The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	認知症を予防することと受け入れること : MCI(軽度認知障害)という概念を手がかりに
Author(s)	樫本, 直樹
Citation	医療・生命と倫理・社会. 2012, 11, p. 66-72
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/8293
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

認知症を予防することと受け入れること

――MCI（軽度認知障害）という概念を手がかりに――

樫本直樹
（大阪大学大学院医学系研究科医の倫理学・教務補佐員、倫理学・臨床哲学）

0. はじめに

周知のように、現在の日本は本格的な高齢社会を迎えている。平成 23 年度版の『高齢社会白書』によれば、65 歳以上の高齢者の総人口に占める割合は 23.1%に達し、5 人に 1 人以上が高齢者であると報告されており、今後ますます増加することが見込まれている[1]。こうした人口の高齢化にともない、認知症を抱える高齢者の数も増加しており、社会問題の一つとなっている。医療や介護サービスの充実をはじめ、地域ケア体制の構築など、認知症高齢者とその家族に対する支援をどう進めていくのかということと同時に、「たとえ認知症になっても安心して生活できる社会をどのようにつくり上げていくか」ということが大きな課題となっている。

医療の領域における認知症への対策としては、治療を目的とした薬の開発などとともに、予防対策、とりわけ、アルツハイマー型認知症に移行する危険性のある高齢者を早期に発見、診断し、予防的に介入することの必要性が強調されている。そして、近年、その「予防」という文脈の中で注目されているのが「軽度認知障害」（Mild Cognitive Impairment：以下、MCI と略記）という概念である。MCI とは、後でも詳しく述べるが、正常加齢と認知症のあいだに位置し、認知症の前段階（前駆状態）を指す概念である。それをスクリーニングなどによって早期に発見できれば、トレーニングや投薬などの介入をすることによって、認知症の発症や進行を遅らせたり、今後の予測を立てたりするのに役立つだけではなく、高齢者の「生活の質」（Quality of Life：以下、QOL と略記）を維持することにもつながることから注目を集めている。しかしながら、こうした医療を中心とした予防重視の流れ、つまり認知症の予備軍を含めた広い意味での認知症高齢者への対応に問題はないのだろうか。

もちろん、今後ますます進む超高齢社会において、助けが必要な高齢者の生活を支援する仕組みの一つとして、認知症の早期発見と早期治療にむけた予防の取り組みがメリットをもっていることは明らかである。ただ、そうした仕組みや取り組みがどういう考えに基づいたものなのか、そして認知症を「予防すること」と、先に課題として触れた「認知症になっても安心して生活できる社会をつくること」とはどのような関係にあるのかということについては考えておく必要があるように思われる。

そこで本稿では、まず 1 節において MCI という概念について概観したのちに、2 節において、その MCI 概念にどのような問題があるのかについて考える。また、3 節では「予防」という考え方そのものに注目することで、医療的な発想に基づく予防の呼びかけにどのよ

うな問題があるのかを明らかにする。そして、4 節において、MCI 概念の意義と限界について考えたのち、今後の認知症予防にむけた取り組み、認知症を抱えた人とその家族の生活を支援する仕組みを考えるときに何が求められているのかについて考えていきたい。

1. MCI という概念について

MCI とは、軽度認知障害、あるいは軽度認知機能障害と訳され、認知症（とくにアルツハイマー型）の前駆状態に関する代表的な診断概念である。それは、認知機能は低下しているが、認知症の診断に至らない状態を指し、正常加齢と認知症との間、いわばグレーゾーンを指す概念である。この正常加齢と認知症の間にある人をどのように扱うべきかということは以前より問題となっており、正常加齢の延長線上に捉えようとする立場（Normality model）と、認知症、特にアルツハイマー病の初期として捉えようとする立場（Pathology model）の 2 つの立場がこれまでに提唱されてきた[2]。しかしながら、MCI の神経病理像が明らかになるにつれ、軽度ではあっても生理的加齢とは区別して論じられるべきであると考えられるようになり、現在においては主に、認知症へと進行する疾患の初期段階として MCI は理解されている。

MCI の定義として一般的なのは、アメリカの Petersen ら Mayo Clinic のグループが提示した、以下の診断基準をみたすものである[3]。1）本人や家族により記憶障害の訴えがある、2）年齢や教育のみでは説明できない記憶障害がある、3）全般的な認知機能は概ね正常である、4）日常生活上問題はない、5）認知症ではない。これは「臨床認知症基準」（Clinical Dementia Rating：以下、CDR と略記）の 0.5 程度とされている。CDR とは、「記憶、見当識、判断や問題解決能力、社会生活、家庭生活や趣味、身の周りのケア」の 6 項目の評価項目について、「正常 0、疑い 0.5、軽度 1、中度 2、高度 3」の 5 段階で評価する、認知症の重症度をはかる基準である。

ただ、最近では、MCI 概念は、その原因の多様性などが問題となり、いくつかのサブタイプに分類され、広義に解釈されている。例えば、1999 年にシカゴで開催された会議では、1）Amnestic type（健忘型）、2）Multiple cognitive domains slightly impaired type（複数の認知領域にまたがって軽微な障害がある型）、3）Single non-memory domain impaired type（記憶以外の領域に障害がある型）、という 3 つに分類され、また 2003 年にストックホルムで開催された会議では、記憶障害の有無、そして他の認知領域（言語、遂行機能、視空間認知など）の障害の有無によって、1）Amnestic MCI, single domain、2）Amnestic MCI, multiple domain、3）Non-amnestic MCI, single domain、4）Non-amnestic MCI, multiple domain、という 4 つに分類されている[4,5]。つまり、MCI をアルツハイマー病だけの危険因子と捉えるよりも、さまざまな認知症へと進行しうる前駆状態として捉えるということである。

さて、以上のように見てくると、MCI という概念は 2 つの意味をもっていると言える。つまり、一方では、いわば横断的に、健常高齢者と認知症高齢者との境界状態を意味し、他方では、いわば縦断的に、将来認知症に移行する前段階の状態を意味している。そして現状、後者の意味に重きが置かれ、「予防」の必要性が説かれているように思われる。これ

は、先に見たように、MCI が認知症へと進行する疾患の初期段階として理解される傾向に移り変わってきていることとも重なっている。というのも、MCI は基本的に老化による単なる記憶障害とは区別され、その疾患そのものは進行性であるとされる。また、1 年で 10%程度、4 年で約半分程度がアルツハイマー型認知症へ移行するとも言われている。この数値は、通常の健常高齢者の発症が、年 1～2%であるのに比べるとかなり高い[6]。それゆえ、早期発見・早期診断・早期介入（治療など）の必要性ないし重要性が指摘されることとなる。

確かに、このように MCI 概念に注目し、認知症の予防を呼びかけること、そしてその危険因子を早期に発見し、医療的に介入することは、国が負担する医療費などの削減につながるというだけではなく、本人の健康寿命を少しは長くし、そのことによって家族の負担も減るなど、大きなメリットがあると言えるのかもしれない。ただ、そうした予防医療的な発想に問題はないのだろうか。

2. MCI をめぐる諸問題

まず、MCI をめぐる問題として「MCI に関する診断結果を本人あるいはその家族に告知すべきか」という問題が考えられる。つまり、MCI であると知らせることの利益が、患者にとっての不利益をはたして上回るのかどうか、という問題である[7]。

診断を明らかにすることについての利益としてまず考えられるのは、診断された本人が自分の将来に関して意思決定ができるということである。つまり、どのような治療を受ければいいのかといった事柄から、この先の人生設計といった事柄まで、本人だけではなくその家族にとっても、前もって考え、準備するこができる。また、告知をする医療者の側にとっても、本人が自分の状況を理解していることで適切な治療の選択ができることや、診断名がつくことが本人に安心感を与えることがあることなども利益として考えることができる。しかし、その反対に不利益として考えられるのは、診断を明らかにすることが、本人やその家族を恐怖や苦悩に陥れるかもしれないということ、つまり彼らに与える心理的、社会的影響である。

この問題は、告知の問題では典型的な、患者の知る権利、あるいは患者の自律の尊重ということと悩みや危害を回避するために情報提供を差し控えることとの間のジレンマである。医療においてインフォームド・コンセントが重視されていること、そして認知症の予防という観点などを考えるならば、MCI であるという診断結果を明らかにすることが、本人にとっても、またその家族にとっても「よい」ということになると思われる。確かにその通りかもしれない。

ただ、全面的に「よい」と言い切れない部分も残るように思われる。というのも、確かに、認知症（とりわけアルツハイマー型）の治療や予防に向けた治療薬の開発や臨床研究はすすんできており、今後、根本的な治療にむけた数々の成果が期待されてはいるものの、現状では、健常な機能を維持しながら症状の進行を遅らせることができる程度であるということ、また、先に述べたように、MCI と診断された人が、1 年で 10%程度、4 年で約半分程度がアルツハイマー型認知症へ進行する可能性があるとしても、すべてのケースが進

行するわけではなく、MCI のまま過ごすことになる人がいるからである。

これらのことは、MCI をめぐる別の問題を浮かび上がらせる。それはスティグマの問題である[8]。つまり、予防の観点から MCI に注目することが、認知症に進行する／しないにかかわらず、診断が下された人に対し「認知症予備軍」というレッテルを貼ることになり、また認知症、あるいは認知症高齢者らに対してスティグマを強化することにつながるのではないか、という問題である。そうしたレッテルが、MCI と診断された本人やその家族に心理的・社会的な影響を与え、そのことが問題を隠す方向へ、そして適切な援助を求めることを妨げる方へつながりうるということは十分に考えられるように思われる。

では、こうした問題をどのように考えればよいのだろうか。また、こうした問題の背景にある予防医療的な発想の何が問題なのだろうか。

3.「予防」の呼びかけに欠けているもの

そもそも予防とは、異なる位相をもっており、認知症の場合「第 1 次予防：発症の防止」「第 2 次予防：早期発見・早期治療」「第 3 次予防：機能維持」という 3 つの段階を考えることができる[9]。そして、MCI という概念は、第 2 次、第 3 次予防にかかわり、その視点から第 1 次予防へという方向性をもつ。これは医療全般において定着しつつある「治療」から「予防」へという医療の目的の変化の流れとも重なる。こうした予防への視点それ自体は、先に述べたように、大きなメリットがある。認知症においても、その前駆状態である MCI をスクリーニングなどにより早期に発見し、早期に認知機能のトレーニング、栄養指導ならびに投薬などをおこなうことは、認知症の発症や進行を遅らせたり、今後の予測を立てたりするのに役立つだけではなく、本人の QOL を維持する上でも重要である。しかしながら、そうした同じ予防への呼びかけが、そうした効果とは別のジレンマ的状況を浮かび上がらせることがありうるのである。

これまで HIV 感染症の問題を扱ってきた大北は HIV の感染予防を例に、「ある種の介入が人々に HIV 感染症について注意を喚起することに効果があり、一次予防、二次予防につながったとしても・・・HIV 陽性者の社会的状況を悪化させたという意味で三次予防を阻害する結果に」なりうること、また「予防の呼びかけそのものが、負のイメージの醸成につながり、さらなる差別や偏見の助長につながりうる」ことを指摘し、この状況を「予防医学上のジレンマ」と呼んでいる[10]。

認知症予防の文脈で考えるならば、例えば、MCI の段階で、あるいはそれ以前から、運動面や栄養面などふくめた生活習慣への注意が呼びかけられれば呼びかけられるほど、認知症になってしまった人は「ちゃんとした生活習慣を送らなかった人」へと、また、認知症にならないように、ならないようにと呼びかけることが「認知症になったら終わり」というイメージあるいは印象を植え付けることへとつながりうるのである。

この点については小澤勲も次のように言っている。

> 予防論には、どこか認知症を絶望的な病とする雰囲気があります。また、認知症を生活習慣病とする考え方からすると、認知症をかかえて生きておられる方は、間違

った生活習慣を送ってきた人なのでしょうか。・・・自業自得でいまの病をかかえておられるようになったのでしょうか[11]。

では、なぜそうなってしまうのだろうか。この点を考えるために、認知症の定義を確認しておくならば、その定義の中核にあるのは「獲得した知的機能が後天的な脳の器質性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で、それが意識障害のないときにみられる」[12]ということにある。また、そもそも認知症とは、症状レベルの概念であり、その症状は中核症状と周辺症状に分けることができる。中核症状とは、「認知症をかかえる人には誰でも現れる」症状であり、例えば、記憶障害、見当識障害、思考障害、抽象的能力の障害などがあげられる。また、周辺症状とは、「人によって現れ方がまったく異なる」症状を指し、例えば、もの盗られ妄想、嫉妬妄想、幻覚妄想状態、不眠、抑うつ、不安、焦燥などが代表的であるとされる[13]。つまり、こうした認知症の定義、あるいは症状の説明から引き出せる事柄は、認知症という問題を考える時には、環境要因、すなわち認知症を抱えた人を受け入れる社会の側を無視できない、ということであるように思われる。先に触れた、MCI の診断にともなう心理的・社会的影響にも、本人だけではなく社会の側の認知症に対するイメージあるいは印象が大きく影響していると言えるだろう。

しかしながら、ここまで扱ってきたような医療的な発想に基づく予防の呼びかけは、この点にあまり注意を向けてこなかったように思われる。つまり、MCI に代表される「予防」への呼びかけは、脳の器質の問題、すなわち先の認知症の症状の区別で言えば、中核症状（主に、記憶障害）にのみ焦点をあて、認知症を単なる個人の疾患の問題へと落としこんでしまい、認知症という「病」に対する見方をせばめてしまっていると言える。

4. MCI 概念の意義と限界

以上のことをふまえて、あらためて近年、認知症の予防の文脈で注目されている MCI という概念の意義と限界について整理しておきたい。そもそもなぜ MCI が注目されるかというと、認知症につながる可能性が大きく、その状態を早期に発見し、早期に介入することでなんとか認知症の予防につなげたいと考えるからである。

MCI の意義としては、認知症の疑いのある早期の段階で、発見し治療をすることで、本人の生活の質のある程度の維持、家族・介護者への負担の軽減（介護予防）につながるということにある。しかしながら、MCI のもつ限界としては、認知症という「病」を個人の問題に還元してしまい、認知症に対する見方をせばめてしまうということ、また、認知症でない人（MCI と診断されなかった人も含め）に対して、認知症に対する負のイメージを植え付けてしまう危険性がある、ということにある。ただ、こうした限界も、見方を変えれば、現状の社会が認知症を受け入れる社会になっていないということを照らし出す意味では「意義」と言えるのかもしれない。

私たちは、MCI に代表されるような予防への呼びかけの意義は積極的に評価しつつも、そうした呼びかけに付随する負の側面にも目を向ける必要があるだろう。確かに、認知症

にならないこと、健康寿命が少しでものびることに意味はあるのかもしれない。しかしながら、結局のところ少なからずの人が認知症になるわけである。認知症に対する予防の呼びかけ、そして医療的な介入は、それを受け入れる社会（地域コミュニティ）の問題と切り離して考えることができず、そうした社会があってこそはじめて予防対策は意味をもつとも言えるのではないだろうか。これは、最初に取り上げた、「認知症になっても安心して生活できる社会をつくること」という課題とそのまま重なる。

5. おわりに

現状、社会の認知症へのかかわり方として 2 つの方向性がある。1 つ目は、本稿でも見てきたように、認知症にならないために早期に先手を打つ、という方向性である。そして 2 つ目は、認知症に対する理解を深める、という方向性である。本稿では扱わなかったが、この 2 つ目の方向性について簡単に触れておきたい。この認知症に対する理解を深める活動として代表的なものに「認知症サポーターキャラバン事業」（2006 年開始）がある。これは 2004 年に「痴呆」から「認知症」へ名称が変更されたのを機に厚生労働省の打ち出した「認知症を知り地域をつくる」キャンペーンの一環で、認知症の理解を深め、認知症の人とその家族が安心して住むことができる地域づくりを目指し、認知症サポーターを養成する講座などを開催している。現在、認知症サポーターの数は、小学生から高齢者まで全国で 300 万人を超えている（平成 23 年 12 月 31 日現在）[14]。ただ、こうした取り組みについても、「知ること」「理解すること」がそのまま「受け入れる」ことにつながるかどうか、つまり「予防医学上のジレンマ」と同様に、「理解すること」が余計に、認知症に対する偏見を強化することにつながらないかどうか注意が必要である。

もちろん、認知症の予防や理解を重視するということは大事なことである。筆者もその意義を否定するものではない。しかし、同時にそうした「予防」や「理解」に向けた取り組みがどういう考えに基づいているかについて考えることは大切なことであると考える。

本稿で扱った MCI の問題、すなわち、今後ますます高齢化する社会の中で、MCI 概念が注目されている現状が映し出したのは、「認知症にはなりたくない」「認知症になったら困る」「認知症は問題だ」といういわゆる一般的な認知症に対する認識ではないだろうか。このような認識を背景として、社会は認知症を問題として捉え、その対処として予防対策がとられる。

しかしながら、最初あげた「たとえ認知症になったとしても安心して暮らすことのできる社会をどのようにつくっていくか」という課題を考えていくため必要とされるのは、「認知症になったら困る」という発想から「認知症になっても困らない」社会をつくるためにどうするかという発想へ転換することであり、そして「問題への対処」というよりは「問題でなくすることの工夫」にある。そのためにも認知症の予防にむけた取り組みは、認知症を抱えた人とその家族を受け入れる社会の側にまず目を向ける必要があると言える。

〈注〉

[1] 内閣府編『高齢社会白書』（23 年度版）p.2
[2] MCI が注目される以前に正常加齢と認知症の間にある状態を表す概念として提唱されたものに、例えば Age-associated memory impairment(AAMI), Age-associated cognitive decline(AACD), mild cognitive disorder(MCD)などがある。概念の変遷についてなど詳細は以下のものを参照。
荒井啓行、樋口進、佐々木英忠「Mild Cognitive Impairment とアルツハイマー病の早期診断」、『Dementia Japan』、日本痴呆学会、Vol.16(1)April, 2002, pp.31-35
[3] RC.Petersen, R.Doody, et al.,Current Concepts in Mild Cognitive Impairment, *Arch Neurol*, 2001:58, p.1986
[4] RC.Petersen, JC.Morris, Mild Cognitive Impairment as a Clinical Entity and Treatment Target, *Arch Neurol*, 2005:62, p.1161
[5] MCI の定義および分類に関しては以下のものも参照した。
朝田隆編著『軽度認知障害（MCI）―― 認知症に先手を打つ』中外医学社 2007、pp.1-11
[6] 前掲（注 2）、p.34
[7] この問題を指摘しているものとして、以下のものがある。
P.Werner, AD.Korczyn, Mild Cognitive Impairment: Conceptual, assessment, ethical, and social issues, *Clinical Interventions in Aging*, 2008:3(3), pp.415-416
[8] ibid.
[9] 前掲（注 5）、p.213
[10] 大北全俊「HIV 感染症対策をめぐる倫理的な問題について」、『生命倫理』日本生命倫理学会編、Vol.19(1), 2009, pp.81-82
[11] 小澤勲編著『ケアって何だろう』医学書院、2006、pp.240-241
[12] 小澤勲『認知症とは何か』岩波新書、2005、p.3
[13] 同上　pp.22-24
[14] 認知症サポーター100 万人キャラバンおよび認知症サポーターの数などについては以下のページなどを参照のこと。http://www.caravanmate.com/（2012 年 2 月 9 日確認）