

# 「人生 80 年時代」の課題

(Problem of Eighty Year Old Person.)

磯 典 理

Norimichi ISO

## 1 老人の世紀

今から4000年前、エジプト王朝はなやかなりし頃の平均寿命が18歳、中世になって30歳と推定され、我が国でも徳川時代は30歳、明治時代40歳、昭和初期で50歳であり、平均寿命の伸びは10年延びるのに何百年もかかる程遅々としていた。

しかるに我が国では、第2次大戦後公衆衛生分野の積極的活動、栄養の改善、抗生物質の発見、医療の進歩等により平均寿命は著しく延びて、世界の1位、2位を争う長命国となり、昭和60年度の平均寿命は男75歳、女80歳となり、100歳以上の人が1,740名を数えるにいたった。尚この数は今後も増加してゆく傾向にある。

昭和58年度の我が国の65歳以上の人口は全人口の9.8%となり、この増加速度は欧米のそれに比べて著しく速く、昭和73年(西暦2000年)には15.6%、昭和95年には20%になると試算されている。

一方、1夫婦あたりの子供の数は、昭和48年2.1人であったが、その後高学歴化や生活水準の上昇、住宅の狭さ等が影響し、昭和56年1.72人、昭和60年には1.68人と減少し、老年人口数( $\frac{65歳以上}{15歳\sim64歳人口} \times 100$ )は昭和55年13.4、昭和75年23.3、昭和95年35.5になると試算されている。即ち、昭和55年には生産年齢人口7人で1人の老人を支えていたのが、昭和95年には3人で1人の老人を支えることになる。近い将来、大多数の世帯が老人を1人ずつ抱えることとなり、そのための介護的、経済的負担は余裕がなくなり、個人の能力の限界をこえる結果、より強い社会的援助が要請される。

内閣総理大臣官房老人対策室が昭和56年に行った日、米、英、仏、タイの老人の生活と意識に関する国際比較調査の中で、子供や孫と一緒に生活を希望する率は日本59%、米国7%、英国6%、仏12%、タイ59%となっている。また、昭和57年9月「老後の生活と介護」(内閣総理大臣官房老人対策室)の調査によると表一1の如く家族、親族に依存する率が著しく高いが、現実には昭和56年度の高齢者世帯(老人夫婦だけ16.3%、ひとりぐらし高齢者11%)は28%弱である。今後この率は増加し、昭和75年には同居別居は相半すると予測されている。

65歳以上の男女生存比は男42%、女58%で、ひとり暮らし老人は昭和56年現在106万人で、

## 「人生80年時代」の課題

表一 誰に介護してもらうか

	実数	寝たきりとなった場合に介護を頼む相手方									
		配偶者	息子	嫁	娘	子供達全員	族その他の家族親	小(家族計)族親族	施設など	ホームヘルパー	家政婦
(60歳代)全体	1,428人	36.7%	4.0%	27.7%	11.4%	3.6%	0.5%	(83.9%)	8.5%	7.6%	
性別	男性	638	68.8 (—)	3.6 (15.7)	10.6 (36.8)	4.9 (16.9)	2.5 (8.9)	— (1.1)	(90.4) (79.4)	4.7 (12.4)	4.9 (8.2)
	女性	790	10.8 (—)	4.3 (6.6)	41.4 (45.2)	16.7 (18.7)	4.4 (4.8)	1.0 (1.4)	(78.6) (76.7)	11.5 (13.2)	9.9 (10.1)

(注) 性別欄の( )内は、配偶者が面倒をみられなくなった場合について再掲したものである。

資料：内閣総理大臣官房老人対策室「老後の生活と介護」(昭和57年)

その80%が女性である。ひとり暮らし老人の71%は子供がいるが、「子供との交流なし」が9%、「誰も面倒をみてくれる人がいない」が13%となっている。この現象は都市に多く、都市化する程血縁関係は薄くなることを示している。

また、東京都の調査によると、実際に老人を介護している人は嫁40%、娘25%、妻25%となっていて90%は女性が介護していることになり、女性に著しく負担がかかっている。加えて女性の方が男性に比し長命ゆえに老人の世紀は女性の世紀でもある。

従来から介護は女の役割で男は具体的な介護は何もしていなかったが、今後は男性を含めて家族全体で介護にあたる必要がある。

## 2 老人が生み出される条件

人間のライフサイクルとして成長期、定成期、衰退期を区分するが、それらは決して独立したものでなく、「人は自らが生きてきたように老いる」という言葉の如く若き日からの連続した生活のあり方がその人の老後を規定している。その規定の条件として次の4つのことが考えられる。

- (ア) 生物学的条件：人間は生態系内の一生物として、物理化学的な環境、生物としての宿命である老化現象、栄養、疾病等。
- (イ) 社会的経済的条件：家族構成やその家庭のあり方、退職、引退、親子関係の変化、経済自立喪失、配偶者や友人との死別等。
- (ウ) 精神的心理条件：病気、体力の衰えによる対人関係の断絶、孤独、自閉的・知的能力の低下等。
- (エ) 本人の性格や以上の諸条件に対応する心構え

以上の諸条件の結果、健康老人、病弱老人、ねたきり老人、痴呆老人等が生み出される。

## 大手前女子短期大学・大手前栄養文化学院「研究集録」

従って、従来老人という表現は戸籍年齢だけが条件であったが、今後はその人の生理的、心理的、社会的な機能年齢を考慮する必要がある。

機能の充実した健康老人を作り出すために社会保障、医療、公衆衛生、社会福祉等、社会制度全体の協同が必要であり、老人は弱者であるという在来の考え方と老人施策をリデザインすべきである。

したがって弱者としてただ流れのままに老化老衰を待つのではなく、大学卒業後50年もある人生だから、個人としても人生80年の軌道に挑戦する気迫が要求される。

### 3 老人福祉法施行20年間の推移

人間の健康を守るためには公衆衛生、医療、社会保障、社会福祉の4本の柱が必要である。

我が国もこの4本柱を充実化して北欧福祉先進国スウェーデン、デンマーク等の如き福祉国家たらんと、昭和38年老人福祉法が制定された。

「すべての老人をしあわせに」という理念を行政的に実施してみた結果、この20年間の経過と共に次の4つのことが判然としてきた。

#### (1) 老人患者増

第1は老人の人口増に比し老人患者の激増である。厚生省が毎年調査している有病率（表-2）でみると、人口1,000人に対し、老人福祉法の実施された直後の昭和40年では65歳～74歳が177.8、75歳以上で177.5、昭和45年、65歳～74歳が257.0、75歳以上が249.5、昭和48年老人医療はすべて無料化し、昭和59年では65歳～74歳で424.1、75歳以上で556.8となっている。老人人口の増加に比し、有病者数は著しく増加している。

70歳以上の主要疾患別調査をみると、昭和45年に対して昭和55年ではすべての疾患が3倍から5倍に増えている（表-3）。これらの疾患はほとんど慢性疾患で、したがって入院日数と循環系で165.4日、運動系で126.5日となっているが、全年齢階層平均入院日数は50.3日である。

従来老人にあるものは「病気とひまと孤独」、ないのは「金」といわれてきたが、昭和48年老人医療が無料化し老人が病院に集まり、病院外来待合室は老人のサロンと化した。

従来、日本人は検査機能の整備している病院外来志向型で、病院が開業医の役割を兼務し、老人医療無料化後、私立の小さな病院が急増した。老人病は長期入院を要し全入院ベッドの50%をも占め、又たとえ退院出来る状態に回復しても本人あるいは家庭的事情等により退院させられない場合も多く、必然的に病院は治療の場に加えて生活の場になり、又退院患者の80%は再び通院治療を受けているのが現状である。医療費からみると、昭和55年国民平均医療費1人年間10万円に対し、老人1人あたりの医療費は北海道、大阪は約55万円、静岡約26万円、沖縄約23万円（国保昭和56年）と地域差はあるが平均40万円となっ

## 「人生80年時代」の課題

表一 性・年齢階級・年次別にみた有病率（人口千対）

（資料 厚生省「国民健康調査」）

	昭30年 (1955)	34 (’59)	40 (’65)	45 (’70)	50 (’75)	55 (’80)	58 (’83)	59 (’84)
総 数	37.9	45.9	63.6	93.6	109.9	110.4	136.2	137.3
男	40.4	47.1	63.0	89.5	103.0	102.6	127.9	126.2
女	35.5	44.7	64.2	97.5	116.5	117.8	144.0	148.0
0～歳	28.6	41.0	56.7	87.9	96.5	77.9	88.2	82.9
1～4	28.7	37.5	36.2	75.2	129.6	89.5	106.8	84.7
5～14	17.4	25.8	30.2	50.5	70.1	56.0	68.3	63.3
15～24	25.0	26.7	28.1	33.2	40.4	30.2	43.1	35.1
25～34	38.5	39.3	43.7	56.8	64.0	43.4	55.9	51.9
35～44	45.5	57.1	72.5	86.2	85.5	74.3	81.4	84.2
45～54	61.3	72.7	95.7	126.6	129.3	121.8	149.4	155.4
55～64	77.5	88.5	143.1	200.8	195.5	229.9	260.3	276.8
65～74	86.3	97.5	177.8	257.0	312.6	336.0	421.5	424.1
75歳以上	70.8	95.4	177.5	249.5	328.1	437.3	500.8	556.8

注1) 昭和35年は、性・年齢階級別にみた有病率がないので34年をもちいた。

注2) (「厚生省の指標、国民衛生の動向」昭和60年) より。

表一 3 主要疾患別患者数の推移（指数）

		総 数							70 歳 以 上						
		昭和 45年	50	51	52	53	54	55	45	50	51	52	53	54	55
総 数	総 数	100	110	114	114	113	114	111	100	219	229	251	255	271	272
	新 生 物	100	119	133	141	163	170	171	100	157	196	224	249	256	290
	内 分 泌 疾 患	100	126	129	129	146	140	148	100	207	266	258	312	334	357
	循 環 系 疾 患	100	142	150	148	153	157	160	100	228	245	257	263	278	291
	消 化 系 疾 患	100	96	100	101	99	99	96	100	243	261	290	286	288	290
	運 動 器 系 疾 患	100	124	144	143	154	179	180	100	286	330	364	369	496	476
病 院	総 数	100	104	107	111	113	112	116	100	204	217	248	259	283	316
	新 生 物	100	124	137	153	172	175	191	100	178	202	247	290	303	341
	内 分 泌 疾 患	100	145	148	153	165	159	191	100	257	289	349	371	406	506
	循 環 系 疾 患	100	137	143	157	163	173	200	100	230	246	284	303	327	411
	消 化 系 疾 患	100	95	99	105	98	99	101	100	443	481	557	559	583	621
	運 動 器 系 疾 患	100	122	134	142	137	168	155	100	303	358	392	351	519	471
診 療 所	総 数	100	113	118	115	114	116	108	100	227	236	253	253	265	251
	新 生 物	100	104	119	107	136	156	108	100	116	182	180	167	160	189
	内 分 泌 疾 患	100	114	117	113	134	128	121	100	180	255	211	280	295	279
	循 環 系 疾 患	100	144	152	144	149	151	143	100	227	245	246	248	259	244
	消 化 系 疾 患	100	97	101	99	100	99	94	100	200	213	233	226	225	219
	運 動 器 系 疾 患	100	125	148	144	162	185	193	100	281	320	353	378	489	479

資料：患者調査（各年7月）

## 大手前女子短期大学・大手前栄養文化学院「研究集録」

ている。「老人をおもりにしているのは医療とテレビである」と巷間でいわれるようになってきた。

我が国の医師数は昭和55年現在で14万8,815名となっている（表－4 参照）。

病院と診療所の医師数は昭和54年を境に逆転してきている。また、別の調査をみても、開業医と勤務医の比率は昭和54年より従来の比率が逆転して48%：52%となっている。このことはホームドクターの減少になり、昨年2月に成立した老人保健法の主旨に沿って、老人を出来るだけ家庭及び地域でみてゆこうという方針との調整が困難となってくる。

表－4 医 師 数（医療施設の従事者）

	医 療 数			人口10万対医師数		
	総 数	病 院	診 療 所	総 数	病 院	診 療 所
昭和 年末	人	人	人			
45	113,214	47,575	65,639	109.2	45.9	63.3
50	125,970	57,436	68,534	112.6	51.3	61.2
51	128,448	60,383	68,065	113.6	53.4	60.2
52	131,628	63,414	68,214	115.3	55.5	59.7
53	136,164	66,069	70,095	118.2	57.4	60.8
54	143,125	73,175	69,950	123.3	63.0	60.2
55	148,815	78,422	70,393	127.3	67.1	60.2

資料：医師調査

## (2) ねたきり老人増

第2にはねたきり老人の多発である。昭和47年の全国社会福祉協議会の調査では、65歳以上のねたきり老人は対象人口の3.8% 即ち約40万人、病弱老人32.2%、322万人となっている（表－5 参照）。

表－5 年齢階層別ねたきり老人出現率，病院老人出現率

(1972. 全国)

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上	計
ねたきり老人出現率	2.2	3.4	5.3	7.5	3.8
病弱老人出現率	28.5	34.0	33.9	31.1	32.2

ねたきりになる原因の最多は脳卒中である。次に女性に多い骨折特に大腿骨骨頭部骨折があげられる。対象老人の3.8%がねたきりという数字は、米国1%、英国1.5%に対し著しく多い。勿論我が国が世界的にみて脳卒中最多発国であることも原因の一つであるが、早期に合理的なリハビリテーションが実施されず過安静になっていることも大きい。老人医療には絶対に静と動の処方が必要である。特に過安静について、我が国の一般的なサービスのあり方、即ち「相手に何もさせずに何でもしてさしあげる」という対応の仕方も関

## 「人生80年時代」の課題

係がある。

## (3) 特別養護老人ホーム増と医療要員不足

第3には、要介護老人を収容する老人福祉法による施設として軽費老人ホーム、養護老人ホーム、特別養護老人ホームの3種類がある。ねたきり老人を収容する施設として特別養護老人ホーム（以下「特養」という）があり、特養は昭和45年全国で152施設、1万1,280名収容であったが、昭和55年1,031施設、8万385名と飛躍的に増加したがまだ足りぬとの声が大きく、全国で3日に1施設作られているともいわれている（表-6参照）。しかし大都市ではまだ少なく、大阪市ではねたきり老人3,702名（昭和56年調べ）に対し5施設合計570名が収容されているにすぎない。もし大阪近郊で特養をつくるとすると土地、建設費を含めて1ベッド当り、1,000万円以上かかり、かつ入所者1人宛の費用は国の基準で1人1ヵ月約20万円を要するが、殆んど措置費でまかなわれ個人負担は僅少である。従って「特養を作れ」との声は高いが、それはとりもなおさず高福祉、高負担となって市民にはねかえってくる。

特養の入所者のうち要医療者が90%以上で内科、整形外科、婦人科、歯科、精神科等各科にわたっている。57年6月、全国老人施設協議会が全国2,000施設に実施した調査によると養護老人ホーム及び特養を含めて25%、特養の80歳以上では41%が痴呆老人である。しかしそれに対する現状は、内科の嘱託医1名で看護婦の配置も僅少であり、夜間の医療関係者の勤務は皆無といってよい。加えて入所者の80%は脳卒中後遺症あるいは老化による機能障害によるA.D.L低下をきたしている。その人達に対するリハビリテーションのキーパーソンである各種療法士の配置は、我が国では病院でも少ないが特養においては皆無といってよい。

表-6 老人ホームの推移

年 月 日	特別養護老人ホーム		養 護老人ホーム		軽 費老人ホーム		合 計	
	施設数	定 員	施設数	定 員	施設数	定 員	施設数	定 員
昭和40. 12. 31	27	1,912	702	51,569	36	2,259	765	55,740
45. "	152	11,280	810	60,812	52	3,305	1,014	75,397
50. 10. 1	539	41,606	934	71,031	121	7,527	1,594	120,164
51. "	627	48,845	936	71,502	132	8,248	1,695	128,595
52. "	714	55,482	938	71,352	143	8,952	1,795	135,786
53. "	799	61,515	939	71,060	164	10,036	1,902	142,611
54. "	903	71,481	942	70,844	187	11,405	2,032	153,730
55. "	1,031	80,385	944	70,450	206	12,544	2,181	163,379
56. "	1,165	89,510	945	70,220	229	13,831	2,339	173,561
57. "	1,311	98,903	946	69,963	246	14,681	2,503	183,547
58. "	1,410	105,887	946	69,724	259	15,341	2,615	190,952

資料 厚生省（統計情報部）「社会福祉施設調査」

## 大手前女子短期大学・大手前栄養文化学院「研究集録」

昭和52年度厚生省全国医務主管課長会議の資料でみると、昭和51年理学療法士1,951名、作業療法士632名の現員で、それに対する当面の確保目標数は、理学療法士6,000名、作業療法士4,000名であるが、毎年の新卒者は400名しかないので目標数に達するのは程遠い。脳卒中後の発語障害に対する言語療法士や心の悩みに対する心理療法士のような専門家は全然考慮されていない。従って、リハビリテーションや適切なケアにより社会復帰させ、数多い入所待機者と交替させることも困難であり、たとえ可能となっても老人を受け入れてくれる家庭も崩壊し、結果的には終生滞在になってしまうのが現状である。そのため最近では在宅ねたきり老人の家族の介護の労苦を少しでも軽減させるべく、ショートステイやデイセンターという方法が一部ではすでに実施されている。

特養の現状に医療不足のあるのは確かであり、もし重症になった時、すぐ入院させてくれる病院の有無、又入院出来ない理由等を、昭和50年全国社会福祉協議会の調査によると、「満床」32.1%、「回復の見込みなく敬遠」20.4%の順となっていた。現在でもこの現状はかわらず、特養は自己完結的に特養の中で解決しなければならない。長年叫ばれつづけている福祉と医療のシステム化はいまだに稼動していない。

アメリカでは1965年医療法改正にともないナースングホーム（我が国の特養に近い延長療養施設）が医療体系の一環にくみこまれた。その結果ナースングホームの急増を来し、1977年140万2,400床と増加し一般病床数に匹敵するようになったが、急増であるだけに人的対応も充分でなく、医療も福祉も不足し、加えて採算重視があり、利用者からは不評をかっていたが、最近入所患者に対し従来の医療報酬に加えたケース毎の定額制からA.D.L ケア別の報酬制を導入し、かつ患者の状態が改善軽快した際には特別報酬を加算し、職員及び患者の意欲向上を目的とした新しい老人医療体系が実験的に実施しているようである。このことはわが国の老人保健法による特例許可病院及び特養に対し今後のあり方を示唆している。

患者がねたきりになった場合、病院あるいは特養のいずれを選択するかは重要な課題である。特養入所の場合は福祉事務所の措置が必要となり、病院入院は患者の自由選択であるから病院利用の多くなるのは当然である。症状によって社会資源の有効利用についてはもっと効果的に考えられなければならない。これについては、各保健所に結核診査協議会をつくったごとく、医療と福祉を一元化した幅の広い資源の効果的運営に関しコンセンサスを得る権威ある機関も必要であろう。

特養を含めて老人ホームを対象人口の何%にするのがいいかは難しい問題である。スエーデンがかつて対象人口の5%にしたが入所者の加齢と共に人手を要し、マンパワーと財源で行きつまった。その結果施設収容方針から在宅ケア中心に方向転換した。

我が国も長命化と共に後期高齢老人が増加し、特養入所者の平均寿命が78歳となった今、在宅ケアの方向に向かわざるを得ない。

## 「人生80年時代」の課題

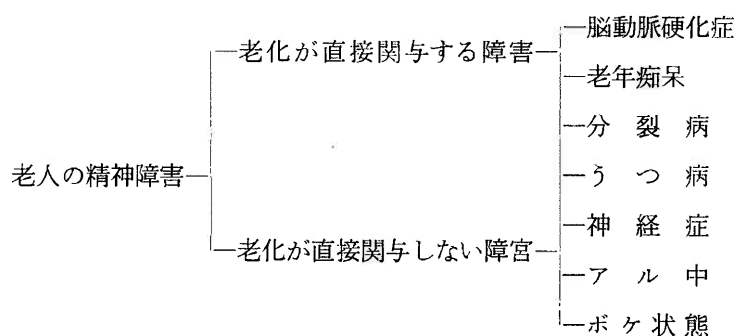
## (4) 痴呆性老人増

第4には老年性痴呆の増加である。人間が長命化すれば脳細胞減少及び脳血管障害から痴呆が増加することは明らかである。最近の医療技術の進歩により、人工臓器による臓器取替えあるいは補助人工臓器により長命化しても、脳の取替えは出来ないで、益々痴呆老人は増加するであろう。加えて社会全体の連帯感の稀薄さ、核家族化による孤独化、疎外による会話不足、愛情不足等老人をとりまく環境の悪化も影響して痴呆がおこりやすい。

人間の知能指数 I, Qは20～25歳を100とすると、正常な場合でも60～65歳で75～80に低下するといわれている。従って多少のもうろくは致し方がない。いわゆるぼけとは生理的範囲の知能低下で、痴呆とは知能障害が人格全体に及ぶ病的不適応状態をいう。老年期精神障害の発生率では、初老期を含んで39歳以前の精神障害の6倍といわれている。

老年期の精神障害を分類して(図～1)、脳の老化によるものとして老年痴呆及び脳血管性精神障害があげられ、脳の老化が直接関与していない精神障害として神経症、うつ病、

図-1 老人の精神障害



妄想幻覚状態、アルコール中毒等があげられている。

一般にぼけといわれている中で生理的範囲の知能低下と老年痴呆、脳血管性痴呆のいずれにも共通点として忘れっぽさがあるので、一般にぼけという中には軽度のぼけ状態も病的痴呆も混同している場合が多い。

老年期痴呆の出現率は、1956年スウェーデンにおいて60歳以上では5%、東京都で65歳以上(1980年)4.6%神奈川県(1983年)4.8%と報告されている。

大阪府が昨年行った「大阪府老人生活実態調査」並びに「大阪府老人健康実態調査」の集計によると(大阪府痴呆性老人対策研究会中間まとめ一昭和58年9月一)、65歳以上の老人40万人中4.3%が痴呆性老人(境界線上を含めると6.9%)と推定され、男女比率は45.5%対54.5%で女の方が高くなり、年齢別では「65歳～69歳」で5.2%、「75歳～79歳」が18.4%、「80歳以上」では54.6%と加齢と共にその割合は高くなっている。

疾患の種類別の割合では「脳血管性痴呆」が50.3%を占め、次に「老年痴呆」が36.4%、両者の「混合型」が10.7%、「その他」が2.6%となっている。



## 大手前女子短期大学・大手前栄養文化学院「研究集録」

さらに生活及び看護、介護上問題となる主な状態としては、

①睡眠障害	33.7%
②不潔な行動	11.6%
③夜、家族を起こす	11.6%
④外出して迷う	9.5%
⑤攻撃的な行為	7.4%
⑥火の不始末	7.4%
⑦幻覚	7.4%
⑧妄想	7.4%
⑨家族をはなさない	7.4%
⑩過食	6.3%
⑪徘徊	4.2%
⑫大声をあげる	4.2% (重複回答)

の順になっている。痴呆老人介護家族は介護に際して、

①心身の疲労	30.5%
②睡眠不足	20.0%
③時間の余裕がない	17.9%
④経済的負担	9.5%
⑤家庭・家族間のトラブル	7.4%
⑥問題行動の対処が難しい	7.4%

等の困難を訴えている。(大阪府痴呆性老人対策研究会)

家庭内に痴呆老人をかかえた場合、それに対応する家族の苦労や悩みは深刻である。昔は精神病と同一視して近所にわからぬようにひそかに家庭内で介護していたが、核家族化している現在、家庭内でみることはむずかしい。それに反映してマスコミも頻繁にとりあげ、痴呆老人は社会問題化している。痴呆老人をだれが、どこでみるか、例えば、①精神病院、②老人保健法による特例許可病院、③特別養護老人ホーム、④在宅でデイケアを利用する等が考えられる。

厚生省の患者調査(昭和55年)では、退院患者の在院日数は総数が55.1日であるが65歳から69歳迄が78.4日、70歳以上が113.0日と老人層が多くなっているが、精神障害者についてみると、退院患者総数では333.3日である。65歳～69歳層では525.8日、70歳以上では384.1日となって精神障害老人の在院日数は極端に長くなっている。老人保健法で老人患者の在院日数を減らす方向に進めている時、精神病院収容にも留意すべきである。

最近痴呆老人のために、数カ所の特別養護老人ホームが集団遊戯療法により効果をあげている。老年の痴呆は老化による全身症状の一つの表れで単に脳の器質障害だけとは云え

### 「人生80年時代」の課題

ない。それはあたかも蛍光灯が弱ってパカパカ点滅する状態の如きもので現在の医療による治療の成果は期待しにくい。従ってキュアより老人ケアに専門的に手なれた特別養護老人ホームの方がより適切であると思う。

筆者達は大阪府松原市にある大阪老人ホームに於て、昨年4月より毎週ほけ老人を抱えた家族に対する介護相談を開始した。相談内容は徘徊、攻撃、不眠、夜中に家族を起こすケースの介護法や、ホームヘルパーや老人ホーム入所の方法或いは費用等社会資源の利用法が多い。相談をうけた痴呆老人の中でホーム附設のデイセンターに毎日通所可能なもの4名、週2～3回のもの3名、計7名に対し在来の入所老人と共にリハビリテーションや遊戯療法を行った結果、いずれも日常生活の改善がみられていることは痴呆老人の対応策としてデイセンターの今後の利用方向を示唆していると考えられる。

しかしどの程度までを老人性痴呆とするか、また、その原因には本人の性格や急速な環境変化、あるいは老人に対する家族の対応のあり方等社会的な要因も関連しているので、その予防や治療に関し今後の幅広い研究がまたれる。

老人福祉法が施行されて20年を経た今、老人患者増、ねたきり老人増、特別養護老人ホーム増とその医療要員不足、痴呆老人増の4つの問題がはっきりしてきた。

## 4 大きな節目

昭和33年新国民健康保険法が成立、昭和36年日本の津々浦々まで国民皆保険になり、昭和38年老人福祉法が成立、昭和48年に老人医療を無料化し、我が国が高くかかげた福祉国家の理想も、昭和48年のオイルショックに引きつづき経済低成長の結果、国家財政も厳しくなり、財政的見地から医療と福祉の見直しを迫られる大きな節目がやってきた。即ち、当初の理想であった「福祉はタダ」から、第2次臨調答申により「福祉は買うもの」という受益者負担の原則が打ち立てられた。

人間が生きるための「衣、食、住」の原則は、老人に対しては「医、職、充」の3つ、即ち医療と年金と心の充足という生きがいの問題としてクローズアップしてきた。

昭和58年2月1日より新しく老人保健法が施行された。その背景には前述の老人医療費無料化にともなう医療費の急上昇に対する抑制がある。即ち昭和48年、老人医療費を無料化した当時の65歳以上の老人人口は7.2%で老人医療費総額は4,000億円、国民総医療費の11%であったが、昭和57年には3兆円となり総医療費の22%となり、昭和60年には老人人口は12%でその医療費は4兆4,000億円となり、総医療費の25%と推計されている。

以上のことから、①老人医療は病気治療に片寄りすぎているので「なおしの医学」の見直しに加えて、健康を「つくる医学」をもっと導入すべきであるという反省、②健康に対する自己責任の確立、③成人病予防、④もし病気になったら出来るだけ家庭、地域でみてゆく、⑤受益者負担という原則が打ち立てられた。即ち従来の医療感覚を一変して「特別

大手前女子短期大学・大手前栄養文化学院「研究集録」

許可病院”という老人慢性病院（病棟）を新設し、入院期間を短かくし、退院後の中間施設の確立や訪問看護や保健婦による訪問指導を導入した。

医療以外のヘルスに対するセルフケア事業として成人病予防のために、健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、機能回復訓練、訪問指導を保健所等で実施することになった。

しかし、老人保健法の理想は出来ても、余りにも急激な変化のため住民側も医師側も混乱があり、かつ法にともなう要員の補充もまだそれに対応して行われていないから、法の実施が整備されるまでには今後数年は要するであろう。

法の理想は理想として、我が国の採算性の医療行為の中で老人医療水準の低下がおこったり、病院を退院させられても受皿である家庭もそれにとまなう地域ケアもなく、また老人ホームの数も不十分で、老人の行き場がなくなってしまう危惧がないとは云えない。

更に老人人口の増加と青年人口減という高齢化社会に於いては社会保険、年金等の給付或は負担に関し、西欧高齢化先進国で起った如き老若世代間の遊離あるいは反目のおそれがないとはいえない。

## 5 老人の健康

厚生省老人福祉課が実施している「生きがいと創造事業」の参加者に対し、筆者達の行ったアンケートによる調査の中で健康との関連の項目でみると、慢性疾患があると答えた人が52.7%、その中の72.2%は主治医を決めて定期的に治療を受けていた。しかしその有疾患老人の90%以上が意識調査では健康と感じていた。

人が日常の会話の中でかわす健康という言葉は何となく分っていて又分っていない。健康の健は人間的生命の充溢であり、康とは心身の平安を意味するといわれている。健康の反対が病気であるとする病気の規定もむずかしい。

健康と病気の間には虚弱、違和もあり、病気になっていなくても不健康はあり得るし、健康感さえあれば健康とも云えない。老人の場合老化による心身機能の低下による心気症、心身症も極めて多い。従って老人の健康とは、その人が必要とする社会生活を何となく過ごせるということがその人の健康の水準だと云わざるを得ない。

加齢と共に起こる老化と疾病との関係も極めてむずかしい。加齢の総括である「老い」に含まれる、もろもろの人としての生活や心身の機能低下を考えあわせると、健康とは単に医学的概念のみではなく、同時に心理学的、かつ社会学的な総合概念である。

WHO の保障大憲章の中にも、健康とは「身体的にも精神的にも社会的にも安寧な状態」という言葉に続いて、「基本的人権としての健康」が銘記されていることからみても、健康とは与えられるものでなく自ら勝ちとるものという積極性と、又そのための各種の条件が国家的社会的責任において整備されるべきであることが今一度考えられなければならない

## 「人生80年時代」の課題

ない。

## 6 老人医療を考える

老人の病気の特長として、多くの病気を併せて持ち、かつ慢性で病気の過程は非定型的である。薬に対する反応に個人差が著しい。心身の機能低下があり病気が正常かがきめにくく、その治療は長期化してリハビリテーションに移行してゆくというようなことがあげられる。

医療の目標は患者の苦痛をとる、病気をなおす、死なないようにすることにあるが、老人医療の場合、その目標達成は極めて困難である。従って現代医療の範ちゅうを越え、老化と重層した長期慢性疾病に対しては医療的管理と福祉的ケアの連携が重要であることは論をまたない。老人に対し科学的な近代医学を駆使して生命を延ばすよう専念しているが、機能的寿命を無視した人工長命は医療費の増大やケアのための労力等が若い世代の人々に経済的社会的重圧としてのしかかってくる。まして最近の社会的風潮は使い捨てであり、手のかかる古稀老人は古棄であり、老人病院や特別養護老人ホームに隔離収容しようとするうばすて思想も現存している。

しかし前述のごとくねたきり老人出現率 3.8%、病弱老人出現率 32.2%、痴呆老人出現率 4～5%といわれる数字からみると、65歳以上の対象人口1,000万人として400万人位が何らかのケアやケアを要することになる。我が国の病院約 9,400 病院の入院ベッド数は120～150万床で、その30%を老人ベッドとして40万～50万人、特養ベッド 8 万床として最大限約60万人しか収容出来ず、残余の人は家庭や地域社会でみて行かねばならない。

一方、最近の技術革新はコンピュータの進歩にともなうCTスキャナー、或は、原子力やレーザー等のエネルギー、あるいは生命科学の進歩や宇宙技術の開発等自然学の面は著しく進展し、それが医学に大きい影響を及ぼしている。

人口の老齢化に伴う疾病構造の変化と技術革新による医療構造の変化、日本の医療に対し財政面及びすべてを保険でという保険心理等、もろもろの問題を提起している。

医療にたずさわる医師の養成は現在増加しつつあり、先進国をみると人口10万人対医師 180 人で医師の不足感は消失するといわれている。日本は現在 150 人ぐらいになっている。設備資本の巨大化、診療過誤に対する賠償、専門医化等から地域の第一線に働くホームドクターは減少し、先進地区の重装備した病院に勤務医として集中する傾向があり、医師の過疎或は医師の専門科目別の偏差が出てきている。

しかし、医療技術及び医療制度がいかにも変わっても、医療の本質は患者の不安感がそこではじめていやされるという医師と患者の信頼感にあることにかわりがない。

日本人の生きがいには健康、金、人間関係の3つが重要な柱であり、老人層では健康のウエイトが最も高い。最近、世界の潮流として医療より健康管理、食事指導、疾病予防、

## 大手前女子短期大学・大手前栄養文化学院「研究集録」

健康づくり等が重要性を増してきている。特に老人に多い循環器疾患は、治療よりもむしろ若き日からの生活指導にあるといわれ、プライマリーケアの必要性が強調されている。

老人の生きがいである健康保持には、地域におけるあたたかいホームドクターとそれと協同する保健所、デイセンター、ボランティア等が重要になってきた。

特にデイセンターは、孤独に生きる老人に同じ悩みの老人同志の会話をすすめ、入浴もあり生きがいともなっている。デイケア運営のため国は補助金を出しているが、老人問題は地方自治体の問題であり、自治体が何処迄積極的に援助するかが今後の大きな課題であろう。

健康の次に金は年金であり、3番目にあたたかい人間関係を求めている。いかにいい老人ホームを作っても、入所老人は「あきらめている」或は「押し込められた」という感情も拭いきれない。それは名はホームであっても血縁関係のない人の集団であるからであろう。又老人のターミナルをみていると殆んどの人が住みなれた家庭で死にたいといっている。人間の最後に対し死をいかに看取るかも今後の大きな課題である。

最後に1982年夏、ウィーンで開かれた高齢者問題世界会議で討議された高齢者ケアの基本原則は、「高齢者が住ちなれた地域社会の中で出来るだけ長く自立した生活を維持出来ること」である。