

高齢者夫婦世帯の配偶者介護による生活行動の変化

－札幌市中央区を事例として－

穴 口 朋 子

1 研究の目的と方法

高齢者の生活は、健常な間と心身機能が衰え日常生活に支障をきたしてから後とでは大きく異なる。家族、特に夫婦世帯において、配偶者が要介護となった場合には、たとえ本人が健康であっても生活が大きく変化すると思われる。

地理学の分野では高齢人口の分布や高齢者の居住移動を中心に研究が蓄積されている。また、居住・生活空間についての研究が多い。

健常な高齢者の生活空間を知ることは、生きがいの問題への対策や新たな地域システムを構築する上で有効であるが、本人あるいは配偶者が健康を害し介護が必要となったときの福祉政策にまで提言することはできない。

高齢者の生活行動は、家族関係やサークル・クラブへの参加などの社会関係、商業・文化・スポーツ・医療施設の利用や行政施策の活用などの様々な社会資源の利用によって大きく左右されるものと考えられる。そこで本稿では、公的福祉サービスおよび医療機関を利用するという具体的で、高齢期には誰もが経験する高齢者夫婦世帯の生活行動に着目・注目し、配偶者が介護活動に入ることによって、その生活行動・行動範囲がどう変化するのかを聞き取りを通じて明らかにしようとした。

個人が特定の地域である問題解決行動をとるとき、主体にとっての場所の意味や地域で利用しようとする様々な社会資源の偏在が行動の選択に影響・制約を与える。個別の主体の行動を、共通の言語として時間を用いて、制度、技術、自然環境の関連がないように見える活動、事象の同時進行過程を局地的連関の表現形態として見るのが地理学として説明を行う上で有効であると思う。そのような視点に立って介護活動を日常生活に組み入れる過程、介護活動を終え、配偶者のいない日常生活を形作っていく過程を見ていきたいと考えた。

2 研究対象地域の位置づけ

(1) 対象地域の概要

本稿では調査対象地域に札幌市中央区を選定した。中央区の中には、札幌市の市域拡大に伴うドーナツ化現象が進んでいる地域もあり、また古い住宅と新しい中・高層住宅が混在している地域もあるが、中高層マンション・アパートなどの土地の高度利用による人口集積が進んだ地域と特徴づけることができる。中央区の産業・業務機能集積が高齢者世帯にも経済的な特徴として反映されている。

(2) 札幌市の高齢者医療の特徴

(文献 p. p. 25-29 参照)

札幌市の老人医療費については次のような特徴があげられる。

- ①一人当たり医療費が政令指定都市中1位である。
- ②医療費に占める入院医療費の割合が政令指定都市中1位である。
- ③一人当たり入院医療費が政令指定都市中1位である。
- ④入院受診率が政令指定都市中1位である。
- ⑤一人当たり入院日数が政令指定都市中1位である。
- ⑥一日当たり入院医療費は政令指定都市中8位で、むしろ低いほうである。

札幌市の老人医療費の特徴として、まず入院医療費のウエイトが高くなっていることがあげられる。本市の入院受診率及び一人当たり入院日数が政令指定都市平均の2倍近くになっていることから、一人当たり入院医療費も高くなっており、このことが、市全体の入院医療費を高くし、老人医療費全体を押しあげている。

札幌市の人口10万人対病床数は政令指定都市平均及び全国平均の約1.6倍となっており、これは政令指定都市中1位である。病床数が多いということは、医療機関の受入れ能力が大きいということであり、これが入院受診率が高いことにつながり、結果として入院医療費を押し上げる最大の要因となっているものと考えられる。

札幌市の高齢者の世帯状況について全国と比較

してみると、高齢者のいる一般世帯数に占める高齢者夫婦世帯の割合が高く（札幌市30.8%、全国20.7%）になっており、家庭における介護力の低下から、入院など医療機関に頼る例が続くものと思われる。

また北海道における札幌市の役割から、都市機能の集中、医療資本の蓄積が行われ、このため、他市町村からの転入入院や、退職後の転入居住による入・退院が少なくないものと思われる。

中央区に関していえば札幌市の病院病床の4分の1近くが集積している。また老人病院の病床数も比較的多い。

3 高齢者夫婦世帯の配偶者介護による生活行動の変化

本章では、高齢者夫婦世帯において配偶者の健康が損なわれたときに、何らかの医療活動を行うことによって、健常な高齢者の生活行動がどう変化したかという個別の具体的な事例を紹介・分析する。

(1) 聞き取り調査の方法

聞き取り調査では、①高齢者夫婦世帯において配偶者の身の世話をしている高齢者②現在独居だが過去に高齢者夫婦世帯であったときに配偶者の身の世話をしていた経験のある高齢者③その他世帯に属する介護経験のある高齢者、を対象として個別に面接調査を行った。

対象となった高齢者は老人クラブの会長、老人病院のソーシャルワーカー、既に聞き取りをした高齢者から紹介していただいた。

聞き取りは夫婦ともに健常だったときと現在の生活行動時間、通っている病院、クラブ、サークル、買い物に行く商店などの場所、移動時の交通手段、移動に要する時間、子供・親戚・近隣との交流の様子・頻度、配偶者の容態などを中心に行った。

対象者の概要は、第1表の通りである。

なお、個別事例分析で用いた第1図、第2図は水平軸に沿って距離と方向、垂直軸に沿って時間を表し、細い線が介護活動にはいる前、太い線が介護活動に入った後それぞれの時空間移動を表す。ラインが垂直の場合一地点に滞在していたということを示す。便宜上地点と地点は直線で結んだ。

距離と縮尺は正確ではなく概念図である。

(2) 個別事例分析

本節では第1表の分類にしたがって聞き取り調査から得た事例の一部を紹介する。

1) 主に病院で介護をしている女性の事例

Cさんの夫は、もうすぐ自宅療養になるという。夫を在宅介護にしようという意思はなく、むしろ完全に治るまで入院していて欲しいという気持ちでいる。面会時間には必ず会いに行く。自分の庭は狭いが手入れが行き届いていて、忙しい時期でも彼女にはそれだけの時間的余裕があることが見て取れる。Cさんは夫の元気な頃でも、「いつも出歩いている、いないので有名」だったらしい。彼女は昔、長期入院していたようで、その関係で手伝うようになったK会の札幌の会長を現在、している。6年前から活動している。夫は北海道K会会長。その仕事がないときは、夫婦で老人クラブで囲碁や社交ダンスをしていた。面会時間が午後からなので、午前中は元気なときと変わらない活動ができるわけだが、ダンスではなく囲碁に行く（第1図）。囲碁は夫が勤めるので通っている（夫のほうがキャリアがあり上手い、病院で打つこともある）。夫と一緒に通い始めたダンスは一人で行くと「お前だけうまくなる」と夫が怒るのでいけない。夫と同じ趣味を持つことが楽しく過ごすコツと心得ていて、マージャンもする。今の場所に住んで15年になるが、近所の人とはあいさつをする程度。彼女は、学校を出たあと家事手伝いをして結婚したと言い、品もよくかなりお嬢さまだった様子。娘は主婦業、息子は東京在住のエリート銀行マンである。自慢の子供たちだ。子供は子供で自分の人生をしっかりと歩んでいるからその生活の邪魔はしたくないという考えを持っている。交流は頻繁で娘夫婦と4人で仲良くマージャンをすることもある。婿は自分の親のうち（市内）よりこちらに来たがるのだと笑っていた。娘は普段から車で来てビールや酒を買うときなど運んでくれる。今は交代で（多くは一緒）夫に付き添っている。

2) 主に病院で介護している男性の事例

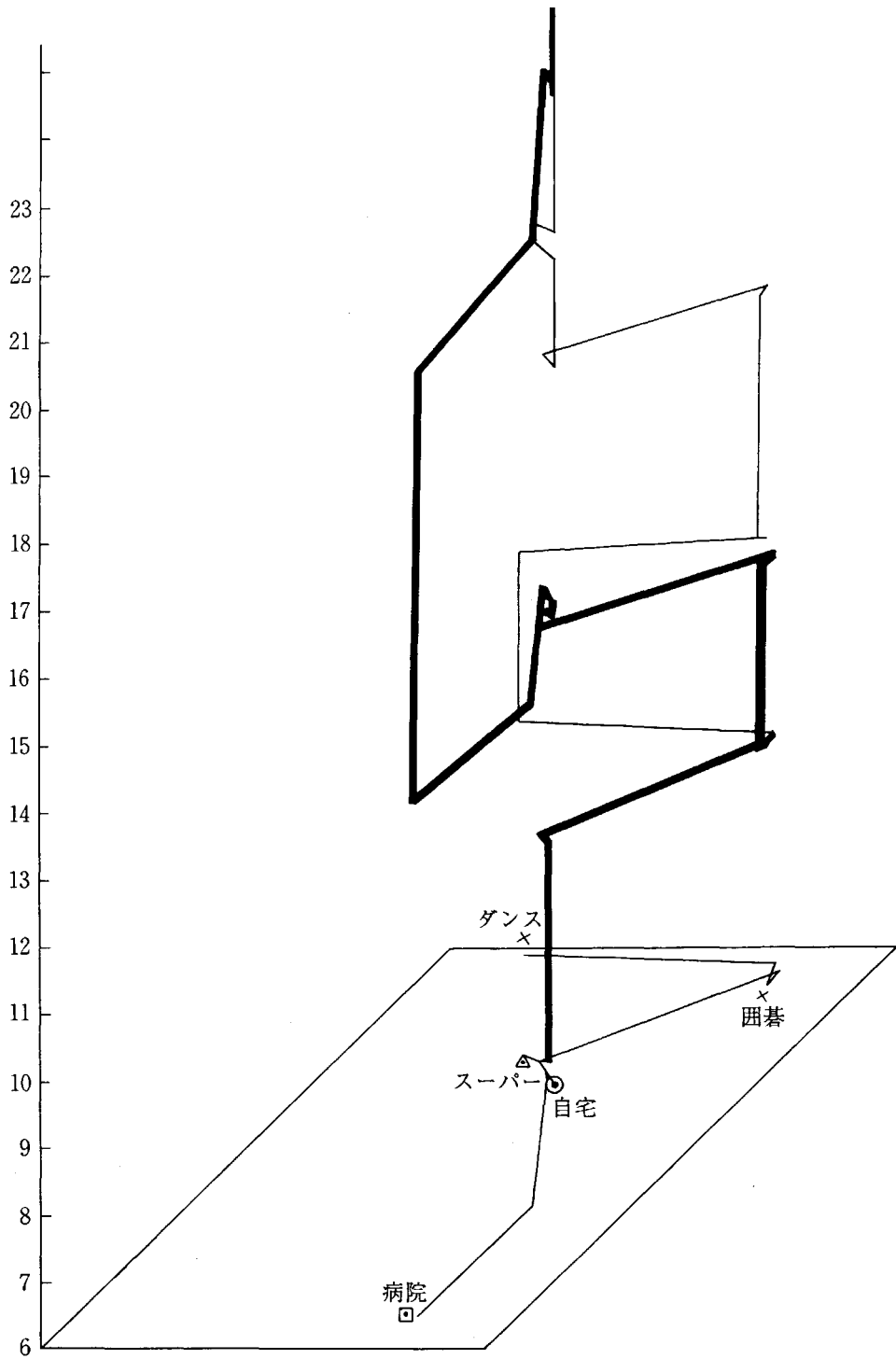
Fさんは妻が入院して8日目になる。戦後、樺太から引き上げ、親戚の多かった札幌へやってくる。69才までラーメン屋を経営していた。風呂がなく銭湯に通っている。（言葉を濁しながらも）

第1表 聞き取りの対象者の概要

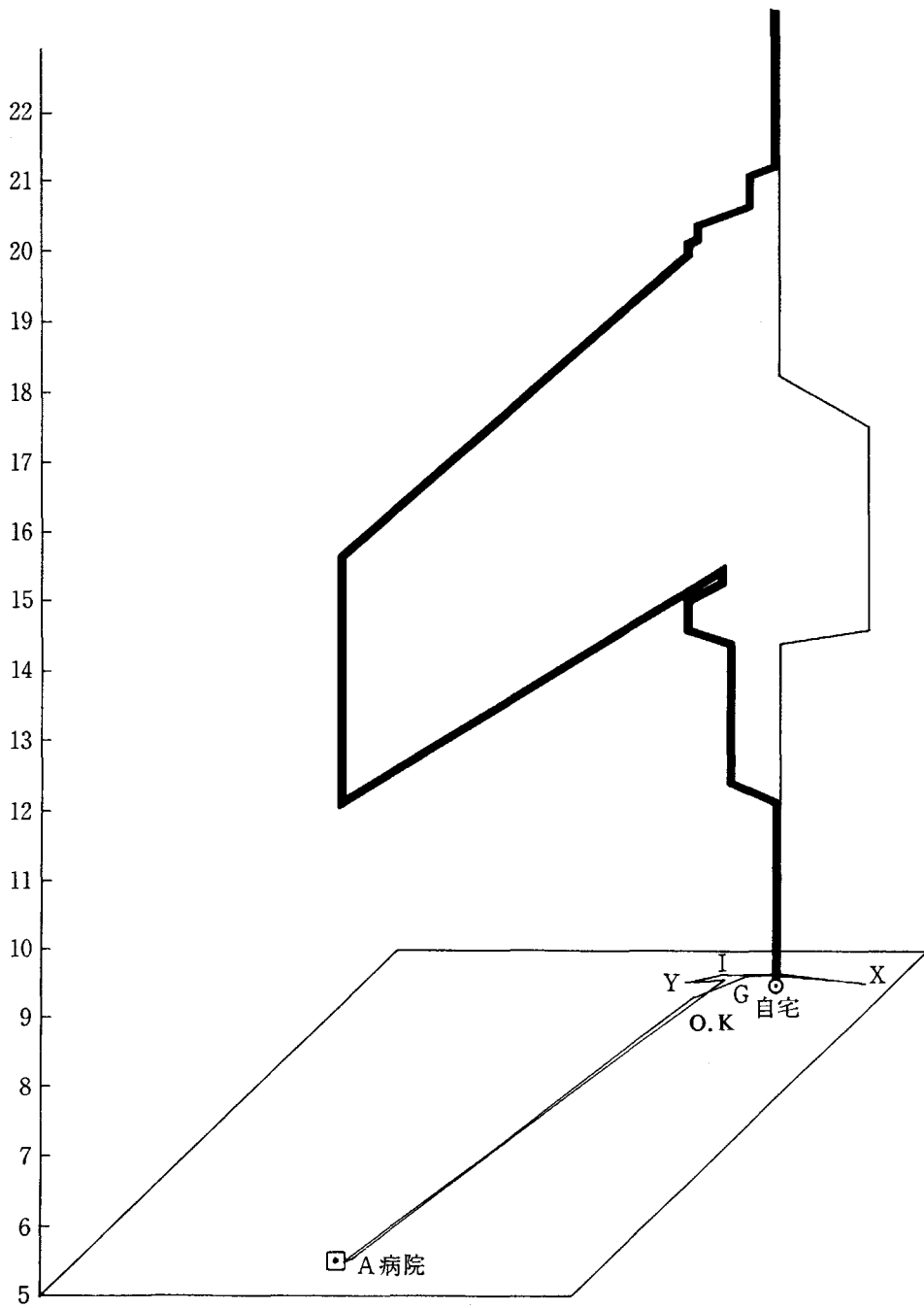
	介護期間	配偶者の病気・状態
(1) 主に病院で介護をしている女性の事例		
Aさん 65歳 夫73歳	入院5日目	ほぼ植物状態
Bさん 64歳 夫68歳	入院2ヵ月後退院して1ヵ月目	通院中腰部椎間板
Cさん 78歳 夫80歳	入院2ヵ月目	腰痛
Dさん 63歳 夫71歳	入院9ヵ月目	糖尿病
△ Eさん 70歳	岩見沢で夫が入院 寂しくなって娘のいる札幌へ 6年前に夫は没	
(2) 主に病院で介護している男性の事例		
Fさん 85歳 妻82歳	入院8日目	半身不随
Gさん 74歳 妻72歳	入院9ヵ月目	ほぼ植物状態
(3) 主に自宅で介護をしている女性の事例		
Hさん 74歳 夫81歳	入退院を繰り返し自宅療養中	心臓+足
Iさん 79歳 夫85歳	入院3ヵ月後退院して1年目 通院中	脳梗塞
(4) 主に自宅で介護をして既に配偶者を亡くした女性の事例		
※ Jさん 80歳 80歳のときに夫が94歳で没	入退院を4年 2週間訪問看護自宅で見取る	癌 骨髄
※ Kさん 70台 6年前に夫が79で没	3年間自宅療養	
※ Lさん 80歳 65歳のときに夫が80歳で没	本人が不調を訴えて7ヵ月目に自宅療養中ボックリ	
※ Mさん 79歳 79歳のときに夫が89歳で没	医師の息子宅に2週間で没	心臓
※ Nさん 75歳 69歳のときに夫が78歳で没	2ヵ月半入院後自宅で1ヵ月介護	癌
△ Oさん 62歳	夫の母を10年在宅介護、今年見取る	
(5) 主に自宅で介護をして既に配偶者がなくなった男性の事例		
※ Pさん 80歳 75歳のときに妻が73歳で没	入退院を10年間	リュウマチ・間接炎
(6) 主に病院で介護をして既に配偶者を亡くした女性の例		
※ Qさん 74歳 64歳のときに夫が71歳で没	入院2ヵ月	心臓
※ Rさん 65歳 62歳のときに夫が68歳で没	入院3年間	癌
※ Sさん 71歳 58歳のときに夫が65歳で没	入院13日	心臓
※ Tさん 90歳 78歳のときに夫が82歳で没	入院して1年8ヵ月	寝たきり+痴呆
(7) その他の参考事例		
△ Uさん 63歳	夫が札幌の病院に入院したので病院の側に部屋を借りている 富良野のうちは夫の葬式後片付けて自分は札幌に来るつもり 娘が札幌にいる	
△ Vさん 82歳	靴屋 息子夫婦と同居 隠居後夫が入院して4年目	
計23名 ※は配偶者が既に亡くなっている人 △はその他世帯に属する人		

バツイチで前の妻には子供がいるが、今は本州にいたので会わないという話をしてくださる。妻が倒れたのは7年前の4月。A脳神経外科へ入院していたがその年の9月に現在のA病院（南区の老人病院）に移った。現在大変夫婦仲が良く「二人で」老人ホームへ入ることを申請している。見舞にいった病院の前のバス停で自転車とぶつかり足を悪くする。そのため今は杖を突いている。妻は脳梗塞で倒れ半身不随だが頭は自分よりしっかり

しているという笑う。しかし妻は、昼は人の介助で携帯便器でトイレ、夜はおしめをしている。完全看護なので自分から妻に触れることはしない。妻が元気なうちは家の中のことはすべて妻がしていたという。そのころは、朝7時ごろ起きて10時から近くにある3件のパチンコ店のどこかに行き、15時くらいまでいた。特に何をすることもなく21時過ぎには寝ていた。妻が入院したことにより家事をしなくてはいけなくなる。5時半ごろ

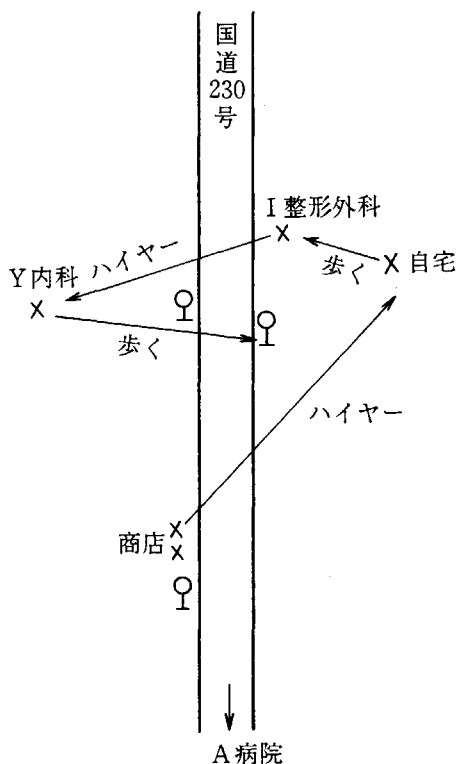


第1図 Cさんの時空間行動変化



第2図 Fさんの時空間行動変化

起きて弁当を作る。朝はパンと言っていたのであるいは、妻に自分一人でもしっかりやっていると示すためにパンをくわえながら豪華なお弁当を作っていると思われる。そして足を診てもらうため、近くのI整形外科へ（徒歩5分）いく。診療は9時からだが、9時に行ったのでは待たされるため、受付の始まる7時半にはいく。そうすれば9時半には解放される。徒歩5分なので帰ってもいいと思うが、足が悪いし、それなりに待合室も楽しいのだろう。月曜日はその後、少し時間をつぶして10時にY内科医院へハイヤーでいく。Y内科はいわば掛かり付けの医者である。その後、徒歩で中央区役所前まで行き市営バスに乗る。ほかの曜日はI整形外科から歩いてバス停（中央区役所前）に行って南33条西11丁目で乗り換えて藻南公園前で降り、ハイヤーでA老人病院まで。病院に一番近いバス停から病院まではタクシーに乗るには近すぎるのだが、悪い足で歩くには距離があり、そこで料金が初乗りで済む二つ手前のバス停で降りてハイヤーに乗るという方法を取っている。帰りは病院前ではハイヤーが捕まらず、最寄りのバス停まで歩く。帰りは15時ごろ、徒歩5分のバス停からバスに乗り南6条西11丁目で降りる。5条11丁目のO商店、K商店で軽く買い物をする。ハイヤーで家まで。日曜日と水曜日は買い物のあとハイヤーで3条10丁目の銭湯に行き歩いて帰る（徒歩5分）（第2図）。Fさんはハイヤーをよく利用する。I整形外科からY内科まではハイヤーに乗るが、Y内科からI整形外科の近くのバス停までは歩く。これは第3図の国道230号との位置関係から、Y内科はハイヤーが拾えない位置にあることがわかる。夕方に買い物に行くO商店K商店も国道沿いにあるのでG銭湯までハイヤーを拾って移動している。おそらくD内科の前の交通量が多くハイヤーが容易に捕まれば、Fさんは迷わずハイヤーを使うと思われる。介護とは直接関係ないが、足の悪い高齢者の移動における制約を知ることができる。掃除や洗濯は、火曜と土曜で、火曜日は1年半くらいからホームヘルパーさんが来てくれている。21時から22時の間に寝る。もともと夜の仕事であったし、駐車場ができたりして出ていってしまった人もいて、近所とのつきあいは妻が倒れてからはしなくなった。町内世帯数は20, 36人と少なくドーナツ化現象の進む地域であ



注) この図はFさんの自宅を特定できないように作成したが各地点間の距離比は実際に近づけるよう努力した。

第3図 Fさんの自宅付近図

る。
3)主に自宅で介護をしている女性の事例
Hさんの夫は10回入院をした。8年前、夫は73歳で手術を受けるが、今でもいつ発作があるかわからない。3年前に玄関の呼び鈴で出ようとして転び歩けなくなった。それ以来杖、車椅子を使い、初めの頃してはハビリはもうやめてしまった。Hさんは、病院に入院していても治療することがないし、入院する場所もないらしいので、自宅にいてもらおうという気持ちでいる。トイレは調子がよければ一人で行けるときもある。心配なので一緒に家にいる時は必ず付き添う。着替えは一人でできる。若いころは肉や魚が好きであったが今は食べたがらない。そのため、ここ8年はご飯に7~10種の野菜と、わからないように小魚を混ぜている。食事には随分気を使っている。外出は夫の

調子を見て行く。買い物は徒歩7～8分の商店に1日置きに朝寝ているうちか、昼間本人の納得を得た上で出かけ15分くらいで済ませる。自分も夫も具合が悪ければ医者には往診してもらっている。Hさんは月に1度、自分の分と夫の分の薬を取りに行く。昭和14年に結婚。札幌に住んで30年以上、今の家には20年以上になる。夫は8年間町内会長をしていたが足を悪くして外出できなくなったためやめた。夫が元気なうちは月に2回老人クラブの活動(民謡)に参加していたが、町内会の仕事ではいつも誰か彼か自宅に来ていたので家にいるほうが多かった。夫が悪くなってから、外出できないので自分の家に民謡の太鼓の先生を呼んで講習会をしていた時期もある。買い物は30分くらいかけてしていた。夫婦だけの暮らしになったのは15年くらい前。長女は市内在住で、高校の教師をやめたあと、自宅で塾をしている。次女は埼玉県在住。娘の友人がピアノ教室を自宅の1階の一部屋で週3回で3時から8時くらいの時間やっているので、その時に夫を頼んで外出することもある。自分が苦勞が多かったせいとか人のことまでよく心配する。他人に対する心遣いがよくできるので夫の食事にも人一倍気を使うのだろう。

4) 主に自宅で介護をして既に配偶者を亡くした女性の事例

Jさんは昭和23年の結婚当初から札幌に住んでいる。お互い再婚であった。夫は普段、風邪も引いたことがなかった。詩吟の先生をしていて頑固者でもあった。Jさんは老人クラブの会長をしている。日赤のボランティアもしている。そのため出歩くことが多く、食事の準備も満足ではなかったが夫は快く送り出してくれた。一人で旅行にも行かせてくれた。Jさんはお互い再婚で夫には連れ子がいたために自分のわがままを許してくれたのだろうという。テレビも見る番組が違うので1階と2階で別々に見ていた。夫は多発性リュウマチをしたことがあり、リハビリのためだと茶碗を洗ってくれていた。一昨年の秋から夫は食事中にはしを落したりし始めた。しかし頑固で病院に行きたがらなかった。92才のときにガンの手術をした。手術をしてもあと2年と言われていた。1ヵ月点滴をして喉から食べ物を通さずにいたら、「医者が食べ物を食わしてくれないから何も喉を通らなくなった」と見舞いに来る人来る人に文句

を行った挙句、その後も退院したあと意地を張って食べようとせずにいた。Jさんは一応食事の時間だけは見舞いに行き食事を手伝った。病院は自宅から歩いて5分。またナースコールをかけて看護婦が来るのが遅いと文句を言い、そのことを看護婦が他の患者に言い、聞いた患者が家族に言い家族からその話を言われるのが恥ずかしくて次に入院するときにはJさんは病院を変えた。昨年11月風呂場で転倒して救急車で運ばれた。60歳代に屋根雪下ろしをしていて落ち足を引きずるようになり、その後、風呂場で転んだことによりそれが顕著になる。本人の希望で数日後には退院。医者を信用せず病院から妻が決められた薬をもらってくるが、もらった薬は飲まなかった。退職して札幌市内に住んでいる息子に車で送ってもらって新しいほうの病院に通院していた。便をしても自分でわからなくなりおしめをするようになったという。しかし頑固に食事をしないので便はほとんどでなかった。「風呂に入ると眠れるので夜11時ごろ入浴させてくれ」というのでJさんが寝るのは1時になった。夫は食事をとらないため衰弱の一方で入院が必要となったが嫌がり、4月から自宅で訪問看護を受けることとなる。たまたま4月から2ヵ月娘夫婦が引越しの都合で家に住んでいたのを助かった。また近くに在宅介護を経験した友人がいたのでベッドや車椅子、おまるを譲ってもらえたことが入院しなくてすんだ一因でもある。毎日10時から11時くらいの間に来て点滴をセットしはし方を教えていく。体を拭いたりする。Jさん自身は近くの診療所で定期的に健康診断を受けている。老人クラブの会長だからというわけではなく、町内の人はほとんど知っている。昔近くに銭湯があり背中を流しあった交流が残っているという。この地区は札幌市の工業地帯として位置づけられ、住宅地としての発展を見なかった。夫がなくなった今、借家である広い家に住むのはもったいないからと近くの安い家を借り住み換えるという。夫の連れ子であった息子たちや自分の産んだ子供も一緒に住まないかと言ってくれるが長年住み友人の多いこの地区を離れたくはないという。

5) 主に自宅で介護をして既に配偶者がなくなった男性の事例

Pさんは退職後、特に老人クラブに熱心に通う

わけでもなく、散歩して歩き、友人と飲み、家事は妻に任せきりであった。しかし妻の具合が悪くなってからは妻の世話に掛かりきりとなる。5年前に73歳の妻を見取った。病院に出たり入ったりを5、6年続けたあと、老人病院に4、5年入退院していた。病院にはバスで季節によって1~2時間かかる。朝8時頃家を出ていた。リュウマチで関節が悪くて食事は起こして椅子にすわらせ、手が効かないので食べさせていた。食べたいというものがあれば週に1度電車で4丁目まで出て、百貨店の三越、丸井今井で2~3時間かけて搜していた。毎週珍しいものを妻が要求するとは思えず、このことは、妻への愛情を感じるとともに、近くにスーパーしかないということもあるが、買い物は自分ですることがなかったためちょっとしたものででもデパートへ行ってしまっていたと思わせる。昼頃には済ませ、息子の友達に駅前から送ってもらっていた。大通りからバスに乗ることもある。妻は家に連れて帰ったときには歩行器を使って歩いていた。着替えもトイレも手伝った。息子は結婚して月に1回会う程度。妻の病状が目が放せないものではなかったので買い物なども軽くできたが、もともと外出しなくてはいけないことなどなかったので家にいて妻の世話をしていた。今、S病院に週4回通っている。もう4年くらいになる。ときによって変わるが9時から11時くらい。買い物は東急などに電車で行く。毎日1時間半はかかるという。病院の帰りには電車ですのまま行く。散歩の他に買い物が好きになった。買い物といっても店を見て歩くことがいいのであって買うことが目的ではない。週に1回以上会う友人は2人いる。

6) 主に病院で介護をして既に配偶者を亡くした女性の事例

Rさんは3年前に夫をガンで亡くした65歳の女性である。夫は古風な人で女性が家の外で活動することをあまり好まず、Rさん自身も日常的に着物を着こなし、華道の師範をしていた経験もあり、日本女性として常に夫を立てるよう心掛けていた。老人クラブには夫が入会したときに自分も一緒に入会し50歳代から参加していた。老人クラブでは週1回夫が先生となってクラブでマージャンを教えていた。夫が役員をしていたのでクラブでお茶も習い始めた。買い物はスーパーの朝市に夫婦で

行った。夫は自分がガンと知ると、財産を整理し、妻とお揃いのカバンを買ったり、自分がいなくなってから広い部屋で寂しくない様にと思っか、1時間ごとに人形の踊る壁時計を買ってくれた。Rさんは介護活動時、夫がガンだとわかってから、病院までの定期券を買った。介護の3年間、食事は夫とともに病院でとり家では寝るだけの生活となった。毎日病院に行き他の活動は何一つできなかったという。夫の死後、彼のしていたマージャンサークルの役員になるとともに、老人クラブの役員にもなり家の中にいることがなくなった。一人暮らしだとほけるから仕事をどんどん引き受けるようにと友人達に言われている。国勢調査の調査員の仕事も引き受けた。カレンダーには予定がびっしりと書き込まれ2ヵ月先まで埋まっていた。

4 介護の問題点・課題

本章では、聞き取りを通じて得、またこれまで見てきた具体的な個別事例から、介護レベルや人間関係、福祉サービスなどが高齢者夫婦世帯の介護による行動の制約要因としてどう働いているのかを整理し、その問題点を考察する。

配偶者の健康が損なわれることによって生まれた生活行動変化として、顕著なのは外出に制約ができたことである。配偶者の容体が心配で配偶者の様子を見て外出する（Oさんは義母が寝てから買い物に行く。Kさんは走って買い物に行く。）ようになる。あるいは家に誰か配偶者の様子を見てくれる人がいるときに外出する（Hさんはピアノ教室の先生がいるときに買い物に行く）。また心理的な制約として自由に動き回れない配偶者への遠慮から自分の外出も控える人もいる（Cさんはダンスに行っていた時間を囲碁にまわす。Dさんは夫が病院から戻ってくる日はダンスに行かない。Eさんはゲートボールに行かなくなる）。日常的に夫が妻の外出を嫌がっていたため介護時にもますます外出しなくなった例としてはKさんがいる。Sさんは「自由にさせてもらっている」からこういうときこそ側にいなくてはと必要がなくても付きっきりになる。自分が夫の許しを得て行動していると考えるのは高齢女性ならではの古風な考え方と思われる。

BさんやFさんは日頃から夫婦仲が大変よかつ

たことの当然の選択結果として、介護活動の必要がなくても病院へ足を運ぶ。

また入院している場合、配偶者の意識があれば夕食時に一緒にしようとする（Aさん、Bさん、Cさん、Dさん、Eさん、Oさん、Qさん）。日中は一人にしても「一人の食事は味気ない」と思うからせめて夕食くらい自分が食べなくてもつき合おうとする。このことは女性らしい心遣いと考えられる。結果として病院滞在時間が病院の食事時間と面会時間、特に面会終了時刻に制約される傾向にある。

Bさんは配偶者に手料理を届けるために買い物時間帯に変化が現れた。Eさんも料理のためにふだんは嫁に任せている買物をする。介護活動に入ったことによって買い物に変化が起こった例である。

手（目）が離せないという物理的制約でも、しなくてはいけないと思う心理的な制約でも、介護活動はその性質上、時間を優先的に必要とするため、介護活動がそのほかの生活必需活動や余暇活動を規定していく。身内のサポートにより介護活動を優先させたのがMさんで、長男宅で生活し、買い物や食事の準備を嫁に任せた。Jさんは最後の2ヵ月間にたまたま滞在していた娘家族の協力で在宅介護を乗り切った。Kさんは近くに住んでいる長男の嫁が保健婦であり、毎日仕事帰りに立ち寄って家事を補助してくれた。身内のサポートが得られないNさんは家政婦を雇い介護活動に専念した。

結婚年齢の差や平均寿命の差などから、夫婦間における介護は、男性の世話を女性がする可能性が高い。しかしAさん、Bさん、Hさん、Jさん、Oさんなどは家事を自身の手で担ってきたため、配偶者の健康が損なわれても生活行動の中に介護活動が組み入れられるだけであったが、健康が損なわれたのを機に子供と同居するのであれば、介護をすることになった男性の生活行動の変化は女性の場合よりも大きい。文化的に介護は女性の手に担われることが多く、娘や、息子の配偶者の手を借りることが多いが、FさんとPさんは男性であり、身内のサポートが得られず、必然的に一人で介護することになった。退職後、定期的な予定がほとんどなかったこと、妻の介護をすることを優先させたことが共通しているが、家事を妻一

人に任せていたために生活が大きく変化した。Fさんは家事を一人ではこなし切れず、週に1回2時間ほど市からホームヘルパーを派遣してもらって掃除や買物をしてもらっている。

またOさんとAさんの事例では、自宅のすぐ側に商店がないこと、自宅から離れた医療機関を利用しているため移動経路に近い商店で買物を済ませて時間的な負担を軽くしようという選択が見られた。Oさんの夫はたまたま運ばれたのがN病院であり、Aさんは病院側の事情で現在の病院が3件目である。医療機関は選べないが商店には多数の選択肢があることにも関係している。

介護活動にはいる前の夫婦健常時にどちらかが仕事や町内会、老人クラブの役員などをしていた場合とそうではない場合とでは生活活動の変化の過程に違いが見られた。Hさんは、夫が町内会長をしていたため、歩けなくなった夫の代わりに引継ぎの仕事などをしていた。Jさんは、夫が詩吟の先生で、自分は老人クラブの会長であり、夫婦それぞれの活動を尊重しあっていたがゆえに介護活動をしながらも責任を果たし続けた。Cさんは夫婦で一緒に団体の役員をしていたために配偶者が入院しても活動をやめることはなかった。高齢であればそれだけ責任のある立場にいることが多いと思われるが、配偶者の介護活動に入る場合でもその責任は、たとえ負担が大きくても果たそうとする。その場合の周囲のサポートが望まれる。

PさんもKさん、Rさんも既に配偶者をなくしている。配偶者をなくしたあとの行動の変化はKさん、Rさんのほうが著しい。それは男性と女性の差と考えられる。男は外で働き女は家の中にいて家庭を守るものだという封建的な考えを持つ夫のもとで、夫に従ってきた女性が夫の死後、本来の自分の性格にしたがって羽を伸ばしたと思われる。

Kさんは夫の死後何度も足を運んでいた墓で知り合った人にダンスに誘われて行くようになり、そこで得た友人に誘われて老人クラブ（自分の住んでいる地区の老人クラブではない）にも行くようになった。いまは週に5日はクラブやダンスなどの習い事に出ている。夫の元気なころはこんなに遊び歩いていなかったが今人一倍元気なもの夫が出会いを与えてくれ見守っていてくれるからだと考えている。

また常に夫の活動に協力していたがゆえに、それを下地として単身になっても有意義な活動を展開する例も少なくないようだ。Rさんは夫の加入と同時に入ったので老人クラブも50歳代から参加し、夫のあとを次いでマージャンクラブの役員になり、クラブの役員もするようになった。Uさんは夫が町内会長をしていたこともあって婦人部長を引き受けることになる。

Nさんの夫は妻が出歩くのを嫌い、Nさんには友人が少なかった。また地域の高齢者は「かつて銭湯で背中を流しあった仲間」としてまとまっていたが自分は家に風呂があったためそれには加われずにいたが、Jさんが在宅介護をするのに協力し、急速に仲良くなる。一種の介護仲間である。今では未亡人同士でいつも一緒にいるし、Jさんの影響で活動的になった。

Vさんは夫の介護のために始めた体操を夫の死後も続けて、札幌での友人関係を築いていった。介護活動から派生した活動と言える。

介護を自宅で行うか、入院させて行うかはまず病気の程度に左右され、次に本人や家族の気持ちに左右される。一般に可能であれば病院で徹底的に治療してほしいと考えるが(Bさん, Cさん, Dさん, Eさん, Qさん, Rさん, Sさん, Uさん), 長引いてしまった場合は自宅で療養させたいと思うのは想像できる。しかしAさんは金銭的な原因で自宅で点滴を続けられないため入院を続けさせている。Fさんは足が悪いために妻の介護と家事ができず、Tさんは一人で入浴や排泄をさせることができずに入院させることを余儀なくされた。Gさんは仕事が忙しくて妻の介護に手が回らないため老人病院に入れている。

在宅介護が可能になるにはIさんのように比較的日常生活への支障が少ないこと、加えてHさん, Pさんのように時間があること、HさんやJさん, Kさんのように代わりを頼める人がいること、あるいはNさんのように家政婦を頼めるなどの経済的余裕があること、Kさん, Lさんのように医師の往診があること、Jさんのように訪問看護が受けられることなどの様々な条件が求められる。

現在、ゴールドプランで進められている介護サービスの基盤整備はこれらの条件を満たすための理念として十分に評価できる。ヘルパー数の確保を進め、利用できる時間を延ばしていくべきと

考える。しかしOさんの事例からもわかるように、たとえば入浴サービスを頼むときにあらかじめ時間を指定するのが難しい。何日の何時に病人がどういう状態なのかかわからない。寝ているところを起こしてしまうかもしれない。熱があるかもしれない。また介護保険の整備について議論が進められているが、金銭的な問題で介護に悔いが残ることのないようにするべきだと思う。

高齢者にとって徒歩での移動は負担が大きい。バス停から5分という距離でも負担となりうるし、バスや地下鉄での長時間の移動も体力を消耗し、座れるとは限らず避けたいはずだ。しかし専門医や診療科、病床数などの関係で、家族の居住地をあまり考慮せずに医療機関が決められる場合が多く、特にその収入を公的な年金に頼る高齢者世帯にとって交通費の支出負担は大きい。札幌市は70歳以上の高齢者の市営交通料金を無料にしている。しかし夫婦間介護で多いと考えられる、夫が倒れ妻が病院に通うケースでは、多くが妻の方が年下であり、70歳、場合によっては高齢者の枠に入らないことも十分に考えられる。

また、介護活動に携わっている高齢者として健康とは限らず、今回の調査でも医療機関を利用している例がみられた。しかし、配偶者が利用している医療機関と自分が利用している医療期間が異なっている場合もあり、そのことが負担になっていると思われた。家庭の主治医が、自宅近くの、入院施設のない診療所であるために異なると思われる。主治医が身近であることは日常的なインフォームドコンセントの実施が可能であるし、往診が可能であれば在宅介護を行う際には極めて有効であるが、配偶者の入院している病院でも同じ治療が続けられるような、医療機関の連携も必要ではないかと考える。

5 おわりに

今回の調査では収入などの経済的な側面まで聞き取りを行わなかったが、在宅で介護をするか、あるいはどこの病院に入院させるかなどの選択の上で重要であると感じた。

在宅で介護をしているケースの人にあまり聞き取りができなかったこと、性別に片寄りがあること 過去形の話で聞き取りに応じてくれた人は自

分の介護に悔いの少ない人で、片寄りがあるとおもわれることが問題点として残った。また比較的居住歴が長い人が多かったように思う。

加齢と共に友人・知人・近隣のネットワークが減少して、もっぱら子供との接触が増加していき、介護不安意識に関しては夫婦のみ世帯と単独世帯とでは差がないと言われているが、今回の調査では残念ながら友人などに介護援助をしてもらっているケースが少なく、女性が多かったことから職縁関係などの影響がわからなかった。また子供の居住地、年齢（退職後か否か）、孫の年齢（手がかかるか）によって子供からの援助に差が出るのがわかった。また、もう少し調査を重ねれば、別居していても子供の性別によって、健常時から、交流頻度やサポートの仕方が違うことが指摘できたと思う。

札幌市の高齢者生活実態調査報告書からある程度予想していたが、介護サービスを利用している人が少なく、利用しやすく整備されていないのがわかった。それは認知度の問題ではなく病人という柔軟に対処すべき対象に枠をはめることの難しさを表している。また、調査対象者に片寄りが

あったために介護サービスについては評価できなかった。しかし、聞き取りは常に相手方に時間的、精神的な負担を強いてしまい、介護というきわめて個人的な問題である以上第三者である限り話してもらえないことも多く聞き取りの人数が少なくなってしまうのは仕方がないと言える。それよりも聞き取りを行ったことによって、アンケートで多くのデータを集めたとしても、決してみえなかったと考えられるものが見え、成果があったと思う。

また今後は医師の往診や訪問看護の実態についても調査することが在宅看護の是非を問う上で重要であると思われる。

この論文が、介護時の行動選択の理由として様々な心理的制約と男女差の存在を実証的に明らかにしたことにより、きめ細かな介護サービスを考えるきっかけになれば嬉しく思う。

[文献]

札幌市（1994）：札幌市の老人医療 平成6年度版。