

総説

認知症問題の現状と今後

Current status and future approach towards the problem of dementia

鈴木 英鷹¹⁾、河 建人²⁾

要約：少子高齢化が未曾有のスピードで進みつつあり、我が国において認知症の診療と介護は大きな社会的課題である。認知症患者数は160～180万人、有病率は65歳以上の7～8%程度といわれている。認知症の原因疾患として、アルツハイマー病、レビー小体型認知症、血管性認知症が重要で、アルツハイマー病の増加が著しい。この総説では、認知症の問題点として、(1)患者数が極めて多いことと今後も患者数が増え続けること、(2)介護負担の大きさと医療・介護受け入れ態勢の不備不足、(3)意思能力の消失、(4)医学・医療的対応の限界、(5)認知症の行動と心理症状（BPSD：Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia）の問題、(6)合併症の問題の6つの項目を挙げ、それぞれについて解説を行った。

Key Words：認知症、アルツハイマー病、レビー小体型認知症、血管性認知症

はじめに

「生後いったん正常に発達した知的機能が後天的な脳器質障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活が営めなくなっている状態」を認知症という。後天的原因によって生じる知能の障害である点で精神遅滞（知的障害）と異なる。中枢神経系の疾患をはじめ、様々な疾患が認知症の原因になりうるが、我が国ではアルツハイマー病、レビー小体型認知症、血管性認知症が重要である。現時点での我が国の認知症の有病率は7～8%程度と推定されている。認

知症の最大の危険因子は加齢であることを鑑みると、平均寿命が延びると共に認知症の有病率は増加し、このことが少子化とリンクして我が国の社会制度に多大な影響を与えるであろうことが予想される。この総説では、「なぜ認知症が重要か」について、宇高の提言¹⁾に従い、6項目にわたって認知症の問題について解説した。

(1) 患者数が極めて多いことと今後も患者が増え続けること

認知症はメタボリックシンドロームと同様に、common diseaseとなったという。多くの総説には、現在の認知症患者数は160～180万人、有病率は65歳以上の7～8%程度と記載されている。ここでは、認知症の有病率に関する調査の一端を紹介することにする²⁾。

1990年以前の65歳以上の在宅高齢者の認知症

Hideo Suzuki
大阪河 リハビリテーション大学
リハビリテーション学部
E-mail : suzukih@kawasakigakuen.ac.jp

1) 大阪河 リハビリテーション大学
リハビリテーション学部

2) 医療法人河 会 水間病院

の有病率は4.8% (男性4.4%、女性5.1%)であった。在宅のほか病院や施設に入院、入所している高齢者を含めた65歳以上の全認知症の有病率は6.3% (男性5.8%、女性6.7%)であった(表1)。

2000年より開始された介護保険では、寝たきり高齢者および認知症高齢者がその対象とされ、福祉の政策のうえで認知症高齢者数の把握が求められている。大塚によると2001年では、65歳以上の認知症のある高齢者は約166万人で、65歳以上の人口に対する割合は7.3%である。10年後の2011年には約241万人(8.5%)、15年後の2016年には約279万人(8.6%)、20年後の2021年には約309万人(9.3%)、35年後の2036年には約355万人(10.8%)となりピークに達し、その後は高齢者人口の減少とともに認知症高齢者も減少すると推測されている(表2)。

認知症の有病率を経年的にみた報告では、65歳以上の認知症の粗有病率は1980年、1990年お

よび2000年でそれぞれ4.4%、4.9%、7.5%であり、年々上昇している結果であった³⁾。

以上の報告は、65歳以上の認知症高齢者の有病率は7～8%程度と記載されていることを裏付けている。この7～8%の有病率に対して、少し辛めなデータの報告もあり、要介護認定データを基に推計した高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」を紹介することにする(表3)⁴⁾。これによると2002年9月現在、介護保険の要介護・要支援認定者は314万人である。このうち149万人が「何らかの介護・支援を必要とする認知症(自立度Ⅱ以上)」がある高齢者であり、これより65歳以上の認知症高齢者の出現率は6.3%となる。この数字は多くの成書に記載されている7～8%よりは低めである。

また149万人の認知症高齢者の所在について、居宅者は73万人(49%)、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設などの

表1 65歳以上の高齢者の痴呆の有病率²⁾ (1985年)

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳～	合計
男性	2.1%	4.0%	7.2%	12.9%	22.2%	5.8%
女性	1.1%	3.3%	7.0%	15.6%	29.8%	6.7%
計	1.5%	3.6%	7.1%	14.6%	27.3%	6.3%

表2 痴呆のある高齢者の将来推計数 (2001年推計)²⁾

	65歳以上の痴呆のある高齢者の数	65歳以上の高齢者人口に対する割合
平成13年(2001年)	1,656,237人	7.3%
18年(2006年)	2,014,763	7.8
23年(2011年)	2,405,267	8.5
28年(2016年)	2,789,899	8.6
33年(2021年)	3,094,374	9.3
38年(2026年)	3,302,407	10.0
43年(2031年)	3,456,864	10.6
48年(2036年)	3,549,991	10.8
53年(2041年)	3,432,926	10.2
58年(2046年)	3,346,670	10.1

表3 65歳以上の認知症高齢者の現状⁴⁾

(要介護・要支援認定データによる) (万人)

	要介護 (要支援) 認定者	認定申請時の所在				
		居宅	特別養護 老人ホーム	老人保健 施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総数	314	210	32	25	12	34
何らかの介護・支援を必要とする認定症高齢者 (自立度Ⅱ以上)	149	73	27	20	10	19
一定の介護を必要とする認知症高齢者 (自立度Ⅲ以上)	79	28	20	13	8	11

施設にいる者は76万人(51%)であった。

我が国においては認知症の原因として、アルツハイマー病、レビー小体型認知症、血管性認知症が重要である。

アルツハイマー病は着実に進行する皮質性認知症を示す。その早期診断にはCT、MRI、SPECTなどの画像診断が非侵襲的で重要で、CTやMRIで診断した場合には海馬領域の萎縮、側脳室下角の拡大、SPECTでは頭頂後頭境界領域・後部帯状回の血流低下が特徴的である。診断マーカーとしては髄液中のtauとAβの測定がある。アルツハイマー病では早期から神経原線維変化の主成分のリン酸化tauが髄液中に増加し、老人班の主成分であるAβ蛋白のうちAβ1-42が増加し、tau/Aβ1-42の増加がみられる⁵⁾。血液中を検出できるマーカーはまだない。治療薬についてはコリン仮説に基づいて減少した脳内のアセチルコリンを増加させるコリンエステラーゼ阻害薬の開発が盛んに行われ、ドネペジルが発売された。これはアルツハイマー病の早期に使用して認知症の進行を遅らせる作用が主体であり、根本的な治療薬ではない。

レビー小体型認知症は最近ではアルツハイマー病について二番目に多い老年期認知症であるが、診断は必ずしも容易ではなくアルツハイマー病と誤診されることが少なくない。認知機能の変動、人や動物を主とする幻視、比較的早期から出現する突発性のパーキンソン症状、向精

神薬への過敏性、認知症のわりに画像上萎縮が軽いことに注意し、SPECTでは後頭葉の血流低下が目されている。レビー小体型認知症ではアルツハイマー病以上に脳内のアセチルコリンが減少しており、ドネペジルはアルツハイマー病よりレビー小体型認知症により有効である。病理像では大脳皮質を中心とするレビー小体の存在が重要で、その主成分はα-synucleinである。

血管性認知症は脳梗塞や脳出血などに基づいて起こる認知症の総称であり、梗塞性認知症が大部分を占める。以前は我が国では血管性認知症が最も多い認知症と信じてられていたが、かなりoverdiagnoseされており、現在では老年期認知症のせいぜい20%前後といわれている。高齢者では小さい梗塞が多発する多発梗塞性認知症が多い。血管性認知症はまだら認知症が特徴的である。

この20年来の日本における疫学調査では、表4に示すように1990年までは血管性認知症/アルツハイマー病の比率は1.0以上という報告が多い。しかし1990年頃を境として、この比率が逆転している。平井はこのことについて、血管性認知症の有病率の減少と考えている⁶⁾。有病率の減少は、脳血管障害のリスク要因である高血圧や高脂血症等の疾病に対して啓蒙活動が行き届いてきたことも一因であろう。

このように、以前は我が国では血管性認知症

表4 日本における痴呆老年者の主な疫学調査⁶⁾

調査地域 (調査年)	原因疾患別割合		
	アルツハイマー病(AD)	血管性認知症(VD)	VD/AD比
東京都(第2回, 1980)	12.6	36.4	2.9
神奈川県(第1回, 1982)	24.3	41.4	1.7
新潟県(1983)	31.0	55.2	1.8
岐阜県(1983)	26.8	46.4	1.8
大阪府(1983)	36.8	52.6	1.4
名古屋市(第2回, 1983)	42.0	48.1	1.1
山梨県(1984)	48.0	37.3	0.8
富山県(第2回, 1985)	56.7	36.7	0.6
北海道(1986)	35.1	45.3	1.3
神奈川県(第2回, 1987)	41.6	39.8	1.0
東京都(第3回, 1988)	23.1	31.4	1.4
横浜市(第2回, 1990)	46.2	40.8	0.9
名古屋市(第2回, 1990)	41.6	50.5	1.2
栃木県(1990)	17.1	54.3	3.2
広島県(1991)	45.8	31.9	0.7
沖縄県(1991)	46.5	30.8	0.7
神奈川県(第3回, 1992)	50.0	38.8	0.8
群馬県(1992)	46.3	38.8	0.8
東京都(第4回, 1996)	43.1	30.1	0.7
名古屋市(第3回, 1996)	57.6	38.0	0.7

1990年以降の調査ではVD/AD比が1.0以下の結果、つまりADがVDよりも相対的に増加しているという結果が多い。

がアルツハイマー病より多いという報告が多かったが最近ではアルツハイマー病も多くなっている。10年間の剖検例を対象とした小阪らの報告では⁷⁾、アルツハイマー病が最も多く(47%)、血管性認知症(23%)、レビー小体型認知症(18%)の順であったが、後半5年間では血管性認知症が減り、レビー小体型認知症と同じ18%であった。今後、血管性認知症は更に減り、アルツハイマー病やレビー小体型認知症が増えると考えられている。

(2) 介護負担の大きさと医療・介護受け入れ態勢の不備不足

要支援・要介護者の数は、2006年3月末では432万人となり、2000年4月末の218万に比べて、約2倍に増加している。このうち65歳以上の高齢者についてみると2006年3月末で、417.5万人で、高齢者人口の16.6%を占めている。すな

わち高齢者の6人に1人は要支援・要介護者である⁸⁾。

このように要支援・要介護者数の増加に伴って、介護老人保健施設の増加も著しく、2005年10月末で、介護老人保健施設の施設数は3278、総定員は29万8000人である。利用者数を見ると2006年11月で30万4000人であり、介護保険制度がスタートしたばかりの2001年11月では23万6000人であったから、約30%増となっている⁹⁾。

高齢者人口の増加と共に認知症高齢者が著しく増加してきていることを反映して、介護老人保健施設の入所者に占める認知症高齢者の割合は年々増加している。老人保健施設制度が始まって間もなくの1989年では「認知症あり」の入所利用者は全入所者の59%に過ぎなかったが、1998年には80%台に突入し、2001年には90%を超えた¹⁰⁾。

認知症患者の大部分は緩徐ながら進行するために、長期にわたる介護を必要とする。しかし医療費抑制政策が長く続いた結果、医療介護現場の疲弊が目立ち、地域によっては介護老人保健施設に入所するのにかなりの時間を要する状況がある。国民的議論によって医療介護費の純粋拡大を目指すしか解決策はないように思われるが、介護に要する労働力不足の面からも、経済的側面からの負担は大きく、若年層の減少する我が国の大きな社会問題に早晩なるものと思われる。

(3) 意思能力の消失

認知症では記憶、見当識、判断力、思考力など高次脳機能が侵されるため、意思能力の低下、消失という法律上の重大問題が生じる。認知症と診断される事は、運転免許取り消し、各種の欠落事由など、社会的に自立できないとみなされることでもある。医学的対応のみならず、成年後見制度など法律と関連してなすべきことが多い。ここでは、認知症患者の運転免許の制

限¹⁾と成年後見制度について紹介する。

2002年6月1日から改正道路交通法が施行され、一定の疾患を持つ患者の運転免許の制限について新たに明文化された。主な改正点は①統合失調症やてんかんなどの疾患が絶対的欠落から相対的欠落に変更、②認知症および睡眠障害の一部が新たに制限された、③低血糖症、再発性失神、不整脈などの身体的疾患においても安全運転上問題がある場合制限される。現在、我が国の認知症患者は約160万人存在するといわれている。警察庁データ「65歳以上の36%が運転免許を保持している」という資料を考慮すると、少なくとも28万人程度の運転免許を保持する認知症患者が存在する。高知大学の報告では、多くの認知症患者が診断後も運転を継続し、認知症の診断までにすでに交通事故を起こして、運転行動上の変化をきたしていたという。また、2002年の改正道路交通法施行後、病状申告書提出で病状チェックが行われているにもかかわらず、多くの認知症患者は免許更新に成功している。一方、運転中断では主治医が勧告した場合、中等度以上の認知症では成功しているが、軽度

レベルの認知症では患者本人が拒否したり、生活のため患者が運転中断に反対したりしているという。したがって、認知症の告知、家族本人への運転継続の危険性の説明、中断勧告のみでは決して問題は解決しないと思われる。

成年後見制度とは、これまで禁治産や準禁治産と呼ばれていた制度が改正されたものである。この成年後見制度は、「任意後見」と「法定後見」の2つの制度がある。任意後見は家庭裁判所に後見人を選定してもらうのではなく、あらかじめ意思能力が保たれている時点で後見人を選んでおいて、判断能力が低下した時に自分に必要な行為をしてもらう制度である。法定後見には、「補助」「保佐」「後見」の3つの保護制度が準備されている(表5)。本人の判断能力に応じて、補助人(判断能力が不十分な場合)、保佐人(判断能力が著しく不十分な場合)、後見人(判断能力を欠く常況にある場合)が家庭裁判所の審判によって選任され、本人の自己決定を尊重しながら保護にあたる。いずれにせよ、これらの制度は、認知症が悪化し、家族や親族間の財産争いに発展したり、悪質な契約を結ば

表5 成年後見制度の概要¹⁾

制度	類型	対象者	援助者(必要時の監督人)	援助者の代理権(対象者の同意の要否)	援助者の同意権・取消権(対象者の同意の要否)	判断能力判定資料(作成者)
任意後見制度	任意後見契約	意思能力が保たれている者	任意後見人と任意後見監督人	契約で定めた法律行為		診断書(主治医など)
法定後見制度	補助	自己の財産を管理、処分するには、援助が必要な場合がある者	補助人(補佐監督人)	申請の範囲内の特定の法律行為(同意必要)	民法所定の財産管理行為のうち、申請の範囲内の特定の法律行為(同意必要)	診断書(主治医など)
	保佐	自己の財産を管理、処分するには、常に援助が必要な者	保佐人(保佐監督人)	申請の範囲内の特定の法律行為(同意必要)	民法所定の財産管理行為(同意不要)	鑑定書(鑑定人)
	後見	自己の財産を管理、処分することができない者	後見人(後見監督人)	財産に関するすべての法律行為(同意不要)	日常生活に関する行為以外の行為(同意不要)	鑑定書(鑑定人)

れたりする前に、患者の権利を擁護する制度である。

(4) 医学医療的対応の限界

治療可能な場合もあるが、認知症の大部分を占めるアルツハイマー病、血管性認知症の中核症状である記憶障害への根本的治療法はなく対症療法も限られている。

アルツハイマー病では、アセチルコリン作動性神経細胞に変性・脱落が生じるために脳内のアセチルコリンの減少を生じることが主な神経薬理学的な病態である。アセチルコリン作動性神経細胞の変性・脱落は、**図1**のようにアルツハイマー病の病態では最下流に位置すると考えられており、症状の発現に最も密接に関係していると考えられている¹²⁾。アセチルコリン作動性神経細胞は、前脳基底核から大脳新皮質・海馬に投射し、脳全体の活性化に参与している。アセチルコリン作動性神経細胞に変性が生じるために、アルツハイマー病の初期から中期にかけてみられる種々の症状が発生する。この病態に対してアセチルコリンの分解を抑制するアセチルコリンエステラーゼ阻害薬が開発されてきて、我が国ではドネペジルが薬剤として認可されている。ドネペジルは現在、軽度および中等度のアルツハイマー病の進行抑制という適応を

有しているが、高度アルツハイマー病には適応がない。

アルツハイマー病でみられる老人斑はアミロイド蛋白の蓄積により生じたもので、アルツハイマー病の病態の主たる部分と考えられており、この病態に対して薬物が開発中である。

また認知症の非薬物療法として、音楽療法、絵画療法、作業療法、回想法、動物介在療法などが施設によっては行われている。音楽療法は、聞き覚えのある曲を聴くことで認知症患者の不安や混乱を軽減する効果や、音楽を聴いたり、歌ったりしながら、リズムに合わせて手や指を動かしたり楽器を使ったりして、脳の神経細胞を刺激する効果を期待する治療法である。絵画療法は絵を描くことで、音楽療法と同様に、認知症患者の不安や混乱を軽減する効果や、脳の神経細胞を刺激する効果を期待する治療法である。絵画を通じて、自分自身を表現することに役に立つ、という効果も期待できる。作業療法は、いろいろな作業のために身体を動かすことで、身体機能を維持する効果や、日中活動することで、生活のリズムをつける効果がある治療法で、作業療法士によって行われる。回想法は、認知症患者が色々なものを用いて自分自身の人生を振り返り、脳の活性化や情緒の安定化を期待する方法である。用いるものには、古い家具

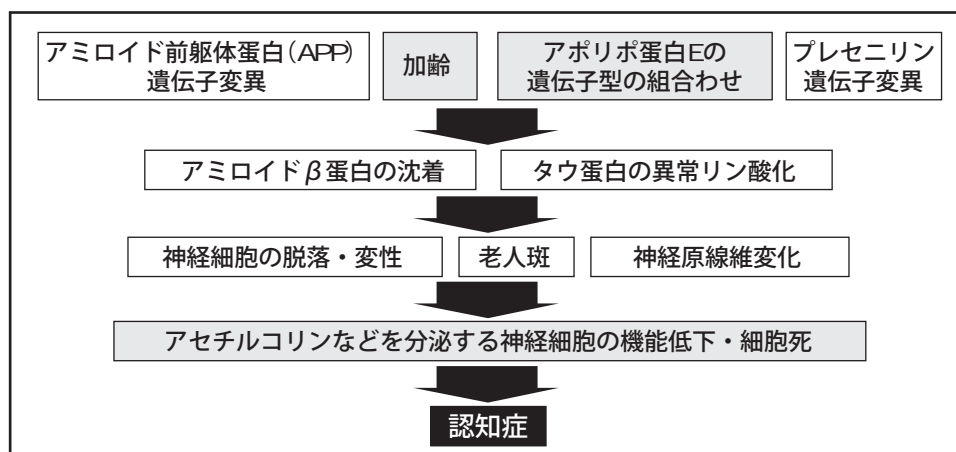


図1 アルツハイマー病の病態¹²⁾

や本など患者が昔によく使用した道具、さらには患者が若い頃に住んでいたような部屋、また物品だけではなく昔の話題をすることなどがある。動物介在療法は動物と触れ合う事で患者の症状を軽減させようとする療法で、欧米では1970年代から行われてきた。著者も血管性認知症に対してドッグ・セラピーを試み、「自発活動の欠如」・「速い動作の困難」での改善傾向を認めた¹³⁾。

これらの療法は、認知症症状による毎日の活動の制限を和らげるためや、認知症症状に悪影響を及ぼすストレスの軽減等を目的として行われ、治療効果のエビデンスは明らかでない。

(5) 認知症の行動と心理症状(BPSD: Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia)の問題

認知症で出現する精神症候は、従来から認知機能障害を中心とする中核症状と、中核症状をもつ認知症患者が周囲との関わりの中で示す精神症状や行動障害からなる周辺症状に分けられてきた。周辺症状は最近、「認知症の行動と心理症状(BPSD)」と称され、認知症の診断や治療において重要な症状である。また、精神症状や行動異常が主要な症状である、レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症(ピック病など)が注目されるようになり、周辺症状という用語よりもBPSDという用語のほうが使われる頻度が増えてきた。

BPSDの出現頻度は高く、Ikedaらの報告¹⁴⁾で

は認知症高齢者の88.3%に出現していたという。認知症の中期に見られることの多い易怒性、徘徊、昼夜逆転、不潔行為、介護への抵抗、暴言、暴力などは、介護者の負担を増大させ、介護者の介護意欲を損ない、在宅介護を困難にさせる要因である。

BPSDには多様な症状が含まれており、対処の困難さによって3つのグループに分類される¹⁵⁾。

比較的処置のしやすいグループ」の症状でも、実際の現場では対処に悩まされる。主な徴候・症状の有病率を表7に示すが、妄想、うつ病、人格変化が高率に認められる¹⁵⁾。

認知症をきたす疾患によっても出現するBPSDの症状が異なる(表8)。アルツハイマー病では妄想、幻覚、興奮、易刺激性、異常行動の出現頻度が血管性認知症よりも高い。一方、血管性認知症では無関心が出現しやすく、うつ状態と間違われることが多い。無関心や自発性の低下は、廃用症候群をきたす要因となる¹⁶⁾。

(6) 合併症の問題

認知症患者の多くは高齢者であり、高齢者特有の内科的・外科的合併症が生じた場合、内科的治療や手術の選択に関して本人の同意能力の問題がある。また臓器機能の低下のため侵襲的検査や治療には耐えられず、協力も得られにくい事が多い。一般病棟での入院が困難な場合が少なくないし、手術や人工透析の適応、延命をどこまで行うべきかなどについてコンセンサス

表6 BPSDの症状¹⁵⁾

グループⅠ (厄介で対処が難しい症状)	グループⅡ (やや処置に悩まされる症状)	グループⅢ (比較的対処しやすい症状)
心理症状：妄想、不眠、幻覚、不安、抑うつ 行動症状：身体的攻撃性、徘徊、不穏	心理症状：誤認 行動症状：焦燥、社会通念上の不適当な行動と性的脱抑制、部屋の中をいったりきたりする、わめき声	行動症状：泣き叫ぶ、ののしる、無気力、繰り返し尋ねる、シャドーイング

表7 BPSDの有病率¹⁵⁾

	徴候・症状	報告された頻度 (患者に対する%)
知覚	妄想	20~73
	誤認	23~50
	幻覚	15~49
情動	うつ病	80まで
	躁病	3~15
人格	人格の変化	90まで
	行動症状	50まで
	攻撃 敵意	20まで

は得られていない。

認知症の身体的合併症について、岩本は、認知症より派生した身体的合併症、認知症の原因疾患に起因した身体的合併症、高齢そのものに関連した身体的合併症に分類している¹⁷⁾。

1) 認知症より派生した身体的合併症

認知症より派生した身体的合併症では、中等度の認知症で見られる見当識障害や道具の使用困難による、機能性尿失禁や徘徊時の転倒・外傷がみられる。尿失禁はトイレの場所や使い方が分からず尿失禁にいたるもので、その対応には、トイレの位置をわかりやすく、使いやすくしたり、介護者が2~4時間ごとにトイレに誘導したりするのがよいという。

高齢者においては立位能力や歩行能力が低下し、転倒の危険性が高くなっている。65歳以上の高齢者の約1/3が1年間に1回あるいはそれ以上、転倒しているという。また高齢者では転倒の3~5%に骨折を起すと報告されている。認知症そのものが転倒の危険因子であり、徘徊に対する対応が必要になる。なお、転倒し、ごく軽微な頭部打撲が原因となって起こる慢性硬膜下血腫は認知症の原因疾患として重要で、その発見には頭蓋内圧亢進症状である頭痛や嘔吐、片麻痺などに注意する必要がある。転倒の予防としては、①筋力強化を主体とした運動療法、②不要な段差の解消や適切な手すり設置などの

表8 アルツハイマー病と脳血管認知症の精神症状¹⁶⁾

NPI下位項目	アルツハイマー病 (n=21)		脳血管性認知症 (n=28)	
	n	%	n	%
妄想	8	38.1	4	14.2
幻覚	5	23.8	1	3.5
興奮	10	47.6	7	25.0
うつ	5	23.8	5	17.9
不安	5	23.8	5	17.9
多幸	3	14.3	1	3.6
無関心	9	42.9	19	67.9
脱抑制	2	9.5	3	10.7
易刺激性	10	47.6	6	21.4
異常行動	12	57.1	8	28.6
計	18	85.7	25	89.2

NPI: neuropsychiatric inventory

環境整備、③歩行補助具や福祉機器の導入が必要となる¹⁸⁾。

高度の認知症では、脱水症、栄養障害、誤嚥性肺炎、寝たきり、褥創がよくみられ、死に至る。

2) 認知症の原因疾患に起因した身体的合併症

認知症の原因疾患に起因した身体的合併症では、アルツハイマー病の発症に血管性因子が関与していることが明らかになり、高血圧、糖尿病、高脂血症、心房細動やこれらに起因した臓器障害が身体的合併症としてみられる。特に昨今の我が国では、飽食、運動不足などに伴って代謝異常が急増して、糖尿病、高脂血症を有するアルツハイマー病の増加が指摘されている。一方、血管性認知症では、認知症が脳血管障害の一部分症であり、片麻痺、球麻痺などの身体的合併症を高率に伴う。これらの対策はリハビリテーションと再発予防に尽きる。

3) 高齢そのものに関連した身体的合併症

高齢そのものに関連した身体的合併症としては、便秘、脱水症、誤嚥性肺炎を挙げる。便秘は高齢者でよくみられる症状である。これは高齢者や寝たきりになると、体力や腹筋力が減弱

し排便が困難になること、合併症として心不全や肺気腫などがあると、排便時に十分な腹圧が加えられないことにより便秘となる。また高齢者では他の疾患を合併していることが多く、治療薬（抗潰瘍薬・抗うつ薬・抗パーキンソン薬・降圧薬など）により便秘をきたすことがある。さらに高齢者では消化器系に器質的疾患を有することが多く、最近では大腸癌が増えており、悪性腫瘍による狭窄症状のひとつとして便秘が現れることがあるので注意が必要である。また認知症患者では便秘があっても訴えられないものが多く、時にイレウスに進展することがあるので注意を要する。

高齢者の肺炎の60～70%は嚥下障害に関連した誤嚥性肺炎である。特に院内肺炎の中ではその比率はさらに高い。認知症患者では過剰摂食の結果、突発性の大量嘔吐がおこり、誤嚥により急性肺水腫を生じて高度の呼吸不全に陥ることがある。

脱水症は、高齢者では若年者と比較すると細胞内水分量が減少しているためにおこりやすい。また、高齢者は腎のNa保持能が低下していることに加えて、口渴感が減弱して水分を摂取しないなどの特徴がある。更に尿失禁や誤嚥による飲水の差し控えなどによって脱水症は助長される。

このように認知症患者には注意深い観察と予見的洞察、チーム医療をもってトータルケアを施す努力が必要である。

おわりに

本邦においては、高齢者人口の増加とともに認知症高齢者が著しく増加してきているが、認知症の治療が難しく、それら高齢者を抱える家族の心身の負担が大きく、家庭崩壊まで起こしかねない状況になっている。更なる認知症の治療研究や予防研究を推進すること、認知症患者

の社会的サービスの確立が望まれる。

〔文 献〕

- 1) 宇高不可思：なぜ認知症が重要か？ *medicina* 2007, 44：1040-1041.
- 2) 大塚俊男：痴呆はどのくらい多いか．武田雅俊（編）：“現代老年精神医療”永井書店，大阪，2005，p.59-67.
- 3) 湧谷陽介、他：鳥取県大山町における2000年度痴呆性疾患疫学調査. *Dementia Japan* 2001, 15：140.
- 4) 高齢者介護研究会報告書：「2015年の高齢者介護」
- 5) Kosaka K, Iseki E：Recent advances of dementia research in Japan：Non-Alzheimer-degenerative dementias. *Psychiat Clin Neurosci* 1998, 52：367-378.
- 6) 平井俊策：痴呆性疾患の最近の動向. *精神医学* 2003, 45：843-847.
- 7) Akatuka Y, Takahashi M, Matukawa N, et al：Subtype analysis of neuropathologically diagnosed patients in a Japanese geriatric hospital. *J Neurol Sci* 2002, 196：63-69.
- 8) 全国老人保健施設協会：“介護白書(平成19年度版)” オフィスTM, 東京, 2007, p.4.
- 9) 全国老人保健施設協会：“介護白書(平成19年度版)” オフィスTM, 東京, 2007, p.16.
- 10) 平井基陽：老人保健施設、武田雅俊（編）：“現代老年精神医療”永井書店，大阪，2005，p.377.
- 11) 上村直人、諸隈陽子：認知症と自動車運転免許. *medicina* 2007, 44：1154-1157.
- 12) 中村 祐：アルツハイマー病の病態と薬物治療. *medicina* 2007, 44：1092-1094.
- 13) 鈴木英鷹、本多義治、本多秀治ほか：脳血管性痴呆患者に対する動物介在療法(ドッグセラピー)の試み. *精神科治療学* 2004, 19：1121-1125.
- 14) Ikeda M, Fukuhara R, Shigenobu K, et al：Dementia associated mental and behavioural disturbances in elderly people in community：

- findings from the first Nakayama study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004, 75 : 146-148.
- 15) 服部英幸：BPSDへの対応. 精神科 2005, 7:213-218.
- 16) Ikeda M, Fukuhara R, Shigenobu K, et al : Dementia associated mental and behavioral disturbances in elderly people in community : findings from the first Nakayama study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004, 75 : 146-148.
- 17) 岩本俊彦、中井利紀、木村明裕：認知症の身体的合併症と対策. medicina 2007, 44 : 1064-1066.
- 18) 長屋政博、中澤 信：転倒・歩行障害. 武田雅俊(編)：“現代老年精神医療”永井書店, 大阪, 2005, p421-423.