人の介護に適した短期保護のための専用室や介護職員の確保が必要である。また，痴呆老人は新しい環境に適應できにくいいため，短期保護事業の実施にあたっては，処遇検討会の場を活用するなどして，施設，福祉事務所，保健所，役場，医療機関相互の連絡を密にし，円滑な受け入れができるよう配慮しなければならない。なお，入所の期間については，事例に応じて柔軟な決定がなされる必要がある。

(2) 老人家庭奉仕員（ホームヘルパー）

派遣事業

現状と問題点

老人家庭奉仕員派遣事業は，日常生活に支障のある老人のいる家庭であって，その家族が老人の介護を行えない場合に，市町村が家庭奉仕員を派遣する事業である。痴呆老人を抱える家族にとって，この事業の恩恵を受けることができれば，家事や介護にかかる負担が軽減されるので，痴呆老人を在宅での処遇ができるようにするためには極めて重要な事業といえる。

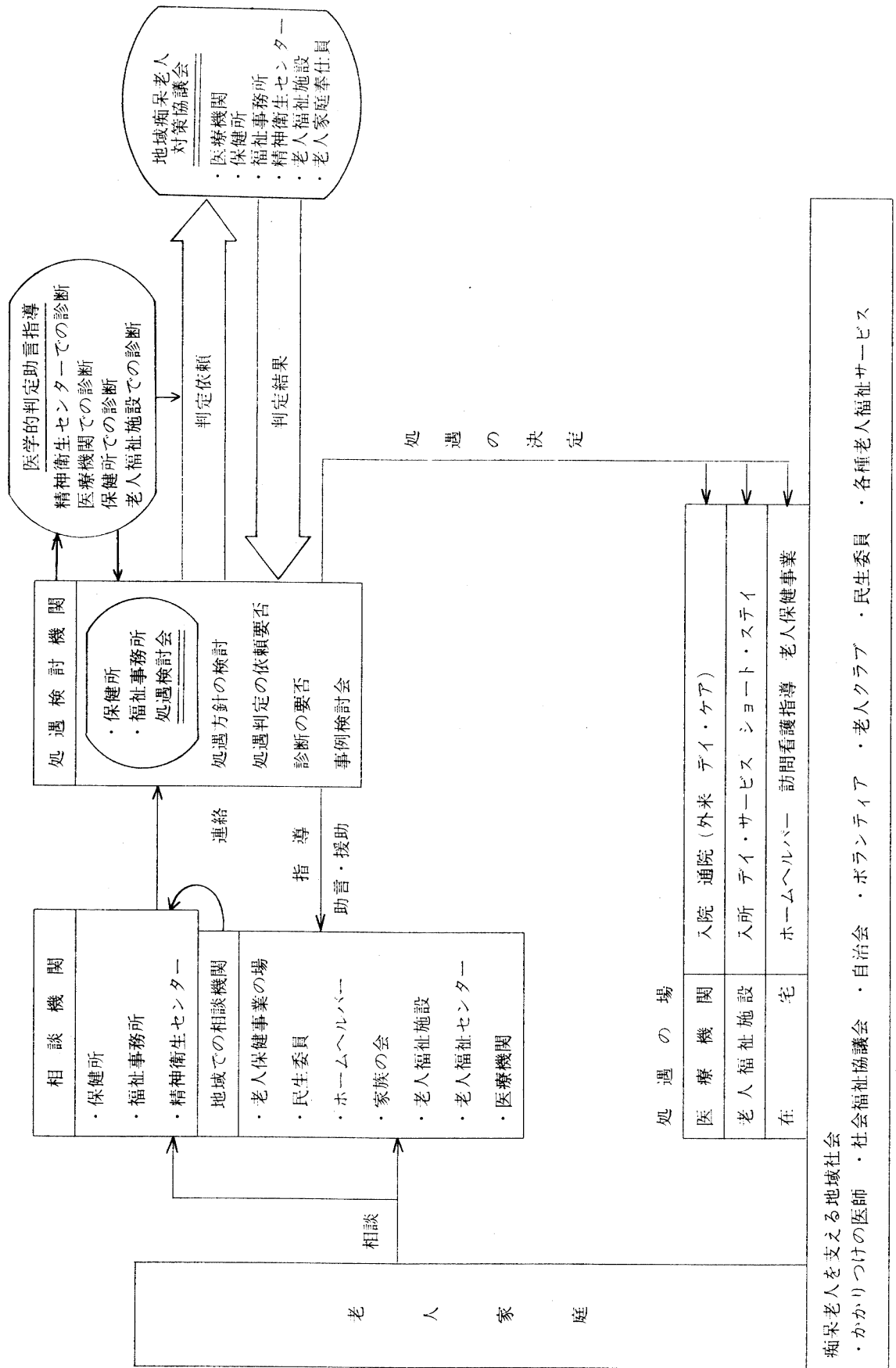
しかし，現に家庭奉仕員が派遣されている家庭は，寝たきり・独居老人の家庭がほとんどであり，痴呆老人の家庭への派遣は極めて限られているのが実情である。その理由としては，現在の人員体制ではその需要に応じられないこと，家庭奉仕員自身に痴呆老人の介護方法に関する経験，知識，技術が不足していることなどがある。

施策のあり方

本事業の実施にあたっては，実施主体である市町村が，派遣対象者の実態を十分に把握するとともに，その派遣需要を十分勘案した人的な体制を整備する必要がある。

さらに痴呆老人の家庭を担当する家庭奉仕員には，

痴呆老人対策ネットワーク



痴呆老人処遇のための研修施設、精神衛生センター等で介護に必要な技術や知識を修得してもらうとともに、家族の相談にも応じられる能力を身につけるための研修が不可欠である。

また、この事業を効果的に進めるためには、派遣要否決定のための調査、家庭奉仕員に対する助言・指導並びに関係機関との連絡調整等の業務を担当するスーパー・バイザーが配置される必要がある。

(3) 保健所の精神衛生相談・訪問指導 現状と問題点

県内の各保健所では精神衛生の諸事業を実施しているが、対象は精神分裂病等の精神障害者の相談や訪問指導が主である。本調査の結果では、今後サービスを希望する家族のうち40.6%が保健婦等の訪問健康相談・助言を希望し、12.5%が精神衛生相談を希望している。にもかかわらず、保健所における精神衛生活動の中心となるべき精神衛生相談員等のマンパワーや、精神衛生活動の実施体制そのものに欠けることもあり、精神障害者はもとより痴呆老人に対する体系だった取り組みはなされていない。

そのような状況ではあるが、本県では昭和59年度から郡上保健所と岐阜市中央保健所において、嘱託精神科医、保健婦等による痴呆老人の介護・看護方法などの相談、訪問指導、健康教育等を行う「老人精神衛生相談事業」が開始されている。

施策のあり方

「老人精神衛生相談事業」は痴呆老人等の家族からの相談に応じ、適切で効果的な介護の方法を助言、指導し、来所できない家族には保健婦が訪問し実施するといった狭義の事業から、痴呆化予防のための講演など啓蒙・普及をする事業も含んでおり、老人精神保健活動の基本となるので、今後県下の全保健所において早急に取り組む必要がある。

そのためには、保健所における精神衛生活動の実施体制を見直し、痴呆老人のみならず、精神障害者に関する専門的業務を担当する精神衛生相談員が各保健所に必置される等、精神衛生活動の体制の充実を図るなかで、この事業が検討されなければならない。

さらに、精神衛生相談・訪問指導は福祉施策と密接な係わりがあるので、老人福祉の中心機関である福祉事務所との「処遇検討会」を頻繁に開催し、連携を深めながら運用されなければならない。

また、市町村が実施する老人保健事業を痴呆老人対策の一環として組み入れ、住民の老人精神衛生、老人福祉思想を高める場とする等、地域プログラムの整合を検討しなければならない。

(4) デイ・サービス事業

現状と問題点

デイ・サービス事業は短期保護事業と同様、施設の地域開放事業の一つであり、在宅の老人が昼間に特別養護老人ホーム等の施設へ通所し、そこで入浴サービス、給食サービス、機能回復訓練サービス等を受ける事業である。

しかし、現在行われているデイ・サービス事業は、虚弱老人を対象として実施されており、施設での受け入れ体制、施設への通所の方法など痴呆老人を対象とするには多くの障害がある。

施策のあり方

デイ・サービス事業は、痴呆老人に昼間の生活の場を提供することにより、家庭のなかだけの生活になりがちで、精神生活も内閉的となるため一層社会性や対人能力に欠け、問題行動に陥るといった痴呆老人の生活上の悪循環を改善させるものである。さらに、その場で各種のサービスを受け、心身機能の向上を図る訓練をすることで、介護にあたる家族の負担も軽減することができる。

この事業が痴呆老人対策として実効を上げるためには、いわゆる「託老所」として気軽に活用できるよう、施設の条件整備を図る必要がある。また、痴呆老人を受け入れるためには、施設の運営上人的、物的体制に多くの支障があるため、それらの条件整備に必要な財政上の助成措置を、行政が積極的に講じる必要がある。また、この事業にはボランティアの協力が得られる部門が多くあるため、その有効利用を図り、地域で痴呆老人を支えていくという意識を醸成する契機としていく必要がある。また、サービスの内容については、地域的特性をふまえ必要に応じ、入浴サービスなどは訪問サービスで実施することも望まれる。

(5) 地域医療

地域の医療機関

現状と問題点

本調査の結果、在宅痴呆老人の86.0%は身体疾患を有し、そのうち83.3%は地域の医療機関で治療を受けている。しかし「痴呆」に対する精神科の専門

的治療を受けている者は皆無であった。これは、一般科の医療機関は痴呆老人の身体的治療については、相当の役割をはたしているが、「痴呆」に対する精神科領域からの治療については、十分手掛けられていないのが現状といえる。

施策のあり方

地域における医療は、痴呆老人を早期発見・早期治療し、重症化を予防するために必要不可欠のものであり、特に各科の医療機関がその専門性を相互に補完しあい治療にあたる必要がある。

精神科医療機関の役割として、痴呆老人はその行動特性のため通院することができない者が多いので、訪問診療サービスの実施が期待される。一方、その推進を図るための施策化に、行政が積極的な取り組みをするよう望まれる。

老人デイ・ケア

現状と問題点

老人保健法の施行により、老年期精神障害者の社会生活訓練、機能回復訓練等を精神科医療機関で行う老人デイ・ケア（昼間通所治療・訓練）制度が保険診療の対象となった。しかし、設備や人的問題等のため、医療機関はその実施に消極的であり、県内では老人デイ・ケアの申請をした医療機関は皆無である。また、福祉施策のデイ・サービスとの整合性の問題もあり、その調整は今後の課題といえる。

施策のあり方

老人デイ・ケアは、痴呆老人に対して社会生活訓練、機能回復訓練等を行うことにより、痴呆の重症化を予防する有効な手段となるので、県内の精神科医療機関が積極的にこれに取り組むことが望まれる。

そのためには、まず、県立の精神科関係医療機関が他の医療機関に先だって老人デイ・ケアを試行する必要がある。

老人デイ・ケアのような広く県民にもなじめるプログラムを用意して、地域に開かれた姿勢を示すことは、精神科の医療機関自体にとって望ましいことであり、こうしたことを契機にし関係諸団体との連絡協調をしつつ、精神科医療の多様化に対処していくことが必要不可欠である。

4 入所・入院施設の整備

(1) 入所施設の整備

現状と問題点

現在県内には、特別養護老人ホームが14施設あり、収容定員は1,035人確保されているが、痴呆老人の入所には人的・物的に対応が必ずしもできる状況ではない。家族の切迫した要請と限られた施設での努力によって、一部痴呆老人が入所してはいるものの、それは施設職員の献身的な努力にささえられ、辛うじて入所が可能となっているのが現状といえる。さらに、施設職員が痴呆老人の処遇に必要な知識・技術に欠けていることが、痴呆老人の施設への受け入れを一層困難にしている。

また、収容している痴呆老人の精神症状への対処に必要な精神科医療機関との連携体制が整っていないため、精神科への入院治療の方が適切である者が入所しているという問題もある。

施策のあり方

『（痴呆老人対策の基本）』のとおり、「ノーマライゼーション」の理念で「在宅処遇」を中心とした施策を進めることが、痴呆老人対策の基本となるのは言うまでもない。

しかし、老人人口の急増と核家族化が進行する状況下では、家族や地域社会での介護ができなくなった痴呆老人を収容する特別養護老人ホームは、「在宅処遇」を支援し補完するために、今後とも必要不可欠である。

県では、第4次総合計画のなかで、特別養護老人ホームの積極的な整備をあげ、59年度には県単独事業として「重度痴呆性老人収容促進施設整備費補助金制度」を設けた。今後、特別養護老人ホームが整備される場合には、痴呆老人の入所施設の絶対的不足をふまえ、常にこのような制度を活用し、痴呆老人を収容できる施設の充足を図らなければならない。

さらに、県は特別養護老人ホームのモデルとして、痴呆老人の身体合併症の治療などにも十分対応できる体制を備えた総合センターとして機能する施設を、先駆的に設置する必要がある。この施設が総合センターとして位置づけられるためには、痴呆老人の介護に携わる施設職員等の資質向上を図るための研修施設（痴呆老人処遇技術研修施設 - 仮称）として機能するとともに、いわゆる「地域に開かれた」施設として、痴呆老人を抱えた家族に介護研修を実施することや、デイ・サービス事業等に積極的に取り組む必要もある。

(2) 入院施設の整備

現状と問題点

昭和57年11月に公衆衛生審議会により意見具申された「老人精神保健対策に関する意見」のなかで、「精神病院における老人精神障害者対策」として、痴呆老人を含めた老人精神障害者の精神病院入院に関する提言がなされている。この提言には、精神科病棟へ入院する対象者の明確化、医療従事者の確保等の指針が述べられている。しかし、現状では患者が入院治療により家庭復帰が可能になっても家族が引き取りたがらないという問題、また施設処遇の方がより適切であると思われる患者が施設サイドの受け入れがないため入院したままになっているという問題のほか、精神病院に対する偏見のため早期受診をせず、入院以外に方法がない状態になって初めて受診するという問題もおこっている。

施策のあり方

精神病院が入院治療の必要な痴呆老人の入院需要に十分応じられるようにするためには、痴呆老人特有の精神症状、及び問題行動に適切な対応ができるような設備構造と、診療体制を整えた老人精神病棟

を整備していく必要がある。また、入院治療により在宅や施設での処遇が可能となれば、入院が無為に長期化しないよう、通院等による治療へ円滑に移行させる必要がある。そのためには病院ケースワーカー、保健所担当者、福祉事務所担当者などが協力し、退院後の在宅、施設での生活が可能となるよう、病院、家庭、施設の間での調整をしなければならない。その調整を円滑にすすめるためには、前述の在宅サービスの充実がなされていなければならないし、施設への入所は必要に即応して可能となるように整備されていなければならない。

また、精神病院に入院した痴呆老人が身体的合併症をもっている場合には、他科の受診が適切にできるよう、一般医との連携を今後より緊密にするということも考慮されなければならない。

さらに、入院患者の退院後の訪問看護指導だけでなく、在宅痴呆老人の訪問健康診査においても、精神病院の専門医、看護婦が活用されるなど、訪問による医療サービスが県下全ての地域において受けられる体制の確立が望まれる。