

都市化と老人病

落合 博

I——はじめに

1・人口の老齢化

昭和42年7月に1億人を越したわが国の人口は急速に老齢化の道をたどり、昭和40年に618万余人であった65才以上の人口は10年後の昭和50年には876万人となり、これは総人口の約8%に及ぶものと推定されている。本市においても表1に示すように、老年人口は年々増加の傾向をたどり、昭和50年には約6%に達するものと思われる。人口の年令構成を幼年人口<15

才未満>、生産年令人口<15~64才>、高年令人口<65才以上>に分けて年次別推移をみると、昭和25年までは幼年人口36%、生産年令人口60%、高年令人口5%というように三区分ともその構成は安定した横ばい傾向を維持していたが、25年を境として幼年人口は急激に減りはじめ、高年令人口は対照的に増加をはじめた。その結果40年には幼年人口26%、生産年令人口68%、高年令人口6%というように、西欧諸国の人口構成にかなり接近し、さらにこの傾向は年とともに強まり、60年においては大正時代に比べ、幼年人口は半分に減少し高年令人口は約2倍に増加し12%台になると推測される。このような状態は現在スウェーデン、フランス、イギリス、西ドイツの到達している段階であり、これらの諸国が5%台から12%台になるのに

約100年を要しているのに、わが国ではわずか40年の間に同様な現象が起こるものと予測される。これを老齢化指数でみると昭和30年の15.9から昭和40年の24.6、昭和50年の35.6、昭和90年の117.9となり、今後老人問題が社会経済に大きな影響をもたらそうとしている。

<注> 老齢化指数

$$\frac{65\text{才以上人口}}{0\sim14\text{才人口}} \times 100$$

2・人口の社会移動

昭和28年の町村合併促進法以来新市の誕生が急増し、昭和30年の市部人口は全国人口の56%に上ったが、その後の経済高度成長政策とともに大都市への人口集積の激化が起こり、昭和40年の国勢調査では全国人口に対する市部人口は68%に達した。人口問題研究所の推計によると、昭和70年には、関東、東海、近畿のいわゆる<太平洋ベルト地帯>には全人口の70%が集中するといわれている。

一方、わが国における平均世帯人員は、昭和25年には一世帯平均5.02人であったのが、昭和42年には3.97人と年々減少し、核家族世帯が全世帯に占める割合は大正9年の国勢調査時の60%から昭和40年には70.4%と上昇しており、核家族化の傾向は、今後ますます続くことが予想される。

表1——横浜市高令者の年次別人口

年別	総人口	高令者<65才以上>人口		全国高令者 比率
		実数	比率	
昭和40年	1,788,915	75,134	4.2	6.3
41	1,859,772	79,970	4.3	6.5
42	1,945,272	89,482	4.6	6.6
43	2,047,487	98,279	4.8	6.8
44	2,133,000	104,517	4.9	6.9
45	2,223,000	113,373	5.1	7.1
46	2,306,000	119,912	5.2	7.2
47	2,391,000	129,114	5.4	7.5
48	2,616,834	143,926	5.5	7.7
49	2,708,000	157,064	5.8	7.9
50	2,803,000	168,180	6.0	8.1

3・平均寿命

保健衛生の水準を示す指標といわれるわが国の平均寿命は、表2に示すように戦後いちじるしく改善され、第12回生命表によると昭和40年では男67.74才、女72.92才で、35年生命表とくらべると男2.42才、女2.73才と着実に上昇している。毎年10月1日現在の推定人口をもとにして作られる簡易生命表では、42年には男68.91才、女74.15才となっており、40年から42年にかけても男は1.17才、女は1.23才と寿命が延びている。

表2・1——平均寿命の推移

年別	男	女
*明治24~31年	42.80	43.30
*明治32~36年	43.97	44.85
*明治42~ 大正2年	44.25	44.73
大正10~14年	42.06	43.20
*大正15~ 昭和5年	44.82	46.54
*昭和10~11年	46.92	49.63
昭和20年	23.90	37.50
*昭和25~27年	59.57	62.97
*昭和30年	63.60	67.75
*昭和35年	65.32	70.19
昭和36年	66.03	70.79
昭和37年	66.23	71.16
昭和38年	67.21	72.34
昭和39年	67.67	72.87
*昭和40年	67.74	72.92
昭和41年	68.35	73.61
昭和42年	68.91	74.15

<注> *印は生命表、その他は簡易生命表による。

表2・2——平均余命表

<あと何年生きられるか>

現在の年令	男	女
誕生	67.74	72.92
生後2月	68.60	73.60
年令1年	68.16	73.13
10年	59.80	64.62
20年	50.18	54.85
30年	40.90	45.31
40年	31.73	35.91
50年	23.00	26.85
60年	15.20	18.42
70年	8.99	11.09
80年	4.81	5.80
90年	2.56	2.96

<注> 12回生命表による。

4・成人病

日本人の主な死因をみると、昭和26年に脳卒中が結核にかわって第1位となり、28年にはがんが第2位、33年には心臓病が第3位となって、その後この順位のまま今日にいたっている。これらの病気は、いずれも40才ごろから急激に増加してくるので成人病と総称されている。成人病は他にもあるが、昭和42年には脳卒中で17万2千余人、がんでは11万3千余人、心臓病で7万5千余人が死亡しており、この三つの病気だけで総死亡数の53%を占めるにいたり、国民の保健衛生上とくに重要視すべき問題となっている。もし、がんが死ななくなったとすると、男では2.21年、女では2.12年寿命がのび、脳卒中、心臓病で死ななくなったとすれば男で4.4年、女で4.6年寿命が延びることになる。

2——老人病の実態

1・医学的にみた老人

老人福祉法でいう老人とは65才以上であり、老人という自覚をもつのは73才頃であるといわれている。栄養基準量の上では70才以上とされているように、老令といっても何才をもって老令とするかについては社会的、経

済的諸情勢の動向とともに変わるものと考えられる。

60才台を老年初期、70才台を老年中期、80才台以上を老年末期とする老年期3分法というものがあるが、この分類法は老年期の一つの問題を検討していくためには非科学的ではあるが、学問的にも実際的にも便利な方法とされている。

年令から体の機能は予測できないといわれるように、あらゆる面で個人差の大きいのが老人の特徴である。老化現象は、すべての人に避けることができない年令に相応した生理的老化と、老人に多くみられるが必ずしもすべての人に起こらない病的老化の二つに分けられる。老人では上記の老化現象に、しばしば成人病・老人病がいくつか加わっているため、その生理の様式は複雑となっている。今まではこれらをすべて年のせいとして放置し、あきらめていた傾向があったことは否めない。老年医学では、人間を単に一定のどまった時期、すなわち年令という断面でとらえないで、つねに年をとっていくという時間的に流動的な姿勢でとらえようとする考え方が強調されている。このために加齢<成長、成熟、老化の三過程>という言葉がよく用いられているが、その移行は必ずしも明らかではない。定年

や年金などのように、社会的、法律的に明確に年齢を区切る必要のある場合はともかく、健康や病気のような医学的な問題では、できるだけ自然の姿でとらえるのが望ましい。すなわち、老人の生理を考える場合、臨床的に老化過程が認められる40才前後からの状態を考えるのが合理的で、中年から老年への移行は徐々に行なわれしだいに老人の特徴が明らかになっていくと考えるのが正しいようである。老人の場合、年齢とともに機能がゆるやかに低下し、外界へのストレスに対し抵抗力が減退し正常への回復が遅いことが特徴とされている。

2・老人に多い訴え

老人は一般に症状の訴えが多いものと考えられがちであるが、老人に接する場合にはまず第一にこの先入観を捨ててかかる必要がある。もちろん老人には訴えが多いのも事実であるが、反対に訴えの乏しい、あるいは訴えない老人も多いことに気をつけなければいけない。しかもこのような老人には、しばしば重篤な疾患をもっていることがあり、また、その疾病は典型的な症状に乏しく、自覚症状もまったくない場合もあり、独りでいくつかの疾病をもっているという特殊性を理解しなければな

らない。老人に多い訴えのうちでは、痛い、苦しいという訴えがもっとも多く、どうき、いきぎれ、しびれなどの訴えも日常よく聞かれる。

(1) 高血圧症

高血圧には症候性高血圧といって、ある病気のひとつの症状として高血圧がみられることがある。たとえば腎臓病、副腎の腫瘍、脳神経の病気、心臓病とくに心臓や大動脈の先天的な異常によって起るもので、多くは若い時から高血圧が現われる。しかし、高血圧の大部分は原因がはっきりつかめない本態性高血圧といわれるもので、おもに40才以上で発病し、血圧が高いのが主な症状である。本態性高血圧は腎臓の動脈硬化が極度に進行し、腎臓の機能が急速に衰え尿毒症という病気を起してくるものを悪性高血圧というが、これは数が少なく大多数は良性

高血圧と呼ばれるものである。しかし良性高血圧でも脳動脈硬化により脳卒中を起こしたり、冠状動脈の硬化により心筋硬塞の発作を起こす恐れがあり、統計的にも高血圧の人は血圧が正常な人にくらべ脳卒中、心臓病による死亡率が高いので重視されている。

高血圧になる人には、ある程度遺伝関係が認められている。すなわち両親が高血圧の場合、片親が高血圧の場合には、その子供に73%、57%の高血圧者がみられるが、両親が正常血圧の場合の子供の高血圧の発生頻度は4%にすぎない。しかし環境や食生活の影響、たとえば過労や精神的不安、寒い気候、食塩のとりすぎなどは、高血圧を起こす大きな原因となる。したがって、これらの原因を避けることは、高血圧ひいてはその合併症である脳卒中や心臓病の予防に

表4—老人に多くみられる病気の順位

<イ>		<ロ>	
① 高血圧症	<31.7>	1. 高血圧症	<77.0>
② 神経痛	<23.5>	2. 心臓病	<11.9>
③ 心臓病	<16.9>	3. リューマチ	<4.1>
④ 胃腸病	<15.6>	4. 糖尿病	<3.7>
⑤ リューマチ	<7.4>	5. 神経痛	<3.4>
⑥ 脳卒中後遺症	<4.9>	6. 胃腸病	<3.1>
⑦ 糖尿病	<4.9>	7. 腎臓病	<2.0>
⑧ 腎臓病	<4.1>	8. 脳卒中後遺症	<1.4>
⑨ がん	<2.1>	9. 結核	<1.4>
⑩ 結核	<2.1>	10. がん	<0.3>

<注> 上表の順位は、<イ>は44年6月に横浜市で行なった高令者医療に関する実態調査結果<寝たきり、病弱者老人が対象>、<ロ>の順位は43年度の老人健康診査の実施結果。< >内は%

なる。

(2) 脳卒中

脳卒中とは、脳の急性の血液循環障害によって意識が侵されたり、運動や知覚の麻痺を起こす病気の総称で、医学的には脳出血、脳血栓、脳栓塞、くも膜下出血に分けられる。

このうち、脳栓塞は比較的若い人で心臓病のある人にみられるが、その他のものは、50才以上に多くみられ高血圧症と脳動脈硬化症には深い関係が認められる。

(3) 動脈硬化

動脈硬化はさきに述べた病的老化現象のひとつである。人間は血管とともに年をとるといわれているが、軽いものは10才台にもみられるが、ある程度進行し症状があらわれるのは、40才を過ぎてからで、男性は女性にくらべ進行も早く、また、程度も強いので、動脈硬化による脳卒中、狭心症、心筋硬塞も男性に多い。

この原因については、ストレスや細菌やウィルスによる感染が動脈の壁を傷害し、これに脂肪の代謝異常によるコレステロールや中性脂肪が動脈の壁にたまるものと考えられている。甲状腺のホルモンの分泌が衰えたり性ホルモンの分泌が少なくなると、動脈硬化は強くなる。また血圧が高い状態がつづくとき、そ

の程度が強くなるので、進行を少しでもくいとめるためには以上述べたいろいろの原因を除くようにすることが大切である。動脈硬化が進行するとその動脈によって栄養をうけている組織や器官の血流が悪くなり、とくに脳、心臓、腎臓などの大事な器官の動脈硬化が進むといろいろな障害が起こってくる。

(4) 心臓病

心臓病のうちリュウマチによる弁膜症は本来若い人に多い病気であるが、最近これらの治療、管理が行き届き長生きするので40才をすぎてもよくみられる。

40才をすぎて重要な心臓病は動脈硬化性心臓病と高血圧性心臓病で、心臓の肥大が高度になると心臓の働きが悪くなり心不全という状態になり、息切れ、せきやたんが多くなり、肝臓が腫れ尿量が少なくなり、むくみがでてくる。しかし心不全を起こさなければ、社会人として十分日常生活ができるので心不全の防止につとめる必要がある。そのためには、体重測定を定期的に行なうことが大切で、体重増加は、心不全のパロメーターである。

動脈硬化性心臓病には狭心症、心筋硬塞、冠硬化症があるが、これらはいずれも冠状動脈の硬化によるもので定期的に心電図の検査が必要である。

(5) 狭心症

狭心症は発作的に前胸部の疼痛や、しめつけられる感じを生ずる症状で、心臓が酸素の不足状態になるために起こる。この原因としては心臓を養う冠状動脈の硬化がもっとも多く40才すぎの重要な病気のひとつである。

(6) 心筋硬塞

冠状動脈が血栓で閉鎖されると心筋硬塞といって、その血管で養われている心筋が壊死におちいるため痛みも一般に激しく、発作のときショックが起こり死亡率はかなり高い。

(7) がん<悪性新生物>

日本人に多いがんは、胃がん、子宮がん、肝臓がん、咽喉頭がんで、最近増加傾向のある肺がん、卵巣がん、白血病そして女性の乳がんとして乳がんも注目されている。がんはそれぞれの部位によって症状も異なり、診断治療の方法も違うので、早期発見、早期診断、早期治療のために正しい知識の普及がとくにのぞまれる。医学の進歩により早期がんといわれるものは、適切な治療を行なうことにより、ほぼ100%の治癒率をあげ、また診断技術の向上により胃がん、子宮がんいずれも集団検診によって、早期がんが多く発見されるようになった。これらのことから、がんもいまや不治の病気ではなくなりつつある。

初期のがんは自覚症状のないことが多いが、表5にあるがんの危険信号に気がついたらただちに診断をうける必要があることはもちろん、症状のあるなしにかかわらず、40才をすぎた人は定期的にがんの健康診断をうけることがのぞましい。

(8) 腰痛および関節の痛み

この原因となる疾患は、いろいろあるが、これらの病気は、おおむね慢性に経過し、痛みがすっかりとれるということは少なく、老人を一層絶望的にさせるので、治療を決してあきらめさせないように、できるかぎりのはげましと希望を与えるように心がけるべきである。

(9) 糖尿病

40才以上の糖尿病の罹患率は約6%で、今後ますます増加することが予想されます。

糖尿病患者が長生きできるかどうかは、合併症の有無やその程度が大きく左右するので、定期

的な診察、検査にもとづく治療方針による日常生活を送ることが不可欠である。糖尿病の人は普通の人より10年近く動脈硬化が進行するといわれ、細菌に対する抵抗力も減少し、肝硬変や脂肪肝の合併も高率で、糖尿病性昏睡を起こしたり、毛細血管が侵されて糖尿病性網膜症、腎症、神経痛などをおこすので、コントロールに十分留意しなければならない。

3・老人の精神障害

老人の精神障害は比較的多いもので、発生頻度は他の年令にくらべ数倍に達し、生活環境の悪化により精神障害の発生はもっと多くなるものと予想される。

老人の精神障害には、①老化性の精神障害と、②非老化性の精神障害がある。前者は脳または脳動脈の老化によって起こる老人特有の障害であり、後者は老化現象とは直接関係のないもの

で、分裂病、躁うつ病、神経症などが主体を占めている。この他、アルコール中毒、脳外傷などによる精神障害も増加してきている。

老化性精神障害の代表的なものには、脳動脈硬化症と老年痴呆があり、どちらも年令とともに増加する。

脳動脈硬化症とは、脳動脈に動脈硬化が起こると血液の流れが悪くなり脳の栄養、機能が障害され脳の壊死、軟化が起こることもあるが、このような状態にいかないまでも栄養不良のため知能が衰え、意識障害や幻覚、妄想などが起こる。

老年痴呆は、脳動脈にとくに変化が認められないのに、脳が老衰し、もの忘れがひどくなり、人違いをしたり時間や場所の見当がつかなくなり道に迷ったりする。落ちつきがなく、よく出歩いたり、夜眠らなかつたり、ひとり笑いをしたり、妄想があったりして処置に困る場合が多い。脳動脈硬化は治療により軽快するが、老年痴呆にはこれという治療法がなく、数年たつと高度の痴呆になり易い。

4・老人の自殺

わが国の自殺の年令別の傾向をみると、青年層にひとつのピークがあり、壮年層で低く老年層できわめて高いという特異の型

表5—がんの危険信号10カ条

-
- ①原因がわからず痛みもないのに、やせてきて、顔色がわるくなり、貧血してくることはないか。…………… <すべてのがん>
 - ②ながらく胃腸の具合が、わるくないか。食欲はおとろえないか。…………… <胃がん>
 - ③おりものが増えたり、血がまじったりしないか。不定期出血や接触出血はないか。…………… <子宮がん>
 - ④乳房のなかにながく消えないしこりはないか。…………… <乳がん>
 - ⑤ものをのみこむとき、つかえるような気がしないか。…………… <食道がん>
 - ⑥便秘の調子がくるったり、血がまじったりしないか。…………… <大腸がん、直腸がん>
 - ⑦せきがながく続いたり、たんに血がまじったりしないか。…………… <肺がん>
 - ⑧声がかすれて、ながく治らないことはないか。…………… <咽喉がん>
 - ⑨口の中や皮膚に、治りにくい潰瘍はないか。…………… <舌がん、皮膚がん>
 - ⑩尿の出がわるかったり、血がまじったりしないか。…………… <腎臓がん、膀胱がん、前立腺がん>
-

を示している。60才以上の年次別推移をみると、戦後の混乱期を頂点に次第に減少しており、42年には死亡数もはじめて減少を示した<表6>。このように老人の自殺は減少の傾向を示しているが、諸外国と比較するとなお高率なので、老人問題の一部として重要視されている。老人の自殺の多い原因としては孤独感とせきりょう感、無力感をあげることができるが、これに老人に多い慢性疾患がともなうと自殺の可能性はきわめて高くなる。いままでの調査によると少なくとも自殺者の5割から7割は病苦が原因であろうと考えられている。

3——老人病対策

1・老人ケア

後進国では、出生の激増にともなう爆発的な人口増加が認められ、先進国では老令人口が激増している。この両者は、一見関係のない現象のように思われるが、ともに医学の急速な進歩に

よる感染症の制圧が主な原因と考えられる。

しかし、老化やこれにともなう退行性慢性疾患に対し医学はまだ無力であり、また、老人に与えられたよりよい環境が、健康の充実にはあまり寄与していない事実は、社会保障の先進国であるスウェーデンなどの実態に徴してもあきらかであり、第三の人生である老令期はきわめてきびしいものといわざるをえない。

以上のように、医学の進歩の限界ということが、老人問題をきわめてむづかしいものにしていく最大の原因であるので、老化現象およびこれにともなう退行性慢性疾患の医学的解明には今後一層の努力が期待される。

(1) 収容ケアから家庭ケアへ
ヨーロッパでは、精神障害者、伝染病の患者はもちろんのこと老病弱者を施設に収容してケアする長い伝統をもっている。しかし、最近では収容ケアから家庭ケアへとケア対策に大きな転換期を迎えている。その第1の要因は、老病弱者の急増により

収容ケアには莫大な財源を要とすること、第2には収容ケアはこれらの人々を社会から隔離することであり、このことは人間性を剝奪することにつながり、民主主義のルールから許されないと同時に、リハビリテーションを活用できないためである。

2・新しいケア対策の方向

新しいケア対策は、収容ケアを可能な限り最短期間にとどめ、一日も早く社会に復帰させ、自力を中心に家庭生活を営めるようにすることである。このケア体系には、家庭と収容施設の間にあつて従来の収容ケアを防止すると同時に、リハビリをうながす媒体が必要となる。

この種の媒体には、コペンハーゲンのデ・ガムレス・ビイにみられる一地域に集約された集約型老人福祉ユニットと、イングランドのサンダーランドにみられる地域に分散された分散型ユニットがある。分散型は理想的ではあるが高い民度が必要である。

サンダーランドは、このようなケア体系をとることにより10年たらずして、ベッドの定数を減らしながら取りあつかい患者は10倍以上になり、死亡率は5分の2以下に減少、待機患者は皆無となり即時入院が可能となった。このようなケア体系は、施

表6——60才以上の自殺数・自殺率の年次推移<死亡数は人口10万対>

年別	総数		男		女	
	死亡数	自殺率	死亡数	自殺率	死亡数	自殺率
昭和10年	3,252	63.1	1,943	84.8	1,309	70.2
25年	4,464	69.6	2,491	87.8	1,973	55.2
40年	4,520	47.5	2,403	55.3	2,117	40.9
42年	4,389	43.7	2,280	49.9	2,109	38.5

設と家庭間の老人患者の入退院が円滑に行なわれ大きな成果をあげている。

わが国においても、大阪医科大学の吉田氏は、府下千里山団地内の大阪市立弘済院で団地の老人患者を対象とし、媒体のひとつであるデイホスピタルを設営し、家庭的、社会的雰囲気のみならず医療のほかに心理的、社会的、リハビリ的サービスを総合し、積極的にケアすることが収容以上の成果をあげ、労費の大きな節約につながるばかりでなく、また、ショート・ステイ・システムは家庭と収容施設の連けいを密にし、老人の施設観を改善し、家族のホリデイ・リリーフを可能にし間歇入院を支持する有力な方法であると述べている。このような事実は欧州における新しいケアの方向と一致し、ケア体系の中心は家庭であるとみて大過ないようである。デイ・サービスの媒体としての効用は、病床の効率的利用、リハビリテーションの強化、患者の順応性の育成、施設と家庭との重荷の分担、早期診療、食餌療法、治療の徹底、収容に対する心理的孤立感の防止、診療待ちの合理化などがあげられ、この結果、他の機関および施設の総合中継的な機能を果すことにもなる。

3・老人に対する保健対策

老人問題は、公衆衛生の分野にあっては保健医療サービスと福祉サービスの接点にあり、保健衛生行政のみでは解決できない諸問題を多くかかえているため福祉行政との連けいがとくに必要であり、両者は表裏一体のもので、これを切り離して考えることはできない。

この重要な課題に対して考えるべきことは、まず第1に老人の健康と生活および保健医療の現状を知ること、第2にどのような保健医療、福祉対策が必要なのか、第3にこれらの対策をどのように展開していくか、また実施の段階にあたって問題点は何かということを検討していかなければならない。

老人に対する保健対策は、大別すると、二つの集団にわけられる。すなわち、日常生活にとくに不自由なく活動している老人と、寝たきり老人を含む病弱者のグループである。前者については、社会の一員としていままでの経験、知識を生かし社会活動を行なうには、健康の保持増進が不可欠であるので、定期的な健康診断が必要であり、後者に対しては医療、福祉の両面からの援助を積極的に推進し、社会復帰ならびに最低限度の日常生活が送られるようにすべきである。欧米ではデイホスピタル

の設置、デストリクトナースによる訪問看護など老人に対する医療ならびに看護サービスが行なわれてから久しいが、わが国ではようやくその緒についたばかりで、今後の課題として残されている。

(1) 訪問看護指導について

前述のように、老人の福祉は、まず居宅において確保されなければならないというのが基本的理念であり、すべての老人を老人ホームに収容するということは好ましいことではなく、また現実的には困難なことである。老人の日常生活面における健康管理、保健指導の必要性は今後ますます増大するであろうが、当面の対象としては配偶者のない老人、配偶者があっても夫婦の一方が介護を要する世帯に重点をおくべきであろう。

(2) 老人健康診査制度の拡充

老人の健康を保持するためにはもっとも死亡率の高い成人病および罹患率の高い老人病の予防にあることは当然である。そのためには、疾病の早期発見と早期診断のための集団検診が望ましい。すなわち、保健所と地域医療機関、老人クラブ、自治会などの連けいをさらに強化し、老人が医療機関に受診するのをまつという現行の体制を出張検診などによる、よりきめこまかい対策がこれから必要である。

横浜市では、44年度より他都市にさきがけ、年2回の無料健康診査制度を設け、また9月から一般健康診査票をそう入した長寿手帳を65才以上の高令者に配布し、この手帳を老人健康診査実施医療機関に提示すれば、診査を受けられるよう手続上の簡素化をはかり、わずか1カ月間で43年度1年間の受診率を上回る実施成績をあげることができた。しかしながら、老人の健康診査の受診率はきわめて低いので、一般市民に対しても健康診査の必要性を十分認識してもらうことと同時に、この原因を老人の消極性のみに帰するという偏見を捨てることが大切と思われる。一般健康診査の結果、精密検査を要するといわれても疾病に対する恐怖とその後の医療費の問題で受診しない老人も多いので、老人はもとよりその家族に対する衛生教育の実施と医療費の自己負担分の軽減を同時に考えなければならない。医療費の軽減については後に述べることにして、健康診査について望まれることは、診査項目の充実、フォローアップなどがあげられよう。

現行の健康診査項目をみると、ごく一部の疾患の早期発見、早期診断にとどまり、老人の体を全人間的な健康という形でとらえ、病因をコントロールして残存機能をより有効に活用する段階には程遠い。老人を観察すると、老人自身が考えているよりも、いろいろなテストによると非常によくできる場合が多く、自信、意欲もわき各人の能力に応じ再就職も可能となるのではなかろうか。

また、診査のみに終わる現状の改善も早急に解決を要する問題で、老人の登録制度の整備によるフォローアップ、このためには地域医師会の協力による老人の健康管理体制化に着手する段階にきていると思われる。

(3) 老人医療費の軽減

老人病は、そのほとんどが慢性疾患であり、早期に治ることが難しいので、経済的に負担能力の少ない老人にとっては、一度病気にかかると、長期間にわたる医療費の支払いは本人はもとより家族にとっても大きな負担となる場合が多い。このような背景が、老人福祉法にもとづく健康診査の受診率の低下を招く

大きな要因になっているので、特別な配慮がのぞまれる。

(4) 老人専門病院の建設

老人ホームの現状をみると、健康者、病弱者、機能障害者、患者が混在して収容されているため、各々に対する処遇が十分でないので、老人の健康状態に応じた分類収容がのぞましい。老人は有病率が高く、傷病の慢性化などにより長期にわたる介護を要することが多い。本市の65才以上の老人の傷病状況をみると、寝たきり老人は総数の4.3% <推定人口4,140人>、病弱者は24.8% <推定人口23,805人>もおり、病弱者の治療状況をみると、そのうちの17.7% <推定人口4,945人>は医療機関で治療をうけていない。老人専門病院設置の要望は、老人はもとより同居家族においてもきわめて高く、老人福祉への要望のうちで過半数を占めている現状から老人専門病院を早急に設置し、疾病の早期診断、早期治療による社会復帰化につとめる必要がある。この理想的な形態としては病床の回転率の効率化をはかるため、特別養護老人ホーム、養護老人ホームの併設がのぞましく、またマイクロバスなどの利用により居宅からの通院リハビリ制度も考慮すべきである。

<衛生局保健課長>

表7——昭和43年度老人健康診査実施状況

一般健康診査受診者数	1,088名	<対象者の 1.5%>
要精密健康診査者数	393名	< " 36.2%>
精密健康診査受診者数	211名	< " 53.6%>
要療養者数	295名	< " 27.1%>