

# 老年期の精神保健

## Mental Health in Old Age

三山 吉夫<sup>※1</sup>

Yoshio Mitsuyama<sup>※1</sup>

### I. 高齢社会

わが国は平均寿命のみならず、いわゆる自立可能な健康寿命（表1）の平均年齢も世界一の長寿国となり、その背景が各国から注目されている。その理由としては、国民の生活習慣とくに食生活と健康への関心の高さがあげられている。しかしながら、高齢者のQOLもわが国が世界一であるかとなると必ずしもそうではない。わが国では、寝たきり高齢者が多いこと、要介護者が多いことも先進諸外国から注目されている。少子高齢化が進み、わが国の総人口がピークになる2005年には、家族による介護・扶養能力は世界最低になるとさえいわれている。また、2025年には、75歳以上の後期高齢者が全人口の59.6%に達するとされている（総務庁報告）。この時代には要介護者が714.1万人、100歳以上の長寿者は168,000人に達するといわれ、寝たきりの高齢者は269.7万人、痴呆高

表1. 主な国の健康寿命

日本	74.5	(1)
オーストラリア	73.2	(2)
フランス	73.1	(3)
米国	70.0	(24)
韓国	62.3	(81)
中国	62.3	(82)
ロシア	61.3	(92)
インド	53.2	(135)
エチオピア	33.5	(182)
シエネラ	25.9	(191)

（資料：朝日新聞，2000.6）

表2. 少子高齢化

	2000年	2025年
日本の人口	1億2,745万人	1億2,009万人 （総人口が2005年でピークとなる。家族による介護・扶養能力は世界最低となる）
高齢人口の占める75歳以上の割合	39.1%	59.6%
100歳以上の長寿者	12,000人	168,000人
要介護高齢者	292.91万人	714.1万人
寝たきり高齢者		269.7万人
痴呆高齢者		398.6万人
老人医療費	11.3兆円	28.3兆円

（資料：総務庁報告，2002）

齢者が389.6万人に達し、老人医療費は28.3兆円に及ぶようになるとされる（表2）。老年期を前期老年期（65～75歳）、中期老年期（76～85歳）、後期老年期（86歳以後）にわけることがある。高齢者の健康に関する調査によれば、75歳までの前期高齢者で医療サービスを受けている者は少ないが、今後益々社会問題となるのは、人口動態でもその割合が増える86歳以後の後期高齢者の保健・福祉がこれからの課題となる。

### II. 精神老化の背景

老化は、誰にでも起こってくる現象で、脳の老化は精神老化の原因となるが個人差が大である。加齢とともに脳重量は減少し、80代になると本来の脳重（1,300～1,400g）から100gは減少するが、脳重の減少と精神機能の間に厳密な相関はない。ただし、脳重が1,000g以下になると精神機能は明

※1 宮崎大学医学部名誉教授  
Miyazaki Medical College, University of Miyazaki  
大悟病院老年期精神疾患センター  
Psychiatric Center for the Elderly, Daigo Hospital

らかに低下する。脳の老化にともなってみられる病理学的所見には、神経細胞の脱落、老人斑（アミロイド沈着）や神経原線維変化（磷酸化タウ蛋白の沈着）の出現である。これらの病変は、近年アルツハイマー型痴呆の原因として、その発現過程の研究のテーマとなっている。その他の脳の病変としては、アミロイドが血管壁に沈着するアミロイドアンギオパチー（高齢者の脳出血の原因の一つとなる）、レビー小体（神経細胞内に広範囲に沈着して痴呆の原因となる）などがある。脳内の動脈硬化性病変も加齢とともに頻度が高くなる。高齢になるほど精神老化の病理学的背景は複雑となる。

### Ⅲ. 老年期の精神障害

#### 1. うつ病<sup>1)</sup>

人は不安の存在といわれるが、高齢者の抱える不安は若年者よりも持続的で頻度が高い。総務庁資料（1998）によれば、老後に不安を感じている者は、成人の80%にも及ぶとある。不安の内容としては病気(54%)、経済に関する不安(42%)があげられ、現代社会は「経済が豊かで社会が活力に満ちているとは思われない」(83%)、「福祉が充実して誰もが安心して暮らせるとは思わない」(80%)とされる。一般国民の要望としては、公的年金の充実(50%)、老人医療の確保(40%)、自己負担は現状で給付内容の見直し(36%)などがあげられている。このような状況は、今後少子高齢化が進むなかで益々深刻化することが予測される。老年期の精神障害として最も頻度が高いのは、うつ病である。うつ病はプライマリーケアの10%にみられるとされ、生涯罹患率（一人の人が生涯に罹患する率）は、女：25%、男：13%とされる。実際、うつ病で通院加療を受けている者の割合は加齢とともに増加し、25～34歳では0.8%が75～84歳では3.8%、85歳以上では4.6%に達する。わが国では自殺者数が年間3万人を超えている状況が5年間続いている。とくに60代以上の自殺者が多いことに注目する必要がある。交通事故死が年間1万人以下の時代に自殺者が3万人を超している事実は、老年期の精神保健への対応が貧

弱であることを示している。自殺の動機として、健康問題(40%)、経済・生活問題(25%)が大半を占めていることから、わが国における高齢者の福祉環境の質の低さが指摘される。

高齢者の自殺の原因として、うつ病が最も多いが、その他には慢性脳疾患（痴呆のはじまりも含まれる<sup>2)</sup>）、アルコール依存症、急性錯乱状態などがあげられる。高齢者のうつ病は、若年者のうつ病ほど症状がはっきりしないことが多く、なんとなく元気がない、身体の不調にこだわる、食欲・睡眠の障害等があっても加齢ともなうものと家族が判断したり、精神科受診への抵抗や診断への恥じらいなどが早期対応の遅れとなったりする。他方、医師側にもうつ病に関する知識不足、診断能力の不足、治療可能であるという認識の不足等が対応の失敗、さらには自殺にいたらしめることになる。精神療法家の養成、専門医との連携システムの不備などが今後の課題となる。

#### 2. 痴呆<sup>3)</sup>

うつ病の次に高齢者の精神障害で問題となるのは痴呆である。痴呆性老人の割合は加齢とともに増加する。厚生省調査班による報告では、痴呆性老人の頻度は、65歳以上で1985年には6.3%であったが、2010年には7.9%、2020年には8.6%、2030年には9.9%に達するとされる。

痴呆の中核症状に記憶障害がある。加齢とともに記憶力は低下するが、痴呆の初期症状としての記憶障害が年齢相応か痴呆の初期症状かの鑑別は必ずしも容易ではない。物の置き場所を忘れる、換語困難のために名前や物の呼称に失敗したり、時に置き場所、約束を忘れることがあっても、それまでしてきた複雑な仕事を遂行したり、込み入った社会生活に適應していく上で明らかな支障はなく、親しい友人や同僚にも気づかれない程度の記憶障害は年齢相応とされる。他方、アルツハイマー型痴呆に発展するかもしれない状態としては、記憶障害があつて、家族が「あれっ」と感じる場面が多くなったり、同じことを何回も言ったり、物のしまい忘れが目立ったりすることに加えて、それまで示していた関心、興味、意欲が減退してく

る状況などがあげられる。現在わが国の痴呆性老人の数は、170万人とされているが、2035年には300万から400万人に達するともいわれている。痴呆の原因疾患として最も頻度が高いのはアルツハイマー型痴呆（43%）、次いで脳血管型痴呆（30%）で、残りがその他とされる。アルツハイマー型痴呆の定型的な臨床経過は、物忘れの記憶障害にはじまり、失見当識、判断力低下とともに着衣がうまくできない、洗面、食事、排泄等の行為障害（失行症）や方向・場所の認知障害（空間認知障害）等の神経心理症状を経て高度痴呆の状態となる。MRIや脳血流シンチ（SPECT）が診断に役立つこともあるが、早期の診断は生活能力と精神機能の評価による。髄液中のアミロイド、タウ蛋白、ユビキチン蛋白の測定も検討されているが、まだ一般化にはいたっていない。発症してからの経過は、7～10年である。病理所見では、脳重量が減少し、脳全体が萎縮しているが、側頭葉とくに海馬およびその周辺領域での萎縮がめだつ。組織学的には、神経細胞の脱落に加えて、アミロイド沈着の老人斑、異常リン酸化タウ蛋白沈着による神経原線維変化が主な病変である。これらの病変は、80歳以後になると、生理的にも見られる所見であるが、痴呆高齢者の脳にはその程度が強い。ただし、後期高齢者では、これらの所見について生理的変化と病的変化の線引きをどのようにおこなうかについては議論の余地がある。これらの病変が高度であるにもかかわらず生前には痴呆が明らかでなかった症例やその逆の症例も稀ならず存在することから、後期高齢者のアルツハイマー型痴呆の病理所見が一様でないことは明らかである。アルツハイマー型痴呆の危険因子としては、家族歴、頭部外傷、アポリポ蛋白E4/4型、ホモシスチン血症、高脂血症等が報告されているが、いずれも決定的な因子とはされていない。アルツハイマー型痴呆の発症は複合要因によるものとされる。アルツハイマー型痴呆と診断されてからの生命予後は、健常者の余命よりも短く、65歳の発病例では67%の短縮、90歳時の発病例では39%に短縮され、60～70代前半の発病での平均余命は7～10年、90代では3年以下とされる<sup>4)</sup>。アル

ツハイマー型痴呆では、アセチルコリン系のニューロンが障害され、脳内でのアセチルコリン活性が低下している。脳内のアセチルコリンの分解を抑制することによって脳内アセチルコリン活性を高めようとする治療が、近年おこなわれるようになった<sup>5)</sup>。塩酸ドネペジルは、その代表的な薬剤で、わが国でも広く用いられている。ただこの薬剤は、残存する神経細胞の活性を維持することを目的とするもので、アルツハイマー型痴呆そのものの予防や記憶障害を中心とする中核症状の改善を目的とするものではなく、病気の進行を遅らせることが主な目的とされている。同種の薬剤は、諸外国でも開発され使用されている。治療の新しい試みとして、アミロイドに対する抗体を作成し、免疫療法に発展させようとする報告がある。近い将来、痴呆の中核症状（記憶障害、判断力低下、失見当識等）そのものが治療される時代がくることも期待される。

アルツハイマー型痴呆に次いで痴呆の原因として頻度が高いのが、脳血管型痴呆である<sup>6)</sup>。高血圧症、糖尿病、心臓病、高脂血症、高尿酸血症等の脳血管や脳血流に影響をおよぼすような危険因子が長期間存在すると、脳出血、脳梗塞、脳虚血状態を起こし、多発性の病変が存在して痴呆化した状態が脳血管型痴呆である。脳血管型痴呆の病理像は、脳内動脈の硬化性病変とラクナと呼ばれる小梗塞が脳に広く分布（多発小梗塞）することである。脳血管型痴呆の危険因子は、いわゆる生活習慣病と呼ばれるもので、高齢者にいたるまでの生活習慣の改善によって予防が可能である部分も多い。近年の国民の健康意識の向上とともに、今後脳血管型痴呆の頻度は減少することが予測され、高齢者の痴呆の原因としては、脳の加齢に関係があるアルツハイマー型痴呆の割合がさらに増加することが予測される。生前の診断にMRIやSPECTが有効である。

痴呆の予防には、心身のバランスがとれた生活習慣が望ましいことはいうまでもない。適当な社会への参加は、脳を活性化する。規則的な運動は身体機能を維持するためにも必要であり、寝たきりから痴呆化への進展予防にもなる。バランスの

とれた栄養の摂取は、脳を保護するためのすべての基本でもある。近年開発されている薬物による治療も、これらの日常生活への配慮の有無が効果を左右する。

高齢者の介護問題では、介護者の精神保健の問題が大きな課題となる<sup>7), 8)</sup>。厚生省(2001)の報告によると、在宅介護にあたっている介護者で精神的負担を訴える頻度は64.4%と高く、被介護者に憎しみの感情を抱いたことがある者は68.3%に達し、被介護者に虐待経験のある者は45.9%とある。高齢者の介護に関する社会的資源としては、家族、ボランティア、訪問介護、施設入所等がある。成年後見制度の理解と普及も急がれる課題である<sup>9)</sup>。これらの資源が高齢者の目線で効果的に機能するには、地域ぐるみの介護サポートネットワークが必要とされる。看病に疲れたという遺書を残して高齢者夫婦が無理心中したという社会記事が報道されるようでは、わが国が福祉国家と呼ばれるには程遠い状況とされる。介護者の精神保健に関連がある現象に高齢者の虐待問題がある。被害者は80代の女性が多く、被害者も加害者も女性が多い。虐待の内容としては、世話の放棄、身体的虐待、経済的虐待が多いとされる。加害者は、息子、息子の妻、娘の順に多く、主たる介護者になる者が同時に加害者になりやすいという構図がある。孫から「早く死ね」と言われて食事が与えられなかったり、「昔叩かれた恨み」と言って体位変換をしなかったり、脅し、侮辱、金銭的・物質的搾取、性的虐待などが報告されている。介護者の心のケアには、介護者のストレス(不安、罪悪感、喪失感、無力感、閉塞感、孤立感等)を被

介護者と同程度に対応する体制づくりが必要とされる。国連高齢化世界(1991)では、高齢社会の目標として自立、参加、ケア、自己実現、尊厳が提唱された。尊厳死協会も設立されている。人生を終えるまで人間としての尊厳が保障される社会こそが福祉社会と呼べるであろう。

本稿は日本看護学会老年看護(2003.9, 宮崎)での講演内容に加筆したものである。

## 文 献

- 1) 三山吉夫：高齢化社会での老年期うつ病，精神医学，43：601-605，2001
- 2) 三山吉夫：痴呆の前駆症状としてのうつ状態，老年精神医学，11：1398-1402，2000
- 3) 三山吉夫：老年期痴呆の病態と対応，九州神経精神医学，47：1-5，2001
- 4) Ron Brookmeyer, et al.: Survival following a diagnosis of Alzheimer disease, Arch Neurol 289：963-968，2003
- 5) Van Gool WA, et al.: Cholinesterase inhibitors for Alzheimer disease, JAMA 289：2359-2361，2003
- 6) 三山吉夫：脳血管型痴呆の病態と診断，臨床精神医学，30：245-251，2001
- 7) 畑田けい子，ほか：在宅痴呆老人の介護者の精神健康について，九州神経精神医学，41：45-53，1995
- 8) 今井幸充：高齢者の精神障害を支える家族，臨床精神医学，27：257-263，1998
- 9) 三山吉夫：痴呆と意思能力，治療，80：1713-1716，1998