脳の老化と精神症状**

Aging of the Brain and the Psychiatric Symptoms

飯 塚 礼 二*

REIJI IIZUKA, M.D.

わが国においても長寿化がすすむと同時に脳の老化にもとづく精神症状，なかでも痴呆についての諸問題がとりあげられるようになった。この論文では脳に出現する主要な老化性病変についての概要を述べ，ついでそれらの脳病変を基盤とする精神症状を，老年痴呆を例として説明した。即ちその頻度，臨床症状，及び痴呆に随伴する治療可能な種々の精神症状について解説した。終りに老年痴呆の治療について，各症状毎に対症的に用いる薬剤をあげ，ついで現在最も具体的に重要な問題であるケアに関してその実体と理念を説明した。

索引用語：老化，老年痴呆，Alzheimer 病，痴呆

Key words：aging, senile dementia, Alzheimer's disease, dementia.

はじめに

最近わが国においても長寿化が進むとともに，あらためて老化現象についての諸問題がとりあげられるようになった。脳も他の臓器と同じく老化に基づく変化を示す。脳には身体的運動，感覚などの神経学的な分野の機能の他に，特に人間に特有な精神機能が宿っている。従って脳に老化に基づく変化が生ずるとその結果として精神障害や神経症状が現われる。この小論文では特に脳の老化性変化についての基本的な知識と，それに基づいて起こる精神症状について述べることとする。

脳の主要な老化性病変^{1,2)}

脳の老化性病変といわれているものの種類は多い。しかしながら常識的に最も一般的かつ普遍的

なものを挙げると，神経細胞内のリポフスチンの沈着，神経細胞軸索の膨隆(Spheroid)，Alzheimer 原線維変化，老人斑，神経細胞の脱落，神経膠細胞の増生などがある。これらの諸変化がどのような機制に基づいて生ずるかについては未だわかっていない。しかしながらリポフスチンの沈着や Spheroid の形成などは特殊の場合を除いては直接精神症状を惹起するような重大な障害になるとは考えられていない。従って精神症状との関連という意味では神経細胞の脱落消失，Alzheimer 原線維変化，老人斑の3者が最も重要視されている。このうち神経細胞の脱落については殆んどその機序が不明である。

Alzheimer 原線維変化(以下 ANT)は，元来神経細胞の突起中に存在する重要な線維構造物である神経原線維，なかでも Neurofilament (神経細胞線維)と呼ばれる構造物が変化して起こるのであると考えられている。電子顕微鏡のレベルで観察すると，ANTには2種類ある。一方は一定の太さの管状構造をもった線維が密に並行して，神経細胞の胞体内では細胞小器官を押しよけるように

* 順天堂大学医学部精神々経科・教授
Department of Psychiatry, Juntendo
University School of Medicine

** 第231回順天堂医学会学術集会〔Nov. 10, 1984〕
(Jan. 11, 1985 受付)

束状をなして細胞体の長軸に沿って存在する。このような ANT は大脳皮質の神経細胞が Alzheimer 原線維変化に陥った場合に多く出現し、通常の鍍銀染色標本ではあたかもローソクの焰がゆらいででもいるかのように見える。他は主として脳幹部の神経細胞が Alzheimer 原線維変化に陥った場合に現われるもので、電子顕微鏡では丁度一定の間隔で縄をなつたように太い所と細い所があるねじれ状の細管構造が渦を巻いたように集まっている。従来 ANT の典型的構造とされていたものである。元来健康な神経細胞では、神経原線維は神経細胞々体内で産生された種々の活性産物が軸索突起中を輸送されて、その末端で神経伝達物質などとして働く上でいわばベルトコンベアーともいふべき重要な役割を持っているとされているので、この神経原線維が ANT に陥ることは、神経細胞機能の上に重要な障害を惹起すると考えられる。

老人斑は、最近になってその構成成分の中に必ずアミロイドと呼ばれるグロブリン系の蛋白成分を含んでいることが明らかとなり、何らかの免疫機構が関与した形成物であろうとの考え方が有力となってきた。勿論アミロイドの他に神経細胞突起や神経膠細胞などの成分が変性したものも老人斑の構成成分として重要な役割を持っているので、老人斑がしばしば神経細胞の10倍以上もの大きさを持つことから考えても、これが多発すれば脳の機能に障害が起こることは容易に想像できるし、事実老人斑の数と精神症状との間には、老人斑が一定数以上多発した場合には相関があるとの報告もなされている。ANT、老人斑の発症機構の研究は今後の脳老化機構の研究の上で重要な課題である。

脳の老化性病変に基づく疾患 ——老年痴呆と Alzheimer 病

精神医学の教科書では脳の老化性の病変に基づく疾患として老年痴呆と初老期痴呆とが挙げられている。共に末期には高度の痴呆に陥る治療の困難な疾患とされている。初老期痴呆は更に Alzhei-

mer 病と Pick 病とに区別する。現在のところこの2つの疾患は一応それぞれ別の疾患とされている。ところで最近になって老年痴呆と Alzheimer 病とは神経病理学的所見は本質的には同一であるという立場にたつてこれを区別せずに取り扱うことがより一般的に認められるようになった。その病理所見の中心は前述した神経細胞脱落、ANT 及び老人斑の多発である。他方いわゆる正常の精神能力を保持していた老人であっても死後脳を検討してみると、その量は少ないが殆んど毎常これらの老化性脳病変が認められる。そこで正常老人と老年痴呆と Alzheimer 病に共通するこれらの病変についての研究が基本的な脳の老化過程の本質の追及に最も有用であろうとの観点にたつて最近世界各国で一斉に SDAT (Senile dementia of Alzheimer type) 又は ATD (Alzheimer type of dementia) という表現で従来の老年痴呆と Alzheimer 病を区別せずに取り扱いながら多彩な研究が行われている。

老化過程に限らず、脳が慢性(進行性)にびまん性に広く障害を受けた場合には、一般に痴呆と呼ばれる症状が出現する。この使いなれた言葉の正確な定義は存外難しい。

最近の米国精神科学会の定義(DSM III)³⁾では「社会的あるいは職業的能力が妨げられる程重篤な過去に獲得された知的能力の低下」とされている。脳の老化過程を基盤とする痴呆の場合にもこの原則はよくあてはまる。通常 SDAT の場合、まず最初軽い性格変化が起こり感情が不安定になるなどの初期症状を経て記憶力障害を中心とした記憶障害、失語、失認失行などの単症状、見当識の障害、思考や判断の障害が持続的に進行し、生活には全面的な介助が必要となる。ある時期からは錐体路及び錐体外路症状を中心とした神経症状が加わり、次第に四肢の拘縮を伴う「寝たきり」の状態に陥り、最終的には植物的状態に至る。最近では脳 CT が診断にしばしば応用される。新井ら⁴⁾によると SDAT を病勢により3期に分けてそれぞれその各時期の CT を比較すると正常者との間には勿論、疾病の進行度と CT 像上の脳萎縮

表1 老人にみる精神障害の頻度 N:4,716
(長谷川⁵⁾より)

老化性精神疾患:	4.5%	} 7.0%
老年痴呆	1.2	
脳血管性痴呆	2.7	
分類不能性痴呆	0.6	
非老化性精神疾患:	2.2%	
神経症	0.8	
うつ病	0.8	
その他	0.5	
その他の脳器質性神経精神疾患	0.2%	
精神老化	3.3%	

との間には明らかな関連が認められ, SDATが脳の老化過程の進行に並行して悪化する疾患であることが明瞭であるという。

脳老化性精神障害の頻度とその主な症状

1 頻度と種類——SDAT と MID

65歳以上を一応の目安として一体どの位の脳老化性の精神障害者が存在するかについては多くの報告がある。1例として長谷川ら⁵⁾の東京都における調査の結果は第1表の如くである。即ち明瞭な精神障害としての症状を示す老人は全体の7%でありそのうち4.5%が老化に基づくものとされている。この場合重要なことはSDATに相当するものは1.2%のみであり脳血管性の痴呆(その殆んどは種々の口経, ことに小口経の脳動脈硬化症に

基づくと考えられ, 最近是多発性脳梗塞 Multi infarct dementia, MID と呼ばれることが多い)がその2倍以上を占めているという事実である。脳血管性痴呆の場合には原則として神経細胞自体の老化性病変に原因がある訳ではなく, 血管障害に基づく神経組織の代謝障害のため神経細胞の機能不全が生ずると理解できるので, 予防としては脳血管の動脈硬化性病変の発生を防ぎ, また治療としても同じ目的での努力が基本的となる。また神経細胞それ自体に病変がないので, 脳循環改善作用を持つ薬剤や, 神経細胞の代謝賦活剤の効果が期待できるなどの条件がある。従って臨床の段階ではSDATとMIDとを可能な限り鑑別することは極めて重要である。MIDについても多くの研究成果があげられているが本論文の主題である脳自体の老化による精神障害とはその病理学的なりたちが異なるので, ここではこれ以上は立ち入らないこととしてここにはSDATとMIDの簡便な鑑別診断法のひとつとして最近松下⁶⁾が提唱している, いわゆる天秤法の図を掲げておく(第1図)。

なお, もうひとつMIDについて知っておくべきことは, 老人の精神障害の出現率が欧米とわが国とで殆んど変わらないが, SDATとMIDとの割合は欧米ではわが国とほぼ逆転しておりSDATがMIDの約2倍となっている事実である。これがどのような要因に基づいているかは今後多面的に考察すべき問題で現在のところはその理由について

図1 天秤法—脳血管性痴呆 (M.I.D.) と Alzheimer 型痴呆 (S.D.) の鑑別 (松下⁶⁾より)

夜 間 譫 妄	24.2%
幻 覚 ・ 妄 想	14.8%
う つ 状 態	12.1%
徘 徊	11.0%
心 気 状 態	10.4%
不安焦燥状態	9.9%
攻 撃 的 行 為	4.4%
弄 火	3.9%
不 潔 行 為	2.2%
自 殺 企 図	1.1%

図2 痴呆の随伴精神症状の出現頻度
(長谷川⁵⁾より)

はよく判っていない。

2 痴呆に随伴する症状

痴呆に陥った患者は痴呆自体のために示す精神症状の他に、これに随伴して種々様々の精神症状を示す。実際に患者の介護に当たる家族や周囲の者にとってはむしろこの随伴症状の処置の方が大変な場合も少なくない。第2図にそれらの随伴症状を頻度の高いものから順に示す。第1位の夜間せん妄とは、痴呆老人が昼は比較的静穏にウトウトして、夜になると入眠せず大声をあげたり、場所や時間をまちがえて外に出ようとしたり、時には不安が強く幻視を中心にした幻覚を示したりする場合を示す。本人の安静が保てないのみならず周囲の人々も睡眠がとれず、また入院中ならば他の患者にも迷惑が及ぶなど扱いにくい症状である。第2位の幻覚・妄想は上に述べたせん妄状態に伴うものと、そのみが頑固に訴えられて訂正し難い場合とがある。自分で置き忘れた品物や金銭などを盗まれたと主張してゆずらないなどの例である。また一般に老人は何か心身に不調がある場合には抑うつ的あるいは心氣的となりくよくよと自己の心や身体の不安全感に悩むことが多いが、軽い痴呆のある時にはしばしばこの傾向が著明になり、しかも痴呆のために不合理な悩みかたを示すことも多い。周囲からそれを指摘してもそれを納得しないのみか、かえって不安に陥って落ち着かなくなったり、時には攻撃的になったりする場合もある。目的もなく火をもてあそんだり、自分の糞尿を手や口にするなどの行為はすでに痴呆が

ある程度進行した時に見られるものだが、それだけに説明や禁止の意味を理解できずに反覆されるため、周囲の困惑をまねくことも少なくない。老人の自殺頻度は欧米では極めて高いとされている。わが国においても最近ではしばしばとりあげられるようになってきたが、これは殆んど抑うつ状態を基盤にした現象であり、しかも寧ろ痴呆がないか、あっても極めて軽度の場合に限って問題となる現象である。

ここで重要なのは、以上述べた痴呆に随伴する様々の精神症状は、現実には痴呆それ自体の示す基本的症状以上に周囲の人々や、あるいは痴呆老人自身を悩ますものであるが、最近では治療によってそのうちのいくつかはかなりの程度にまで克服あるいは改善されるようになっていることである。残念ながら私共は現在のところまだ脳老化に基づく痴呆を直接に改善させる確たる治療法は持っていないが、随伴精神症状に対しては充分対処できることを心得て、若し痴呆老人が上に述べた様々の精神症状を示した場合には早急に充分の手を尽くす必要がある。

治 療

1 痴呆に随伴する精神症状に対する薬物治療

夜間せん妄に対しては、まず昼夜のリズムを正常化するとともに、共存する幻覚や妄想を抑えることが必要である。そのためには日中は少量のThioridazine (Melleril) や Levomepromazine (Hirnamine) などを用いて興奮性を抑え、夜間は Beuzodiazepine 系の睡眠導入剤ないし眠剤 (Benzalpine, Eurodine など) を適宜用いるのが基本である。活発な幻覚や妄想の存在する場合にはその他 Haloperidol (Serenace) など力価の高い抗精神病薬の使用も必要である。一般に老人は有効量と中毒量の幅が狭くまた薬剤の効果が遅れて出現することも多いので、たとえ症状が明瞭で早急に鎮静効果を期待したい場合であっても最初は体重当たりの通常薬用量よりは少量から開始して、その効果をみながら増量するのが原則である。また適当な薬剤の効果が得られた場合にもその薬用

量をいたずらに長期間連用することは避けて、常にできる限り少量を用いるように配慮する必要がある。また興奮の激しい老人に対しては常に循環系の動態を中心にして心機能及び血圧の状態をチェックしながら与薬する必要がある。更に老人の場合、向精神薬や眠剤によってフラツキなどの副作用がみられる場合も決して少なくない。よろめいて転倒しただけで容易に大腿骨頸部骨折など治療に長い期間を要し、その間の安静で筋力低下を招く疾患を惹起することを考えて、単に精神症状を急いで鎮静化させることにのみ注意を奪われないように留意することが大事である。

抑うつ状態の場合には一応三環系あるいは最近では四環系の抗うつ剤を用いる。これらの抗うつ剤が、老人でしばしば合併する緑内障や前立腺肥大を有する患者ではその症状を悪化させる可能性のあることに留意する必要がある。

最近では老年痴呆自体を改善するとして用いられる薬剤が多数売り出されており、一部は健康保険の適用もうけている。前述したように脳血管性の痴呆の場合にはこれらのいわゆる脳代謝賦活剤が治療効果を示す可能性は否定しきれないが、神経細胞の老化に基づく痴呆の場合には現在のところ確実な効果を期待しうる薬剤はあまりないと思う。但し痴呆が軽度の場合にはその進行を停止しないしは少なくとも遅くさせる効果はある程度までは望める可能性がある。また痴呆患者を抱えて日夜苦勞をしている家族にとっては、たとえその効果が限定されたものであっても、“効く薬”があり得るといことが大きな心の支えとなる場合もあろう。老人の痴呆患者の薬剤治療に際してはこれら多くの要因を考えうえて最も適当な方法を選ぶことが大切である。原則的には使い慣れて効果の現われ方をよく知悉した何種類かの薬剤を準備しておき、これを少量から始めてみるということになろう。徒らに未経験の新薬を次々に用いると思いがけぬ陥し穴があって、“角をためて牛を殺す。結果を招来する場合があることに留意しなければならない。

2 看護 (Care)

上述したように痴呆に随伴した種々の症状については、適当な薬剤を選んで用いることにより一定の効果を期待することができるが、一度始まるとそれ自体は緩急の別はあっても進行性に経過するのが脳の老化に起因する痴呆の特徴といえよう。従ってそのような老人と一緒に生活し介護する家族にとっては常に大きな困難があり、その対処に工夫が必要である。最近の東京都在宅痴呆老人の調査⁷⁾によると、老年痴呆の場合は76%に問題行動があり、当然ながら痴呆の程度が進行するにつれてこの割合は多くなる(表2)。脳血管性痴呆の約2倍の割合で問題行動が多い。その問題行動の内容は殆んどが上述の痴呆に随伴する精神症状の項目で述べた内容とよく一致している(表3)。更に在宅の老人でありながら心疾患、関節痛、神経痛、白内障などの身体的合併症を有する場合が20%に達している(表4)。即ち痴呆老人の少なくとも5人に1人は同時に何らかの身体的合併症を持っていることになり、その介護は複雑かつ困難になる。しかも自己の身体的不全に関しても理解をもたないこれら老人では不注意や無理のために大腿骨頸部骨折をはじめ種々の外傷を受ける可能性も高い。これらの痴呆老人を抱えている家族がその介護に際して感じている困難をまとめると表5の如くである。即ちいつまで続くか予想できない看護生活について心身の疲勞を訴える場合が最も多く、次いで本来行わねばならぬ家

表2⁷⁾ 問題行動の有無(性別・程度別・種類別)

		総 数	あ り	な し	不 明
総 数		100.0 (198)	41.9	57.1	1.0
性 別	男	100.0 (77)	32.5	66.2	1.3
	女	100.0 (121)	47.9	51.2	0.8
程 度 別	軽 度	100.0 (83)	25.3	73.5	1.2
	中 等 度	100.0 (49)	38.8	61.2	—
	高度および非常に高度	100.0 (66)	65.2	33.3	1.5
種 類 別	老 年 痴 呆	100.0 (25)	76.0	24.0	—
	脳 血 管 性 痴 呆	100.0 (72)	40.3	56.9	2.8
	鑑別困難な痴呆	100.0 (51)	49.0	51.0	—
	そ の 他	100.0 (90)	20.0	80.0	—

	総 数	攻 撃	不 潔	徘徊	外出して迷う	火の不始末	蒐集癖	乱 買	過 食	他言いふらす 他人に嘘を	性的異常行為	盗 み	大声を挙げる	夜家族を起こす	家族をはなさない	そ の 他
総 数	100.0 (198)	5.1	12.6	6.1	8.1	5.1	3.5	0.5	4.5	2.0	0.5	0.5	7.1	11.1	6.6	14.6
性 別																
男	100.0 (77)	5.2	5.2	3.9	3.9	2.6	3.9	—	3.9	—	1.3	—	6.5	9.1	3.9	14.3
女	100.0 (121)	5.0	17.4	7.4	10.7	6.6	3.3	0.8	5.0	3.3	—	0.8	7.4	12.4	8.3	14.9
程 度 別																
軽 度	100.0 (83)	—	6.0	—	—	2.4	—	—	2.4	—	—	1.2	3.6	1.2	3.6	12.0
中 等 度	100.0 (49)	—	10.2	4.1	2.0	2.0	2.0	—	2.0	—	—	—	10.2	10.2	6.1	14.3
高度および 非常に高度	100.0 (66)	15.2	22.7	15.2	22.7	10.6	9.1	1.5	9.1	6.1	1.5	—	9.1	24.2	10.6	18.2
種 類 別																
老 年 痴 呆	100.0 (25)	24.0	20.0	24.0	40.0	12.0	16.0	4.0	12.0	12.0	—	—	8.0	20.0	12.0	32.0
脳血管性痴呆	100.0 (72)	2.8	15.3	5.6	4.2	5.6	2.8	—	6.9	1.4	1.4	—	5.6	6.9	4.2	12.5
鑑別困難な痴呆	100.0 (51)	3.9	11.8	3.9	5.9	2.0	2.0	—	2.0	—	—	2.0	11.8	19.6	11.8	17.6
そ の 他	100.0 (50)	—	6.0	—	—	4.0	—	—	—	—	—	—	4.0	4.0	2.0	6.0

(重複回答)

表 3⁷⁾ 問題行動の内容

(性別・程度別・種類別)

	総 数	高 血 圧	脳血管性障害 (後遺症)	心 疾 患	肝 疾 患	腎 疾 患	胃腸疾患	呼吸器疾患	糖尿 病	神経疾患	関節痛神経痛	頭部外傷 (後遺症)	その他の外傷	白 内 障	そ の 他
総 数	100.0 (198)	40.4	29.8	16.7	4.9	3.0	10.1	5.1	4.5	5.1	21.7	0.5	6.1	24.2	29.7
性 別															
男	100.0 (77)	39.0	45.5	18.2	3.9	5.2	14.3	3.9	6.5	6.5	13.0	1.3	2.6	16.9	16.9
女	100.0 (121)	41.3	19.8	15.7	4.1	1.7	7.4	5.8	3.3	4.1	27.3	—	8.3	28.9	21.5
程 度 別															
軽 度	100.0 (83)	41.0	27.7	7.2	2.4	2.4	13.3	9.6	3.6	6.0	25.3	—	2.4	19.3	18.1
中 等 度	100.0 (49)	55.1	34.7	28.6	4.1	4.1	10.2	2.0	8.2	6.1	20.4	—	6.1	36.7	26.5
高度および 非常に高度	100.0 (66)	28.8	28.8	19.7	6.1	3.0	6.1	1.5	3.0	3.0	18.2	1.5	10.6	21.2	16.7
種 類 別															
老 年 痴 呆	100.0 (25)	12.0	—	24.0	—	—	4.0	—	4.0	—	20.0	—	12.0	20.0	8.0
脳血管性痴呆	100.0 (72)	54.2	70.8	19.4	4.2	5.6	11.1	2.8	5.6	6.9	13.9	—	5.6	25.0	15.3
鑑別困難な痴呆	100.0 (51)	43.1	9.8	15.7	5.9	2.0	7.7	5.9	7.8	3.9	29.4	—	3.9	25.5	33.3
そ の 他	100.0 (50)	32.0	6.0	10.0	4.0	2.0	14.0	10.0	—	5.0	26.0	2.0	6.0	24.0	18.0

(重複回答)

表 4⁷⁾ 現在の身体合併症

(性別・程度別・種類別)

	総 数	心身の疲労	時間が ない 余裕	家庭・家族間 のトラブル	睡眠不足	問題行動の 対処が難しい	経済的負担	そ の 他
総 数	100.0 (62)	80.6	45.2	4.8	35.5	17.7	9.7	6.5
性 別								
男	100.0 (24)	87.5	37.5	—	37.5	12.5	8.3	4.2
女	100.0 (38)	76.3	50.0	7.9	34.2	21.1	10.5	7.9
程 度 別								
軽 度	100.0 (13)	76.9	46.2	—	30.8	7.7	7.7	15.4
中 等 度	100.0 (14)	85.7	50.0	—	14.3	14.3	7.1	7.1
高度および 非常に高度	100.0 (35)	80.0	42.9	8.6	45.7	22.9	11.4	2.9
種 類 別								
老 年 痴 呆	100.0 (12)	66.7	50.0	25.0	25.0	33.3	8.3	8.3
脳血管性痴呆	100.0 (20)	90.0	50.0	—	45.0	10.0	10.0	—
鑑別困難な痴呆	100.0 (20)	80.0	45.0	—	30.0	25.0	5.0	5.0
そ の 他	100.0 (10)	80.0	30.0	—	40.0	—	20.0	20.0

表 5⁷⁾ 介護困難の内容

(性別・程度別・種類別)

表6 老年痴呆患者ケアの要点 (室伏⁹⁾より)

- ① 急激な変化をさける。
- ② 安定の位置を占めさせ、安心して安住出来るようにする。
- ③ 受容的態度で接する。
- ④ 老人の言動を許容し、老人を尊重する。
- ⑤ 老人のペース、知的レベルに合わせる。
- ⑥ それぞれの老人の反応様式や行動パターンを把握し、対処する。
- ⑦ 老人どうしのなじみ感にねざした仲間や集りをつくる。
- ⑧ 適切な刺激をたえずあたえ、その老人にあったものをやらせる。
- ⑨ 孤独にさせない。寝こませない。
- ⑩ 日常生活の基本動作を介助のもとで指導、訓練する。

事や子供達への配慮などが老人の介護に時間をとられるために不十分になり、時には家族内のトラブルの原因となる、種々の精神症状やそれに伴う問題行動にどう対処したらよいか判らず、また何かしようとしても老人が理解しないため困難である、殊に老人の夜間せん妄のために家族も夜充分の睡眠をとることができず、ひいては日中の仕事の能率にも影響が及んで来る、などがあげられている。いずれもよく理解できるしまた同時に解決がそう簡単にはゆかないものである。これらの問題の解決のためには社会的な痴呆老人介護対策がきめ細かくシステム化されて満遍なくゆき渡ることが重要である。わが国においてもその原則的な方向性は最近漸くできつつあるが、まだとても現実の運用が軌道に乗ったとは云い難いのが実状であり、尚一層国や地方自治体を中心にしたこの方向への努力が望まれる。ともあれ第一線の医師の立場ではひとりひとりの患者の症状と、その患者をとり巻く家族の状況もよく理解したうえで可能な限りの方法を構ずるのが限界であろう。

ところで老年痴呆患者のケアを実施するにあたってはいくつかの重要な原則がある。最近室伏⁹⁾

は自らの経験を基礎にして表6の如き10原則を述べている。これはいづれも基本的に重要な老人痴呆患者ケアのための基礎といつてよい。しかしながらこの一見当然のように見える原則を実際に実行するにあたっては、老年痴呆についての医学的知識とともに、痴呆老人に対する愛情と熱意が欠くべからざる条件として必要である。

ま と め

脳の老化の形態学的変化の要点と、これによって生ずる精神症状を概説し、その治療とケアとの要点を述べた。この小論が恐らくこれから日毎に増加すると思われる痴呆老人の理解と対策のうえにいくらかでも役に立つことができれば幸である。

文 献

- 1) 飯塚礼二：初老期痴呆と老年痴呆——Alzheimer 病と Pick 病の形態学的検討を中心として、神経進歩、25：1191～1206, 1981
- 2) 飯塚礼二：中枢神経における老化——臨床的側面から——痴呆、臨床神経、22：1097～1099, 1982
- 3) 高橋三郎、花田耕一、藤縄昭：DSMIII——精神障害の分類と診断の手引、医学書院、東京、1982
- 4) 新井平伊、小林一成、池田研二、長尾佳子、萩原隆二、小阪憲司：Alzheimer 病の CT、精神々経学雑誌、85：1～14, 1983
- 5) 長谷川和夫：老年精神医学・医療の今日的課題、精神々経学雑誌、81：75～90, 1979
- 6) 松下正明：老年期における痴呆とその形態学的背景、精神医学、21：823～834, 1979
- 7) 老人の生活実態及び健康に関する調査報告書、東京都福祉局、1980
- 8) 室伏君士：老年期の精神科臨床、金剛出版、東京、1984