

高齢者の気分障害

深 津 亮（埼玉医科大学総合医療センター，西熊谷病院認知症疾患医療センター）

1. 緒言；わが国の超高齢社会のなかの高齢者

平成25年度版高齢社会白書によれば我が国の総人口は平成24年10月1日現在、12,752万人であり、高齢者人口は過去最高の3,079万人となり、高齢化率は24.1%となった。いわゆる前期高齢者は1,560万人、12.2%、後期高齢者は1,519万人、11.9%で後期高齢者の共に増加が著しい。実に4人に1人が高齢者、9人に1人が後期高齢者という「超高齢社会」の真ただなかにある。この傾向は「団塊の世代」が高齢者、後期高齢者になることによって加速され平成60年（2048）には総人口は1億人を割り込むと推計されている。高齢者人口は平成54（2042）年に3,878万人でピークを迎え、その後は減少に転ずるとされている。高齢化率は平成72（2060）年には39.9%に達して、2.5人に1人が高齢者となる。少子化と高齢化はとどまるところを知らないのである。現役世代1.3人で1人の高齢者を支える肩車型の社会となる。

高齢者のいる世帯は平成23年に1,942万世帯となり全世帯（4,668万世帯）の41.6%を占めており、その世帯構造の構成をみると、三世帯世帯（15.4%）は減少傾向を示し、単独世帯（24.2%）、親と未婚の子のみの世帯（19.3%）は増加傾向にある。また夫婦のみの世帯（30.0%）と最も多く3割程度を占めており単独世帯とあわせると54.2%と半数を超える状況にある。また一人暮らし（独居）高齢者は男女ともに増加が顕著であり平成22年には男性約139万人、女性約341万人で、高齢者人口に対して男性11.1%、女性20.30%と極めて高く、今後も独居高齢者は増加の傾向を示すと考えられている。

これらの高齢者の経済状況をみると、暮らし向きは「心配ない」（「それ程心配ない」と「まったく心配ない」の合計）と感じている人の割合は全体で71.0%である。高齢者世帯の一人当たりでみると所得水準は全世帯平均との間に大きな差はみられないとされている。多くの高齢

者はこのような状況にあり、健康や生活費などの経済的な心配など「心配ごとや悩みごとがある」、「病気のときに面倒を見てくれる人がいない」ないしは「一人暮らしや孤独になること」など社会的孤立と孤独などの深刻な不安を抱えている。

この様な厳しい状況に置かれながら高齢者はさらに様々な喪失を体験しているとされている。健康を失い、収入や財産の減少、配偶者の喪失、そして、自己像の喪失、家庭における喪失、社会における喪失など喪失の時代を生きるのであり、最終的に高齢期の課題とされる老年的超越を達成しなければならないのである。高齢者は正に「うつ病的状況」に生きてると云うことができる。実際に上記のライフイベントは病像を修飾し、それ自身でうつ状態を引き起こすことがある。諸要因の病像形成についての役割を過不足なく評価することは困難な場合も少なくない。

2. 高齢者の気分障害

1) 高齢者の気分障害；うつ病の場合

高齢者のうつ病の特徴は、一言でいえば非定型的病像を呈することである。うつ病の定型的な症状として、抑うつ気分、精神運動抑制、不安・焦燥に加えて自律神経症状等はみられるが、一般に身体的関心が強く、心氣的訴えが前景化し、被害妄想、罪業・貧困妄想を發展しやすく自殺念慮から自殺企図にいたることが多いことが挙げられる。時には訴えが誇張的演技的な色彩を帯びることも稀ではない。

2) 高齢者の気分障害の有病率

うつ病の生涯有病率は、女性では10～25%、男性で5～12%とされている。ある特定の地域での時点有病率は、女性では5～9%、男性で2～3%とされ、いずれも女性のほうが男性よりも高い。うつ病の有病率も年齢とともに増加すると考えられている。高齢者では大うつ病の診断基準を

満たすケースは1.3%と、若年者よりむしろ低いとする報告もあるが、うつ病予備軍ないしは準うつ病といえる **sub-threshold depression** は10%を超えており～30%とする報告もあるが高齢者のうつ病の評価が困難であることが指摘されている。

3) 高齢者の気分障害の分類

高齢発症のうつ病においても遺伝的要因は重要と考えられているが、加齢にともない相対的に遺伝的要因の関与は減少して、身体的要因、器質的要因、心理社会的要因の関与の比重が増すと考えられている。

表1はうつ病の分類である。高齢者の場合には、身体や脳の加齢変化を背景に器質性要因、身体疾患性要因の関与が特徴的である。特に脳血管性障害、**stroke**、および **post-stroke depression (emotionalism)**、心疾患、パーキンソン症候群などの影響が大きいとされている。

4) 仮性認知症 **pseudodementia** とアパシー **apathy**

a) 仮性認知症 **pseudodementia** との認知症の鑑別

前述の通り、高齢者のうつ状態では、加齢変化をはじめ器質要因の関与は大きい。一方、高齢者のうつ病では思考抑制、運動抑制のため認知症と似通った症状を呈することが知られており、**pseudodementia**、仮性認知症と云われている。仮性認知症と認知症の鑑別は重要である。表2にその要点を記載している。

b) アパシー **apathy** とうつ病との鑑別

認知症にみられる自発性の低下し興味の低下した状態は、かつて **seudodepression** と云われることがあったが、図1のように、近年、アパシーと位置付けられている。アパシーでは動機づけの障害としてうつ病の気分障害とは区別される。しかしながら両者には臨床的にも共通点があり、検査所見においてもオーバーラップする部分があるので本態を明らかにするために更なる検討が必要である。

5) 高齢者の自殺

近年の我が国では自殺は蔓延しており、年間3万人を超える深刻な社会問題となっている。特に60歳以上の高齢者が4割を超えている。自殺は男性に多く、自殺率は都市部よりも農村部で高い傾向がある。また既遂の割合が高いことも

特徴とされる。自殺の動機としては、健康問題が6割以上と多く、経済・生活問題、家庭問題が続いている。原因的にうつ病が関与していると指摘されている。

3. 高齢者の躁病

高齢者の躁病ないしは躁状態は比較的少ないとされるが、身体疾患や薬物などの外因によって引き起こされる二次性躁病は少なくない。そのような代表的な疾患を表3に要約してある。高齢初発の躁病の場合にはこの二次性躁病である可能性があり、注意深い観察が必要である。また双極性障害、I型、およびII型で躁状態が出現する場合も少なくない。

4. 結語

WHOによると2020年までに、感染症に追い越して、虚血性心疾患、悪性新生物、脳血管障害、うつ病が最も深刻なマイナスの影響を人類に与えると予想している。個人や社会にますます負担を強いる疾患となるため高齢者の気分障害に精通して適正に対応できることが要請される。

表1 うつ状態の分類

大うつ病性障害
双極性障害
双極I型障害
双極II型障害
精神病性うつ病性障害
気分変調性障害
混合状態
適応障害
器質性(症候性)うつ病性障害
身体疾患性うつ病性障害

表2 うつ病性仮性認知症と認知症の鑑別

	認知症	うつ病
発症様式	緩徐 潜行性	急速
持続	長期 固定的	短期 回復
気分	訴えは乏しい 動揺性	持続的
返答	正答は少ない ニヤミス回答	「分かりません」 回答
物忘れ	隠したがる 深刻味に欠ける	強調する 深刻に悩む
認知障害	比較的固定的	しばしば動揺
高次機能	障害される	見られない

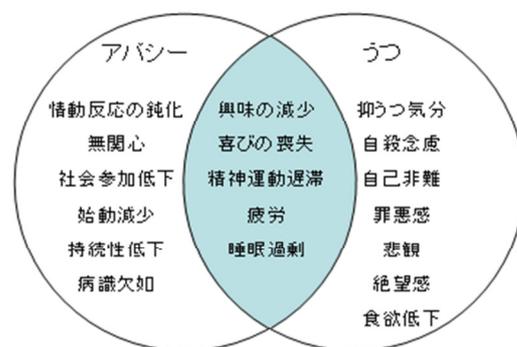


図1 アパシーとうつの差異

表3 二次性躁病の原因

1) 疾患によるもの

感染症	髄膜炎, HIV 感染症, 梅毒, 脳炎, 尿路感染症, 肺炎, インフルエンザ
外傷	亜急性性血腫, 脳挫傷
脳腫瘍	原発性ないし転移性脳腫瘍
脳血管障害	梗塞, 出血, 血管炎, うっ血性心不全
代謝性障害	電解質異常, 腎障害, 肝障害, 高血糖
内分泌障害	甲状腺機能異常, 副腎皮質機能異常
栄養障害	ビタミン欠乏症 (B1, B12, ニコチン酸)
代謝性疾患	ウィルソン病
脱髄疾患	多発性硬化症
変性疾患	パーキンソン病, ハンチントン舞踏病

2) 薬剤によるもの

抗精神病薬
抗うつ薬
催眠薬
H2 ブロッカー
降圧薬
性ホルモン薬
HIV 治療薬
幻覚薬
化学療法薬
免疫抑制薬
抗パーキンソン薬

(Arora M, Daughton J より改変)