

6章 被爆者の高齢化と精神保健

太田 保之, 三根真理子

1986年の簡易生命表によれば、日本人の平均寿命は男性が75歳、女性が81歳であり、わが国も長寿国のひとつとなっている。日本における老齢人口の増加の勢いは欧米諸国に比べ極めて急速で、65歳以上老齢人口の占める割合は1960年にはわずか5.7%であったのが、1985年には10.3%になり、2000年には16.3%にも達すると推定されている。また、核家族化が進むにつれて独り暮らしの老齢者も増加していく傾向にあり、厚生省の試算によれば2000年には現在の1.5倍にあたる240万人が独り暮らしの老齢者になるとしている（厚生省、1989年）。

1節 高齢化する被爆者と健康問題

長崎市の65歳以上の老齢人口の占める割合をみると1983年は9.6%、1984年は9.9%であったのが、1985年には10.3%と10%の大台に乗り、1987年には11.2%、1989年は12.2%へと急速に増加している（長崎市、1983～1990年）。また、長崎市の原爆被爆者の中で65歳以上の老齢者が占める比率は、1983年は26.9%、1984年は27.7%、1985年は28.5%と確実に増加し、1987年には30.3%、1989年には33.0%にもなっている。そして、60歳以上の被爆老齢者の中の独り暮らしの割合は、1983年には13.9%であったのが、1987年には18.6%にも増加している（鳥山ら、1990年、1988年；長崎市、1983年）。このように、長崎市における原爆被爆者の高齢化と独り暮らし老齢者の比率の増加は、日本の高齢化社会の凝縮像とでもいえる状態である。

一方、1970年～1976年の被爆者の死亡率調査によると男女とも60歳以上の老齢者においては非被爆者に比べ被爆者の死亡率が統計学的に有意に低くなっている。そして、疾患別にみると脳血管障害による死亡率は被爆者が有意に低率であった。被爆者の長寿と高齢者増加というこれらの結果をもたらした要因に関しては、さらに詳細な調査が必要であるが、原爆医療法に基づく被爆者への

継続的な健康管理と健康問題に対する意識変革なども有効であったと考えられている（三根ら，1981年）。

ところで、高齢者の健康問題を考える時には、次のような高齢者の疾患特性をとらえた健康管理を行う必要がある（竹中，1983年）。つまり第一に、一人が同時にいくつかの疾患に罹患しているか、あるいは潜在する疾患をもっていることが多いこと（多疾患性）。第二に、ある病的状態の出現は、個体の条件や環境の状況、心理的要因などいくつかの因子が相互に関与していることが多いこと（多元性）。そして第三に、ある疾患に罹患した時の症状は、しばしば非定型であり、また他の合併症を招きやすく、容易に精神症状を生じやすいこと（多症候性）などである。さらに重要なことは、上記の特性は身体疾患の管理に適応されるばかりではなく、精神疾患や精神的不健康の管理にも適応できることである。また、高齢者の場合、身体疾患と精神疾患は表裏一体の関係にあり、前者が後者を引き起こし、逆に後者が前者を促進したり、時には後者は前者の一症状であるといった関係が高い確率で存在することを指摘したものである。つまり、身体的健康管理は同時に精神的健康管理を伴わない限り成立しない（逆もまた真実）ということが、高齢者の場合には特に強調されねばならない。

2 節 独り暮らしの被爆高齢者の生活実態

表1は、独り暮らしをしている60歳以上の被爆者に関する、1983年と1987年の生活実態調査結果である（鳥山ら，1990年，1988年；長崎市，1983年）。調査対象者数に差があり正確な比較はできないが、全体としての傾向は読み取ることができる。1983年と1987年の健康状況に関する項目をみると、通院治療中である高齢者の割合は81.2%対82.0%でほとんど差はないが、健康を維持している人が12.8%から7.9%へと減少し、入院中の人が増加し、寝たきりの人も0.3%から1.5%へと著しく増加している。1988年の原爆検診の精密検査受診者の疾患分布を大分類でみると、60歳以上の高齢者では、循環器系疾患（男性：18.5%，女性：17.6%）、消化器系疾患（男性：11.7%，女性8.9%）、内分泌系疾患（男性：7.5%，女性：4.6%）、血液および造血器の疾患（男性：6.8%，女性：13.5%）、代謝疾患ならびに免疫障害（男性：5.9%，女性：6.8%）、筋骨格系および結合組織の疾患（男性：4.1%，女性：5.7%）、泌尿生殖器系疾患（男性：

表1 60歳以上の独り暮らしの被爆者の生活実態

	調	査	年
	(1983)	(1987)	
独り暮らしの被爆者の割合	13.9%	18.6%	
1. 健康状況			
1. 健康である	12.8%	7.9%	
2. 通院治療している	81.2%	82.0%	
3. 入院中である	5.7%	7.7%	
4. 自宅で寝たきりである	0.3%	1.5%	
5. 不明	0.0%	0.9%	
2. 日常生活状況			
1. 自分でできる	91.2%	81.1%	
2. 誰かに手伝ってもらう	8.8%	15.5%	
3. 不明	0.0%	3.4%	
3. 悩みの状況			
1. 悩みはない	80.6%	26.2%	
2. 悩みがある	19.4%	59.8%	
3. 不明	0.0%	14.0%	

注) 1983年の調査の対象者：1528人
1987年の調査の対象者：4851人

3.2%，女性：5.7%）などという分布になっている。これらの疾患分布は日本の同年齢層の人口10万対の疾患別受療率と比較しても、特に著しい差異は認めなかった（厚生統計協会，1989年）。

独り暮らしの老齢者の健康状況が低下したことを反映して、日常生活で他者の介助を必要とする人が8.8%から15.5%へと約2倍に増加している。さらに注目すべき点は悩みに関する調査結果である。1983年には、悩みはないという老齢者が80.6%で、悩みがあるとした人はわずか19.4%であったのに対し、1987年の同一様式の質問に対しては、それらへの回答率は逆転している。つまり、悩みをもつ老齢者が全体の59.8%に急増し、悩みを持たないと回答した老齢者はわずか26.2%にまで減少していた。

被爆者、特に独り暮らしの被爆老齢者に対しては保健婦の訪問相談指導などきめ細かな事業が組まれているが、身体面での不安・自立できなくなった時の生活不安・住宅や経済面での不安などが被爆者の高齢化の中で深刻化していく

状況が指摘されている(鳥山ら, 1990年, 1988年; 長崎市, 1983年)。被爆の有無に関わらず, 一般的に高齢者の悩みや不安は喪失体験に基づく場合が多い。喪失体験→精神機能低下→精神疾患の関連を図1に示した(西村, 1985年)。これらの問題に対して, 医療的側面と共に社会福祉的側面からも具体的な施策が早急にとられる必要がある。

3 節 精神機能とその老化過程

一般に, 高齢化社会にともなう疾患構造の変化は医療の現場自体に影響を及ぼすと同時に個人的・家庭的・社会的な生活上の問題を必然的に引き起こす。先に述べたように, 被爆者の身体的健康管理が医療の現場でうまく機能し, 死亡率が非被爆者より低くなったことは事実としても, さらに大切なのは高齢者

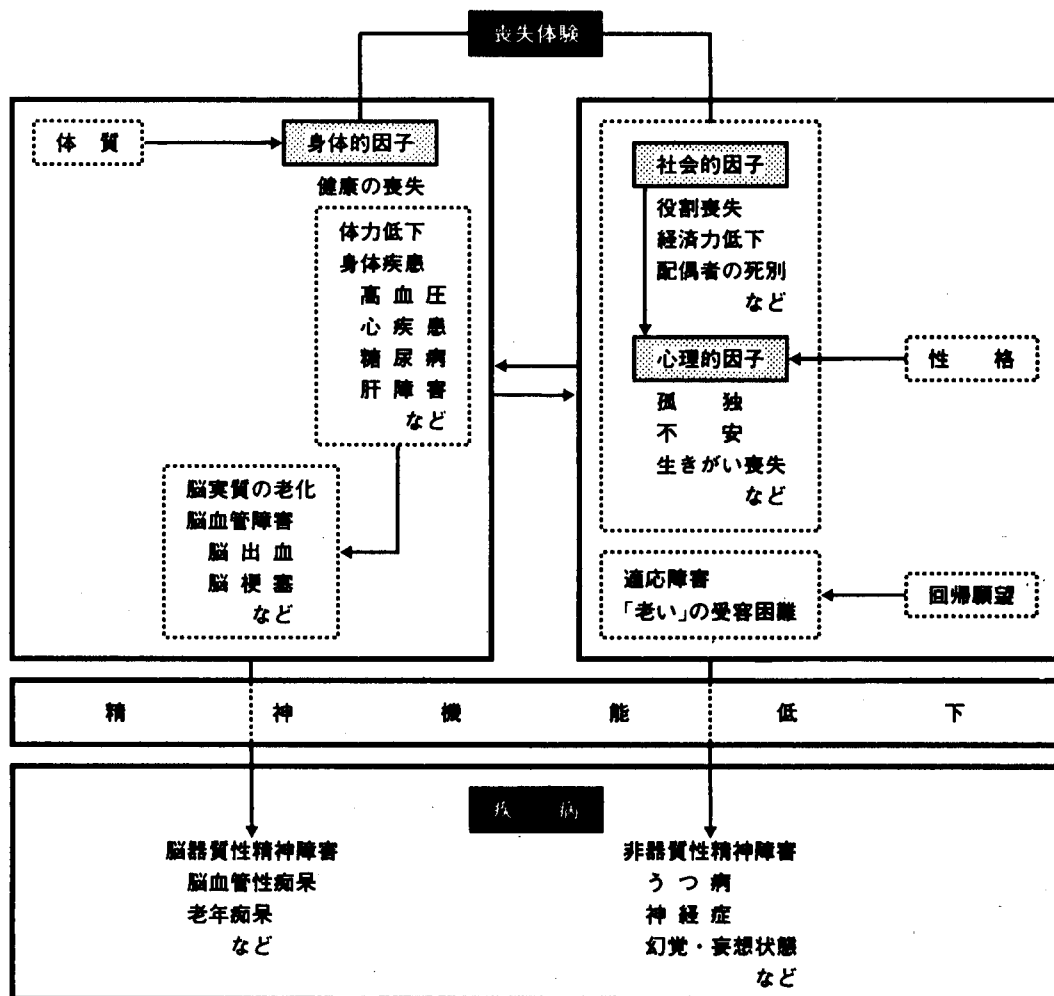


図1 老年期の精神保健に関与する要因(西村, 1985. 一部改変)

における充実した日常生活の獲得と維持、つまり生活の質 (Quality of Life) の向上であろう。生活の質とは、身体機能、精神機能、社会機能が総合されたものとして理解すべきであり、被爆高齢者の生活実態を包括的に把握した上で、綿密に対策が検討される必要がある。

さて、高齢化社会において、健康な精神機能の維持、健康な社会機能の維持という面から考えた時、最も深刻でかつ今日的な問題というのは持続的な病的精神機能低下である痴呆状態によって引き起こされる種々の問題であろう。長崎市民および被爆者の痴呆に関する疫学的調査は行われていないが、日本における代表的な調査結果をみると、65歳以上高齢人口の約5%が痴呆の診断を受けている(柄沢, 1981年)。そして、これまでの数値を参考に在宅の痴呆老人推計数をみると、1985年に59万人だった痴呆老人は、2000年には約2倍の112万人、2015年には3倍の185万人にもなるとされている(厚生省, 1989年)。

しかしながら、被爆者検診、保健婦による訪問相談指導、および他のアンケート調査などで、痴呆状態の対処に関する問題が直接的に取り上げられた資料はごく稀なことから考えると、痴呆状態は少なくとも在宅被爆高齢者にとっては現時点での緊急問題になっていないのか、疾患としての痴呆は存在するものの事例として浮かび上がってこないのかのいずれかであろう。しかし、先にも述べたように独り暮らしの高齢者および自宅で寝たきりの高齢者の比率が著しく増加し、さらに生活に関する悩みが増大していることから考えても、生活の質を維持していく上で重要な精神機能に関して理解を深めておく必要がある。

(1) 精神機能の構造の多元性・多層性

「健康な」とか「健全な」という意味自体も難解であるが、精神機能の定義も学者によって異なり、複雑な構造をもつ精神機能への科学的アプローチは多元的・多層的にならざるを得ない(笠原, 1983年)。

精神機能は図2に示したように、生

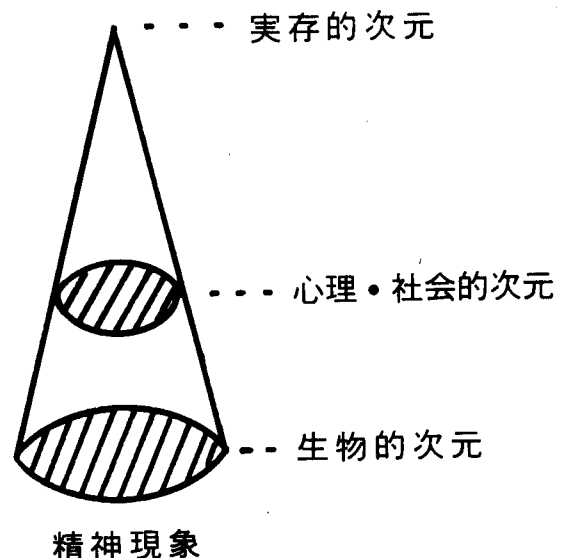


図2

物的存在としての次元，心理・社会的存在としての次元，そして実存的存在としての次元との3層に区別して考えると理解しやすい。円錐の底面は生物的次元で，いわば脳神経細胞の次元である。脳の神経細胞が広範に萎縮すると知的機能の低下が起きる痴呆という疾患になるように，人間の精神機能はかなりの部分が脳に依拠している。

また，例えば，老後の生活を考えて不安感情に襲われたり，他者の不幸を哀しみ憂鬱気分になったりする心の働きは，円錐の中ほどの心理・社会的次元の部分に相当する。この心理・社会的次元は生物的次元とは独立したひとつの機能ではあるが，生物的次元との関係は深い。例えば，先の不安や憂鬱は純粹に心理的現象（脳の神経細胞になんら障害がなく，通常「心のもちよう」と表現される）であるが，脳の神経細胞に作用する薬物によってそれらは改善する。また，脳の神経細胞の感染症が原因で憂鬱気分などの心理現象が出現することも考えると，心理・社会的次元と生物的次元は密接な関係にあることがよくわかる。

一番上の先端の部分は実存的次元と呼び，他ならぬ私，という次元を指す。自己の人生哲学，つまり実存的次元が安定している時が精神的にも身体的にも最も健康な状態であるといえる。「自分は今までの自分でない」という実存不安（実存的次元の障害）も脳の神経細胞に作用する薬物で自己の存在感を取り戻せる。つまり，各々の次元は，独立していながらも相互に関係しており，次元ごとに分断して精神機能の理解はできないことを示している。

(2) 精神機能の老化と影響要因

ところで，老年期は生物学的には成長から成熟に達したものが，退縮の経過を取り始めた時期であると一般的には定義されるが，精神機能の老化という概念になると，明確な定義を得るのはなかなか難しい（竹中，1983年）。確かに，老化現象は普遍的な生物学的過程であるが，「精神機能が老化する」という場合は，脳の生物学的な老化過程が根本に存在し，その老化過程の具体的な表現である精神機能の変化を，精神機能の老化として理解したい。しかし，これでもいくつかの問題が存在する。

第一に，精神機能の老化に脳の老化が大きな役割をもつことは確かであるが，脳の老化の程度が精神機能の老化の程度に直結するとは断定できない。

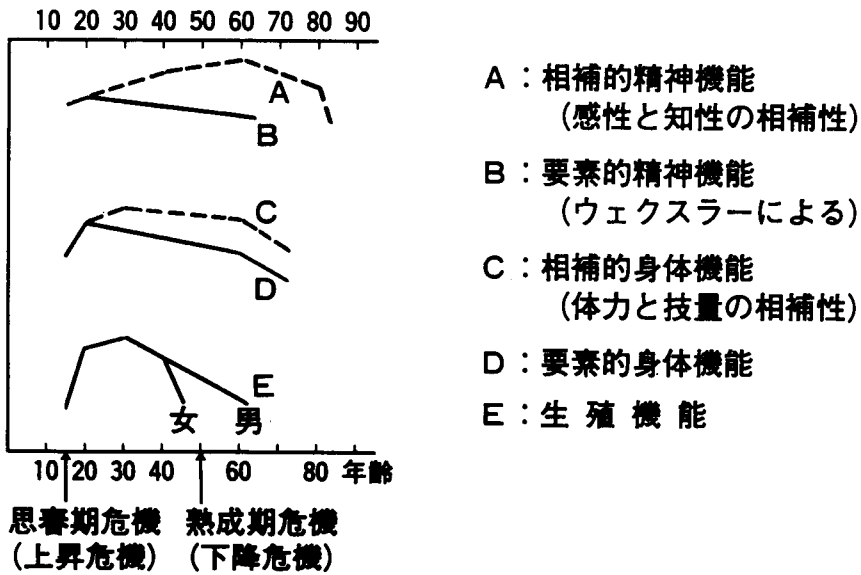


図3 生命曲線 (清田, 1983)

清田 (1983年) は精神機能には要素的機能と相補的機能とが存在するため、「加齢＝生理的老化」イコール「精神機能の老化」とはいえない (図3を参照) としている。つまり、精神機能の基本をなしている知的機能は、18歳から25歳にかけて頂点に達した後、次第に下降することは確認されているが、物事を実践的に全体論的に把握する洞察力は、経験を積み重ねることによって熟成し上昇し得る。そして、知能は分析的・言語論理的な狭義の「知性」と、直感的・非分析的・非言語的に物の本質を一挙に洞察する「感性」的知性とに区分されるとしている。感性的認識と知性的認識は、認識の仕方としては異質的である。しかし、両者の相互関係は、分析と総合のように相互に移行しうる「相互性」ではなくて、異質的であるが、常に密接に対応しながら、お互いに誤りのない認識を得るように作動している「相補性」であると述べている (清田, 1983年)。要するに、初老期は基本的な知性的要素が40歳代後半から急速に下降しているにもかかわらず、経験によって「熟成」してくる感性的要素の「相補性」によって、むしろ上昇し、社会的には働き盛りとなっている。つまり、初老期の精神機能は、生命曲線が下降していく危機的な時期を迎えていると同時に、その危機を内包した熟成の時期でもあり、人はそれぞれに、それぞれの暦年齢において進歩と退化の双方が存在しているということであろう。このように精神機能を理解することによって始めて、健康な精神機能の積極的な獲得と維持、

および精神的不健康への個人の危険度とその回避方法を知ることができると考えられる。

第2に、脳の老化は精神機能の老化の基礎にあるとしても、脳の老化が一方方向に精神機能に作用しているのではなく、例えば、社会的接触の欠如などの環境要因や抑うつ・怒りなどの精神的・情緒的要因が、脳の生物学的老化を促進させたり、逆に抑制させたりする作用のあることも知られている。

図4は痴呆ではない100歳老人と痴呆老人の長谷川式知能検査結果である。知能検査の平均得点は前者が11.6点、後者が10.1点で有意差はなかったにもかかわらず

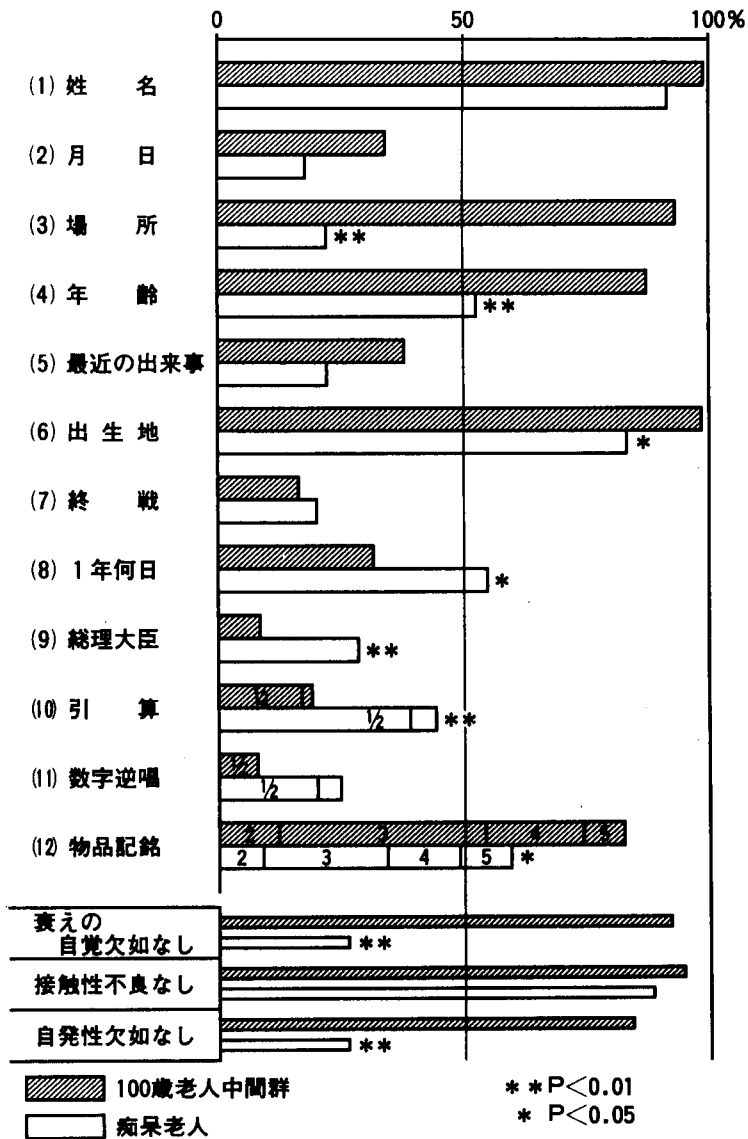


図4 100歳老人と痴呆老人の各項目正答率の比較 (柄澤, 1985)

わらず、項目ごとの正答率には両者間にいくつかの有意差が認められた。即ち、痴呆老人では、見当識、記銘、想起、常識、計算などの各項目がいずれも衰えるのに対して、生理的老化が高度に達した100歳老人の場合は、場所の見当識、自分の年齢、ごく身近なものの記憶などは衰えが少なく、その反面社会的常識とか計算などは痴呆老人よりも成績が悪かった(柄澤, 1981年, 1985年)。

新福(1959年)は、長寿村の老人を調査し、その多くにかなりの知的水準の低下を認めたが、その大部分は日常生活によく適応した呆け状態であり、このような呆けの発生には文化的刺激の少ない生活が最も大きな役割を果たしていると指摘した。この100歳老人の場合も、それと類似の廃用性の衰退が特徴的であった。つまり、その廃用性衰退は超高齢者が家庭生活と密着し、一般社会との接触が乏しいという、環境要因に原因すると考えられた(柄澤, 1981年, 1985年)。このように、精神機能の老化は高齢者が置かれた環境や生活上の心理的要因によって差異が生ずることがわかる。

精神機能の老化を考える場合、脳の神経細胞の老化過程だけから、つまり図2の円錐の底辺からのみ出発しては十分な説明がつかないことがわかる。図1に示した。身体的因子、社会環境的因子、心理的因子などが関与していることを十分認識した上で高齢者の健康維持に対応しなければならない(柄澤, 1981年; 竹中, 1983年)。

4 節 精神機能の積極的な健康維持

(1) 精神機能老化の予防

精神機能の老化に関する科学的知識はいまだ不十分であり、脳の老化、身体の老化、そして外的要因がいかなる機序で関与しているのかについても不明な点が多い。このような段階で、健康な精神機能の維持について結論づけるのは困難ではあるが、これまで述べたことをまとめると次のようになる(柄澤, 1981年; 竹中, 1983年)。

第一には、脳血管性障害は精神機能老化の大きな原因であり、また生理的な老化現象にも影響を与える。脳血管性障害の予防は精神機能老化の予防につながる。第二には、最初にも述べたように、高齢者の心身相関は極めて顕著であることを考えると、全身の身体機能低下をもたらす身体疾患の予防や治療は精

神機能老化の予防にも役立つ。第三には、環境要因や心理要因の調整である。図1の喪失体験への対処が重要である。老齡者の心理的危機は、老いの自覚を迫られた時といってもよい。社会的な喪失体験を伴う生活の変化に迫られた時、それに対する微妙な心の動きが精神機能の老化を促進させてしまうか、あるいは健康な精神生活が維持できるかの分岐点となる。

(2) 主観的な健康感と精神機能および社会機能

図5は人生に対する満足度と客観的な精神機能老化・身体機能老化および主観的な健康感の相関をみたものである(藍沢ら, 1982年)。60歳以降, 客観的な心身の機能は次第に低下してくる。ところが, 老齡者の主観的な満足度は, 60歳代前半で余り高くなく, 老年期の前半を通して上昇し, 70~74歳をピークとして下降に転ずる。この変動パターンは, まず老年期のさまざまな喪失体験, いわば老いの自覚を迫られる出来事に直面して初めは挫折感を抱くため満足度は低値を示すが, その後次第にこれらの喪失体験を受容して現実肯定的になり, 老いに対して受容的態度になることを示している。しかしこの傾向は70~74歳ごろを境として下降し, 老年期の後半にかけて次第に自己の在り方に対する受

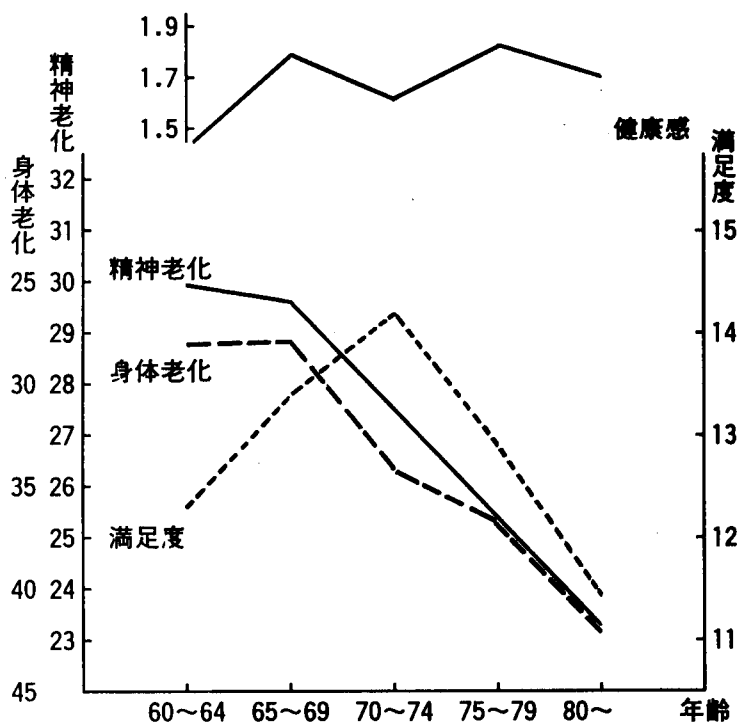


図5 満足度と精神老化, 身体老化および主観的健康 (藍沢ら, 1982)

容的な態度が低下し始めている。

ところが、老化を認知し全てが衰退していくなかで、老齡者の主観的な健康感はほとんど変動せず、むしろわずかながら上昇傾向すら認められる。これは罹患している身体疾患の有無とも無関係であった。これは心身の老化を一方では認めながらも、なおそれを否定したいという老齡者の自己概念の二重構造であり、この主観的健康感を維持させていくことが老齡者の精神機能や社会的機能の維持にとって極めて重要であると指摘している。もし、老齡者が自らの健康感を否定するようになれば、それだけで社会的適応障害が出現し、不健康な精神状態を疑う必要がある（藍沢ら、1982；清水、1984年）。

清水（1984年）は、健康感を失い身体症状を訴えて通院する老齡者に関する調査の結果を次のように要約している。①通院中の老齡者の身体症状重症度と健康感喪失の程度は並行しない。愁訴傾向の増加や医療を求めること自体が、心理的要因に基づいている。②この種の老齡者は女性に圧倒的に多く、配偶者や子供との別離によって孤立した結果、代償的な依存対象を医師や看護婦に求めて受診する側面が少なくない。③これらの老齡者の多くは結果的には、身体的治療の形をとった精神的支持療法を受けているといってもよい側面がある（藍沢ら、1982年；西園ら、1974年）。

ひとり暮らしの被爆老齡者の場合も、入院する程の重篤な身体疾患は少なく、通院治療を受けている人は82%にも達していた。さらに、身体的健康問題、経済的問題、住宅問題などに対する不安を訴えると共に、ホームヘルパーなどの福祉サービス、原爆行政への希望、医療面の充実の希望などが訪問保健婦に述べられることが多い（鳥山ら、1990年、1988年）。健康に対する不安は生命喪失の不安であり、老齡者の軽い抑うつ気分や不安感はしばしば身体疾患への不安であり、また一般的に老齡者の不安は身体的表現をとりやすい。日常生活上の健康管理や慢性的な疾患に対する指導が気安く受けられるようなサービスシステムが必要であろう。そして、個人の意志だけで健康問題に対処するには限度があり、老齡者が自らの手で解決不可能な生活上の困難は、行政レベルでの対策や家庭・地域社会のサポートシステムによって解決してゆかねばならない。

究極のところ、長く生きるに値する地域・社会づくりが最も重要な鍵になると考えられる（西村、1985年）。

参 考 文 献

1. 藍沢鎮雄, 加藤政利, 山口弘一: 老年期の心理. 臨床精神医学11: 555, 1982.
2. 笠原 嘉: 精神の科学とは. 精神の科学 (飯田 真, 他編). 岩波書店, 東京, 1983.
3. 柄澤昭秀: 老人のぼけの臨床. 医学書院, 東京, 1981.
4. 柄澤昭秀: 健康老人の知的機能衰退について. 神経研究の進歩29: 536, 1985.
5. 鳥山ふみ子, 山下美佐子, 菅 智恵, 田川真由美, 木下涼子: 高齢な原爆被爆者の「悩み」についての一考察. 長崎県支部看護研究会集録, pp.21-25, 1990.
6. 鳥山ふみ子, 浦園チヨ子, 山下美佐子, 熊 久美子: 原爆被爆老人の健康・生活実態. 第8回九州地区看護研究学会集録, pp,98-100, 1988.
7. 清田一民: 「働き盛り」の危機介入—生命曲線の下降と熟成期危機—. 日本医事新報 3102: 59, 1983.
8. 厚生省保健医療局精神保健課: 我が国の精神保健. 昭和63年度版. 厚生省保健医療局精神保健課, 東京, 1989.
9. 厚生統計協会: 厚生の指標. 1989年. 厚生統計協会, 東京, 1989.
10. 清水 信: 老人の心理生活. 老年精神医学 1: 54, 1984.
11. 新福尚武: いわゆる長寿村の老人ぼけ. 精神医学 1: 303, 1959.
12. 竹中星郎: 老いの心と臨床. 診療新社. 東京, 1983.
13. 長崎市原爆被爆対策部: 60歳以上の原爆被爆者老人調査報告書. 長崎市, 1983.
14. 長崎市原爆被爆対策部: 原爆被爆者対策事業概要 平成元年度版. 長崎市, 1989.
15. 長崎市衛生部: 衛生統計年報. 1983~1990. 長崎市.
16. 西園昌久, 奥村幸夫: 病める老人と一般老人の生き甲斐調査から. 日老医会誌 11: 302, 1974.
17. 西村 健: 老人の精神保健. 老年精神医学 2: 6, 1985.
18. 三根真理子, 中村 剛, 森 弘行, 近藤久義, 岡島俊三: 長崎市における原爆被爆者の死因ならびに死亡率の解析. 日本公衛誌 28: 337, 1981.