

## 高齢者のメンタルヘルス

昭和大学精神科講師

河合 眞

（聞き手 齊藤郁夫）

**齊藤** 今回は、高齢者のメンタルヘルスということで河合先生におうかがいいたします。

高齢者の精神障害ですが、実際のクリニックの場面ではどういったことが多いのでしょうか。

**河合** 高齢者の心の健康が損なわれる原因には多くのものが認められますが、日常臨床場面で出会う一般的なものとしては、まず脳の老化そのものに起因する認知症があります。次に問題となるものは、老年期の様々な喪失体験に絡む抑うつ状態があります。この2つの状態は重なり合う関係にあり、それだけに診断および治療に難しいものがありますが、現実問題として、その出現頻度から、日常診療場面での対応を余儀なくされています。ですから、仮に治療が思うように進まない場合でも、社会で受け入れ、症状を抱えた状態で人間らしい生活ができるように援助することも、メンタルヘルスの大きな課題であるわけです。

実際のところ、これら2つの状態の

ほかに、脳機能障害である妄想状態の出現、ほかにせん妄、興奮、徘徊症状といった、認知症の周辺症状が加わって、精神科受診を余儀なくされるケースも出てきます。ここで強調しておきたいことは、日頃から認知症、抑うつ状態がそれなりに日常診療場面で対応できていると、その精神科受診への移行もスムーズで、患者さんや家族の負担もその分、軽減されるという事実があります。

**齊藤** こういった患者さんに対する診療場面で、どういった点が問題になりますか。

**河合** 一般に知的レベルの低下を伴った認知症の患者さん、それから抑うつ状態に陥って無気力になっている高齢の患者さんと診療場面で向き合う場合、治療者より人生経験豊富な方を前にして、話を普通に切り出すことに当然困難を感じるわけです。その際、治療者の持つそのような気持ちを自身で素直に認めたくえで、単に相手と話が通じればよいという気持ちではなく、

できれば心を通わせるといった気持ちで臨むことがコミュニケーションの極意であるという優れた指摘があります。私自身、常日頃、そうでありたいと思っていますが、なかなか思うようにいかないところがあります。

もっとも、心を通わせるといっても、現実には私たちのコミュニケーションは言葉を介して行っているわけですが、その際、自分より年上の方に向けた、敬老の念を込めた親しみ、信頼といったものを込めた話し方が要請されるのではないかと思います。

**齊藤** 治療者にとって患者さんと向き合うときの誠実な態度や、しっかり受け止めるということが重要ということなのでしょうか。

**河合** そういうことです。ここで、私たち精神科医が臨床場面で行っている精神療法を考えてみたいと思います。それは当然といわれるかもしれませんが、言葉は音声を介して相手に伝わる方法であるわけで、その際、声の大きさ、高さ、抑揚といったものが、患者さんとのコミュニケーションの際に大きな役割を占めているわけです。

より具体的に述べますと、患者さんが向けてくる情緒のこもった話しかけに対して、治療者は素直に驚いたり、時には面白いと思ったりする感性で、それを患者さんに返していきます。そのように驚いたり、面白いと思ったりするから、次に話が進むことになりま

す。逆に、あたりまえだと思つと、情を同じくする、いわゆる同情するレベルで終わってしまい、真の意味での共感するレベルに至らないわけです。

ここでいきなり、「共感する」ことのたいへんさについて話し始めてしまいましたが、ここでは余計な先入観を持たないで、全身を耳にする、感性を研ぎ澄まして、それでいて肩の力を抜いていくぐらいに思ってください結構です。

**齊藤** 日常臨床の場面ではどのように行っているのでしょうか。

**河合** 実際は非常に難しいのですが、日常診療場面で、待合室で交わされている会話は、身体面での不具合、家族関係から始まって、もろもろの愚痴を言い合っている光景が見て取れます。これは診療場面でも展開され、看護師や治療者とのやり取りで、寂しい気持ちが結構満たされているといったことが実はあるわけです。

ですから、治療者は患者さんから身体的訴えがあるときに、検査データから得られる情報以外に、自ら問診、それに引き続く触診、聴診といった、真摯な診察態度が、治療環境を築き上げていくうえで大きな意味を持っていることになります。これは見方を変えれば、身体的な診察の形を取った精神療法のようなことが、気がつかないうちに展開されていると考えることもできます。

もう一つ、日常診療上、注意すべきこととして付け加えたいことは、高齢の患者さんはいろいろな意味で心氣的訴えが多く、神経症的な要素を持っていることです。そういう方が医療機関を受診したときに、客観的な身体所見が確認されないからといって、心気症の診断のもとに「あなたは病気などではないですよ」と、患者さんの訴えを全部否定してしまうのはよくないし、反対に、訴えに応じた分、必要以上に疾患を作り出してしまうのも、本人のためにはならないと思います。このような方に対しても、あたり前の診察と、あたり前の治療というものをやることが大事です。

**齊藤** 進行して、ターミナルということになりますと、これはどうなのでしょうか。

**河合** 高齢者のメンタルヘルスを考えていくうえで、人間は年老いていき、最後には死というものを受容しなければならぬことは、誰しもわかっているのですが、それを受容しきれずに否定し、遠ざけたくなるのは、私たち凡人の常です。

ここであえてターミナルケアについて考えてみますと、一般に日本人に比べて欧米の人々は、癌の末期でも言葉に依存する傾向が強いので、認知療法とか、言葉を主とした療法、一方、日本人には言葉よりも音楽療法等が向いているのではないかという考えもあり

ます。これは直接情動に訴えていく療法です。

**齊藤** 音楽が心にしみ入ってくるといふことなのでしょうか。

**河合** ちょっとこれはターミナルケアから外れるのですけれども、音楽療法といえば、私たちがかかわってきた老人ホームの音楽のセッションでも、気がついてみると、いつしか締めくくりに「夕焼け小焼け」の歌をみんなで歌うようになりました。人生の夕暮れに、人はあたかも母親の待つ家へ帰るように、心の安らぎを求めるようになるのかもしれませんが。

それは、精神分析でいう、人の心の奥底にある胎内回帰の願望かもしれません。仮に息子や娘たちの歌う子守歌の中で、高齢者が幼児期体験に回帰して最期のときを迎えられるならば、これほど安らかな終末はないといつてもいいかもしれません。

**齊藤** 音楽療法は、具体的には皆さんで合唱ということになるのですか。

**河合** 合唱もあり、いろいろな打楽器を指揮者のもとに打ち鳴らすのもあり、音楽と名のつくものはすべてが許されているのではないかと思います。

**齊藤** 認知症の方も、そういうところに積極的に参加していただくと、生活の質という面でよくなっていくといふことなのでしょうか。

**河合** 私たちは年をとっていけば、身体能力としてのADLは確実に落ちて

いくものかもしれません。それでも、QOLの部分において、その質を高めていくことで、結果的にはADLの低下も遅くすることができるかもしれないといったような希望を持っております。

**齊藤** 音楽療法は、薬を使わない療法の一つとしてとても重要ということで先生はやっていらっしゃるわけですね。

**河合** 薬だけが治療ではない。いろいろなアプローチをして、高齢者のメンタルケアというものを考えていけたらと思っております。

**齊藤** まとめていただくと、豊かな老後というのはどういうことになりますか。

**河合** つまるところ、メンタルヘルスから見た豊かな老後とは、毎日の生

活に追われないといったことでもないし、また必ずしも社会的である必要もないと思います。社会に戻ることが困難な、心の病んだ高齢者にとって大切なことは、毎日を生きているという実感を少しでも多く持ってもらうことだろうと思います。そして、そこで治療者のできることは、その患者さんにただひたすら寄り添うということに尽きるのではないかと考えています。

**齊藤** そういう患者さんを持ったご家族も同じような態度で行っていくということなのでしょうか。

**河合** その通りです。ご家族をも巻き込んだ形でケアが展開していけたらと思っております。

**齊藤** どうもありがとうございました。