

軽度認知障害 (MCI)

杏林大学高齢医学・もの忘れセンター准教授

長谷川 浩

(聞き手 池脇克則)

軽度認知障害 (MCI) の認知症予防についてご教示ください。

76歳女性、現在、自動車運転等の日常生活に不自由はありません。健忘傾向があり、もの忘れ外来を受診。認知機能検査は正常でしたが、SPECT検査で側頭葉、海馬に軽度の変化が見られ、初期のMCIとの診断でした。なお、父親は83歳のときに認知症で入院しています。今後、認知症進行が危惧されます。認知症予防、治療対策、これから期待される研究情報（ワクチン療法等）についてご教示ください。

<宮城県開業医>

池脇 軽度認知障害 (MCI) は、健常者と認知症の間、グレーゾーンというのでしょうか、あるいは認知症の予備軍といった理解でよいのでしょうか。

長谷川 MCI、これはわかるような、わからないような概念だと思います。一番有名なのは、2000年ごろにペターソンらが提唱した、記憶障害はあるけれども、ほかの機能はほぼ正常。しばらくこの概念が随分広まって、皆さんそのように理解していたのですが、その後、記憶のほうは大丈夫なのだけでも、ほかの認知機能、遂行機能障害や言語障害、そういったものが少し先

に出るようなタイプもあることがわかりました。今、MCIは記憶障害型のMCI、それと記憶障害をあまり伴わないMCI、この2つに大きく分けるようになっています。

池脇 記憶障害のありなしで、分類が進んできたということですが、認知症まで至っていないということは、日常生活に支障をきたすような状況ではないということなのでしょうか。

長谷川 MCIはいろいろな定義があるのですが、一番わかりやすいものとしては、米国精神医学会が出しているDSM 5、これが非常にいい定義をし

ています。まず生活機能に障害がないということをしちんと最初に定義しており、これがMCIの一番大事なところだと思っています。それに今言った記憶障害型、記憶障害をあまり伴わない型があると考えerわけですが、記憶障害を伴うタイプと、そうではないタイプでは、その後の認知症への進展過程が少し違うのではないかと考えられているのが最近の考え方です。

池脇 もう1点確認ですが、そういった方が来られて、認知症を疑って、認知機能を検査した場合には、いわゆる認知症の基準までは満たさない。でも多少の障害がある。こういう状況なのでしょう。

長谷川 よくある認知症のテストに、MMSEと長谷川式、この2つがあります。MMSEは、認知症のカットオフといわれるのが、24点以上が正常であり、長谷川式は21点以上が正常であるということです。しかし、それ以上の点数を取りながら、少し記憶障害があったり、例えばATMが使えないとか、買い物はどうもまくいかない、服薬ができない。そういった方の場合をMCIに分類し、何かあるのではないかと考えます。

池脇 高齢者で多少の記憶障害はあるけれども、日常生活は普通に送っている。MCIの状況というのはけっこう多いのではないかとと思うのですが。

長谷川 MCIは、これもいろいろな

データがあるので、どれを取るかということもありますが、だいたい一般住民の方、65歳以上の10~15%は何らかの記憶障害がある、いわゆるMCIのレベルであろうと考えられています。

池脇 質問の症例に関して、先生から見ても、これはMCIということで、診断は妥当と考えられますか。

長谷川 たぶんこの方は、今の段階では認知症のレベルではないと考えられます。少しもの忘れがあるということですので、よくいわれるMCIと診断をされたのでしょうか。確かに画像検査が少々気になることがあるため、こういった診断をされると多くの方がたいへん心配になられて、また別の医師のところにご相談に来たりということがあると思うのですが、このレベルはしばらく経過を見るタイプになると思います。

池脇 SPECT検査というと、できるところとできないところがありますが、こういう場合に画像検査で、例えばMRIは何か診断の補助になるのでしょうか。

長谷川 よく私も質問を受けるのですが、やはり形態は非常に重要なところです。特に今回、アルツハイマーを先にお話しさせていただきますと、アルツハイマーでどうしても萎縮の始まりやすいのが、側頭葉の内側とか海馬の部分で、少しずつやせてくることがあるのです。ただ、それはけっこう病

状が進行してから見えてくることもあるので、その補助というか、先んじた検査として、このSPECT検査で、先に血流が落ちているところを見つけておくという考え方だと思います。ですので、一般的にはCTとかMRIを見て、そこに問題があるかないかから判断することになると思います。

それと、今回の症例でも大事なところだと思うのですが、高齢者のもの忘れの場合、純粋にアルツハイマーだけかという問題が必ずあります。何を言っているかといいますと、多くの方が例の微小脳血管障害、ラクナ梗塞や白質病変などを合併されている方がいるので、この方の場合も本当に海馬の萎縮だけで済む問題なのか、そういった何か微小な脳血管障害もかぶっていないかをよく見ておくことが大事かと思えます。

池脇 そういう意味ではMRIは、検討すべき検査かもしれませんね。

長谷川 非常に重要な検査だと考えます。

池脇 この患者さんは76歳の女性で、父親が83歳のとき認知症で入院した。今後、自身が認知症に進行するのではないかと心配されている。確かに、MCIの患者さんがいたときに、その後、将来、認知症にならないためにどうしたらいいのか、なかなか迷うところです。まさにそういう方々を先生はもの忘れセンターでたくさん診られていると思

うのですが、これはどのように対処していくのでしょうか。

長谷川 ここが一番大事なところではないかと思えます。まず遺伝について、たいへんよく質問を受けるのですが、いわゆる特殊なタイプの認知症を除けば、実は遺伝はあまり確認されていません。遺伝子としても、これといった有力なものはないといわれています。お父様が残念ながら認知症で入院されたということですが、それが単純に遺伝するかは、なかなかないことだと思います。ただ、先ほど申し上げたように、例えば高血圧とか糖尿病とか、そういった体質を受け継いでいて、先ほど言った微小脳血管障害が発症しやすい体質であるのであれば、少し可能性としてあるのかもしれない。

あとはMCIと診断されたとき、皆さん、すごくびっくりされるのですが、そのときに私どもがやるのは、まずその方がどのような病気を持っていて、どのような治療を受けているか。あとは、薬の治療などをどのようにさせているか。全部もう一度見直させていただいています。例えば、高血圧の治療がきちんとされているのか。あとは、よくあるのが、幾つかの病気があって、幾つかの病院にかかったりすると、どうしても多剤、いわゆるpolypharmacyという問題も出てきます。少しもの忘れに影響するような薬を幾つものんでしまっていることもあるので、その

あたりの整理をさせていただきます。

池脇 私などは、MCIといっても、認知症に発展する危険性が高いから、すぐにいわゆる認知症の薬をのむべきではと考えがちですが、今、先生がおっしゃったのは、その患者さんの背景をきちっと評価したうえで、ということですね。

長谷川 そうですね。先ほど申し上げたように、確かに中には非常に認知症に移行しやすいMCIもあるのかもしれませんが、いろいろな研究から、早期に認知症の薬、多くはアルツハイマーの薬を服用しても、その後の進展の予防ができたかという、あまりいいデータが出ていません。認知症の薬はあまり予防薬としては効果がないと考えられています。

池脇 今先生がおっしゃったことは、MCIの方に関しては基本的には、特定の症例を除けば、そのまま経過を観察することが多い、ということでしょうか。

長谷川 経過観察とはいいますが、今言ったように、まず医療的な状況はどうであるか、何か我々が介入できないか、生活機能がどのように保たれているか、生活環境、本当にきちんと食事をしているか、毎日どのように過ごしているか、その辺をきちんと確認し

ています。

池脇 質問の最後に、新しい研究としてのワクチン療法、これに関しては何か新しい進展があるのでしょうか。

長谷川 ワクチン療法もたいへんよく質問を受けるところです。皆さんご存じのように、いわゆる能動免疫、ワクチンを打ってアミロイド β を排除するという研究が一度大きな失敗をして、今は外から抗体を入れるような、抗体療法のようなものを行っているのですが、これもなかなか苦戦しているところです。

ご存じのように、アミロイド β は認知症の発症の随分前から脳に蓄積している可能性があり、発症後にアミロイド β を除去するような治療がどの程度効果があるかは、今、非常に議論されているところです。研究が今、最先端で進んでいるところだと考えます。

池脇 ワクチン療法というと、なぜ認知症になった患者さんに、と私は思ったのですが、認知症どころか、MCIでもひょっとすると遅いかもしれないのですね。

長谷川 症例にもよるのでしょうか、この辺はもう少し研究の蓄積が必要かと考えています。

池脇 どうもありがとうございます。