

# 琉球大学学術リポジトリ

[原著] 老年期精神障害の予後を予測する因子について：初診より5～7年後の追跡調査から

メタデータ	言語: ja 出版者: 琉球大学医学部 公開日: 2014-07-18 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 奥村, 幸夫, 堀田, 博明, Okumura, Yukio, Hotta, Hiroaki メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/20.500.12000/0002016465">http://hdl.handle.net/20.500.12000/0002016465</a>

# 老年期精神障害の予後を予測する因子について

——初診より5~7年後の追跡調査から——

奥村 幸夫      堀田 博明\*

琉球大学医学部附属病院精神科神経科

\*福岡大学医学部精神医学教室

## はじめに

老年期の精神障害は、その予後が、狭義の疾患以外のさまざまな因子によって規定されると考えられる。言い換えると、老年期の精神障害は、狭義の疾患として単にとらえられるべきではない。高齢者の心理状態は、身体的、心理的、環境的な影響を極めて受け易いものである。狭義の疾患も高齢者の心理状態を左右するひとつの構成因子にすぎないという考え方も可能である。つまり、狭義の疾患のみをとりだして診療の対象とするのではなく、高齢者という存在全体にあまねく配慮した対応策が必要とされよう。

私たちは、このような考え方に沿って、高齢者の精神障害の本態と治療法を解明するための一助として予後調査を試みた。

## 調査の目的および方法

今回の調査の目的は、初診から5~7年後の状態が、初診時の状況とどのように関連しているかを知ることである。

表1 対象(昭和48年8月~昭和50年3月初診)

年齢	男性	女性	計(%)
60~64	25	12	37 (33.3)
65~69	16	17	33 (29.7)
70~74	14	8	22 (19.8)
75~79	8	7	15 (13.6)
80以上	0	4	4 (3.6)
計	63	48	111 (100.0)

福岡大学病院が開設された昭和48年8月から昭和50年3月までに福岡大学病院精神神経科を受診した60歳以上の高齢患者、111人(表1)を対象として郵送による追跡調査を試みた。これは、全 newcomers の4.7%を占めている。初診時の状況および経過はカルテに基づいて調査した。

## 結 果

アンケート調査に対して資料として十分な返答のあったものは、111例中74例(66.7%)であった。これらのうち、アンケートに基づいて、精神的にも身体的にも比較的良好な状態と判断されるものを予後良好群、精神的あるいは身体的、または両方とも悪い状態と判断されるものを予後不良群、死亡という回答のものを死亡群に分類した。各群の例数、割合は表2で示されているとおりであった。なお回答が得られなかったり、充分でなかったものは23例(20.7%)、住所不明で返送されたもの14例(12.6%)で、追跡調査の対象にならなかったものは合わせて37例(33.3%)であった。

表2 初診後5~7年の状態

予後	男性	女性	計(%)
良 好	23	17	40 (36.0)
不 良	10	6	16 (14.4)
死 亡	12	6	18 (16.2)
追跡できない	18	19	37 (33.4)
計	63	48	111(100.0)

表3 初診時の諸因子と予後

諸因子	良好群	不良群	死亡群	追跡不可能群
初発年齢	差はない			
初診時年齢	差はない			
居住地	福岡県内***	福岡県外		
費用区分	社会保険*	国民健康保険		
学歴	差はない			
病前性格	差はない			
婚姻状態	差はない			
家族構成	差はない			
生活状況	経済的自立, 部分扶養	全扶養		
精神科状態像	心気, 抑うつ, 不安	痴呆, せん妄状態		
身体疾患の有無	ない**	ある		
診断	うつ状態 神経症, 心因反応	脳動脈硬化症, 脳器質性精神障害		

\* P<0.01 (χ<sup>2</sup>テスト)

\*\* P&lt;0.02

\*\*\* P&lt;0.05

表4 治療, 転帰, 環境の変化と予後

諸因子	良好群	不良群	死亡群	追跡不可能群
治療の有無	ある	ない		
精神科入院の有無	差はない			
治療期間	長い	短い		
転帰	治療終了, 治療中*	治療中断		
家庭環境の変化 (初診以来55年7月まで)	ない	ある*		

\* P<0.01 (χ<sup>2</sup>テスト)

初発年齢, 初診時年齢に関しては, 表3で示されている通り予後に差は認められなかった。居住地に関しては, 福岡県内と県外とを比較してみると, 県内居住者に予後良好群が多かった (P<0.05)。費用区分でみると, 社会保険使用者が国民健康保険使用者よりも予後が良好であった (P<0.01)。

学歴, 病前性格, 婚姻の状態, 家族構成に関しては各群の間で差は認められなかった。初診時の生活状況に関しては, 予後良好群では経済的に自立をしているかあるいは部分的な援助にとどまっている例が多く, 予後不良群, 死亡群, 追跡不可能群では全面的に扶養されている例が多いという傾向が認められた。

初診時の精神医学的な状態像に関しては, 心気, 抑うつ, 不安などの状態つまり機能的疾患を類推させる状態像は予後良好群に多く, 痴呆やせん妄状態など脳器質性精神疾患が考えられ

る状態像は予後不良群, 死亡群, 追跡不可能群に多い傾向が認められた。

初診時の身体疾患, たとえば循環器, 呼吸器, 消化器系などの疾患の有無に関しては, 身体疾患を持っている例が, 死亡群, 追跡不可能群に多かった (P<0.02)。予後良好群と予後不良群との間では差は認められなかった。

初診時診断では, 予後良好群にうつ状態, 神経症, 心因反応が多く, それ以外の群に脳動脈硬化症, 脳器質性精神障害が多い傾向が認められた。

初診のみの受診で治療を受けていないものと, 2回以上受診し治療を受けたものに分けて, 治療の有無に関して予後をみると, 治療を受けたものに良好群が多い傾向が認められた。初診以降調査時までの精神科への入院歴の有無により予後をみると差は認められなかった。

治療期間に関しては、予後良好群が不良群に比べて治療期間が長い傾向が認められた。

治療の転帰では、治療終了および治療中の例に予後良好群が多く、治療中断した例に不良群が多かった ( $P < 0.01$ )。

家庭環境では、初診時から調査時までの環境つまり配偶者の離死別や引越などの変化のないものに予後良好群が多く、変化のあったものに不良群が多かった ( $P < 0.01$ )。

## 考 察

予後の判定に際しては、単なる精神医学的な症状や状態像の有無あるいは程度にとどまらず、精神的な状態、身体的な状態、社会との関り方など人間としての存在全体を総合的に判断するようにした。その第1番目の理由は、精神科領域での治療の目的が症状を消失せしめるにとどまらず、適応を得さしめ、さらに個々人にふさわしい自己実現を具現させることであるからである。2番目の理由は、高齢者では身体的なホメオスターシスや心理的なホメオスターシスが不安定で破綻をきたしやすく、かつ身体的な原因で心理的なホメオスターシスが崩れたり、心理的な原因や社会的な原因で身体的なホメオスターシスが崩れるなど身体や心理、社会それぞれが相互に密に影響しあっていることが考えられるからである。予後を判断するにあたって、特に高齢者の場合には、個々の精神医学的な状態はもちろんのこと人間としての存在全体を把握した上でなされる必要があると考える。

初診から5～7年後の状態であるが、予後良好と判断されたのが40例(33.6%)であった。心身の状態が比較的良好で、家庭生活や社会生活が比較的円滑にできていると自ら報告したものである。老化は存在するにしても、自ら老いを受け入れ肯定しているものと判断してよいであろう。これを高齢者の見栄や否認としてとらえる人もあろうが、私たちは積極的に老いの受容という高齢者の課題達成とみたい。33.6%という数字は割合高い数字である。高齢者の精神障害の予後は決して悲観すべきものではないと

いうことが、私たちの調査からも言えるのである。松下ら<sup>1)</sup>は、65歳以上の高齢者で、入院治療の結果、81.8%が著明改善または軽快と判定されたと報告している。彼等はまた、大学病院という特殊性もあるかも知れないが、このことはとりもなおさず一定の治療状況が整っていれば老年期の精神障害の精神医学的予後は必ずしも悪くないということを示しているように思われる、と結んでいる。私たちの調査で死亡18例(16.2%)となっているが、これはかなり高い割合である。他科入院中の癌患者や脳血管障害など身体疾患を持った患者に対してのリエゾンサービス(consultation-liaison service)も含まれているからであると思われる。

5～7年後の予後を予測する因子を初診時の諸項目で見出していくわけであるが、初発年齢や初診時年齢からは予測できないように思われる。これは、今回の調査では老年痴呆など老化性疾患が少なく、反応的なものが多かったという精神医学的にみた疾患の成り立ちにもよると思われる。このことから、些細な出来事(minor trouble)によるホメオスターシスの失調のようなものであれば年齢による予後の差は、あまりないと結論づけられよう。このささいな出来事による精神障害は、近年精神科外来での治療対象として増加してきているようである。しかしながら年齢による差があまりないと言っても、老化が急激に進むと仮定されている80～85歳までにあてはまる現象のように考えられる。

居住地が病院の近くであることは予後を判断する上で好ましい条件のひとつかも知れないという結果である。これは項目15の治療期間が長い例が予後良好群に多いという結果と関連するかも知れない。いつでも状態の悪い時は病院に行けるという地理的な距離の近さが、治療スタッフと患者との心理的な距離の近さ親しさを強めているように思われる。高齢者に連帯は欠くべからざるものである<sup>2)</sup>また地域精神医療が推進されているが、高齢者に関しては特にこのことが強調されるべきであると思われる。

病前性格、婚姻状態、家族構成に関しては予後を左右する因子ではないような結果となって

いるが、このことに関しては再検討を要するものと思われる。こだわりのない性格、自我状態や感情状態を適切に把握できる性格もしくは能力、細やかにうちとけた夫婦関係は高齢者の心身の安定を保つのに極めて役立っていると、私たちは日常の臨床を通して体得しているからである。さらに孫との関係のまずさとして表面に出ている今日の嫁、姑の角逐が高齢者の精神障害をひき起こしている例もある<sup>3)</sup>病前性格、婚姻状態、家族構成が高齢者の精神障害に与える影響については個々の症例にたちいっての調査でないと把握できないのかも知れない。

費用区分と生活状況に関して、経済的に条件がよい方が予後も良好であると言えると思われる。貧困は老年期の三悪（貧困、病苦、孤独）のうちのひとつである。経済的に自立している人では予後が良好であるという結果であるが、社会活動仮説<sup>4)</sup>とも関連していると言えるであろう。しかし経済的に依存していても予後良好であると回答している人もいる。老いを受容できる人にとっては、社会的に引退した後でも健康であると回答できる所に、社会離脱仮説<sup>5)</sup>が主張されるゆえんがあるのであろう。要は、老化に合わせて自己の状態をいかによく把握するかであり、その把握したものに基づいて、必要時に社会活動から社会離脱への移行を円滑にさせることであると思われる。

状態像と診断に関しては、心気、抑うつ、不安という状態像、うつ状態、神経症、心因反応という診断、つまり機能性精神障害といわれているものは予後がよい傾向にあるという結果である。1955年にRoth<sup>6)</sup>が報告した追跡調査と同様な傾向である。彼は60歳以上の入院治療を受けた318人の患者について2年後の状態を調査した。感情病は約60%が退院しており、晩発性パラフレニーは約20%が退院し約60%が入院中であった。急性錯乱状態は約50%が退院し約50%は死亡していた。脳動脈硬化性精神病は約70%が死亡しており、老人性精神病は約80%が死亡していた。私たちの調査でも、状態像として痴呆、せん妄状態を示したものや、診断別には脳動脈硬化症や脳器質性精神障害とされたものが、予

後不良群や死亡群、追跡不可能群に多い傾向が認められた。確かに機能性疾患に比べて脳器質性疾患の予後は悪いが、Rothの調査した時代より現代でははるかに良好となっている。金子<sup>7)</sup>の文献的考察でも、治療や看護をきめ細かく行なうことによって、最近では初老期・老年期痴呆患者の生命の予後は以前のそれと比べて著しく改善されてきていると述べられている。

転帰に関しては、治療終了、治療中の例に予後良好群が多かった。治療中の例の中には疾患の治療というよりも病院やスタッフとのつながりがあることに意義を見出している様子もうかがえた。患者が求めているのは、狭義の疾患の治療だけでなく、孤独をいやすということにもあるのである。このことは私たちが行なった生きがい調査<sup>8)</sup>でも確かめられたことである。治療中断をした例に予後不良群が多かった。疾患の重症度にもよると思われるが、スタッフとの関りあいのとれにくい性格傾向や老いを受容の問題、環境要因、地理的な問題なども関連しているように思われる。

昭和48年から50年にかけての初診から昭和55年7月までの間に、配偶者との死別や子供との別居のあった例に予後不良群が多かった。心理的にも身体的にも経済的にも依存の割合が増す高齢者にとって、家族はもちろん日常見慣れていたものがなくなったりすることによっても適応の破綻をきたすことがある。もろもろの喪失、たとえば愛用していたパイプがなくなることで高齢者にとっては強い痛手となる場合がある。

高齢患者の診療に際しては、狭義の疾患に対する治療に加えて、喪失と孤独という高齢者が克服せねばならない課題に対しても配慮することが必要とされよう。社会的な施策と相まって、個々の高齢者の生活史や身体の状態、心理の状態、家庭環境、社会環境、さらにはこのような要因を統合した形で得られる「生きがい」についても顧慮しながら診療をすすめることが肝要となろう。

このようなことが十分に成就されるために、今後の課題として、個人心理、夫婦の情緒的關係、家族内力動に焦点をあてた予後調査が心要

とされる。

文 献

結 び

1. 60歳以上の患者111人を対象として、初診より5～7年後の追跡調査を試みた。
2. 予後良好と判断された例が、40人(36.6%)で意外に多かった。
3. 発病年齢、初診時年齢に関しては、予後に差がみられなかった。
4. 居住地域での治療は治療期間が長く続き予後も良好であった。
5. 本人や家族の経済状態が良くないこと、身体疾患が有ること、精神科の状態像として痴呆やせん妄が有ること、初診以降に配偶者との死別や子供との別居など家族関係に変化がみられることは予後を悪くする因子であると考えられた。
6. 今後の課題として、個人心理、夫婦の情緒的關係、家族内力動に焦点をあてた予後調査が必要とされる。

- 1) 松下昌雄, 中野明德, 風祭元: 老年期精神障害の精神医学的予後—自験例による再検討, 精神経誌 81, 126—131, 1979.
- 2) 奥村幸夫: 高齢者の生きがいを支えるもの, 教育と医学 30, 374—381, 1982.
- 3) 奥村幸夫: 高齢化社会をどう迎えるか, メンタルヘルス福岡 2, 19—24, 1981.
- 4) Palmore, E.: Sociological aspects of aging, in “ Behaviour and Adaptation in Late Life” Busse and Pfeiffer(eds.), p.33—69, Little, Brown & Co., Boston, 1969.
- 5) Cumming, E. and Henry, W. E.: Growing Old, Basic Books Inc., New York, 1961.
- 6) Roth, M.: The natural history of mental disorder in old age, J. ment. Sci. 101, 281—301, 1955.
- 7) 金子仁郎, 西村健, 多田国利, 播口太郎: 初老期・老年期精神障害の予後, 臨床精神医学 3, 953—960, 1975.
- 8) 西園昌久, 奥村幸夫: 老人の生き甲斐—病める老人の心理と一般老人の生きがい調査から, 日本老年医学会雑誌 11, 302—307, 1974.

## 参考1 アンケート調査用紙

皆さんが福岡大学病院を初めて受診されてから、数年たちました。それから現在までのことについてお答え下さい。該当する数字を○で囲み、必要な事項を( )内にご記入下さい。福大病院入院中、心理テストなどのために精神神経科を受診されましたがその後いかがでしょうか。

## I. 精神神経科の病気は

(もともとなかった、あるいは不明の場合は"5"に○をして下さい)

1. よくなった
2. よくなったり悪くなったり
3. よくもならないし悪くもならない
4. 悪くなった
5. その他

## II. 精神神経科(福大病院以外の病院も含める)での治療を

1. やめた
2. ときどき受けている
3. ほぼ続けて受けている
4. その他

## III. からだの病気に

1. かかったがよくなった  
(病名 )
2. かかって、よくなる  
(病名 )
3. かかって治療を受けているが悪くなるばかり  
(病名 )
4. かかっていない
5. その他

## IV. 現在一番困っていることを3つあげて下さい

・例えば不眠・身体が不自由・憂うつ・孤独・物覚えが悪い・経済的・住宅・楽しみがないなどいろいろあると思います。思いつかれるままに記入して下さい。

- 1.
- 2.
- 3.

## V. 家庭環境の変化(この数年の間に)

1. 変化はない
2. 子どもさんと同居した
3. 子どもさんと別居した
4. 引越しをした
5. 奥さんまたはご主人と死別(生別)した
6. 親しい人と死別(生別)した
7. その他

## VI. 現在の状態

1. 普通に生活できている
2. 家にとじこもりがちである
3. 着がえや洗面などは自分のできる
4. 寝たっきりである
5. その他

## VII. 現在一緒に暮らしておられる方は

1. 奥さんまたはご主人
2. 息子さん, その家族
3. 娘さん, その家族
4. お孫さん, その家族
5. その他の親族
6. その他

## VIII. もし不幸にして亡くなられている方があれば以

下お答え下さい。

亡くなられたのは昭和 年 月 日

死亡原因

1. 精神神経科の病気

(病名 )

2. からだの病気

(病名 )

3. 事故

(内容 )

## IX. 高齢者の医療に関してのご意見

ご記入者

1. 本人
2. 家族(続柄 )
3. 知人

参考2 調査項目と結果

項目	良好群 N=40	不良群 N=16	死亡群 N=18	追跡不可能群 N=37
1. 初診時平均年齢	67.5歳	68.1歳	70.7歳	67.0歳
2. 居住地				
県内	34例	9例	16他	33例
県外	6	7	2	4
3. 費用負担別				
私費	1	0	0	0
国保	1	9	15	25
社保	37	7	3	11
生保	1	0	0	1
その他	0	0	0	0
4. 学歴				
高小卒	16	7	5	13
中卒	4	0	0	3
高専卒	5	4	5	17
大卒	4	2	1	1
学歴なし	0	0	0	0
不明	11	3	7	3
5. 初診時身体疾患				
有	14	7	17	22
無	26	9	1	15
6. 病前性格				
分裂性性格	0	0	2	2
循環性性格	5	1	1	1
てんかん性性格	2	0	0	2
森田神経質的性格	10	2	4	4
執着性格	20	12	2	26
ヒステリー性格	1	0	2	2
その他	2	1	7	0
7. 初診時婚姻状況				
配偶者健在	26	11	16	26
配偶者と死別	12	5	2	10
配偶者と生別	2	0	0	1
結婚歴なし	0	0	0	0
8. 初診時家族構成				
夫婦のみ	5	2	4	5
子供と同居	30	14	9	30
親戚と同居	0	0	0	0
単身	5	0	1	2
その他	0	0	4	0
9. 初診時生活状況				
経済的に自立	24	9	7	23
部分扶養	6	0	0	7
扶養	7	7	9	6
生保	0	0	0	0
その他	3	0	2	1
10. 発病年齢				
45才以前	2	1	4	3
45～60才	12	5	0	9
61才以後	26	10	14	25
11. 初診時診断				
分裂病	0	0	0	0
躁うつ病・うつ病	18	4	4	11
老人精神病	2	0	0	0
梅毒性精神病	0	0	1	0
心因反応・神経症	12	6	3	8
アルコール中毒・薬物依存	2	0	2	4

項目	良好群 N=40	不良群 N=16	死亡群 N=18	追跡不可能群 N=37
脳動脈硬化性精神病	2	2	4	8
老年痴呆	0	1	0	0
器質的原因によるもの	3	3	4	5
その他	1	0	0	1
12. 初診時精神科的状態像				
精神的に問題なし	2	1	0	0
不安状態	14	1	3	14
心気状態	19	7	2	14
不眠状態	2	4	1	2
抑うつ状態	16	4	5	9
躁状態幻	2	0	0	0
妄想・幻覚状態	3	1	3	8
薬物・アルコール依存	2	0	1	3
いわゆる退行状態	1	0	1	0
せん妄状態	1	1	3	4
痴呆状態	1	4	5	7
その他	4	2	1	2
13. 治療				
薬物療法が主	10	4	7	16
精神療法が主	8	2	1	0
両方同比重	16	4	4	9
その他	6	6	6	12
14. 精神科入院治療				
有	9	3	4	7
無	31	13	14	30
15. 治療期間				
初診のみ	11	8	5	18
1ヶ月	7	4	3	5
3ヶ月	2	1	5	5
6ヶ月	1	0	1	2
1年	3	0	1	4
2年	1	0	0	0
3年	0	0	1	1
4年	3	0	1	1
5～7年	12	3	1	1
16. 治療をやめた理由				
治癒	14	2	4	8
変化なし	0	0	2	0
悪化(精神科的)	0	2	2	3
身体疾患(再発・増悪)	0	0	7	0
死亡	4	1	1	5
その他	22	11	2	21
17. 家庭環境の変化				
変化なし	37	5	2	
子供との同居	1	2	0	
子供との別居	2	1	0	
引越	0	0	0	
配偶者と死別(生別)	0	3	0	
親しい人との死別(生別)	0	5	0	
その他	0	0	16	

## **Factors related 5 ~ 7- year prognosis of mental disorders in the aged**

Yukio Okumura and Hiroaki Hotta\*

Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, University of the RYUKYUS

\*Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, University of FUKUOKA

1. One hundred- eleven patients over 60 years old were studied.
2. Thirty-six per cent of the patients were estimated as favourable clinical course.
3. As to prognosis, there were no differences in the age of onset of disorders and the age of the first intervention.
4. Patients, who took psychiatric consultations at the hospital near their living region, had favourable clinical courses, and therapeutical relationships to their doctor were continued for good enough time.
5. Unfavourable factors were low income, dementia or delirium, somatic complications, losing spouse and seperating from children.
6. Further deliberated studies are needed to clarify effects of intrapsychic problems, marital relationships and family dynamics, on prognosis.