在宅要介護老人に関する社会医学的調査研究

A Socio-Medical Study of the Aged in Grouped Home-Care

京都大学医学部公衆衛生学教室（主任 西尾雅七教授）

武 田 恭 子

Takako Takeda

Department of Public Health, Faculty of Medicine, Kyoto University, Kyoto

This study is on aged persons over 65 living in agrarian districts in Japan. The number of persons from the country districts included 2,113 and from the city 1,025. The survey continued from July 1963 to March 1967.

Results :

4~5% of the aged persons in both districts have care.

30% of the persons in both groups have no one to care for them.

30% receive care that is inadequate.

The care related to the above includes :

a) those who are entirely a burden to their families.

b) in the city districts care is provided by spouses or persons of no familial relation. In the agrarian districts these persons giving the care are sons, daughters and grandchildren.

c) the relationship with the respective family is usually good when there is good care provided.

d) home-care requirements differ depending on the mental and physical health of the aged person.

e) little assistance is provided by medical workers, health nurses etc. An increase in this type of home-care medical assistance is most necessary.

I 緒 言

近年わが国の人口現象は、死亡率の低下、出生率の著しい減少（少産少死型）に伴い、高齢人口の相対的、絶対的增加を示している。昭和45年の国勢調査¹⁾によればわが国の65歳以上の人口はおおむね730万人であり、全人口の7.1%を占めている。今後この比率は急速に高まって、昭和95年には現在の3倍以上となり、全人口の4.6人に1人が60歳以上の老人、5.8人に1人が65歳以上の老人という状況になるものと予測されている²⁾。しかもこうした人口高齢化のスピードは欧米諸国に比較して著しく早いのが特徴である^{3)~5)}。こうした老人人口の急速な増大に加えて、第二次世界大戦後の老人ととりまく社会的背景の変化、たとえば家族制度の変革、核家族化という事態等がいまって、現在の老人の家庭の処遇は老人にとり不利なものとなってきている。言葉をかえれば社会生活の急速な変貌に、とり残された老人が増加しつつあるといえよう。しかるに社会保障制度や老人に関する社会的保護の施策は、十分発達していないのが現状

である。このような状況下では老人がひとたび心身の健康を喪失するならばみじめな状況に置き去られざるを得ない。

このような状態の中で、近年老人の健康と環境をめぐる諸問題が大きな社会問題となってくるにつれて臨床医学の分野でも老人医学の研究が盛んにおこなわれるようになってきているし、他方社会科学の分野でも社会福祉社会保障の面から老人問題の研究がすすめられているがその接合点ともいべき社会医学的研究はきわめて重要であるにもかかわらず充分とはいえない。

老年者の生活および健康に対する処遇の問題をとりあげた研究としては Peter Townsend, Dorothy Wedoe-yburn⁶⁾, Jerome Kaplan, Gordon J. Aldridge⁶⁾, Clark Tibbitts, Wilma Donahue⁷⁾ があり、わが国では二神・政田⁸⁾、長谷川⁹⁾、磯その他^{10)~16)}の研究があるが、老弱者あるいは病臥の状態に陥った老人の医学的介護の問題に論及した論文については憂聞にしてきかない。すなわち福祉の立場からの諸研究においては老人の疾病の特性は充分考慮されるにいたらず、また老年医学の立場から

の研究は、疾病をめぐる研究に終始して老人の社会生活や老人介護にともなう家族や老人の生活負担の問題にまで立入ったものはあまり例をみない。そこで著者は、介護を要する老人のもつ問題点および介護に影響をおよぼす社会医学的要因を明らかにし、今後の対策のあり方を検討するために、もっとも端的に表われてくると考えらる死亡老人を対象に、社会医学的立場から経年的調査をおこない、その問題点と、必要とされる諸対策のあり方についての分析を試みた。

Ⅱ 調査の概要

1) 調査対象地区の抽出

京都市全体の職業別構成が類似している京都市上京区の桃園、聚楽、小川、中立学区の4学区を大都市の調査対象地区として選んだ。また、農村都市である長浜・綾部市を調査対象地区に選んだ。以後大都市を「都市」農村都市を「地方」と呼ぶことにする。

2) 調査対象者の抽出

都市では前記4学区の65歳以上の老人中、訪問面接可能なもの全員（重症、対話不能などの理由のため面接できなかった者を省く）地方の場合は長浜・綾部市在住の65歳以上の老人で面接可能なものから対象を抽出した。調査対象数は都市1025人、地方2113人である。対象老人の抽出にあたっては、市役所、区役所の住民票を基礎資料とした。対象の地域別年齢構成は図1に示す通りである。更にこの調査対象中、調査期間中に死亡した老人のうち、無作為に抽出した245人を「高齢死亡者」として、調査対象とした。

本人中にもちいている「介護を要する老人」とは、調査対象者のうち、動作機能が不自由で日常生活をおくるうえで介助を要するものおよび病臥中で看護を要するものを指す。現在一般に介助を看護とを区別して用いられており、「介助」とは動作に対する援助を意味し、「看護」とは看護・手当てという意味に用いられているが、

本調査ではこの両者を区別することが困難な事例が多かったため、両者を含めて「介護」という表現を用いた。

3) 調査方法

前述のようにして抽出した対象者に対して、あらかじめ訪問調査の目的および訪問期日を明記した手紙を郵送した後、調査員が戸別に訪問し、本人に面接して調査を行なった。このうち1回で面接不能な場合は、つとめて繰り返し訪問し、調査するよう努めた。なお、死亡老人の調査は、著者が1人で全家庭を訪問し、その家族に面接した。

4) 調査時期

老人に対する調査——第1次調査：1963年8月

第2次調査：1964年7月

第3次調査：1965年7月

死亡老人の家族に対する調査——1966年8月より1967年3月までの7ヵ月間。

5) 調査内容

a. 都市および地方の老人ならびにその世帯の社会的特性を明らかにするため、家族構成、生計状態、老人の労働状態、家庭内における老人の発言権の状態等を調査した。

b. 老人の健康状態、介護状態を知るために、老人および家族に、それぞれ個別に自覚症状、介護状況、居室状況、受診状況等を聴取し、さらに下着の交換状況、入浴状況等により介護が適切か否か、介護が負担になっているか否かを観察した。

c. 老人の孤独感の有無、社会への関心度を把握するために、調査時点での社会的トピックのうちより数項目を選び、老人がどの程度知っているかについて質問した。また家族との会話状況などについても調査した。

なお、第二次・第三次調査は、第一次調査の対象者に経年的に、医学的知識のある調査員が、労働状況、健康状況、受診状況、介護状況、生計状況等や家族関係、生活程度、環境の清潔さ、健康に対する関心等について調査した。

d. 介護状況・問題点を、より詳細に把握するためにこの期間中に死亡した老人の家族に面接し、過去3年間の経年調査の結果をふまえて、死亡老人の死亡前の健康状態の推移を老人の身体機能、医療状況、介護状況（用便について便器の使用、襦袢の交換回数、食事のさせ方、褥瘡の手当、寝巻・敷布の交換等）等を調査した。また家族の死亡老人に対する考え、負担の度合・内容等を詳細にわたって調査した。

図1 被面接者の年齢構成

Ⅲ 調査成績

Ⅰ. 要介護老人の特性

1. 高齢者の動作機能低下の状況

高齢者の動作機能の保持されている状況を歩行、用便、食事、着換え等の動作機能別にみると、「独自で無理なもの」は4～5%、「やや困難なもの」は9～18%、「自由に出来るもの」は77～87%であり、「独自で無理なもの」は特定動作についてのみでなく、日常生活のすべてにわたって無理な状況におかれている。このことは特定地域に偏ってみられる状況でなく、都市、地方ともいずれの地域にも共通してみられる状況を示している(表1)。「独自で無理」を答えるものの率(以後、要介護率と表現する)は、年齢がすすむにつれて高率になっている。

2. 要介護者の年次推移

要介護者を3年間にわたって追跡調査した結果、最初の1年間に、要介護者の30%は死にいたり、24%は介護不要となり、36%は継続して要介護となっている(図2)これらの老人のうち、継続して介護を要するものを更に

表1 高齢者の動作機能の状況(歩行、食事、用便、着換え)

	都 市	地 方
独自では無理	4%	5%
やや困難	17	18
自由に出来る	79	77
計	100% (1025人)	100% (2113人)

図2 要介護者の推移

追跡すると、次の1年間に死亡する老人が32%で、介護が不要となるものは25%、ひき続き更に継続して介護を要するものは44%であった。しかし、生存している老人全体についてみると、要介護者の30%は死亡し、36%は介護不要となり、34%は継続して介護を要する状況にある。要するに最初の1年間と同様の傾向を呈している。このことを、都市と地方で比べてみると、推移の比率にはさしたる差は認めない。すなわちすべて介護を要する状況にいたった老人は1年間に1/3は死亡する運命にあることを示しているといえよう(表2)。

表2 地域別要介護者の推移(昭和39年度より40年度への推移)

	継続要介護	死 亡	介護 不 要
地方(101人)	43.6%	31.7%	24.8%
都市(42人)	40.4%	35.0%	28.6%

次にこのような死亡老人の死亡1年前の要介護率を、その老人の死因別(死亡診断書第一死因による)に比較してみた。その結果、死因が老衰の場合要介護率は52%で、循環器系疾患では33%、中枢神経系疾患では29%と

表3 死亡疾患よりみた死亡1年前の要介護率

老 衰	51.7%(39人中)
循環器系	33.3%(37人中)
中枢神経系	29.4%(47人中)
呼吸器系	18.2%(13人中)
消化器系	16.7%(15人中)
新生物	7.7%(33人中)

要介護率が高いことを示してをり、いわゆる老人病といわれる疾患と介護を要する状況とは密接に関係していることを示していると言える(表3)。このように老人の死亡前には介護の問題が大きく浮かび上がってくる。

3. 要介護者の介護の状況および老人を家族との人間関係

死亡老人の84%は自宅で死亡している。死亡の場所を死因疾患別にみると、新生物疾患の場合は44%が、消化器系疾患の場合は29%が病院で死亡しているのに対して死因が老衰の場合は97%、循環器系疾患の場合は94%、中枢神経系疾患の場合は98%が自宅で死亡している(表4)。すなわち前述のごとく介護と密接な関係をもついわゆる老人病といわれる循環器系、中枢神経系疾患で死亡する場合、病院で死亡するのはきわめて少なく、圧倒的多数は自宅で死亡している。ここに在宅要介護老人の介護の問題が、重要であることの一端が示されているといえよう。これらの介護を要する老人達のうちに「介護のあるもの」は約70%、「無いもの」は30%となっており、都

表 4 死因と死亡場所の関係

場所	死因	老	衰	循環器系	新生物	中枢神経系	消化器系	呼吸器系	その他	計
病院		0 %		5.6%	43.8%	2.2%	28.6%	25.0%	20.7%	14.6%
自宅		97.4		94.4	56.3	97.8	64.3	75.0	72.4	83.5
その他		2.6		0	0	0	7.1	0	6.9	1.9
計		100% (39人)		100% (37人)	100% (33人)	100% (47人)	100% (15人)	100% (13人)	100% (61人)	100% (245人)

市と地方とを比べてさしたる差はみられず、地域にかからず共通していることを示している(表5)。

これらの介護のない老人には、家族のない人と家族がありながら介護者のない老人が含まれている。これら介護する人のいない要介護老人は、施設に収容されることなく、かつ入院することも出来ずまた家族からも介護されることなく放置された状態におかれている。

介護のある70%の老人について、調査員による用便・食事、着換え、身体の清潔度、部屋の清潔度等に関する観察の結果をもとに、介護の適、不適を調べると、これら老人の約30%は介護が不適当であり、都市・地方の地域によりさしたる違いはなく、共通した結果を示している。なお明らかに医学的に問題をもっているとみられる不適当な介護のもとにおかれている老人は6%にみられた(表6)。

前述のように在宅老人の介護で特に問題となるのは老衰、循環器系疾患、中枢神経系疾患で死亡する老人の場合であるが、こうした老人の場合様々な形で家族との人間関係に微妙な影響を与えている。そこで介護状況が端的に表われる死亡老人について、老人と家族との間の人

間関係と疾病の関係を調べてみた。人間関係の良し悪しは、死亡老人の家族の老人に対する意識調査、生前に直接老人へ面接し、「家事の重要時に老人が相談相手になっているかどうか」について調べた結果や、家族の老人に対する態度、考え方を調査員が面接時に判断した結果を参考にして、老人と家族の人間関係の良いもの、中間悪いものの三段階に分けた。更に介護状況で用便のさせ方、便容の扱い方、襦袢の交換回数、食事のさせ方、就床期間と褥瘡の有無、褥瘡の出来た場合のガーゼ交換回数等の介護条件も参考にした。これらにもとづいて分類した人間関係の良し悪しを老人のもつ疾患との関係を分析した。その結果、死因が中枢神経疾患の場合は、人間関係が「悪い」を判断されるものが32%を占めており老衰10%、新生物系疾患8%となっている。あきらかに中枢神経系疾患の場合には人間関係が悪くなっていることを示している。すなわち中枢神経系疾患をもつ老人は家族にうとんじられる傾向にあるといえよう(表7)。また就床期間と家族と老人との人間関係を調べると、就床期間が長びくのにつれて人間関係が悪くなる傾向を示している。

II. 高齢死亡者の死亡前状況について

1. 自覚症状の保有状況およびその推移

表 5 独自では無理な人に対する介護状況

	介護あり	介護なし	要介護者
地方	64	36	100% (42人全対象中の5%)
都市	70	30	100% (34人全対象中の4%)

表 6 介護の適・不適(調査員の観察)

	都市	地方
適切	65.0%	67.2%
や・不適切	29.6	26.2
不適切	6.4	6.6
計	100% (71人)	100% (71人)

表 7 死因疾患別にみた老人と家族の人間関係

人間関係	死因疾患					計
	中枢神経系	新生物	老衰	循環器系		
良	35.5%	57.6%	56.7%	45.9%		41.7%
中間	32.2	34.6	33.3	50.0		41.7
悪	32.3	7.8	10.0	4.1		16.6
計	100%	100%	100%	100%		100%

表 8 死亡老人の死亡前1年以内の自覚症状の有無(生前訪問面接調査)

自覚症状有	自覚症状なし	計
86.6%	13.4%	100% (245人)

三浦、中島の長浜、綾部市における老人調査の結果では、老人の自覚症状保有率は60～70%であるが、今回の調査の結果によると、都市では60%の自覚症状保有率をしめていた。しかし死亡老人の死亡1年前の訪問面接調査の結果では、自覚症状保有率は87%と高くなっている(表8)。更にこの有自覚症状者のうち、死亡2年前より継続して自覚症状を保有していたものは91%と高い率を示めている(表9)。すなわち死に近づくにつれて自覚症状保有率は高くなる。

これらの自覚症状を、その主たる症状と受診中のものは医師の診断も考えに入れ、大別した。この自覚症状の分類と、死因疾患の関係をみると、呼吸器系、循環器系疾患が死因となるものは、それぞれの疾患に対応する自覚症状をもつ割合が高いが、いずれも30%以下であり、また運動器系、感覚器系の自覚症状など死因疾患と直接の関連をもたない自覚症状が少なからずみられる(表10)。一方死亡1年前には自覚症状のなかったものが、新生物疾患で死亡した老人の35%を示めていることは注目される(表11)。

2. 高齢死亡者の生前受診状況

前述のごとき自覚症状をもつ死亡老人の受診状況を見ると、死亡1年前の受診率は47%で、三浦による一般老人の受診率が30～40%である¹⁰⁾のに比べるとやや高く、

表9 死亡2年前よりの自覚症状の推移有自覚症状者の内訳(生前訪問面接調査)

継続自覚症状保有	91.3%
死亡前1年以内になってから、自覚症状出現	8.7%
死亡前1年以内の有自覚症状者	100% (162人) 全死亡老人の86.6%

表10 死因疾患と生前自覚症状(生前面接調査による)

自覚症状	死因疾患	呼吸器系	消化器系	中枢神経系	新生物	循環器系
高血圧		30.8%	0%	25.5%	15.3%	10.8%
循環器系		30.8	6.7	14.9	27.2	37.8
中枢神経系		16.8	13.3	17.0	0	10.8
消化器系		15.8	26.6	10.6	27.2	16.4
呼吸器系		46.2	4.3	4.3	6.6	12.8
その他		0	2.1	2.1	9.8	8.1
運動器系		7.7	46.6	29.8	12.2	54.1
感覚器系		84.5	20.0	21.0	6.6	24.3
実数		(13人)	(15人)	(47人)	(33人)	(37人)

表11 死因疾患と自覚症状の有無

死因疾患	生前自覚症状有	生前自覚症状なし
新生物	65.2%	34.8%
老衰	75.0	25.0
消化器系	90.9	9.1
中枢神経系	91.4	8.6
循環器系	94.4	5.6

表12 死亡老人の生前受診状況(死亡年度面接調査より)

	全老人	死亡老人
受診	33.7%	46.9%
中断	41.7	24.7
未受診	24.6	28.4
計	100.0% (958人)	100.0% (245人)

表13 症状発現から病臥までの受診状況(死亡後家族と訪問面接調査による)

死因疾患	受診状況		計	受診方法		計
	はい	いいえ		通院	往診	
循環器系	80.0%	20.0%	100.0%	75.0%	25.0%	100.0%
新生物	90.0	10.0	100.0	60.0	40.0	100.0
中枢神経系	90.0	10.0	100.0	22.2	77.8	100.0
消化器系	100.0	0	100.0	33.3	66.7	100.0
呼吸器系	100.0	0	100.0	60.0	40.0	100.0
その他	78.6	21.4	100.0	37.5	62.5	100.0
計	89.8%	10.2%	100.0%	40.0%	60.0%	100.0%

医療を中断する者が少ないが、死亡老人は自覚症状保有率が高いにもかかわらず医師にかかろうとはしないものの占める率は一般老人とさして変わらない(表12)。

更にこれらの死亡老人の死亡直前の受診状況を見ると症状を自覚してから病臥までに90%は受診しているが、死因別にみると、循環器系疾患の場合が少ない(表13)。また病臥までの受診間隔をみると、消化器系疾患が頻回に受診しているのに比べ、循環器系、中枢神経系疾患は受診する回数が少ない。病臥してから死亡までの受診状態は、病臥する前に比べて受診回数が多くなる傾向を示すが、死因が中枢神経系疾患の場合には他疾患に比べ受診回数が少ない(表14、15)。

表14 症状発現から病臥までの受診間隔
(死亡後家族と訪問面接調査による)

死因疾患	毎 日	隔 日	週 1~2 回	半 月 1 回	月 1 回	計
循環器系	0 %	0 %	25.0%	25.0%	50.0%	100%
新 生 物	0	25.0	50.0	12.5	12.5	100
中枢神経系	0	11.1	33.3	22.2	33.3	100
消化器系	33.3	33.3	0	0	33.3	100
呼吸器系	20.0	0	60.0	0	20.0	100
そ の 他	25.0	12.5	25.0	25.0	12.5	100

表15 病臥から死亡までの受診回数 (死亡
後家族と訪問面接調査による)

死因疾患	毎 月	隔 日	週 1~2 回	半 月 1 回	月 1 回	計
循環器系	36.4%	36.4%	18.2%	0 %	9.1%	100%
新 生 物	50.0	25.0	16.7	8.3	6	100
中枢神経系	37.5	12.5	37.5	6	12.5	100
消化器系	100.0	0	0	0	0	100
呼吸器系	100.0	0	0	0	0	100
そ の 他	54.5	0	18.2	9.1	18.2	100
計	40.4%	12.4%	23.6%	11.2%	12.4%	100%

表16 受 診 動 機

死因疾患	老 衰	循環器系	新 生 物	中枢神経系	消化器系	呼吸器系	そ の 他	計
自 発 的 に	36.0%	18.2%	60.0%	31.3%	50.0%	50.0%	52.0%	40.2% (40人)
家族が推めた	56.0	81.8	30.0	68.8	50.0	50.0	44.0	59.8 (58人)
死亡診断書がもらえない世間体のために	8.0	0	0	0	0	0	4.0	3.1 (3人)
計	100% (25人)	100% (11人)	100% (10人)	100% (16人)	100% (4人)	100% (6人)	100% (25人)	100% (97人)

受診動機をみると、老人の40%は自発的に受診しているが、他はほとんど家族の推めにしたがって受診している。なお少数例ではあったが「世間體のために」とか、「死亡診断書が貰えないといけなから老人に受診させた」と公然と答える家族がみられた点は注目される (表16)。

表17 死因疾患別にみた発病時の就床状況

死因疾患	循環器系	新 生 物	中枢神経系	消化器系	呼吸器系	そ の 他	計
就床状況							
即 日 死 亡	0 %	0 %	5.9%	0 %	0 %	3.8%	2.0%
発病時床にはつかなかった	9.1	63.6	17.6	75.0	20.0	57.7	34.7
発病と同時に床につくが多くなった	63.6	36.4	29.4	0	20.0	15.4	36.7
発病と同時に全く寝たきりとなった	27.3	0	47.1	25.0	60.0	23.1	26.5
計	100% (37人)	100% (33人)	100% (47人)	100% (15人)	100% (13人)	100% (61人)	100% (206人)

表18 症状を自覚してから病臥までの期間

死因疾患	循環器系	新 生 物	中枢神経系	消化器系	呼吸器系	そ の 他	計
期間							
1 ケ 月 以 内	42.9%	25.0%	64.7%	21.0%	44.4%	53.8%	49.2%
3 ケ 月 以 内	7.1	16.7	5.9	14.3	11.1	3.3	9.7
6 ケ 月 以 内	21.4	33.3	5.9	28.6	33.3	3.8	14.5
1 年 以 内	7.1	8.3	0	28.6	0	3.8	7.3
1 年 を こ え る	21.4	16.7	23.5	7.1	11.1	30.8	19.4
計	100% (37人)	100% (33人)	100% (47人)	100% (15人)	100% (13人)	100% (61人)	100% (206人)

3. 症状を自覚してから死亡までの過程および介護の状況

症状を自覚してから死亡までの経過が疾病によりどのように異なるかを把握するために、死亡した老人の死亡するまでの経過および介護の状況を調べた (表17)。死因疾患が循環器系の場合「発病

と同時に床につく老人」が 63.6%であるのに対し、呼吸器系では「発病と同時に寝たきり」が 60.0%、消化器系では

「発病時床にはつかなかった」老人が75%となっており、疾患により老人の生活様態が異なっている。また症状を自覚してから死亡までの期間をみると、中枢神経系疾患は1ヵ月以内に65%が床につき、更に病臥から死亡までの期間が67%が1ヵ月以内である(表18, 19)。すなわち他疾患に比べる

表19 病臥から死亡までの期間

死因疾患	循環器系	新生物	中枢神経系	消化器系	呼吸器系	老衰及びその他	計
1ヶ月以内	60.0%	27.3%	66.7%	38.0%	46.3%	47.6%	49.0%
3ヶ月以内	20.0	36.4	13.3	23.4	12.4	23.8	21.0
6ヶ月以内	20.0	18.2	6.7	14.6	30.0	0	14.0
1年以内	0	18.2	6.7	29.0	6.0	23.8	13.0
1年以上	0	0	6.7	5.0	5.3	4.8	3.0
計	100% (37人)	100% (33人)	100% (47人)	100% (15人)	100% (13人)	100% (61人)	100% (206人)

表20 死因疾患別にみた発現症状(症状数/臥因疾患数)

症状	死因	中枢神経系	新生物	老衰	循環器系	消化器系	呼吸器系	その他	計	実数
発熱	熱	4.1%	12.1%	5.3%	11.1%	13.3%	15.4%	3.3%	7.4%	(18人)
痛み	み	6.1	33.0	18.4	11.1	28.7	0	9.8	11.8	(29人)
せき・たん		8.2	18.2	15.8	8.3	0	23.1	9.8	10.6	(26人)
いきの苦しさ		20.4	21.2	18.4	33.3	20.0	38.5	23.0	23.7	(58人)
胸の苦しさ		6.1	18.2	10.5	30.6	0	15.4	11.5	13.5	(33人)
食物をたべない		20.4	57.6	21.1	30.6	46.7	23.1	32.8	31.8	(78人)
はきけ		8.2	12.1	7.9	13.9	20.0	0	1.6	8.2	(20人)
下痢		6.1	12.1	13.2	11.1	13.3	0	4.9	8.6	(21人)
便秘	秘	12.2	36.4	29.0	19.4	20.0	23.1	31.2	24.9	(61人)
おなかがはる		4.1	21.2	10.5	8.3	6.7	7.7	18.0	11.8	(29人)
便に血がまじる		0	15.1	0	0	6.7	7.7	0	2.9	(7人)
血を吐く		0	0	0	0	6.7	0	1.6	0.8	(2人)
排尿困難・排尿痛		6.1	9.1	5.3	11.1	0	15.4	9.8	8.2	(20人)
血尿	尿	0	9.1	2.6	0	0	7.7	1.6	2.5	(6人)
失禁	禁	24.5	12.1	18.4	25.0	6.7	23.1	27.9	21.6	(53人)
意識障害	碍	26.6	9.1	15.8	22.2	6.7	7.7	21.3	18.4	(45人)
言語障害	碍	36.8	18.2	15.8	13.9	13.3	7.7	14.8	19.2	(47人)
体の部分の痛み		42.8	24.2	36.8	33.3	13.3	23.1	26.2	31.0	(76人)
浮腫	腫	4.1	12.1	26.0	33.0	13.3	23.1	26.2	31.0	(45人)
めまい	い	2.0	3.3	10.5	0	0	0	0	2.5	(6人)
とこずれ		18.4	15.1	15.8	36.1	13.3	0	26.2	20.8	(51人)
うわごと		8.2	12.1	13.2	11.1	6.7	15.4	11.5	11.0	(27人)
その他	他	0	6.1	2.6	11.1	0	0	0	2.9	(7人)
		47人	33人	38人	37人	15人	13人	23人	206人	

と経過の短いものが多い。なお中枢神経系疾患の場合には一年を越す長期就床者も他疾患より多く7%を占め、介護上の問題があることを示めす。呼吸器系、循環器系疾患は中枢神経系疾患について、「自覚症状発現と同時に床につくもの」の率が高く、自覚症状発現から病臥までの期間が短いし、

また病臥から死亡までの期間も短い。殊に循環器系疾患にいたっては病臥から6ヵ月以内に凡て死亡している(表19)。これに反し新生生物系、消化器系疾患は自覚症状発現時床についてないものも多く、かつ自覚症状発現から病臥までの期間が長い。また新生生物疾患は就床から1年以内に凡て死にいたっている。

このような経過をもつ死亡老人の死亡前症状をみると死因疾患により出現する症状が異なる(表20)。中枢神経系疾患に多く出現する症状は失禁、意識障害、言語障害で、介護者は「排尿・排便の世話」、「褥瘡の手当」、「寝巻敷布の取替え」の世話

に困難を訴えるものが多い。看病に困るという点では「胸の苦しさ」、「下痢」の症状のある老人に対しては介護者全員が、看病に困るとのべている。循環器系疾患では「息の苦しさ」、「失禁」、「浮腫」の症状出現率が高く介護者は「排尿、排便」、「褥瘡」の扱いに困難を訴えて

表21 死因疾病別にみた「世話に困ったこと」

困ったこと	死因	中 枢 神 経 系	新 生 物	老 衰	循 環 器 系	消 化 器 系	呼 吸 器 系	そ の 他	計	順 位
病人の気持の扱い方		10.2%	51.5%	12.8%	32.4%	33.3%	7.7%	23.0%	(59人) 23.3%	2
食 事		10.2	39.4	15.4	13.5	6.7	15.4	14.8	(41人) 16.7	5
献 立		0	0	0	2.7	6.7	7.7	1.6	(4人) 1.6	10
調 理		2.0	15.2	10.3	5.4	13.3	7.7	14.8	(24人) 9.8	7
排 尿 ・ 排 便		22.5	30.3	46.2	43.2	33.3	46.2	34.3	(87人) 35.5	1
ねまきシーツの取替		16.3	15.2	20.5	6.0	6.7	23.1	19.7	(43人) 17.6	4
病室、食器等の消毒		0	3.0	0	0	0	7.7	3.3	(4人) 1.6	10
と こ ず れ		16.3	12.1	20.5	32.4	13.3	0	16.0	(44人) 18.0	3
体 の ふ き 方		10.2	21.2	12.8	8.1	6.7	0	18.0	(32人) 13.1	6
髪 の 洗 い 方		2.0	6.1	2.6	5.4	0	7.7	3.3	(9人) 3.7	8
そ の 他		2.0	6.1	0	2.7	0	0	1.6	(5人) 2.0	9
実 数		47人	33人	38人	37人	15人	13人	23人	206人	

表22 死因別にみた各症状の看病に困る事(%は看病に困ったもの/死亡前症状)

看病に困った症状	死因	中 枢 神 経 系	新 生 物	老 衰	循 環 器 系	消 化 器 系	呼 吸 器 系	そ の 他	看病に困った総数
									死亡前症状総数
痛 み		66.7%	70.0%	100.0%	50 %	0 %	0 %	66.7%	72.4%(21人)
せ き ・ た ん		50.0	66.7	100.0	0	0	66.7	83.3	73.1 (19人)
胸 の く る し さ		100.0	50.0	75.0	72.7	0	100.0	85.7	75.7 (25人)
下 痢		100.0	75.0	100.0	75.0	100.0	0	33.3	85.7 (18人)
失 禁		75.0	75.0	85.7	88.9	0	100.0	88.2	83.0 (44人)
体の部分が動かない		61.9	75.0	64.3	83.3	100.0	100.0	87.5	75.0 (57人)
浮 腫		50.0	0	0	10.0	0	0	0	15.6 (7人)
と こ ず れ		48.0	0	0	0	0	0	0	39.2 (20人)

いるものが多い。これらに対して新生物疾患では「食物をたべない」、「便秘」等の症状出現率が高く、介護者は「病人の気持の扱い方」、「食事」、「調理」、「痛み」の扱いに困難を訴えている（表21、22）。

一方これらの苦痛、症状、要介護状況等に関して、就床期間別に介護者が世話に困った事項をみると、「病人の気持の扱い方」、「食事」は6ヵ月を越すと減少するが「体の拭き方」、「寝巻・敷布の取替え」、「褥瘡」、「髪洗い方」等は就床期間が長びくにつれ、扱いの困難性をのべるものが多くなる。老人の死後の訪問調査によると食事では約80%が人の世話になっている。死因が循環器系、呼吸器系疾患の場合には特に顕著である。中枢神経系疾患で死亡した老人のうち、42%は枕もとへ食事をおいてもらい不自由ながら独りで食事をしてきた（表23）。用便についてみると襦褌を使用し

表23 死亡直前の世話、看病の状況(死後家族に訪問面接調査)

死因疾病	老 衰	循環器系	新 生 物	中枢神経系	そ の 他	計
状況						
人の世話にならないで1人で食事をした	7.7%	0 %	23.1%	33.3%	36.4%	22.8%
枕もとに食事をおいてもらい年寄が自分で食べた	57.7	37.5	46.2	41.7	27.2	41.3
寝たまま食べさせてもらった	34.6	62.5	30.8	25.0	36.4	35.9
計	100%	100%	100%	100%	100%	100%

表24 死亡直前の世話、看病の状況(死後家族に訪問面接調査)

死因疾病	老 衰	循環器系	新 生 物	中枢神経系	そ の 他	計
状況						
人の世話にならないで1人で用便をした	16.7%	0 %	50.0%	18.8%	36.2%	25.2%
便器を用いて1人で排尿し、付きそいがすてた	20.0	7.7	33.3	6.3	2.9	12.1
便器を用いて付きそいの世話で排尿排便をした	36.7	46.2	16.7	31.3	30.4	32.7
オムツを使用していた	26.7	46.2	0	43.8	30.4	29.9
計	100%	100%	100%	100%	100%	100%

表25 死亡直前の世話、看病の状況(死後家族に訪問面接調査)

死因疾病	老 衰	循環器系	新 生 物	中枢神経系	そ の 他	計
状況						
短期間の就床の為出来ず	69.6%	44.0%	62.5%	78.6%	58.3%	64.1%
長期の就床であったが予防したため出来ず	17.4	0	25.5	0	12.5	11.5
とこずれが出来たため手当をした	13.0	55.6	12.5	21.4	29.2	24.4
計	100%	100%	100%	100%	100%	100%

ていたものは全死亡老人のうち30%で、便器を用いたものは全死亡老人中45%である。このうち枕もとへ便器をおき1人で排尿し、便器が一杯になってから家族のものに捨ててもらっているという状態のものが12%もいる。襦褌の使用率は死因が循環器系、中枢神経系のものに高く、便器の必要がありながら、独りで便器を用うる率の高いものは、死因が中枢神経系疾患、老衰の老人であった。褥瘡の出来た率は30%で、死因別にみると一番高率のものは循環器系疾患が一番高率で約50%が「褥瘡」ができていた。中枢神経系の疾患で死亡した老人の場合、他に比べて褥瘡に対するガーゼ交換の回数が悪いものが

多かった（表24、25）。

介護を要する程度と介護の必要期間との関係を見ると家族が非常に手間がかかり、つきっきりであったと答えるものは循環器系の疾患や、新生物で死亡した老人の場合に高率にみられ、介護を要する期間が1ヵ月を越えたものが1/3を占める。これに反して中枢神経系疾患や老衰で死亡した老人の場合は「つきっきり看病」の「必要なし」と答えるものが多く、「ある」と答えるものでも10日以内にすんでいる場合が多かった（表26）。人手のかかった期間という点でみると前記の状況と異なり、老衰循環器系疾患で死亡した老人の場合は人手がかかるとい

表26 死亡前、非常に手間のかかる必要性

死因疾患	必要なし	必要あり				計
		10日まで	11日～30日	1か月をこすもの	6か月をこすもの	
老 衰	50.0%	15.6%	3.1%	18.8%	12.5%	100%(37人)
循環器系	25.1	20.8	16.6	33.3	4.2	100 (37人)
新 生 物	30.8	7.1	19.2	34.6	7.7	100 (33人)
中枢神経系	36.3	24.2	15.2	15.3	9.0	100 (47人)
そ の 他	44.7	25.4	7.5	14.9	7.5	100 (89人)
計	38.0	21.8	11.0	20.9	8.3	100(245人)

表27 死亡前、人手のかかった期間

死因疾患	人手がかからない	人手がかかった				計
		20日まで	1ヶ月以上	6ヶ月以上	1年以上	
老 衰	21.9%	31.0%	20.7%	17.2%	9.2%	100% (37人)
循環器系	20.6	29.2	41.8	0	8.4	100 (37人)
新 生 物	38.5	30.8	26.9	3.8	0	100 (33人)
中枢神経系	58.6	18.2	15.2	6.5	6.5	100 (47人)
そ の 他	42.0	23.9	20.9	6.0	6.0	100 (89人)
計	39.6	25.2	23.1	6.6	5.5	100 (245人)

うものも多く、それに反し中枢神経系疾患で死亡した場合は「人手がかからない」と答えるものが多かった (表27)。

Ⅲ. 要介護老人の被介護状況に影響を与える要因と問題点

1. 家族関係のもたらす影響

前述のごとく要介護老人の約70%は介護者をもって

図3 介護は主として誰がするのか

り、都市・地方共に類似した状況を示しているが、誰が介護しているかという点でかなり異なっている。都市では「配偶者」とか「家族以外」の人が介護にある率が高いのに対して、地方では「息子・娘」とか「孫」が介護にあたる率が高い(図3)。

介護が家庭の負担になっている程度を調べると、「大きな負担」になっていると答えるものが21～22%で都市と地方を比べて差が認められないが「負担になっていない」と答えたものは都市の方が地方に比べて少ない。しかるに老人自体が介護に対して満足しているか否かを調べてみると、都市の老人に「不満」と答

えるものが多く50%を占め、地方の老人に比してはるかに高い。それに反して「満足」を答えたものが地方に多く64%となってる(表28, 29)。この満足感の介護者の違いが影響しているところが多いと思われる。

一方、家族構成との関係で、家族が「介護を手伝って

表28 介護が家庭の負担になっているか

	都 市	地 方
大きな負担	22.4%	21.0%
やや負担	61.2	51
負担でない	16.3	27
計	100% (58人)	100% (86人)

表29 介護に対して本人は満足しているか

	都 市	地 方
不 満	49.0%	11.0%
やや不満	40.8	25.0
満 足	10.2	64.0
計	100% (58人)	100% (72人)

貰える人」を望んでいるかという点を調べてみた。介護を要する者としては、要介護老人の他に乳幼児もあるのでこれを含め、ここでは要介護者とし、介護をし得人としては20～59歳で家事または自宅で働いている人および無職の人を入れた。そして要介護者/介護者数の比率をみると、その値にかかわらず手伝って貰える人が欲しいというものの率は変わらない(表30)。

更に老人と家族の人間関係が介護状況にどのように影響するかを分析するために、前にもふれたように老人と家族との人間関係と介護状態の関係をみた。それによると、家族関係の良いもののほど介護状態は良い(表31)。すなわち介護に対しては家族構成とか、人手の問題以上に家族と老人の人間関係が大きく影響を与えている。

表30 家族構成と「看護を手伝ってもらえる人の要求」

要介護者/介護者	1/2	1/3	1/4	1/5	1/6	1/7	計
要求							
手伝ってもらえる人が ぜひほしいと思った	44.4%	40.0%	44.7%	50.0%	33.4%	0	43.0%
思わな い	55.6	60.4	55.3	50.0	66.6	100	57.0
計	100% (40人)	100% (56人)	100% (53人)	100% (8人)	100% (7人)	100% (1人)	100% (165人)

表31 死亡老人・家族間の人間関係と介護状況

介護状況 人間関係	良	中	不良	計
上	72.1%	41.6%	17.7%	53.7%
中	14.3	33.4	17.7	20.9
下	8.8	25.0	64.7	25.4
計	100% (45人)	100% (22人)	100% (27人)	100% (97人)

2. 介護におよぼす経済的社会的因子

家族の経済的条件が、老人に対する介護の状態に影響をおよぼすと思われるので、経済状態を納税額の割合でA、B、Cの三段階に分け、介護状態との関係を調べてみた。なお納税額は区役所および税務局の台帳より、国税および地方納税者をA、地方税のみのものをB、免税者をCとし、介護状況の判定は前述と同様にした。それによると税額の高いAは介護状態は良い(表32)。

しかし納税状態が経済状態の凡てを表わすとは考えられない。そこで生前の老人への面接調査から「老人の小遣の額」、「病気のための経済的負担の程度」、「世帯主の仕事」などを参考に経済的状态を総合的に判断し、良いものを「上」、悪いものを「下」、中間を「中」に区分し、

表32 納税額状態と介護状態

介護状況 納税額	良	中	不良	計
A	56.0%	11.2%	17.9%	28.1%
B	18.0	37.0	57.6	37.5
C	26.0	51.8	24.5	33.4
計	100% (44人)	100% (23人)	100% (27人)	100% (94人)

表33 経済状態と介護状況

介護状況 経済状況	良	中	不良	計
上	51.5%	35.8%	58.8%	50.8%
中	33.4	14.3	23.6	25.4
下	15.1	50.0	17.6	23.9
計	100% (44人)	100% (23人)	100% (27人)	100% (94人)

介護状態との関係をみた。その結果経済状態の良いものは、必ずしも介護状態が良いとはいえない結果が表われている(表33)。

一方老人の生前の家庭内の地位も、介護状態を左右する一つの因子であると考え検討してみた。なお家庭内の地位の判定には、生前訪問面接調査から「生計の担い手は誰か」、「大きなものを買う時誰が決めているか」または「家庭内の重要事に相談をうけるか」等を参考にして総合的に判断した。その結果、家庭内の地位の高い老人程死亡前の介護状態は良い(表34)。すなわち家族構成とか家族の経済的条件などよりは「家庭と老人との人間関係」や「老人の家庭内の地位」の良し悪しが介護状態に影響すると考えられる(表34)。いずれにしてもいわず「老人の座」を家庭内にもってない老人ほどみじめなものはないといえよう。

表34 死亡老人の生前の家庭内の地位と介護状況

介護状況 地位	良	中	不良	計
上	47.0%	7.7%	6.2%	28.2%
中	23.6	30.8	0	21.8
下	29.4	61.5	93.8	51.5
計	100% (44人)	100% (23人)	100% (27人)	100% (94人)

3. 介護上の問題

以上在宅老人の介護の問題を多面的に検討してきたがここでは介護にあたるものと医療担当者との関係について検討してみることにする。

先にふれたように介護者は、それぞれの老人の

もつ症状に対して看病の困難性を訴えているが、家庭での介護の仕方について、医療関係者から教えられたことのあるものは、都市では30%にすぎず、地方では13%と更に少ない(表35)。医療関係者から指導をうけたことのある人は、都市、地方共医師によるものがほとんどで保健婦、看護婦などの指導をうけたことのある人はなかった。

表35 家庭看護法について教えられたか

	都 市	地方(綾部)
教えられた事がある	32.1%	13.0%
教えられた事がなし	62.9%	87.0%
計	100 % (53人)	100 % (22人)

また家庭で老人の介護をする上で、医学的な面で困難がある場合、老人を施設などへ収容するという方法が考えられる。そこで施設についての意識を調べると、家族側は老人ホーム就中養護老人ホームの必要性を主張している。その理由をみると約半数のものは「人手がないから」、「十分に世話ができないから」、「家が狭くて老人がゆっくり休めないから」、「老人が病気で家の中が暗くなるから」というように理由で養護老人ホームへ老人が収

表36 養護老人ホームの必要性

家族構成	独 居 老 人	老 夫 婦	家族或いは同居人あり
老人ホームを利用したいと思う	14.3%	24.2%	0 %
思うこともある	7.1	6.9	14.3
利用したくない	78.6	69.0	85.7
計	100% (35人)	100% (67人)	100% (254人)

表37 養護老人ホームに対する関心(生前訪問面接調査による)

養護老人ホームを知っている	13.0% (109人)	34.2%	利用したいと思う	4.2%	100% (834人)
養護老人ホームについて 聞いたことがある	21.2% (177人)		利用したいと思う 事もある	4.3%	
			利用したくない	25.7%	
養護老人ホームについて 聞いたことがない		65.8% (548人)			

容されることを望んでいる(表36)。一方老人側は生前の面接調査でみると、養護老人ホームのあることを知っているものは13%にすぎない(表37)。しかも「知っている」「聞いたことがある」という老人の内、「利用したいと思う」と答えたものは3.8%にすぎない。年齢別にみると、年齢の低いものほど知っていることが高く、利用したいと思うものも多いが、病臥者、有自覚症者ほど利用したらない傾向を示している。老人が独居あるいは老夫婦のみの場合、他の同居者のある場合に比べて老人ホームに対する関心が高く「利用したいと思う」と答えるものが多くみられる(表38)。

表38 家族構成と老人ホームに対する関心(生前訪問面接調査による)

必要あり	50.4% (91人)	人手がないから	9.4%(17人)
		むつまじく充分世話出来ない	17.1%(31人)
		家が狭くて老人がゆっくり休めないから	7.8%(14人)
		お年寄が病気で家が暗くなるから	3.9%(7人)
		今ある病院が、お年寄を入院させることをこばむから	3.3%(6人)
		そ の 他	8.9%(16人)
必要なし	49.6% (90人)		

Ⅳ 考 察

在宅要介護老人の問題を論ずる場合、まず老人をとりまく現在の社会的諸条件が、近年大きく変化してきていることをみておく必要があろう。近年大きく変わってきた老人をとりまく社会的諸条件をあげれば、まず第一に人口の老齡化をあげられる。すなわち、人口の老齡化のスピードは昭和30年以降急速に高まってきているが^{1)~4)}こうした状況にみあった老人に対する医療的、福祉的対策が実施されるにいたっていない。

戦前においては、老後の生活は子や孫の責任において

保障することが一般的パターンであった。明治以来老人の「生存権」は、国家的責任でなくて、家族の個人的責任によって保障されることとなっていた¹⁷⁾。いうなれば国家的には個々の家族の責任におおいかぶせることによって、老人を処遇しようとする、安あがりな老人対策がおこなわれていた。そして、教育面より教育勅語に象徴されるように、修身教育を通して東洋的道德観を強く打ちだし、家族国家観を培うことにより、その精神的うらづけを作ってきた。しかし、第二次大戦後、かつての家族国家観の法的根拠であった民法が改正され、また、教育も戦前と全く異にしたものに変わってきたため、老人に対する社会的風潮は著しく変化し、家族の老人扶養の意識も著しく変わってきた¹⁸⁾。

昭和41年に総理府が、おこなった世論調査の結果をみると¹⁹⁾、60歳以上の老人では、50%が老後の生活保障は家族の責任であるとしているのにたいして、回答者の年齢が若くなるにつれて、老人の生活保障が家族の責任であるとするものの割合が低下し、20～29歳では16%と著しく低い値を示している²⁰⁾。

このような家族内における老人の扶養意識の変化にくわえて、近年とみに核家族化が進行している。かつて老人を中心とする家長制度は、今や夫婦と子供を基盤とする核家族制度に変わってきている²¹⁾。更に昭和30年代以降のいわゆる高度経済成長の流れのなかで、人口の都市集中による都市の過密化、またそれ故にひきおこされてきた都市の住宅事情の悪化、すなわちアパート、団地住宅などにみられるような住宅の狭隘化によって、ますます核家族世帯は増加してきている。一方農村においては人口の都市集中にともない過疎現象が進行し、老人のみの生活を強いられる状況が一般化してきている¹²⁾。

このような社会的諸条件のもとで、子供達とひき放された高齢者世帯が大幅に増加してきている。厚生白書にもべているように、昭和39年に、72万世帯であった高齢者世帯が、昭和46年には137万世帯と大幅に増加し、国民の全世帯に占める高齢者世帯の割合は、2.9%から4.4%と増加している¹⁹⁾。

このように、明治以来個人の責任で支えられてきた老後の生活保障が、老人をとりまく社会的諸条件の変化によりもはや老人は家族によってその生活が保障されがたい状況になってきているといっても過言ではなからう。

こうした状況は、とりわけ要介護老人のうえに顕著に表われてきている。

本報告で明かなように、介護が必要であるにもかかわらず、介護をしてくれる者がいない老人が多く、約3割

にもおよんでいる。また、幸いにして介護をしてくれる者がある老人の場合でも、いろいろの問題をかかえている。

ここでは、介護を要する老人、ことに介護をしてくれる者のいる老人の場合の問題について論ずることにする。

第一に、介護をしてくれる者があっても、老人とのかかわりあいのずれによる老人の満足感の問題があげられる。老人を介護する者の種類は都市と地方でやや異なっており、都市では、介護する人が「配偶者」とか「家族以外の人」である場合が、地方に比して多く、地方では介護する人が、「息子、娘」とか、「孫」である場合が都市に比べて多い。

このことは、家族構成や家族制度に対する考え方のちがいによるものと思われるが、このことが、老人の介護にも反映しているものと考えられる。調査の結果が示すように、老人の介護に対する満足感は、都市を地方でこととなり、都市在住の老人に不満を訴えているものが多い。介護による家庭の負担の度合や、介護の適、不適の程度は都市、地方ともに同様の傾向を示していることからみて、老人の考え方のちがいもあるが、介護をするものが誰であるかということのちがいが影響しているところが大きいと思われる。

安藤は、問題はわが子がありながら、「近所の人」、「親戚の人」に援助して貰っている老人が都市にいることだと指摘しているが、老人の心理としてわが子にすがりたいという気持ちがある以上²²⁾介護にたいする不満となって表われてくるのも至極当然のことといえよう。また、「配偶者」が介護にあたっている場合、配偶者も多くは老人であるために、思うままに体が動かず、介護が充分におこなえない点もあると思われる。

第二に問題となるのは、老人を介護している家族の負担の問題である。老人を介護している家族の負担の度合は、都市も地方も同様の傾向を示しており、「負担がある」ないしは、「やや負担になっている」と答えている家庭が7割にも達している。また全体の4割ちかくは介護を手伝ってもらえる人が欲しいと要求している。第三に、介護の負担の内容を分析すると、発病から就床までの期間、就床期間、死因となった疾病の種類、老人の訴える症状等により異なるのは当然であるが、発病から病臥までの期間が長びく循環器系、中枢神経系の疾患の場合に問題点が多くなる。この内、中枢神経系疾患は発病から就床までが1ヵ月以内というものが65%あり、それをすぎたものは他疾患を比べ、ぐっとふえて長期要介護

老人となり24%が1年をこえて介護を要する状況となる。病臥より死亡までの期間でみても2ヵ月をこえ3ヵ月にいたるものは死因が老衰、循環器系、中枢神経系等の疾患に多くみられた。さらに1年をこすものは、老衰と中枢神経系疾患のみにみられた。

一方家族が病人の世話をするに際し、困ったと訴えている点をあげれば、「病人の気持ちの扱い方」、「食事」、に新生物疾患の老人の介護者は困っており、いわゆる老人病といわれる中枢神経疾患、老衰では「排尿・排便」、「褥瘡」の世話に困るという訴えを多くの家庭がもっている。看病に困った点では、中枢神経系、循環器系、呼吸器系疾患では「失禁」、「下痢」、「胸の苦しさ」をとくに高率に訴えている。このように介護に対する困難さは疾病の種類就床期間、老人の訴える症状の種類などによっても異なるし、また床につくにいたるまでの状況によっても異なるが、いずれも医学的知識の不充分さのためにおこってきている点は共通している。

第四に、介護の適切さ、不適切さがある。これには社会的諸条件と医療的な条件がある。社会的条件としては家族構成、扶養意識の問題の他に経済問題、人間関係がある。調査結果にみられるように介護状況の良いものは生前家族間の人間関係の良いものに多い。老人の経済力あるいは家庭内における発言権が強い老人の場合は死亡前の介護状況は良い。

医療的条件からみると、介護者のない老人は当然のこと、介護をする者のある老人でも褥瘡の手当状態、身体の清潔さ、食事の世話の仕方、用便の世話の仕方などに明らかに医療上の問題がみられ、介護の不適切さが指適される場合が30%強あった。この点からみて、老人のための介護のあり方を考えると、介護者がいない場合はもちろんのこと、介護する家族がある場合でも、家庭外の人たとえば家庭奉仕員のごときものによって、老人の介護を援助することが必要であろう。しかしながらそれも一率な家庭奉仕員の配置ということには問題がある。たとえば「褥瘡」はその介護状況により、かなり予防出来ると思われるし、また出来た場合も清潔に保つとか体位の変換によって回復出来る場合もあるが、家族側ではこれを問題とせず、もっぱら「寝巻・敷布の交換」「排尿・排便の世話」の方に眼が向き易いという現状からみて、正しい知識をもつものによる家庭看護が重要といえる。

本調査で明らかのごとく、介護に対して医療担当者の指導のあったものは極めて少なく、指導がある場合でも多くは医師によるものであり保健婦、看護婦の指導は

とんどでなされていなかった。医師の指導といえど、現在の医療をとりまく状況からみて、老人にとって満足出来る介護状況を作り出せるよう、医師が正しく指導することは期待し難いであろう。したがって専門的な教育を受けた保健婦や訪問看護婦などによる訪問の指導のおこなえる制度を導入する必要がある。近年老人家庭奉仕員制度を中心とした在宅老人福祉対策がすすめられている。しかしながら昭和46年度現在では、全国で6300人の老人家庭奉仕員が配置され、1人6～9世帯を担当し、約4万人の老人の世帯の世話にあたっているという状況である²³⁾。厚生白書によれば^{24), 25)}、「65歳以上の人口を700万とみて、約60万人前後の老人が何等かの日常動作の障害があり、介護を要する老人は28万人前後となる」と指適されているが、本調査にみられるように介護のない老人および介護をするものがあったとしても、医療的にも問題点があり、不相当とみなされる老人が50%を占めていることからみて、先にあげた数字にあてはめれば、現在わが国では14万人前後と推定される老人が介護がない、あるいはあっても不適切であるという状況におかれていると考えられる。したがって、現行の老人家庭奉仕員の数では極めて不足した状況にあるといわねばならず、今一層の処遇の改善および増員をはかり充実をはかる必要がある。それと同時に一率に訪問するのではなく、先にふれたごとき実態にもとづき、老人の日常生活の世話を中心とした家庭奉仕員、看護を中心とした専門的職業訓練を受けた訪問看護婦あるいは保健婦がそれぞれの老人の状態に応じて配置され、訪問活動をおこなうことがのぞまれる。

家庭奉仕員の絶対数の不足を考えると、当面の老人側からの要求に応えるために、家庭主婦のボランティア活動も検討される必要がある。しかし、上述のごとく介護における問題点を考えるならば、もはや個人の力ではいかともしがたい程、問題は質的量的にも山積している。それ故に国家的な保障のもとに、医療的にも福祉的にも考慮された訪問看護婦、家庭奉仕員、医師といった関係者の協力のもとに、老人あるいは老人をもつ家庭との十分な連携のもとには老人のための介護が工夫され、すすめられる必要がある。

介護を要する老人の数的な経年的推移をみると、調査結果にみられるように介護を要する老人の1/3は死にいたり、1/3は介護を要しない状況となり、1/3は継続してなお介護を要する状況におかれている。この数字は介護を要する状況にあっても何等適切な対策が施されていない状態のもとでの結果であるから、介護を必要とする時期に

適切な介護指導，リハビリテーションなどを行なわれるならば，恐らくは，死にいたる老人をより少なくし，介護を要する老人を減らすことが可能となるであろう。

次に介護をする者のない疾病をもつ，あるいは在宅介護では困難な疾病をもっている老人の場合は，施設あるいは病院に収容されるのが望ましい。しかし，現行の施設あるいは病院のほとんどは，緊急な保護を必要とするものも対象をするのがほとんどである。現行の病院の場合，治療に偏重し，疾病の治療に熱心であっても，生活動作機能の低下や自律性の喪失を防止するためのリハビリテーションをおこなうなど，老人が自立して行動出来る状態を作り出すための努力が払われることを期待するのは困難である。そのため病気はよくなっても自立した生活が出来ないために，なかなか退院出来なかったり，退院後も日常生活への復帰が遅れるという結果を招いているのが実情である。施設の場合，絶対数が不足しており，養護老人ホーム，特別養護老人ホーム，軽費老人ホーム，有料老人ホームを入れた総数が，昭和46年12月現在で1148施設，定員83,815人となっている²⁶⁾。その収容定員は65歳以上の人口の約1%にすぎず，欧米諸国が現在で3%以上であること，および昭和41年の老人福祉に関する世論調査（総理府）によれば，いまずぐ老人ホームに入りたいものが31%であることに比し，大きくたおくれている。早急に，介護を要する老人のための施設を増設することが必要であろう。

老人を病院なり施設に収容する場合，特に留意すべきは入退院の循環をよくしなければならないということであろう。すなわち従来の老人に対する医療の姿勢を改め老人をいつまでも病院などに閉じ込めておくことなく，可能な限り早期に退院させることが必要である。そのために入院時より社会復帰の配慮をしなければならないし，また退院後すぐに家庭生活に適応できない老人のために病院と家庭との中間の療養施設，たとえばナーシングホーム，といったものをもうける必要がある。また日中のみ患者を滞在させて医療処置を行ったり生活訓練を施し，夜は自宅療養をさせるというディホスピタルなども必要となる²⁷⁾。

調査結果にみられるように養護老人ホームに対する考えは家族間と老人自身との間で大きな差があり，家族側は老人ホーム，養護老人ホームを半数において望んでいるにもかかわらず，老人の方は約1割しか望んでいない。また病臥者，有自覚症者の方が施設を利用したがっていない。「これは身体に対する不安感とあいまって，老人ホームに対する考え方がどうしてもみじめなものとし

受け取られていないということや，「捨て去られるところだ」という先入観もある」と安藤ものべている。このために，施設・病院を明るいふん囲気を感じさせるように改善すること，また老人および老人家族に施設の正しい姿を理解させるべく教育，啓蒙がのぞまれる。

こういった「老人の立場にたった良い介護」を行なう条件を作り出すために，従来の医療行政と福祉行政の連携の悪さを一層良くする必要がある。こうして立場の弱い要介護老人の上に凡ゆる面での援助が国家の政策として打ち出されなければならない。

V ま と め

大都市（京都）農村都市（長浜・綾部）在住の65歳以上の老人について，1963年7月から1967年3月にかけて経年調査を，郵送アンケート調査，訪問面接調査で行ないさらに経過中に死亡した老人の家族に対しても郵送アンケート調査，訪問面接調査を行なった。対象者数は大都市（以後都市という）1025人，農村都市（以後地方という）2113人である。これら対象数の動作機能，病臥状況，家庭生活状況，経済状態を調査し，また死亡老人については死亡前の介護における社会医学的問題点を追求し，次の知見を得た。

I. 介護を要する老人は都市・地方共に4～5%である。経年的推移をみると要介護老人の1/3は1年以内に死にいたり，1/3は介護不要となり，残り1/3が継続要介護者である。

II. この要介護老人のうち，介護をする人のない老人が都市・地方共に約30%あり，これらの老人は病院にも収容されず，家族も受入れられる条件のないまま放置されている状態である。

III. 介護者のある老人においても，介護が不適当と思われるものが約30%に認められ，都市・地方で差を認めない。介護の問題点を列記すると，

1) 介護は種々の面で，重荷となり，家庭の負担になっているところが多く，また介護を手伝って貰える人を要求するものが多い。

2) 介護者は都市・地方でやや異なり，都市では介護する人が「配偶者」とか「家族以外の人」が多く，地方では介護する人が「息子・娘」とか「孫」が多い。老人自身の介護に対する満足感は，地方に高く都市に低い。

3) 望ましい介護がなされる要因としては，家族構成，扶養意識，経済的条件もあるが，介護状態の良いものは老人と家族の人間関係の良いものに多い。更に病臥前に老人の家庭内における発言権，経済力のある家庭内

の地位の高かった老人は死亡前の介護状況が良い。

4) 家族の介護に対する負担の内容および問題点を分析すると、自覚症状を自覚してから病臥までの期間、病臥期間、疾病、症状等により介護の負担の内容は異なる。すなわちそれぞれの老人の世話に対する問題点・看病に対する問題点が異なり、一定の様相が認められる。

症状を自覚してから病臥までの期間の長い循環器系疾患、中枢神経系疾患に問題点が多く、病臥期間の長い老衰・中枢神経系疾患に家族の負担が大きい。いわゆる老人病といわれる中枢神経系疾患・循環器系疾患・老衰では排尿、排便、褥瘡の世話に困るものが多い。中枢神経系疾患・呼吸器系疾患・循環器系疾患では失禁、下痢、胸の苦しさ等の看病に困るものが多い。

5) 介護に対して医療関係者の指導があったものは極めて少なく、保健婦・看護婦の指導もみられなかった。

前述の点からみて老人のための介護のあり方を考えると、介護者のない場合はもちろんのこと、介護する家族がある場合でも、家庭奉仕員のごときものによって老人の介護を援助することが必要である。しかし、一率に家庭奉仕員を配置するということは問題がある。家庭奉仕員の絶対数を増員するとともに、介護の効率を良くするために、食事の世話・話し相手等の世話をする家庭奉仕員や、褥瘡等の看病をする専門的知識をもった保健婦や訪問看護婦の訪問指導が、それぞれの疾病・症状・老人のおかれている状況を中心に考慮されて配置されなければならない。

介護をする者のない老人あるいは在宅看護で困難な老人は施設に収容されるのが望ましい。このために施設の増設・改善が必要である。また老人を施設→中間施設→家庭と循環させることが必要である。

文 献

- 1) 総理府統計局：全国年齢別人口の推計，昭和47年版厚生白書，大蔵省印刷局，474 (1972)。
- 2) 厚生省人口問題研究所：全国男女年齢各歳別，将来人口推計結果，474 (1972)。
- 3) 厚生省：昭和47年版厚生白書，385，大蔵省印刷局，(1972)。
- 4) 村松稔：わが国人口の老齡化，医療のあゆみ，62，42 (1967)。
- 5) Peter, T. and Dorothy, W.: The Aging in the

Welfare State, The Chapel River Press, Andover, Hants, England (1966)。

- 6) Jerome, K. and Gordon, J. Aldridge: Social Welfare of the Aging, Columbia University Press, New York and London (1962)。
- 7) Clark, T. and Wilma, D.: Social and Psychological Aspects of Aging, Columbia University Press, New York (1962)。
- 8) 二神義和：老人の健康と生活に関する社会医学的研究，長崎医誌，41，852-878 (1967)。
- 9) 長谷川豊：団地老人に関する社会医学的調査研究，日衛誌，23，23-36 (1968)。
- 10) 磯典理也：都市老人の実態，大阪市城東保健所・城東区社会福祉協議会，(1967)。
- 11) 三浦孝正，他：老人の医療と生活に関する実態調査，日公衛誌，12，372 (1965)。
- 12) 山下章他，松下和子，野沢園子：老人保健，医学書院，東京，(1972)。
- 13) 村井隆重：完全臥床者の側面，日老医誌，4，35 (1967)。
- 14) 前田甲子郎：名古屋市在住生活保護世帯高齢者の実態調査，日老医誌，3，133 (1966)。
- 15) 大道安次郎：環境と老人，日老医誌，1，106 (1964)。
- 16) 三浦孝正，他：老人の医療と生活に関する実態調査，日公衛誌，12，372 (1965)。
- 17) 小山隆：現代家族の役割構造，269-292
- 18) 厚生省：厚生白書，385-388 (1972)。
- 19) 内閣広報室：老人福祉に関する世論調査，(1966)。
- 20) 厚生省：昭和47年版厚生白書，388，大蔵省印刷局 (1972)。
- 21) 小山 隆：夫婦中心家族と老人，日老医誌，1，別冊号，114-116 (1964)。
- 22) 安藤圓章：都市老人問題 (1965)。
- 23) 厚生省：厚生白書，400，大蔵省印刷局，(1972)。
- 24) 厚生省統計調査部，国民生活実態調査，(1969)。
- 25) 厚生省編：厚生白書，24 (1970)。
- 26) 厚生省：厚生白書，406 (1972)。
- 27) 吉田寿三郎：老人の健康福祉に関する体系的開発—老人のディホスピタル—，(1968)。

(受付1973年2月3日)