

福祉ホーム入居高齢者の日常生活機能, うつと QOL

—— ミャンマーの宗教系ホームと日本の養護老人ホームにおける比較検討 ——

松林公蔵,¹⁾ 赤松功博,²⁾ 和田泰三,¹⁾ 石根昌幸¹⁾

坂上悌二,³⁾ 奥宮清人,⁴⁾ 竹田晋也,⁵⁾ 安藤和雄¹⁾

U Soe Mynt,⁶⁾ Saw Khin Gyi,⁶⁾ Daw Ni Ni Khin,⁷⁾ Sr. Mary Andrew⁸⁾

QOL of Elderly Residents in Nursing Homes for the Aged Poor in Myanmar and Japan: Importance of the Spiritual Dimension of QOL

MATSUBAYASHI Kozo,¹⁾ AKAMATSU Kunihiro,²⁾ WADA Taizo,¹⁾ ISHINE Masayuki¹⁾

SAKAGAMI Teiji,³⁾ OKUMIYA Kiyohito,⁴⁾ TAKEDA Shinya,⁵⁾ ANDO Kazuo¹⁾

U Soe Mynt,⁶⁾ Saw Khin Gyi,⁶⁾ Daw Ni Ni Khin,⁷⁾ Sr. Mary Andrew⁸⁾

Geriatric medicine has addressed not only the diseases but also the activities of daily living (ADL) and quality of life (QOL) of elderly people. Recent research into the QOL of the elderly has focused on the “spiritual” dimension in addition to the physical, mental, economic, and social aspects of QOL. We have been deeply impressed with the importance of the spiritual dimension in a recent international comparative study of QOL among elderly residents of nursing homes for the aged poor in Myanmar (Burma) and Japan. The study population consisted of 140 residents in a Buddhist nursing home (Buddhist Home) for the aged poor (M:F=58:82, mean age: 80.5 years) and 160 residents in a Catholic nursing home (Catholic Home) for the aged poor (M:F=63:97, mean age: 80.6 years) in Yangon (at the time the capital of Myanmar), compared with 283 residents in a nursing home for the aged poor in Osaka in Japan (M:F=152:131, mean age: 77.8 years).

We interviewed and examined each elderly resident for depression and Quality of Life (QOL) as well as ADLs. The Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15) was used for the depression screening. Five quantitative QOL indicators were assessed using a 100 mm visual analogue scale: subjective sense of health, relationship with family, relationship with friends, financial satisfaction, and subjective happiness.

We compared the GDS-15 scores, prevalence of depression using a cutoff-point 5/6 or

1) 京都大学東南アジア研究所; Center for Southeast Asian Studies, Kyoto University

2) 古座川病院内科; Department of Internal Medicine, Kozagawa Hospital, Wakayama

3) 大津赤十字病院精神科; Department of Psychiatry, Otsu Red-Cross Hospital, Otsu

4) 総合地球環境学研究所; Research Institute for Humanity and Nature, Kyoto

5) 京都大学アジア・アフリカ地域研究研究科; Graduate School of Asian and African Area Studies, Kyoto University

6) SEAMEO-CHAT, Yangon, Myanmar

7) NHINZIGON for the Aged, Yangon, Myanmar

8) Little Sisters Home for the Aged Poor, Yangon, Myanmar

Corresponding author's e-mail: kmatsu@cseas.kyoto-u.ac.jp

9/10, and quantitative QOL scores (0–100) of the residents in the three homes. The GDS-15 scores and prevalence of depression were highest among residents in the nursing home in Japan and lowest among residents in the Buddhist Home. Each QOL score, with the exception of financial satisfaction, was highest among residents in the Buddhist Home, followed by those in the Catholic Home in Myanmar; they were lowest among residents in the home in Japan.

Myanmar is one of the economically poorest countries in Southeast Asia, but is known to have many pious people, most of whom believe in Buddhism and some of whom believe in Christianity or Islam. In contrast, Japan is one of the economically richest countries in the world, but few Japanese believe deeply in any particular religion. Spiritual practices, such as meditation among Buddhists and prayer among Catholics in Myanmar, and religious solidarity between residents and care-givers might contribute to improving QOL of elderly poor residents, compared with less religious poor elderly residents in Japan.

Keywords: activities of daily living (ADL), quality of life (QOL), aged poor, depression, welfare home

キーワード：ADL, QOL, 貧しく身寄りのない老人, うつ, 養護老人ホーム

はじめに——疾病と老化

「病気」をあらわす英語には、語感を異にする三つの概念がある。Disease, Illness, Sickness である。

Disease (疾病) という語は、人間になんらかの症状をきたす原因が何で、どのようなメカニズムによって、その異状がもたらされたのか、どう対処すれば科学的に適切か、といった近代科学にもとづいた原因志向的概念ともいえる。インフルエンザなどのウイルス感染症だけでなく、血管障害、がん、代謝異常といった疾病に関する医学的分類は、すべて、「病気はどのような原因とどのようなメカニズムでおこってくるか」といった近代医学的発想である Disease の概念から生まれたものである。

一方、Illness (やまい) という語は、疾病の結果として患者が体験する苦痛、自覚症状、不安など、患者の主観的体験のありようを重視する概念である。患者が癒しを求めるのは、Disease ではなく、むしろ Illness である場合が多い。

Disease を解きあかそうとする近代医学の論理は、客観性、再現性、普遍性といった、いわゆる科学的根拠に基づいた優れた利点はある。しかし、個人のそれぞれに異なる価値観に応じた要請には十分に答えられないという冷徹な欠点をもまた併せもっている。それに対して、いわゆる東洋医学あるいは代替医療は、経験則にもとづくものであるゆえに科学的ではない反面、個人の体型や反応、情感を非常に重んじるという暖かさをもっている。

感冒とは、西洋医学的にはウイルス感染である場合が多いが、同じ風邪といっても、個人によって症状が異なれば、診断や治療も異なる。個人の症状の違いにより薬剤や治療法を工夫して調合する伝統医学もしくは代替医療は、個人の特性と価値観を重視するという点で、Disease

よりも Illness を問題にしている。

第3の病気の概念は、Sickness（病的状態）という語であらわされる。Sickness という語感
は、Illness や Disease が「正常ならざるもの」「善からぬ状態」「異状」として社会化された概
念である。近代医学の発展は、患者の苦痛をとまなわず社会も病気とはとらえていなかった状
態から、さまざまな「病的状態」を発見し、社会化してきた。高血圧、高コレステロール血症
など、将来の心血管事故の発生を統計確率的にたかめるリスク因子は、Disease ではあるかも
しれないが医師から知らされない限り Illness ではなかった。しかし、医師からその存在を指摘
されて以降は、Disease, Sickness と自覚するようになる。医療者はともすればこの Disease,
Illness, Sickness を一元的に解釈しがちで、科学的前提で疾病の原因説明とその治療に重きを
おく傾向があるが、本当に患者が求めているのは Illness の緩解であり、Sickness からの復権
であろう。

以上の疾病の三つの概念に加えて近年登場してきた第4番目の問題が「老化」である。

「朝は4本足、昼は2本足、夕方には3本足で歩く動物は何か？」

この設問は、スフィンクスのなぞとして、よく知られている。

ギリシャ神話にあらわれる、上半身は人間の女性、下半身と尾は獅子、背中には翼をつけた
怪物スフィンクスが、テバイの城門の岩の上に座りこみ、道行く人にこのなぞをかけ、答えら
れなければ食い殺してしまったという。

「人は、幼時四肢ではい、成長するに従い2本足で立ち、晩年になるとつえをついて3本足と
なる。すなわち、この問いの正解は、人間の生涯を暗示したものである」。このようにエディプ
ス王がなぞを解くと、負けを認めた怪物スフィンクスは、岩から身を投じて自殺した、とギリ
シャ神話は伝えている。

二千数百年前のギリシャの時代、人間の生涯はつえをついた夕方が終わっている。

しかし現代では、人間の生涯は夕方では終わらない。そのあとに、寝たきりや痴呆という長
い長い「夜の時代」があり、この「夜の時代」にどのように対応すべきか、これこそが老年医
学の最大の課題である。

多くの老人が訴える慢性的な身体症状は、従来、それは宿命的な老化のためであると考えら
れ、ながらく医学の主要な対象とはみなされてこなかった。しかし、高齢患者の増加と医学の
進展によって、医学は高齢者の慢性疾患というあらたな課題に直面するようになった。高齢者
がしばしば訴える慢性的症状は、はたして宿命的な「老化現象」なのか、あるいは治療可能な
「疾病」であるのか、という困難な問題である。

臨床家による長い苦闘と試行錯誤のすえ、高齢者の医学的問題は、従来の医学的視点からで
は必ずしも捉えきることができないことが認識されるようになってきた。ここに、「老年医学」
が誕生する消息がある。

「臨床医学」とはその名のとおり、ベッドサイドで、病める患者の疾病を診断し、その治療を行うことを本来の使命としてきた。

近代医学の発展とともに、疾患は臓器別、システム別に細分化され、さらに各臓器別の分野でも、臓器から細胞へ、細胞から遺伝子へとレベルのうえからもマイクロ化して、現在めざましい発展を遂げている。

生命現象のありさまを追求する生命科学の最先端においても、そこで操作される生命は、試験管のなかでの生命である。

これらの先端医療は、これまで急性期疾患患者の救命や治療に多大な貢献をなしてきた。急性期疾患の救命率は飛躍的に増大し、その結果として、日本はかつて人類史上類をみない速度で平均寿命を延ばし、今日では世界一の長寿国となった。

しかし、著しい寿命の延長と超高齢化は必然的に、虚弱高齢者や要介護者をもたらした。慢性疾患をもった高齢患者は、痛み、発熱、呼吸困難などの急性疾患がひきおこす症状よりもむしろ、歩けない、ひとりで入浴できない、転びやすい、物忘れがひどい、したがって生きがいを感ぜないなど、日常生活の不便さとそれに由来する心理的負荷という課題をかかえて家庭や地域で暮らしている。これらの多臓器に慢性疾患をかかえながら地域で生活している高齢者に対する対応のありかたが医学に問われている。

スフィンクスのなぞと異なり、現代では、人間の生涯は夕方では終わらない。そのあとに、長い長い夜の時代がある。寝たきりや痴呆、脳卒中後遺症、骨・関節疾患などの慢性疾患は、加齢とともに増加し、根治させることは困難なことが少なくない。

慢性疾患が急性疾患と異なる点は、主要な次元が生死よりもむしろ、患者自身の苦痛、能力の障害、社会的ハンディキャップというように、簡単に測定することが困難で、しかも患者自身にしかわからない問題を抱えていることである。

医療技術が高度に発達した現在においても、患者の苦痛、能力の障害、ハンディキャップを正確に測定する医学検査は乏しい。高齢社会を迎えた現在、高齢者において重要なのは、この「能力障害」を評価し、障害を可能な限り改善あるいは予防することであろう。

すなわち、老年医学は、医学的問題を細分化した臓器の病変に還元することなく、老人という一個の個体のありかたとして再認識する必要にせまられたのである。

ミャンマーにおける高齢者医学調査

私たちは、2002 年からミャンマーの地域在住高齢者に関する医学調査を継続している。本邦の地域在住高齢者の健康度との比較のもとに、ヤンゴンから南に 100 キロメートルのマウビンで、地域在住高齢者に関する医学的悉皆調査を行っている [1]。ミャンマーは、国の政治体制、

社会経済的状況は日本とは著しく対照的な位置にある。しかし、ミャンマーにも、身寄りが少なく相対的に貧しい高齢者が入居できる老人ホームが制度化されている。2003年に私たちは、ヤンゴン市内の、それぞれ仏教系老人ホームとカトリック系老人ホーム入居高齢者の健康実態を調査する機会に恵まれた。身寄りが少なく貧しい高齢者をケアする施設としては、日本では、養護老人ホームというものがある。入居条件は、入居時に歩行、更衣、摂食、トイレ、入浴などの身の回りの生活機能が自立しており、しかも市町村が相対的に貧しいと認定した高齢者が入居する施設である。ヤンゴンの二つの宗教系老人ホームも、同様に貧しく身寄りのない高齢者のみが入居でき、日本と同様、入所条件は、基本的な日常生活機能が自立していて、身寄りが少なく貧しい高齢者で伝染性疾患をもたない高齢者とされている。

私たちは、敬虔な仏教国であるミャンマーの首都ヤンゴンにある仏教系とカトリック系の身寄りのない貧しい高齢者が入所している老人ホームでインタビューと診察を行い、入居者の健康実態とともに、うつ病の頻度と生きがい感を評価し、同一の方法で評価した大阪の養護老人ホーム入居中の日本人高齢者と比較検討した。

対象と方法

対象は、ヤンゴン市内にある仏教系老人ホーム（NHINZIGON, 写真1）に居住する高齢者140名（男：女＝58：82，平均年齢：81歳），同ヤンゴンのカトリック系老人ホーム（Little Sisters Home for the Aged Poor, 写真2）に居住する高齢者160名（男：女＝63：97，平均年齢：81歳）である。対照としては、大阪にある養護老人ホーム日本人居住者283名（男：女＝152：131，平均年齢：78歳）を，比較検討した。

方法としては、ミャンマーでは日本人医師がヤンゴン大学医学部の医学生を通訳としてイン



写真1 ミャンマーの身寄りのない貧しい高齢者が入居する仏教系老人ホームにおける健診風景



写真2 身寄りのない貧しい高齢者が入居するカトリック系ホームの団らんの風景

タビューを行いながら、評価と診察を行った。大阪の養護老人ホームでは、やはり医師である赤松が、ミャンマーと同一の指標を用いて問診と診察を行った。内容は、高齢者のための総合的機能評価を用いた。高齢者のための総合的機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment: CGA）とは、高齢者を疾病診断（Disease）だけでなく、生活機能障害（Disability）の立場からもとらえ、それも身体的機能のみならず精神・心理的、社会・環境的側面も重視した包括的な評価をなすものである。

評価結果が地域間比較にもたえるために、地域特異性を調査するためのオプションな項目を除いた共通評価項目はほぼ同一としている。すなわち、インタビュー項目として、(1) 基本的 ADL（歩行、階段昇降、摂食、入浴、排泄、更衣、整容の 7 項目を完全自立：3 点から全介助：0 点までの 4 段階評価を行い、21 点満点でスコア化した）[2]、老研式活動能力指標[3]を用いた(2) IADL 5 項目、(3) 知的 ADL 4 項目、(4) 社会的役割 4 項目、(5) Geriatric Depression Scale-15 [4] によるうつスクリーニング、(6) ライフスタイル（運動習慣、飲酒、喫煙など）、(7) 社会的背景（婚姻状況、居住形態、社会参加など）、(8) 経済状況、(9) Visual Analogue Scale を用いた 5 項目の QOL（主観的健康度、家族関係の満足度、友人関係の満足度、経済満足度、主観的幸福度）[5] などである。医学的諸検査としては、身長、体重と座位で 2 回測定した血圧値、定量的神経行動機能検査（Up & Go, Functional Reach, ボタンテストなど）、血液検査（血清総蛋白、血清アルブミン、総コレステロール、HDL-コレステロール、クレアチニン、BUN, GOT, GPT、血糖値）などである。上記の評価結果をもとに老年科医が最終的に診察し、総合的な評価結果は、最後に受診者に説明し、定期的な治療が必要な高齢者に対しては、近郊の医療機関に紹介状を発行した。

医学的データに関して、連続変数値の三者間比較には分散分析（Analysis of Variance, ANOVA）を、カテゴリー変数の比較には χ^2 乗検定を用い、有意水準として $P < 0.05$ を採用した。

結 果

表 1 に、様々なランクの日常生活機能（ADL）の自立度、うつスコアとうつの頻度、主観的 QOL の数値を、大阪養護老人ホーム、ミャンマーのカトリック系ホーム、仏教系ホームで比較した数値を示した。以降、具体的に概説する。

1. 基本的 ADL

平均年齢は、大阪養護老人ホーム入居者が、ミャンマーの 2 施設よりも有意に若いにもかかわらず、基本的 ADL の平均値は、ミャンマーの仏教系老人ホームが最も高く、ついで大阪養護

表1 大阪養護老人ホームとミャンマーのカトリック系ならびに仏教系老人ホーム居住高齢者の ADL, うつスコア, QOL の比較

	大阪養護老人ホーム (N= 283)	カトリック系ホーム (N= 160)	仏教系ホーム (N= 140)	ANOVA
年齢	77.8 ± 7.3	80.6 ± 7.5 [†]	80.5 ± 5.5 *	< 0.0001
男 / 女	152/ 131	63/ 97	58/ 82	0.0049
ADL				
基本的 ADL スコア (21)	19.3 ± 2.9	17.4 ± 3.0 [†]	20.4 ± 1.1 *	< 0.0001
基本的 ADL 完全自立者 (%)	60	36	62	< 0.0001
情報関連機能 (15)	12.7 ± 2.6	11.5 ± 2.8 [†]	13.3 ± 1.9 *	< 0.0001
情報関連機能完全自立者 (%)	36	16	38	< 0.0001
手段的 ADL スコア (5)	3.1 ± 1.8	1.9 ± 2.0 [†]	3.7 ± 1.6 *	< 0.0001
手段的 ADL 完全自立者 (%)	34	18	50	< 0.0001
知的 ADL スコア (4)	2.1 ± 1.4	1.7 ± 1.6 [†]	2.9 ± 1.3 *	< 0.0001
知的 ADL 完全自立者 (%)	21	20	48	< 0.0001
社会的 ADL スコア (4)	1.4 ± 1.2	2.0 ± 1.4 [†]	3.2 ± 1.0 c*	< 0.0001
社会的 ADL 完全自立者 (%)	6	25	59	< 0.0001
総合的高次 ADL スコア (13)	6.6 ± 3.7	5.6 ± 4.4 [†]	9.9 ± 3.3 *	< 0.0001
総合的高次 ADL 完全自立者 (%)	2	10	26	< 0.0001
うつスコア (GDS) (0-15)	6.1 ± 3.7	3.8 ± 2.6 [†]	2.6 ± 1.8 *	< 0.0001
抑うつ者 (%) (GDS ≥ 6)	53	21	6	< 0.0001
抑うつ者 (%) (GDS ≥ 10)	21	4	1	< 0.0001
QOL				
主観的健康度	59.0 ± 21.0	65.5 ± 23.5 [†]	70.2 ± 22.0 *	< 0.0001
家族関係	54.7 ± 34.8	62.0 ± 31.2 [†]	68.5 ± 31.2 *	0.0023
友人関係	60.6 ± 28.2	71.0 ± 25.2 [†]	72.9 ± 26.1 *	< 0.0001
経済満足度	56.9 ± 30.8	52.2 ± 29.0 [†]	67.3 ± 29.6 *	< 0.0001
主観的幸福度	63.9 ± 23.9	75.7 ± 23.2 [†]	81.5 ± 22.8 *	< 0.0001

*: 大阪養護老人ホーム VS ミャンマーの仏教系ホーム

†: 大阪養護老人ホーム VS ミャンマーのカトリック系ホーム

老人ホーム, ミャンマーのカトリック系老人ホームの順であった (図1)。その他, 視聴覚や記憶等の情報関連機能, 手段的活動能力についても, 同様の結果であった。とくに, 施設内の社会活動スコアは, 大阪養護老人ホームが最も低く (図2), 大阪の養護老人ホームの入居高齢者の施設スタッフへの依存性と同じこもり傾向の実態が明らかに認められた。

2. うつスコアならびにうつ傾向の比較

うつスコアは, 表2に示したような, Geriatric Depression Scale (GDS) で評価した。GDSは, 心理的かつ社会行動的な15項目の質問項目から構成されており, Positiveな質問項目にYesと答えた対象者には0点を配し, Noと答えた場合は1点を配する。Negativeな質問項目に関する配点では, Yes/Noを逆に配点するものである。GDS得点は, 0点から15点にまで配点され, 0~5点: うつなし, 6~10点: うつ傾向, 11~15点: うつの疑いとして評価する

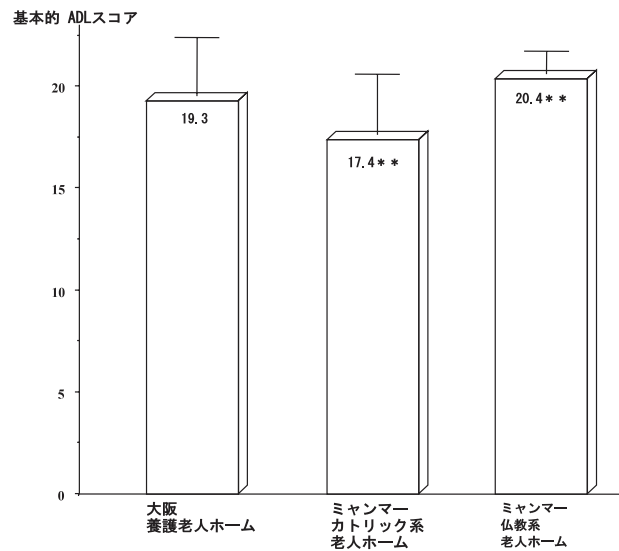


図1 基本的 ADL の 3 施設入居高齢者における比較
注：**：P< 0.01 で有意差あり

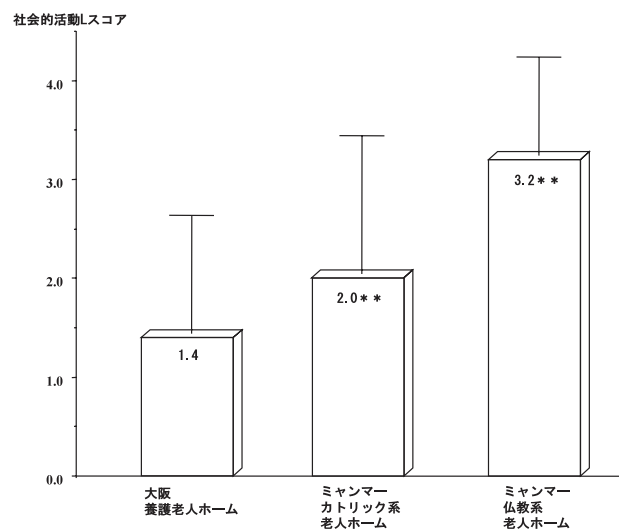


図2 社会的活動スコアの 3 施設入居高齢者における比較
注：**：P< 0.01 で有意差あり

ことによって、うつのスクリーニングとして信頼性、妥当性が検討された指標として広く用いられている。GDS の質問項目は、欧米で開発されたものであるもので、アジアの高齢者に適用可能か否かの問題は残るものの、日本、韓国、中国などでは、その翻訳版が汎用されている。

表2 15-item Geriatric Depression Scale

Choose the best answer for how you felt over the past week	
1. Are you basically satisfied with your life?	Yes/No
2. Have you dropped many of your activities and interests?	Yes/No
3. Do you feel that your life is empty?	Yes/No
4. Do you often get bored?	Yes/No
5. Are you in good spirits most of the time?	Yes/No
6. Are you afraid that something bad is going to happen to you?	Yes/No
7. Do you feel happy most of the time?	Yes/No
8. Do you often feel helpless?	Yes/No
9. Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new thing?	Yes/No
10. Do you feel you have more problems with memory than most?	Yes/No
11. Do you think it is wonderful to be alive?	Yes/No
12. Do you feel pretty worthless the way you are now?	Yes/No
13. Do you feel full of energy?	Yes/No
14. Do you feel that your situation is hopeless?	Yes/No
15. Do you think that most people are better off than you are?	Yes/No

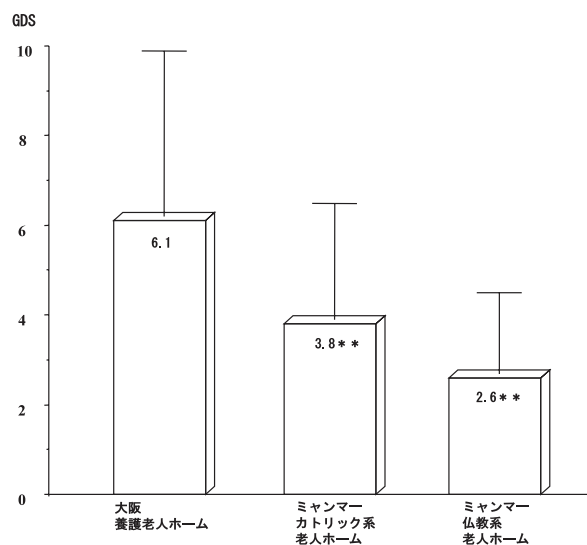


図3 うつスコア (GDS) の3施設入居高齢者における比較
注: **: $P < 0.01$ で有意差あり

うつの最終的な診断に関するゴールドスタンダードは、精神科医の面接によって、米国精神医学会が提唱した DSM III-R や DSM IV という国際基準に基づいて診断することになっている [6] [7]。図3に、大阪養護老人ホーム、ミャンマーのカトリック系ホーム、仏教系ホーム入居高齢者の GDS スコアの平均得点を比較した。GDS 得点は、大阪養護老人ホームで最も

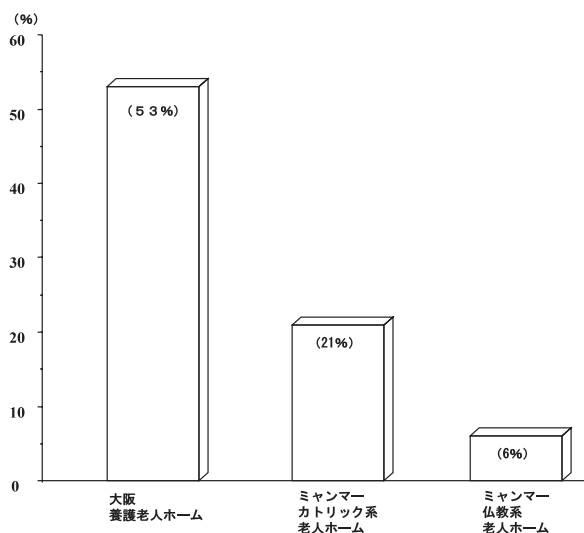


図4 3施設入居高齢者におけるうつ (GDS ≥ 6) の頻度

高く、ミャンマーの仏教系ホームが最も低かった。GDS 得点のカットオフ・ポイントを、5 / 6 点にとったうつの有病率は、大阪養護老人ホームで 53%，ミャンマーのカトリック系ホームで 21%，仏教系ホームでわずか 6% と、うつは、本邦養護老人ホームで著しく高く、ミャンマーのホームで低い事実が明らかとなった (図 4)。

3. Visual Analogue Scale による主観的 QOL の評価

私たちの高齢者調査では、疾病、日常生活機能、うつなどとともに、高齢者の生きがい感の評価も行ってきた。主観的な QOL を客観的な数量としてあらわすために、たとえば高齢者自身が自分の主観的な健康をどの程度と感じているかについて、100 mm の線分を用意し、左端を最悪の状態、右端は最良の状態としたとき、自分の感じる程度はどのあたりか、という点をチェックしてもらう。線分上のチェックされた点を左から物指しで測定し、生きがいスコアとした。この方法は、痛みの程度など、主観的な程度をできるだけ客観的な数値としてあらわすもので、線分評価法とよばれ、主観的な生きがい感は 100 点満点でだいたいどのくらいという数値が得られる。生きがい感の内容として、主観的健康度、家族関係の満足度、友人関係の満足度、経済満足度、主観的幸福度の 5 ポイントを評価した (図 5)。図 6 に、大阪の養護老人ホームと、ミャンマーのカトリック系老人ホームならびに仏教系老人ホーム入居者老人で、QOL の程度を比較したものである。経済満足度以外の QOL 指標は、ミャンマー仏教系が最も高く、大阪の養護老人ホームが最低であった。

- QOL items
- Subjective Health
 - Family-ship
 - Freindship
 - Financial Satisfaction
 - Subjective Well-being

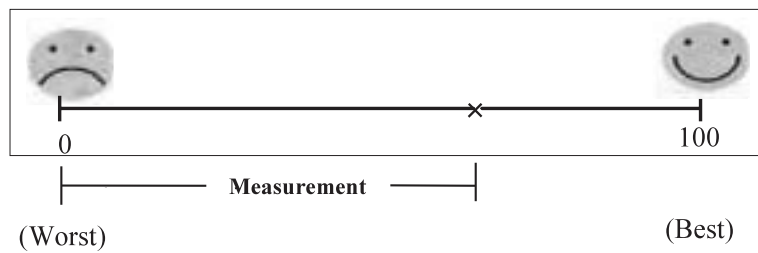


図5 Visual Analogue Scale による主観的 QOL の評価

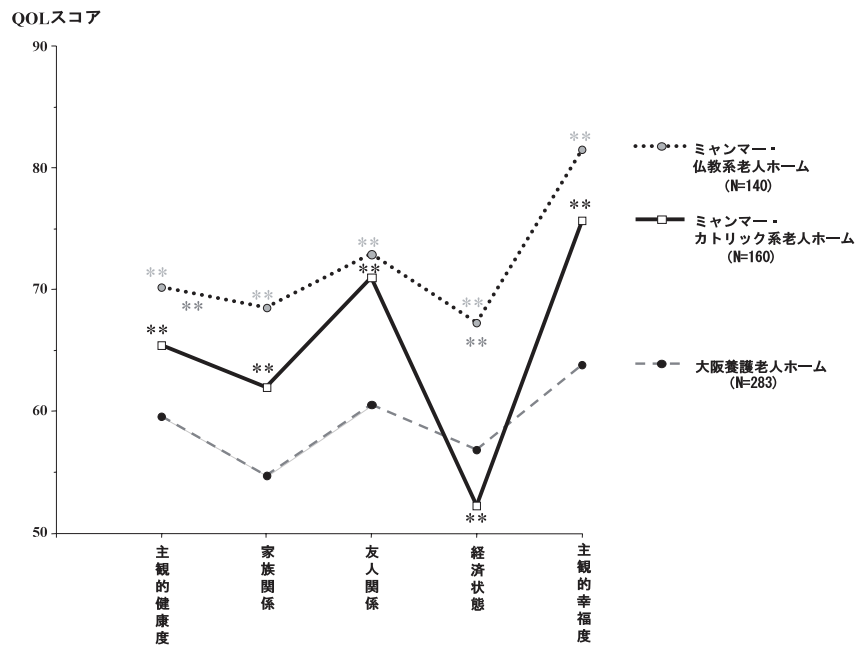


図6 ミャンマー国カトリック系老人ホームならびに仏教系老人ホームと大阪養護老人ホーム入所者の QOL 比較

注: **: $P < 0.01$ で有意差あり

4. 疾病，栄養状態，肥満度，認知行動機能

栄養状態，高血圧の管理状況，認知行動機能の評価では，大阪養護老人ホームがもっとも優れていた。ミャンマーのホームでは，高血圧はほとんど管理されておらず，栄養状態の低下，貧血の高齢者が，数多く認められた。

考 察

高齢者の総合的機能評価（CGA）は，方法の項で述べたように，日常生活機能の維持，機能劣化の予防に対して多種職の専門家からなるチーム医療，看護，介護を行うとする考え方である。具体的には，高齢者の健康状態を疾患以外にも，日常生活機能を含む身体的要因（Physical），精神・心理的要因（Mental），社会的要因（Social），経済的要因（Economical），ライフスタイル，主観的 QOL など，多面的な角度から包括的に捉えようとする手法である。

アメリカの老年学者ロー [8] は，「理想的な老化」を successful aging と呼び，通常の生物学的老化（usual aging）と対比させ，今後重要なのは，寿命の延長ではなく，健康期間の増大でなければならないと指摘している。そして，そのためには，加齢そのものによる変化とは別な，ライフスタイル，心理的，社会的背景が重要であるとし，successful aging の達成は，基本的に予防医学であると説いている。

しかしひるがえって考えれば，successful aging「理想的な老化」というものの具体的な内容は，いったいなんだろうか？ ローが提唱した successful aging「理想的な老化」の内容を検討した研究がある [9]。主として欧米での研究で，「理想的な老化」に関する具体的な項目が約 20 種類あげられている。私たちは，これら過去の研究で報告された 20 種類の項目を，地域に住む高齢者自身がどれほど重要と考えているかについて，白人のアメリカ人，日系アメリカ人，日本人で比較してみた [10]。その結果，白人アメリカ人高齢者，日系アメリカ人高齢者では，これら 20 項目のうち 13～14 項目について「最も重要」と答えているのに対して，日本人高齢者では 8 項目に過ぎなかった。すなわち，これら 20 種類の項目は，あくまで欧米人が「理想的」と考えている概念であって，日本人の価値観とは異なる可能性がある。欧米だけでなく，アジアのそして日本人高齢者が理想とする老化のありように関する研究が必要である。そして，その潜在的な実態は，医学者よりも宗教者のほうが的確に把握している可能性がある。宗教界からの発信が望まれる。

先進諸国であれ，発展途上国であれ，身寄りが少なく相対的に貧しい高齢者が入居できる老人ホームが制度化されている。

日本では，「養護老人ホーム」がそれに該当し，入居条件は，入居時に歩行，更衣，摂食，トイレ，入浴などの身の回りの生活機能が自立しており，しかも市町村が相対的に貧しいと認定

した高齢者が入居する施設である。

一方、アジアの最貧国とされるミャンマーでも、同様に貧しく身寄りのない高齢者が入居できる仏教系、あるいはカトリック系の施設が存在する。日本と同様、入所条件は、基本的な日常生活機能が自立していて、身寄りが少なく貧しい高齢者で伝染性疾患をもたない高齢者とされている。

本論文では、敬虔な仏教国であるミャンマーの当時の首都ヤンゴンにある仏教系とカトリック系の身寄りのない貧しい高齢者が入所している老人ホームでのインタビューと診察の結果を、大阪の養護老人ホーム入居中の日本人高齢者と比較検討した。

高齢者では、身体的な問題とともに、気持ちが落ち込む「うつ」がしばしば認められる。大阪の養護老人ホームでは、入居者の53%がうつを示すのに対して、ミャンマーのカトリック系老人ホームでは21%、仏教系の老人ホームでは6%であった。なぜ、アジアの中でも貧しいとされるミャンマーで、そのなかでも特に貧しく身寄りのない高齢者のほうが、豊かな日本で相対的に貧しい養護老人ホーム入居高齢者よりもうつが少ないのであろうか。

高齢者の生きがい感やうつを規定する要因として、身体的状態、心理的要素、経済状態、社会的要因にくわえて spiritual (霊的、宗教的、精神的) な要素が重要とされている。ミャンマーの老人ホームに入居している高齢者に、もっとも幸せな時間はどういう時かと聞いてみると、仏教系では瞑想の時間(写真3)、カトリック系では祈り、といった宗教的ふれあいをあげていた。特定の宗教をもたない日本人養護老人ホームに欠けているのは、この精神的な要因ではないかと考えられた。

かつての日本人は、特定の宗教ではないとしても、儒教精神や何らかの道徳概念、家概念、あるいは大和魂など、ある種、精神的な価値観をもっていた可能性が高いが、現在では明らかではない。今日でも、高齢者個々人のなかには、それぞれ精神的な価値観が存在している可能性が高いと思われるが、まだ明確な形としては発見できていないように印象される。

老年学の課題のひとつは、日本人高齢者の個々人のなかに潜在しているであろう多様な精神的な価値観をさがし出す手助けをすることでもあると思われる。



写真3 ミャンマー仏教系老人ホームでの瞑想の時間。手前、前方では僧侶の講話が行われている。

お わ り に

私たちが，アジアの多くのフィールドで感ずることは，人の老いには，たとえそれがいつの時代，どのような場所での老いかたであっても，そこには普遍的な人類悠久の時間の流れが刻まれており，生態系の多様性のなかで人々がその生に「意味」をもたせるために作りあげた文化という価値観が凝縮しているということである。そこに果たしている宗教の役割は限り無く大きい。人々はそれぞれに異なる固有の自然環境と歴史・文化背景に囲まれたある地域に，故あって生まれ成長し，老化して生を終える。個々人それぞれに異なる生老病死は多様である。しかし，人々は，決して不老不死を求めているのではない。人生における痛み，苦痛，不安の緩解を望み，年老いてからの生活機能障害を避けたいと願い，苦しいみじめな死を恐れているのである。アジアの熱帯では，慢性のマラリアに罹患した子供たちが楽しそうに遊びまわり，多くの人々は還暦をむかえる前に従容として家族に囲まれて死んでゆく。先進諸国では，高齢者が迎える尊厳ある死とは何か，Quality of Death（死にかたの質）が真剣に討議されている。生命の延長ではなく，生命の質を老年医学は重視する。そして有限である生命の質を最終的に決定するのは，人間の究極的価値観としての哲学あるいは宗教である可能性が高い。

謝 辞

ミャンマーの身寄りのない貧しい高齢者が居住する宗教系老人ホームの医学調査を通じて，高齢者医療，看護，介護における Spirituality の重要性を再確認した。本調査にご協力いただいた各位に深甚の謝意を申し上げる。とくに，下記，終始誠実な態度で入居高齢者に接し，膨大な項目に関するインタビューと診察の通訳を務めてくれたヤンゴン大学医学部の学生諸君に感謝する。

We cordially thank the eight students at the Institute of Medicine I in Yangon; Zaw Paing Soe, San Zar Aung, Lwin Lwin Nyo, Myat Su Aung, Myint Lwin, San San Nyein, Nyat Su Mon, Thaw Thaw Zin for their excellent cooperation.

文 献

- [1] Wada, T.; Wada, C.; Ishine, M.; Okumiya, K.; Kawakita, T.; Fushida, M.; Kita, T.; Mizuno, K.; and Matsubayashi, K. 2005. Comprehensive Geriatric Assessment for Community-Dwelling Elderly Asia Compared with Those in Japan: VI Maubin in Myanmar. *Geriatrics and Gerontology International* 5: 276-285.
- [2] Matsubayashi, K.; Okumiya, K.; Wada, T.; Osaki, Y.; Doi, Y.; and Ozawa, T. 1996. Secular Improvement in Self-care Independence of Old People Living in Community in Kahoku, Japan. *Lancet* 347: 60.
- [3] 古屋野亘；柴田 博；中里克治，他. 1987. 「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(3): 109-114.
- [4] Yesavage, JA.; Brink, TL.; Rose, TL.; Lum, O.; Huang, V.; Adey, M. *et al.* 1982. Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. *J Psychiatric Research* 17: 37-49.

- [5] Matsubayashi, K.; Okumiya, K.; Osaki, Y.; Fujisawa, M.; and Doi, Y. 1997. Quality of Life of Old People Living in the Community. *Lancet* 350: 1521–1522.
- [6] Xavie, FM.; Ferraza, MP.; Argimon, I.; Trentini, CM.; Poyares, D.; Bertollucci, PH. *et al.* 2002. The DSM-IV “Minor Depression” Disorder in the Oldest-old: Prevalence Rate, Sleep Patterns, Memory Function and Quality of Life in Elderly People of Italian Descent in Southern Brazil. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17: 107–116.
- [7] Cho, MJ.; Bae, JN.; Suh, GH.; Hahm, BJ.; Kim, JK.; Lee, DW. *et al.* 1999. Validation of Geriatric Depression Scale, Korean Version (GDS) in the Assessment of DSM-III-R Major Depression. *J Korean Neuropsychiatric Association* 38: 48–63.
- [8] Rowe, JW.; and Kahn, RL. 1987. Human Aging: Usual and Successful. *Science* 237: 143–149.
- [9] Phelan, EA. *et al.* 2004. Older Adults’ Views of “Successful Aging”: How Do They Compare with Researchers’ Definitions? *Journal of American Geriatric Society* 52: 211–216.
- [10] Matsubayashi, K.; Okumiya, K.; Wada, T.; and Ishine, M. 2006. Older Adult’s View of “Successful Aging”: Comparison between Japanese and American Elderly. *Journal of American Geriatric Society* 54: 184–186.