



MCI(軽度認知障害)について

副院長 青木賢樹

認知症の当事者が個性と能力を十分に発揮して共生できる社会の実現を推進するために、日本では2023年に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行されました。令和7年版厚生労働白書には、2022年の時点の認知症の高齢者は443万人と記載がありました。その後も増加の一途をたどり、2030年には500万人を超え、高齢者のおよそ7人に1人が認知症になると推計されています。少子高齢化の中で、地域で認知症の人が安心して暮らせる持続可能な社会を作るためには健康な高齢者を増やさないと成り立たないと思われまます。

MCI(Mild Cognitive Impairment)とは

健常者と認知症の中間にあたるグレーゾーンの段階を軽度認知障害(以下MCI)といいます。MCIは認知機能である「記憶」「決定」「理由づけ」「実行」の一部に問題が生じるものの、症状の程度が軽く、認知症までは進行していない状態です。そのため周囲からの支えがあれば、日常生活にはさほど支障はありません。

正常とMCI(軽度認知障害)と認知症の違い(表)

	正常	MCI	認知症
記憶障害	○	×	×
認知機能障害	○	×	×
日常生活障害	○	○	×

○=問題なし、×=問題あり

認知症の予防について

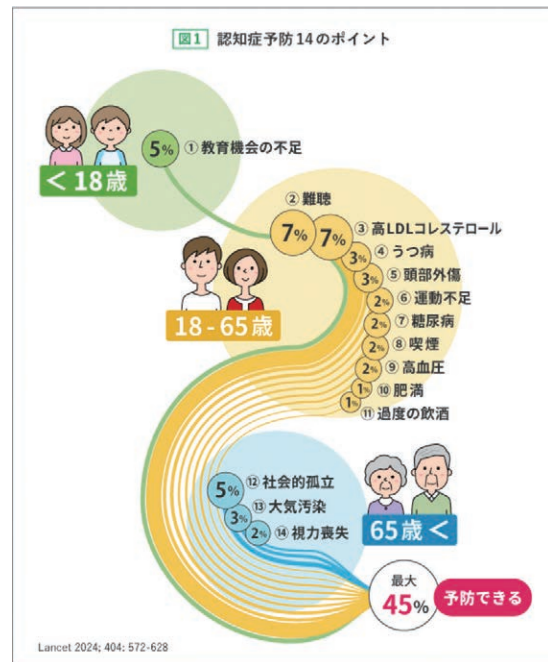
2024年、Lancet誌に認知症発症の危険因子の最大45%は修正可能であり、適切にアプローチすれば認知症になる危険度を削減できると報告しています。若年期は「教育の不足」がリスクとされています。中年期では難聴と高LDLコレステロール血症がそれぞれ7%と最大で、うつ病・頭部外傷が3%、身体活動の欠如や糖尿病・喫煙・高血圧が2%、肥満や過度な飲酒が1%と続いています。高齢期では、社会的接触の欠如が5%と最大で、大気汚染が3%、視力低下が2%と続きます。これら14のリスク因子の修正は、認知症の発症の約45%を予防・遅延させるという報告です。(図1)ここで大事なことは、危険因子は年代で異なり、同じことを続けていけば良いということではありません。たとえば、中年期には肥満が危険因子であるが、老年期には危険因子ではなくなります。同じように続けていたら逆効果になる可能性があるようです。さらにFINGER研究

という大規模臨床研究で4つの因子(運動、食事、認知トレーニング、心血管危険因子への対応)に介入することで認知機能の改善が図れることが証明されました。

早期発見の重要性

MCIの段階で認知機能低下に気がつくことができれば、早期に予防、治療介入することができます。そして早く対応することで認知症への進行を遅らせることができます。さらには認知症自体を発症せずにすむ可能性まであるのです。だからこそMCIの早期発見が重要になってくるのです。

現在は、治療効果の良い薬(生物製剤で抗アミロイドβ抗体薬と呼ばれる点滴薬)が2種類上梓されており、その恩恵をうけるには、MCIレベルの認知障害を速やかに発見し、治療に結びつける必要があります。しかし、「まだ自分は大丈夫、この程度の物忘れは歳相応で問題無い。」と思う人が多いため、早期発見していくことが非常に困難な事が多いです。少しでも認知障害が疑われるときは、遠慮なく病院・医院を受診して、医師に相談してください。きっとお役に立てると思います。



参考文献:

Livingston G, et al.Lancet. Jul 30:50140-6736 (24)01296-0. 2024

Livingston G, et al:Lancet 396(10248):413-446, 2020

Ngandu T, et al:Lancet 385:2255-2263, 2016.

制服リニューアルのお知らせ



定期的に行っているものですが、今まで全体的に白を基調としていた制服を色つきに変更しました。みなさんが病棟で見かける看護師と看護補助者は大幅なイメージチェンジになったのではないのでしょうか。
(後列)放射線技師・臨床検査技師・リハビリ職・薬剤師・営繕係
(前列)売店係・医療ソーシャルワーカー・看護師・看護補助者・管理栄養士・調理師



神経難病セミナーに講師として参加しました

神経難病に関する知識の深化と支援スキルの向上を目的に、新発田保健所では毎年、地域の支援者を対象としたセミナーを開催しています。当院は神経難病専門医療機関として継続的に参画しており、今年は「進行性核上性麻痺(PSP)」および「大脳皮質基底核変性症(CBD)」をテーマに、当院リハビリスタッフが講演を行いました。ここでは、その講演内容の概要をご紹介します。

当院では、入院患者の約98%が指定難病の認定を受けており、専門医療機関として県内、特に下越地区を中心に幅広い地域からご相談をいただいています。相談で最も多いのは長期療養ですが、近年はリハビリやレスパイト入院にも取り組んでおり、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう支援しています。そして、その在宅生活を支える鍵は「リハビリテーション」であり、経験から得た知識と技術を地域へ還元することが私たち専門職の努めです。本講演が皆さまの支援の一助となれば幸いです。

言語聴覚士:伊藤 晃

<コミュニケーションについて>

PSPとCBDは、特有の症状により意思疎通に大きな障害が生じる疾患です。PSPは構音障害や思考の緩慢さ、下方視の困難が特徴であり、CBDは失語症や失行症の影響によって言葉の想起や動作による表出が難しくなります。効果的な関わり方の工夫として、まずは静かな場所で正面から目線を合わせる事が重要です。視線を合わせることで問いかけに対する微細な反応を捉えやすくなり、文字盤やコミュニケーションボード等の補助具を用いた際の意図も汲み取りやすくなります。会話では、負担を軽減するために「はい・いいえ」で答えられる質問を選び、返答をゆっくり待つ姿勢が求められます。病状の進行で発話が困難になっても、まばたきや指の動きが大切な意思表示になります。微細なサインを周囲の全員で共有し、本人の思いを汲み取ることが、安心感と深い意思疎通に繋がります。こうした疾患特性の理解こそが、コミュニケーションを図るうえでの第一歩となると考えられます。

理学療法士:渡邊くみ子

<転倒予防について>

転倒は、疾患特有の身体症状、環境、行動が要因となって発生し、予防には各疾患の特徴理解が不可欠です。PSPとCBDは共にパーキンソニズムの症状がみられますが、その他、PSPは頸部の筋緊張が高まり易いことや、眼球運動障害により下を向きにくい症状が見られ、後方重心になり易いため前方へ重心移動しやすい手すりの設置や、足元の目印が効果的です。CBDは四肢の症状に左右差があることや失行の症状があり、残存機能に応じた環境設定や安全な動作の反復練習が重要になります。特に転倒の多いリビングや寝室の環境設定や、怪我防止の保護帽などの福祉用具の活用、また多職種連携による多面的なサポートも欠かせません。いつでもご相談お待ちしております。



