

老人の精神衛生



長谷川和夫

1——心——心の老化

老化という現象は、生きとし生けるすべてのものに共通したものであろう。そして老化は、肉体だけでなく、また心にもおこってくるのである。ある研究者によると、脳には 2×10^{10} というおびただしい神経細胞が存在するが、30才をすぎると、次第にごくわずかずつ減数し始めるといわれる。脳の老化によって神経細胞は萎縮し、その数も減ってくるのである。精神機能も、これにともなって減退してくると考えられる。たとえば、新しい外国語を習得するといった記憶力を必要とする作業は、高令になるに従って著しく不得意になってくる。もの忘れも多くなるし、一度きいた名前も想起することができなくなる。このような精神機能の低下は、心の老化のあらわれである。

精神の老化は、大きくいって二つ、すなわち、生理的な精神老化と病的な精神老化に分けることができる。

第1の生理的な心の老化は、記憶力困難や想起力の低下などが主なもので、日常生活に著しい障害をおこすことは少ない。高令期になれば、ほとんどすべての人に程度の差はあれ、おこってくるもので、さけることはむずかしい。しかし、個人差は著しく、ほとんど心の老化のみとめがたい人もなかにはみられる。殊に活発な知的作業に従来している人ほど心の老化は少ないように思われる。第2の病的な心の老化は、痴呆といわれるものである。生理的な心の老化とは、次の点で異なっている。第1に、精神機能の低下が進行性であるという特徴をもつ。たとえば、もの忘れが、1年位前からひどくなったが、半年前になると、さらに悪化して、近所に住んでいる知人の顔を忘れてしまい、最近では、自分の子供の名前を思い出せず、また煙草を買いに行ったところが、帰り道が分からなくなって道に迷ってしまった…といった

目次

- 1——心の老化
- 2——精神老徴の測定
- 3——老年期の精神障害
- 4——社会的対策
- 5——あとがき

進行性の精神機能の低下が特徴である。

第2の特徴として、人格の崩壊がおこってくることである。私達は、心の統合された一つの人格をもっているが、これが崩壊してくる。顔つきも茫乎<ぼんやり>として、注意の集中もできない。日常生活で、人との適切な応待もできなくなる。このために、複雑な適応を要求される社会生活は全くできなくなる。

また精神の老化は、知的な精神機能の低下だけでなく感情の面にもあらわれてくる。生理的にも、老人になると涙もろくなるといった状態はしばしば日常みられるものである。さらに病的になると、いわゆる感情失禁という状態をおこす。これは、たとえば何か答えようとする時、自分の思考とは無関係に、ボロボロと涙をながしたり、あるいは、とりとめなく、笑ってしまったりする。さらに病的な精神老化がすすむと、感情は鈍麻し、茫乎<ぼんやり>とした表情で日をすごすようになる。

この他、心の老化は、人格全体にも影響を与えてくる。たとえば

- 1 生活や健康にたえず不安をもつ
- 2 容易に、うつ状態をおこす
- 3 興味が狭くなり、自己中心的になる
- 4 保守的になり、新しいことを嫌う
- 5 頑固で柔軟性がなくなる
- 6 猜疑心がつよく、被害感をおこし易い
- 7 身体のはたらきに異常に高い関心をもち、些細な身体異常にとらわれる。

などである。

ただ、このような精神の老化現象は、単に心の問題だけでおこってくるのではない。一つは、感覚器の老化もこれに拍車をかけることが考えられる。視力や聴力の低下は、ことに心の老化と密接に関係する。また全身的な健康状態も心の老化に影響を与える。

さらに、社会的環境も重要なかわりをもっている。

精神の老化を予防するには、このような多様な要因のあることを十分に考慮に入れて、かつ個別的に考えていくことが必要であろう。

2——精神老徴の測定

精神の老化を測定しようとする試みが、多くの研究者によってなされている。老人に対するテストは、簡易で、かつ長時間を要しないこと、そしてできるかぎり妥当性をもつことが要求される。

筆者らは、老人にみる精神機能の低下を、簡便に測定する目的で、簡易知的評価スケールを用いている。すでにおよそ2,000例の老人に適用して、妥当性を検討している<第1表>。

本スケールは、12の質問項目よりなっている。それぞれの設問の難易度によって、正解には2点から4点までの得点が与えられる。全問が正解の場合には、得点は32.5となる。つまり32.5が満点である。

たとえば、第10問は簡単な暗算で、まず100から7を暗算させ、その答からさらに7をひくという問題で、2つとも正しければ4点、1つだけしか答えられないものは2点が与えられる。

第11問は、数字の逆唱問題で、たとえば「6、-8、-2」というように一ケタの数を3つ続けて言ってきかせ、すぐに反対の順序で答えをもとめる。この場合「2、8、6」と答えれば正解、さらに4ケタの「3、-5、-2、-9」の逆唱をもとめ、2つとも正解なら4点となる。

第12問は、一種の記銘力テストである。あらかじめ、煙草、マッチ、時計、かぎなどのごく日常用いる物品を5個用意しておいて、まずそれらをよく見せたうえで、それを隠してしまい、いまみせ

た物品の名をおもい出して答えてもらう。5つ全部正解の場合には3.5、4つしかいえない場合には2.5となる。

この10, 11, 12問は、他の質問に比較すれば、ややむずかしいが、全体としてみると、すべて簡単な質問であるから、知的に衰えない老人にとっては、満点に近い得点をとることは、さほど困難なものではない。

また、多少視力が低下していても、5つの物品テストは、手でさわらせて何かを確かめて、記銘テストとして用いることは可能であり、よほど身体的に衰弱している老人を除いて、ほとんどすべての老人に用いることができる。

総得点が10点以下のものは、まず痴呆状態と考えてよい。また10~20点のものは、準痴呆の可能性が大きい。

ただ、このような知能スケールでは、教育歴が大いに関係してくる。すなわち、精神機能の低下以前の知能水準が問題である。同じ25点であっても、大学卒の老人のみせた25点と不就学の老人の25点とは、大いに意義がことになってくるのは、いうまでもないことである。

知的評価スケールによって精神の老徴の一面を知ることができる。ことに、このスケールでは、数量的変化として表現されるので、経過をおって縦断的に追跡することによって、精神老化のスピードを知ることにも可能である。しかし精神の老化は、このように数量的に測ることのできない質的な変化としてもおこってくるわけで、かかる質的な精神老化をどのようにして客観的に表現できるかが今後の課題である。

第1表 簡易知的評価スケール<長谷川>

No.	質問内容	配点
1.	あなたの名前<姓・名>は?	0, 0
2.	今日は何日か? 何月何日 何曜日	0, 3
3.	ここはどこですか?	0, 2.5
4.	年齢は? <3~4年以内は正>	0, 2
5.	最近おこった出来ごと<ケースによって特別なこと、周囲の人々から予めきいておく>から、何年<何ヶ月>位たちましたか? あるいは、いつ頃でしたか?	0, 2.5
6.	生まれたのはどこか <出生地>	0, 2
7.	大東亜戦争が終った<または関東大震災があった>のはいつか<3~4年以内は正>	0, 3.5
8.	1年は何日か<または1時間は何分か>	0, 2.5
9.	日本の総理大臣は?	0, 3
10.	100から7を順に引いて下さい 100-7=93, 93-7=86	0, 2, 4
11.	数字の逆唱・例えば $\begin{matrix} 6-8-2 \\ 3-5-2-9 \end{matrix}$ 逆について下さい	0, 2, 4
12.	5つの物品テスト 例 たばこ マッチ 鍵 時計 ペンを一つ宛言わせてそれらをか くして何があったかを問う	0.5, 1.5, 2.5, 3.5

3 老年期の精神障害

<1>頻度

精神障害の罹病率は、老年期になると若年期よりも3~4倍増加してくるといわれる。

老人人口のどれ位の割合のものが、精神障害をも

つかは、多くの研究者が報告しているが、大体20～30%に精神医学的症状や心理的異常をみると考えられている。老年期痴呆をしめすものは、およそ3～5%といわれる。1970年、わが国の65才以上人口は、およそ730万であったが、大体150万のものは何らかの精神医学的障害をもち、20～45万人が老年期痴呆をもつと推定される。

<2>特徴

老年期精神疾患には、若年期にみられないいくつかの特徴がある。

㉑ 原因の多様性

若年期では、原因が比較的はっきりして、比較的単一であるが、老年期精神疾患の場合には、多様な原因があり、明確にこれときめることがむづかしい。

㉒ 身体疾患の合併

老年期精神疾患では、身体疾患が随伴していることが多い。しかも一つの身体疾患にとどまらず、いくつかの疾患を伴っている。これは精神疾患にかぎらず、一般に老人の疾患にしばしばみられるものである。

ことに高血圧、心疾患、血管病くたとえば動脈硬化>糖尿病、腎疾患、貧血、骨関節性疾患などの身体疾患の合併をみることが多い。だから老年精神障害の治療や看護にあたっては、これらの合併身体疾患を十分顧慮して行なうことが必要である

㉓ 心身の相関

老年期には、心と身体とのかかわり方が、きわめて密接である。すなわち、身体疾患にもなって精神症状が発呈し易く、また精神症状が悪化すると身体機能の低下をきたし易い。たとえば、老人が感染症や骨折などのために臥床し、長期にわたるとまもなくボケ症状が発呈したり、また、うつ病の老人が、睡眠障害や摂食拒否などのために、全身衰弱、脱水さらに栄養障害などの著明な身体機能の低下をまねくのは、しばしばみられること

である。また心不全、肺炎、腎疾患などの身体疾患のさいに、意識障害をおこし易く、この時に精神錯乱やせん妄状態をおこし易い。

㉔ 環境要因に影響され易い

老年期精神疾患の経過は、環境要因によって左右され易い。このことは、予防や治療のうえにとって重要なことである。

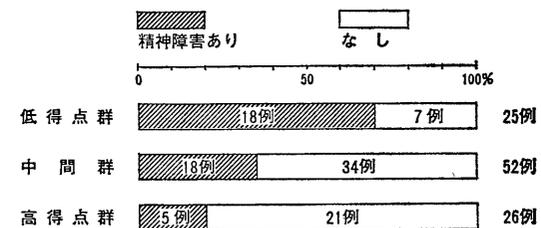
脳器質性の精神障害である老年痴呆でも、環境要因によって、人格崩壊の程度や著明な精神病症状の発呈が影響される。

一般に老人は、環境に対する適応能力に制限があるので、急激な環境の変化に対して、異常な心理反応をおこし易い。たとえば、病院への入院や老人ホームにうつるといった状況では、うつ状態や心気反応をおこし易い。このような場合、積極的にかつ適切な働きかけや、精神療法は、かなりの効果をあげることが経験されている。

㉕ 知的能力の低下

加齢にもなって進行する知的能力の低下は、老年期の精神衛生を考える場合には非常に重要な問題である。知的能力が低下するほど妄想、幻覚あるいはせん妄状態などの精神病症状をきたし易い。このことは、筆者らがおこなった百才老人の調査においてもあきらかにみられた<第2表>。

第2表 知的評価点と精神障害



$X^2=15.99$ $P<0.005$

	譫妄	妄想幻覚	その他	計
低得点群	11例	4例	3例	18例
中間群	7例	2例	9例	18例
高得点群	2例	0例	3例	5例
計	20例	6例	15例	41例

$X^2=6.17$ $P>0.1$

すなわち、知能の高い群では、精神病症状は20%にすぎなかったが、低知能群では70%に及んだ。著明な知的能力の低下は、いわゆる痴呆状態であるが、これは老年期精神障害のなかでも特異な問題をもつので後述する。

< 3 > 分類

老年期の精神疾患は大きく二つに分けられる。脳器質性病変をもつものと、もたないもの、即ち機能性のものである< 第3表 >。前者は痴呆を主症状とするが、後者は痴呆にむかわない経過をとる。

第3表 老年期精神疾患の分類

	脳器質性のも	機能性のも
特徴点	1. 脳の老化と直接関連をもつ 2. 老年期に比較的多い 3. 痴呆にむかう主症状	1 脳の老化と直接関連はない 2. 老年期にかぎらず若壮年期にもみる 3. 痴呆にむかわない
頻度	3~5%	10~15%
種類	老年痴呆 脳血管性痴呆 初老期痴呆 アルツハイマー病 ピック病	うつ病 幻覚・妄想病 神経病 人格異常

脳器質性のもは、老年痴呆、脳血管性痴呆および初老期痴呆であり、機能性のもは、たとえばうつ病、幻覚—妄想病、神経症および性格異常などである。

いずれにしてもこの2群は、夫々ことなつた特徴をもち、またそれぞれの疾患は、それ自身の特徴ある症状と経過をもつ。ここではそれぞれについて詳述することはさけて、最も頻度の高い老年期痴呆と、うつ病について次にのべる。

< 4 > 老年期痴呆

老年痴呆と脳血管障害性痴呆を総称した疾患群を老年期痴呆とよぶ。

老年痴呆は、神経細胞の一次性萎縮・変性を基盤におこるもので、剖検すると脳には、老人斑やアル

ツハイマー原線維変化などのいわゆる老人性変化が著明にみられる。男性より女性に多い。75才以上におこる。徐々に進行する痴呆症状が主要な症状であるが、これに加えて、うつ状態、妄想、幻覚などをともなってくることもある。初期には、記銘力障害や計算障害などで、通常の老人にみる、もの忘れと鑑別が困難である。次第に知能低下が進行して、やがて人物誤認や記憶力障害が著明になり、数分前におこつた出来事も想起することができなくなる。末期には人格の崩壊が著しく、無為、好褥となり、これに伴つて全身の老化、衰弱も加わつて、死の転帰をとる。

脳血管障害性痴呆は、脳血管系の障害のために、神経細胞が二次的に変性・萎縮をきたした結果、発症するもので、女性より男性に多い。脳出血や脳梗塞などの後遺症としてみるものは多い。散在性の小軟化巣がある場合には、むしろ発症は徐々におこつてくる場合もあり、老年痴呆との鑑別は、必ずしも容易ではない。また高令者では、血管障害性のもはと老年痴呆との混合型がむしろ多くなつてくる。Richard らによると、老年期痴呆のおよそ半数が混合型とされる。

第4表 老年痴呆と脳血管性痴呆の鑑別

	脳血管性痴呆	老年痴呆
発症時期 経過	60才以上におこる 緩徐、時に急性、 階段状に進行	75才以上に多い 緩徐、潜行性
自覚症状 精神症状	初期に頭痛、めまい、しびれ感などあり 末期まで人格は保持される 症状の動揺性	なし 人格の崩壊が著明 動揺性少なく、症状固定あるいは進行性著明
その他	病識はかなり末期まで保持される 情動失禁、巢症状をともなう	病識は初期より欠如することが多い 多幸性、多弁

脳血管性痴呆の場合には、末期になっても人格が、かなり良く保持されていることや、病識が多くの場合、保たれていることが、老年痴呆の場合とことなっている。第4表に、老年痴呆と脳血管性痴呆との鑑別についてのべたが、これの差異は絶対的なものではない。治療は対症的に行なう。痴呆に対する原因療法はまだない。

＜5＞老年性うつ病

老人の機能的な精神障害のうちで最も頻度の高いものである。また頻度からいえば、実は老年期痴呆よりも高いという報告もある。たとえば、英国のNew Castle Survey と呼ばれる地域老人の実態調査によると、痴呆症状群の老人が6.2%に比して、うつ状態をもつものは14.1%であったといわれる。

高齢者になると、老化にともなう身体障害の苦痛や、社会的地位の低下および経済力の減退等を好むと好まぬとにかかわらず体験させられる。老人自体も環境の変化に対応する反応性や順応性の幅がせまくなり、かつ生物学的な予備能力も減退して、ストレスに対する防衛反応も円滑にいかなくなる。

老人をとりまく環境も、条件も、うつ状態をおこし易いものになっていることはあきらかである。ことに都市化のすすんでいる地域では、生産人口への重点施策、住宅問題や核家族化の状況など、老人にとって冷たい条件があるために、うつ状態にある老人が多いのであろう。老年性うつ病の主症状は、若年および壮年期うつ病にみられるものと本質的に同じである。すなわち、ゆううつな感情、悲哀感、精神運動の抑制、心気妄想、自殺念慮および睡眠障害等がみられる。この他に老人のうつ病には、いくつかの特徴点があげられる。

すなわち、

1・強い不安、焦燥感を伴うことが多い。いらいらして、些細なことに腹をたてる。焦燥のため、

手をにぎりしめたり、足をたえずうごかしたり、部屋の中をぐるぐるまわったりする。

2・頑固な心気症状を伴うことが多い。老人のうつ病のおよそ6割に心気症状がみられる。身体の不調や健康状態にとらわれて、たえず頭痛、頭重、疲れ易さ、胃痛、胃重感、便秘などを訴えてやまない。

3・全身性身体機能の低下をとまなうことが多い。ことにうつ病にみる食欲不振や自発性低下のため、老人のうつ病では栄養失調をきたすことがある。ことに独居老人に多い。

4・意識障害をとまなうことが多い。老人性うつ病のおよそ10%には、短期間ではあるが意識障害がみられる。このときには精神混乱状態となり、ときには幻覚がおこったり、また徘徊や自殺企図がある。

5・仮面うつ病の形をとるものが多い。頭痛、めまい、心悸亢進、呼吸困難、便秘、全身倦怠、脱力感などさまざまの身体的愁訴が前景にでて、うつ病に典型的な精神症状を蔽っていることが多い。このようなうつ病を仮面うつ病という。睡眠障害は、ほとんど共通してみられる。このような患者は、多く内科医あるいは一般医をおとずれ、不必要な検査や治療をうけていることがある。

治療は、一般うつ病の治療に準じて抗うつ剤を使用する。老人では、副作用としての嗜眠一意識障害がつよくおこり易いので、投与量に注意しなければならない。

4———社会的対策

増加する老年精神障害の社会的対策として

第1に老年精神疾患の予防と早期発見が考えられる。

第2に、老年期における健全なる精神健康を増進

することが必要である。

第3に、老年精神障害に対する適切な医療をおこなうことであろう。

最後に、心身ともに健全な老年期をおくるうえでの必要な教育を老人、さらに広く一般年令層の人々にも与えることが重要であろう。ことに老年精神障害は、身体合併症をとまなうことから、通常の精神医療のシステムだけでは不十分であって、広く各科全般に亘る全医療体系が常に受けられるようなシステムがのぞましい。さらに医療の面だけでなく、広く基盤にたった適切な老人対策を背景にもつことが理想的である。たとえば、経済的安定や、適切な住宅環境、精神的安定と社会的有用性が与えられる機会をもっていること、創造的活動の機会や余暇を積極的に利用できるような条件があることなどである。

このうち適切な医療と経済的安定とは、すべての老人に共通した欲求であろう。

殊に老人の精神衛生は、老人のもつ多くの諸問題と深くかかわりをもっている。また老人の情緒および精神障害の要因のうちで最もよくみられるものは、身体疾患と家庭環境といわれる。配偶者や肉親との死別、家族内の対人関係、退職や経済的困難なども、頻度の多い要因としてあげられる。個々の老人のもつ身体的、社会的および心理的要因を的確に把握し、それぞれに応じた適切な対策をたてるのが、老人の精神衛生についての対策をたてるうえで必須のことと考えられる。

老人の精神障害に対する社会的対策の具体的な方法としてまずあげられることは、施設老人の精神医療である。多くの老人ホームには、施設老人の精神障害について専門医の診察をうけることのできないものが、全国老人ホームのおよそ20%におよんでいる。

老年期痴呆や老人の性格異常、アルコール嗜癖や施設内の適応困難を示す老人は、およそ全施設老

人の20%と推定され、ホーム老人の苦痛はもとより、施設関係者の非常な重荷となっている。これらの老人精神障害者のための適切な専門施設の施設、専門医による巡回診療および指導、老人心理についてのホーム職員の研修など、早急におこなうべき対策であろう。

さらに在宅老人に対する精神医療として、病院あるいは医療施設で患者のくるのを待っているだけでなく、訪問〈home visiting〉して診療をすることが理想的と思われる。老年精神障害の多くが身体疾患を合併することや、老人精神障害の発症に大きなかかわりをもつ家庭環境自体をも、ありのままに認識することは、診断や、治療のうえに重要な示唆を与えることが多いからである。また老人の居住する家庭から動かさないことは、入院自体がストレスとなって精神荒廃やうつ状態をおこすことを防ぐことになる。

さらに地域に、老人が気がるに訪れることのできるような老人相談所やセンターがあつて、ここを拠点として精神医、内科医、心理技術士、ケース・ワーカー、保健婦、ホーム・ヘルパー、理学療法士ながチームをつくつて、家庭訪問や巡回診療・指導をおこなうことが理想である。相談所あるいはセンターが中心となつて、一般病院、精神病院、各種老人ホーム、リハビリ・センターなどが統合され、総合的な老人福祉、医療サービスをおこなうことができれば理想的である。

5 ————— あとがき

精神の老化は、すべての人にあまねくおこつてくる問題である。現在、青～壮年期にある人にも、近い将来、今日の老人問題が同じように、あるいはもっと深刻な形でふりかかってくるであろう。ことに都市において、老人は、都市化のさまざま

の問題のかげにかくされて<invisible>見えなくなってしまうがちである。

ひるがえって、理想的に言えば老年期こそすべての社会的な規制から解放されて自由な精神生活を営み得る、最も人間らしい時期でもある。是非そうでありたい。そのためには広い基盤にたった適切な老人対策が背景に必要であることを強調したい。

<聖マリアンナ医科大学教授・神経精神科教室>

<参考文献>

<1>金子仁郎, 新福尚武編 老人の精神医学と心理学
講座「日本の老人」I 垣内出版 1973

<2>加藤正明, 長谷川和夫編 老年精神医学 医学書院 1973

<3>Post, F, Clinical Psychiatry in Late Life,
Pergawon Press, London, 1970