

研究委員会企画特別講演

老 い と 死 の 臨 床

日 野 原 重 明

(聖路加看護大学学長)

前 言

私は本日のテーマの下に臨床医学および臨床心理学、あるいは臨床行動科学からみた老いと死の問題、アプローチのしかた、そしてそれにまつわるさまざまな問題について、私の考えを述べたいと思います。

老いと死の問題がこの学会で取り上げられたのは、日本がだんだんと高齢社会になっていくということから考えられたためではないかと推察します。

日本は、2020年には人口の4分の1が65歳以上という、世界で一番の老人国になるであろうことは間違いありません。しかし、日本の今日までの老人対策の内容は、欧米その他の先進諸国に比べると最低です。これは医学あるいは社会や福祉などの面での遅れだけでなく、老人というものの自体が日本では問題にされることが非常に遅れたということを反省しつつ、私は今ここで、どうすればさまざまな老人問題を今後の日本が処理できるかということを考えるための何らかの提言をしたいと思います。

教育心理学というのは、人間の発達段階における心理学、ことに幼児から、あるいは青年、24～25歳までの人間の発達に焦点がおかれてその学問大系が発達したものと推察します。しかし、人間の発育というのは身長が止まっても、体の中にある私たちの精神はさまざまな人生経験をもち、さまざまな事件にぶつかり、また特殊な訓練によって、私たちの脳はたとえ加齢とともに記憶力は落ちて、脳の product は決して齢とともにただただ落ちていくとは思われません。人間はどのように成人期を、中年期を、そして老年期を生きるかによって、その product は変わってくるものと考えられます。教育心理学においても、今の医学会同様に、もっと壮年から老人にかけての世代を研究の対象とすべきものと私は思います。

日本人の寿命と中年からの生き方

さて、人間の老いということを考える場合、まず日本人の平均寿命がとりあげられます。1989年10月の統計では、男性は75.9歳、女性は81.7歳となっています。これは世界でもっとも長命です。その説明に、日本の医学が進歩しているからだという人がいますが、これは間違いです。私が専門にしている循環器学についていうと、ア

メリカに比べて日本は10年は遅れています。しかし、日本は内視鏡とか消化器病ではむしろ進歩しています。これは、米英では心臓病が多く、日本は胃癌が多いということによるものです。

しかし、医学教育について最も能率的に短時間にある能力を到達させるという教育的な方法論と実践は、日本の医学校よりもアメリカは3倍くらいは効率的ではないかと思っています。これには教育に携わるスタッフの数が多いことと、若い医師の伸びる機会をふんだんに与えるということから、アメリカの若い人の研究発表には目を見張るようなものがたくさんあります。

さて、平均寿命というのは、生まれたばかりのゼロ歳の人が何歳まで生きるかという予測値ですが、いま50歳の人については男子は28年、女子は33年の余命があります。60歳の人が定年退職した後、余命はまだ20年あるのです。もし55歳で定年だとすると、あと24年があるので、この齢はちょうど人生の引き返しポイントになります。

人生を午前と午後とに分けると、55歳以後は人生の午後といえます。アン・リンドバーク——大西洋無着陸飛行を1917年に果たしたリンドバーク大佐の夫人、彼女自身も女流飛行士であり5人の子供をもつ母でもあり、かつ作家で社会学者でもあるというスーパーウーマンですが——は、50歳の誕生日を迎えて、少しゆっくりとものを書きたいと思って海岸に出かけて何日か瞑想するので。そして、夜、宿に帰ってから数日、執筆し、それを“Gift from the sea”という随筆にまとめました。日本でも吉田健一氏の訳によって、『海からの贈物』と題して出版されています。

この本の中では、彼女は、私は50歳という中年になったからには、これからの生き方を変えなくてはならない。今までの人生は外に向けて自己顕示する生活だった。しかしこれからは、私は内に向かう生活をすべきだと述べています。それと同じことがプラトンの言葉としても残っています。つまり、内なる自己に戻って人生を始めるべきではないかという問いかけです。internal lifeに心を向けることこそ、人生の後半における本当の生き方だという考えです。

老人に期待される成熟

人間には、年をとってから進歩がまったくないということは考えられないという意見が最近主張されています。大脳生理学者、あるいは心理学者などは、人間のもっている可能性、潜在能力の可能性について研究しています。C. D. ユングによりますと、人間は自分の能力の半分しか開発しないで終わってしまう。あとの半分は潜在したまま埋もれてしまっているといわれています。また、心理学者のウィリアム・ジェームズは、潜在能力の10%以上を使っている人には出会ったことがないとさえいっています。

人間の脳とか筋肉はまだまだ使えばそのはたらきはよくなる、使わないからその機能も落ちるのだと思います。こういう現象を医学的には disuse syndrome、廃用症候群という言葉で表現しています。手足でも内臓でも、使わないから駄目になるのです。外国語を話す時も、使わないから話ができなくなるのと同じです。せっかくのポテンシャルをもちながらも、それを使わないでそのまま死んでしまうということになるのです。

私は患者さんを指導しながら、いつもやる気をおこさせるためのモチベーションの大切なことを痛感しています。才能もモチベーションがないとそれを伸ばすことはできません。先生が学生にモチベーションを与えることによって、その学生の才能が伸びるのです。

老いというものは、その中に未知をもつべきです。それが無いといってしまえば、老いの中の未知数が消えていきます。老いに希望をもたせながら、新しい老いを発展させる、老いの中でも成熟のあることを信じて、人間の成熟が老いの中で続けられるように老人を励ますことが必要です。長寿になり、延びただけの年齢が生きがいのある年齢となれば、生きる中で自己というものが表現され、開発されるのです。それが具現されれば、私たちは本当に生存してよかったという実感をもつのです。老人は、本当に自分は長生きをしてよかったと感じるでしょう。

老人の Quality of Life

しかし、長生きをしたためにかえって孤独になり、長生きしたためにかえって病気に苦しむ、あるいは体が不自由になり、そしてただ人の世話を受けているだけだという状態になってくると、老人は、長生きは苦しい日の長生きで、Quality of Life の点からは喜ぶべき寿命ではありません。老人はそのディレンマを体験して苦しみます。“喜ばないでなぜ長生きをさせられたのか”と訝る寝たきり老人を作ること、文化国家における望ましい長寿とはいえません。日本人の寿命が延びたということの

中にどんなよい点があるのか。ただ老人人口が増えて、老人が国家や社会の負担だけを増させるという状態は、老人自身を不幸にさせます。老人が生きがいのある人生を送れるかどうかということが、本当に重要なことであります。

さて、その老人の生き方を考える時に、2つの問題を私は整理しなくてはなりません。第1は、老人自身が自分で自分の生きる道を発見することです。そして、生き方を選択し、生き方を積極的に変えるということです。第2には、周辺の人が老人に生きがいのある人生を送れるように、その老人のために、どのような生活環境や人間環境を作ることに援助してあげるか、すなわち、社会の支援システムのことです。老人当人の意志決定による行動と社会の支援システム、この2つがかみ合っただけで老人は長寿を生きる喜びをもつことができるわけです。その2つがそろわない場合には、長寿は必ずしもその人を幸福にすることは無いと思います。

老人に起る諸問題

さて、心理学の世界では、幼い子供、あるいは青少年、大学生の心理学が大変関心が払われてきました。壮年期の心理、中年の心理が今回のシンポジウムにはあります。この時期の人間心理への関心がやっと起りつつある様子です。しかし、老人を教育心理学的に考える研究がなぜ少ないのでしょうか。これは、私には不思議なことです。今日、私たちの病院に入院する患者の3分の2は60歳以上の老人ですから、今の医学は老人を扱うことができないければ、本当に医療をやっているとはいえません。その老人は、成人とは違っていています。老人は様々な老人特有の問題をもっています。肉体的、生理的問題、病理的な問題をもっています。薬の使い方が今までは老人でも成人の量でよいとされてきました。ただ小児の場合には、体重や発育によって薬の量が小児科医によって変えられて処方されてきたのです。臨床検査値の読み方も小児は成人と違っていました。小児同様に年齢をとった老人の検査値の評価は在来の基準を変え、老人への薬の処方の量を変えなければならないのに、最近までは、老人も大人だということで一括して考えたために、日本での老人の処方学は発達しなかったのです。老人には多量の薬が与えられていて、その副作用のために老人は却って苦しんだり、合併症を起こしたりすることが多かったのです。多くの老人が私の所に受診にきます。多くの老人には1日20種類位もの薬を与えられています。老人患者は3人位の別々の医師にかかっているからです。パーキンソンの専門医とか、皮膚科の専門医とか、整形外科の専門医とか、内科医とかにかかり、それぞれの医師によって無

関係に薬が与えられています。そこで私はとにかく薬は全部やめなさいという、それだけで非常によくなる老人が多いのです。老人の訴えの多くは、医原性(iatrogenic)すなわち、医師が招いたものです。

全身の痛みを訴えたある老人が失禁をして困るという。皮膚科の先生が処方したお薬をやめてみなさいと忠告し、その1か月後に診察したら、「先生、失禁が直りました」という。人間が失禁状態になるというのは恥ずかしくて人にも言えません。奥さんにも隠したくなるものです。奥さんに失禁があっても主人にはそんなことは言えません。失禁というのは中年以上の女性の3分の1もあるということです。少し運動したら失禁する、尿意が起ると待たなして尿がもれるという。婦人の失禁の3分の2は治るともいわれます。失禁を病気として扱わなかった日本の医師のために、このような不幸な患者が作られたのです。欧米には40年前から、失禁という人間の dignity を保つことの障害になる現象を研究し、その対処を考える国際学会が作られていました。日本ではやっとこの2、3年来失禁が注目されてきたのです。癌の研究とか心筋梗塞の研究をやる学者や臨床医は多いのに、老人の失禁を学問的に研究するということが日本では非常に遅れています。

老人には、老人症候群という言葉があります。1つは、骨粗鬆症で、ちょっとつまずくとすぐ倒れて骨折を起こすこと。第2は失禁、これは非常に多い。第3は、老人性痴呆症です。65歳以上の老人では、全人口の5%、80歳代の老人の20%が老人性痴呆（脳血管性痴呆またはアルツハイマー病）になる。この3つとも日本の医学界は今まで余り問題にしてこなかった。多勢の患者をみている内科医の先生も患者の失禁に対しては何の顧慮もしなかった。ただ仕方がないと思っていた。心臓はよく診ている。胃もよく診ている。腎臓も。しかし、老人を不幸にしている失禁や骨折による寝たきり、そして痴呆には何らそこに手を貸さなかった。悩む老人がこれほど入院しているのに、日本では1つの臓器だけを扱う医師ばかりいて、老人全体を考える、全人的な医療が足りなかった。そのため、老人の Quality of Life が惨めになるということが起こってきたのです。

死を遠ざける現代人

次に老人にとっての死の問題を考えてみます。人間は、歳をとってからでも、自分が死ぬということはなかなか考えようとしません。これは不思議なことです。『孔子』の著者で有名な作家の井上靖氏が、「忘れ得ぬ人々」という随筆の中に次のようなことを書いています。

「父に死なれてみると、死と自分との間がふいに風通し

がよくなった。すっかり見通しがきいてきて、いやおうなしに死の海面の1部をのぞまないわけにはいかなかった」と。つまり、今までは、自分と自分の先にある死との間にはずっと距離があった。自分が健康であるということのために、父の体が自分の死を隠してしまった。その父が81才で亡くなった。そうすると、死と自分との間が急に風通しがよくなったということで、これはすばらしい表現です。皆さんは、こうして講壇に向かって私の講演を聞いておられるけれども、ここのステージの正面にはスクリーンがあり、このスクリーンをはずすと、皆さんの前に死の海がみえるのです。皆さんの席が前方の死に向って動いていると思うと、「あゝそうか」と納得されるかもしれません。ところが、身内の者、高等学校の同級生の死などに直面すると、始めて自分にも死が近づいてきたように感じるのです。私は、高等学校の時に、吉田兼好の『徒然草』を読みましたが、その時には高校生のことだから、今のように死というものをリアルには考えていなかったのです。しかし、昔は結核による死が若い人の間にもよくありましたから、今の若者よりも死が、若者にも迫ってくる実感をもったのです。しかし、『徒然草』にはすごい表現力をもって死が告知されています。(第155段)

「春暮れて後、夏になり、

夏果てて、秋のくるにはあらず。」

春が終って、夏、夏の後に秋がくるのではないのだ。春の中に夏の気が感じられる日があり、夏の中に秋が感ぜられる日があるのだ。つまり、私たちが、死というものは、遠い遠い先のハプニングだと思っていると、案外それは足元にきているという文章です。

「死は、前よりしも^{きた}来らず」

死は前からのみどンドン近づくのではなく、裏からそっと迫ることがあります。

次に、なぜ人間が死を考えようとししないのか。死はタブーであるのでしょうか。このことは、日本も外国も同じでしょう。外国では“Mr. Smith died”という表現は日常の会話では使いません。“die”というのは禁語です。“He passed away”といいます。日本でも「死にました」という代りに、「亡くなりました」という言葉で表現することが多いのです。つまり、どこの国でも「死」という言葉を使うことは控え目です。しかし、死は必ずきます。死が必ずくるということは、齢をとった作家の井上さんでも実感としてもたなかったといわれるのですから、一般の人のセンスはもっと鈍感でしょう。日本の社会においては、誰もが死を考えようとししないようなブレーキがかかっているために、死というものを本当に身近な事実として受容できません。都会では今や核家族の者は両

親と離れて住んでいる。危篤だと言って帰省したら、小康を得たというので引き上げると間もなく、親が死に、結局その死に立ち合えなかったという話はよく聞くことです。日本人の夫婦間の子供は平均1.6人ですから、兄弟の死を経験することは少ないわけです。大正時代または昭和の初めには、子供の数に4～8人ということが多かったし、疫痢に子供がかかると、僅か2週間内に40%が死んだのです。また、結核性髄膜炎にかかると、4週間後には100%が死にました。それで当時の人は、兄弟の死や友達の死に触れていたけれども、今の人は、死に触れる機会が非常に少ないのです。テレビの画面での死にはよく触れますが、すべてフィクションで、自分の死を考えさせる迫力はありません。そういう意味で近代人は死からますます遠ざけられています。

しかし、よく考えると人間の老いと死とは区別できません。死と老いとを一番考えさせるようにしたのは宗教だと私は思います。科学は、そして医学が老いを取りあげたのは非常に遅かったのですが、仏陀は今から2500年位前に、若く太子であった時に外の世界に馬車で出るとすぐやせ衰えた人に出会い、御者に「あれは誰だ」と尋ねました。「あれが老人だ」といわれてびっくりしたということです。フランスの老人の研究家のボーヴォワール女史の名著『老い』の冒頭にこの話が紹介されています。いろいろの文献をみると、東洋では、老いは歴史的に早くからとり入れて考えられていたのです。生病老死が人生であるという思想が早く東洋人にとり入れられたのです。老人をテーマとしては、1950年代の後半から60年代の前半にかけて老人を主人公にした小説が注目を引くようになりました。深沢七郎の『檀山節考』、谷崎潤一郎『鍵』、川端康成の『眠れる美女』、伊藤整の『変容』などがあります。70年代に入ると、有吉佐和子の『恍惚の人』など、老人の生活や老人の性の問題や痴呆の問題が作家によりいち早くとり上げられました。それに比べて、老人問題は医学では最近やっと大きな問題となってきたのです。老人の性や老人の Quality of Life が若い人と同じように大切なものとして扱われなくてはならないという考えが最近やっと前面に出てきたといえましょう。

老いを考える新しい立場

さて、私たちが老いを考える場合には、次の4つの立場があります。

- 第1：生物学的な立場から：例えば細胞の数やサイズがどうなるか。脳や肝臓などの臓器が萎縮するという老化現象、そういう生理学的立場から老化を考える。
- 第2：社会学的立場から老いの問題を考える。

第3：心理学、行動科学から老いを考える。

第4：高齢になった者がその体験的立場から「老い」を考えること。

この最後に申しました立場は、将来の心理学研究の発表上重要な資料を提供するものと考えられます。今までの心理学というのは、客観的データを出す、例えば動物実験を行い、そして客観的データからその心理なり、行動異常を診断して、それに対する対策を立てる方法をとりました。つまり、客観的データを重視することです。したがって、感覚的な心理学でも客観的データが得られるような感覚をとり上げて心理学は発達したといえましょう。ところが、その「老い」に関しては、「老化」は生物学的現象ではありますが、「老い」というものは、その老いを感じる主体の主観的、観念的な状態をいうので、これを科学的に研究するにはどうすればよいかということになります。主体にまで入り込んで、主観にまで入り込んで、その人が感じる感じ方を出来るだけ知的に表現することが研究上必要です。

高齢者の老いの研究への参与

人間は皆、その体の中に精神のセンサーをもっています。それを適切に言語化できる患者を私たちがもつことができれば、その患者が提供するデータは、本当に大切な問題解決のデータになるでしょう。自分が高齢になったと考える人が、私はこういうように感じているということ出来るだけ科学的に表現し、高齢になった人の立場から発言し、それが学問的なデータになればその患者と組んだ老いの研究ができるものと思います。今までの動物を使った実験でなしに、その人のもっている教養とか、洞察力とか感性とかを上手に活用しながら、その人の主体的な老いに関する感情なり観念なりをうまく引き出すことによって、「老い」をよりよく理解することが出来るでしょう。若い学者が老いを理解するためには、そのような人と出会わない限り研究は絵に描いた餅でしかありません。本体から離れてしまっただけでは妥当な討議はなされません。そういう意味において、老いの心理学や行動科学の分析というものは、どうしてもその老人が参与すること、老人が私たちに学問を追求するための手だてになってくれるような斡旋の努力が必要です。

老人になると視力がおちたり、視野が狭くなったりしますが、この感覚生理学を「視野」に限って調べようとしても古いやり方は不備です。私が過日、視野を検査してもらったところ、「若い人とそんなに変わりません」と言われました。私は懸命に努力したのです。それは実験室内の視野の計測でした。すべて生理学の検査は実験室内で行われてきました。しかし、その人が生活している

場の中での実験ではありません。なぜこういう視野の測定を老人が生活する中で心理学者や生理学者が行わないのかと私は訝かります。今から試験をしますよというのではなく、生活の中における視野や聴力検査を行う方法を考え出すべきです。老人から得られた検査成績はよいが、実際生活ではよく見えない、よく聞こえないのです。特にいやなことは聞こえません。また、老人は明暗の調節にも時間を要します。瞳孔のサイズ調節のための時間についても、私の知る限り、これという研究はありません。実生活をしている時の感覚器の機能を知ること、評価をすることが必要なのです。したがって、齢をとった者の生理学とか心理学というものは、もっと生活の条件の中において検査されなければならないということを私は特に心理学者に申しあげたい。是非そういう研究が心理学の中でなされることを期待します。

また、今日特に強調したいことは、老人になった学者や臨床家には、高齢になった立場から学問的な研究をしてほしいのです。それ故、医師や心理学者は、自分が齢をとることの中で研究を行い、そのための自己の内観的データを出してほしいのです。虎は死んでも皮を残すといいますが、心理学者や医学者には皮以上のものを遺してほしいのです。自分が老化するプロセスを内観的に、また、外からも何かの方法でチェックができれば、新し

い老年心理や老年行動学が生まれていくでしょう。自らの老化のプロセスの中で自己を記載することが必要です。私たちの日記は、その自己実験の観察ノートでなければなりません。それを行うことが学者の使命であると思います。

む す び

日本は、世界一の老人国家になることが約束されているだけに、日本は老人の問題をもっと真剣に考えるべきものと思います。

老人に関する医学は近年ようやく多くの医師の関心をひくようになりましたが、未だそれは十分ではありません。

一方心理学や行動科学については、医学以上に、老人をテーマに研究することが立ち遅れているように、部外者の私からは考えられます。

その場合、老いていく主体である高齢者自身による主観的な老いの研究が同時になされることが必要であると考えます。客観的な観察や動物実験、ラボラトリーの中での研究のほかに、以上述べた高齢者自身による老いの研究が重要であることを提言して私の講演を終えたいと思います。