はじめに

痴呆性老人に対するリハビリテーション医学の課題は2つある。一つは「痴呆の原因究明、治療法の確立」であり、もう一つは痴呆をあまりずれに受け入れ「生活において対応する技法の開発」である。本稿では、この後者に焦点をあて、痴呆性老人への支援の歴史、わが国の人口構成の将来予測を踏まえつつ、目前に迫った公的介護保険導入におけるリハビリテーション医学の役割、痴呆性老人に対するケアマネジメント実施のための専門性確立、対人支援の一例としてのドラマセレピー、痴呆予防のための機器活用等に関する研究成果について論じることとする。

1. わが国の痴呆性老人対策の経緯

わが国の痴呆性老人対策の歴史はそれほど古いものではない（表1）。1963年の老人福祉法におい

<table>
<thead>
<tr>
<th>年度</th>
<th>书房性老人対策の歴史</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1963年</td>
<td>老人福祉法の制定</td>
</tr>
<tr>
<td>1972年</td>
<td>「懐この人」ベストセラー</td>
</tr>
<tr>
<td>1980年3月</td>
<td>公衆衛生審議会（老人精神病棟に関する意見）</td>
</tr>
<tr>
<td>1981年12月</td>
<td>中央社会福祉審議会（痴呆性老人の福祉施策）</td>
</tr>
<tr>
<td>1982年11月</td>
<td>公衆衛生審議会（精神保健分野における対策）</td>
</tr>
<tr>
<td>1986年8月</td>
<td>厚生省に痴呆性老人対策推進本部設置</td>
</tr>
<tr>
<td>1993年11月</td>
<td>高齢者関係3審議会</td>
</tr>
</tbody>
</table>

いは特に痴呆性老人施策には触れられず、その後10年近くたち有吉佐和子氏の「慣懐の人」がベストセラーになり、国民の間で痴呆性老人に対する注目の必要性が芽生えている。

しかし国レベルの対策の具体化にはそれからさらに約10年を要し、1980年の公衆衛生審議会において老人精神病棟に関する意見が提出され、翌年の1981年には中央社会福祉審議会において初めて痴呆性老人の福祉施策について議論された。

さらに1982年公衆衛生審議会では精神保健分野における在宅対策が取り上げられている。

そのような動きのなかで、本格的な痴呆性老人対策を開始すべく1986年には厚生省に痴呆性老人対策推進本部が設置され、その後1993年の高齢者関係3審議会等においても痴呆性老人対策は重要施策の一つとして取り上げられ、現在数多くの施策が遂行されつつある。

2. 痴呆性老人の現状および今後の見通し

少子化と延命の同時進行により、わが国は高齢社会から超高齢社会への歩みを確実に進めてある。人口学的には、高齢化が4%未満を「若齢社会」、4～7%を「成熟社会」、7～14%を「前期高齢社会」、14%以上を「後期高齢社会」、その中でも20%以上を「超高齢社会」と呼ぶ。わが国が将来経験する高齢化率28%以上の社会は、いわば「超高齢社会」とでもいえるであろうか。人口構成比からみて高齢者比率は着実に高まり、

* 岡山県立大学保健福祉学部/〒719-1197 岡山県総社市窪木111番地
それに伴い痴呆性老人の人口比率も増大する。痴呆性老人の実数については、西暦2000年には160万人、2025年には300万人に達することが予想されている。痴呆の予防および根本的治療法は未だ確立されておらず、ケア中心の支援整備が急がれることとなる。

3. 痴呆性老人対策の推進とその方向性

わが国の痴呆性老人対策は、以下の8点を重点的に推進している。
1) 意識の啓発と相談・情報提供の充実
2) 保健福祉医療専門職の研修などの拡充による専門性構築
3) 在宅介護支援センター/痴呆性老人疾患センターの整備促進
4) 発症予防と早期発見・早期対策の徹底
5) 生きがい・健康づくり徹底による対応
6) 総合的な治療とケアの充実と高度化
7) 在宅・施設など保健福祉支援の複合強化と効果的ケアマネジメント
8) サービス提供機関のネットワーク形成の促進と情報の共有

特に重要視されるのは「支援相互の連携」であり、図1に示すように、痴呆性老人およびその家族を含む支援の体系化が期待されている。

4. わが国における痴呆性老人の対策

わが国における痴呆性老人対策は、大別して4つの柱を持っている。すなわち、1) 相談体制の整備、2) 在宅支援対策、3) 施設支援対策、4) 発症予防対策・調査研究・専門職養成である。

「相談体制の整備」には、専門相談、鑑別診断、夜間/休日の緊急対応、地域の第1次相談窓口の整備が含まれる。

「在宅支援対策」には、日常生活支援としてホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ、訪問指導の充実、福祉用具・日常生活用具給付等の支援がある。具体的には、在宅保健福祉支援として、在宅介護家族の支援強化を図るため、以下の施策がある。
1) 保健所における老人精神保健福祉相談・訪問指導
2) 高齢者総合相談センター・電話感知機器等の貸与
3) デイサービスセンター（E型）・在宅介護支援センター

图1 痴呆性老人対策に向けてのフレーム
4）特別養護老人ホーム・養護老人ホーム・グループホーム
5）老人性痴呆疾患センター（専門医療相談・緊急）

「施設支援対策」として、特別養護老人ホーム・養護老人ホーム・老人保健施設等、痴呆性老人の状況に対応した各種施設の整備、痴呆性老人の施設内処遇技術の向上と研修、老人性痴呆疾患治療病棟・療養病棟の整備がある。

「発生予防対策・調査研究・専門職養成」としては、脳卒中情報システム整備、痴呆対策の理解と知識普及、痴呆疾患の研究（基礎・臨床病理等の総合的研究推進）が含まれる。

5. リハビリテーション医学と公的介護保険制度

平成12年度より施行が予定されている公的介護保険制度は、リハビリテーション医学と密接な関連を持つものである。従ってその内容の熟知はもとより、制度のさらなる質的向上を図るために、継続リハビリテーションに関する長年の積蓄を有するリハビリテーション医学応用の必要性は高い。

公的介護保険モデル事業においては、高齢者ケアサービス体制整備検討委員会より、1996年に関東地方・支援事業モデル事業が実施されている。そこでは、介護認定審査員として、行政、医師会、歯科医師会、薬剤師会、日本看護学会、PT協会、OT協会、介護福祉士会、社会福祉士会等が参加し、介護認定調査員としても同上関連職種が担当するとしている。

要介護度は現在のところ6段階に区分され、1）要支援：要介護状態ではないが何らかの社会的支援を要するもの、2）要介護1：一部のADLに部分的介護を要するもの、3）要介護2：中程度の介護を要するもの、4）要介護3：重度の介護を要するもの、5）要介護4：重度の介護を要するもの（完全な寝たきり状態）、6）要介護5：過酷な介護を要するもの（要介護4に加えて痴呆による暴力行為や意思疎通困難など常時過酷な介護）、とされている。

また公的介護保険により提供される支援内容としては、1）訪問介護（ホームヘルプサービス：介護・家事援助サービス）、2）訪問入浴（移動入浴車による入浴サービス）、3）訪問看護、4）訪問リハビリテーション（理学療法士、作業療法士による訪問リハビリテーション）、5）居宅療養管理指導（医師、歯科医師、薬剤師の訪問）、6）通所リハビリテーション（デイケア等による通所リハビリテーション）、7）通所介護（デイサービス）、8）短期入所生活介護（特別養護老人ホームへのショートステイ）、9）短期療養生活介護（老人保健施設・療養型病床群へのショートステイ）、10）痴呆対応型共同生活介護（グループホームにおける介護）、11）特定施設入所生活介護（有料老人ホームにおける介護）、12）福祉用具貸与及び購入費支給、13）住宅改修費支給、14）ケアマネジメントサービス、15）特別居宅サービス：要介護認定以前の緊急在宅サービス、16）予防給付：要支援判定と放置による寝たきりを予防、17）市町村特別給付：寝具洗濯乾燥サービス、介護研修、独居者への配食サービス等がある。

6. 痴呆対策に関する研究調査研究

在宅介護を支える基盤構築の一環として、専門職のケアマネジメント専門性の向上は喫緊の課題である。これらの社会的要請に基づき、我々は厚生省から委託を受け「ケアマネジメント專門性評価研究」を継続している。その目的は、在宅支援に関わる専門職の共通基盤としての知識・技術の明確化であり、日本看護協会、日本社会福祉法人、日本介護協会、日本理学療法士会、日本作業療法士会の各種職能団体に依頼し、質問紙法にて1,000名以上の専門職より回答を得た。

その結果、1）ケアマネジメント専門性として、①基本技術、②マネジメント技術、③評価技術を柱とした枠組み設定の必要性が明確化され、2）各種専門職の実践場面における連携を促進するケアマネジメント共通基盤作成の必要性が示され、
7. 痴呆予防への各種試み

痴呆予防および悪化防止への具体的取組みとして、「ドラマセラピー」および「マルチバーチャルリアリティ」の活用について紹介する。

ドラマセラピーは演劇を通して痴呆性老人の過去の記憶に働きかける支援であり、岡山県のA特別養護老人ホームで10年間にわたり毎日実施し継続的に研究を重ねている。ドラマセラピーの実施により、痴呆性老人の問題行動の減少、行動の安定、生活動作の活性化、仲間意識の向上が見られた。一方、支援効果を明らかにするため1週間の停止期間を置いたところ、問題行動、徘徊、入眠困難等が再発した。ドラマセラピーの開始によりこれらの症状は極端に減少している。これら

一方、痴呆防止機器として、マルチバーチャルリアリティの活用による臨床評価を継続している。これには、多面ディスプレイの表示により、5方向からの動きを同時に実現し、より現実に近い運動と感覚を経験することを意図したものである。いわばゲーム感覚で脳への刺激を増大させ、楽しみながら動きの追跡による自己評価をも可能とし、今後の展開が期待されるものである。

総 括

リハビリテーション医学に求められる痴呆性老人への生活適応技法に関する支援に焦点を当て、幾種施策との関連を踏まえ概説してきた。

今後は痴呆性老人対策へのリハビリテーション医学の方向性として、「公的介護保険導入時におけるリハビリテーション医学のあり方」および「対策型からアドバンス型への転換推進」の2点が解決すべき大きな課題となっている。

すなわち、「公的介護保険導入時におけるあり方」とは、1) 急性期・回復期リハビリテーションから在宅維持期リハビリテーションへの移行プログラムの確立、2) 介護認定アセスメント票へのリハビリテーション領域項目の拡充、3) 要介護認定時のリハビリテーションステータスと要介護度の変化予測の科学的手法の確立、が求められる。

また、「対策型からアドバンス型への転換推進」としては、1) 健康長寿へのシステムアプローチによる発症予防と早期発見・早期トレーニングの方法論およびその機構等の開発、2) 学際・業界を超えた総合的な研究・開発の促進と高度化、が期待される。

痴呆性老人の激増が予測されるなか、先駆的な生活支援技術を担うリハビリテーション医学の果たすべき役割は極めて大きい。今後、本学会における痴呆性老人に関するさまざまな研究の蓄積を切に希望するものである。

文 献
1) 高山志雄：保健福祉支援・評価システムと予測妥当性に基づくケアマネジメント専門性の構築に関する研究報告書、長寿社会開発センター、1997
2) 高山志雄：高齢者機能低下防止機器研究開発・臨床評価報告書、福祉工学研究会、1995
3) 片山裕史、三好 泉，田中雅規，高山志雄：保健福祉における情報支援II—障害者・高齢者用バーチャル・リアルティ画像機器開発—、 日本保健福祉学会、1996；9：61
4) 高山志雄，片山裕史，三好 泉：表示装置および表示装置を用いたシステム、公開特許公報，特開平8-241069，1996