

# とんでもない時代がやってきた！ ——日本の現状と世界

## SYLLABUS

▶ 認知症は今や common disease であり、2015年1月27日に第三次安倍内閣が決定した認知症施策推進総合戦略「新オレンジプラン」では、医師に限らず、すべての医療者が認知症に対応できることを謳っています。国家が国策として、医師であれば専門が何科であろうと関係なく、あまねく認知症患者に対して何らかの対応（医療サービスの提供）ができることを希求しているわけです。超高齢社会、日本。わが国の状況を理解し、知識を深め、対応する術を識ることが医療者にとって喫緊の課題と言えるでしょう。

## 1 高齢者の定義と用語

- まず、疫学・統計学的知識をブラッシュアップしましょう。2017年1月5日、日本老年学会が高齢者の定義に関し、現行の65歳以上から75歳以上への引き上げを提言しました。
- 次に、年齢区分の定義に関して再確認しましょう。ちなみに、高齢者を65歳以上と定義づけたことに医学的な根拠はなく、1956年の国際連合の報告書で用いられて以来、慣習として使用されるようになった行政・社会学的な定義です。

### 世界保健機関 (WHO) による定義

15～64歳：現役世代  
65～74歳：前期高齢者  
75～84歳：後期高齢者  
85歳～：末期高齢者

- そして、しばしば誤用されている言葉の再確認です。日本は高齢化社会ではなく、超高齢社会です。総人口に占める高齢者（65歳以上）の割合を高齢化率と言い、高齢化率の程度によってWHOは社会を高齢化社会、高齢社会、超高齢社会の3段階に区分しています。

高齢化率 > 7% = 高齢化社会  
高齢化率 > 14% = 高齢社会  
高齢化率 > 21% = 超高齢社会

## 2 日本の高齢者の健康と認知症対策は待ったなし！

- よど号事件や三島由紀夫の決起で騒然とした1970年、早くも日本は高齢化社会を迎えています。バブル経済崩壊の1年後、1994年には高齢社会に突入し、第1回東京マラソンが開催された2007年以降今に至るまで、日本は超高齢社会を経験しています。
- 内閣府による平成28年版高齢社会白書<sup>1)</sup>をもとに、もう少し超高齢社会日本をみてみましょう。同白書によれば、総人口1億2,711万人に対し高齢者は3,392万人(そのうち、75歳以上の後期高齢者は1,641万人)で、高齢化率は26.7%になるそうです。先進7か国の中でも、2位のイタリア(22.4%)や3位のドイツ(21.2%)と比べて断トツの超高齢社会とすることができそうです。
- 現役世代2.3人で高齢者1人を支えているわが国ですが、特に問題となるのが、平均寿命と健康寿命の乖離です。2014年、平均寿命は男性80.50歳、女性86.83歳となり、2060年には女性の平均年齢が90歳を超えると推測されています。一方、2013年の統計によれば、健康寿命(病気で寝たきりや介護を受けたりしないでいられる寿命)は男性71.19歳、女性74.21歳であり、両者の間には約10年もの開きがあるわけです。この乖離した期間に生じてくるのが、フレイル、サルコペニア、認知症等々、高齢者を巡る医療・介護の深刻な問題です。2013年には認知症患者数が462万人と報告され(厚生労働省、朝田研究班)、65歳以上の7人に1人は何らかの認知症に罹患していることがわかりました。この数は2025年には700万人に達し、5人に1人が認知症に罹患するという推測がなされています。高齢者の健康と認知症対策は待ったなし。それが日本の現状と課題なのです。
- Prestowitzは書籍『Japan Restored』の中で、「2050年の日本は医療(医学、医薬品、医療器具)の発展で世界の頂点を極め、アルツハイマー病を含む認知症は劇的に減少、健康な高齢者が大幅に増える(健康寿命の延伸)」と、バラ色に再興した日本を描いています。一読した限り夢物語としか思えない彼の著作ですが、実は画餅とも言い切れないのではないかと思います。その理由のひとつが、Syllabusで触れた認知症施策推進総合戦略「新オレンジプラン」です。
- 英国の認知症国家戦略(Living well with dementia: A National Dementia Strategy)では、認知症に対する「意識と理解の向上」こそ問題解決の要諦であり、国民および非専門家への啓発活動の重要性を強調しています。新オレンジプランでも同様、7つの柱のひとつに「意識と理解の向上」が謳われており、具体的目標として「歯科医師および薬剤師の認知症対応力向上」が挙げられています。これは画期的な提言と言えるのではないのでしょうか。
- 職分・職能・職域を問わず、あまねく医療者が認知症を識り、理解の深化を基にチームとして予防、治療、介護の向上を図る。こうして、とんでもない時代を乗り越え、Japan restoredにつなげようというわけです。

## AUTHOR'S EYE

1. 日本は高齢化社会どころか、既に世界一の超高齢社会。
2. 認知症患者は既に462万人。2025年までは増加の一途をたどる。
3. 新オレンジプランの実践が必須であり、本書も7つの柱のひとつ。

### 文献

- 1) 内閣府：平成28年版高齢社会白書。(2018年2月閲覧)  
[http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf_index.html)

(眞鍋雄太)

# 認知症とは？

## SYLLABUS

▶「認知症は“高齢者”の“物忘れ”を症状とする疾患」「その多くはアルツハイマー型認知症」, こうしたstereotypyなイメージにとらわれていると, 手痛いしっぺ返しを食らうことになります。“認知症”という用語を, 定義から再確認しましょう。

## 1 認知機能とは

- 認知機能とは, 自分の置かれた環境を認識し, その環境下で求められる課題を理解および検討, 推測し, 正しく解決策を実行する大脳の機能のことを言います。これは出生以降, 成長に伴い順次獲得してゆく後天性の機能でもあります。

### 大脳の機能

- 記憶: 記銘, 保持, 想起〔再生 (ノーヒントで思い出す), 再認 (ヒントで思い出す)〕。
- 注意: 意識野には限界があり, すべての課題を同時に解決していくことは不可能。優先度の高い課題に意識を集中させて, 必要なだけ意識の集中を持続させる, 状況の変化に応じて意識の集中を他の対象に移動させる, 移動先の対象に改めて集中する, こうした一連の過程。
- 言語: 入力情報を理解して, 記憶されている内容から相応しいものを選択し, 課題に応じた内容を意識野にアップする機能。

- ① 対象を解決するために獲得した一連の動作を行う機能 (作動記憶)
- ② 感覚器から入力された情報を認識して, 自分の周囲の状況を把握する機能
- ③ ものごとを計画し, 順序立てて実行する遂行機能
- ④ 時間・場所・人物などから自分の置かれた状況を判断する見当識

## 2 “認知症”は単独の疾患名ではない

- 認知症とは, 何らかの疾患が原因で進行性の認知機能障害を生じ, そのせいで社会生活に支障をきたした病態の総称のことです。
- 老化に伴い神経細胞は減少するので認知機能は低下しますが, 老化現象は病的過程ではないので, この場合は認知機能障害ではなく, 認知機能低下となります。
- 認知症を数字で概念化すると, 下記①～③のレベルにまで障害された病態と表すことができます。

- ① Mini Mental State Examination (MMSE) で23点以下
- ② 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) で20点以下
- ③ 臨床認知症評価尺度 (CDR) で1点以上

- したがって、認知機能のいずれかの機能が単独、あるいは複数障害されてこの状態になれば認知症というわけで、物忘れのない認知症もありうるのです。認知症=物忘れ(記憶障害)では、決してありません。
- “認知症”という単独の疾患名は存在しません。上述から明らかなように、病態を示す用語だからです。それぞれ原因となる疾患は異なります。
- アルツハイマー病が原因となり認知症を伴った病態を、アルツハイマー型認知症と呼び、脳血管障害が原因となった認知症を血管性認知症と呼びます。
- 病名欄に“認知症”と記載することは、好ましくありません。原因疾患が不明な場合、「何らかの疾患に伴う認知症」とすべきです。

### 3 認知機能障害をきたす他の病態との鑑別

- 認知機能障害をきたす病態は、認知症だけではありません。意識障害や精神疾患でも認知機能は障害されるので、鑑別を常に意識しておくことが大切です(図1, 表1)<sup>1)</sup>。
- 意識障害は重篤な疾患が原因となっている場合があるので注意が必要です。これに関しては、問診でかなり嗅ぎ分けることができます。

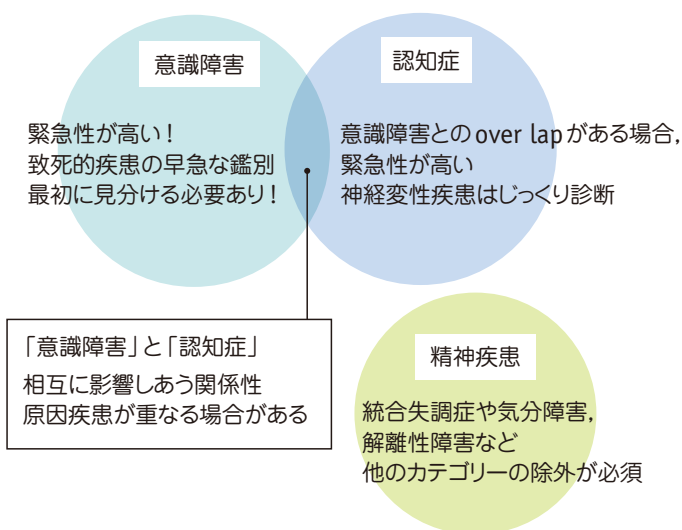


図1 意識障害、認知症、精神疾患の相関 (文献1より引用)

**表1** 意識障害に伴う認知機能障害および認知症性疾患の鑑別—発症形態，症状経過，精神運動興奮，認知機能の違い

	意識障害に伴う認知機能障害	認知症性疾患
発症形態	急に出現 onset時期は比較的具体的	徐々に出現 onset時期は漠然としている
症状経過	原因疾患に応じて急激に悪化 原因疾患の改善に応じて終息 動揺性に経過	緩徐に進行
精神運動興奮	非常にしばしば伴う 行動は非目的志向性 解体した行動	認知症周辺症状としての易怒性 認知症周辺症状としての興奮 異常だが了解可能な行動
認知機能	全般性の認知機能障害 全見当識障害 注意力低下と注意の転導困難	疾患により異なる 病期により障害される見当識は異なる 注意の転導は一応可能

(文献1より改変)

- 意識障害に伴う認知機能障害は原因となる疾患に続発して生じるので，症状は「急に」現れ，加速度的に進行することが多く，患者の家族は症状の発現時期をかなり明確に説明できます。
- 認知症性疾患は大脳の神経細胞が長期にわたり変性し脱落することで症状を生じるようになるため，onset時期は明確でなく，「徐々に」症状の進行を認めることから，「数年前から何となく」といった漠然とした説明になります。

## AUTHOR'S EYE

1. 認知症とは，病的な機序で認知機能障害を生じ，社会生活に支障をきたした病態の総称。
2. 認知症は，MMSE 23点以下，HDS-R 20点以下，CDR 1点以上の状態。
3. 意識障害や精神疾患との鑑別が大切。

## 文献

- 1) 眞鍋雄太：月刊レジデント，2014；7(2)：84-90.

(眞鍋雄太)

# 認知症の中核症状

## SYLLABUS

▶中核症状は認知症のすべてにみられる基本症状で、認知機能障害のことを指します。記憶障害は重要な中核症状のひとつですが、早期には記憶障害が目立たない認知症もあります。記憶障害がないからと言って、認知症が否定できないことに注意しましょう。

## 1 代表的な中核症状

### 記憶障害

- 認知症でみられる記憶障害は、悪性の物忘れとも言われ、体験そのものをすっかり忘れる、最近の出来事ほど忘れやすい、物忘れに対する病識は失われる、進行が速い、などの特徴があり、典型的にはアルツハイマー病 (AD) でみられます。
- ADが進行すると数分前のことすらすっかり忘れるようになり、幾度も同じことを聞き返したり、食事をしたことも忘れてしまいます。習熟した技能や知識、高度に学習した記憶については比較的保持されますが、これらの記憶も進行すると失われます。しだいに物忘れに対する自覚 (病識) も失われます。
- ADと違ってレビー小体型認知症 (DLB) や前頭側頭型認知症 (FTD) では、早期には記憶障害が目立たないことがあります。

### 見当識障害

- 認知症では、現在の日時や季節などが把握できなくなります。ADでは日時を尋ねると、「新聞を見てこなかった」などと取り繕うことがあります。場所に対する見当識が障害されると、はじめは慣れない場所で迷子になるといったことで気づかれますが、しだいに慣れた場所でも迷うようになります。また、自宅にいるにもかかわらず「家に帰ります」などと言うことがあります。人物に対する見当識は、時間や場所に比して保たれることが多いですが、それもしだいに障害され、自己の年齢や生年月日、家族の名前や家族関係なども不確かになります。

### 遂行機能障害

- 遂行機能は、目標の設定、計画の立案、計画の実行、効果的な行動からなりますが、これらの行動が障害されることを遂行機能障害と言い、多くの認知症の早期からしばしばみられ、日常生活を困難にします。

- 遂行機能障害により、1日の計画や先を見越した計画を立てることが困難になります。また、問題解決のための行動や、その行動の評価・修正もできなくなります。家事場面では、手際の悪さが目立つようになり、もともと得意だった料理が苦手になるなどの変化がみられます。仕事場面では、仕事の段取りが悪くなり、能率が低下し、間違いが多くなります。また、趣味の旅行や催しの計画を立てることが困難になります。

## 注意障害

- 周囲からの刺激に対して注意を向けたり、集中したりすることが困難な状態を注意障害と言います。注意障害があると、ぼーっとして話しかけても注意を向けなかったり、気が散りやすかったり、不注意なミスが多くなります。また、1度に2つ以上のことを行うのもしばしば困難になります。DLBの早期には、記憶障害よりも注意障害が目立つことが多くみられます。

## 言語の障害(失語)

- 認知症では、よく知っている人の名前や物の名前を思い出せない語健忘が増えます。また、自発言語の減少や言語理解の低下もみられます。言語理解の低下としては、質問と無関係の返答をしたり、適当にその場を繕って質問をかわすなどの態度がみられます。
- 進行すると、読解力や書字能力の低下もみられます。FTDの中の意味性認知症では、語義失語という失語が早期からみられます。認知症が末期まで進行すると、自発言語がなくなり全失語に至ります。

## 失行

- 手足に麻痺はないのに動作が上手く行えない状態です。着衣失行があると、ボタンをはめられなかったり、服を上手く着られなくなります。観念失行では洗濯機や掃除機、あるいはテレビのリモコンといった道具の使用や操作が困難となります。自発的には可能な行為が、命じられるとできなくなる状態を観念運動失行と言います。また、図形の模写が上手くできないことで、構成能力の障害(構成失行)が明らかになります。

## 失認

- 失認としては、視覚失認がしばしば認められます。視力は保たれているのに視覚情報を正しく認識できなくなります。視空間認知障害が存在すると、距離感や方向感覚が障害されます。このため車をこすったり、家への帰り方がわからなくなり徘徊に至ったりします。
- DLBは早期から視空間認知障害が目立つことがあります。また、相貌失認が出現すると、肉親の顔がわからなくなったり、鏡に映った自分の顔がわからなくなります。聴力