

岡山県の都市部・農村部における高齢者の在宅ケアの実態

太田にわ

要 約

高齢者の在宅ケアの必要性が増大している一方、女性の就労者の増加や核家族化は在宅でのケアを困難にしている。そこで、実際にどのような現状や問題があるのかを検討する必要があると考えた。

今回、全国の高齢化率(14.1%)より高い高齢化率(16.9%)の岡山県で、在宅ケアの実態を1995年8月から9月にかけて調査した。都市部(岡山市)・農村部(高梁市・邑久町・久米南町)で比較すると、在宅ケアは都市部に比べ農村部が少なく、農村部では施設での介護の方が多いことを認めた。

分析対象は140名で都市部が39名、農村部が101名である。在宅でケアを受ける75歳以上の高齢者は77.1%と多かった。農村部の方が高齢で障害度も重く、特に過疎地域では介護期間も長く5年以上が過半数を占めていた。主たる介護者は都市部では配偶者が63%と多かった。過疎の農村部では息子の妻および孫の妻が多く、また70歳以上の高齢の介護者が3分の1を占めていた。入浴・更衣回数などのケア回数は県北の農村部では特に少なかった。また家族の介護時間は都市部は1日につき約7時間であったが、農村部では約3時間のみであった。保健婦・看護婦などの専門職者によるサービスは都市部に多く、ホームヘルパーによるサービスは農村部に多かった。民間のサービス利用率は都市部・農村部いずれも低かった。

以上のごとく農村部における高齢者の介護がより問題が多く、深刻な状況であることが明らかになった。

キーワード：高齢者，在宅ケア，都市部，農村部，岡山県

はじめに

わが国は近年急速に高齢社会に突入し、2000年には寝たきり老人が全体で120万人になると言われている。現在、在宅で介護を受けている高齢者は約29万人にのぼっている¹⁾。高齢社会は長寿社会という良い側面だけでなく、疾病や障害をもつ高齢者も増加し介護の必要性が増大するという社会的問題ももたらす²⁾。一方では、少子化による労働者人口の減少という問題も生じている³⁾。また今日の女性の就労者の増加や核家族の増加等の現象が在宅での介護をますます困難にしていることも明らかにされている^{4,5)}。そこで将来、より質の高い高齢者の在宅ケアを進めていくには、どのよう

な問題があるのかを現時点で十分に検討することが重要な課題であると考えられる。

全国の高齢化率は1994年10月1日総務庁統計局「人口推計資料」によれば14.1%である。これに対し「岡山県毎月人口流動調査」の1994年10月1日の高齢化率は16.9%で全国平均を上回っている。今回、このように高齢化率が高い岡山県における都市部・農村部の在宅介護の実態について比較検討を行う中で、現在の問題点をより明らかにしたいと考え以下の研究を行った。

研究 方 法

1. 調査対象：市や町の行政が把握している要介

護高齢者を対象とし、次の4つの地域で調査を行った。

調査地区の概要：1994年度において人口および高齢化率の異なる岡山県内の4か所の地域を選定した。これらの地域の人口は1994年10月1日の「岡山県毎月人口流動調査」で、人口約60万の岡山市（以下A市と略す）、人口2.5万人の高梁市（以下B市と略す）、1.9万人の邑久町（以下C町と略

す）、6千人の久米南町（以下D町と略す）である。A市は都市部とし、B市、C町、D町の3か所を農村部と位置づけた。このうちのB市は山間部にある市で人口も少なく農村部とした。地理的にはA市・C町は県南部に位置し、B市・D町は県北部に位置している。人口統計からみると各地域の高齢者の状況は表1のごとくである。寝たきり老人の割合は老人全体で3.8%であるが、都市部

表1 在宅介護の調査地区の状況

	A市	B市	C町	D町	全体
総人口	608,115	25,366	19,631	6,353	659,465
高齢者人口	82,610	5,978	4,461	1,813	94,862
高齢化率	13.6%	23.6%	22.7%	28.5%	14.4%
寝たきり老人数	2,972	372	195	94	3,633
寝たきり老人/高齢者人口	3.6%	6.2%	4.4%	5.2%	3.8%
在宅寝たきり老人数	1,288	88	72	26	1,474
在宅者率	43.2%	23.7%	36.9%	27.6%	40.6%
特養入所者率	36.9	22.0	25.7	57.4	35.3
他の施設入所者率	0	17.2	4.1	4.3	2.1
病院入院者率	19.8	37.1	33.3	10.6	22.0

のA市が3.6%、農村部の平均が5.4%で農村部3市町の方が高かった。在宅でのケアの割合は40.6%、特別養護老人ホームが35.3%、病院が22.0%であった。この在宅ケア率を1992年の厚生省「国民生活基礎調査」¹⁾の要介護高齢者83万6千人のうち在宅での寝たきり者の28万9千人34.6%と比較すると、今回の調査対象は在宅でのケアの割合が高い。

地域別特徴をみると、A市は高齢化率13.6%で全国平均よりやや低く、在宅でケアを受けている高齢者は農村部より多く43.2%であった。B市の高齢化率は23.6%で、在宅でのケアが23.7%、病院への入院者が37.1%と病院でのケアの方が多かった。C町の高齢化率は22.7%で、在宅での介護者は36.9%、病院入院者は33.3%で在宅と施設がほぼ同じ割合であった。D町は人口6,353名の過疎地域であり高齢化率は28.5%であった。この町は特別養護老人ホームへの入所者が多く、57.4%と過半数であるのが特徴的であった。つまり、在宅での介護の割合は都市部が高く、農村部が低い傾

向にあった。どの地域も1994年度に老人保健福祉計画を作成し、日曜日以外は毎日サービスが受けられることを目標としている。

2. 調査方法：2市・2町の保健福祉課を通じ保健婦、ヘルパー、訪問指導員等の職員の協力を得た。そして、調査は訪問や介護相談などの機会に高齢者の介護者に留置法によるアンケート調査を依頼した。調査時期は1995年8月から9月にかけての夏の時期とし、その期間は約1カ月間とした。調査内容は長寿社会開発センターが1993年に行った「高齢者在宅介護費用の研究」²⁾における調査表の一部を変更し使用した。調査内容は高齢者の状況、介護担当者の状況、介護内容、介護時間、福祉サービス、介護費用等である。

3. 分析方法：質問紙の結果は統計パッケージHALBAU（現代数学社）を用いて分析した。高齢者の介護状況について都市部・農村部の比較を中心に、各地域別や地理的状況による比較をし分析を行った。比率の比較にはカイ2乗検定を行った。高齢者の日常生活の自立度（寝たきり度）は、厚

生省の基準の5段階評価とした。なお、介護費用については別の機会に報告するので今回は触れない。

結 果

今回の調査用紙の配布は170部で、分析に使用できる回答のあった140部(回収率82.9%)について分析を行った。地区別回収率はほぼ同様で、都市部のA市は39名、農村部はB市(43)・C町(39)・D町(19)をあわせて101名であった。この調査表の記入者は、介護者が119名(85.0%)、その他が12名(8.6%)、無回答が9名(6.4%)であった。

表2 在宅要介護高齢者の背景

性別	男性人数(%) 60 (42.9)	女性人数(%) 80名(57.1)
平均年齢	77.1±9.3歳	84.5±7.7歳
年齢層		
～64歳	4 (6.7)	0 (0)
65～69歳	13 (21.7)	4 (5.0)
70～74歳	6 (10.0)	5 (6.3)
75～79歳	11 (18.3)	6 (7.5)
80～84歳	12 (20.0)	22 (27.5)
85～89歳	9 (15.0)	22 (27.5)
90歳以上	5 (8.3)	21 (26.3)
家族構成		
高齢者夫婦	23 (38.3)	7 (8.8)
単身の子と同居	8 (13.3)	12 (15.0)
2世帯	11 (18.3)	33 (41.3)
3・4世帯	13 (21.7)	22 (27.5)
親戚と同居	3 (5.0)	2 (2.5)
その他	2 (3.0)	1 (1.3)
無回答	0 (0)	3 (3.8)

1. 在宅要介護高齢者の状況

表2のごとく、まず在宅での要介護高齢者の性別は男性は60名(42.9%)、女性は80名(57.1%)、また平均年齢は男性77.1歳、女性84.5歳で女性が高齢であった。また75歳以上の後期高齢者は全体で77.1%と非常に多く、さらに80歳以上をみても65.0%と6割以上を占めていた。地域の特徴を85歳以上の人数割合でみると、A市は23.0%であるが、農村部のB市は53.5%、C町は48.7%と高く2倍以上であった。なおB市とD町は90歳以上が2割以上と県北の農村部の方が超高齢者が多かった。

家族構成についてみると、高齢者夫婦のみの世帯は全体で30世帯(21.4%)、同居している世帯は104世帯(74.3%)であった。男性は夫婦のみの世帯が多く、女性は2世帯家族が多かった。地域別では、都市部のA市の同居率は61.5%、農村部の平均は82.2%で農村部の同居率が高かった。高齢者夫婦のみの世帯の割合が30%以上の地域はA市と過疎のD町であったが、同居者をみるとA市は単身の子もとの同居が多く、D町は3世帯や4世帯の割合が多かった。県南のC町も単身の子もとの同居の割合が高く、つまり単身者との同居率が高いのはA市とC町の県南部の地域であることから、今後単身者との同居は都市部に多くなると思われる。

日常生活の自立度については表3のごとく、全

表3 要介護高齢者の5段階による日常生活の自立度

		全 体 N=140		A市	B市	C町	D町
		男性 N=60	女性 N=80	N=39	N=43	N=39	N=19
A	屋内では概ね自立、外出に介助が必要	(%) 4 (6.7)	(%) 8 (10.0)	(%) 10.3	(%) 11.6	(%) 7.7	(%) 0
B1	ベッドが主、食事・排泄は離れて	10 (16.7)	11 (13.8)	7.7	18.6	25.6	0
B2	ベッドが主、車椅子に介助必要	9 (15.0)	8 (10.0)	12.8	7.0	15.4	15.8
C1	自力で寝返り、排泄は介助	13 (21.7)	12 (15.0)	20.5	20.9	10.3	21.1
C2	自力で寝返りも打てない	23 (38.3)	40 (50.0)	46.2	39.5	41.0	63.2
	無回答	1 (1.7)	1 (1.3)	2.6	2.3	0	0

体で一番多いのはC 2のレベルの男女あわせて63名(45.0%)で、約半数が自力で寝返りも不可能な状態であった。これは岩田らの全国調査⁵⁾のC 2レベルの割合の38.5%よりも高く、今回の方が障害が重かった。また都市部は46.2%で、農村部は平均して44.6%であったが、最も高かった地域は過疎のD町の63.2%で、C 1も含めると84.3%がベット上で自由に動けない状態であった。なお介護上の問題の痴呆行動の有無では、痴呆があるものが全体で49名(35.0%)で、目が離せない状態は14名(10.0%)であった。「目が離せない状態」の痴呆老人が一番多いのはA市の6名(15.4%)で、農村部は「痴呆行動が少しある」が多かったがこの割合は3割程度であった。

住宅の種類は持ち家(一戸)が132名(94.3%)で、C町のみは100%が持ち家であった。総務庁は借家より持ち家の方が住宅への満足度が高く、同じ持ち家でも「本人と子と孫の世帯」が最も高いとしている⁶⁾。このことから推測すると3・4世帯が多い農村部の方が住宅には満足しているといえる。高齢者の部屋については全体で112名(80.0%)が専用部屋で、都市部・農村部の差は少なかった。

2. 要介護高齢者の家族状況

生計中心者は息子・娘・娘の夫の順に多く、息子は全体で60名(42.9%)であった。高齢者本人が生計中心者であるものは都市部38.5%と多く、農村部の平均は13.4%と少なかった。D町は要介護高齢者の配偶者が生計中心者であるものが26.3%と高いのが特徴的であった。

生計中心者の年齢は60歳以上が全体で84名(60.0%)で、都市部は61.6%、農村部の平均は59.4%とほぼ同じ割合であった。しかしD町のみは60歳以上が47.3%と低く、50代の割合が36.8%であったことは、上記で述べた要介護者の90歳以上が2割あることを考えあわせると孫の世代の生計中心者も多いといえる。

生計中心者の職業を全体でながめると、農林漁・自営業、常勤、無職の3つの割合はほぼ同じであった。都市部は無職が43.6%と多く、農村部の無職は26.6%であった。D町の無職は少なく21.1%であった。

1世帯における働いている人数は、1人働いている世帯が45名(32.1%)、2人働いている世帯が43名(31.7%)であった。都市部に比べ、他の農村部は1世帯あたりの働いている人数が多かった。

介護者が働いている割合をみると平均33.6%で、都市部のA市は10.3%であるのに対し農村部のD市は最も多く68.4%であった。介護者の仕事は、自営・農林漁業が37名(26.4%)、常勤は4名(2.9%)、アルバイト・パートが6名(4.3%)で他は無職(66.4%)であった。働いている場合も多くは自営・農林漁業で家での仕事であった。介護が必要になったときに全体で54名(38.6%)が仕事を辞め、6名(4.3%)が仕事を変更したが、岩田ら⁵⁾の報告による仕事を辞めていたものの26.0%という割合に比べると高い。都市部では52.6%が仕事を辞めていたが、他の農村部は平均30%であった。農村部では仕事は辞めても、家内の仕事をしている事が伺えた。

3. 介護状況について

介護担当者の年齢は70歳以上が全体で29.3%であったが、A市とB市は23.1%、D町は42.1%、B市37.2%と県北の農村部の方が高齢の介護者が多かった。特にD町の特徴は50代(56.8%)と70代(36.9%)の介護者が多く2峰性であった。このことはD町に90歳以上の高齢者が多いことから想像できる。

介護者と要介護者との間柄は、全体では配偶者が一番多く53名(37.8%)、ついで嫁、息子、娘等

表4 要介護高齢者の介護期間

	全体 N=140	A市 N=39	B市 N=43	C市 N=39	D市 N=19
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
3カ月以内	2 (1.4)	0	0	5.1	0
～6カ月	4 (2.9)	0	7.0	2.6	0
～1年	13 (9.3)	7.7	9.3	12.8	5.3
～3年	27 (19.3)	15.4	16.3	25.6	21.1
～5年	34 (24.3)	28.2	20.9	30.8	10.5
～10年	37 (26.4)	25.6	25.6	20.5	42.1
10年以上	22 (15.7)	23.1	18.6	2.6	21.1
無回答	1 (2.3)	0	2.3	0	0

の同居家族であった。配偶者の介護の割合は都市部は57.9%と多く、農村部は27.7%と少なかった。また農村部の特徴は息子の妻や孫の妻が介護する割合が49.7%と高った。特にC町は配偶者の介護が17.9%と少なく娘の介護が38.5%と多かった。

介護期間は表4のごとく、5年以上は59名(42.1

%)、さらに10年以上にわたるものは22名(15.7%)いた。介護期間が5年以上で比較するとD町が63.2%で最も高かった。次いでA市が48.7%と地域によって違いがみられた。介護期間についての報告⁷⁾では、施設より在宅の寝たきりの方が長く、また大都市より市町村がやや長期化するというのがあるが、今回、過疎の農村部では介護期間が特に長い傾向があった。

表5 地域別および自立度C2ランクのケアの平均回数

	A市	B市	C町	D町	C2
訪問回数(月)	5.2	5.8	5.7	2.0	5.8
入浴(月)	8.7	7.9	3.0	4.2	3.5
清拭(週)	3.4	3.6	4.6	3.3	3.4
更衣(週)	6.4	4.0	5.4	3.8	3.5
おむつ交換(日)	5.3	5.7	5.7	4.2	5.4

表6 入浴頻度と日常生活の自立度別の人数比較

N=76

	A	B1	B2	C1	C2
1か月2回以上入浴	5	9	3	2	4
1か月2回以下	1	5	10	11	26

(P<0.001)

表7 1日の介護時間

	全体	A市	B市	C町	D町	
洗面介助	人(%) 平均時間(分)	93 (66.4) 15.5	28 (27.8) 15.8	21 (48.8) 16.9	28 (71.8) 13.4	16 (84.2) 16.0
食事準備	人(%) 平均時間(分)	101 (72.1) 72.8	29 (74.4) 82.3	24 (55.8) 75.6	33 (84.6) 77.6	15 (78.9) 55.7
食事介助	人(%) 平均時間(分)	66 (47.1) 91.5	25 (64.1) 88.7	12 (27.9) 92.5	17 (43.6) 122.9	12 (63.2) 61.7
投薬時間	人(%) 平均時間(分)	61 (43.6) 22.1	23 (59.0) 18.3	13 (30.2) 27.7	21 (53.8) 27.4	4 (21.1) 15.0
排泄介助	人(%) 平均時間(分)	106 (75.7) 72.9	33 (84.6) 81.5	23 (53.5) 84.3	33 (84.6) 83.3	17 (89.5) 42.4
衣服交換	人(%) 平均時間(分)	83 (59.3) 28.6	23 (59.0) 41.3	25 (58.1) 29.6	25 (64.1) 22.4	10 (52.6) 21.2
体位交換	人(%) 平均時間(分)	47 (33.6) 32.1	16 (41.0) 38.8	8 (18.6) 37.5	16 (41.0) 29.1	7 (36.8) 22.9
通院・通所	人(%) 平均時間(分)	18 (12.9) 83.1	12 (30.8) 143.8	2 (4.7) 40.0	4 (10.3) 148.7	0 (0.0) 0
外出介助	人(%) 平均時間(分)	15 (10.7) 54.3	9 (23.1) 122.2	2 (4.7) 40.0	4 (10.3) 55.0	0 (0.0) 0
清拭入浴時間	人(%) 平均時間(分)	83 (59.3) 37.1	24 (61.5) 47.1	20 (46.5) 43.5	29 (74.4) 35.7	10 (52.6) 22.0
医療器具管理	人(%) 平均時間(分)	10 (7.1) 26.4	4 (10.3) 36.3	3 (7.0) 31.7	2 (5.1) 17.5	1 (5.3) 20.0
訪問医療看護	人(%) 平均時間(分)	28 (20.0) 38.9	10 (25.6) 58.0	4 (9.3) 20.0	10 (25.6) 52.5	4 (21.1) 25.0
その他	人(%) 平均時間(分)	14 (10.0) 58.5	2 (5.1) 65.0	1 (2.3) 60.0	11 (28.1) 109.1	0 (0.0) 0
介護時間総時間	(分)	314.5	440.2(33人)	292.0(27人)	350.9(37人)	174.8(19人)

ケア状況は表5のごとく、全般に都市部より農村部の方がケア回数が少なかった。訪問看護は農村部のD町が最も少なかった。また重要な入浴回数についてみると、農村部のC町・D町は都市部の約半分以下であった。特にC町の入浴回数が少なく月平均3回であった。太田⁷⁾は在宅での入浴は週に2回以上のもは3分の1であると述べているが、週に2回以上入浴している高齢者をみると22名で約6分の1と少なかった。またD町での更衣は週平均3.8回、おむつ交換は1日平均4.2回と最も少なかった。夏期であるにもかかわらず2日に1回の更衣という計算になった。さらに自立度C2ランクのケアをみると、入浴は月平均3.5回多くても10回で、中には全く入浴していない者も認めた。岩田らの報告⁵⁾では月平均回数3.8回で今回の方が低かった。ここで同居人数によって入浴回数が異なるかをみたが有意な差はなかった。次に入浴回数と自立度との関連は有意な差 ($P < 0.001$) がみられ、障害が重くなるにつれ週2回の入浴する高齢者は減少した (表6)。

1日の介護時間は表7のごとく、県南に比べ県北の農村部が少なく、特にD町はA市・C町の半分以下であった。介護時間が最も多いのは都市部のA市で440分 (7時間20分)、最も少ないのが農村部のD町で174分 (2時間54分) であった。実際に記入した人数で平均しても同様に農村部が少なかった。全体では総介護時間は314分 (5時間14分) で、岩田ら⁵⁾の325分 (5時間25分) とほぼ同様であった。介護時間を実際に記入した人数で平均すると約2倍の時間となり、介護者の負担は非常に重いといえる。

各介護項目の一日の平均介護時間をみると、農村部は特に食事、排泄、更衣、清拭・入浴等の時間が都市部より少なかった。中でもD町はこれらの項目において、いずれも他の地域より低い数値であった。なおD町は通院・通所、外出介助はゼロであった。これらは生活習慣の違いもあると思われるが、介護にかかる時間そのものが少なくケアの低さが伺える。

自立度別の平均介護時間をみると、B2のランクが最も多く377分で、次にC2のランクの366分

であった。最も少ないのがAのランクの145分で自立度により介護時間に顕著な差が見られた。しかしB2が最も多かったことから介護時間は自立の程度のみでなく、B2は車椅子の生活を介助するため介助方法のよると考えられる。

4. サービスの利用

1カ月間の公的サービス利用について記入した者は全体で96名 (68.6%) であったが、記入率が特に低かったのは農村部B市の17名 (39.5%) であった。サービス内容毎にみみると表8のごとく、多いのはデイサービスの25.0%、次いで保健

表8 公的および民間サービスの利用状況

	全体人数(%)		A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	
	N=140	N=39	N=43	N=39	N=19		
公的サービス	ヘルパー訪問	22	15.7	17.9	4.7	17.9	31.3
	保健婦訪問	33	23.6	48.7	7.0	23.1	10.5
	看護婦訪問	27	19.3	61.5	2.3	5.1	0
	入浴サービス	10	7.1	13.2	2.3	2.6	15.8
	給食サービス	1	0.7	0	0	0	5.3
	訪問リハビリテーション	7	5.0	10.5	0	5.1	5.3
	デイサービス	35	25.0	21.6	18.6	23.1	52.6
	ショートステイ	10	7.1	10.8	4.7	5.1	10.5
リハビリ教室	13	9.3	8.1	4.7	20.5	0	
民間サービス	家政婦	2	1.4	2.6	0	0	5.3
	訪問看護	5	3.6	10.5	0	2.6	0
	入浴	4	2.9	5.3	0	0	10.5
	給食	1	0.7	0	0	0	5.3
	病院からの訪問	12	8.6	23.7	2.3	5.1	0
	リハビリ	9	6.4	18.9	4.7	0	0
その他	4	2.9	2.6	0	5.1	5.3	

婦訪問、看護婦訪問であった。ゴールドプランの在宅3本柱であるショートステイの利用者率は7.1%と低かったが、岩田ら⁵⁾も10%と報告している。

訪問サービスの利用をみると都市部より農村部が低く、中でもB市が最も低かった。都市部のA市は保健婦訪問48.7%、看護婦訪問61.5%等の訪問看護の割合が高く、農村部のD町ではヘルパーが31.3%、入浴サービスが15.8%と他の地域に比

べて高かった。訪問サービス利用の特徴は高齢者夫婦の世帯が多いA市・D町での利用率が高いということである。また人的サービスに視点を当てると、都市部では専門職者の利用が多く、農村部は専門職者の利用が少ない。次に通所サービスの利用では、デイサービスは平均25%の利用であった。これは農村部のD町が最も高く52.6%であった。しかし、すでに述べたごとくD町のケア回数が少ないことを考えあわせると、利用率は高くても十分なケアにはつなげていないといえる。またC町ではリハビリ教室の利用率が20.5%で他より高かった。これらの公的サービス内容の地域の特徴は、それぞれの保健福祉課の行政や職員構成と関係していると思われる。

一方、民間サービスの利用率は平均20.0%で、都市部の利用率が43.6%であった以外はすべて10%以下であった。サービスの内容では病院からの訪問が8.6%で最も高く、民間のサービス利用は全般に少なく農村部ではさらに低かった。公的サービス・民間サービスの両方とも給食サービスの利用が低く0.7%であった。さらにサービスの利用と関係すると思われる自立度、同居人数、世帯年収などとの関連をみたが有意な差は見られなかった。

表9 福祉機器の保有状況

N=140(%)

	A市 N=39	B市 N=43	C町 N=39	D町 N=19
ベット	23(59.0)	19(44.2)	19(48.7)	9(47.4)
マット	15(38.5)	14(32.6)	20(51.3)	5(26.3)
車椅子	26(66.7)	20(46.5)	22(56.4)	8(42.1)
シャワーチェア	9(23.1)	3(7.0)	5(12.8)	0(0.0)
ポータブルトイレ	15(38.5)	24(55.8)	26(66.7)	8(42.1)
差込便器	8(20.5)	4(9.3)	12(30.8)	5(26.3)

5. 福祉機器の保有

介護福祉機器の保有については122名(87.1%)がなんらかを保有していた。表9のごとく、全体的には福祉機器の地域差に大差はなかったが、県南部のA市・C町の保有率がやや高く、県北のB市・D町の保有率が低い傾向にあった。具体的にみると、車椅子は平均50%が所有していた。ベッ

トの保有も平均50%前後で、マットは平均40%弱が保有していたが、C町は最も高く51.3%であった。シャワーチェアの保有率は平均12.1%と一段低くD町はゼロであった。ポータブルトイレと差し込み便器は、排泄関係として両方を加えると6割が保有していた。なかでもC町の排泄器具の所有率は97%で最も高かった。

考 察

高齢者の介護を質的に保証するものとしてはマンパワー、環境、費用等が重要であるが、今回は主としてマンパワー、環境面について検討する。

今回、岡山県における高齢者の在宅介護の状況を都市部と農村部で比較を行った結果、在宅ケアの割合は農村部の方が低く、都市部に比べ障害が重いことや介護期間が長いこと、訪問看護など専門家による公的サービスが少ないことが認められた。また農村部は超高齢者が多く、一番の介護者となる配偶者がいない老人も多く、介護者がいる場合でも仕事を持っている割合が高いため、ケアの質や量が充分でないことから介護の厳しい状況が明らかになった。そして、岩田ら⁵⁾の全国調査と比較しても、やや高齢で障害度も重く長期に及んでいたが、ケアの回数は少なかった。このように農村部での介護には問題が多く、特に過疎地域に集約している点をまず指摘する必要がある。

一般に高齢者自身は在宅介護を希望している⁸⁾。著者らの別の農村部の研究⁴⁾では施設介護を望む割合が高かったが、このことは在宅での介護に不安を抱いており、条件が整えば在宅を希望するものと考えられた。実際に、今回の農村部の入浴回数をみても月平均3~4回の回数で、介護全体にかかる時間も都市部の半分であることから、快適な生活をしているとは言えない。在宅ケアは施設でのケア回数と比較しても低い⁷⁾ことや、入浴回数に代表させた世話の質の後退⁷⁾などが報告されている。また在宅ケアでは週に2回以上の入浴が維持されているケースが少なく、在宅でのケア・ミニマムの設定の必要性が問われている^{7,9)}。事実、農村部での在宅ケアでは特に日常生活のサービス水準の確立がより重要であると考えられる。また

マンパワーは単に量的な問題のみではなく、高齢者の状況に対応した専門職者が必要であると考えられる。農村部の高齢者が在宅でケアを受けるとき、第一に医療の確保を求めていることを著者ら⁴⁾は指摘したが、病気などがある場合はなおさら専門家が求められるであろう。また寝たきりの原因・誘因となるのは介護・リハビリの不十分さが3割以上という報告¹⁰⁾があるが、寝たきりにならないためにも専門家による予防的援助が大切である。つまり、行政ではケアミニマムの設定や専門職者の増員が重要である。

都市と過疎の農村の場合、要介護高齢者の同居率が低かったが、その傾向は強まることが考えられる。また高齢者夫婦の世帯も増加することが予想される。このような家族構成の変化も含めたサービスの増加の算入も在宅ケアを推進するためには重要である。特に過疎の農村部においてのマンパワーの質と量をどのように計画できるかが課題であろう。さらに介護時間の調査でB2のランク、つまり車椅子の時期が最も多くの介護時間を必要としていたことや家族が最も苦勞したり困るのは寝たきり直後の6カ月間¹¹⁾であるという報告も含め、介護の経過の時期に応じての援助計画も重要である。現在、介護保険構想があるが、以上のような農村部の地域への対応や異なる種々の状態を考慮する必要性があり一律にはいかないであろう。

これまで女性が中心になって世話をしている状況の報告^{10,11)}は多くある。今後、女性の就労者がさらに多くなったり、単身の子どもの同居も多くなると予想される。これらのことからサービスを利用しやすい形にすることが課題である。そして、在宅でのケアがフレキシブルに実践できる状況や環境が準備されなければならない。なお、サービスを利用していない理由に利用方法を知らない¹²⁾ことやヘルパー利用者は他のサービス利用も高い傾向がある⁵⁾と述べていることなどからもサービスの知識の浸透をはかる必要性もある。また高齢者が在宅において豊かな社会生活¹³⁾をするために、最近、男性や友人・仲間などが共同して助け合う共助の関係も育ちつつあること³⁾が言われているように、一方では身近な組織づくりによる

支援も大切であろう。

(本稿は1995年度の岡山大学経済学部経済学研究科修士論文の一部に加筆したものである)

謝 辞

本研究の実施および論文作成にあたり、ご指導を賜りました岡山大学経済学部教授の坂本忠次先生に深く感謝いたします。また多大なご協力を頂きました岡山市中央保健所、邑久市役所、高梁市役所、久米南町の各地域の保健婦の方、民生課の方、ヘルパーの方、指導員の皆様方、調査に協力頂いた高齢者を介護なさっていた方々に深くお礼申し上げます。

文 献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向、厚生指針42(9)：39-40, 1995.
- 2) 中西代志子, 高田節子, 近藤益子, 太田にわ, 猪下光, 池田敏子, 小島操子：高齢者の自宅退院時における健康及び日常生活上の問題。岡大医短紀要5：17-20, 1994.
- 3) 清山洋子：高齢社会を考える視角。学文社, 東京, 31-39, 1995.
- 4) 難波 純, 小野ツルコ, 荒川靖子, 太田にわ, 太田武夫, 清水昌子, 石井希代子：独居老人の寝たきり療養決定要因と保健ニーズ。岡山県公衆衛生学会雑誌3(2)：6-13, 1991.
- 5) 岩田正美, 平野隆之, 馬場靖彦：高齢者在宅介護費用の研究。長寿社会開発センター, 東京, 1-82, 1994.
- 6) 総務庁長官官房老人対策室(編)：長寿社会対策の動向と展望。大蔵省印刷局, 東京, 45-48, 1995.
- 7) 太田貞司：在宅ケアの条件。自治体研究者, 東京, 149-156, 1992.
- 8) 針生誠吉, 小林良二：高齢社会と在宅福祉。日本評論社, 東京, 11-16, 1994.
- 9) 武田宏：高齢者福祉の財政課題。あけび書房, 東京, 228-231, 1995.
- 10) 吉田伸子：日本における寝たきり老人の実態調査に関する考察。看護研究25(4)：25-36, 1992.
- 11) 西 三郎, 大本圭野, 宮本みち子, 上村協子, 萩原清子, 岩田正美：在宅重介護老人世帯の介護と家計に関する実証的研究報告書。老人福祉開発センター, 東京, 166-168, 1992.
- 12) 藤岡純一：スウェーデンの生活者社会。青木書店, 東京, 136-138, 1993.
- 13) 厚生省高齢者介護対策本部事務局(監)：高齢者介護問題を考える。長寿社会開発センター, 東京, 9-17, 1994.

A study on actual conditions of care for the elderly in urban and rural areas of Okayama prefecture

Niwa OHTA

Abstract

The purpose of this study is to demonstrate the actual condition of care for the elderly, especially to make clear the difference between urban and rural areas of Okayama prefecture in which the rate of aging (16.9%) is higher than that of the whole country (14.1%). A survey distributed by municipal employees such as public health nurses and homehelpers, was done in the prefectural capital (Okayama) which was used for the urban area study and one small city (Takahashi) and two towns (Oku and Kumenan) which were used for the rural areas study groups from August through September, 1995. The rate of persons cared for at home was low in the rural areas compared to that in the urban area, namely many persons were cared for at facilities for elderly or at hospitals.

Data obtained from 140 families, 39 in the rural area and 101 in the urban areas respectively, were analysed.

Persons cared for at home were generally old. 77.1% of them was older than 75 years of age and they suffered from many disorder. The period of care was quite long in the depopulated area, as 63% of them were cared for more than 5 years and one third of persons caring for them were more than 70 years of age. In the rural area, more than half of the elderly were cared for by their spouses. The time spent in helping them bathe and change their clothes was lower in the rural area than in the urban area.

The time per diem spent caring by each family was 3 hours in the rural area, while 7 hours in the urban area.

The rate of persons who utilized visiting nurses was high in urban area, while homehelpers were high in the rural areas. The utilization of non-governmental services was low in both areas.

The author concludes that care for the elderly in the rural areas is actually difficult and poor in quality compared to that in the rural area.

Key words : the elderly, home care, urban area, rural area, Okayama prefecture

School of Health Sciences, Okayama University