

痴呆性高齢者と家族ケア

木野本 はるみ

Study on the Increasing Ageing Population Suffered from Senile Dementia and Taking Care of them by their Families

Kinomoto HARUMI

Summary

According to 9/15/02 estimate by General Affairs Ministry, the number of ageing population(aged 65 and over) has reached to 23,620,000 this year and increased 780,000 from last year.

As the ageing population grows, there must be the increase of the ageing suffering from "senile dementia" in Japan. However, there have never been established the remedy for "senile dementia" and for taking care of those ageing population. It is really serious problems for their families to take care of the ageing with "senile dementia" in their homes.

Under these circumstances, I studied the current situation about the ageing population suffered from "senile dementia" and observed the families' activities for taking care of those ageing people. I concluded as follows ;

The family who takes care of the "dementia" patient should study the right knowledge about "senile dementia" and take care of them very patiently and with the warmest heart. In addition, neighboring society has to cooperate with the family and consider to support them as much as possible.

1. はじめに

総人口に占める65歳以上の高齢者人口の割合が急上昇を続けているわが国において、痴呆性高齢者の増加と家族ケアの難しさについては放置できない大きな問題になりつつある。にもかかわらず予防面も治療面も介護面も何をどのようにすればよいのかわからないといった手探り

状態が続いているのが現状である。前回は平成12年2月紀要第20巻において「老人性痴呆症の対策について」のテーマで筆者は痴呆症を取り上げている。したがって一部重複する部分もあるが再度切り口を変え、今回は痴呆性高齢者と家族のあり方を考えてみた。100人の人に「あなたは癌か痴呆症になるとして、どちらを選びますか」という質問に対し、100人中100人が「『癌』を選ぶ」と回答した調査からもわかるように、身体の健康は勿論であるが、更に重要なのは精神や脳の健康である。精神や脳の健康こそ健康で死ぬことの絶対条件ではないか。この精神・脳の健康の重要性と「神の残酷ないたずら」という別名さえある痴呆性高齢者の家族ケアは「鼻で三斗の酔を飲む苦がある」とさえ言われている。この痴呆性高齢者の特効薬は今のところ痴呆性高齢者自身を丸ごと受け入れてくれる家族がいることなのである。しかし、日本では高度経済成長後、急激にいろいろなものが変化してきた。家族の有りようの変化、地域社会での生活のテンポの変化、加えて国際化が進む中、人々の精神的余裕がなくなってきた。このことについて、先般第40回全国大学保健管理研究集会に出席した。そこでのシンポジウムで国立保健医療科学院特別研究員、篠野脩一氏は次の様に述べていた。「現代の最大の病は身体疾患ではなくて、社会的連帯責任の退廃ではなからうか。それは死亡率、罹病率、医療費のような数字としては表われない。しかし、国民特に高齢者やその介護者の不安や消費低迷の源泉となっている。戦後の民主主義は伝統的な封建的思考の枠を破り、個人の権利を自覚させる基礎になったが周りの人への思いやり、優しさ、礼儀などの人の世を柔らかく包み私たちの気持を和ませる文化を破壊した一面は否めない。市場競争、優勝劣敗の資本主義原理だけで進む文明の危なさを感ぜずにはいられない。多くの若者が「関係ない」と人々に無関心であったり、傍若無人の行動をしたり、学校のいじめ、児童虐待、高齢者虐待など毎日のように起こる事件は社会的事件であって、医学が取り組む問題でないと断言して済むことではない」と。このことは言葉を変えれば痴呆性高齢者の居場所がなくなってきた現実を物語っている。保健・医療・福祉など行政による政策は重要であるが、国民一人ひとりがどのような姿勢をとるかということが大切である。そして痴呆症になったとしても安心して暮らしていける条件を家庭内に、そしてその地域に築いていくことが緊急課題である。そのために痴呆症とその症状、レベル等の基礎的な知識をしっかり身につけた上で、痴呆性高齢者を受け入れる受け皿を如何に作るかに視点を置いて研究した。

2. 進行するわが国の高齢社会

総務省の平成14年9月15日現在の推計によると、65歳以上の高齢者人口は2362万人で昨年に比し78万人も増加した。総人口に占める割合も18.5%で過去最高を更新。諸外国の最新データと比しても、イタリア18.2%、ドイツ16.2%、フランス15.9%等を上回っている。更に75歳以上の高齢者人口をみても1003万人と初めて1000万人を超え、総人口の7.9%を占める65歳以上は国民の5.4人に1人の割合になっている。また、65歳以上の高齢者2362万人のうち、85歳以上の高齢者は現在約160万人とされ、2010年には約230万人、2030年には約330万人となり、高齢者10人

に1人は痴呆性高齢者になるとみられている。また、東京都の調査で次のような驚くべき数字が示されている。65歳から69歳における痴呆性高齢者の割合は0.7%であるが、加齢と共にこの割合は増加していき、85歳以上では19.3%に昇る。現在85歳以上の人は251万人との数字が出ているからその19.3%であれば約48万人が痴呆性高齢者ということになり、ほぼ5人に1人が痴呆性高齢者であるということになる。

3. 痴呆症の基礎的な知識

3・1 痴呆症とは

痴呆症とは主として脳細胞が著しく減少したり、脳血管が損傷を受けることによって起こる脳の器質的な障害により、全般的な知的機能が低下することで日常生活や社会生活を営む上で支障の生じる状態と言われている。したがって疾患というより、症状・状態であると考えられる。痴呆症は大別して二つのタイプに分類される。その一つが脳の萎縮による「アルツハイマー型痴呆症」である。初老期の40代後半から60代前半にかけて発病し、脳神経細胞の脱落消失などのため、大脳皮質が次第に萎縮し痴呆を来す進行性の痴呆疾患で1906年にドイツの病理学者アルツハイマーが学会に発表したことから、この病名が使われるようになった。しかし、その原因はまだ解明されていない。現在DNAの解析結果を各種疾患の診断・治療・予防に役立てるための研究が世界レベルで始まっている。その研究の過程でβアミロイドたん白の前駆体の遺伝子に突然変異をきたしている家族性アルツハイマー型痴呆が存在することが判った。ミトコンドリアDNAも早発性アルツハイマーの原因遺伝子ではないかとも言われている。今聞いたこと、今話していたことが分からなくなり、物忘れが多くみられる。また、周囲のことに関心を持たなくなり、感情の低下、意欲の消失という状態も起こる。性格の変化がみられる等が一般的な症状で進行の症状も人により差があるとされる。特にアルツハイマー型老年痴呆では過食、拒食、異食など食行動の異常が多くみられる。飲水量が少なくなることも特徴の一つで脱水を起こしやすい。

もう一つが脳血管性痴呆といわれるもので脳血管の障害によるものである。脳血管の動脈硬化、脳梗塞、脳内出血によって脳の組織の一部に血液循環障害が生じ痴呆を起こす。また、小さな脳梗塞などを何回も繰り返して起こすたびに痴呆の症状は進む。「多発梗塞性痴呆」と呼ばれるものである。しかし、脳血管障害を起こすと、すべての人が痴呆症になるというわけではなく、脳血管性痴呆の場合はしっかりした普段と変わらない状態の時と、そうでないおかしいと感じる状態の時が入り混じる「まだら痴呆」である。これは介護する人を戸惑わせる場合が多々ある。そしてこの痴呆症は一般に記憶障害はあっても、判断力は維持されていて人格の崩壊は認められないと言われている。以上の二つの型の他、50代から60代に多い「ピック病」がある。これはこれまでの人格から考えられない反社会的行動が目立つ。また、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、アルコール中毒等によって痴呆症が起こる場合もある。この場合はその原因となる病気を治すことによって痴呆の状態が好転する場合もある。また、痴呆症と間違われやすいものに

「仮性痴呆」がある。うつ病，老人特有のうつ状態，体調が悪い時，使用している薬剤によっても痴呆症によく似た状態を起こすこともある。この場合は適切な診断が必要である。

3・2 よくみられる症状について

3・2・1 記憶障害

物忘れがひどくなる。記憶とは，新しい印象，事実を脳に刻みつける能力である「記銘力」，それをしっかり覚え込んでおく「保持力」必要な時にその事実を思い出す「想起力」で成立つ。痴呆症の場合，このうち「記銘力」が低下する。ものを忘れるというよりは初めから十分に脳に刻み込まれないため，新しいこと，今聞いたこと，今していたこと，最近の出来ごとなどは覚えられない。今済ませたばかりの食事さえ忘れてしまう。しかし，過去に脳に刻み込まれ覚えていた事柄などは割とよく保たれていて「保持力」はある。したがって古い話，同じ話を何回でも得意にするものである。但し，途中で話が切れるとまた初めからということがたびたびある。

痴呆症の進行と共に「想起力」も低下する。過去の出来ごと等も全く思い出せないようになり，自分の年齢，生年月日，職業，子どもの名前，顔さえ忘れて分からなくなる症状が現れる。「あんた誰や」が起こる。

3・2・2 計算力の低下

計算ができなくなる。まずお金の計算ができない。買物で支払いができない。つり銭がいくら分らないといった間違いが目立ち，それが高じ，スーパーや商店などで手当たり次第品物をかごに入れ，そのまま店外へ出ることが苦情を招き，家人が困ることが起きる。

3・2・3 思考力・理解力・判断力の低下

思考が途切れ途切れになり，表面的になる。物事に対して理解する能力が低下すると共に「判断力」も低下する。たとえば世間話の会話の中で一寸した質問をすると答える反応，その内容がおかしいと気付くときがある。

3・2・4 意欲と関心の低下

仕事，家事などにやる気や関心がなくなり，何となくぼんやり過すことが多くなる。趣味についても無関心になる場合もある。たとえば新聞，本などを手にしなくなる。たとえ手にしていなくてもぺらぺらめくっているだけで読んでいない。テレビはつけているが画面に見入っている様子は見受けられなくなる。

3・2・5 性格の変化

まず元来の性格が誇張される。呑気だった人は無節操さが目立つようになる。短気な人は

より短気になり、周囲の人に当り散らすとか、怒声を発する。また性格が急変して今まで大人しかった人が逆に怒りっぽくなったりする。

3・2・6 感情失禁

感情のコントロールができなくなり、一寸した動機で強い感情の変化が現れる。些細なことで涙もろくなり、僅かなことで大喜びしたり、突然怒り出したりする。

3・2・7 見当識障害

見当識には大きく三つの柱がある。時間（時、朝昼夜など）、空間（場所、自分の今おかれている状態）、人物（自己、誰なのか、名前は）。この見当識に障害が起これば見当がつかなくなる。

3・2・8 人物誤認

3・2・9 徘徊

本人にとっては、それなりに理由はあると考えられているが、客観的にみた場合目的もなくウロウロと歩き回って家の中、屋外まちまちで夜間徘徊もある。

3・2・10 幻覚

幻視・幻聴のことである。

3・2・11 妄想

客観的にみて誤った考えであっても、そう信じて疑わなかったり、そう思い込んでしまう。中でも「被害妄想」が一ばん多くみられる。財布を盗まれた、ごはんを食べさせてくれないなどである。

3・2・12 執着

持ち物に非常にこだわりが強くなる。物を大切にする。大事にしまい込むということは別に一般的な場合もあるが、それが非常に強く現われる。そしてその対象が客観的にみて何んでもない物の場合が多い。たとえば食べ残した一切れの物などに異常に執着をもつ。

3・2・13 夜間せん妄

夕方から夜中にかけて興奮して大声を上げたり、奇声を上げるなどで騒ぎ出す。

3・2・14 失語

この場合の「失語」は脳の障害によって言葉が出にくくなる。また他人の言葉や話が聞きとれない、理解できないという症状も失語という。但し、聴覚障害があつて聞こえない場合、痴呆症状によって表現力、理解力が落ちている場合は失語とはいわない。

3・2・15 失行

運動系に障害はないのに、自分の意志によってある動作をしようとしても、正しくその行為を遂行できない。服の前後が分からない。服の袖に頭を入れたり、足を突込もうとする。

3・2・16 失認

見たり、触れたり、聞いたりする感覚は障害されていないのに、知覚対象の意味が正しく認識できなくなる。つまりその物が何であるかの認識がなくなってしまう。印鑑をかじったりする人がいる。

3・2・17 異食

失認から生じる行為の一つで、一般には食べない、食べられない物を食べられる物と思う場合、有吉佐和子の『恍惚の人』の主人公「茂造」は亡き妻の骨を骨壺から取り出し、食べようとしたことはその例である。その他便を口にすることもある。特に空腹でというのではなく、所在なさ、淋しさからふと目にした物を、それが何であるかを認識しないまま口に入れるのである。

3・2・18 失禁

全く便意・尿意さえ感じずにそのまま排泄する場合である。

3・2・19 放尿・放便

失禁と似ているが、大・小便はトイレでするのだという行為が分からなくなっているためにどこにでも放尿・放便をすることで室内外を問わない。極端な場合は押入れの襖を開けてすることもある。本人は便・尿意があつて自分の意志でしているのに違いないが失認による場合がある。

3・2・20 弄便

大便をもて遊ぶ行為である。

3・2・21 独語

相手がいないのに一人でものを言っている。

3・2・22 作話

再生の障害のために起こるもので、記憶が断片的になったり、曖昧になると、それを埋め合わせるかのように適当な「事実とは異なる話」等を挿入して話の辻つまを合わせる。

3・2・23 収集癖

客観的にみて、何故あんな物を、こんな物と思われるような必要性のない物を集め回る。

3・3 痴呆症のレベルについて

専門家によると、「痴呆症には個人差がある。痴呆症を障害としての側面から捉えると異ったレベルに区別することが必要となる。一口に痴呆症として片づけるのではなく、さまざまなレベルの要因が重なり合ったものと考えられる。」と。

まず、痴呆の要因となった疾病は何なのかというレベルがある。大別すると、アルツハイマー病によるもの、脳血管性疾患によるものがあると前記した。特に病気がないというケースもあり、その状態を見極めておく必要がある。脳の機能障害のレベルを区別することも必要である。脳のどの部分が障害されているかによって「記憶障害」や「判断力障害」や「運動障害」等の異なった障害が現われる。また、その人の置かれている生活環境や家族とのコミュニケーション障害の現われ方が異なってくる。更に実際の痴呆症状はより複雑な要素によって影響を受けるといわれている。

- (1) 各レベルで障害のある部分と、健康な部分が併存していること。
- (2) 疾病の進行速度と回復の作用
- (3) 生活やコミュニケーションが良好になれば脳の機能障害の進行が鈍化したり、回復することがある。
- (4) 加齢に伴う諸機能の衰え

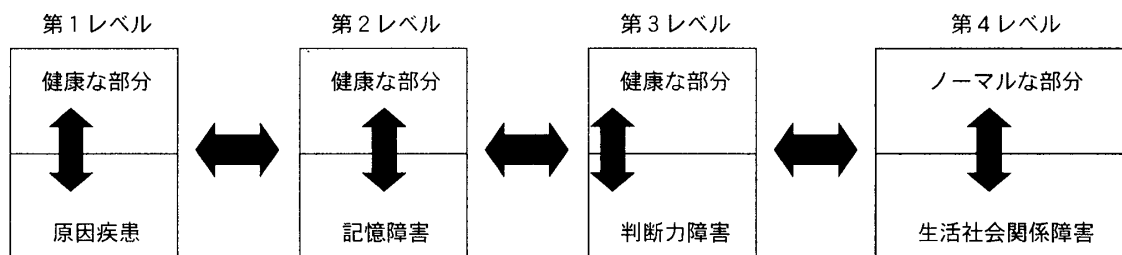
以上のようにいろいろな要素が複合して、不安定な均衡状態にあるのが痴呆老人である。

診察を受けて分る場合と、人間関係や生活環境を長時間みないと分らないレベルとがある。そのそれぞれのレベルごとにどんな対応が必要なのかを考えなければならない。しかも各レベルは環境や時間とともに変化し、生活や精神状態が安定すると障害がある脳の部分を他の部分がカバーするという脳の再生力によって症状が回復する人もいる。そのためには、落ち着いた生活環境と人間関係、その人が積極的な役割を果たせるような場面が必要である。いわゆる日常生活、家族関係、地域の関係が非常に左右する要因となり、それぞれへの対応が大切である。

3・4 痴呆症の原因とみられるもの

現在考えられている痴呆症の原因となるものを簡単にまとめると次の5つが考えられる。

- (1) 脳組織に何らかの障害が生じたとき



出典 石原康次著『形成期の痴呆老人ケア』北大路書房 1999年
痴呆による障害の4つのレベルと相互関係

- (2) 身体的な悪条件（寝た切りや病気が長期間続いている場合）がきっかけとなるもの
- (3) 心理的要因によるもの
 - 定年退職，ストレス，家庭内トラブル，身近な人との死別
- (4) 生活環境の急激な変化（入院・転居等）
- (5) 知的刺激の欠乏

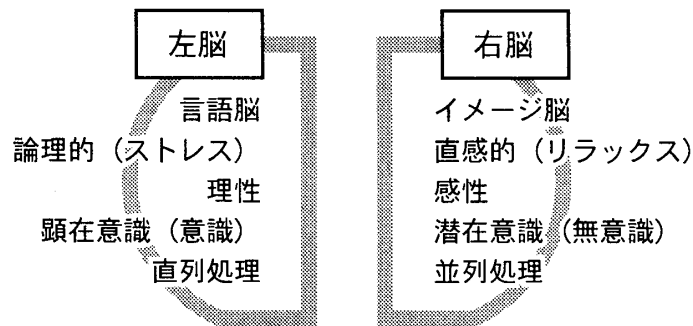
最近よく聞くことばに「老後を楽しんで過ごすには、身体健康は勿論、更に重要なのが精神や脳の健康である」と。異論を挟む余地は筆者にはないし、尤もなことである。

では、どうすればよいのか？答えは簡単でない。例えば上記の痴呆症の原因となると考えられる事項でも(1)(2)は努力と意識して避けることは可能かも知れないが、(3)(4)(5)になると人間社会において避けて通れない事でもあるし、意識してできることかと言われれば即答が難しい。

「楽しい老後」を送るためには、身体健康とともに、精神や脳の健康にも気をつけなければならない。痴呆症とまでもいかななくても、年を重ねるごとに気になってくるのが「物忘れ」である。一寸したことを忘れてたり、人の名前が思い出せない。40代を過ぎると70%もの人が「物忘れ」に不安を感じていることがあるという。加齢とともに脳の神経細胞の脱落が進み、脳の重量も成人の頃より軽くなっていく。これは脳に萎縮が起きるためである。運動しなければ筋肉が衰えるのと同じように、脳も使わなければ機能がどんどん落ちていくのである。

人間の脳は、右脳と左脳に分かれ、ほとんどの人が通常の社会生活を送る上で使っているのは論理的で、言語や理性を司る左脳だと言われている。左脳だけを酷使して右脳を使わないでいると、脳全体のバランスが崩れ、活動レベルが低下していく。これを脳の「廃用性萎縮」という。進行すると痴呆症の大きな原因になるという説もある。この「廃用性萎縮」を予防するためには、単調な毎日を避け、右脳を使うようにするのがよいとされている。右脳は直感的でイメージや感性を司るので、趣味を楽しんだり、景色に感動するなど情緒に訴えかけることにより刺激される。

阿川弘之の作品に海軍大将を描いた『米内光政』という書がある。その中で、85歳の前田稔海軍中将が毎日ソ連共産党中央委員会の日刊機関誌『プラウダ』を読んでいる。「何故そんな難しいものを読まれるのですか」という問いに「脳の防腐剤だ」という下りがある。まさにこれは知的刺激欠乏を防ぐためではないかと考えられる。



右脳と左脳の違い

言志四録の中で佐藤一斎は

「学は一生の大事，少にして学べば即ち壮にして為すことあり，壮にして学べば即ち老いて衰えず。老いにして学べば，即ち死して朽ちず」というのがある。まさに脳の活性化のためには，学は一生の大事である。

4 痴呆性高齢者介護対応の基本

介護される側に立ってよりよい接し方が大切なのは言うまでもない。特に痴呆性高齢者の介護は，その症状，状態を理解した上で対応しなければ折角の介護も逆効果になる可能性は高い。痴呆症の人は，知的能力の低下とともに，機能面でも低下を来す。しかし，表情面（情緒面）は豊かに残るとされるのが一般的と言われている。唯，自発性に欠けており，感情の表出も乏しくなっているため，一見感情的に余り反応しないようにみえるだけなのである。介護する人の一寸した言葉，心ない言葉遣いや態度によって傷つく時が多い。これは痴呆症の高齢者だけとは言えないが，痴呆の人の場合は，その結果症状に動揺をみる場合が少なくない。また，厄介者扱い，「厭だなあ」という顔付き，知能低下による見当違いの言動などに強く注意されると混乱したり，当惑するためにかえってせん妄や抑うつ状態になり，自分の失敗したこと，物忘れを一生けん命とり繕い，言訳けをしようと努力しようとしている人に対して，それを嘆いたり，非難することは何の意味もないどころか，悪くなりこそすれ，よい結果を得ることはできない。文字を思い出させよう，計算をさせよう，物事を思い起こさせようと無理に強要することも益のないことである。

介護に当たる人の接し方次第では，老人の表情も生きてくると痴呆老人の介護経験者から聞いた。痴呆性老人の表情を見れば，接する人の対応のレベルがわかるとも言われ，痴呆性老人の表情そのものが介護する人の鏡であり，マニュアルそのものである。

まとめてみると

(1) 常識的な対応の誤まりを知ること

痴呆症と言え，人はそれなりに自尊心がある。誤りを指摘して，教えるという方法は常識的対応であって，痴呆症の場合は適用しないことを知る。

- (2) 事実誤認への対応としては、まず受け入れ、受け止め、否定しないこと。真正面から対応することは介護する側のストレスになることもあり、結果的には痴呆性高齢者を困らすことになる。
- (3) 失敗行動での対応としては、叱ったり、くどくどと理由を聞かせて説得させようとしな
いこと。極論すれば、生命を脅かさない範囲のことであればそのままよいのではないか。
危険物は介護者が目につかないようにする気配りこそが大切である。

以上を踏まえて、痴呆性高齢者へのよい接し方を考えてみた。まず、家庭に痴呆老人が出た時には、特別な対応、介護方法があるように受け止められ勝ちである。一般的に難しいことである。いろいろの書物で注意事項は示されているが、介護する上での心掛けとしては、人間であり、一人の老人であるということを認識することにある。余り目を近づけ過ぎて、まばたきもせず見ていると、対象がぼやけて却って物事の主体が見えなくなるのではと考える。このことから

- (1) 異常行動のみに目を付けない
異常行動の事実だけを全てとみるのではなく、一人の高齢者として、全体的に捉えてみる。
 - (2) 人間としての尊厳維持への協力
生きとし生ける者すべてにその人格は認められるべきは勿論、呆けたりと言えども同様である。
 - (3) 頭、手、目、心、足を使うこと
「頭」でどう対応するのか、それは介護者の能力である。「手」は適切に差しのべられる手であること。「目」見守ることのできる目、目配りの行き届く目、「心」はいとおしいと感じる心、配慮する心、「足」歩み寄れる足
 - (4) 知的能力は低下しても、感性は残るということを忘れてはならない。
 - (5) 納得について
納得してもらえるのではなく、納得する力を介護者が持つこと。あるがままの状態を受け入れ、止めさせよう、わからせようと説得しないこと。
 - (6) ペースを合わせること。
 - (7) 焦らずにゆっくりと、一度に多くを望まない対応を心掛ける。
 - (8) わかりやすく、繰り返す心掛け。
 - (9) 叱るよりも、ほめる心掛けを。
 - (10) 孤独にしないで仲間をつくること。
 - (11) よい刺激を与え、寝込ませない心掛け。
- 以上の心掛けが介護に当る者には必要である。

5. 考 察

国連による分類では、65歳以上の人口が全体の7%を超えるのを高齢化社会といい、14%以

上を高齡社会という。日本は1970年に高齡化社会になり、1994年に高齡社会になった。1972年、日本が高齡化社会になったばかりの頃出版されたのが有吉佐和子の「恍惚の人」である。まだ痴呆性高齡者が社会問題化されていない時代の作品である。痴呆老人“茂造”が実にさまざまなトラブルを巻き起こし、家族が振り回される。家族は茂造の世話をする長男の嫁との関係を猫や犬とその飼主のようだという。痴呆になると、世話をしてくれる人だけに反応し、動物的な感覚になると思われる。疲れ果てた嫁は、地域の老人福祉課に相談するが収入面や、徘徊という状態では入所は拒まれた。徘徊については人手不足との理由であったが、在宅で家族に囲まれて生活するのが本人にとって幸せだと悟される。このことは30年後の今日を暗示していたように思われる。拘束をしない介護の基本から、痴呆性高齡者特有の時間や場所が分らなくなった見当識障害を解消する訓練「リアリティ・オリエンテーション」や記憶機能を刺激し、精神的安定感を与える音楽療法、回想法ではテレビ回想法が痴呆の新しいリハビリ法として注目されている。このテレビ回想法は、洗濯板を使った洗濯風景など昔の暮らしが映像により視覚を刺激し、高齡者に子どもの頃の出来事や古い道具の使い方など、過去に体験したことを思い出させ、それを他の人と語り合うことで残された能力を引き出し、痴呆症状の進行を予防しようと試みられている。

他、アニマル・セラピー（動物介在療法）ともいうが、犬や猫などのペットと交流することで得られる様々な刺激が、生理的、心理的、社会的な効果をもたらす。一般的には、獣医師、ボランティアなどがペットを連れて定期的に病院や施設を訪問し、一定時間の触れ合いを持つという方法があるが施設で犬や猫を飼っている所もある。

また、グループホーム痴呆対応型共同生活介護も注目されている一つである。少人数の痴呆性高齡者が家庭に近い環境で、それぞれのペースで生活できるようなケアが行われ、一緒に楽しむことを基本としている。一方、北欧では痴呆ケアの一つとして期待される「バリデーショナル療法」がある。バリデーショナルは痴呆高齡者とのコミュニケーション手法の一つで、介護者は痴呆性高齡者の意思を尊重し対等な関係で語りかけ、交流する点が特徴である。他の療法と異なり、成果を求めず、コミュニケーション自体が目標になっている新しい痴呆ケアである。しかし、痴呆性高齡者とのコミュニケーションはきわめて難しい。今後この新しい痴呆ケアを取り入れていくためには、多くの課題が残されているのではないだろうか。

近年、痴呆介護指導員の養成も始まり、そのケアの充実を図る対策など試行錯誤しつつもいろいろな事が試行され、良い結果も現われつつある。

6. 結 語

わが国の予防医学は、身体的疾患では功績が大きい精神障害者への偏見はまだ根強く残っているよう思われる。特に高齡者のケアについては最後まで人間としての尊厳を保って生きられることが大切で、痴呆性高齡者や寝た切りの人、障害をもつ人への支援の質や程度はその国の文化のバロメーターであるとも言われている。痴呆症の介護技術などは「痴呆の行動

心理学的症候」(問題行動)が複雑で、その背景も千差万別なため、理論的に体系立てられないほか、養成中であるとは言え指導者、介護に対応するプロは不足でその対応も遅れがちである。痴呆性高齢者、介護者へのサービスは質・量ともにまだまだの感がある。たとえ痴呆症になったとしても安心して暮らしていける条件を、知恵を絞り、さまざまな工夫や方法を開発し、地域に、家庭に組み立てていくことが大切である。そのためには、家族内に痴呆性高齢者が生じても隠すことなく、ケア等の問題点を「声」にして地域の協力を得ることが必要である。

また、地域も無関心から連携への意識をもっともっと高めていくことが必要となる。

参考文献

- 1) 松下正明・金川克子監修，2002：痴呆性高齢者のケア，p. 21，医学芸術社
- 2) 有吉佐和子，1982：恍惚の人，新潮社
- 3) 石原康次編著，1999：形成期の痴呆老人ケア，北大路書房
- 4) 阿川弘之，1982：米内光政，p. 221，新潮社
- 5) 佐藤一斎，：言志四録（三），p. 80，講談社学術文庫
- 6) 第40回全国大学保健管理研究集会
- 7) 全日本老人を抱える家族の会 10ヶ所 聴取調査
- 8) はじめての老人介護，主婦の友社：1998
- 9) 川越知勝，1998：老いと痴呆のQ & A，ミネルヴァ書房
- 10) 黒田輝政編，1995：高齢者ケアはチームで，ミネルヴァ書房
- 11) アレキシス・カレル，1992：人間この未知なるもの，三笠書房
- 12) 健康管理概論，講談社：2000
- 13) 産経新聞：2001. 5. 8