



高齢者の人格障害

大悟病院老年期精神疾患センター

三 山 吉 夫

【略 歴】

(学 歴 ・ 職 歴)

1962年3月 山口医科大学卒業
1967年3月 九州大学医学部大学院
修了(医学博士)
1969年4月 大牟田労災病院神経科
副部長
1970年12月 九州大学医学部助手,
この間広島 ABCC(病理部)に国内
留学
1973年4月 九州大学医学部講師
1974年4月 国立小倉病院精神神経
科医長
1977年4月 宮崎医科大学精神医学
講座助教授,この間シカゴ大学神経
病理学部門に准教授として留学
1993年4月 宮崎医科大学精神医学
講座教授,この間宮崎医科大学保健
管理センター長を併任,この間シカ
ゴ大学神経病理部門の文部省在外研
究員として留学
2002年4月 宮崎医科大学副学長
(教育・研究担当)
2003年10月 大悟病院老年期精神
疾患センター長
2003年10月 宮崎医科大学名誉教
授
(所属学会)
日本精神神経学会,日本老年精神
医学会(名誉会員),日本神経精
神学会(名誉会員),日本神経病
理学会(評議員),日本認知症学
会(名誉会員),九州精神神経学
会(評議員),日本精神療法学会
(評議員), International
Psychogeriatric Association
(専門医)
日本精神神経学会専門医・指導医,
日本老年精神医学会専門医・指導
医,日本認知症学会専門医・指導
医,日本精神療法学会専門医
(専門分野)
精神医学,老年精神医学,認知症
性疾患の病態に関する研究
(受賞)
第29回宮崎日々新聞賞(科学賞)
2003年10月

人格の概念を科学的に述べることは難しい。高齢者の人格障害には、もともとの人格障害が高齢期に引きついでいる場合とそれまでは問題にならなかった人格が、高齢期になって後天性(原因は問わない)に変化をきたし、環境への適応が問題となった高齢者でみる人格障害(人格変化と呼ばれる状態を含む)とがある。高齢者の人格障害の多くは後者のパターンで、認知機能が低下し、感情・衝動の調節障害や社会適応性の変化として表現されることが多い。高齢期に問題になる人格障害の原因には、(1)加齢要因、(2)脳の器質的病変(生理的加齢は除く)があげられるが、この鑑別は必ずしも容易ではない。人格障害の背景の検討は、その後の対応や予後にも関連してくる。加齢要因による人格障害の多くは、もともとの人格の偏りが、加齢とともにより強調された状態(人格の尖鋭化)であることが多い。この状態では、日常生活に大きな支障をきたすことは少ない。(2)による人格障害(人格変化)は、もともとの人格傾向が量・質的に変化し、客観的にも病的状態とされ、明らかな生活障害をきたしていることが多い。

1. 病態

前頭 側頭葉,辺縁系に老化が起こりやすい。この部位の障害は、高齢者の人格変化としてしばしばみられる頑固、自己中心的、保守的、心気の状態の背景になりやすい。もともと問題となる人格ではなかった人が、高齢になって問題となる場合、多くは器質性脳障害(頭部外傷,慢性アルコール依存症,認知症を起こす疾患など)に伴うことが多い。前頭葉,側頭葉および辺縁系,脳幹部の病変が原因になりやすい。とくに前頭葉は、皮質下諸核や辺縁系と密接な線維連絡があるので、この部位の障害は人格障害を起こしやすい。

2. 疫学

加齢とともに多かれ少なかれ人格変化が見られる。年よりらしくなるということも元来のその人らしさが変化することでもあり、人格変化の一表現とされるが、この状態は病的としない。高齢者の人格障害が問題にされるのは多くは、脳の器質性病変によるものである。わが国の認知症高齢者は、現在200~250万人とも言われてい

(社会的活動)

宮崎県精神保健福祉連絡協議会長，
労災審議会委員，NPO 宮崎自殺防
止センター理事長

(主な著書)

- 1) 著書：約 20 冊 (分担)
- 2) 原著：約 260 編
- 3) 総説：約 64 編

(精神鑑定の経験)

- 1) 刑事事件にかかわる本鑑定：
約 45 件，簡易鑑定：約 17 件
- 2) 家事事件にかかわる鑑定：約
102 件

る。認知症では多かれ少なかれ人格障害をともなう。なかでも前頭側頭型認知症，レビー小体病，皮質基底核変性症，ハンチントン舞蹈病，パーキンソン病，進行性皮質下グリオーシス等は人格障害をともなう代表的な疾患である。これらの疾患では，認知機能障害が明らかになる前に人格障害の状態が長期間続いたりする。

3. 経過予後

人格障害を起こしている原因によって，行動障害の程度，状態像，経過が影響される。疾患の経過とともに人格障害が行動障害の内容に影響することは，多くの認知症性疾患で経験するところである。

4. 診断のポイント

高齢期にいたるまでの生活歴，行動様式を詳細に聴取し，現在症との関連を検討することにつきる。軽症の場合，人格障害を正しく診断することは必ずしも容易ではない。人格障害は，行動様式の変化で診断されるので周囲の者からの情報が不可欠である。もともとの人格にもとづく環境反応としての一過性の行動障害の場合は，人格障害によるものとはしない。加齢にともなって人格の偏りが顕在化(人格の尖鋭化)し，頑固になったり，身近な人の言動に過敏に反応して攻撃的，被害的言動を示しやすくなることがある。高齢者の人格障害が疑われる時，もともとの人格の偏移の範囲であるか，脳器質障害による人格の量・質的な障害とするかの鑑別は，その後の適切な対応に必要であるが，しばしば困難を伴う。日常生活での支障の程度と人格障害は必ずしも平行しない。人格障害であることの判断が行動パターンと自・他者への影響との関連で診断されることも多い。脳障害の存在が推定され，持続的に行動感情障害が見られる場合，脳器質因性人格障害を考える。人格障害にともなう感情・衝動の変化には，上機嫌，感情平板化，情動不安定，易刺激性亢進，攻撃的で社会倫理観の低下，猜疑的で被害的になりやすい，抑制欠如，発動性の減退などがある。

5. 治療方針

人格障害自体に対する治療法はない。人格障害がもたらす二次障害が臨床では主な対応となる。対応には非薬物的対応と薬物的対応とがあるが，実際には両者を併用する。臨床の場面では，人格障害のもとに，感情・衝動の調節障害，意志・認知機能の障害，対人関係機能の障害がいろいろな程度に重なりあって日常生活に支障を来している状態が問題となる。器質性脳障害による人格障害をその特徴に応じて，不安定型，脱抑制型，攻撃型，妄想型，無欲型などのタイプに分けると対応に便利である。

1) 高齢者の人格障害に伴う行動障害の対応での基本

人格障害と生活場面での多様な要因(人，物，身体状況，心理的環境など)が関わって生じる。行動障害を起こしている原因にもとづく対応が基本であるが，臨床の場面では，人格障害の特徴を把握しながら行動障害の状態像に応じた対応が要求される。例えば，精神病様状態で行動障害が前景に見られる場合，まずは抗精神病薬で

行動の調整を急ぐ必要がある。

2) 薬物による対応

高齢者への投与には慎重でなければならない。少量（通常量の1/2～1/3量をめやすにする）を原則とする。精神症状の状況で適宜加減する。保険診療では適応外となっている薬剤が多いので、保護者への説明と同意を得る必要がある。保険診療病名にも工夫を要する。

3) 心理・社会的対応

人格障害を有する高齢者の一方的な要求に耳を傾けることで行動障害を避けることができる場合は多い。また、幻覚・妄想は生活環境からの発展で理解されることが多い。相手のレベルに応じた対応が基本である。このことによって高齢者の人格障害に伴う行動障害の背景を理解することが可能となることがある。いわゆる Person Centered Integrative Care が基本であるが、限界を感じることも少なくない。家族は高齢者の人格障害の対応に苦勞していた経過から治療者と家族との連携がうまくいかないことがある。家族には病態を分かりやすく説明し、本人のストレスを軽減することに協力してもらうようにつとめる。家族のストレスが、高齢者の行動障害を誘発しやすいので、本人と同程度に家族への心理的支援を行うことが必要である。高齢者の人格障害の対応は、生活障害をきたしている状態の対症的療法とともに高齢者の人格を尊重し、最後まで支援する環境を家族・地域で確立することが望ましい。超高齢社会での医療・福祉の基本にも関連する課題でもある。