

認知症の早期発見： 「長谷川式簡易知能評価スケール」誕生の史的背景

溝 口 元*
鈴 木 朋 子**

Early finding of Dementia:
A historical background of the establishment of Hasegawa's Dementia Scale

Hazime MIZOGUCHI¹ and Tomoko SUZUKI²

¹Faculty of Social Welfare, Rissho University (Saitama, Japan) and ²College of Education and Human Sciences, Yokohama National University (Kanagawa, Japan)

In the present study, we investigated a historical development of Hasegawa's Dementia Scale (HDS). It has been recognized the scale was the most popular psychological one for finding dementia for elder persons in Japan as well as in East Asian countries. There have been revisions of the scale three times so far. The scale has been developed by good collaboration of psychiatrists and clinical psychologists. It seems that each revision of the scale reflects Japanese society of the period in question, especially in terms of rapid increase of the elder population and dementia patients.

Key words: Hasegawa's Dementia Scale (HDS), Hasegawa Kazuo, psychological test, bioethics:

Rissho Journal of Social welfare No.29 2014

はじめに

今日、認知症に関する話題が事欠かない。2013年では認知症による行方不明者が10,322人であったという報道。2014年度に入ってから、認知症で徘徊中の男性が列車にはねられ死亡した事件の遺族への損害賠償問題などが大きな社会的関心を呼んだ。実際、新聞記事データベース検索を行い、認知症関係の記事件数を2013年1月1日から2014年5月31日までの間で計数す

ると、朝日新聞1817件、読売新聞1684件、毎日新聞1349件、日本経済新聞262件であった。朝日新聞では、2日で7件の記事が掲載されていることになる。

元来、日本において認知症への社会的関心は、1972年に出版された有吉佐和子（1932-1984）の小説『恍惚の人』（有吉、1972）が大ベストセラーになったことに端を発するといわれる。それは翌年この作品が映画化（豊田四郎監督、森重久弥主演、東宝配給）されたことから窺われる。

* 立正大学社会福祉学部社会福祉学科

** 横浜国立大学教育人間科学部

キーワード：長谷川式簡易知能評価スケール、長谷川和夫、認知症、心理検査、生命倫理

また、介護サービスの利用希望者の介護段階を判定する「介護認定審査会」（二次審査）では、「認定調査項目」の第3群が認知機能である。1. 意思の伝達 2. 毎日の日課を理解 3. 生年月日をいう 4. 短期記憶 5. 自分の名前をいう 6. 今の季節を理解 7. 場所の理解 8. 徘徊 9. 外出して戻れない、の9項目が挙げられている。

こうした認知症の初期検査の一つとしてまずと言って良いほど取り上げられるのが、「長谷川式認知症スケール」である。上記の項目の内、生年月日や短期記憶の項目などがこのスケールで使われているものである。また、厚生労働省の『要介護認定 介護認定審査会委員テキスト』（http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/dl/text2009_3.pdf, 2014年5月4日確認）にも、上記の項目に対する評価が見える。加えて、介護認定審査会においては「長谷川式認知症スケール」の成績を記載しているものもみられるという。これを開発した長谷川自身は「1974年に認知症（当時は痴呆症）の有無や程度を測るために開発されて以来、日本で最も広く知られ、用いられている認知症の判別法」（長谷川, 2009）と述べている。

一方、認知症に関した学術的研究の方面を窺うと、2013年に授与された認知症を主題とする学位論文は、国立国会図書館のデータベースによれば22件であった。学位の種類は多い順に看護学：6件、医学：4件、保健学：3件、薬学、歯学、リハビリテーション療法学、リハビリテーション科学、障害科学、ヒューマンセキュリティ、人間科学、工学、学術：各1件である。このことは、認知症研究がまさに学際的研究領域であることを示していると思われる（国立国会図書館NDL-OPAC, <https://ndlopac.ndl.go.jp/> 2014年5月4日確認）。

このように社会的に大きな関心もたれている「認知症」と向き合うためには、まず、早期発見がなりより重要である。実際、「痴呆に至らないためには、予防とともに大切なのが痴呆の早期発見です」、「痴呆とは、正常な知能が徐々に低下していく状態をいいますが、そのどこの段階で痴呆と判断するのか、明確な基準が必要となってきます。そこでいくつかの知能テストが考案されてきましたが、その代表的なものが「長谷川式簡易知能評価スケール」です」（長谷川, 1996）との言が見られる。

そこで、本稿は精神医学者の長谷川和夫が開発し、当初「痴呆診査スケール」、そして「長谷川式簡易知能

評価スケール」、さらに「長谷川式認知症スケール」と呼ばれてきたスケールがどのような経緯で開発されたのかその歴史的背景を明らかにすることを目的とする。このことは、日本における高齢者医療、福祉の領域ではもとより、大きな社会的問題でもある認知症の理解につながるるとともに、ある種の心理テストの有効性を検討する素材になりうるものと考えている。

なお、本稿では、敬称は論文の慣例に従って略させて頂いた。また、原文表記や発表時の状況や雰囲気を尊重すること等を考えたことから「認知症」でなく当時の呼称である「痴呆」もそのまま用いている。この「痴呆」から「認知症」への言葉の変更についての経緯の解説は溝口（2013）を参照して頂ければ幸いである。本稿は溝口が草案を作成し、それに鈴木がコメントし、両者で加筆訂正したものである。また、一部面接調査の結果が含まれるが、これに関しては「立正大学研究倫理ガイドライン」を遵守して行った。

2. 認知症スケール開発者、長谷川和夫の学問的背景

上述のように認知症の初期状態を検査する方法の一つとして必ずと言って良いほど登場するのが「長谷川式簡易知能評価スケール」あるいは「長谷川式認知症スケール」である。そして、これを考案した人物が、東京慈恵会医科大学医学部の出身の長谷川和夫（1929 - ）である（図1）。彼の研究の源流を知るために、この大学の設立事情から長谷川の医学生・医局員時代までの種々の出来事に触れてみたい。そこには、日本



図1 長谷川和夫
（社会福祉法人浴風会にて、溝口撮影、2012年11月）

の医学史・大学史、さらには日本近代史までを象徴するような出来事が目白押しである。いくつか事例を挙げながら辿ってみよう。

今日の東京慈恵会医科大学の発端は、1881年5月、現在の東京・銀座4丁目に設けられた「成医会講習所」であった。設立者は、高木兼寛(1849-1920)である。かの「近代看護学の母」とも呼ばれるナイチンゲール(Florence Nightingale, 1820-1910)が1860年に設立した看護学校が所在するロンドン・テムズ川沿いのセント・トーマス病院医学校に日本海軍の生徒の身分で留学(1875)し、そこでイギリス医学を学んだ。ほぼ同時期の1877年、日本初の欧米型近代教育機関として東京大学医学部が設立された。前身の大学東校、東京医学校と呼ばれていた時代からドイツ医学が主流を占めていた日本医学界の雰囲気の下、あえて高木は海軍の方針に従ってイギリスに留学したのであった。こうした中、制度的には1903年6月に日本における初の私立医学校として「東京慈恵医院医学専門学校」が発足した。

設立者の高木は、脚気の「栄養素欠乏説」の提唱者として、また、彼の「病気を診ずして患者を診よ」の言が「建学の精神」に反映されていることでも良く知られる。さて、前身を含めた東京慈恵会医科大学精神科関係の教室の展開は、以下のように整理されている。(東京慈恵会医科大学, 1965)。

・1881年の「成医会講習所」設立から1908年の専門学校令による医学専門学校認可まで。

成医会講習所でも「第七条 学課ハ左ノ如シ」とあり、第四夏期 衛生学 訴訟医学 精神病学 病的組織学……と述べられていることから、精神病学が必修科目であったことが窺われる(東京慈恵会医科大学, 1965)。なお、この1881年、高木は海軍が設置した「海軍医務局学舎」の学舎長でもあった。階級は「軍医総監」であり、第2次世界大戦中では「海軍軍医中将」に相当する職階である。また、この頃、海軍軍医の団体で「海軍軍医会雑誌」の発行等、研究成果の報告も行い続けた「海軍軍医会」が結成された。

さらに、高木はこの「海軍医務局学舎」が「海軍軍医学舎」に改称された時の学舎長、加えて、これが「海軍医学校」に改められた際の校長であった。修学期限が5年間のこの学校の臨床実習は、海軍自前の病院ではなく高木の「東京慈恵病院」で行われたのであった

(保利編, 1989)。彼の軍艦乗組員に多発した脚気の原因を探究する研究はまさにこの時期に行われたものであった。

米食を主体とし副食が乏しかったことによる「栄養素欠乏症」で神経炎を起こす。この原因の栄養素が、後年、農芸化学者、鈴木梅太郎(1878-1943)が米糠から発見した「オリザニン」、のちに「ビタミン(B₁)」と名付けられた物質である。「日本では軍事的な面で問題になり、海軍軍医大監高木兼寛は、1882-1884に兵食の改善による治療効果の研究を行っている。この研究は後に世界的に知られるようになり、海外では鈴木梅太郎より有名である」(鬼頭, 1987)とさえいわれるのである。

こうした設立者高木と海軍との関係は、戦前の東京慈恵会医科大学出身者が海軍軍医として継続的に任官していることから窺われる。さて、海軍医学校は、1889年に「海軍軍医学校」と改称されたが、『海軍軍医会追想録』(保利編, 1989)には1943年の職員名簿が掲載されている。文中にも名がみられるのは、普通科学生教官、第二分隊監事軍医大尉柴田誠爾、であり、次のような回想がみられる。「分隊監事は柴田誠爾軍医大尉(慈恵医大) 温厚な英国型紳士であり、親しみが持てた」(国見, 1989)。著者は第2次世界大戦後、発光細菌などの研究に取り組み、東京の小石川医師会会長等を務めた。

この「温厚な英国型紳士であり、親しみが持てた」の言は、まさに今日の長谷川和夫にもあてはまるものであり、母校の学風を自然に体得していることが強く感じられる。さて、高木の次にも時代を画す有力な医学者が東京慈恵会医科大学精神科の教授に就任した。概観していこう。

・森田正馬(1874-1938)：初代の精神科教授。「神経質」の研究者であり、「森田療法」に名を残している。旧制第五高等学校から東京帝国大学医科大学に進み1903年に卒業。同大の初代精神病学教授榊俣(1857-1897)の没後、第2代教授となった呉秀三(1865-1932)の門下となる。同大精神病学教室でも、森田の業績を「臨床方面では、森田正馬が後年大成した神経質に関する研究が、呉教授指導下に行われ、『神経質の療法』(神経誌第20巻, 大正10年)として発表されて居る」と述べられている(内村, 1942)。

森田は、デュボア（Paul Dubois, 1848-1918）の「説得療法」、フロイト（Sigmund Freud, 1856-1939）の「精神分析」に対して否定的な見解をもち、ミッチェル（Weil Mitchell, 1829-1914）の「臥褥療法」やビンズワング（Otto Binswanger, 1852-1929）の「生活正規法」を肯定的に捉えていた（サトウ, 2013）。また、森田療法については、前身を含む東京大学医学部と東京慈恵会医科大学がそれぞれ強い影響を受けたドイツ医学とイギリス医学の対立から生まれたという捉えもある（中山, 2007）。

なお、森田の神経質に関する講演の肉声をインターネット上の「You Tube」で実際に聞くことができた（<http://www.youtube.com/watch?v=NtY5mgDveSk> 2014年5月2日確認）。

・高良武久（1899-1996）：第2代教授時代。彼は、九州帝国大学医学部を1924年に卒業した。この大学の精神病学教室は1906年に設立され、初代教授は榎保三郎（溝口, 1989）であった。彼は上述の榎保の弟である。榎保三郎は、この九州帝国大学に当時、世界的にも珍しい「老人科」を設立する考えを持っていた。また、1922年に発行された医学系雑誌である「日本之医界」（37号）の「論説」は、「老人科を設けよ」であり、「老人病の研究は、伝染病以上に重大であり、栄養の研究以上に重大である。老人病の為には、一大研究所の出現が必要である」と述べている。このように、1920年代には精神科における老人病への対応が考えられていたことが窺われる。

こうした雰囲気の中、海外に森田療法を“Morita Therapy”として広めたのは高良であった。高良が九州帝国大学医学部を卒業した年に、精神科の教授が榎保三郎から東京帝国大学出身の下田光造（1885-1978）に代わった。慶応義塾大学医学部から赴任した下田の医学上の守備範囲として、九州大学医学部付属病院精神科のホームページでは、（<http://www.med.kyushu-u.ac.jp/psychiatry/2014年5月2日確認>）、「執着気質の発見、精神分裂病（統合失調症）の神経生理、持続睡眠療法、電気けいれん療法の研究に代表される……」としている。高良自身は、森田とは『対人恐怖の直し方』（1952）、『先面恐怖の治し方』（1953）などを共著で出版し、『森田療法のすすめ ノイローゼ克服症』（1969）や『森田精神療法の実際 あるがままの人間学』（1976）などを単著で刊行していた。

・新福尚武（1914-）：第3代教授時代。1937年に九州帝国大学医学部を卒業し、第2次世界大戦中は、台北帝国大学医学部助手や陸軍軍医、戦後は公立病院勤務や鳥取大学医学部助教授、教授を経て1966年より東京慈恵会医科大学医学部教授（精神科学講座担当）に就任した。附属病院の一つに森田療法専門病棟を開設している。九州帝国大学医学部時代の主任教授が上述の下田であった。また、そこでの研究テーマは「初老期鬱憂症の研究」である（今井編, 1953）。なお、九州大学医学部精神科では、森田療法は重要な精神医学の一療法と認識された。1970年から1988年まで第5代の教授職にあった中尾弘之の尽力で「慈恵の森田療法、九大の森田療法と言われるまでに、大きく発展させた」という（<http://www.med.kyushu-u.ac.jp/psychiatry/2014年5月2日確認>）。

長谷川の恩師、新福尚武の定年を記念した『新福先生精神科四十年のあゆみ』（1979）には、長谷川との共著論文や「思い出」が述べられている。論文に関しては、東京慈恵会医科大学に着任して以降、144編の題目が「主要業績目録」として掲載されている。その内、長谷川和夫との共同研究の成果は、「老人ボケの薬物療法」（1968）、「全国施設老人の精神医学的実態調査」（1970）、「施設老人と精神障害 第6回日本老年学会総会シンポジウム：老年期精神障害の医学的社会的問題」（1970）の3つである。これらの内、全文が掲載されているのは2番目の記事で新福尚武・長谷川和夫・武内貞子の著者順である。

1960年代末では、老年精神医学は、「精神医学の領域でも暗黒の未開の領野であること、老年精神障害の分類自体も確立されていないこと、また老人の精神機能の判定も、判断するものの立場によって左右され易いこと等の問題によるところが少なくない」という。そのため、「全国の老人施設にいる老人の精神状態の実態を把握する必要を感じ……全国調査を試みた」と述べている。1969年7月当時の全国の「養護老人ホーム」773施設、特別養護老人ホーム85施設、軽費老人ホーム46施設の合計904施設を対象とした大規模な調査であった。745施設から回答を得た。かなりの高率である。これには、全国社会福祉協議会の協力を得たことが明記されている。

また、「思い出」で長谷川は「教えを受けたことから」と題して記事を寄せている。この時は「聖マリアンナ医科大学神経精神科教授」の肩書を記している。

「ことに私が教えられたことには、臨床の事実や現象に対して、本質的に大切なものはないかということを実に明快に指摘された。これは実に見事なものであった」と述べている。

さらに、この新福と長谷川は、「老いと認知症をみつめる」と題した師弟対談を行った(新福・長谷川, 2007)。長谷川が認知症医療と関わったのも新福との出会いからという。老年精神医学において、新福は「認知症でも、精神状態がまったくない時期、あるいはほんのわずかな兆候しかみられない時期に、それを発見する方法を確立しなければなりません。それが、これからの老年精神医学の最大の課題だと思います」と述べている。これに貢献するのが「長谷川式簡易知能評価スケール」のさらなる改訂版かと思いきや長谷川の発言は「画像診断によってアミロイドの沈着を最初から把握しようという試みです」というものであった。長谷川自身が開発したスケールよりも生化学的に物質から押さえる考えを述べているところが興味深い。

加えて新福の「今までの精神医学は、脳の研究だけをしてきましたが、これからは、その人の生き方や精神の働きを重視して行ってほしいですね」の言に対して、長谷川は「非常に重要なご発言ですね」と賛意を示している。認知症の当事者のケアについて長谷川は「医学的な診断では、脳の委縮とか血管障害などはとらえることはできますが、その人の体験や世界は目に見えませんが、だからこそ、認知症の人のケアは難しいのかもしれない」と述べていた。新福以降、東京慈恵会医科大学医学部精神医学講座のホームページ(http://www.jikei.ac.jp/academic/course/47_seishin.html, 2014年5月2日確認)によれば森温理(第4代:1979-1990)、牛島定信(第5代:1991-2003)、中山和彦(第6代:2004-)であり、現在に至っている(括弧内、在職期間)。

長谷川自身とこれまで述べてきたような母校の精神との継承性は、「私は、森田学派の精神医学を学んで、臨床の経験を積むこと三十数年になります……」の言から窺われる(長谷川, 1993)。それは、「長谷川式簡易知能評価スケール」が開発された後に、『心を強くする森田式生活術』(長谷川・岩井, 1979)、『森田療法入門』(長谷川, 1996)、『森田療法入門: マイナスの心をプラスに転じる法』(長谷川, 1999)、『森田療法がわかる本: ありのままの自分を受け入れる』(長谷川, 2009)など、一連の一般書の執筆を続けていることから窺

われる。

一方、長谷川自身については「長谷川和夫氏(昭和二十九年入局)は、昭和三十一年から三十三年までアメリカの聖エリザベス病院およびジョンズホプキンス病院において精神医学並びに脳波学を専攻した」、「長谷川氏は昭和三十五年、アメリカ加州大神経科エアー教授のもとで脳波を学び、焦点性癲癇波の伝播における胼胝体の役割について昭和三十六第五回国際脳波学会で発表した」などの記述がみられる。当初は脳波研究であったことが窺われる。

このように長谷川の学問的背景には、呉秀三門下の森田正馬が開発した「森田療法」と「脳波」研究が見られる。加えて、東京慈恵会医科大学での新福による高齢者の実態調査は、認知症研究の臨床場面での適用をいやが上にも喚起させたものであった。

ここにいう「脳波」研究の様子は、実際に筆者らが長谷川に対して行ったインタビュー(2012年11月)においても次のようなやり取りから窺われる。

鈴木: 長谷川先生は、脳波の方が、むしろご専門なのですね(笑)。

長谷川: そうです。脳波が専門で、てんかんの患者さんを診ていました。ですから、今は精神科から小児科に移ってしまいましたが、その頃は、子どもさんとか学童期とか、10歳前後に一番発病が多いものですから、てんかんが専門だったのです。日本の脳波学会の役員までやりました。ところが、1963年か1964年ぐらいのときに、新福尚武先生が(東京慈恵会医科大学に)おいでになったのです。私はちょうど医局長でした。それで新福尚武先生の指導を受けて、そして長谷川式スケールの初めのものを作りました。

3. 「長谷川式簡易知能評価スケール」誕生

さて、「長谷川式簡易知能評価スケール」として知られるようになった「スケール(尺度)」は、1974年11月に発行された「精神医学」(第16巻11号)に掲載された「老人の痴呆診査スケールの一検討」と題する論文からであり(図2)、長谷川和夫、井上勝也、守屋国光による共著論文である。「老人の機能を論ずるさいに、必ず問題となるのが、生理的老化に並行したいわば“正常

老人の痴呆診査スケールの一検討*

長谷川 和 夫** 井 上 勝 也 守 屋 国 光***

I. ま え が き

老人の知的機能を論ずるさいに、必ず問題となるのが、生理的老化に並行したいわば“正常な”精神老化と、なんらかの病的促進因子によると考えられる“病的”痴呆との区別の問題である^{6,8,10,11)}。もし両者の異同を区別しないと、「老年期には、知的機能は急速に衰退する」といった性急な結論に導かれることになる。

しかし、実際には老人にも「若い者に負けない」ほどの知的能力を示す者も数多く、また知的老化の気配さえみせぬ老人にもよく出遇うものである。さらに、最近の新福らの研究結果によれば⁹⁾、必ずしも加齢とともに知的衰退がみられるわけではなく、少なくとも65歳から80歳までの老人には、なんらの有意差も認められず、知的機能は、むしろ「平板化(plateau)する」という。

ところで、これらの論議を進める上で、同じモノサシ、共通の尺度を用いたかどうかが大変な要素となる。異なった尺度で測定した異なった結果を比較しても、それは無意味に近いことになる。この点で、ふるくから標準化された尺度が創られることが期待されていたのだが、実際には、その種の尺度は数少なく、したがって現実の臨床場面では、WAISのような老人には不向きなテストを用いるか、あるいは、臨床家の“勘”に頼るようなことが多かったのではなからうか。

ここに、われわれは数年来の大学病院、老人ホームでの経験、一般家庭での老人面接の経験を基礎にして²⁾、正常老人から痴呆化した老人をスクリーニングするための簡易な「痴呆診査スケール」を作製したので、本格的な老人用知能テストへの第一段階として、また、老人の知的機能の論議に資するため、その標準化の結果を報告

1974年2月15日受理

* An Investigation of Dementia Rating Scale for the Elderly

** 聖マリアンナ医科大学精神科学教室, Kazuo Hasegawa and Katsuya Inoue: Dept. of Psychiat., St. Marianna University School of Medicine

*** 都立老人総合研究所, Kunimitsu Moriya: Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

したい。

II. テスト問題の作製

老人用のスケールは、一般的にいって以下のような制約をうけると思われる。

(1) できるだけ短時間で施行できるものであること。われわれの経験では、30分をこえるテストに耐え得る老人は数少なく、したがって長時間のテストは、一種の“持久力テスト”のようなものになってしまい、テストの妥当性がいちじるしく低下するおそれがある。このため、多少の信頼性を犠牲にしても、テストは最大限20分以内のものが望ましいと思われる。

(2) 児童・成人用のテストのごとく、時間で競うような「時間制限法テスト」は、老人には不向きであり、したがって回答には時間制限のないものが望ましいと思われる。

(3) WAISにあるような「動作性テスト」⁷⁾もまた老人には不向きと思われる。回答は口頭でなされ得るのが望ましい。

(4) とくに、視覚の衰えた老人が多く、したがって可能なかぎり視覚的テストは避けるほうが望ましいと思われる。

(5) 集団テストではなく、「個別テスト」であることも必要条件と思われる。

(6) 最後に、これが最も大切なことと思われるが、知的機能の正常な老人ならば簡単に回答できるが、痴呆化した老人には回答がむずかしくなるような設問群であること。つまり、やさしい問題を多くして、その問題をさえ通過できない老人を見出すテストであることが必須条件と考えられる。

以上の諸点に留意して、ここに、われわれの臨床経験、および Anderson ら¹⁾によるスケールなどを参照し、表1のごとき設問群が設定された。テストの内容は見当識問題2問、記憶想起4問、記憶記銘2問、常識問題2問、計算問題1問、計11問である。

「あなたの名前は？」の1項目もテスト・バッテリーに加えてあったが、全被験者が正答したので、後述する“重みづけ”のさいに除外された。

図2 長谷川式認知症スケールが掲載された最初期の論文

な”精神老化と、なんらかの病的促進因子によると考えられる“病的”痴呆との区別の問題である」から始まる。

そして、これらには共通の尺度が必要だが、これま

では「WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale: ウェスクラー成人知能検査=筆者注)のような老人には不向きなテストを用いるか、あるいは臨床家の“勘”にたよることが多かったのではなからうか」としている。

966

表 1 簡易痴呆診査スケール

No.	配点
1 今日は何月何日か? (又は)何曜日か?	0, 3
2 ここはどこか?	0, 2.5
3 年齢は?	0, 2
4 最近起こったできごとからどの位経ったか? (又は)いつ頃か?	0, 2.5
5 出生地は?	0, 2
6 大東亜戦争の終了年は? (又は)関東大震災 はいつだったか?	0, 3.5
7 1年は何日か? (又は)1時間は何分か?	0, 2.5
8 日本の総理大臣名は?	0, 3
9 100から順に7を引くと? (100-7=93), (93-7=86)	0, 2, 4
10 数字の逆唱 (6-8-2), (3-5-2-9)	0, 2, 4
11 5つの物品の記銘 (歯ブラシ, 100円硬貨, ナイフ, 箸, スプーン)	0, 0.5, 1.5 2.5, 3.5

注: 配点は後述する「重みづけられた点」, また No. 11は1つだけ覚えられたときは0点とする

表 2 規準集団の内訳

	男	女	計
61歳~65	11人	15	26
66 ~70	19	36	55
71 ~75	28	70	98
76 ~80	27	71	98
81 ~85	5	34	39
86 ~90	4	5	9
計	94	231	325

表 3 得点別人数

得点範囲	人数
0~2点	1人
3~5	5
6~8	24
9~11	126
12~	169
計	325

図3 最初期の診断スケールの質問項目

そこで、「正常老人から痴呆化した老人をスクリーニングするための簡易な『痴呆診査スケール』を作製した」と述べている。32.5点満点で10点以下が認知症に該当すると評価した。なお、共著者の井上勝也(1941-)は、臨床心理士で老年心理等に関する多数の論考があり、筑波大学心理学系教授に就任した。また、守屋國光(1945-)も高齢者心理関係の論考を公表し、大阪教育大学教授を務めた。この論文で示されたスケールは、一般臨床医にも認知症のスクリーニング診断が実施できる扉を開いたことになり、広く普及するようになった(長谷川, 2012)。

1974年の「痴呆診査スケール」は、1991年に「改訂長谷川式簡易知能評価スケール」に代わった。当初、設問には6として「大東亜戦争」の終了年を尋ねている(図3)。この表現が問題視され、「太平洋戦争」とこの時に書き換えられている。もっとも、対象となる高齢者には当時の呼称の「大東亜戦争」の方が馴染んでいたかもしれない。また、総理大臣の氏名を問うこともなくなり、設問数が11問から9問に減った。聖マリアンナ医科大学関係者9名の共著論文であり、長谷

川は論文責任者として著者順最後に名がみえる(加藤ほか, 1991)。筆頭著者の加藤伸司も臨床心理士であった(長谷川, 2011)。さらにこのスケールは2004年からは「痴呆」が「認知症」と呼ばれるようになった(溝口, 2013)ことに対応して「長谷川式認知症スケール」と改称された。

もちろん、このスケールには少なくない批判がある。たとえば、「言語的質問が多く、失語症患者では評価が困難である」、「図形の模写や文書作成の課題が含まれず、動作性の認知機能が評価できない」などと指摘されている(祐森, 2013)。インターネット上では、「簡単に出来ることが重視されているため、たとえば軽度のアルツハイマー型認知症では、点数が正常に近いことが多く、症状が進行すると、途端に点数が急降下します。要するに、初期診断に必ずしも向いてはしないのです」、「遠隔記憶のテストはありませんし、ある種の動作や手続きに伴う記憶を、評価するような項目もありません。たとえば、認知症の初期の症状で、慣れている筈の道で迷子になったりすることがありますが、そうした時に障害されているのは、おそらく動作や手続きに伴う記憶なので、それもこの検査ではチェックすることが出来ないのです」(<http://rokushin.blog.sonet.ne.jp/2009-06-19>, 2014年6月3日確認)。

あるいは、「認知機能の低下を確認する検査方法として一番一般的なのは、改定長谷川式認知症スケールやMMSEなどの簡易検査が認知機能検査の代表である。しかしこれらの検査も欠点が多い。改定長谷川式は、アルツハイマーの検査としては優れているが、レビー小体やピック病は、異常なしとなってしまう場合が多い。ピック病は、改定長谷川式で満点をとる。このため認知症ではないと判断されることが初期には多い」(<http://ameblo.jp/lewybody/entry-10834755778.html>, 2014年6月3日確認)などである。

なお、文中のMMSEとは、Mini Mental State Examinationの略で米国のフォルスタイン夫妻らが1975年に論文発表した国際的に最も知られる認知症に対する知能検査だと言われる(Folstein, Folstein and McHugh, 1975)。長谷川式認知症スケールは「心理テスト」の有効性を考えさせるものでもある。

じつは、このスケールの原型ともいべき論文が1973年に新福と井上によって発表されていた。「精神老化度の評価」と題する論文(新福・井上, 1973)で、質問項目に長谷川式スケールとの少なくない同一ないし類

2	新福・井上	
第1表-I 精神老化度検査用紙		
氏名	男・女	検査年月日（ 年 月 日）
生年月日	満才	
		tester
1. 年令は？（2～3年以内は正）		0, 1
2. 今日は何月何日？		0, 1
3. 何曜日？		0, 1
4. ここはどこですか？		0, 1
5. 私は何をする人？		0, 1
6. 100から7を順に引いて下さい（イ.93, ロ.86, ハ.79, ニ.72, ホ.65）		0, 1, 2, 3, 4, 5
7. 15に18をたしていくと？（イ.33, ロ.51, ハ.69, ニ.87, ホ.105）		0, 1, 2, 3, 4, 5
8. 6を2倍にしていくと？（イ.12, ロ.24, ハ.48, ニ.96, ホ.192）		0, 1, 2, 3, 4, 5
9. 生年月日は？		0, 1
10. 卒業した小学校の名前は？		0, 1
11. 大東亜戦争が終った年月日（S.20.8.15）		0, 1
12. 5つの物品記銘（イ.時計, ロ.手帳, ハ.タバコ, ニ.10円貨, ホ.鉛筆）		0, 1, 2, 3, 4, 5
13. 8-5-2-9の逆唱（イ・ロ・ハ・ニ）		0, 1, 2, 3, 4
14. 総理大臣の名前		0, 1
15. 日本の5大都市名（イ・ロ・ハ・ニ・ホ）		0, 1, 2, 3, 4, 5
16. 外国の国名を5つ（イ・ロ・ハ・ニ・ホ）		0, 1, 2, 3, 4, 5
17. 1日は何時間？		0, 1
18. お金の硬貨の種類5つ（イ.100円, ロ.50円, ハ.10円, ニ.5円, ホ.1円）		0, 1, 2, 3, 4, 5
19. 何種類かに分類して下さい（イ・ロ） （赤い丸）-（赤い角）-（青い丸）-（青い角）		0, 1, 2
20. 時計の針の記入（イ.4時20分, ロ.9時45分）		0, 1, 2
21. 図形を上下逆の向きに書きかえる（ → ）		0, 1
[特記事項]		（粗点： ） （新粗点： ） （T score： ） （評価段階 段階）

第1表-II

第1表-III

図4 新福・井上（1973）による精神老化度検査の調査項目

似項目がみられる（図4）。たとえば、「今日は何月何日ですか」、「大東亜戦争が終った年月日」、「100から7を順に引いて下さい」、「8-2-5-9の逆唱」、「5つの物品記銘」などである。

おわりに

2014年4月16日から4月20日の間「読売新聞」は「認知症 精神科病院」と題する5回の連載記事を掲載し

た。それぞれ副題が「施設追われ病棟暮らし」, 「施設病棟「私悪くない」」(第1回), 「患者の扱いやすさ優先」(第2回), 「治療努力入院期間を左右」(第3回), 「治療・介護タッグ退院早く」(第4回), 「入院・在宅どちらが幸せ?」(第5回)であった。認知症高齢者は予備軍を含め800万人に上ると見込まれる。当事者にとって「最後の砦」が「精神科病院の役割」と捉えたものである。認知症と精神科医療, 精神保健福祉との連携を求める内容であった。さらに, 「ドラッグ・ロック」などの事例は, 当事者の拘束に関わるものであり, 生命倫理と関係するものでもあった。

また, 医療系の専門誌「認知症の最新医療」の2014年1月号の特集は「認知症の終末期をめぐって—その人らしい“しめくり”」である。5つの記事は, それぞれ病院, 施設, 在宅, 身寄りのない人, 認知症患者の自己決定権の問題を扱っていた。さらに, 座談会として「認知症の早期発見・早期治療へつなげる病診連携の重要性」が語られている。認知症と診断された当事者は, 自己決定がどこまで可能かということから, これも終末期の生命倫理と関係するものである。

一方, 「こころの科学」(161号, 2012)は, 特集「認知症—地域で支える」であり, 「なぜ地域ケアシステムか」, 「小規模多機能型居宅住宅介護」, 「介護老人保健施設」, 「大都市の困窮・単身・認知症の高齢者を支える」など, 極めて社会福祉と関連が強い内容の記事が掲載された。週刊誌でも「週刊朝日」(2014年7月4日号)の特集は「認知症自己判定 3タイプ87項目 あなたは? 家族は? 早期発見チェックリスト」であり, 認知症の早期発見を扱っている。このように認知症に関する問題群は, まさに, 現代社会の多くの課題を内包しているようにみえる。

ところで, 認知症といえば, アルツハイマー病の大半を占める「アルツハイマー型認知症」が思い起こされる。脳血管性認知症やレビー小体に原因が求められる認知症に比べて認知症で占める割合がもっとも多いことやアルツハイマーなる名前の医学者が発見したことは良く知られている。付け加えれば, このアルツハイマー (Alois Alzheimer, 1864-1915) は, ミュンヘン大学精神科に所属した精神医学者であった (マウラー著, 新井監訳, 2004)。そして, 「アルツハイマー病」は, 1906年11月チュービンゲンでの第37回南西ドイツ精神医学会で「高度で特異な大脳皮質の疾病過程について」と題する報告が初出である。そして, 1910年ア

ルツハイマーの師である精神医学者クレペリン (Emil Kraepelin, 1856-1926) が「アルツハイマー病」と命名した (松下, 2008)。このクレペリンは, 彼が見出した作業曲線を基に日本の心理学者内田勇三郎 (1856-1926) が開発した適性検査の一種である「内田クレペリン精神検査」に名を残している。

ここで注目したいのは, 本稿で取り上げた「長谷川式認知症スケール」, 「森田療法」, 「アルツハイマー病」, 「内田クレペリン精神検査」は, すべて発見者, 開発者の名前が使われた術語ということである。エポニミー, 冠名語, 業績の人名化などいわれる (佐藤・溝口編, 1997)。一般にその研究に関与した研究者の貢献を称えるもので, 掘り下げれば多様な事例がみられるものである (新堀, 1984)。日本人名が含まれるエポニミーであることは, わが国の研究水準の一つの指標になるとともに, 高齢化する日本社会の状況に対応しようとする努力の現れにも感じられる。

なお, 長谷川和夫に対するインタビューは, 2009年12月に立教大学コミュニティ福祉学部の片山友子と橋本正明によって行われている (片山・橋本, 2010)。養護老人ホームにおける調査や東京都在宅高齢者5000人調査に触れた後, 長谷川式認知症スケールの開発について尋ねている。そして, 診療の限界と認知症家族会である水曜会のこと, 家族の変化と市民活動の5つの項目で構成されている。この内, 3番目の長谷川式認知症スケールについては, 1頁分ほどが割かれている。東京都における在宅高齢者に対する調査が終了する頃に一応の完成を見ていたこと, アメリカで開発されていたスケールは参考にならなかったこと, 言葉だけのやり取りでできるものにしたことなどが述べられていた。

筆者らもこの長谷川式認知症スケールの開発事情を中心として長谷川和夫とインタビューを行い本稿でその一部を扱った。その内容全体については稿を改めて公表したい。

文 献

- 有吉佐和子 (1972) 『恍惚の人』, 新潮社
 Folstein, M.F., Folstein, S.E. and P.R. McHugh, (1975) "Mini-Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12 189-198.
 長谷川和夫・井上勝也・守屋国光 (1974) 老人の痴呆診査スケール, *精神医学*, 16巻11号, 965-969頁
 長谷川和夫 (1996) 『ボケる脳 ボケない脳』, 講談社

- 長谷川和夫・岩井寛（1979）『心を強くする森田式生活術』、ごま書房
- 長谷川和夫（1996）『森田療法入門』、ごま書房
- 長谷川和夫（1999）『森田療法入門：マイナスの心をプラスに転じる法』、サンマーク出版
- 長谷川和夫（2009）『森田療法がわかる本：ありのままの自分を受け入れる』、グラフ社
- 長谷川和夫（2009）『認知症 家族はどうしたらよいか』、池田書店
- 長谷川和夫（2011）長谷川式認知症スケールをめぐって、心と社会、146号、79-85頁
- 長谷川和夫（2012）「長谷川式簡易知能評価スケール（HDS）」開発当時を振り返って、認知症ケア事例ジャーナル、5巻1号、52-56頁
- 今井環（1953）精神病学研究室『五十年史』所収、九州大学医学部五十周年記念会、317-319頁
- 保利重三編（1989）『海軍軍医会追想録』、桜医会出版部
- 片山友子・橋本正明（2010）日本における認知症研究の歩み～先駆者長谷川和夫先生へのインタビュー～、コミュニティ福祉学部紀要、12号、133-149頁
- 加藤伸司、下垣光、小野寺敦志、植田宏樹、老川賢三、池田一彦、小坂敦二、今井幸充、長谷川和夫（1991）改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）の作成、老年精神医学雑誌、2巻11号、1339-1347頁
- 鬼頭秀一（1987）だれがビタミンを発見したのか、『ノーベル賞の光と影（増補版）』所収、朝日新聞社、201-212頁
- コンラート・マウラー、ウリケル・マウラー著新井公人監訳（2004）『アルツハイマー その生涯とアルツハイマー病発見の軌跡』、保健同人社
- 高良武久（1969）『森田療法のすすめ ノイローゼ克服症』、講談社
- 高良武久（1976）『森田精神量彙報の実際 あるがままの人間学』、白揚社
- 国見寿彦（1989）学んだ海軍特有の医学、『海軍軍医会追想録』（保利重三編）所収、桜医会出版部、244-250頁
- 松下正明（2008）アルツハイマー病の発見をめぐって-アルツハイマー病の歴史の中で-、日本臨床、66巻増刊1号、7-17頁
- 溝口元（1989）若返り療法事件-榊保三郎、『スキヤングの科学史』所収、朝日新聞社、170-180頁
- 溝口元（2013）「アホウドリ」のネーミングとポリティカル・コレクトネス、人間の福祉、27号、67-77頁
- 森田正馬・高良武久（1952）『対人恐怖の直し方』、白揚社
- 森田正馬・高良武久（1953）『先面恐怖の直し方』、白揚社
- 中山和彦（2007）高木兼寛と森田正馬 その1 ドイツ医学とイギリス医学の対立が生んだ森田療法、東京慈恵会医科大学雑誌、122巻6号、279-294頁
- 新堀通也（1984）エポニミー研究序説-科学社会学の試み-、大学論集（広島大学大学教育研究センター）、13集、1-17頁
- サトウタツヤ（2013）心理学史という文脈からみた森田正馬の活動、日本森田療法学会雑誌、24巻1号、25-33頁
- 佐藤達哉・溝口元編著（1997）『通史 日本の心理学』北大路書房、487-496頁
- 新福尚武、長谷川和夫（1968）老人ボケの薬物療法、治療、50巻8号、1711-1716頁
- 新福尚武、長谷川和夫、武内貞子（1970）全国施設老人の精神医学の実態調査、社会精神医学研究所紀要、1巻1号、17-32頁
- 新福尚武、長谷川和夫（1970）施設老人と精神障害、第6回日本老年学会総会シンポジウム：老年期精神障害の医学的科学的問題、日本老年医学会雑誌、7巻4号、223-227頁
- 新福尚武、長谷川和夫（1975）老年精神医学 現代精神医学体系 第18巻、91-110頁 中山書店
- 新福尚武・長谷川和夫（2007）老いと認知症をみつめる、りんくる、14巻、51-55頁
- 新福尚武・井上勝也（1973）精神老化度の評価、社会精神医学研究所紀要、4巻1号、1-20頁
- 祐森信彦（2013）改訂長谷川式簡易知能評価スケール、リハビリナース、6巻1号、34-37頁
- 東京慈恵会医科大学（1965）『東京慈恵会医科大学八十五年史』、東京慈恵会医科大学、479-494頁
- 東京慈恵会医科大学精神神経科教室（1979）『新福先生精神科四十年のあゆみ』、東京慈恵会医科大学精神神経科教室、243-258頁、393-394頁
- 内村祐之（1942）第二十章 精神病学『東京帝国大学学術大観 医学部 伝染病研究所 農学部』所収、東京帝国大学、271-283頁

（2014年6月30日受付，2014年7月23日受理）