

海外研修レポート

心身障害と高齢化社会

藤田 雅子

A Report of overseas study

Mentally Infirm and Aging

Masako Fujita

The recognition that institutional care alone is inadequate to meet the needs of older persons with psychiatric problems, as well as the strong desire to avoid the detrimental consequences of long-term inpatient care have furthered the development of day programs.

Geriatric day programs generally have multiple objectives, to provide socialization to physically and emotionally disabled older people, to help maintain them at home or in community residents, to provide integrated services, to prevent unnecessary hospitalization, and to provide support and relief for family members who care for disabled elders.

This is the report about starting and terminal programs for the elderly demented.

The typical starting one is day centre or day hospital. The Raglan Day Centre in London was originally intended to provide relief for families suffering stress and in need of temporary help in, or a temporary break from, caring for an elderly relative suffering from confusion, incontinence, personality difficulties, etc. However, demand has been for regular attendance. Thus, the centre seeks to offer a caring and protective environment in response to this demand. The users of the service are elderly people who suffer from dementia or mental illness. The centre are facilities for about 30 people and is open from 9 a. m. to 4 p. m. for five days per week.

The typical terminal care is in gerontro-psychiatric hospital. Copenhagen has 5 such hospitals. RINGBO is the first one. There are places for about 280 patients divided into 12 departments. During 5 years, 370 patients died and 37 were sent home. This means that the patients stay at the hospital for 3 years in average. RINGBO for almost all of the patients will have to be the place where they will spent the rest of their life, RINGBO is trying to make their staying as attractive as possible.

1. 高齢化社会の意義

「58年人口動態統計」(厚生省)によると出生数は151万人で出生率は過去最低の12.7人(人口千人当たり)を記録し、乳児死亡数は9,400人で乳児死亡率(出生千人当たり)6.2人と改善され、世界最低となっている。一方、死亡数は73万4千人で死亡率(人口千人当たり)6.2人で、死因は1位がん、2位脳卒中、3位心臓病の順になっている。これら、いわゆる成人病の予防と治療にかかわる医学の進歩はめざましく、寿命の延びも著しく、世界に誇る長寿国、日本になった。ここに来て考えなければならないのは、寿命を延ばし、生かすことへの努力と同時に、いかに幸福に人生を送れるかということへの探究と、その努力の方向である。

高齢化社会とは、単に長生きする人が増加するというのではなく、老人が全人口に占める割合が増加し、しかも、老人の中でも高齢老人の占める割合が増加するということである。

我国の65歳以上の老人の全人口に占める割合は、1983年に9.8%であるが、21世紀に入る2000年には15.6%に増加すると予想される。これを人数で見ると、1980年には65歳以上の老人が約1千万人であったのが、2000年にはその倍の2千万人に増加する。このなかで高齢の75歳以上の老人は、1980年に360万人であったのが2000年には750万人になり、さらに85歳以上の老人は1980年に50万人であったのが、2000年にはその3倍以上の170万人に達する。

このように猛烈なスピードですすむ高齢化社会において、いったい何が生ずると考えられるであろうか。

高齢化社会の先輩ともいえる国々の現状を知るのには意義深い。我国は2000年に老人が全人口に占める割合が15.6%になると書いたが、イングランドでは1980年にすでに15.1%に達し、スウェーデンでは1977年に15.7%になっていて1983年には16.9%という数字が示され

ている。したがって、現在のイングランドやわずかに過去のスウェーデンはこれからの日本の老人の姿の何かを語ってくれるはずである。

昨年9月から今年1984年3月までの半年の海外研修の報告として、イギリス、デンマーク、スウェーデンについての調査資料と我国の現状とを照らし合わせて「心身障害と高齢化社会」をまとめてみた。

2. 高齢化社会と身体障害老人の増加

厚生省社会局厚生課の第6回身体障害者実態調査(昭和55年7月)によると、全国の18歳以上の身体障害者数は1,977,000人で人口比2.4%と推計している。前回(昭和45年10月)の調査時の1,314,000人(人口比1.8%)に比し、50.5%の増加をみている。

18歳から64歳までの稼働年齢層の者は1,150千人で全体の58.1%を占めているが、65歳以上の老人がそののこりの827千人41.9%となっている。前回は老人の占める率は33.7%であったから相当増加していることがわかる。

年齢別の増加を見ると、前回に比較して、70歳以上で、2.03倍、65歳から69歳で1.59倍

表1 登録されている身体障害者数
(イングランドとウェールズ, 1980年)

盲		
全 年 齢		115,100
16 歳 未 満		2,100
16 - 64 歳		26,300
65 歳 +		86,700
弱 視		
全 年 齢		55,100
65 歳 +		38,600
聾および難聴		
全 年 齢		67,700
65 歳 +		35,700
他の全身障害		
全 年 齢		980,000
65 歳 +		614,500

資料 Social Trends, 1982

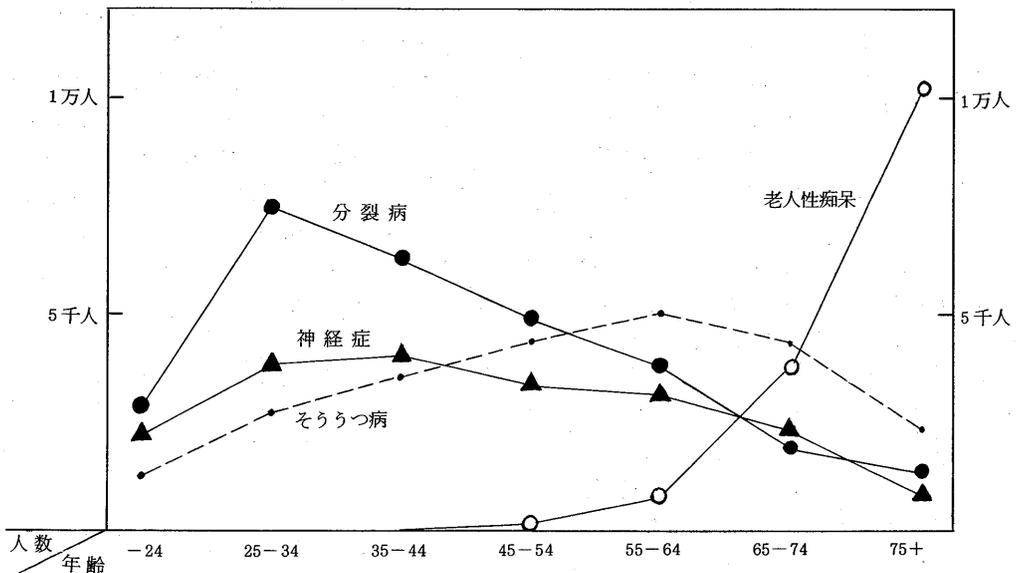
と年齢が高くなるほど増加がはげしくなっている。ちなみに20～29歳は0.88倍、30～39歳は1.06倍である。今後はますます老人の身体障害者が増加すると予測される。

英国の1980年の状況をみるとこれがまちがいでないことが裏付けられる。表1は英国のイングランドとウェルズを合わせて⁽¹⁾(北アイルランドとスコットランドを除いて)、身体障害者として登録されている人数を障害別にみている。我国の実態調査と統計のとり方が異なるし、16歳以下の児童(英国では16歳以下を児童とみなす)も含まれているので、直接の比較はもちろん不可能であるが、参考に

はできる。

視覚障害170千人、聴覚障害68千人、その他の身体障害980千人で、合計1,218千人の身体障害者がいる。児童まで含めているにかかわらず、このうちで65歳以上の老人が占める割合が、全体の63.7%になっている。英国の1980年の状況が我国の2000年の姿であるとはいきれないが、しかし21世紀を迎える頃、我国の老人の身体障害者の大巾な増加により、全体としての身体障害者数が増加し、年齢別構成比は、老人の身体障害者6～7人に対して18～64歳の身体障害者は4～3人になるかもしれない。老人の身体障害者数は必ず増加する。

図1 イングランドの精神病院における精神障害と年齢(1981年)



3. 高齢化社会と精神障害老人の増加

一方、精神障害に関してはいかなることが予想されるか。我国では精神障害者に関して参考になるような全国的規模の実態調査は、最近では全く実施されていない。したがって時代の変化についても外国との比較において数字的に示すことはできない。今後の予想もむづかしいが、広い意味での精神障害、特に痴呆性老人の人数は増加すると考えられる。

図1は、イングランドの精神病院に入院している患者の精神障害の種類と年齢を表わしている(保健・社会保障省の統計局で入手した資料に基づいて図式化したものである)。老人性痴呆の患者が65歳から増加しはじめて、75歳以上の年齢になると、圧倒的に老人性痴呆が多く、そのなかにわずかつ他の精神障害が含まれている。何故これほどまでに高齢老人に老人性痴呆が多いのであろうか。

表2は痴呆性老人の年齢別出現率を表わし

ている。上段は東京都の調査（1980年）で在宅老人を対象にし、下段はKay, D.W.K. らによるイングランドの調査である。⁽²⁾

表2 痴呆性老人の年齢別出現率

国	性別	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85歳+	全体
日本	男性	1.6	3.6	3.7	8.5	18.9	3.9
	女性	1.0	2.6	5.6	16.1	26.9	5.1
	全体	1.2	3.1	4.7	13.1	23.4	4.6
イングランド	男性	3.6	3.3	5.9	20.5		6.2
	女性	1.4	2.6	5.4	22.8		6.2
	全体	2.3	2.8	5.5	22.0		6.2

(数字は%)

資料 日本：東京都調査（1980年）

イングランド：Kay D. W. K. 他（1970年）

出現率に関しては他にも多数の調査があり、必ずしも一致しないが、65歳以上の全老人の5%前後というのが一般的である。痴呆の原因が脳血管性か老年性痴呆かによってもちがいがあるので単純な比較は避けなければならない。しかも、痴呆による障害の程度も、症状の軽いものから重いものまで、相当に違いがあり一概に論ずるわけにはいかない。

しかしどの調査研究にも共通なのは、年齢が高くなればなるほど出現率は高くなるということである。60歳代で1~2%なのが、80歳になると10%を超え、85歳をすぎると20%以上に達する。そこで高齢化社会の定義にもどるが、老人人口が全人口に占める割合が増加するだけでなく、老人の中でも高齢老人の占める割合も増加するので、当然の結果として、痴呆性老人の人数は加速度的に増加することが予想されるのである。

1980年の痴呆性老人の人数は全国で50万人といわれた。重い症状の人はこのうちの3分の1以下であるので、すべての人が全面的に介護を要するわけではない。将来の人口予測と各年齢別の出現率（1980年の東京都調査）の関係で、今後の数字を算出すると、1990年78万人、2000年に110万人に達すると考えられる。その後も超高齢老人の増加に伴い、着実に痴呆性老人は増加していくはずである。

4. 障害老人の家庭介護と老人のニード

身体障害あるいは（そして）精神障害の老人の介護は誰がするのかという問題が当然でてくる。日本の福祉は、日本独特の家族制度に支えられて、家族の中で処理するのが当然であるかのような暗黙の了解があった。

ストックホルム大学で、スウェーデン、イギリス、デンマーク、フィンランド、ノルウェー、ポーランド、アメリカそして日本の8ヶ国を比較して、次のような当然すぎる結果を出している。老人と子どもの同居率が低いほど社会保障費⁽³⁾は高くなるということ、そして日本やポーランドのように多くの老人が非公式的ケア（公費によらないケアで、その主たるものは家族による老人の世話をいう）に依存している国々では施設への老人の入所率が低いということである。

これを逆の読み方をすると、我国は核家族化によって老人が若い世代と共に住むことが少なくなれば、社会保障費は増大し、老人ホームなどの施設も一定数を確保しなければならない。

日本で、65歳以上の老人のいる世帯は1982年の場合、いわゆる三世帯世帯は48.9%、夫婦のみの世帯17.1%、単独世帯10.8%であるが、10年前の1972年には三世帯世帯55.8%、夫婦世帯11.3%、単独世帯8.1%であった（厚生行政基礎調査報告、昭和57年）。夫婦のみの世帯と単独世帯の増加と三世帯同居の減少の傾向は今後も徐々に進行するであろう。

急速な高齢化とそれに伴う障害老人の増加、そして従来の家族制度の変化は、相当の社会的負担を覚悟しなければならないという重大な意味が含まれている。仮に三世帯世帯がある程度維持できたとしても、重い身体障害や精神障害の老人に対する介護を家庭の機能のひとつと考えるなら、家族、特に女性の役割の限界をはるかに越えた重荷を家庭に背負わずことになる。

痴呆性老人の場合に関して、バーグマンK. とジャコビィB. (Bergmann, K & Jacoby, R)

は、「痴呆性老人の地域ケアの限界と可能性」という文章のなかで、痴呆性老人の介護が家族に背負わず重荷を次のよっつに分類している⁽⁴⁾。

1. 実際的かつ個人的なケア（例、清潔の介助）
2. 行動（例、攻撃、睡眠を妨げるなど夜の問題行動）
3. 痴呆が、老人との人間関係を変えてしまったことを悲しむ
4. 介護者の家族関係、仕事、社会生活への影響

老人の側からすれば、いかなる障害があろうとも、自分の生活を自分で決定する「主体性」と、できるだけ長く最大限、あたりまえの環境で生活する機会をもつべきだという「ノーマライゼーションの原理」を尊重し、そして、老人をひとりの人間として全体的にみるという意識を定着させてほしいという要求がある。

高齢化社会が進行し、高齢老人の増加に伴い障害をもつ老人の率が上昇し、他方では核家族化あるいは家族の役割の限界をこえる介護により、上述の老人のニーズと衝突をおこすことが予想される。それを解決するのは社会的サービス以外にはない。社会の連帯により、互のニーズを充足させることになる。

我国は地域や家庭へのサービスが乏しかったり、無かったりという現状に加え、中間施設の設置が捗捗しくない。したがって、我国の社会資源の活用の仕方は、老人に重い障害が生じて家庭介護が難しいとなると、特別養護老人ホームの入所、あるいは総合病院、老人病院、精神病院への入院ということになる。中間をとばした二者択一という融通性のない選択を迫られる。家族のニーズは充分とはいえないまでもある程度は満たされるが、老人のニーズはどうなるのだろうか。

老人、家族、社会のニーズが矛盾しない形での社会的サービスについて、特に痴呆性老人に焦点を合わせて報告してみたい。

5. 中間施設としての痴呆性老人デイ・センター

ロンドンのカムデン区にあるラグラン・センターにその例を見てみよう。

(1) 利用者の特徴

老人性痴呆や精神障害により失禁や人格障害などのある老人を世話している家族で、ストレスがたまって一時的な援助を必要としたり、あるいは一時的に休養を要する人達を助けようというのが本来の意図であった。しかしながら定期的通所を求める要求が大きくなってきて、現在ではその要求にこたえて、保護的な環境で世話をしている。利用者は25名定員のところを、毎日30名が通所してくる。利用者は顔ぶれも、通所理由も非常に流動的で変化しやすい。

私が訪問した1984年1月現在、利用者は44名であった。通所回数に関しては、20名が月曜日から金曜日まで毎日週5日通所しており、6名が4日通所、その他18名が週1日から3日通所している。通所理由として多いのは、ひとり暮らし12名と家族の勤務10名で、その他、家族に問題がある6名、家族を介護から解放6名などがある。なかには、妻が痴呆で91歳の夫を介護から解放させるのに妻が2日だけ通所しているという例もある。

利用者の年齢は、利用者そのものが流動的であるのではっきりしないが、平均年齢は75歳ぐらいで、年齢の範囲はごくまれに50歳ぐらいの若い利用者（初老期痴呆であろう）があるが、95歳ぐらいまで相当の中がある。男女比は圧倒的に女性が多く、女性5に対して男性1ぐらいの割合である。

年間を通してみると、約半数の利用者がひとり暮らしで、週末や夕方などは他の援助サービスを利用し、地域の自分の家で生活している。このセンターの利用者はそのほとんどが、プライマリー・ケア・サービスの担当者によってセンターに照会されて入所してきている。暴力歴のある人は通常は対象からはずされている。

(2) 利用者へのサービス内容

センターは週5日間、開いている。ほとんどのイギリス人が休暇をとるバンク・ホリデーもクリスマスにも開ける。

サービスは風呂(申し出による)やトイレなど身体的ケアを強化し、昼食を提供し(本人負担は30ペンス)、さらに個々の利用者のニーズに応じて“楽しみ”を提供している。地区のサイキアトリック・ナース(精神医学担当看護婦)が毎週センターを訪問するし、足を治療したり爪を切る専門職、カイロポディスト(chiropracist)のサービスもある。美容師が来て、利用者の髪の手入れにあたっている。

創立以来9年間、定員を割ることなくセンターの利用が続いているのは、このセンターが高い価値のあるサービスをしていることを明確に証拠づけているからだと自負している。老人性痴呆や精神障害のある老人が清潔にたもたれ、心地よく生活し、何かに専念することができるために、職員が利用者に対して陽気にそして注意深く接することを第一にしているという。

職員は、所長1名、指導員2名、補助職員3名、用務員2名、調理係1名が専任で、その他外部の専門職員が必要に応じて来る。

センターでは身体的ケアに限ることなく、集団活動を奨励し、余暇活動を提供したりして、社会的機能の衰えを防ぐようにしている。約30名の利用者は大部屋にすることが多い。主に2グループに分かれていて、中心におかれたテーブルをかこみ、ゲームをしたり、作業をしたり、雑談をしたりするグループと、そのディ・ルームとよばれる大部屋の脇にまわく置かれた肘掛椅子に座ったり、編物をしたり、本を読んだりして集団の中には入らないで個別に自分の活動をする人達のグループがある。利用者がいっしょに歌をうたったり、音楽的活動をしたり、運動をしたりという共同活動も取り入れている。

しかし、利用者はコミュニケーションに障害があるし、どんな活動であっても長時間に

わたって興味を持続するのが難しいので、職員は根気を要する。

少人数または個別にいわゆるリアリティ・オリエンテーションにより、現実への方向づけのための訓練も実施している(「呆け」への心理学的アプローチである Reality orientation は低下する知的機能をくいとめ、呆けの進行をおくらせ、現在のレベルを維持しようとする訓練で、欧米で広く取り入れている)。

利用者は、ディ・センターのある区に住んでいるので距離的にはそんなに遠いとはいえないが、障害のために90%以上が自宅からの通所が難しく、自宅とセンターの間の送迎は2回に分けてバスでおこなっている。

カムデン区はこのセンターと同様の機能をもつセンターを他に設立する計画があるが、近い将来、実現するのは難しそうである。問題は適切な用地の確保と費用だという。

(1984年1月8日訪問)

住所 RAGLAN DAY CENTRE
RAGLAN STREET
LONDON N.W.5
ENGLAND

以上、痴呆性老人を主として対象にしているディ・センターの例を報告したが、早期に発見し、できる限り痴呆が重くならないようにするための課題が出てくる。地域の保健活動のネット・ワークの充実により、ケアの必要な老人をチェックできる体制を充実させなくてはならない。

初期のあるいはあまり重くない精神医学的障害をもつ老人は一般の開業医(家庭医)でもわかりにくいことをバーグマン、Kとジャコビィ、Rは発見し、老人の精神医学的問題への公衆衛生からのアプローチは、その可能性のある老人達のスクリーニングと評価であることを示した。それまでの疫学のおよびその他の研究から、精神医学的に傷つきやすい老人とは次の6項目であるとした。

1. 75歳以上の独りぐらしの人
2. 最近、肉親と死別した人
3. 最近、病院から退院した人

4. ホーム・ヘルプや地域サービスを求めている人
5. 施設ケアを望んでいる人
6. その他の理由で自分の家に住むことを断念している人

彼らの研究によると、地域で生活している老人の80%は精神医学的障害はないが、10%の老人が潜在的に治療を必要としているという高い数字を示している。

日本の状況を顧みるなら、ラグラン・センターのような痴呆性老人のデイ・センターや次に述べるデイ・ホスピタルなど中間施設が無いに等しいし、ホーム・ヘルプ・サービスも焼け石に水、しかも地域保健活動の貧弱なこと、頼りになるのは家族制度に支えられた家族による介護という四面楚歌の状態であって、バーグマンらが提唱するような援助を必要としている老人を発見するための規準などが地域で用いられる段階ではないといえる。しかし、これらの項目は、本人あるいは家族が社会に対して出しているSOS信号である点はかわりない。

6. 中間施設としての痴呆性老人デイ・ホスピタル

痴呆性老人のデイ・ホスピタルについては見学の機会がなかったので、文献の紹介により概要を紹介する。

ロッジ, B. (Brian Lodge, 1980)⁽⁵⁾は痴呆性老人のデイ・ホスピタルについて、身体的障害の老人のそれと比較して次のように述べている。身体的な老人病のデイ・ホスピタルでは、患者が自立した生活ができるように一定期間治療して、援助サービスの有無にかかわらず退院は、地域への復帰ということになる。それに対して、器質的精神障害の老人のためのデイ・ホスピタルは痴呆者を扱うので、患者は行動障害のために動きまわり、送迎中も病院のなかでも監督を必要とする。セラピィは低下した知能の限界内で可能な限り自立した水準を維持することに向けられる。退院とは通常、老人ホームへの入所か病棟への入院ということになるが、死亡したりデイ

・センターへ移る場合もある。通院は長期に渡る傾向があるが、入院までの措置として短期間使われることもある。

デイ・センターとの関係は、デイ・センターの方で世話ができて、本人もセンターの介護プログラムを受け入れているうちはデイ・センターに通所していて、行動問題に対処しきれきれなくなった時、医療および看護職員がいるデイ・ホスピタルに通院する必要性が出てくるという。

ウィルコックス (Wilcox, F. M. 1983)⁽⁶⁾らは老人のデイ・プログラムには次のような複合的な目的があると述べている。

1. 身体的、情緒的に障害のある老人の社会化をはかる。
2. 家庭や地域での生活を維持させる。
3. 総合的サービスを提供する。
4. 不必要な入院を避ける。
5. 障害のある老人を介護している家族を援助したり、骨やすめをさせる。

要するに、老人に対してはノーマライゼーションの原理を尊重し、そのための手伝いをする事、そして介護者に対しては、負担を軽減するという、ふたつのニードをデイ・ホスピタルの治療プログラムは充足させることになるといえるだろう。

さて、デイ・プログラムの効果はどうであろうか。ニューヨーク州のよつつの精神医学センターのひとつハッチングス精神医学センターは、1960年代に地域に根ざした公衆精神衛生治療のバイオニアとして発足し、1967年に最初の心理的な老人病のデイ・プログラムをはじめ、15年の歴史をもっている (Wilcox, F. M. ら, 1983年)。その報告を見てみたい。

1980年にこの部門に参加した91名の患者についての報告がある。地域に住んでいる人が61.6%、ケア・ホームやナーシング・ホームなどに入所中の人が35.2%である。診断名は器質性脳障害(痴呆) 34.1%、感情障害(うつなど) 31.9%、分裂病と分裂性感情障害 26.4%、その他の障害(アルコール濫用、パラノイア、不安、適応障害) 7%であった。

長期治療プログラムを組んでいて、治療に要した平均月数は40.1ヶ月で、感情障害33.4ヶ月、器質性脳障害37ヶ月、分裂性障害51ヶ月であった。感情障害の78.6%が良好な方向に向かっているのに対して、分裂性障害の58.3%に変化がみられなかった。

器質性脳障害、痴呆の患者については、約半数はそれまでに精神医学的治療を受けたことがなかった。この患者達に多く見られた症状は、記憶障害74%、失見当識58%、うつ48%、社会的行動障害29%、不安29%そして妄想23%であった。痴呆性患者は治療してもより悪化した者が19.4%含まれている。特に全患者のうちで悪化した者は91名中10名いたが、そのうち6名が器質性脳障害の患者であった。

しかし、著者達自身も驚いているが、器質性脳障害の患者の45.2%に改善がみられている。社会的行動、管理上の問題点、不安、うつが良い方向に向っている。これらの特殊な症状が薬物によって軽減されたことと、ディ・トリートメントという治療環境の構造と日常性に適応したことによると考えられると、この改善を分析している。

さらに、痴呆老人のディ・プログラムは世話をする家族などの重荷を軽減するのに役立つということを指摘している。このようなディ・プログラムがなければ、家族は老人を施設に入れる以外に方法がない人がある。ここへ痴呆性老人を照会したのは、家族36%と社会的機関19%が多く、他の精神医学的サービスからの照会者はほとんどいないという特徴も、このディ・プログラムが家族の重荷の軽減に役立っていることを裏づけている。痴呆性老人の問題行動、不安、うつをやわらげる効果があることが実証されたが、しかし、逆に悪化する人も多いのは脳の器質的病変そのものをくいとめるのは難しいことを物語っている。

7. 老人アパートの痴呆性老人へのサービス機能

スウェーデンでは老人ホームの入所や長期

滞在者病院の入院を極力おさえて、老人に地域サービスを充実させることにより、なるべく地域での生活を維持させようとしている。ぎりぎりまで自宅で生活した老人は、地域の年金生活者アパートとサービス・ハウスを直結させた住居に移り住む方法がとられている。身体障害や精神障害の老人とて例外ではない。1983年に開所したばかりの「トラネヴェリー年金受給者アパート・サービスハウス」の例を参考に、障害ある老人の自立した生活とは何かを報告してみたい。

地下1階、地上4階（一部は6階）の近代的な建物である。地下1階と地上1階にサービス・ハウスの機能が集中しており、地上2階から上が年金生活者のアパートになっている。

ストックホルムの市の中央から電車で20～30分のアルヴィック駅のすぐ近くにある。ここに限らず、この種のアパートやディ・センター、病院は駅の近くにつくられている。

この地域に住んでいた老人達であるので、地域とのかかわりも強く、老人ホームや老人病院に入るよりも気持の上での抵抗も少ない。このような年金者用アパートの数は充分とはいえないまでも、特別に入居が難しいというほどでもなく、かなりの人が利用できる可能性がある。しかも、大都市ストックホルムおよび周辺だけでなく、広くスウェーデン全体をおおっている。

(1) 入居者の特徴

トラネヴェリーの場合106戸に126名（うち15組が夫婦）が住んでいて、平均年齢は83歳である（1984年3月現在）。入居の条件に、この近辺に住んでいたこと、という項目があり、ほとんどの人が近所の一戸建の住宅に住んでいた老人達で、子供、孫、知人の訪問も多い。

スウェーデンでも以前は、この種のアパートに入る対象者は健康な人というのが条件になっていて、例えば、自分でトイレを使用できない人は入居できなかった。しかし現在では本部に連絡する能力（電話をする、ボタンを押すなどの方法）があれば入居できる。こ

の背景には、高齢化が一層進み、超高齢老人が増加しているスウェーデンで、老人ホームのみならず長期滞在者病院にいる老人にもできるだけ地域にもどってもらって、コミュニティ・ケアをすすめながら自宅（このような年金受給者用アパートを含む）で、そして住みなれた土地で自立した生活が営めるようにしていることがある。その証拠に、老人人口が減少していないのに、老人ホームは定員も在籍者も年々減少している。

入居者126名中、完全に独力で生活できる老人は20名のみで、その他の人は何らかの介助を要する人達である。要介助で特に重い人には歯みがき、洗顔、髪をとかすことからじまわって、トイレの介助や衣服の着脱の手伝い、洗濯など全面的に介助をしている。このなかには、もちろん痴呆性の老人も含まれている。

住居と同じ建物にある1階のサービス・ハウスのレストランまで、独りで来られなくて介助者が付き添う人は35名（28%）で、4人に1人の割合になっている。この年金受給者アパートは開所後まもないので、今後、要介助の人はもっと増加するであろう。付き添いの理由であるが、肢体不自由のため移動が難しいという場合と、痴呆性老人でレストランまでどうやって行ったらよいか、あるいは自室へどうもどいたらよいか分からない場合とがある。住人のうちの7名は長期滞在者病院を退院して、このアパートに移ってきた人達である。

(2) サービス・ハウスの機能

地下には風呂の設備、地上1階には、洗濯、理髪室、美容室、カイロポディ、KIOSK、食料品の店、図書室、学習室、諸活動の部屋、レストラン、診療所、そして全体の管理部門と受付がある。

レストランは会社経営になっていて、入居者の他、付近の老人や一般の人でも利用できる。4時半に閉まるので夕食用の弁当を頼んでいる人もいる。アパート外に住んでいる老人や障害者の自宅に市の車で、レストランの弁当

を届けるサービスもしている。

診療所の方も外部の老人も利用できる。月曜日から金曜日まで看護婦がいて、きまった注射や投薬をしている。医者は2週間に1度の割合で出張してくる。

管理部門には24時間の緊急連絡用の機械がとりつけられて各部屋とつながっている。入居者が24時間トイレを使用しないと管理部門でチェックできるという方法もとり入れている。

手芸、編物、ビンゴなどの趣味活動とやらで記憶回復トレーニングがあるが、こちらは痴呆性老人を対象とした活動である。

「呆け」がなるべく進行しないように記憶回復訓練をするわけだが、いわゆるリアリティ・オリエンテーションのことである。作業療法士OTとアシスタントが指導者になって6名にこのセラピーを実施している。アシスタントは、「記憶回復トレーニング」の講習会に出て、その技術を習得して、そしてアシスタントとして痴呆性老人の訓練にあたっている。

(3) 職員と住居費

民間の会社にまかせている部門、トラネヴェリ年金受給者アパートおよびサービス・ハウスの専属以外に市や県の職員が多面的にかかわっているのが、延べ人数にすると相当の人数になる。純粋な職員は、看護職員18名（フル・タイム6名、パート・タイム12名）、所長1名、副所長2名、洗濯係1名、風呂係1名、用務員1名、老人活動の指導者4名である。ひとりの看護職員が1日に世話する老人の人数は10～12人である。

家賃は1人部屋43㎡で1,531kr、50㎡で1,623kr、2人部屋は57㎡で1,863～1,881kr、63㎡で1,993kr（1984年3月現在）で5万円から7万円ぐらいである。年金受給者には全額の住宅手当が本人に出るので、本人がその住宅手当を支払うという形式をとる。老齢年金の方は一ヶ月2,200kr（約8万円）であるが、住宅手当が充足されているので、老齢年金で十分に生活していける。

各部屋の暖房は21℃前後にコントロールし

てあり、住人は温度を下げることはできてもあげることはできない。タバコは安全面で監視の必要な人はチェックしてあるし、各部屋に火災報知器がとりつけられ、仮に火事を出しても、隣の部屋に燃え移らない建物の構造になっている。ガスは一切使用せず、台所もすべて電気であるためガス爆発の危険性はない。(1984年3月6日訪問)

住所 SERVICEHuset TRANEBERG
TRANEBERG SVÄGEN 47
SWEDEN

8. 痴呆性老人の最期を看取る精神病院

リングボは1963年にコペンハーゲン市によって最初に建設された老人精神医学看護病院である。280床、12病棟の規模である。同様の病院がコペンハーゲン市に現在、全部で5ヶ所あり、他の病院も同じぐらいの規模である。デンマークでも地域サービスの充実ぶりは日本と格段の差があり、中間施設やシェルタード・フラットが充実しているので、このような病院に入院してくる人は重い精神医学的な障害がある。

(1) 患者の特徴

リングボの1974年から1978年の5年間についてみると、死亡と退院を合せて407名、うち死亡370名、退院37名で、9割以上の入院患者がこの病院で一生を閉じる。1年間に75名が死亡し、退院は7名のみということになる。患者の入院期間は平均すると3年であるが、この病院に13年間いて90歳になる老人もいるから、入院期間が3年よりもずっと少ない患者もいることになる。

これら407名の患者の主たる診断名は、老人性痴呆と脳血管性痴呆を合せて321名がいわゆる呆け老人で全体の8割を占めている。初老期痴呆やその他の器質性痴呆までを含めると痴呆性老人は9割に達する。その他に、分裂病、うつ病、神経症などの診断名の精神障害の人が1割である。

患者がすべて老人というわけではなく、65歳以下の患者は男性20名、女性7名いるが

(1980年1月現在、全患者数267名)、これらの患者が老人達と同様のケアを必要としているからというのがその理由である。平均年齢は男性74歳、女性81歳で、男女合わせると79歳になる。75歳以上の老人は全体の7割以上になる。女性が男性の2倍以上入院している。ほとんどの患者に対して最期のケアを施しているのだから、身体的にも相当の介助を要する。ほとんど介助を要しない7%、かなり介助を要する44%、ほとんどすべてに介助を要する49%で、9割以上の患者が強力な身体的介助を得て生活している。

(2) 職員

患者の定員が280床で職員が280名で、両者の比率は1:1である。精神科医2名、総婦長1名、副婦長2名、看護教員1名、看護婦62名、看護助手128名、PT2名、OT3名の合計201名が直接患者の看護に携わる職員で、その他に非常勤の内科医が2名いる。

リングボでは病気の種類や程度によって病棟を分けていない。患者の状態が悪化したからといって、他の病棟に移すことはしないですむし、このことは精神障害の老人の場合特に重要である。また病棟ごとを平等にすることによって、各病棟の職員の間仕事の軽重など差がなくなるというメリットもあるという。男女別にも分けてない。

(3) 患者の生活

リングボが、ほとんどの患者にとって、のこりの人生をすごす場所になるにちがいないので、入院患者ができるかぎり魅力的にすごせるように試みているという。職員は、患者のために自分が病院にいたのだと肝に銘じ、そして、できるだけ個別に治療しようと試みている。

患者について計画を立てたり、何らかの決定を下す場合、患者を抜きにして話し合いがおこなわれることはない。病院側が親族と話し合う時は必ず患者も同席するようにしている。

病院は特別に面会時間を決めないので、面会の人は望んだ時に病院に来ることができ、

散歩に患者を連れていったり、場合によっては家に連れていくこともできる。身内の人は患者とできるだけ接触するように病院では勧めている。リングボに限らず、この種の病院の入院条件として、身内の人が週に2、3回は患者に会いに来ることというのがある。守らなかったからといって退院させることはないが、患者を入院させればなしにしたための歯止となっている。これは、裏を返せば、身内の者が面会に頻繁に行ける距離にこの種の病院が建設されているということでもある。

病院は患者の習慣やニーズについてできるだけ知るようにしている。例えば、何時頃起床し、就寝するか。何が好物であるかを知って、可能であれば、個人の要求にかなった生き方を患者ができるようにしている。

患者が老齢年金以外に収入がない場合は入院費（1日の入院費は600kr, 約15,000円）は無料になる。ただし精神医学病棟に入院して6ヶ月経過すると年金は停止され、小遣いとして1ヶ月500kr（12,500円, 1983年）が支払われる。患者のほとんどが小遣いを管理できないので、病棟看護婦が手助けをしている。60%を共通費用としてプールし、ここへ出資している患者のためにどのように使用したらよいかを話し合いで決めている。病院の予算にはなくて、日常をわずかに明るくするようなもの、たとえば、ケーキ、タバコ、ワイン、パーティなど共通の費用にあてている。残りの40%は患者が好きなように使うが、お金を取り扱えない人も多いので、個別に看護婦が手伝っている。タバコ、アルコール類、スウィートにあてる人も多い。

収入のある患者は、能力に応じて入院費を払っていて、税金を払った後の60%を払うが、最高額は1日の入院費と同じ600krである。入院患者のなかには1日につき日本円で15,000円を払う人から、入院費はゼロで小遣いをもらう人まで大きな巾があるが、もちろん待遇は同じである。経済的能力に応じて入院費や老人ホームの入居費を払うというのはデンマ

ークに限らず、スウェーデンもイギリスも同じであった。

院内の生活は、他人に迷惑をかけなければすべて自由であるという原則を通してしている。老人達は子どもではないのだから、アルコール、タバコ、起床や就寝の時間、外出（申し出により許可）など本人の意志できめている。

食事は各病棟の食堂ですが、保温運搬車で各自のもとへあたたかい食事が届けられる。週1回、チャーチ・サービスがあるが、患者が望めば近くの教会に礼拝に行くこともできる。毎週、ダンス、映画、歌手をよぶ会など何らかの催しをしている。

(4) 建物

病棟部分は全て平屋建てで、中心に木製の時計台のある広大な公園を輪状に囲んで12病棟ある。どの病棟も同じつくりになっていて、テラスから中央公園に出られるし、長い冬のある北欧のこと、ひさしのあるテラスがその内部にある。

病棟や管理棟の他、教会、大集会室（クリスマスなどの大きな行事に使用）などがある。調理室、機械室、職員食堂など必要な設備も充足されている。地下は核シェルターである。

病棟には、寝室、風呂、更衣室、リンス・ルーム、洗面所、職員の部屋、台所、食堂、休憩室、訪問者（面会者）の休憩室、広い廊下、消耗品などの貯蔵所、テラス、車椅子の収納室、患者の携帯品を預る部屋、病棟ごとの玄関がある。患者は病棟だけにいないで、なるべく外に出るように配慮がある。

（1983年12月6日訪問）

住所 RINGBO

GRANVEJ 14, 2880 BAGSVÆRD
DENMARK

9. まとめ——心身障害と高齢化社会

がん、脳卒中、心臓病などの疾病もさることながら、高齢化社会の到来に伴って、身体障害や精神障害による心身障害の老人は必ず増加する。一方、家族構造は変容している。日本型福祉などといって従来家族制度に依存

した形での心身障害,特に重度の心身障害の老人の介護を家庭の機能に委ねておられるのも,そう長くは続かない.ノーマライゼーションに対する老人のニーズを尊重する時,これらを解決するには社会的サービスの充実以外に道はない.

我国の場合,地域サービスと中間施設の乏しさは歴然としているが,現状のままではないはずはない.日本の老人は自宅に住めないなら,6人が4人1部屋の老人ホームか,病院の大部屋しかないという二者択一の選択を迫られることになる.

高齢化社会の先輩であるイギリス,スウェーデン,デンマークについて,特に痴呆性老人へのサービスに焦点を合せて,柔軟性のあるサービスとは何かについて報告した.紙面の都合で省略したが,ナーシング・ホームにおける痴呆老人のケアと,軽度の痴呆で自宅に住んでいる老人のホーム・ヘルプである.したがって,痴呆性老人へのサービスのうちで,中間施設と,人生最期を迎えるにふさわしい精神病院しか報告できなかったが,これらの施設を求めれば,貧富に関係なく誰でも利用できる普遍化は素晴らしいという印象をもった.カルチュアル・ショックなどという言葉では片付けることのできない.我国の老人福祉の後進性を残念ながら感じざるを得なかった.老人福祉の充実している国は障害者福祉も進んでいる.

1. 参 考 統 計

- Health and Personal Social Services Statistics for England 1982, Department of Health and Social Security, Her Majesty's Stationery Office.
- Statistical Abstract of Sweden 1984 Statistiska Centralbyrån, Liber.

- New Estimates of JAPAN's Future Population, Foreign Press Centre, JAPAN, 1982.
- 第6回身体障害者実態調査,厚生省社会局厚生課,1980.
- 老人の生活実態および健康に関する報告書,東京都福祉局,1980.
- 厚生行政基礎調査報告,1982.

2. 引用・参考図書(本文に使用した順序)

- (1) J. B. Meredith Davies, Community Health, Preventive Medicine and Social Services, Braillière Tindall, 1983, P395.
- (2) Dementia in Old Age, Office of Health Economics, 1979, P11.
- (3) Gerdt Sundström, Caring for the Aged in Welfare Society, Stockholm Studies in Social Work1, School of Social Work, University of Stokholm, Liber Förlag, 1983, P24-29.
- (4) Bergmann, K. & Jacoby, R. The Limitations and possibilities of community care for the elderly dimented(in Research Contributions to the Development of Policy and Practice, Chapter 8), Department of Health and Social Security, Her Majesty's Stationery Office, 1983, P 141-167.
- (5) Lodge, B. Day Hospitals for dementia, The Practitioner, vol 224, 1980, 1077-1082.
- (6) Wilcox, F. M. et al, Day Treatment Program Evaluation (in Mental Health and Aging edited by Smyer, M. A. & Gatz, M. Chapter 3), SAGE publications, 1983, P 63-83.

(1984年9月11日受付)