

高齢者の健康と福祉

柴 田 博

1. はじめに

いずれの時代においても、専門家や行政の認識は社会のニーズから遅れるものである。疾病の歴史において、脳卒中の成因解明に果した我が国の疫学者の貢献度は大きい。しかし、もっとも脳卒中の跋扈していた時代には、正しい見解を十分出せなかった。1970年代に入り、ほぼ疫学データの揃ったころには、歴史の方が先に進んで、脳卒中はかなり減少していた。国民の栄養状態の改善が、学問的な論争に決着を与える結果となった。

老化や老人問題に対しても、その時代のニーズの移り変わりが早く、専門家や行政の認識と対応は遅れがちである。しかし、世界の趨勢をよく観て、現状を分析すれば、実証はともかく、ニーズの方向性は掴める筈である。

本論では、高齢社会に求められている高齢者の健康や能力の水準、それに対する保健や福祉の関連について述べたい。

また、高齢者の保健と福祉に家族の問題がどのように関連しているかも述べたい。

2. 高齢者に求められている健康度・能力

周知のように、高齢社会は、平均寿命の延長(少死)と出生率の低下(少産)によりもたらされる。我が国の出生率の低下は予測を上回っており微調整は必要である。

しかし、出生率を大いに挙げて高齢社会を回避しようとすることは正しくない¹⁾。現在、世界には54億の人口があり、来世紀には倍增する。しかも、この増加分に先進国の増加は見込まれていない。途上国の増加分のみで倍增するのである。

もし、先進国が人口を増加させる施策を取ると地球の資源の限度を越える人口増となる。したがって、先進国は人口抑制政策を取らざるを得ず、高齢社会は必然となる。

今必要なのは高齢社会の是非論などではなく、高齢者に求められている健康度や能力の概念化、測定、増進の方法の確立である。

世界保健機関(World Health Organization, WHO)²⁾は、今から10年前に、高齢者の健康を自立(autonomy)をもって代表させることを提唱している。従来のWHOの理念的な健康の定義は高齢者には空虚である。まさに、WHOは、“一病息災”を高齢者の健康の概念としたわけである。

自立を測定するためには、従来の健康の指標である死亡率(mortality)や罹患率(morbidity)はあまり有用ではない。生活機能(functional capacity)を評価することが肝要となる³⁾。

このあたりの認識が従来の寿命や疾病を軸に発想してきた、老化や老人問題の専門家に欠如したままできている。医師も保健婦も福祉の専門家もその轍を免れない。

生活機能を取り扱う場合であっても、もっとも基本的な日常生活能力(activities of daily living, ADL)の障害者を病人のアナロジーとして正常者から区別すれば事足りるということになる。

Lawtonは高齢者の能力を図1のような7段階のヒエラルヒーモデルとして提示している³⁾⁴⁾。もっとも低いレベルの生活機能は左端の生命維持、もっとも高いレベルは右端の社会的役割である。

ADLは丁度真ん中で、ここで身体的自立とされているレベルである。その1つ上の手段的自立の尺度はInstrumental ADLを略してIADLと呼ばれている。

一口に自立といっても、どのレベルで自立しているかが問題である。ADLで自立していても、IADLで自

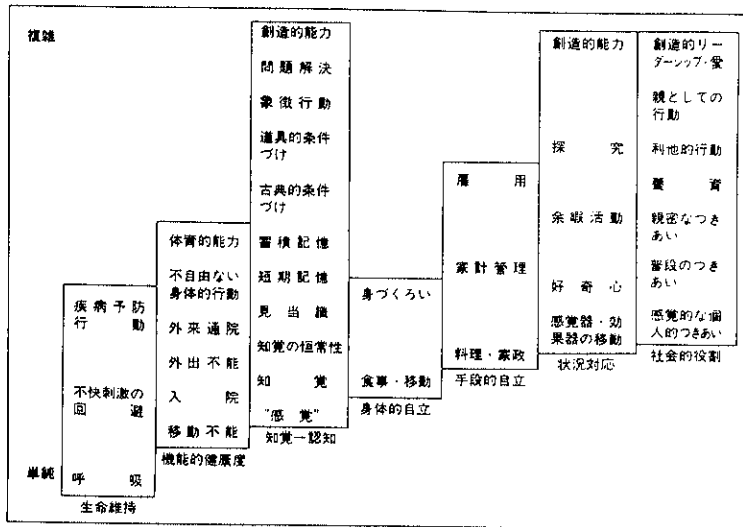


図1 高齢者の能力の諸段階
(文献3), 訳語は文献4))

立している保証はない。

実は、このモデルの状況対応や社会的役割のレベルの自立性を評価するための妥当性のある尺度は長い間存在しなかった。そこで、我々は表1のような老研式活動能力指標を開発した⁹⁾。

これらの尺度により、地域老人の健康度がどのように描出されるかについては次の節で述べることにする。

WHOの提唱と軸を一にして、我が国でも高齢者の自立というターミノロジーがかなり一般化してきた。しかし、それは、人間の機能のどのような領域を評価

すべきなのか、どのレベルの自立を意味するのかを明確にされないまま、一人歩きしている。

自立概念にまだ混乱があり、実証データも十分にない状況において、WHOは、高齢者の労働能力 (working capacity) に関するレポートを出してきている⁹⁾。これは、自立問題を一歩押し進めた結果であろう。

アメリカの老年学者 Kahn は、高齢者の productive behavior として、社会的自立、相互扶助 (mutual aids) あるいはボランティア活動、家政、有償労働をあげている⁹⁾。

高齢社会における高齢者には、単なる自立ではなく、社会の構成員としての貢献が求められている。とくに我が国では、社会の3分の1を65歳以上が占めることが予測されているから尚更である。

障害老人の特定や介護、消極的な寝たきり予防などしか発想できないようでは社会の要請にまったく応えられない。

任意の年齢で境界をつくり、あたかも人類+高齢者で社会が成り立っているように考えるのは差別 (agism) の一種である。たとえそれがいかに、ヒューマニスティックな意匠がほどこされていようと。

3. 高齢社会の健康度・能力の分布

筆者達は、我が国のさまざまな地域の高齢社会の健

表1 老研式活動能力指標

毎日の生活についてうかがいます。以下の質問のそれぞれについて、「はい」「いいえ」のいずれかに○をつけて、お答えください。質問が多くなっていますが、ごめんどもでも全部の質問にお答え下さい。		
(1) バスや電車を使って一人で外出できますか………	1. はい	2. いいえ
(2) 日用品の買物ができますか………	1. はい	2. いいえ
(3) 自分で食事の用意ができますか………	1. はい	2. いいえ
(4) 請求書の支払いができますか………	1. はい	2. いいえ
(5) 銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか………	1. はい	2. いいえ
(6) 年金などの書類が書けますか………	1. はい	2. いいえ
(7) 新聞を読んでいますか………	1. はい	2. いいえ
(8) 本や雑誌を読んでいますか………	1. はい	2. いいえ
(9) 健康についての記事や番組に関心がありますか………	1. はい	2. いいえ
(10) 友だちの家に訪ねることがありますか………	1. はい	2. いいえ
(11) 家族や友だちの相談にのることがありますか………	1. はい	2. いいえ
(12) 病人を見舞うことができますか………	1. はい	2. いいえ
(13) 若い人に自分から話しかけることができますか………	1. はい	2. いいえ

注) 「はい」という回答に1点を与えて合計得点で算出する。

文献5)

表2 在宅老人のADLの分布

	男 (N=287)			女 (N=427)		
	自立	半介助	全介助	自立	半介助	全介助
歩 行	94.8	1.4	2.8	95.3	0.7	4.0
食 事	96.8	2.1	1.0	96.5	1.2	2.3
排 泄	94.1	3.5	2.4	93.9	2.8	3.3
入 浴	91.6	3.8	4.5	92.7	2.4	4.9
着脱衣	95.1	1.7	3.1	95.3	0.5	4.2

(都老人研, 秋田県南外村老人健康調査, 1989)
文献 8)

表3 在宅老人の手段的ADLの分布

	男 (N=275)		女 (N=408)	
	できる	できない	できる	できない
バスや電車で外出できる	86.2	13.8	72.1	27.9
日用品の買物ができる	88.4	11.6	81.6	18.4
自分で食事の用意ができる	76.0	24.0	88.0	12.0
請求書の支払いができる	86.9	13.1	77.0	23.0
預貯金の出し入れができる	86.9	13.1	71.1	28.9

(都老人研, 秋田県南外村老人健康調査, 1989)
文献 8)

表4 活動能力の合計得点の平均と標準偏差

年 齢	男	女
65～69歳	11.2±2.5(122)	10.7±2.3(170)
70～74	11.0±9.6(70)	9.6±2.7(92)
75～79	10.2±3.2(43)	8.1±3.6(86)
80～84	7.8±4.0(30)	6.7±3.7(41)
85～	7.1±4.0(7)	2.5±2.7(17)
計	10.5±3.0(272)	9.1±3.4(406)

(都老人研, 秋田県南外村老人健康調査, 1989)
文献、文献 8)

健康や能力の測定を行ってきている。表2に秋田県南外村の65歳以上のADLの分布を示した。95%は自立している⁹⁾。

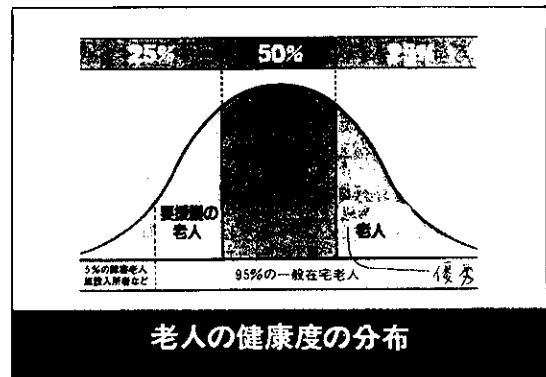
表3は同じ対象を手段的ADLの尺度で評価したものである。自立の割合はかなり低くなる。性差も明確になり、男の「自分で食事の用意ができる」能力、女の「預貯金の出し入れ」の能力などで自立性は低くなる。

このようにADLで自立しながら手段的ADLで自立していない高齢者は要援護老人とも呼ぶべきで層である。

表4には、同じ対象の老研式活動能力指標の得点分布を示した。この指標は、高齢者の能力を相対的に把

握するために開発されたものであり、障害者を特定するためのものではない。しかし、使用経験を重ねていくに従い、5点以下の点数の老人には、社会的な自立した生活を営むことがかなり困難であることがわかってきている。

Schrock⁹⁾のつくった高齢者の偏差値のモデルの妥当性は、筆者達の調査結果によっても裏付けられる(図2)。彼は、このモデルによって、高齢社会には、要援護老人と同じ割合で優秀老人存在することを示し得た。高齢者の集団は、全体として他の世代に依存しているものではなく、自助能力をもっているのである。



文献 9)

図2 老人の健康度の分布

このことを理解しないために、高齢者の能力が発揮される活動の場を思いつきさえしない専門家があまりにも多い。

4. 高齢者の健康度は上昇している

老化の様式も高齢社会の実態も理解できないため、近未来社会の高齢者の健康学の予測にも大きな誤謬がみられる。本来、平均寿命や高齢者の余命が延長するのは、健康度が上昇する（あるいは老化が遅延する）結果に他ならない。

しかし、世の常識は、人間が長寿になれば弱った(frail)老人が増えるというものである。障害老人が増えるという数値がもっともらしく提示されている。

少なくとも、老人問題に係わっている人々は、これらの予測が、科学的なものでないことを知っておく必要がある。死亡率にしろ、発生率にしろ、将来予測は

過去のトレンドを踏まえて行なわなければならない。しかし、現在横行している障害老人の将来予測にはこれが欠如している。

現在の特定の年齢群の障害有病率を観察し、その年齢群の有病率は将来も変わらないと仮定し、人口学的な移行を計算しているに過ぎない。

障害老人の有病率のトレンドを観察しうるデータは東京都福祉局のものしかない(図3)。他は、サンプリングか調査方法のいずれかが変わってしまうため、定観測になっていない。

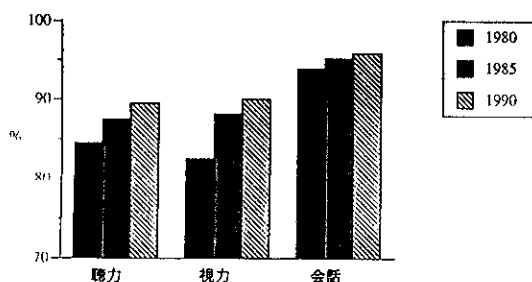


図3 日常生活動作能力の推移
— 65歳以上東京都民
(東京都福祉局の3回の調査より作成)

図3で明らかなように、在宅老人の自立度は年々上昇してきている。この期間に増加した特別養護老人ホームのベッド数を考慮にいれてもこのことは変わらない。

脳卒中のような障害の危険因子の現象が背景にある。何よりも、高齢者の余命を延長させている社会には、老化を遅延させている要因がある。高齢者の平均年齢が上れば(オールドオールドが増えれば)障害老人は自動的に増えると考えているところに専門家といわれる人々の偏狭がある。

昔の80歳の健康状態と今の80歳の健康状態とは異なっている。このダイナミズムを織り込まない将来予測は何の意味もない。高齢社会に対する故のない不安感を醸成する以外の何ものをもたらさない。

5. 保健、福祉の役割

これまで述べてきたことから、保健・福祉の役割は自ら明らかである。疾病の予防を中心に据えた保健、

弱者救済のみに関心を持った福祉はともにニーズに応えられない。

そういう意味で新たに出発した東京都の4つの局にまたがるプロジェクト「寝たきりゼロ推進会議」が2つの専門委員会の1つを「普及啓発事業推進委員会(委員長柴田 博)」として健康老人の健康教育に照準を合わせたことは、極めて大きな今日的意義がある¹⁰⁾。

保健・福祉・医療の連携や統合が叫ばれて久しいが、現場で縄張り争いをしている事例に事欠かない。その1つの要因は、各領域の健康の段階における役割分担の意識が明確でないことによる¹¹⁾。

高齢者の健康はライフステージにして移行(transition)していく。そのステージ各に各領域の役割の大きさは変わってくる。健康な時期には、保健が主役を担い、福祉、医療は脇役となる。病気の急性期には医療が主役となる。もし、慢性的な障害をもつステージに移行する場合には、福祉が主役となるであろう。

いずれのライフステージにおいても、すべての領域が主役を担おうとするが故に縄張り争いが起こる。あるいは裏返しの責任のたらい廻しが。

6. 家族の役割

現在、ADL、手段的ADLに介助を必要とする人々は、もっとも重要な障害をもった在宅ケアの受け手である。これらの人々が地域で生活するために、家族がケアの主たる担い手であることは、筆者達の調査でも明らかである¹²⁾。

在宅ケアの担い手に対する手段的・情緒的サポートの必要性は言を待たない。しかし、家族のケアを前提とする発想を白紙に戻してみることも必要である。

高齢者に対するサポートは、それがいかなる健康度のステージにある場合も、行政や地域社会、社会全体の責任である。障害老人のみは家族に任せればよいというものではない。

たまたま、家族がケアにあたる場合にも、共同体全体の責任を分担していると考えるべきである。そういう視点から介護手当てや介護家族に対する手段的・情緒的サポートのあり方を考え直す必要がある。

高齢者の相互扶助、あるいはボランティア活動の実態を調査してみて、ADLの障害に対するケアはこれらの活動では行い得ないことがわかる。これは行政の責

任で貫徹されなければならない。

それに、補充的な活動の領域でボランティアに任される部分はきわめて多い。そして、自立した老人や優秀老人には、そのような活動をすることが自己啓発につながる。ボランティア活動をしていく老人の余命は長くなり、免疫力も上昇していくことが次第に明らかになってきた¹³⁾。

まさに“情は人のためならず”である。高齢者の活動の場をゲートボールや“高齢者教養講座”に限定すべきではない。いかに自己啓発的な活動の場を用意するかが、高齢社会を乗り切る鍵となる。

文 献

- 1) 柴田 博 長寿と健康への挑戦
時事評論 24(4): 23-39, 1992
- 2) World Health Organization: The uses of epidemiology in the study of the elderly. WHO TR Series 706, 1984
- 3) Lawton MP: Assessing the competence of older people, Kent DP, Kastenbaum R, Sherwood S (eds): Research Planning and Action for the Elderly: The power and potential of social science, Behavioral Publications, 1972: 122-143
- 4) 柴田 博, 古谷野亘, 芳賀 博: ADL 研究の最近の動向—地域老人を中心として社会老年学21: 70-83, 1984
- 5) 古谷野亘, 柴田 博, 中里克治, 芳賀 博, 須山靖男: 地域老人における活動能力の測定—老研式活動能力指標の開発. 日本公衛誌34: 109-114, 1987
- 6) World Health Organization: Aging and working capacity WHO TR Series 835, 1993
- 7) Kahn RL: Product behavior: Assessment, determinants, and effects. J Am Geriatr Soc 31: 750-757, 1983
- 8) 柴田 博, 芳賀 博: 活動作力, 統合リハ19: 335-338, 1991
- 9) Schrock MM: Holistic Assessment of the Healthy Aged, John Wiley & Sons, 1980
- 10) 東京都プロジェクト「寝たきりゼロ推進会議」
- 11) 古谷野亘: 老人の生活機能の把握. 保健医療社会学論集 No.4: 22-27, 1993
- 12) 古谷野亘, 柴田 博: 在宅ケアにおける“連携”への視座—埼玉県富士見市での研究から—老人問題研究 No.8: 13-23, 1988
- 13) Growald ER, Luks A: Beyond Self, American Health March 51-53, 1988