

健やかな老い（4・6・20）

武内俊郎（昭15・理乙）

はじめに

先づ最初にこの話を依頼された時に、こういう問題は私にはそんな資格があるのかと、もっと博学の先輩も沢山おられますし、またこの道の立派な權威の先生方もおられますので辞退申し上げた訳です。しかし井垣さんの方から、余り専門的な、最先端の学術的なことよりも、君のような社会へ出ていろいろのことをやって来た人の方が話が分り易いだろうからと言われ、そんな事ならばとお引受けさせて頂いた次第です。

私は先程ご紹介にありましたが、三高は昭和15年卒業で京大医学部卒後、海軍短期現役軍医、復員後母校内科に戻って学位取得の後、厚生省の医療行政畑にスカウトされて社会に出ました。そしてしばらくWHOのフェローシップにより北欧に留学、帰国後は滋賀県立成人病センター

所長などいろいろやりまして、定年後は現在まで社会保険病院の顧問のかたわら国の成人病対策事業のいわゆる人間ドックに携わっております、沢山のドックの検査結果の総合判定や健康指導に当たっております。

そんな事で今日の与えられた話題に関連したことで肩のこらない話をいくつか拾い上げて見たいと思います。

老化と故障

人体というものは年をとりますと共にどうしてもいろいろの変化が起つて来まして故障が起り勝ちになって参ります。それを一般に老化現象という風な表現で言っておりますが、たまたまこう言うことを畑違いの機械工学での故障という概念を引用してたとえておられる先生がおりまして、それが非常に面白いのでここに引用させて頂きました。

1 初期故障 これは新製品の整備点検の不十分や取扱の不慣れなどからくる故障で、人体では生後間もない乳幼児の発育障害や機能不全などで起るような病気に相当するものであります。

2 偶発性故障 これは作業の過重や不注意、日常の点検整備不十分や不慮の事故などからくる故障で、これは大人の日頃の不摂生とか、無理、過労や事故、或いは感染症にかかるなど思わぬ事柄が加わって起る病気に相当します。

3 摩耗性故障 永年の使用で損耗や金属疲労などからくる故障で、これがまさに老化に伴って起る障害に相当すると説明されております。

老年医学

私がまだ学生の頃、小児科の講義の中で「小児というのは大人を小型にしたものと考えてはいけません。小児独特の体質なり組織臓器の特徴が大人とは可成り違っており、従ってその病気も

大人に対する常識で考えてはいけません」

ということを教えられました。その後時代が進みまして最近では老年者に關しましても同じような事が言われる時代になって参りました。

我が国でも昭和30年頃から老年医学という学問を専門にする学科が設置されるようになりまして今日までにすばらしい発展を見、沢山の立派な業績を挙げておられます。その中で老化という現象がど

表1 老化の学説

個体のレベル

摩耗説 (wear and tear theory)

蓄積説 (accumulation theory)

枯渇説 (exhaustion theory)

内分泌説 (endocrine theory)

免疫説 (immune theory)

細胞レベル

突然変異説 (somatic mutation theory)

エラー説 (error theory)

遊離基説 (free radical theory)

交差結合説 (crosslinkage theory)

プログラム説 (program theory)

うして起るかについても詳しく研究されており、表1に示しましたようにいろいろの説が述べられています。一つの学説だけですべての老化現象を説明することは難しいですが、特定の組織や臓器の老化を説明するのには非常に適切なものと考えられています。実際にはこれらの機序が複雑に重なり合って人体の老化というものが起ってくると解釈したらよいのではないかと思います。

因みに、人体というものは大体60兆個位の細胞で構成されており、その一つ一つに全部生命のあるものでありますので、健康とか病気と言っても非常に複雑なものであることは充分想像して頂けると思います。従って老化の学説も、その部位なり臓器によっていろいろ違う説をもって説明しなければならぬと言ふことであろうかと思ひます。夫々の内容に關しましては余り専門的になりますので單に紹介に止めさせて頂きます。

老化による身体的基本的变化

老化の進行した身体、つまり高令者の体にはどんな特徴があるかにふれることにします。

1 予備力の低下

日常生活で人体はいろいろな能力を発揮しておりますが、日常より強い仕事をしますと高令ではすぐに息が切れます。若者では平常の2倍程度の負荷運動にも耐えられますが、このような日

常生活レベル以上のことをやる力、これを予備力と言いますが、これが年令と共に減少して来ます。

2 防衛（免疫）反応の低下

外からの病原菌の侵入に対して、それを排除したり無害にしたりする為の働き、白血球などの免疫の働きなどが弱くなり感染症にかかり易くなります。

3 回復力の低下

感染症に限らず病氣や疲労をしたときに、元の状態に戻るのに若い時よりも随分と時間がかかり慢性化し易くなります。

4 適応力の低下

環境の変化に対してもその新しい条件にうまく順応して、その健康や生命を維持して行くいわゆる適応力も年令と共に低下します。

以上のような特徴のために、高令になると病氣も一つ丈に止まらず幾つかの病氣を持つようになり、またその病氣の経過も若い頃の通りにはならない。熱や痛みは軽いのに病状は可成り進んでいる等の非定形的な症状を示したりします。慢性化し易い上に各臓器の働きが落ちますので薬剤の副作用が出易い。こういった特徴を充分配慮して対応する必要があります。

老化の経過三つのタイプ

① 人体がそれぞれ先祖から受け継いだ遺伝子の鑄型によって自然の経過の通りに老化が進んで行く場合を生理的老化といいます。

② 病的老化は人世の途中で事故とか不摂生や病氣など、先程の偶発性故障で不自然に老化の進行が加速され、図1のように生理的老化の経過が途中から下方に曲げられ短命となるようなものを言います。

③ サクセスフル・エイジングは正に健やかな老いを図にした経過と言えます。人体はどうしても不老不死とは参りませんが病的老化というような事態を極力さけ、その上に更に生理的老化の発現や進行をもなるべく遅らせるように工夫努力して、うまく行った場合がこれに当たります。私達が求める最も望ましい目標はこのサクセスフル・エイジングと考えてよいと思います。

平的寿命

最近わが国の平的寿命は世界一長いことは既にご存知の通りであります。男性は約76才、女性は約82才と言われますが、その算出の方法は一般には余り知られておりません。ここでついでに簡単にふれておきましょう。

図 1

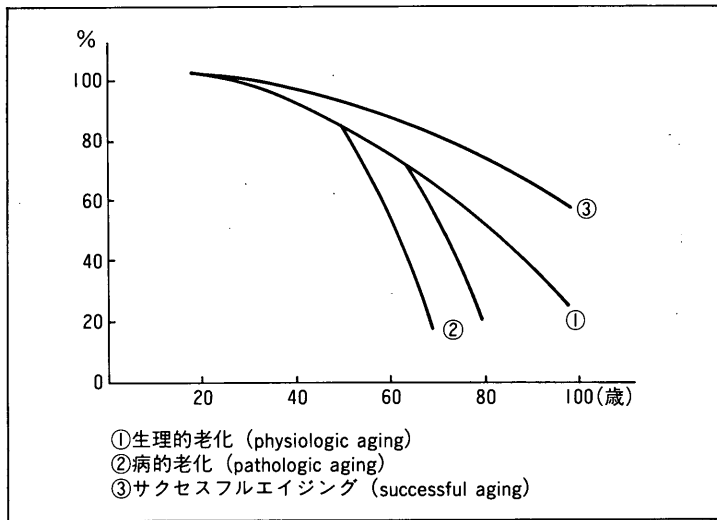


図 2 平均寿命算出法の図解

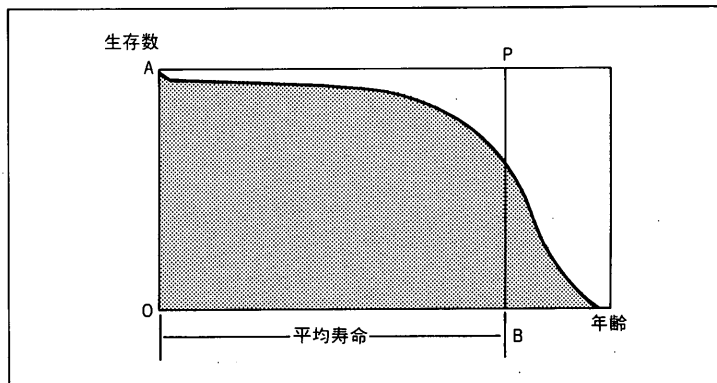


図2の縦軸は生存者数、横軸は年令を示しており原点0から右に行く程高年令の層を表わしています。ぐっと高年令のところでは縦軸の高さ、つまり生存者数は少なくなっていることが分ります。

さて、原点0の上に立つ縦軸の高さはゼロ才の新生児の人口で昨年の統計では約一二二万人に相当した高さです。それだけの人口の人が年令と共に将来どんな減り方、逆にいえばどんな生残り方をして行くだろうかという予測を、最近の我が国の衛生統計から割出して作図したのがこの図であります。

この灰色部分の面積が、この一二二万人の新生児の予想される寿命の総計を示しますので、それだけの寿命は新生児全員で揃って生残っていくとすれば、OAを一辺とする同面積の矩形を作図することによってその横軸上の辺OBが、求める平均寿命であるという理屈になるわけです。

今日でこそ長寿の平均寿命ですが、皆様もご存知の通り、大正から昭和初期までの、伝染病や結核などで幼児や若者が沢山亡くなった時代には、わが国の平均寿命は50才まで届いておりませんでした。人生わずか50年でその頃のスウェーデンなどの既に60年を超える長寿国には手もとどかないことでした。

しかし戦後わが国では経済、教育、衛生状態その他すべてのレベルが向上しまして、昭和22年に初めて男女共に50才を超えました。その後、更に結核や各種の伝染病が次々と制圧されるよう

になって、昭和46年には男女揃って70才を突破し、以後も延びつづけて先進諸国を追い抜いてしまったということです。

現在の二位、三位はといいますと、スウェーデン、アイスランドですが、これらの国は人口わずか八百万とかアイルランドは更に一とけた少ない、わが国の大型、中型の一つの都市の人口で、その国土はわが国より広く、恵まれた自然環境と充実した福祉政策の中で悠然と暮しているわけです。わが国のようにこの狭苦しい中に一億二千万もの人間がひしめいていて、ストレス一杯の生活をしながら世界一の長寿が予想されるとは、本当に驚異的なことに思えます。

その原因としては先程のべしました通り、経済、教育、生活レベル等の向上の他に、指摘しなければならぬ事があります。諸外国を見廻しましても日本程に便利に手軽に誰もがすぐれた臨床医学の成果を享受できる国はなさそうです。そういう制度なりシステムが戦後の早くからわが国には存在し、更に充実してきたという事も大きな要素に挙げられると思います。それでも近頃ではそのシステム自体の中にいろいろ問題が存在するようですが、それは今日の話題からはずれますので省略いたします。

長寿のコツ（その一）

国レベルでは世界一長寿となりましたが、個人として長寿を達成するにはどうすべきかを考え

ることにします。通常の場合、手っ取り早く身近かな長老の方にお聞きしますと、いろいろその方独特の経験談を聞くことができるかも知れません。根昆布のエキスを毎日飲むとかユニークな方法が沢山あるようですが、決して悪いとは言えませんが一般的ではありません。誰にでもよいとは言えません。より科学的な手法としては、数多くの長寿の方々を対象に巾広い多項目にわたってアンケート調査をする、その回答の中で最大公約数的な事柄を客観的に拾い上げて見ることです。その結果、四点ほど共通点が浮び上ってきます。

1 血圧が若かった頃と余り変っていない方が長寿者には多くあります。

勿論、血圧が高くてなお長寿の方もおられますが、長寿者の共通点として見ますとそういうことになるそうです。

2 タバコは吸わないという方が多いことも目につきます。

3 標準体重よりやや多いめの体重の方が多いという結果も出ています。

4 日常何かとよく動いておられる方、各種の会合によく参加したり、或いは自分で積極的に何かの活動をやっておられるとか、または習慣的に身体を動かす努力をしておられる方が多いということも分ります。

いずれも通俗的な、平凡な事柄ではありますが、実はこれらは大変重要で私達も参考にすべきことなのです。

次に老年医学の方から奨められる、もう少し少し臨床の目から見たものを四点挙げますと、

表2 ガン予防の12か条

- ① バランスのとれた栄養をとる
- ② 毎日変化のある食生活を
- ③ 食べすぎをさけ、脂肪はひかえめに
- ④ アルコール飲料はほどほどに
- ⑤ たばこを少なくする
- ⑥ 適量のビタミンと繊維質のものを多くとる
- ⑦ 塩辛いものは少なめに、熱いものはさましてから
- ⑧ 焦げた部分はさける
- ⑨ かびの生えたものに注意
- ⑩ 日光に当たりすぎない
- ⑪ 適度にスポーツをする
- ⑫ からだを清潔に

表3 脳卒中・心臓病予防の10か条

- ① 規則正しい生活を送る
- ② 精神の安定を図る
- ③ 保温に気をつける
- ④ 便秘を整える
- ⑤ アルコール飲料・タバコはひかえめに
- ⑥ 肥満の防止
- ⑦ 適度な運動をする
- ⑧ 定期的に検診を受ける
- ⑨ バランスのとれた食事をとる
- ⑩ 塩分を減らす

1 血縁者の中で亡くなられた方々の死因となった病気を目標にとらえて、日常その予防にとめることです。今日のわが国の高令者の死亡原因を統計で調べますと、癌、脳卒中と心臓病の三疾患がほとんどを占めています。もう少し詳しく見ますと糖尿病や高血圧とかいくつかもありますが、いずれもこの三疾患と関連深いものですからこの三大疾患を目標分類のパターンにすえ、血縁の方々の病歴から見た目標にしばって予防にとめるということが奨められます。

ご参考までに、これら三疾患の予防のため日常生活の中で注意すべき事項が、厚生省からキャンペーンとして出されておりますので表2・3にしてお示しておきます。

更に的をしばった方法として、人間ドックなどのいわゆる成人病健診があります。多項目に亘った検査によって現在の自分の健康状態の中で、どんな種類の問題点が存在しているかが把握でき、それに向って重点的に気をつけて行く、あるいは対策をとるというのが、より合理的なコツであるといえましょう。

それを毎年定期的にうけるとすれば、もし何か新しい変化を指摘されたとしても、その場合は前述の生理的老化のカーブから少しはずれかけた段階でチェックされたことであり、軌道修正は比較的容易であろうことは充分想像できることであります。

2 持病とも上手に長くつきあうよう心がけることです。

前述のように高令者の特徴としては病気が慢性化し易いということで、治療をしても仲々すつ

きりとは回復せずにいわゆる持病として残る場合があります。そんなときでもそれを病気とは思わず、自分にとって身近かな友と考えて上手につきあう、無理に刺戟して怒らせないよう、またそれに気押されていけない気持でうまくつきあって行くことが大切だと言われています。

ある報告によりますとわが国で心臓のペースメーカーを装着している患者さんは数万人もおられるそうですが、概して一般の人よりも長寿である、つまりその条件にあわせて上手に生活するように習慣づけておられますので、却ってそのことが大きなプラスになっているわけです。

3 タバコは止めることです。

外国には「喫煙はゆるやかな自殺である」という名言があります。私自身も若い頃にはかなりのスモーカーでありまして「タバコの中の寿命は6年短くなる」などとまわりから戒められていたものです。しかし若い者から見ればずっと先の6年が、長くても短かくてもそんなに大したことではないと余りピンと来ませんでした。この年齢になって見ると6年の長い短かいは実感として大問題ですね。幸にして私はあるきっかけから40才すぎから止めております。真剣に長寿を願うとすればタバコとのつきあいは考える必要があります。

しかし高令になってから止めても効果があるのかという疑問が当然起ります。止めればそれなりのプラスはあります上に、次のような効果が見込めます。それは高血圧や動脈硬化などのある高令者では、タバコが脳や心筋の梗塞とか狭心症などの致命的発作の引き金になる可能性

をもっており、タバコを止めることでそういった危険因子が一つでも減らせるとするのは非常に大きな値打のあることに違いありません。

4 よく歩くことが奨められています。

長期間、運動不足がつづきますと、極端な例では骨のカルシウムや蛋白質は減少してきてもろくなり骨折が起り易くなります。筋肉は細く弱くなり関節は動きの幅が狭くなって大変窺屈なものになり、余計に運動が制限されて来ます。心臓や血管、あるいは脳その他の重要臓器の働きも低下して全身の老化が早くなって来ます。

よく歩く、適当に体を動かすことは血液中のコレステロールや中性脂肪などの脂肪を減少させて肥満の防止になりますし、また血管がしなやかに、心臓は力強く血流は活潑になって全身の細胞が活力を高めて老化をおくらせ、積極的にその健康を高めることが期待されます。

適度の運動は前述のサクセスフル・エイジングのための重要な鍵の一つと考えられます。

以上のように見て参りますと、長寿のコツというものは何か常人では考えつかない突飛な事ではなく、極く日常の常識的な、大部分はよくいわれている事ばかりであることが分ります。従って本当のコツとは、これらを実行することにあるということでしょうか。

寝たきりの問題

次に、今日のような高令化社会になって参りますと現実にはいろいろの難しい課題が派生してきます。また個人におきましても長寿の過程で図らずも病氣や怪我で床に伏さねばならない事が起らないとは限りません。そういうことで近頃マスコミなどでよく話題になります「寝たきり」の問題にもふれてみることにいたします。

表4は福祉関係のある資料から引用した施設職員数の比較表ですが、この数字から私達はいろいろの事を学びとることができます。

この中で米国とデンマークの施設はナースィングホームの例で、これは老人ホームに看護サービスが加味されたようなものです。日本のは特別養護老人ホームの一例で前者とは同列で比較すべきものではありませんが、残念ながらわが国にはこの種の、比較できるような中間施設がないという事実が分ります。

先進諸国では宗教団体などのバックアップや心豊かな人々の善意の支援によって昔から自然発生的に、つまり福祉政策以前の時代から存在していたものです。高令患者にとっては専門の医学的治療は一応すんでもまだきめの細かい介護が必要ですが、そのままでは家庭で受け入れる状態でないとするれば、病院を退院してから適当な期間を中間的の段階として引きうけて、必要な看護

表 4

	日 本	米 国	デンマーク
ナーシング・ホーム (入居者・入院者100人当たり)	(特養)		
全職員	45人	71人	100人
看護・介護職員	29人	43人	68人
「寝かせきり」割合	34%	7%	5%
(100床当たり) 全職員	77人	269人	224人

や身のまわりのお世話をするところが必要となります。それが中間施設といわれるもので、外国のナーシングホームなどがそれに当る施設であります。

従って日本の特別養護老人ホームとは質的に別種のものですが、一応この表の上で比較して見ますと、収容人員一〇〇人当り職員数が日本の例では四五人、アメリカ七一人、デンマーク一〇〇人で、その中でも直接看護介護を担当する人数は日本二九人、アメリカ四三人、デンマーク六八人です。つまりこの数字上の大きな差は単に人員配置の差だけでなく実の高令者に対する介護、ケアの質の差が非常に大きいということをも教えてくれているのです。

欧米には寝たきりは少ないと言われますが彼等のケアそのものがすべて、極力寝たきりにさせないようという基本の考え方で貫かれているからなのです。寝たきりの状態をベッドバウンドと表現していますが、そうなり

ますとその人の人間としての生き方は大きな制約をうけて非常に低下します。介護、ケアというのは何とかそうなることを防ごうというところに重点がおかれているようです。

QOL（生活の質）の概念

このようなケアの精神の裏付けとなっているのが「生活の質」の概念であろうかと思われます。健康か不健康か、療養中でも生きているか否かという尺度だけではなく、その人の人間としての生活、人間の尊厳性までも含めてQOLという基本的概念としての介護が、どんなにきめ細かいものであるかは表5の内容を詳しく見れば大体の想像は可能でありましょう。

その中のいろいろの活動などは、誰かが代りにしてあげるのではなく、本人がやれるようにサポートしてあげることを意味しています。財産管理上の事務手続が必要な場合には、直接本人が書類の作製やサインができるように横から援助することであって、何もかも代行してあげることは無いといわれております。これらのことから考えられるように外国の施設の人員配置の濃密であることもうなずける気がいたします。

しかし日本の施設のケアを非難することはできません。それは問題が施設の側によりも、社会一般の側にあると考えられるからであります。わが国の現実では家庭ではどうにもお世話ができなくなった状況で、施設に預けるというのがこれまでの実態かと思えます。つまり既に寝たきり

表 5 Quality of Life の分類と内容

分 類	内 容
身体的充足度	精神状況 身体状況 痛み ADL（日常生活の活動度）
心理・社会的機能	活動度（仕事，リクリエーション） 学習活動 親戚・友人関係 団体加入 問題解決
生活環境の快適度	居住環境 財産 交通手段の便利さ
生活の満足度	

(注) 1. ADL (activities of daily living)

：起居動作，手洗い，食事，更衣，整容，入浴

2. IADL (instrumental ADL)

：買物，家計，電話，薬の管理，旅行，社会活動

になった状態で入所することになっていましたので、結果として施設では寝た切りの比率が高くなり口に食物を運び、大小便の始末をするのが介護なのだという風潮になっているのではないでしよか。

言いかえますとわが国では日常生活の中で、先進諸国のような本当の福祉に関する基本的な観念がまだまだ醸成されていない、とそういう事が残念ながら言えるのかも分りません。健やかな老後を願う者の一人と

して、このQOLの考え方がわが国にも広まることを念願しております。

一方、わが国でも老年医学の分野では既に臨床の場において高令者には治療上特別の配慮を払い、その人の日常生活に重大な影響を及ぼす可能性のある疾患をQOL疾患として区分されているようです。これらは生命の危険度でなくQOL低下の危険度を尺度にして挙げられています。

1 脳卒中をはじめ中枢神経系の疾患に関しましては既に予防に触れたことでもありここでは省略いたします。

2 老人性痴呆については後述します。

3 骨折、これも寝たきりを引き起す有力な原因疾患です。前述しました通り年令と共に骨のカルシウムや蛋白質が減少してもろくなり、その重量が40%減少する程度になりますと骨折の起る危険が高くなって、この状態を骨折予備軍といって警戒の必要があるとされています。こういう状態は50才では10%ほどが、60才代で22%、70才代では68%、80才代になりますと90%ほどの人が、もし転んだりすると骨折の危険があり、そうならば絶対安静を強いられて一挙にQOL低下に結びつくことが考えられます。

ともかく高令になれば転ばないように充分注意が必要といわれています。その予防のためには平素よく歩いて骨を丈夫に保ち、筋肉、関節や平衡感覚、運動神経の老化を防ぐことが大切になって参ります。

表 6 寝たきりゼロの10か条

- 1 脳卒中、骨折の予防
- 2 ねかせきりにしない
- 3 早期にリハビリ開始
- 4 食事、排泄、着替えを生活の中で
- 5 寝食分離、朝おき、着替え、身だしなみを
- 6 手出しし過ぎず、目は離さず
- 7 車イスで行動範囲を広げる
- 8 手すり、段差をなくして、住みやすく
- 9 喜びを見つけ、皆で予防の心掛けを
- 10 機能訓練やデイサービスは進んでうける

以上のQOL疾患は、寝たきりになることによって生活の質に大きな犠牲を強いられる結果になります。表6は最近厚生省から成人病対策の中で示された寝たきり防止のための資料から引用したのですが、前の表5に示されているような行き届いた介護の精神がこの内容からも読みとれそうです。こんなQOLの考え方を盛り込んだ介護が私達の身近かにもどんどん普及して行くようなら、今後の高令者介護の展望は様変りに良くなって行くことでしょう。

ただ、車イスで行動範囲を広げる、ということろはこれは大変な難問題です。わが国の社会環境はまだまだそれが許されないような、交通強者の論理が到る所で支配している状況です。例えば街のあちこちで出くわす歩道橋は車イスの人を念頭においていないもので、その行動範囲を制限することは明白です。外国の街ではこの種のは先づ見かけないものです。これは単純に価値観の相違として片附けてしまうわけにはいかない問題がありそうです。

北欧の都市では車イスには勿論のこと、一般歩行

者への気配りも驚く程こまやかですが、そういう事などから見ると介護におけるQOLのような考え方はあのナースینگホームの中だけのことではないと言えましょう。

体の不自由な人のための補助装具類が大変発達、普及していて、公園や劇場、レストラン、交通機関その他どんな場所でもそんな人達の姿をよく見かけますし、またそれが街での全く普通の光景であるわけです。

つまり高令者や障害者もみんなと区別なくのびのびと同じ市民生活ができるこんな環境も、行き届いた介護の支援も、お互いのQOLを尊重しあうという心の上に共に築かれてきたものではないかと思われるのです。

わが国でもせめてあのナースینگホームのような介護ができる施設が、沢山存在するような状況になったとすれば、これは単に寝たきりの高令者が減ったというような数字の上の結果だけではなく、わが国も漸く本当の意味の福祉国家に近づくことができた、とはじめて言えるのではないかと思います。

老人性痴呆の問題

以上の寝たきりや骨折は、そんな状態にあることそのものがQOL低下につながることで、高令でそういう状態が続きますと急速に痴呆が進み易くなるという点からも警戒を要する問題で

あつたのです。

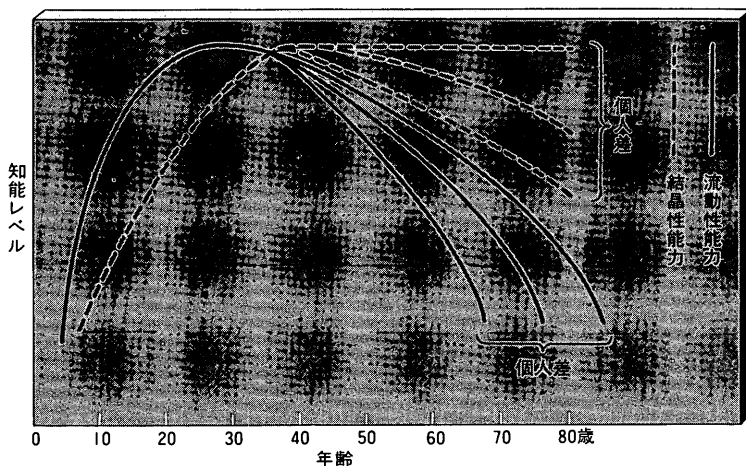
さて痴呆は精神の働きの極端な低下のために、その人自身のQOLは勿論のこと家族の人々の日常生活にも強い影響を与える重要なQOL疾患の一つに挙げられます。

ここで少し人間の脳の特徴について触れておきますと、我々の脳は出産の時に既に約一四〇億個の脳細胞がそなわって生れてきているのです。身体他の部分の細胞はそれからどんどんと細胞分裂をくり返してその数を増しているって体が成長するのですが、しかし大脳では生後は脳細胞はふえて行きません。むしろ逆に年令と共に次第に減って行くもので、分裂終了細胞といわれています。

ではどうして新しく知恵がついて行くのかと言いますと、刺激によってそれぞれの脳細胞から出ている神経突起が伸びて、複雑に連係しあってネットワークを作ることによって知能が発達して行く、従って折角沢山の脳細胞をもらっていてもそのあとこういうネットワークを作らなかつたら宝の持ちぐされで、どんどんと減少して行く一方ということです。

さてその知能に関して専門家は図3のように二種類に分類しておられます。この図の縦軸は知能のレベルを、横軸は年令を示しています。そして実線のカーブの方は流動性知能といわれるもので、別名非言語性、動作性の知能で、大雑把に言えば、直感的感覚的あるいは反射的な要素と関連する種類というのが理解し易いと思われれます。そしてこちらは若年でピークに達しますが、

図3 流動性能力と結晶性能力の生涯的变化



年令と共に比較的急速に低下します。破線の方は結晶性知能、別名言語性知能と呼ばれるもので、勉強など知的訓練の積重ねで徐々に高められますので上昇に年月はかかりますが、仲々簡単には低下いたしません。平素から活潑な知的活動をしておられますとその知的経験の蓄積は永く持続されて高いレベルが保たれる、また老年期にはこちらが知能の主役になるというそういうような知能のことです。ふり返りますと私達三高時代から随分と勉強させられまして、そのお蔭でこの結晶性の方がまだ程々に残っているのではないかと思います。

さて痴呆というのは現象、症状としては比較的よく分っているのですが、原因というところまだ充分な解明はできていないようです。

現在では老年期痴呆は大まかに言ってアルツ

ハイマー型と脳血管性の大体二種類に分類されています。幸いと言ってよいかどうか分りませんが、わが国では脳血管性が過半数を占めており、脳の血液が充分に行きにくいことから起り易くなつて発病した痴呆だということであります。先程、幸いという変な表現を用いましたのは、こちらの方はある程度、予防や治療が脳の血流改善の工夫などでその可能性を期待する余地があるからなのです。

そして30%程がアルツハイマー型、10%程がその他ということで、このアルツハイマー型は原因が不明で、徐々にではありますが進行するもので未だに予防、治療に明確な決め手がない状態といわれています。それでもその経過中にともなういろいろの症状、例えば興奮するとか夜大声を出す、あるいは徘徊するというような異常な行動、つまり随伴症状と言われるものは最近では精神科の薬剤治療によってかなりコントロールできる可能性があるという事であります。

何れにしましても痴呆が起つて来ますと家族や周囲の方々のQOLまでもが急速に低下して参りますが、そういう方の側から見て痴呆の当初にどんな変化に気づかれていたか、それらを複数回答の聞きとり調査でまとめたものが表7であります。

その内容を見ますと、頑固、眠れない、怒りっぽいとか忘れるとかの項目のところは自分のことのように思えて驚かされますが、これらは通常の高令者にも起りうる生理的なもので唯その程度の問題とも言えるものです。それより他の項目が痴呆に特徴的なものと言えましょう。

念のために表 8 に通常でも見られる、いわゆる健忘状態と痴呆状態の知能低下とどう異なるかを比較して示してあります。

健忘は高令者誰にも起りうる生理的な脳の老化であり、痴呆は病的な老化で詳しく調べると著しい脳の萎縮や色素斑などの病的変化があるといわれています。そして健忘では記憶力の低下つまり名前が出てこないという状態が主ですが、痴呆では多様な知能の低下、つまり事柄の把握や記憶、計算、思考、意欲や感情コントロールとかあらゆる面を含めて機能低下してくるようになります。失見当つまり今自分はどこにいるのか、現在は平成何年か、今の季節は、いま朝か夕方かなどということは健忘では充分にわかっていますが、痴呆では見当識が失われていますので答えられません。だから日常生活への影響は深刻であります。更に痴呆では人格は低下し、実際にはありもしない幻覚や妄想も現われて来ます。何よりも明らかな差は健忘の場合は物忘れしていることは自覚できる、つまり病識が保たれているのですが痴呆の場合は自分では自分の病的状態に全く気づかない、病識が失われているということです。

老人性痴呆予防のヒント

わが国では脳血管性の痴呆が過半数でありますので、主にそちら向けの予防という形になると思いますが、要するに脳の血液循環を悪くするような因子をできるだけ防ごうというのが目標に

表 7 在宅患者の痴呆に関連する諸症状

歩行が困難である	20/32
一人では入浴できない	17
頑固・意地っぱりになった	14
ほとんど外出しない	14
意欲が低下した	13
ほとんど寝たきりである	11
夜眠れないと訴える	11
怒りっぽくなった	11
洗濯機が使えない	11
最近のことを忘れる	10
同じことを何度もたずねる	10
服をうまく着ることができない	10
一日中ボーッとしている	10

表 8 老年期の知能低下

	健 忘 状 態	痴 呆 状 態
本 態	生理的な脳の老化	病的な脳の老化
経 過	進行しない	進 行 性
状 態 像	記銘力低下が主体	多様な知能の機能低下
失 見 当	な し	あ り
日常生活への影響	支 障 な し	支 障 あ り
人 格 水 準	維 持	低 下
幻 覚 妄 想	な し	随伴することあり

なりましょう。動脈硬化のもとになるコレステロールや中性脂肪の多い、いわゆる脂血症や糖尿病のコントロールを上手にするということは、単に心臓病などの内科的疾患の予防としてだけでなく、脳循環を低下させないということの上から言っても大切だと思われます。

もっと一般的な予防のポイントとしては日常生活の中で大脳に程よい刺激を与えることが挙げられます。物事をよく考える、自分の楽しみを持つ、物を読む、計算をする、こういう働きは脳の循環をよくします。人のために役立つような事を実行する、また何よりも明るい気持を忘れず楽しく笑うなどもよいと言われます。あの百才の金さん銀さんが非常によく笑う、取材の人にも愛想よく応対してよく笑っていますがあれは大したことなのです。通常なら脳の老化が進みますと感情も鈍麻して能面のような無表情無感動な顔になるのが普通です。あの年令であんなに周囲と心の交流ができて明るく笑えるのは本当にすばらしいと思います。

近頃ゲートボールが流行してからお年寄が大変健康になったといわれます。あれは体を程よく動かすという点は勿論ですが、仲間とお互に交流できて話を交したり楽しいものです。殊に集団生活の中で競技のルールを守って自分をそれに合わせてプレーする、この柔軟性を保持していくというのが大変プラスになっているのでしよう。

また外からのいろいろの情報に広く心の門戸を開いておくのも必要なことで、本や新聞を読みテレビのニュース番組で視覚からの情報も補う、こういうことを余りやらない人が老人性痴呆に

なり易いのではないかと思います。TVドラマでもいつも結末がきまっついて最後の場面などが判で押したように同じだという類のは、頭の休息にはなりますがそればかりでは刺戟が少なすぎて心配です。

やはり大脳も筋肉などと同様に廃用性萎縮を招かないよう平素から程よい刺戟を求める工夫が大切です。

次に全く余計なことかも知りませんが、私達の身近かに老人性痴呆の方がおられる場合にどういう接し方をするかも大事な問題だと思います。そんな場合には一般的人からはその人から離れた立場で見ても、異常とか呆けと片付け勝ちですが、むしろ異常行動に対してもできるだけその場合の気持を汲みとって応対してあげることができれば、よい結果が期待できる可能性もありそうです。老人性痴呆では多くの場合、新しい体験や知識は失われ、自分の若年又は幼時期の記憶だけが突然前面に立って周囲を見るという場面が起りますし、またその他のありもしない幻想幻覚にとらわれた状況が起るなど、いろいろの不安恐怖からくる異常行動もありますので、その何らかのパターンが推測できる場合には何とかその不安や恐怖をやわらげるような応対をしてあげるのもよいことでしょう。強く否定したり叱るような応対では逆に不安を強くし症状悪化を来すことにもなります。

老年期のうつ病

私達の年配になりますといろいろ辛いこと悲しいことに遭遇します。近しい人と死別するとか、定年退職で社会的基盤を失うとか、自分の体力気力の衰えを感じるなど、いわゆる喪失体験がいくつも重なってくる年配であります。それによって何となく心が沈みがちになり憂うつな気持ちになるといふような体験は程度の差はあっても極く一般的なことです。ある調査によりますと健康な高令者の約30%の人は「体験がある」と回答することです。しかし実際に病気としての老年期うつ病と診断される例はその中の僅か1%だそうであります。

その中で心気的症狀を来す場合があります。これは医学常識から見て理屈に合わない痛みや自覚症状、系統的にも理論的にも考えられないような身体的愁訴がよく現れてくるという状態であります。

またこのうつ病では仮性痴呆という精神活動抑制の状態も起ります。高令になってから思わぬ重大な喪失体験をいたしますと、また突然の入院や引越して急に生活基盤や条件がすっかり変わった場合などに前述の老人性痴呆によく似た症状を示すことがあります。しかしこの仮性痴呆の場合は余り進行して行くものではなく、また適切な精神科治療によって改善して行くものといわれています。

以上いくつかのQOL疾患を挙げて参りましたが、ここで用いましたQOLは高令者では何かの傷病の場合にそれによって日常生活の質が低下することや人格が傷つけられる、尊厳性が保てない、そのような状況を極力防ぐことが特に留意されねばならない、という意味でクオリティ・オブ・ライフの考え方を強調して参りました。

この概念は実は欧米で広く用いられているものですが、単に医学の分野だけでなく、むしろ近代社会に生きる人間として「個人の安定感、満足感あるいは幸福感」というような面に注目して物質的充足度よりも精神的充足度の方を重視して評価する、そういった概念でも用いられております。

健やかな老いというのは単に丈夫で長生きというだけではなく、精神的充足までも含めてはじめて達成されるものとすれば、話題はこの面にもふれなければなりません、これは哲学的あるいは宗教的な問題にもかかわるものになり、むしろ私からお教えを請いたいと願っているところでありますので話はこの辺に止めさせていただきます。

おわりに

話題がいろいろと拡散してまとまりのないことになり、果してご期待に沿えたか疑問であります、**「健やかな老い」**を語ります場合に先づは長寿、健康というイメージから、どうしても身

体の、つまり医学的・生物学的な点に注目することになります。しかしもう少し興行きを考えますと、その老後の生活が立脚する周囲の社会的条件、家庭や社会システムあるいは人間相互の関わり方、人々の福祉・マインドというような事柄を抜きにして考えるのは余り現実的ではなく、むしろ何か空しい感じもいたします。

かと言っても、そのどれを取上げて見ましても簡単に理想が達成できるものでもありません。

そう考えますと「健やかな老い」が本当に達成されるためには、これらのいろいろの問題をも含めて幅広い開拓の努力をつみ重ねて行くことが必要で、これは私達にとってはいわば永遠の課題ともいえるのではないかとさえ思えて参ります。

時間も超過しましたので私からお話するのはこれ位にいたしますが、随分と専門外の範囲にまで立入ったこともありしますので誤りがございましたらご批判、ご意見を頂ければ幸でございます。どうも失礼致しました。

(質) パーキンソン氏病とアルツハイマーと区別ははっきりつくものでしょうか。

(答) この二つは本質的に別個の病気ですがどちらも同じ年代に起ることで、パーキンソン氏病では表情筋にもこわばりが強くなりますと極端に無表情、無感動に見えますので、痴呆状態と外見上まぎらわしく思われます。しかし臨床的には鑑別診断は可能です。

(質) レントゲン写真では大脳に沢山すき間があいて見えるそうですが、あれは今まであった脳が小さくなって………何かが抜けるのでしょうか。

(答) 本来は脳の実質細胞で充実していたものが、痴呆がすすむにつれて、特にアルツハイマーでは大脳細胞が極端に萎縮、消失している様子が病理解剖的に示されています。

何か特別の物質がぬけるという風には言えないのではないかと思います。

(質) 老化現象と生体の核酸代謝に関して………(聞きとれず)

(答) 最初の老化の学説のところでは余り学術的なものですので単に紹介だけに止めました、抑せの通り生体の核酸代謝の問題は細胞の生命現象の解明にもつながる非常に高次元の研究課題といわれています。現在の最先端の生命科学がこの辺りまで進んでいるということを補足してお示し頂きまして有難うございました。

(質) 老化の学説の中で遺伝子が関与している突然変異などの考え方で見れば、生理的老化の経過の中で発ガンが何等かの操作によって助かるとすれば、その生体がもっていた生来の遺伝子はどうなるのでしょうか。

(答) これは難しい問題で正確にお答えいたしかねますが、最近遺伝子の研究の中で発ガン遺伝

子とか逆にガン抑制遺伝子が特定されたといわれています。沢山の遺伝子情報の塩基配列までが解明されているようですが、それを制限酵素によって任意に遺伝子を組換える技術も急速に進んでいるということです。ただ現段階ではこれは生体外での実験のように聞いておりますが。

(質) ガンの初期の段階でも血液中の何かを調べたらその発生や場所を知ること……

(答) ガンがどこかに発生しますと特異の物質が血中に現われます。それに対する抗体を大量に作る技術が発達して最近では血液でガンを診断する方法が次々と開発されてきました。そういう腫瘍マーカーの検査をいくつか組合せて、果してガンなのか、どの臓器にあるのかなどを調べますが、現在では確かな診断のためには内視鏡検査やいろいろの画像診断などがどうしても必要なことです。

(質) 遺伝子科学のガン治療への応用などに関連して…… (聞きとれず)

(答) 私の知っております限りでは、遺伝子の研究が医学の分野で話題になりましたのはいわゆる先天性代謝疾患で、ある種の酵素が生来欠けているものを対象したもので、それから更に治療への応用を目ざして研究はどんどん進んでいるそうです。今日では遺伝子組換えの技術を使っそれを特殊な細胞に挿入し体内に送り込む、そして癌の部分に抗ガン作用が集中するという風なこ

とのおうです。前にも申しましたように60兆個もの沢山のいろいろの種類のお細胞でできた人体のことで、目標とよく似た組織にたとえわずかの%でも迷って行かないか、正しく行っても予定通りの効果を發揮するか、また副作用が出ないかという風に、確実性、安全性という上で慎重な研究がつづけられているそうで非常に大きな可能性のある、将来樂しみの多い分野といわれています。

(質) 骨が軽くなつて何%減つたら骨折の危険があるということでしたが、私達のお骨がどの程度軽くなっているか、外部から分るのでしょうか。

(答) 先程のデータを引用した資料ではどんな方法かは書いてありませんでしたが、こういう種類の統計は過去の沢山の病理解剖のデータと生前の病歴や検査成績などを整理して出したものと思ひます……。

(質) われわれの生きている間では骨折してからでないかと分らないのですか。

(答) 数年前に厚生省の骨粗鬆症研究班からその診断基準が出されています。やはりX線写真が中心で血中のカルシウムや燐の測定と他の臨床所見から推定する方法ということです。最近では特殊な装置でもっと正確に測れる方法もあるようですが、まだどこでもその検査ができるまで

にはなっていません。

(質) 例えば食事とか運動によって骨量のカーブが上昇や下降するとか、そういう経過が分るようには出来ないのでしょうか。

(答) 専門外の事で、今どんな風に研究が進んでいるのかは知りません。日常的にはX線診断で定性的にはありますが、骨粗鬆症が起っているかどうかは分かります。何%までは無理ですが骨折に対する警戒をしなければならぬかどうか分かります。しかしこれは経過をカーブで追って行く方法ではありません。

以上

(医学博士・健康保険滋賀病院健康管理センター顧問)