

表2 男女別要介護者の背景ならびに併存症

	男性	女性	p
基本的 ADL (range: 0~20, mean (SD))*	126 (6.3)	128 (6.8)	0.496
GDS-15 (range: 0~15, mean (SD))*、†	68 (3.7)	64 (3.6)	0.064
Charlson index (mean (SD))*	24 (1.6)	1.8 (1.5)	< 0.001
定期的受診 (%)	61.7	58.4	0.164
服薬薬剤数 (%)			
0~2種類	16.5	24.7	
3~5種類	43.8	40.9	< 0.001
6種類以上	39.7	34.4	
慢性疾患の有無 (%)			
冠動脈疾患	12.3	12.1	0.888
慢性心不全	7.5	9.0	0.278
脳血管障害	46.6	28.3	< 0.001
慢性閉塞性肺疾患	9.9	5.9	0.003
糖尿病	13.2	11.4	0.280
認知症	31.7	37.0	0.031
高血圧	21.8	25.5	0.080
悪性腫瘍	12.9	7.3	< 0.001
転倒歴 (過去半年間) (%)	32.3	32.2	0.965
骨折歴 (過去5年間) (%)	14.7	27.4	< 0.001

\* : student t-test, それ以外はカイ二乗検定

† : n = 1,409

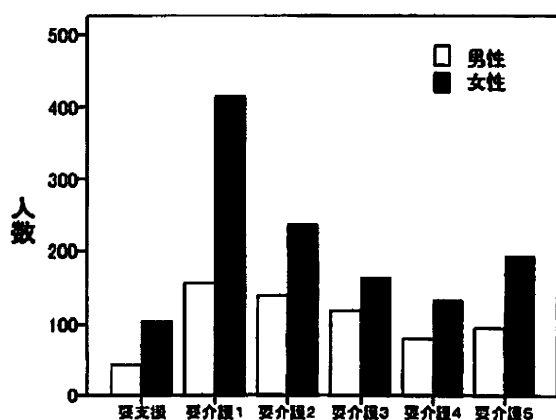


図1 男女別登録者の要介護度分布

解析では 1.19 (0.73~1.93) と男性要介護者との有意な差は消失した (表4)。なお性差に要介護者年齢のみを調整因子として投入したモデルでも女性の入所リスクは 1.30 (0.87~1.93),  $p=0.195$  と有意差は消失していた。

### 考 察

高齢社会白書にあるように本コホートにおいても登録された要介護者は女性が男性のほぼ2倍を占めた。障害を持ちながらも居宅サービスを使用し、独居を継続している集団が存在したが、この集団は明らかに女性が多く、

男性に比較し要介護認定を受けていながらも自立した生活が女性では可能である場合が多い。このことは女性が元々身の回りのことを自分で長年こなしてきたという反面、男性は配偶者(妻)に若い時より依存して生活をしてきたため、独居での生活が困難であるケースが多い、ということを表している可能性がある。厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成19年)でも男性高齢者の独居率は10%前後である一方、女性高齢者では20~25%と高率である<sup>9)</sup>。

男性要介護者は主介護者が配偶者(妻)であるケースは73.6%と高率であった半面、女性要介護者で主介護者が夫であるケースは22.1%と低かった。これは男性の方が短命であり、女性が要介護状態になった時点で、すでに夫が他界、または夫も要介護状態である場合が多いこと、さらには男性配偶者(夫)は妻の介護をすることが困難である(しない)、ということを表しているのかもしれない。実際、総務省「国勢調査」では、男性高齢者は配偶者と生活しているものは平成17年の調査で81.8%、女性では47.1%と女性高齢者の約二人に一人は「配偶者なし」と報告されている<sup>9)</sup>。すなわち要介護状態になる以前より高齢者女性は配偶者と生活をしている数が男性高齢者より少ないことを意味している。これらの独居率さらには主介護者が配偶者である割合の性差は日本固有のものではなく、他の国でも同様との報告がなされているため<sup>10)</sup>、世界的に共通の事象なのかもしれない。

表3 男女別3年間に観察された各種イベントの発症率

各種イベント	男性		女性		p
	人数	%	人数	%	
全死亡	198	31.3	256	20.6	< 0.001
在宅死亡	36	5.7	71	5.7	0.989
入院	307	48.6	496	39.9	< 0.001
介護施設への入所	33	5.2	105	8.4	0.011

全てカイ二乗検定

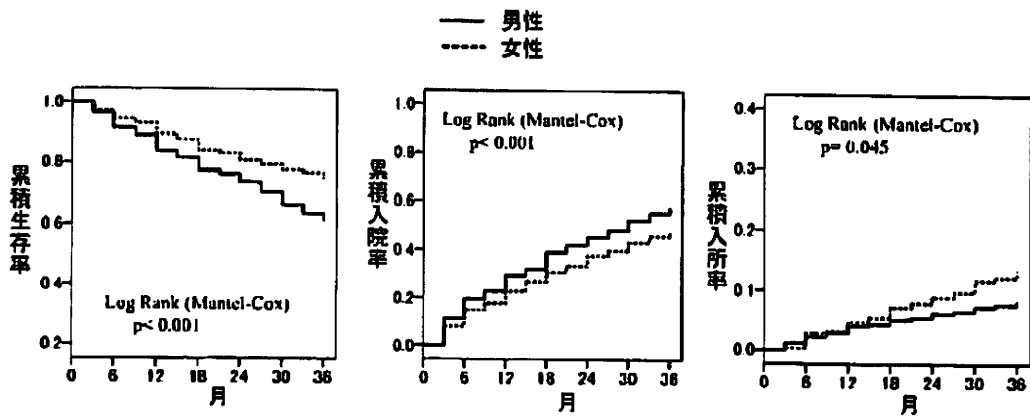


図2 男女別、累積生存率、累積入院率、累積入所率 (Kaplan-Meier のプロット)

表4 女性の種々のイベントに関するリスク (Cox 比例ハザード・モデル)

	univariate			multivariate		
	HR	95%CI	p	HR	95%CI	p
生命予後						
女性 (vs 男性)	0.61	0.51 ~ 0.74	< 0.001	0.51	0.39 ~ 0.66 *	< 0.001
入院						
女性 (vs 男性)	0.76	0.66 ~ 0.88	< 0.001	0.83	0.69 ~ 0.99 *	0.042
入所						
女性 (vs 男性)	1.48	1.00 ~ 2.19	0.048	1.19	0.73 ~ 1.93 **	0.485

HR: Hazard ratio; 95%CI: 95% confidence interval

\*: 性, 年齢, 基本的 ADL score, GDS-15 score, Charlson index をモデルに投入

\*\* : 性, 年齢, 基本的 ADL score, 介護者年齢, 主介護者 ZBI をモデルに投入

全米調査では女性の要介護者の独居率は男性に比較し有意に高く (女性: 45.4%, 男性 16.8%), 本調査と同様に配偶者と生活している率は男性で高い (男性: 73.6%, 女性: 27.8%) ことが報告されている<sup>10)</sup>。

居宅介護サービスの使用に関しては, 本調査時期と比較的近い平成 14 年の厚生労働省の報告によると, 全国の居宅サービス利用者総数あたり, 訪問介護利用率が最も多く 41.5%, 通所介護 (デイサービス) が 38.7%, 通所リハビリテーション (デイケア) が 20.8%, 訪問看護サービス 13.3%, 短期入所 (ショートステイ) 8.6% と

ある<sup>11)</sup>。本コホートでは訪問看護サービス使用が男性 56.2%, 女性 48.0% と明らかに利用率が高い, これは本研究対象者が訪問看護ステーションを基盤に登録をされたためである。本調査では訪問介護サービス使用率が男性より, 女性要介護高齢者に多かった。このことは一見矛盾するように思えるが, 男性要介護者の主介護者の多くは配偶者 (妻) であるため, 家事援助などの訪問介護サービスの使用が不必要である。一方女性要介護者では配偶者 (夫) はすでに存在していないか, または主介護者として存在しているにも関わらず, 十分な家事が実行

されていないため、訪問介護サービスの使用が多いと思われる。基本的 ADL は両群で差を認めず、男女間で身体機能障害の大きな差はなかった。同様に平均 GDS-15 得点は男女差を認めなかったが、Charlson comorbidity index は男性で高得点であり、より生命予後に係る併存症の集積が男性に認められた。実際悪性腫瘍、慢性閉塞性肺疾患、脳血管障害の有病率は男性でより高かった。認知症の有病率は女性で高かったが、女性のほうがより高齢であることが関与しているものと推測された。一方過去半年間の転倒歴に関しては男女差を認めなかったが、過去5年間の骨折の既往に関しては、他の報告と一致し<sup>1)</sup>、女性で多かった。これらの結果は厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成19年)の男女別の要介護にいたった原因疾患の結果を反映している。すなわち男性では脳血管障害が要介護の原因疾患として最も多く(35.9%)、女性は脳血管障害(16.8%)、関節疾患(15.9%)、認知症(15.0%)、骨折(11.1%)と原因が分散している<sup>9)</sup>。

3年間のイベント調査では、予測されたとおり男性で死亡、入院というイベントが女性に比較し高率であり、明らかにそれらのリスクは女性で低かった。女性の方がより高齢集団であることを考えると興味深いことであるが、男性の方がより重度な併存症を背景に所有していることが関連している可能性がある。しかし、Cox 比例ハザードモデルでは Charlson index、年齢、ADL、GDS-15などを組み込んだモデルでもなお女性のリスクが有意に低かったことより、併存症などの背景の相違だけでは説明が困難である。なお、在宅での死亡(看取り)、病院死を別々に解析してもリスクの性差は全死亡と同様な傾向を示した。一方介護施設への入所は女性で高かったが、その理由としては女性の方がより高齢であることが関与している可能性がある。実際、年齢を組み込んで Cox 比例ハザード解析を行うと、要介護者の性別は介護施設入所との関連を認めなかった。

本研究の限界としては、本研究で使用した登録者は方法にあるように、訪問看護サービス利用者ならびに看護サービス未使用者としてリクルートしているため、介護保険サービス利用率に関しては偏りがある可能性がある。また1,875名のうち3年間で脱落(訪問看護サービス(ケアプラン作成)の使用中止)が男性で90名、女性で168名存在しており、さらに介護施設入所した対象者はその時点で追跡を中止しており、死亡の致自体が低く見積もられている可能性がある。

本研究において、性別による疾病背景、介護環境、介護保険サービスの使用状況、健康障害(生命予後、入院などのイベント)、介護施設入所リスクなどに相違があ

ることが明らかになった。今後医療関係者、福祉関係者は性別による様々な相違を考えながら、医療、介護保険サービスなどの使用を実施すべきである。

謝辞：本調査は名古屋市高齢者療養サービス事業団の多大な協力の下行われたものである。名古屋市高齢者療養サービス事業団の関係者ならびに各訪問看護ステーションの看護師、介護支援専門員のみなさんの多大なご協力に対し深謝いたします。またご協力いただいた患者さまならびにご家族の方々にも深謝いたします。また本解析を行うきっかけをいただいた国立長寿医療センター研究所疫学研究部下方浩史先生に感謝いたします。なお本研究の一部は平成21年厚生労働省科学研究費補助金(循環器疾患等生活習慣対策総合研究事業)「ライフステージに応じた女性の健康状態に関する疫学研究～10代から90代までの女性を対象とした長期縦断研究」(班長：下方浩史)より助成を受けた。

#### 文 献

- 1) [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2009/zenbun/21pdf\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2009/zenbun/21pdf_index.html)
- 2) 榎 裕美, 葛谷雅文, 益田雄一郎, 平川仁尚, 岩田充水, 井澤幸子ほか: 訪問看護サービス利用者の身体計測指標と生命予後について the Nagoya Longitudinal Study of Frail Elderly (NLS-FE) より. 日老医誌 2007; 44: 212-218.
- 3) 葛谷雅文, 益田雄一郎, 平川仁尚, 岩田充水, 榎 裕美, 長谷川潤ほか: 在宅要介護高齢者の「うつ」発症頻度ならびにその関連因子. 日老医誌 2006; 43: 512-517.
- 4) Kuzuya M, Masuda Y, Hirakawa Y, Iwata M, Enoki H, Hasegawa J, et al: Underuse of medications for chronic diseases among the oldest of community-dwelling Japanese frail elderly. J Am Geriatr Soc 2006; 54: 598-605.
- 5) Kuzuya M, Masuda Y, Hirakawa Y, Iwata M, Enoki H, Hasegawa J, et al: Day-care service use is associated with lower mortality among community-dwelling frail elderly. J Am Geriatr Soc 2006; 54: 1364-1371.
- 6) Mahoney F, Barthel DW: Functional evaluation: The Barthel Index. Md State Med J 1965; 14: 61-65.
- 7) Yesavage JA: Geriatric Depression Scale. Psychopharmacol Bull 1988; 24: 709-711.
- 8) Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR: A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis 1987; 40: 373-383.
- 9) [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2009/zenbun/pdf/1s2s\\_1.pdf](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2009/zenbun/pdf/1s2s_1.pdf)
- 10) Katz SJ, Kabeto M, Langa KM: Gender disparities in the receipt of home care for elderly people with disability in the United States. JAMA 2000; 284: 3022-3027.
- 11) <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/020604/1-1.html>
- 12) Pietschmann P, Rauner M, Sipos W, Kersch-Schindl K: Osteoporosis: an age-related and gender-specific dis-

ease—a mini-review. *Gerontology* 2009; 55: 3–12.

### Gender difference characteristics in the sociodemographic background of care recipients

Masafumi Kuzuya<sup>1</sup>, Jun Hasegawa<sup>1</sup>, Hiromi Enoki<sup>2</sup>, Sachiko Izawa<sup>3</sup>, Yoshihisa Hirakawa<sup>4</sup>,  
Takahisa Hirose<sup>1</sup> and Akihisa Iguchi<sup>5</sup>

#### Abstract

**Aim:** We compared gender differences in the sociodemographic characteristics of community-dwelling dependent elderly who use various community-based services under long-term care insurance programs, as well as in mortality, hospitalization, and institutionalization during a 3-year follow-up period.

**Methods:** We conducted a cross-sectional study using the baseline data of 1,875 care recipients from the Nagoya Longitudinal Study for Frail Elderly (NLS-FE), and a prospective study using their 3-year follow-up data. The data, which were collected at the patients' homes or from care-managing center records, included the clients' and caregivers' demographic characteristics, living arrangements, community-based services used, depression as assessed by the Geriatric Depression Scale (GDS-15), a rating for basic activities of daily living (ADL), and comorbidities. The data included, at 3-year follow-up, all-cause mortality, hospitalization, and institutionalization.

**Results:** Among 1,875 care recipients 66.3% were women. They had a higher rate of living alone (26.2% vs 14.6% in men), and a lower rate of receiving care by a spouse (22.1% vs 73.6% of men). Although there were no differences in ADL levels or GDS-15 scores between genders, a higher Charlson comorbidity index, higher prevalence of cerebrovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and cancer were observed in the male care recipients. Kaplan-Meier analysis demonstrated that during the 3-year follow-up, higher mortality, hospitalization, and lower institutionalization rates were observed in men.

**Conclusion:** We observed that two thirds of care recipients were women. Compared with male recipients, female recipients were more likely to live alone, and to be cared for by non-spouse caregivers. Lower mortality and hospitalization, but higher institutionalization, were observed in female recipients.

**Key words:** *Long-term care insurance, Care recipient, Community-dwelling dependent elderly, Formal service, Gender difference* (Nippon Ronen Igakkai Zasshi 2010; 47: 461–467)

- 1) Department of Geriatrics, Nagoya University Graduate School of Medicine
- 2) Department of Registered Dietitians, Tokaigakuen University Faculty of Human Wellness
- 3) Department of Health and Nutrition, Faculty of Psychological and Physical Science, Aichi Gakuin University
- 4) Center for Postgraduate Clinical Training and Career Development, Nagoya University Hospital
- 5) Department of Sports and Health Sciences, Aichi Shukutoku University, Faculty of Health and Medical Sciences

# 考える福祉

酒井潔・岡野浩 編

- 4 予防の難しさ—性の健康の促進に向けて—
- 5 HIVと人権
- 6 課題の克服に向けて—HIV陽性者と共に—

## 第3章 老人医療と福祉

- 1 生活を支える医療
- 2 医療と福祉の接点
- 3 老年科医の不足
- 4 ハンセン病の歴史と高齢者ケア論
- 5 職業としての医療専門職

## 第4章 高齢社会と制度

- 1 高齢化する社会
- 2 高齢社会の現状と背景
- 3 高齢社会の制度・政策

## 第5章 介護保険制度—負担と給付の現状と課題—

- 1 介護保険制度の目的と理念
- 2 介護保険制度の仕組み
- 3 介護保険制度改正
- 4 高齢者介護の現状と課題

## 第6章 老人問題の現場から

—私が出会った方たちから教えていただいたこと—

- 1 私がこだわってきた老人問題—老いの変貌と老人問題の登場—
- 2 私が出会った老人たちから刺激を受け、教えられたこと

## 第7章 女性福祉

- 1 女性が置かれている状況
- 2 社会福祉における女性福祉の位置づけ

高橋龍太郎

## 1

## 生活を支える医療

## ① 療養病床の再編

医学から見ると高齢者の最大の特徴は「複数の慢性疾患をもちながら生活している」ということにある。自宅生活している高齢者の場合で考えてみよう。医療機関から処方された薬剤を服用すること、インスリンを自分で注射すること、貼付薬を交換することなどはたいがいの人が自分で行えるだろう。しかし、手杖や手順がもっと複雑な腹膜透析、酸素吸入、褥そうや皮膚の処置などとなると家族や訪問看護師、医師のかかわりが必要になってくる。まして、高齢者自身に身体や精神機能の低下が見られるときや疾患の病状変化によっては医療的対応を必要とする高齢者向けの施設である療養病床を利用することも多い。

療養病床には、医療保険で費用を賄う医療療養病床と介護保険で費用を賄う介護療養病床とがある。厚生労働省は、平成24年度までに介護療養病床を全廃、医療療養病床を削減して、総療養病床数を現在の38万床からその半分以下にする予定である。それに代わる方策として、今までの病床を介護療養型老人保健施設に転換したり、有料老人ホーム（介護保険という特定施設）や高齢者専用賃貸住宅（いわゆる「高専賃」）に改装したりできるところの費用の一部補助をして負担軽減を図っている。計画発表後、療養病床数は少しずつ減少しているもののそのスピードは予定よりはるかに遅れている。

## ② 慢性疾患の意味

このような動きに対して、行き場を失った長期療養高齢者が急増するのはないかと危惧されている。新しい形の老人保健施設で行われる医療提供の質と量が未知数であるという不安や生活の場で医療を提供する在宅医療がたりないというのが主な理由である。住み慣れた自宅ばかりでなく、有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅も生活の場であり、これらの場所で提供される医療は在宅医療である。医療ジャーナリストの露木は在宅医療の厳しい現実を分析し、「生活を支える医療」を考へるべし、と提案している。この露木の指摘は核心を突いている。急性期医療を中心とする現在の医療体制は専門医養成過程を経た医師が担っており、個々の疾患に焦点を当てる専門＝特定・特殊領域の医療にはうまく対応できても、まるごとの生活にかかわる総合＝包括的医療を行うことには不向きである。これを医学の言葉で読み替えると次のようになる。現代医学は「慢性疾患論」をその医学教育体系の中にとりこんでいない、疾患の「慢性」性についての記述が決定的に不足しているのである。たとえば医学書で高血圧症という慢性疾患の項には、診断や薬物療法についての記述に加え、食事や運動、生活指導などについても触れているけれども、それは、高血圧症患者の食事、運動、生活についての記述であり、年余にわたる慢性性という視点からの説明はまず見られない。ただし、糖尿病も慢性疾患の代表的なものであるが、糖尿病療養指導士という資格制度を設けて「慢性」性に取り組んでいる数少ない領域である。

## 2

## 医療と福祉の接点

## ③ ある事例から

慢性疾患を複数もつ長期療養高齢者の生活援助をしている医療職と福祉職は、かなり共通の認識、理解をもっているはずである。しかしながら、実際のところは判断を要する事態をめぐって意見が食い違ったり対立したりすることも少なくない。専門性の違いということもあるが、解決できる可能性もある。医療専門職の課題としては、前節で述べた「慢性疾患論の欠如」である。医療専門職としての立ち位置から生活を見ることが困難なのである。そのことに気づき、

克服せんとして生まれたのが高齢者総合機能評価という方法である。そのエッセンスを理解するための具体例として、最近出会ったある82歳の女性事例について述べる(内容の一部を要えてある)。

病棟からの診察依頼を受け、リハビリテーション外来にこの女性は車いすで行ってきた。「こんにちは」と声をかけると早口で返事をがよく聞き取れない。ろれつが回らない(構音障害)ようである。担当医が誓った依頼状を見ると、慢性的腎不全による貧血があり、食欲低下のため入院した。介護保険の要介護認定によると要介護4(最重度要介護5の一つ下のランク)とされたので在宅生活は難しいのではないかと、とおそらくケアマネジャーあたりから施設入所を勧められているが、頑なに拒否して自宅で一人ぐらしをしているという。リハビリテーションの適応があるかどうかを判断してほしいというのが依頼の内容であった。

質問をすると答えがすぐに返ってくる。上下の前歯が半分くらい脱落しているのに義歯がないことも聞き取りにくさの一因のようである。質問を単純にして聞き直すととおよそのことはわかっている。75歳で後縦帯骨化症のため頸椎の手術をして手のしびれが残っているという。親指を除く右手の4本の手指が寝たように屈曲している。77歳で気管支喘息を患ったという。「77歳で気管支喘息に初めて罹ったのですか、珍しいですね」と尋ねると、すぐに「そうなんです」と答え、自分でもなぜこんな歳になってからと訝っている様子がわかる。今は喘鳴も聞こえず落ち着いている。その後、脳梗塞と大腿骨の骨折も経験したという。手足の麻痺ははつきりしなかったことだが、念のため左足の臑を上げてもらい確認する。両足を床に着けてかかとを上げることでもできる。大腿骨の骨折は左側だったそうなので、やはり右の手足に麻痺はないのだろうか(左右どちらかに片麻痺がある人が転んだときの骨折はほとんど麻痺している側が発生する)。両手を握って支えたいのかを尋ねると、日に3回ホームヘルパーさんがかちが痛い」と訴える。さまざまな筋肉が委縮してきているようである。

どのように生活していたのかを尋ねると、日に3回ホームヘルパーさんが来て買い物や掃除、食事を作ってくれるという。デイサービスは、と聞くと「行きません」ときっぱり答える。人と交流することを好まないのだろうか。自宅は一戸建てで、トイレと食事のときに杖を使って移動する以外、ほとんど居間か

ベッドで過ごしている毎日である。「筋肉がやせてくると関節も動かなくなってしまうと痛くなるのでリハビリをやりますか」と尋ねると、「ハイ」と即座に返事が返る。右の4本の指でペンを握り、たどたどしい字でリハビリの説明書に署名をしながら「読めるかしら」と言う。帰るとき、「ありがたうございまして」と丁寧な礼を言って診察室から出て行った。そのときの表情には力が感じられ、そして、社交的でにこやかなものであった。この女性は、今までかわった専門職(ケアマネジャーや担当医師)の想定に反し、一人ぐらししながら自宅で生活を続けたいという強い意志があり、リハビリテーションの適応あり

表1 事例のまとめ

・疾患に関連したこと

疾患・病態	症状と生活障害	今後の課題、可能性
脳梗塞、構音障害	コミュニケーション困難	嚥下障害の出現の可能性
慢性腎不全、貧血	食欲低下と低栄養	活動低下、透析の可能性
後縦帯骨化症の手術後	右の手指屈曲?しびれ	食事摂取や着替え困難
気管支喘息	自立した影響ない?	悪化の予防
左大腿骨骨折	立位や歩行に影響?	歩行機能の低下
全身の筋萎縮	日常動作の困難	起居や移動の困難

・考慮すべきその他の生活状況

その他の生活状況	今後の課題、可能性
一戸建ての自宅に一人ぐらし	意欲と認知機能は良好であり、希望するならば在宅での看取りも視野に
要介護4でホームヘルパーが家事援助	歩行や移動のリハビリテーションに限定したケア利用の可能性

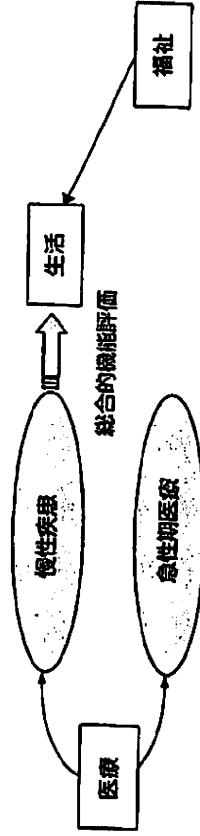


図1 医療と福祉の接点

と考えられる。表1にまとめを示す。このような査定をして「生活を支える医療」を提供するのが高齢者医療の役割であり、高齢者総合機能評価は、方向性や課題を福祉と共有できる方法であると考えられる。慢性疾患をもつ高齢者を対象とする医療において、生活に接近する方法なのである(図1)。

#### ◎ 高齢者総合機能評価、あるいは医療と福祉の接点

医学・医療の主目的は病気によって損なわれた健康の回復にあり、その阻害要因をいかに除去できるかに力点を置かなければ、原因となる疾患に関する知識や技術が臨床実践の中心にならざるをえない。高齢者も当然それを期待している。と医療職は思っている。しかしながら、高齢者医療に対する高齢者自身の考えは違っているようである。英国で行われた調査の結果であるが、高齢者が医療サービスの内容に関して優先していることの第1位はQOLの改善であり、死亡率の改善は優先度がきわめて低い。老年科医への調査でも第1位は同じQOLの改善であった。高齢者医療において優先すべきサービスは、一般の医療とは異なる可能性が示唆される。また、「高齢者差別」という意見を含めてさまざまな批判にさらされている後期高齢者(長寿)医療制度についての意見を調べた世論調査によると、70歳以上の高齢者では56%が賛成を表明し反対を上回っている。高齢者自身にとって、他の年齢層の人々と同じ医療を受けたという気持ちよりも高齢者に合った医療を受けたいというほうが勝っていると考えてよいのではないだろうか。

高齢者に合った医療を提供する方法が高齢者総合機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment)と呼ばれるものである。英国の女性医師が1990年代に始めたのが最初といわれている。このWarren医師は、長期間、ケアらしいケア、医療らしい医療も受けずに臥床状態で入院生活を送っている高齢者に対してよりよい医療とケアを見つけたという信念から、心身機能を評価し、積極的リハビリテーションの導入による自宅復帰、生活重視の長期ケア施設への転所という選択肢を取り入れ、自分の勤める病院の役割を明確化していった。それによって高齢入院患者の意欲と職員の志気が活性化され、病院の利用率も著しく高まった。介護保険制度が定着している現在のわが国では、ケアマネジャーによるアセスメント(高齢者の状態像の評価、査定)とケアプランの作成が広く日

常化しており、Warren医師が行った生活機能の査定とケア計画の作成の様子は類似している。しかしながら、医療現場では、疾患や症状、病態の把握がまずあって、その方針決定と退院計画のために高齢者総合機能評価を用いるのであり、実際に用いる医療資源(リハビリテーション)が最も重要なものである)や判断の方向も似てはいるが異なるものである。

高齢者総合機能評価の具体的内容については文献に譲るが、簡単に定義すれば「どのような生活をしてきたかという情報を圧縮し、分類することである」<sup>9)</sup>。その方法として、からだ(身体機能)、こころ(精神・心理)、いえ(家庭・社会環境)という3つの領域を総合的に評価し、そして、煮詰める(焦点化する)のである。老年科医の並河は著書の中で高齢者医療の核心を述べている。「1人ひとりの老年者が持つ3種類の問題、すなわち身体的、精神心理的および社会環境的な問題を、個々の老年者の立場で振りなくとらえていくこと」<sup>10)</sup>。この最後の点が肝心であり、並河は「3種類の問題の均等視」と表現している。振りなくとらえる努力をすることが大切であるとは、どのような意味なのだろうか、なぜ大切なのだろうか。たとえば、高級な有料老人ホームに入所していたある女性は、突然始まった症状に悩まされ、さまざまな医療機関を受診したがどこでも異常なしとされた。あまりの訴えの軟弱さに職員から煙たがられ、本人はその職員の態度に腹を立ててきつく当たるようになっていった。その過程にかかわった専門職は二つの誤りを犯したのではないかと思う。一つは、診察や検査で異常がないから身体面は問題ないはずとしてしまった点である。もう一つは、身体面と環境面に問題ないのだから精神面(境界性人格障害が疑われた)によるものではないか、としてしまった点である。第一の点については、明確な診断がつく疾患だけが病気でなく、診断がなされなくとも症状が続くことはあるので、その内容と変化を観察すべきである。第二の点については、もし精神面に問題がある可能性があれば思い込みではなく偏りなく評価すべきである。そしてもう一つ。この女性は、高齢期に入ってから頃、夫婦でゆつたりとした老後を過ごそうと思いい、その当時かなり高額の費用を払って入所した。それから十数年経ち、はたしてホームの社会的環境に負の要因が生まれていないだろうか。

生活情報を圧縮、分類する高齢者総合機能評価は、きわめて機能主義的、合



理主義的な方法のように見えるかもしれない。しかしその裏面はデジタル情報ではなくアナログである。(3種類の問題の均等視)という姿勢は無数の生活情報の中から「禁欲的」に産み出されたもので、そこから導かれる焦点は、「地と図柄」を備えたポラロイド写真のようなものだろう。情報を詳細にうまくなく記録できるデジタル写真ではなく、ある瞬間、ある時点のその人の風景を切り取って伝えるものであり、そのポラロイド写真を撮影する専門職の心と実力が問われるのである<sup>9)</sup>。

### 3 老年科医の不足

高齢者医療の先進国とされる英国でも、外来受診や入院、手術までの待機時間が長いこと、英国が宗主国だった国々出身の医師が多く医療技術が不均一であることなど問題を抱えている。しかし高齢者医療に関して英国を含め欧州に学ぶべき点の一つある。それは、小児科医と同様に老年科医・老人科医が医療関係者や人々の間に広く認知されていることである。英国の老年科医の多くは、市中病院で主にコンサルテーションを行い、治療方針、退院計画に関するアドバイス、他職種高齢者総合機能評価を行い、治療方針、退院計画に関するアドバイス、他職種(ソーシャルワーカーやリハビリテーション専門職など)への依頼を行うのである。

わが国でも後期高齢者(長寿)医療制度の中に、総合機能評価を実施したとき診療報酬を加算できる項目が新設され、大きな前進といえる。しかしながら、これを実施する老年科医の育成はとも十分とはいえないし、一般市民ばかりでなく医療関係者の間でも総合機能評価についても老年科医についても認識は乏しい。老年科医という名称が社会に根づいていないのが現状である。高齢者医療や老年医学を専門とする医師集団がつくっている学会は日本老年医学会と、その会員数は6,000名を超え、国民人口がおよそ半分の英国における英国老年医学会の会員数2,500名に比べて決して少ないとはいえない。にもかかわらず、わが国の高齢者医療を支える専門集団としては十分に機能していないように思われる。理由の一つとして、大学医学部の内科系教職にある会員が多く、研究などのアカデミック活動が基準になっていること、必ずしも老年医学を専門として診療、研究しているわけではないことを挙げることができる。アカデ

ミック活動として複数所属している学会の一つなのである。動脈硬化や高血圧、糖尿病、リハビリテーションなどそれぞれ大きな専門学会があり、活発に活動している。これらの病態は高齢者医療と密接に関係しているといっても、総合機能評価が重要であるといった議論は他学会では無縁のことである。なお、欧州における老年医学教育の現状を調べた報告によると、英国で老年医学講座を正式講座としてもつ大学医学部は、1991年から2006年にかけて33校から13校に激減している。一方、フランスでは32校のまま変わらず、全大学医学部に設置されている<sup>7)</sup>。このように、老年科医養成の伝統をもつ欧州でも、国によって、老年科医重視の方向にある。

平成19年度から20年度にかけて、私たちは、長期療養高齢者が利用している老人保健施設と療養病床医療機関に勤務する医師を対象に調査を行った。自由記述によって自分の専門診療科目を尋ねた質問への回答結果を見ると、「内科」と答えた割合は、それぞれ40%、46%、「老年科」「老人科」「高齢内科」など高齢者医療を主とする科目を答えた割合は、それぞれ1.1%、2.5%に過ぎなかった<sup>8)</sup>。これは、高齢者医療とケアの現場で仕事をしている医師であっても、専門は高齢者医療ではない、あるいは、専門が高齢者医療であるという認識が少ないことを示している。私たちの責任でもあり、さらに努力をしなければならぬ。残念なことに、わが国の大学医学部における老年医学科、高齢内科の数は、英国と同様むしろ減少しつつあり、老年科医の少なさを、教育・育成環境の縮小は、その恩恵を受けるはずである高齢者にとって不幸なことであるのは間違いないだろう。

先に引用した並河は、その著書の中で老年科医であること、老年科医になることを次のように述べている。「老年科の医師や看護師の活動のようすは、臓器別診療科の医師にはみえず、ただ骨折リ損な仕事であることののみが伝わっている」(p. 88)。「老年科医に徹すると——(臓器別診療各科の)医師であること、社会的、経済的ステータスおよび既得権と縁のない存在となる決意が求められる」(p. 94)<sup>9)</sup>。新薬の開発や新しい治療技術の習得などにはあまり縁がなく、また、病気が治愈する、治療で改善するという医師として最も基本的な満足からも距離がある仕事である。目の前にいる高齢者が、ある特異的な人生を生き

てきた1人の高齢者であること、そのことに医療の実践領域を見出すことが理解できない、見出すことに興味がない医師には困難な仕事である。

#### 4 ハンセン病の歴史と高齢者ケア論

ハンセン病を引き起こすらしい菌は感染力がきわめて弱く、体内での感染拡大にも長い時間がかかる。しかしながら、その慢性の経過の中で、末梢神経病変による四肢機能障害や顔の変形などを伴う結果、生活に支障が出たり社会活動が困難になったりするため、性質のよく似た菌である結核菌とは区別され恐れられた歴史がある。現在、わが国で発見される新しい患者は年間数人程度であり、若いころ罹患してすでに治癒した「元患者」がほとんどである。このハンセン病の歴史の中に高齢者ケアの考え方と一致するものが見出されるのでここで取り上げたい。

わが国でつくられたハンセン病患者に対する初めての施設は東京の養育院に開設された回春病室である。養育院とは、明治の初期にロシアの大公が訪日するにあたり、生活困窮者やホームレスを収容する施設として東京市がつくったもので、社会福祉事業で活躍した渋沢栄一が長く院長を務めた施設であり、筆者の勤務する研究所の前身である<sup>10)</sup>。この新しくできた回春病室を担当したのがその後わが国のハンセン病患者「絶対隔離」(病状によって隔離したり外来治療したりする相対隔離方式ではなく、すべての患者を終生施設隔離する方式)政策を推進した光田健輔である。一方、少数ながらハンセン病は外来治療で十分であると主張する医師たちもいた。その1人が京都大学の皮膚科助教授小笠原登で、京都大学医学部に設けられた皮膚病特別研究施設を拠点として外来治療を行った。

さて、この小笠原登は1934(昭和9)年に2つの論文を書いており、そのタイトルは「癩の極悪性の本質について」と「癩の看護学」となっている。前者はセンセーショナルな題名ではあるが、ハンセン病の原因であるらい菌の本質は「極悪」なものではないことを述べており、後者はハンセン病患者への看護・ケアの在り方について述べている。手書きで書かれた「癩の看護学」がどんな目的で誰を対象にしたものかは不明である<sup>11)</sup>(図2)。いずれにせよ、ハンセン病患者を看護する看護師向けに書かれた(口述筆記された)ものであること

は間違いないだろうと思われる。小笠原は、その中で、ハンセン病患者に対する看護の3つの要点を指摘している。原文では、「1. 看護すべき患者の疾患の本質および性状を明らかにすること、2. 患者の身体、性質および境遇を省察すること、3. 至誠もって患者の看護に従事すること」と記されている。1はハンセン病という疾患についての知識をしっかり学ぶことを薦めたものであり、3はケアするときに看護倫理観をもって臨むことを薦めている。特に注目されるのは2についてである。現代の医療用語に直すと、身体は「身体機能」であり、性質は「性格や心理・情緒的傾向」であり、境遇は「社会家庭環境」であると考えることができる。すなわち、小笠原は、からだ(身体機能)、こころ(精神・心理)、いえ(家庭・社会環境)という3つの領域を総合的に評価して煮詰める高齢者総合機能評価を実施するように、と薦めているのである。ハンセン病という慢性の本質を考え続け、患者の治療と療養に尽くした医療者である小笠原医師からすると、医療ができる患者の福祉への貢献とは総合機能評価を焦点とする医療だったのである。慢性疾患にかかわる医療者として同じ結論にたどりついたことが偶然とは思えない。

#### 5 職業としての医療専門職

##### ① チーム医療の困難

高齢者に対する医療やケアの提供には複数の専門職によるチームアプローチが必要になる。介護保険のサービス利用は、ケアマネジャーを中心にしながらサービス事業者や主治医、訪問看護師などがかわるチームアプローチである。また、医療においても、たとえば脳卒中で入院してきた高齢者にリハビリテーションを行う場合、担当医によるリスク管理、看護師による病棟での自立に向けた援助、理学療法士による移乗・歩行の訓練、作業療法士による高次脳機能

#### 癩の看護学

小笠原登  
手書き

[1934]

図2 手書きの「癩の看護学」

障害の評価と訓練、ソーシャルワーカーによる在宅生活に向けた社会資源の利用計画など、専門職が情報の交換や討議を行いながらリハビリテーションを進めていくのが標準的なやり方であり、典型的なチームアプローチである。高齢者医療はチーム医療という側面をもっている。しかしながら、多職種の一員としてチーム医療にかかわる専門職には二つの困難があるように思われる。一つは、毎日繰り返される変化も反応も乏しい仕事を通して得られる手応えの少なさである。もう一つは、他の専門職メンバーと情報の要点を抽出して決定を共有していくことの難しさである。

たとえば医師の場合で考えてみると、外科医であれば自分を中心に医療が行われていくので、医療実践の決断もその結果に対する責任も手応えとして直接返ってくる。チーム医療の中では、病状が急に變化したり偶発的な事故が起ったりしない限り、担当医としての役割は全体的ではなく限定的である。ここに落とし穴がある。限定的であることは重要性が低いことを意味しているわけではなく、また、1人の人間の生活の中で一専門職が全体をコントロールする役割を果たすことなどそもそもありえないのであるが、医師にとりて自分が行っていることへの手応えを感じにくいことは仕事への意欲を保つ上で大きな壁となる。そして、一専門職として自分が抽出した情報は、ある高齢者の生活維持にとって重要かもしれないし、そうでないかもしれない。他の専門職との調整力も問われる。特に、高齢者が在宅生活を送っている場合、医療的対応は最低限必要なものだけに絞り込むほうが好ましい。事実、在宅医療では自分の役割を限定的にとらえている医師が多いように思われる。そのような傾向がチーム医療と結び付いていくかどうかが課題であろう。

### ⑤ 排除による公平性の確保

医療と福祉はどちらも公平性を重視している。公平性の考え方は時代背景によって変わるような相対的なものであると思われる。そのため基となる考え方が変わると基準や仕組みも変わることがあるだろう。たとえば、特別養護老人ホームに入所申し込みをしてから実際の入所までには、通常、何年間の待機期間がある。当初は申し込み順に入所が決定されていた。しかしながら、順番取りのため早く申し込みをするといった実情とはかけ離れた弊害が見られ、申

し込みの順番のみを優先するのは好ましくなくという判断から、要介護度や認知症の重症度、介護サービスの利用状況、介護者の有無や年齢・健康状態などを考慮して順位を決定するようになってきている。医療においても、Evidence-Based Medicine (EBM: 証拠に基づく医療) のように、治療方法別の治療率や患者の特性差から生まれる有効性の違いといった客観的証拠を患者に示し、患者自身による選択を促すという流れがある。これも医療側と患者側のもっている医療情報量の落差を埋めようとする公平性追求の一つといえよう。

ところで、あらゆる人々に同一水準の福祉サービスや医療サービスを提供しようという公平性の観点からすると、現在導入されている後期高齢者(長寿)医療制度は年齢によって医療制度の中身を変えようという不公平制度であり、年齢差別ではないかとの指摘がある。しかしながら、前述したように高齢者自身はこの制度を概ね支持しているばかりでなく、若中年者層・前期高齢者層を年齢によって排除することによって後期高齢者に合った仕組みをつくることは公平なやり方であると思う。慢性疾患を中心とする、あるいは、慢性疾患の影響を勘案することが本人にとつて大きなメリットとなるので、そのような特性を示さない年齢層の人々とは異なる制度設計が好ましいのである。小児科や産科では対象患者の特性が一般とは大きく異なることを踏まえて医療が行われているように、後期高齢者の特性に基づいて総合機能評価を実施し医療の焦点を決めていくことは、年齢を不問にして平等に同一医療制度を適応させるよりも公平性を確保できると考える。そのように基準を改めるほうがより大きな医療の恩恵を受けられるのである。現在の臓器別専門医制度の下では、それぞれの医師の専門領域の疾患がそれぞれ個別に評価されて方針が立てられ、望んでもいない結果を生んでしまうかもしれない。医療における公平性とは、同じ医療の器を使うことではなく、個人々に合った医療の器が使えるようにすることである。

- 1) 鈴木まきひろ (2009) どこにある!在宅療養支援診療所...どこにいる!総合医...「シニア・コミュニケーション」60, pp. 4-12
- 2) Roberts, H., Khoo, T. S. & I Philip (1994) Setting priorities for measures of performance for geriatric medical services. *Age Ageing*, 23(2), pp. 154-157
- 3) 日本医療政策機構 (2009) 日本の医療に関する2009年世論調査

<http://www.healthpolicy-institute.org/ja/>

- 4) 高橋龍太郎 (2008) 高齢者ケアと高齢者総合機能評価 (CGA)。佐藤智編集代表「明日の在宅医療 4 高齢者ケアと在宅医療」中央法規出版, pp. 113-136
- 5) 並河正男 (2002) 「老年者ケアを科学する—いま、なぜ服位療法なのか—」医学書院 (33), pp. 54-55
- 6) アンドルー・ロマーノ (2009) 甘く切ないポラロイドの隣窓—写真 デジタルカメラ全盛のなか、郷愁をそそるポラロイド風スタイルが人気—, 「Newsweek 日本版」24 (33), pp. 54-55
- 7) Michel, J.-P., Huber, P. & A. J. Cruz-Jentoft (2008) Europe-Wide Survey of Teaching in Geriatric Medicine. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(8), pp. 1536-1542
- 8) 高橋龍太郎ほか (2008) 「老人保健施設、療養病床の運営」に関する調査報告書」東京都老人総合研究所・日本老年医学会高齢者介護システム検討委員会
- 9) 並河 (2002) 前掲
- 10) 東京都養育院編 (1974) 「養育院百年史」東京都
- 11) 小笠原登 (1934) 「癩の看護学」。これは正式の出版物ではなく、手書き、ガリ版刷りで作られたものである。不二出版が出した「近現代日本ハンセン病問題資料集成 戦前編 第3巻」(藤野登編, 2002) にその複写が蒐集されている。

## 第4章

# 高齢社会と制度

馬場 純子

## 1 高齢化する社会

本章では、わが国の高齢社会の現状を概観した上で、高齢者の生活にかかわる諸制度について、近年一般社会においても関心が高く議論の対象となっている介護をめぐる問題への対応策として介護保険制度を中心に解説し、年齢を問わずこれからの高齢社会をどう生きたるか、福祉とは何かについて考えを深めることを目的とする。

### ● 高齢者への対応と国の行方

「その国の高齢者の姿を見れば、その国の文化の程度がわかる」

これは、イギリスの名宰相といわれたサー・ウィンストン・チャーチルの言葉である。また、フランスの作家であり哲学者でもあるシモーヌ・ド・ポワヴォールはその著書「古い」の中で次のように述べている。

「……その国のある社会は、老人をどう扱うかによって、その社会の原理と目的の——しばしば注意深く隠蔽された——真実の姿を赤裸々に露呈するのだ。……」

「現役でなくなった構成員をどう処遇するかによって、社会はその真の相貌をさらけ出す」

ともに、20世紀に入ってから高齢化社会となっていた国を代表する人の言葉であるが、その国の高齢者の姿や対応を見れば、その国が何をめざしているのか、国のあり方がわかるというのである。

May L. Wykle | Sarah H. Gueldner

# AGING WELL

GERONTOLOGICAL EDUCATION  
for Nurses and Other Health Professionals

*Aging Well: Gerontological Education for Nurses and Other Health Professionals* brings a fresh outlook to gerontological education and promotes the experience of aging as a positive circumstance, and elders as a treasure of society. Discussion centers on the application of research findings to encourage elders to rise above and beyond disability, to help them retain their identity of personhood, and integrate into society in general and their immediate community in particular. Contributors include individuals from the academic gerontological community and clinicians as well as experts from related fields such as social policy and community planning. This comprehensive text contains vital information necessary to caring for elders, including topics such as disease and disabilities associated with aging, to illuminate underlying philosophical tenets and social issues. Each chapter provides a summary of the key points with suggestions on how to apply them on a daily basis.

## ALSO AVAILABLE

*Gerontological Nursing:  
Competencies for Care,  
Second Edition*  
Kristen L. Mauk  
ISBN: 978-0-7637-5580-5  
© 2010

*Handbook of Geriatric Care  
Management, Third Edition*  
Cathy Jo Cress  
ISBN: 978-0-7637-9026-4  
© 2012



JONES & BARTLETT  
LEARNING

40 Tall Pine Drive | Sudbury, MA | 01776  
978-443-5000 | [www.jblearning.com](http://www.jblearning.com)

ISBN: 978-0-7637-7937-5



# The Need to Have Roots: A Philosophical Discussion

*Ryutaro Takahashi*

*Roots are the essence of life. They are our life line; our connection to Life. Without roots we cannot live. . . . Without roots, we will become lifeless—which is what growing old sometimes looks like. It is essential that we as a society help elders to stay connected to their unique roots, so that they can experience and participate in Life even as they pass away.*

—Ryutaro Takahashi, 2010

### To Have Roots

As the certainty of death approaches, it is natural for older people to think deeply about and sometimes even dwell on the meaning of life and death. Life and death are not two separate entities opposed to each other, but rather they are closely associated. The title of this chapter was consciously written as “the need for roots,” as discussed by Simone Weil (Weil, 2009). Roots are not only available to people with special experience or those who are in a particular situation; they are available to all people as they lead their normal lives, including the experience of death. The difference is that while people may consciously do something “to have roots,” the ordinary experiences of life and death are also dimensions of the feeling recognized as “having roots.” For elderly people who are exceeding the average life expectancy, the topic here might seem to be an unexpectedly simple and plain discussion. If possible, I hope this essay can capture the variety of experiences that emerge when death is becoming unavoidable.

### Insights Revealed While Growing Old

#### Function Declines

What does “getting old” or “aging” mean? I have come to think that it is a process whereby capacities that living organisms have in common appear gradually. As humans, we are members of the elite community of living creatures that inhabit the earth. Plants, animals, and we humans are all living creatures. Although newborn infants already have the basic abilities recognized as life, the “function” to be a human in society is not yet fully acquired,

and at first newborns appear to have an animal-like existence, without language facility. They will acquire knowledge, skills, and experience from their schooling, and from their employment. They will gradually come to wear the masks and develop the integument recognized as social humans, and it is expected that they will live for decades thereafter.

After entering old age, some will still work, enjoy taking part in society, or plow a field, and a number of them will be active up to 90 or even 100 years of age. However, at each point, they come to notice that the physical and mental functions that sustained their adolescence and midlife do not work in the same way as before. Although human traits such as intelligence or wisdom provide convenient and reliable function for a long time, eventually these traits become less useful in terms of the usual meaning of usefulness. Furthermore, some functions, including perception and motor functions that humans have in common with animals, and mental functions that capture the nature of objects and circumstances, and move the individual to action, become increasingly difficult to perform in old age. For instance, it gradually becomes more difficult to perform delicate operations with hands, and recognizing the nature of objects and ordinary daily situations becomes less clear.

### Common Attributes of Life That Are Shared with Plants

What will our lives be like if we exceed average life expectancy? Plantlike functions remain, and will become more prominent as we age. At earlier ages these functions may receive little attention, but as people grow older, a diminished ability to perform these functions may gradually become apparent to both the elders and those around them. Plantlike aspects of our body include those functions associated with life itself, such as respiratory and circulatory functions, nutrition intake, digestion, and excretion. These functions are controlled by the autonomic nervous system, sometimes referred to as the vegetative nervous system. The purpose of this vegetative nervous system is to control the daily activities that sustain life, including excretion after eating, breathing fresh air and circulating blood, and those basic activities essential to living organisms. In old age, as other functions decrease (i.e., some cells degenerate and become extinct), these vegetative functions gradually come to predominate.

An ultimate factor in growing older is the gradual predominance, phase inversion, and manifestation of plantlike functions; the most important thing becomes how well the plantlike function works, or how well the person can live comfortably from the viewpoint of those who assist him or her. Consider a recent television documentary (Nippon Hoso Kyokai, 2006) about the four seasons of giant trees, including some more than 100-year-old beech and *Quercus crispula* that grow deep in the Waga Mountains, located in the secluded district between Akita Prefecture and Iwate Prefecture in the interior forest of Japan. The documentary was filmed by a fixed-point camera. In order to live, these giant trees, each having 200,000 leaves, shed all of their leaves in autumn, so that they can survive through the winter; it is necessary that they "cut off" those leaves that functioned to support their lives. If that is not done before the onset of snowing, branches may be bro-

ken by the weight of accumulated snow. The giant trees also protect themselves by making scab-like knots to prevent bacteria from entering from wounded sites on the branches. Like these giant trees, we humans may also be maintaining the condition of old age and surviving by "defoliating" many of the "functions" that were useful in youthful days.

### Comfort or Discomfort Beyond Willingness and Intention

Elders often cannot convey their experience in words. The words may not come out due to dementia, or the person may simply be unable to describe his own declining physical condition coherently. If an elderly person wants to express something (and if a welcoming atmosphere can be created), or if the person can be helped to feel comfortable with us, it is possible that signs of what he really wants to convey will become apparent, giving the observer a chance to understand what the person is trying to express.

A traditional saying among elders in Japan is, "Meals taste great and bowel movement is great, so I am in a good condition." Comfort or discomfort is not what the heart feels or the head thinks; rather, it is a plantlike reaction. It might be said that the aging of humans is such that the vegetative aspects remain after the outer skin fails. This way of thinking was inspired by what was described about humans' vegetative side in the classic *De Anima* by Aristotle, and in *Human Body*, by Shigeoo Miki (1997).

The relation between aging and plantlike function hits on what I have been thinking may be the cause of sudden death while bathing that often occurs in elderly people in Japan (Takahashi, Asakawa, & Hamamatsu, 2007). In consideration of why those sudden deaths during bathing occur more often in elderly women, who are less likely to be carelessly bathing, or in elderly who are independent, I reached the conclusion that one of the causes may be related to the fact that the autonomic nervous system, or vegetative nervous system, may become unbalanced by aging and may be easily overtaxed due to weakness (Takahashi, 2005). There is a risk that the gap between activation during the bath procedure and its return to normal after the bath may cause a significant fluctuation in terms of the vegetative functions of daily living. Subsequently, I have thought of other examples in addition to bathing, including mealtime and the physiological event of excretion. Within this context, it seems appropriate to think of the experience of old age as an existence, such as a tree, that has both life and death existing together.

## Gerontological Aspects of Medical Care in Japan

### Unfamiliarity with Gerontology in Japan

While there are many programs of study in gerontology in universities in Europe and the United States, no faculty or department in universities in Japan offers educational programs in gerontology, except for a few universities that include sessions majoring in gerontology. On the other hand, medical care for the elderly or geriatric gerontology is



recognized as an area in medical science, and some of the faculty of medicine in Japan's universities would like to see geriatric/gerontology and medical care for the elderly become a specialty. However, very few of those universities seem to have been successful in integrating gerontological concepts systematically into the course of training for medical students. In fact, in spite of a rapidly aging society, the number of universities that offer sessions in gerontology is gradually decreasing. Even in European countries, while some schools are increasing the number of gerontology sessions, other schools are rapidly decreasing sessions specific to aging clients (Michel, Huber, & Cruz-Jentoft, 2008). We healthcare professionals who have been engaging in gerontology have a responsibility to correct this situation. Although there are great numbers of physicians and other healthcare professionals who work in geriatric settings or see primarily elderly patients, I doubt that we fully understand how important the gerontological aspect is in providing care for the elderly.

### The Basis of Medical Care for the Elderly

One might question how gerontology can emphasize the aspects of human living in a society that is aging. For example, my nursing colleague and I have previously reported about the feelings in regard to the social life of elderly who are living in a nursing home, or how they felt when they experienced urinary incontinence for the first time (Takahashi & Liehr, 2004, 2007). Care is about focusing on elderly people as humans living in a society that values their personal history. Perhaps this point should be the main theme in sociology and anthropology among academic fields. How can this point be actualized in clinical practice? The answer can be seen in what Marjory Warren (Matthews, 1984), a pioneering British doctor, was able to achieve.

The stage was Britain in 1935. In those days, medical care for the elderly was in a similar situation to the previous nursing homes in Japan, which tended to be facilities for the poor, just putting the patients down on the beds and leaving them there for years, until their death. Little aggressive medical intervention was performed; meals and showers or baths were provided, and the patients lingered, some for years, receiving basic care from care workers or nurses. Dr. Warren came to see that it was impossible to maintain the vitality or motivation for life among the elders when they only received monotonous, everyday care. As she visited the patients in the wards every day, she observed them according to the two standards she considered most important. One standard was whether the patients had the ability to be able to control their excretions by themselves, and the other was whether they maintained perception or awareness of their surroundings. From those results, she classified patients into the following categories: (1) those who needed to strengthen their rehabilitation, with a goal of returning to their homes if their condition became better; (2) those who should be helped to find another place to live for a short time, if staying home was not currently possible but might be possible at a later time, and (3) those who would need care for a long time (Matthews, 1984).

## Experience in Japan

This way of classifying elderly patients has received widespread adaptation since that time; for instance, examples are seen in Japan in the development of care plans based on the assessment performed when nursing care insurance (long-term care insurance) is available to provide care services for elderly individuals. But 70 years ago this idea of classification was unique, though it was later adapted by others, as seen in the widely accepted method for classifying plants by counting the number of stamen and pistils, which was developed by Swedish naturalist Carl von Linne (Nishimura, 1997). Likewise, the body of science has come to respect classification for its power to explain other concepts (such as aspects of the human condition of becoming old) with a simple principle. Finding a viewpoint from which to understand and classify the "human characteristics" of elderly people with disease and expressing them in a common language that will provide a basis for change is certainly not an easy task. But it is a task we must continue to undertake to improve life for the at-risk elders who reside in our world.

Compared to my previous experience, I realize that understanding this concept is very difficult. In 1994, comprehensive assessment wards that followed the idea of Dr. Warren (it can be thought so now) were established in the Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital (Itabashi ward, Tokyo). Becoming the person in charge there, I began the discussion, "What can we do to improve the ward?" with the other doctors, nurses, and social workers. We engaged in this discussion over and over, but at the time even I could not understand enough; therefore nobody was able to answer this question (Ozawa, Eto, & Takahashi, 1999). Then nursing care insurance began a decade after that. As described earlier, you might say that now everyone in health care knows about the procedure that determines the care plan after the detailed assessment. However, is it true? It remains doubtful whether consensus can be reached that gerontological aspects are of high importance in medical care for the elderly.

## Death Certificate of a Man: A Personal Encounter

This story is about an 82-year-old man who happened to visit our outpatient clinic recently, hoping to participate in a rehabilitation program. At the moment he entered my office, I thought I had seen him before. His name was Mr. S, and he noticed me, saying, "Hello doctor, long time no see." He was the vice president of a diabetes patients association which I had been engaged in more than 10 years ago. He is a patient with diabetes, 50 years since onset, and came here to participate in a rehabilitation program, this time due to a weakening of his legs and back since being hospitalized for heart failure a short time ago. He asked to be in the rehabilitation program, and I said, "Let's do it." At the last moment, Mr. S asked me, "By the way, what would you say if I asked you to write down a death certificate that said 'died at home'?" I answered, "Well, I have had a few patients ask for that before, so I will do that for you. Feel free to ask me if you do not have another doctor to ask." Then he murmured, "It is hard to ask Dr. X, who is currently my physician in charge, because he always escapes from my request."

In case of death at home, a different type of procedure documentation is needed from the hospital. One of the requirements is a death certificate, and Mr. S knows it will be troublesome if no doctor can be found who is available or willing to write one. I wondered why he asked me, in spite of the fact that we met for the first time more than 10 years ago. I didn't think he let his guard down because of feelings of nostalgia. He lives with his family at home and in a community, and he has a lot of problems; nevertheless his request cannot be ignored. Among other problems, his heart failure and renal failure are advanced, and if dialysis is started, then the patient eventually dies. I imagine he doesn't want to explain such a complicated private circumstance, when it isn't yet an urgent or imminent matter. He probably trusted me from our previous relationship, and felt comfortable asking the question. However, I feel there may be different reasons for why he had this conversation with me.

Although the conversation sounded "heavy," since the contents are about life and death, Mr. S neither talked about a "heavy" topic as if it was a "light" thing, nor did he consider it as a "light" matter. Therefore, I guess he spoke to me with the understanding that I would neither take it "heavy" nor "light" when I listened to his story. Whether it is heavy or light, since life and death are very close to us, such stories may emerge within our daily lives.

### A Trifling Matter and an Important Matter

As a physician, I hear a lot of stories, and many are sensitive in nature. For instance, in speaking with a patient who I have seen for a few years, I learned what kind of inheritance he has and how much it is worth; I heard a tale about a daughter-in-law who does something in secret; and I was touched to learn that a man wanted to start rehabilitation soon, because he was going to help radio gymnastic exercises for the "Kids Circle" during the summer vacation. Certainly, doctors working in hospitals or as local general practitioners (as well as other healthcare providers) must have similar experiences. If there are any differences, their stories range from trifling matters such as table talk to important matters such as death certificates, happening at the same places, and based in their daily lives. Almost all of the stories concerning living in a society are trifling, and most are generally perceived as unimportant to others. It might be difficult to answer when a patient asks permission to buy a manju (Japanese-style bun usually filled with sweet paste) at a mall on the way home from the hospital. However, I don't think of these comments as either heavy or light. Even though it is important to respond when health problems occur, such as when an individual has a pain or feels ill, our patients understand that we are there for more than just pains and illnesses. We are there to hear their other light or heavy thoughts, as well.

I would say that the importance of the gerontological aspects of caregiving means accepting the person's "historical problems" that are scattered in his life and measured not by the general standards of the world, but by the person's own standards, then pointing out directly to the person what a doctor can offer in between the general category and the individual category (realizing that it may be limited). When setting the care plan after

assessment, there is a point that should be a clear priority, which is often referred to as the "nitty gritty." Once that is understood, it is almost always possible to discuss other issues, even when those issues concern life and death, and to understand each other as two human beings who are connected, and who care about each other's well-being.

## The Truth Is Not One

### One Half of Each of Me

By the way, Mr. S, as described before, continuously spoke as follows: "Improvement of current dialysis and hemodialysis is very fast. I anticipate that the time when I will need dialysis will be 3 years from now, and it would be much more comfortable to receive then, since the dialysis technique will be more advanced in 3 years." Immediately after a serious conversation during which he's been looking for a doctor who can sign his death certificate because he wants to die at home, he anticipates the improvement of dialysis technique over the next 3 years, then at his present age of 82 years, thinks about the chronic renal failure that will likely lead to his death. I thought, at that moment, that this is the point. Although we tend to presume that we know what a person must be thinking, the thoughts of elderly people are always swaying (as are our own), and their range of fluctuation may be wide. But it is important to remember that all of their accounts reveal an aspect of the truth.

We have a somewhat puzzling word, ambiguity, which speaks to this issue of fluctuation. What we do or judge to be is full of ambiguity. It may sway from one extreme to the other. Concerning death, it can happen to anyone. It is important to accept ambiguity as a fact that is continually swaying from "possible" to "likely." Daijiro Hashimoto, former governor of Kochi Prefecture, wrote of *Asahi Shinbun*, "When I felt that the roadwork widening the construction at Shimanto river can be a destruction of nature, rather than needed for the convenience of the roads, I realized that nature oriented is a view of people in urban areas; on the other hand, when I heard a visitor who said Kochi is wonderful, my local way of thinking came to my mind, tempting me to ask the visitor, 'If you love nature, why don't you live here?' I am frequently aware of myself as one half of each of me." (Hashimoto, 1993, p.15)

### Opportunism Regarding Death

We have a problem concerning the recruitment of doctors for remote areas, including Iwate Prefecture, where I have worked before. This problem is currently spreading among the local governments. A mayor has said to me, "Any doctors will be okay, anyway." We might say it is really an honest opinion, but it would be impossible to attract a doctor to our area with such a comment. Nevertheless, it is also difficult to hide the real opinion without saying it. The medical specialist system has been widely adopted within the doctor's world. It means that people need both local medical facilities that are available on holidays, and high-level medical organizations for more serious medical problems. Much