

老年精神 医学雑誌

Japanese Journal of Geriatric Psychiatry

11
2020
Vol.31

巻頭言／武田滋利

特集／「認知症予防」の臨床

連載／認知症診断のための
神経所見のとり方⑨



株式会社 ワールドプランニング



再び、日々の臨床と「認知症予防」

山崎英樹

抄録

政策的に推し進められる認知症予防について、予防を危惧する当事者の声を紹介し、医学的エビデンスの乏しさとその理由を挙げ、認知症予防が人を分断しかねないことや医学モデルに潜む優生思想を指摘した。さらに、共生は寛容によって与えられるのではなく、権利として享受されるべきものであることを述べた。貴重なヘルスケア資源を認知症予防という危うい社会実験ではなく、認知症フレンドリー社会の実現に集中すべきである。

Key words: 予防, 共生, 寛容, 認知症フレンドリー社会, 認知症施策推進大綱, 認知症基本法

老年精神医学雑誌 31: 1198-1208, 2020

はじめに

禁煙、節酒、食事と運動、高血圧や糖尿病に用心すれば、体によいだけでなく認知症のリスクも下がるらしい²⁰。そのように外来で話すことはある。しかし、認知症の発症や進行を遅らせることができるのかと重ねて問われれば、「まだわからない」と白状する^{1,10,19}。脳トレはどうかと聞かれることもあるが、効果はまだわからないので¹⁶。「本人が楽しいなら続ければいいし、楽しくないならやめたほうがよい」と言う。認知症サプリについては、害になることもあるので²⁰、「その金をもっと有効に使うほうがよい」と言う。デイサービスは、家にばかりいると体力が落ちるし家族関係もぎくしゃくしてくるので、「自分のためと家族のためと、よく考えて決めてほしい」と言うことが多い。「デイサービスが進行予防に役立つ」とは言わない。本人同士の交流会に出ると、気が晴れたり気力が出たりする人がいるので、無

理をすることはないけれども、「おススメです」と紹介する。それは認知症の進行予防になるのかと聞かれることもまれにあるが、「それはわからないが、意味のある時間を過ごすためのヒントにはなるだろう」と答える。いずれにしても、「最後に決める権利はあなたにある」と本人に言って、予防の助言を終わるようにしている。

筆者は、根拠の確かな認知症の予防法を待ちながらも、その言説が時に当事者や家族を追い詰めてしまうことを恐れる臨床家の一人である。まして根拠が乏しいにもかかわらず世間を幻惑する予防話については、狡猾な騙りの匂いすら感じることもあり、専門家にはこれを批判する責任があると思っている。

2019年6月に公表された「認知症施策推進大綱」²¹（以下、大綱）と「認知症基本法案」²²（以下、基本法案）は、共生と予防を車の両輪と謳ったが、検索すると、大綱には「共生」が14回に対して「予防」が178回登場し、基本法案には「共生」が1回に対して「予防」が11回登場する。いずれも予防が突出しており、両輪とは言い難い。イ

Hideki Yamazaki: 医療法人社団清山会 いずみの診療所
〒981-3111 宮城県仙台市泉区松森字下町8-1

□特集

ンターネット上では認知症予防が勢いづいている。検索すると、「認知症-共生」で約344万件、「認知症-予防」で約4630万件がヒットする（2020年10月17日閲覧）。

大綱について報道が始まったころ、当事者の交流会に参加した職員からこんな報告があった。

「5月18日の仕合わせの会で、ある当事者の方が新聞の切り抜きを取り出して話し始めました。

『認知症について、政府が新しい大綱を出すみたいですよ。ね。予防に重点をおくって……。何なんでしょうね。先月、参加させてもらった認知症フレンドリーなんとかって研修会の話と真逆じゃないですかね？』

そう切り出すと、別の当事者が口々に、『年寄りが増えていく時代なのに、減るわけないじゃないかねえ』『予防なんてできるわけないのに』『もっと偏見が多くなっていくのが心配』『この前、すごくいい研修会に出て、元気をもらったばかりなのに』『サプリメントだとか、運動がいいとか、この食べ物がいいとか、また商売にしたい人たちが増えそうだね』

『〇〇さん、政治家になったらいいんだ』と笑いになる場面もありましたが、大綱について、当事者だからこそその強い思いや考えを皆さんそれぞれにおもちなのが伝わってきました』

かつて、脳を鍛えればいけない、といった、身体論か精神論かわけのわからないことをある専門家が言い出して、いくつかの自治体ではやりかけたことがあった。このときは家族会も学会も異を唱えたのですが、さすがに鎮まったのだが、今度は法が後押ししようとしている。

法が及ぼす社会へのインパクトは、一部の専門家や自治体が喧伝する認知症予防の比ではない。法制史を振り返れば、予防や衛生の名のもとに人権を後回しにした法律がいくつもあった。戦前の伝染病予防法は「生ける患者の捨て処」と呼ばれた伝染病院を各地に作った。らい予防法は、病者

を「生前には縁者がなく、その死後にも遺族がない」という状況に追い込んでいる。優生保護法を背景に各地で展開された「不幸な子どもの生まれない運動」は、当事者とその家族を追い詰め、優生手術を強いて人間の尊厳を毀損した。監獄法を手本とした痲癩人監護法案から始まる精神保健福祉法制が、人権への配慮を欠いてきたことは論を俟たない。

法の後押しを得て勢いづく認知症予防の流れは、筆者の日々の臨床の感覚からずれている。

そこで本稿では、その理由のいくつかを率直に述べてみたい。この特集の意図を思えば憚られるのだが、あえて一石を投じることで、それぞれが立ち止まって自ら考える糧としていただければと思う。

1 当事者の声

認知症予防ビジネスは競争不在市場であり、網を入れれば捕り放題のブルーオーシャンと呼ばれる。ネット上には、「認知症は予防できる！」「認知症なんかになるものか！」「一生ボケない！」「ボケてたまるか！」「生き方のツケがボケに出る！」——そんな勇ましいキャッチコピーが躍っている。景品表示法（不当景品類及び不当表示防止法）にふれるのではないかと、そしてなにより、こうした言葉は認知症の当事者を傷つけないだろうか。「不幸な子どもの産まれないうちに」というかつてのキャンペーンに障害者とその家族が苦しんだように、認知症予防は時にマイクロアグレッション（何気ないひそかな侮辱や見下し）であり、そこにはしばしば優生思想が潜んでいる。そのことに臨床家はもっと敏感でなければならない。

15年前、認知症予防に関するある本の書評を頼まれて、冒頭にこう書いた²⁰。

「老いの不安につけ入った商法が跋扈している。健康食品や羽毛布団、シロアリ駆除やリフォームなど、『今のうちに手を打たないと、あとで大変なことになる』というのが、訪問販売の常套句だ。

表1 日本認知症本人ワーキンググループからの認知症基本法案に関する要望

認知症基本法案に関する認知症の私たちからの要望
1. 目的、理念の筆頭に「人権」の明記を ～国民の一人として、あたりまえに暮らす権利があることを全ての根幹に～
2. 「予防」を「備え」に変え、全国民が認知症に希望をもって向き合うための法に ～「予防」という語を目的や理念からなくし、国施策の一条目の位置づけに～
3. 都道府県及び市町村の推進計画策定の「努力義務」を「義務」に ～どこに住んでいても、認知症とともに希望を持って生きていくために～

(一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ：認知症基本法案に関する認知症の私たちからの期待と要望、2019年10月—— Available at : http://www.jdwg.org/wp-content/uploads/2019/10/kihonho-kitai-youbou_201910.pdf)

訪問販売は、しかしまだ買い手に選択の余地がある。消費者保護の仕組みや成年後見制度を上手く使えば、あとで契約を取り消すこともできる。そして何より、売り手は加害者であり、買い手は被害者だ。被害者には世間も優しい。

ほけ予防というキャッチフレーズは、老いの不安のど真ん中に容赦なく食い込む。『今のうちに手を打たないと、あとで大変なことになる』という暗黙の脅しは、医師という権威によって語られる分、実は訪問販売より性質が悪い。

しかもその言説には、ボケに対する世間のまなざしを冷たく変える力が潜んでいる。『こうすればボケない』は、『そうしなかったからボケた』というアルツハイマー病のいわば人生怠慢説を醸し出すからだ。言説を放った者には加害の自覚もなく、『予防を怠った』ボケ老人だけが、世間の冷たいまなざしに仮借なく射すくめられていく。

だから、ほけの予防を語るときは余程の注意が必要だ。ほけは予防できるものもあるが、できないものもあり、詰まるところ『ほけでも安心して暮らせる社会を』という願いが根底にあるか否かに、著者の良識が問われる²⁰⁾

資本主義下の高齢社会では認知症が市場化する。この市場を当事者の視点で検証してみると、当事者のニーズであり、権利でもあるものと、当事者

のニーズとはいえず、むしろ排除や疎外につながりかねないものと分かれる。

前者には、たとえば認知症という「疾患」の診断や治療にかかわる市場、そして認知症という「障害」への合理的配慮やエンパワメントにかかわる市場がある。バイオマーカーや創薬、自動運転や記憶を補うアプリ、認知症フレンドリー社会を目指す取組みや備えとしての保険商品の開発などがこの市場にはいるだろう。

後者の市場としては、たとえば根拠の乏しい認知症予防ビジネスがあり、その先には貧困ビジネスに似た排除と隔離の市場がある。そして、こうした市場には、ひそかに優生思想が巣くっている。

認知症の医療や介護の市場は前者と後者にまたがっており、本来は事業者の倫理観が鋭く試されるのだが、実際はさほどでもない専門性に覆われた密室のなかで隔離や拘束が安易に行われている。時には明らかな虐待事例が隠され、見過ごされることもある。そうした業界に長く身をおく者として、優生思想の匂いのする認知症予防の流れにはどうしても乗る気にならない。

そもそも、市場の審判者である認知症の当事者自身が予防を警戒している。2019年10月に日本認知症本人ワーキンググループは「認知症基本法案に関する認知症の私たちからの要望」²¹⁾として3項目を挙げた(表1)。

「予防」を「備え」に、で始まる第2の項目の解説は次のとおりである²¹⁾。

□特集

(1)「予防」をどのように定義しても、一般的には「ならないこと」が主な受け止め方である。基本法案の目的の冒頭や理念に「予防」という言葉が用いられていることは、国民に、「認知症にならないこと」に過剰期待を抱かせ、自治体等が現実的には不合理な方策に注力してしまう過誤をもたらし、結果としてめざすべき共生社会の実現を大きく阻んでしまうことを、私たちはとても危惧している。

(2) 台風や地震を予防することはできなくても、「備え」が重要であると同様、認知症に関しても重要なのは、予防ではなく、認知症があってもなくても、健やかに共によりよく暮らしていくための「備え」という考え方やその方策である。

(3) 予防の研究、特に医学と同時に社会的な側面も含めた総合的な研究を進めていくことは必要であるが、それは国レベルの施策の一条項として位置づけるべきである。認知症施策を直接的に推進していく自治体が、「備え」という発想で共生社会の実現に向けて着実に取組んでいけるよう、法案の目的や理念にある「予防」を、基本法では「備え」に変えることを強く要望する。

筆者は医師として当事者の声を尊重する責務を負うが、当事者主義に偏る者ではない。しかし、ここで主張されていることは、本当に正しいと思う。

2 認知症予防にエビデンスはあるのか

そもそも認知症予防の風は、いつから吹き始めたのだろうか。

2013年6月1日、新聞各紙が「認知症高齢者462万人、予備軍も400万人」と報じた。典拠となった有病率調査²⁾は全国9地域で高齢者を抽出して行われた。主に記憶に注目して正常3,504人(平均年齢74.4±6.8歳、以下、同じ)、軽度認知障害(mild cognitive impairment; MCI)905人(79.4±2.6歳)、認知症1,260人(85.7±7.7歳)と判定している。平均年齢の並びをみると、これ

は老いの医療化(medicalization)といえないだろうか。基礎疾患は9地域合計でアルツハイマー病(Alzheimer's disease; AD)661人、血管性認知症(vascular dementia; VaD)191人、レビー小体型認知症(dementia with Lewy bodies; DLB)41人、前頭側頭葉変性症(frontotemporal lobar degeneration; FTLD)10人であり、なかでも愛知県大府市はAD39人に対してVaD、DLB、FTLDはいずれも0人である。診断がADに偏っており、厳密な疾患分類がなされたとは言い難い。老いの医療化に引きずられて過剰診断が起きていないだろうか。老年精神医学の重鎮である松下正明³⁾は、「巷の多くの高齢者がたまたま精神科医療に遭遇すると、ただちに軽度認知障害と診断されてしまう状況に、ある意味での危機感を抱いている」と警鐘を鳴らしている。

2017年3月26日放送のNHKスペシャル「私たちのこれから#認知症社会」について、福祉ジャーナリストの町永俊雄⁴⁾は「何かとても力を入れたネガティブ・キャンペーンが繰り返された印象を持つ」とコメントした。この番組の筋立ては、このようなものだ。すなわち、2025年には認知症予備軍を含めると1300万人にもなる認知症社会は、しかしMCIの早期対応によって今から予防に手を打てば乗り越えられる。その根拠となるのがFINGER(Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability)研究(2015年)⁵⁾だという。同番組には、こんなシーンも登場する。MCIは早期対応が最も大切。しかし自分は「うっかり」していたんだと、MCIを認めない人々も多い。そこで、ある自治体は老人会などへ看護師が積極的に向き、認知症であるかどうかや老人たちの健康状態をなげなく観察する取組みや、「しあわせすぎキャバレー」という場を看護師たちがつくり、看護師・作業療法士などがホステス役をして老人たちを観察する取組みなども行われていた。ここにヘルシンキ宣言を持ち出すまでもなく、これは本人の同意なく行われる医療観察であり、倫理的に問題がある。

FINGER 研究²⁰⁾は、カロリンスカ研究所の Kivipelto M が率いてフィンランドで行われた大規模な認知症の予防介入試験である。認知機能のやや低下した高齢者 1,260 人を介入群 631 人と対照群 629 人に分け、介入群には厳格な食事指導に加えて運動(筋トレと有酸素運動)と週 3 回の認知機能訓練(ワーキングメモリやエピソード記憶、遂行機能など)、血管リスクモニタリング(血圧、体重など)が課された。その結果、2 年後に神経心理検査で改善がみられた、というものである。具体的には、Neuropsychological Test Battery (NTB) で Zスコアが介入群は 0.20 上昇し、対照群は 0.16 上昇した ($p = 0.03$)。中身をみると、有意差が出たのは遂行機能 ($p = 0.04$) と処理速度 ($p = 0.03$) で、記憶は有意差が出なかった ($p = 0.36$)。週 3 回の認知機能訓練を行い、結果を認知機能検査で判定すれば、とりわけ遂行機能や処理速度には練習効果が現れる。計算練習をすれば計算が速くなるのと同じだ。しかもその差は、Zスコアで 0.05 というわずかなものである。さらに、肝心の記憶は差が出ていない。これで認知症予防のエビデンスといえるのだろうか。しかし、介護事業大手の SOMPO ホールディングスグループは Kivipelto とアドバイザリー契約を結び、国立長寿医療研究センターとともに SOMPO スマイル・エイジングプログラムを始動するという²⁰⁾。

フランスを中心に行われた MAPT (Multidomain Alzheimer Preventive Trial) 研究 (2017 年)²¹⁾は、主観的に記憶障害があり、IADL (手段的日常生活動作) と歩行速度の低下した高齢者 1,680 人をランダムに割り当てて、運動、栄養指導 (ω -3 不飽和脂肪酸の補充を含む)、認知機能訓練を 3 年間行ったが、有意な影響は確認されなかった。

Livingston ら¹⁹⁾の論文 (2017 年) もしばしば引用される。彼らは若年、中年、老年で 9 つのリスク要因を挙げ、人口寄与危険割合を計算して認知症の 35% がこれらの要因から生じるとした。この Lancet Commission は、2020 年には「過量飲酒」「脳外傷」「大気汚染」をリスク要因に追加して、

人口寄与危険割合は 40% と試算している¹⁶⁾。リスク要因として大きく取り上げたのは、「若年の低学歴 (7%)」や「中年の難聴 (8%)」である。しかし、「低学歴」は教育格差という複雑な社会問題であり、これを個人のリスク要因のように挙げてよいのだろうか。「難聴」は、世界保健機関 (WHO) の『認知機能障害および認知症のリスク低減: WHO ガイドライン』(Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia: WHO Guidelines)²⁰⁾ではエビデンスが不十分とされている。「うつ」「不活発」「孤立」を老年のリスクとしているが、これらは認知症の原因というより結果ではないだろうか。元気がなくなって老人会をやめたというエピソードは、認知症の始まりを示唆するのであって、だから認知症になったのだと考える臨床家はいないだろう。長期の観察では「食事」¹⁾と「運動」¹⁰⁾は無関係であったという報告もある。観察期間が短いと、認知症の始まりを示唆する食事の乱れや運動不足を因果関係としてしまう可能性があるということだ。実際、これらの論文^{1,10)}でも逆因果関係の可能性を否定していない。なお、市販の脳トレにはエビデンスがまだないとしている。改めてリスクを Lancet Commission 2020 年版¹⁶⁾で整理すると、若年 (低学歴 7%)、中年 (難聴 8%、脳外傷 3%、高血圧 2%、過量飲酒 1%、肥満 1%)、老年 (喫煙 5%、うつ 4%、孤立 4%、不活発 2%、大気汚染 2%、糖尿病 1%) となる。このうち、どうやら因果関係として努力の対象となりそうなものは、「脳外傷 (3%)」「高血圧 (2%)」「過量飲酒 (1%)」「肥満 (1%)」「喫煙 (5%)」「糖尿病 (1%)」であるが、脳外傷以外は従来から VaD のリスク要因として挙げられていたものである。しかし、大綱²⁵⁾の議論を加速した公明党の「認知症施策トータルビジョン」¹¹⁾には、「認知症の 35% は予防できる可能性がある」と報告され (Gill Livingston et al. The Lancet Commission: July, 2017)、そのためには、高齢者の運動習慣の確立や社会的孤立の防止等による予防の重要性が指摘されている」と引用されており、あた

□特集

かも運動や孤立の防止で認知症は予防可能という印象を与えかねない。

WHOは、予防 (prevention) ではなくリスク低減 (risk reduction) という慎重な表現でガイドライン (2019年)²⁰を出した。認知機能低下と認知症のリスクを低減するために12の要因を挙げたが、強い推奨 (strong recommendation) は、「禁煙」(エビデンス低い)と「食事バランス」(低い～高い)、「認知機能の正常な成人に対する運動」(低い)だけである。一方、望ましい効果と望ましくない効果のバランスが不確定で個々に別の選択肢がありうる条件つき推奨 (conditional recommendation) として、「MCIの成人に対する運動」(エビデンス低い)、「過量飲酒」(中)、「認知トレーニング」(非常に低い～低い)、「体重管理」(非常に低い～中)、「高血圧の管理」(非常に低い)、「糖尿病の管理」(非常に低い)、「脂質異常症の管理」(非常に低い)を挙げている。Livingstonら¹⁵の論文で取り上げられた「難聴」「うつ」「孤立(社会活動)」はエビデンスが不十分であるとして推奨の枠から外れた。なお、サプリメントはむしろ強く推奨しないとしている(エビデンス中)。このように、WHOのガイドラインは推奨の強さにエビデンスの質を添えて慎重に表現しているが、日本の報道はまたもや短絡的であった。曰く、日本経済新聞「認知症予防は『運動が重要』世界保健機関が指針」(2019年5月16日)、読売新聞「運動と禁煙で認知症予防 WHOが手引」(同年5月17日)、朝日新聞「WHOが認知症予防で初指針 有酸素運動1回10分以上」(同年5月21日)。

海外の認知症予防に関するガイドラインを調査した報告書¹⁹には、こう書かれている。

「加齢に伴う認知機能低下 (age-related cognitive decline (ARCD)) を遅延させること、ヘテロな集団であるMCIを一塊として捉えてMCIの状態になることを予防・遅延させること、Alzheimer病等の認知症疾患が原因で前駆期～MCI～認知症と進行していく場合の認知症を予

防・遅延させるという3つのことは全く異なることであるにもかかわらず、海外における認知症予防に関するエビデンスにおいてはこの点が明確に区別されていない。日本では明確に分けて議論していくことが重要である。

その他、本報告書の本文にも記載している通り、肥満、難聴、血圧、運動、抗うつ薬、食事、飲酒、喫煙等と認知症予防との関係についてはまだ明らかになっていないことも多いにもかかわらず、大きく取り上げられている」

この報告書は2019年3月31日付けで公表された。海外の文献を冷静に読み解いている。だが、予防を前面に打ち出した大綱²⁰や基本法案²³の報道が始まると、専門家の間でもこうした声はかすんでしまったようにみえる。

3 なぜ、エビデンスが出ないのか

なぜ、エビデンスが出ないのか、拙論³⁰から引用する。

「そもそも病の分類には、疾患分類 (nosology) と類型分類 (typology) がある。疾患分類は、共通の病理・症状・経過に基づく分類であり、類型分類は、一定の基準に基づく分類で、たとえば若年、老年のように年齢に基づくもの、皮質性、皮質下性のように症候に基づくもの、そしてMCIのように重症度に基づくものなどがある。予防や治療を医学的に語れるようになるのは、通常は類型分類の段階を過ぎて疾患分類が確立されたあとのことである。

認知症診断を振り返ってみると、そもそも1960年代に高度経済成長に伴う軋轢を緩和するために登場した医療保険制度によってだけは「医学モデル」に覆われ、「痴呆症」として保険病名の対象となり、社会的入院を生んだ。超高齢社会の現在は、認知症予備軍としてMCIがクローズアップされ、認知症予防の潮流を生んでいる。

社会的入院にしても、認知症予防にしても、

社会状況を補うように医学モデルが浮上し、これによって支えられ、正当化された社会現象である。つまり認知症診断は、社会状況に押されながら、とにかく類型分類から始めるしかなかったのであり、いまだに確かな疾患分類には至っていない。たとえばアルツハイマー型認知症と診断された患者のなかに他の病態や正常老化さえも混入している可能性がある。こうしたことが認知症診断における不確かさの背景にあり、予防や治療のエビデンスが出にくい理由のひとつになっている」

疾患分類は、病因-症状経過-予後がおよその疾患単位をなすという前提で行われる。そもそも病因に制約されるので、通常、むやみに診断がなされることはない。そしてまた、病因に立脚するので治療の希望がある。一方、類型分類は任意に定めた特性に着目しながら行われる³⁰⁾。主として実用性が問われ、必ずしも病因論的な思考の制約を受けない。そのため過剰診断を招き、時に治療ではなく処遇に暴走することがある。かつてナチスは精神薄弱や精神病、そして「痴呆」を劣等と診断し、安楽死を正当化した。その類型分類はなにに資するののかということとは常に点検しておく必要がある。アメリカではDSM-5の操作的うつ病類型が抗うつ薬の市場開放を後押しした。MCIという類型が、エビデンスの乏しい予防ビジネスや、処方広がりをほくそ笑む製薬市場に資することはないだろうか。

さらにまた、疾患分類に至るまでの暫定として類型分類が用いられることがある。精神医学は暫定のまま100年が過ぎた。精神医療の功罪は、医学としての芯をもたないことと無関係ではない。認知症は、かつて血管性が多いとされ、20年ほど前からアルツハイマー型がむしろ多くなり、10年ほど前からレビー小体型が、最近ではタウオパチーが診断されるようになった。流動的とはいえず、ようやく疾患分類の祖上に乗っつつある認知症を、MCI概念が安易な類型分類に引き戻していないだ

ろうか。疾患単位に基づかない曖昧な類型分類から、確かなエビデンスを探るのはほとんど不可能であろう。

4 認知症予防への懸念

「認知症施策推進大綱」を報じた2019年5月31日のニュース映像に、デイサービスで脳トレに励む82歳の高齢女性の映像が流れた。テロップに「認知症予防に脳活」とあり、「認知症になってからでは遅いので、ならないように自分で考えて努力するのが大切」と話す彼女の得意気な顔が大写しになる。この光景が行政の肝煎りで日本中に広がるのだろうか。予防に励んで認知症となったとき、そのセルフスティグマに苦しむのは本人である。

認知症予防教室に集まってきた高齢者が、気づけば予防ビジネスの顧客にされたり、十分な説明もなしに研究の対象にされたりするようなことがあってはならない。今後、法の後押しで予防教室が無邪気に広がるとしても、一定のルールで高齢者の権利を守る必要がある。たとえば、認知症予防の根拠がまだ乏しいことを事前に十分説明すること。確かな同意のないまま認知症のスクリーニング検査やひそかな医学的観察を行わないこと。認知症と診断された人が落伍者のようにみられたり、セルフスティグマに悩んだり、行き場を失ってしまうことがないように配慮し、フォローすること。景品表示法に違反する認知症予防サプリメントや脳トレ本を黙認しないこと。認知症予防の勢いに押されて、今、当然の倫理規範が揺らいでいるように思われてならない。

さらにまた、認知症予防は否応なく人を分断する。一次予防（発症予防）は発症した人とそうでない人を分断し、発症した人は自業自得といわれかねない。二次予防（早期発見・早期治療）は受診した人とそうでない人を分断し、受診しない人の病態承認（という障害）も否認（という無意識の防衛機制）も配慮されることなく、治療の遅れは自己責任とされかねない。三次予防（進行予

□特集

防)は進行した人とそうでない人を分断し、本人にあくなく進行予防への努力を強いることになりかねない、高齢社会を予防に追われて生きることが、本当に意味のあることだろうか。認知症の訪問診療のバイオニアである木之下徹⁹⁾は「現状では、予防法の話は、前向きに認知症と生きるにあたっての落とし穴にしかなっていない」と指摘している。

5 医学モデルへの回帰

医療保険の登場により、1970年代から医学モデルに覆われた認知症観は、2000年の介護保険で生活モデルへの道が開かれた³⁰⁾。2012年6月に厚生労働省が公表した認知症施策の新方針「今後の認知症施策の方向性について」¹⁰⁾は、さらに社会モデルへとつながるもので、「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」(2012年9月)¹⁰⁾、「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)」(2015年1月)¹⁰⁾と、厚生労働省は共生を軸に認知症施策を推し進めてきた。とくに新オレンジプランでは、2014年10月に結成された日本認知症ワーキンググループ(JDWG)の動きを受けて7つの柱のうちのひとつ、「認知症の人や家族の視点の重視」がすべてを貫く柱とされ、当事者主権という希望がようやくみえつつあった。しかし、2018年12月25日の第1回認知症施策推進関係閣僚会議³¹⁾で一気に潮目が変わった。予防の重視は医学モデルへの回帰でもある。

ちなみに、2012年の新方針は民主党政権下で出され、入所や入院への流れを逆にすることが提起された。しかし、2015年に自民党政権下で策定された新オレンジプランは、上記のように当事者主権を謳う一方で、循環型の仕組み、あるいは司令塔機能という表現で、入所や入院を肯定する内容に書き換えられている。医学モデルへの揺り戻しはこのときから始まっていた。

同じようなことはイギリスでも起きた。2009年にスコットランドを選挙地盤とするトニー・ブ

レア政権のもとで“Living Well With Dementia”を掲げる認知症国家戦略が公表された³²⁾。「私は、早期に認知症の診断を受けた」「私は、尊敬と敬意をもって扱われている」「私は、コミュニティの一員であると感じる」など、9つのアウトカムがアイ・メッセージで示され、権利ベースの社会モデルに通じる画期的なものである。その後、2012年にイングランドを選挙地盤とする保守党のデイビット・キャメロン政権が誕生すると、“Prime Minister's Challenge on Dementia”³³⁾が新たに策定された。これは2009年の路線を踏襲しつつ、産業界とともに認知症の研究開発を目指すことが強調され、医学モデルが再び前面に出ている。2016年の認知症啓発イベントでメモリーウォークのTシャツに印刷されたスローガンは、スコットランドが“Making sure nobody faces dementia alone”(認知症と向き合うだけのことも一人にしない)であったのに対して、イングランドは“I'm walking for a world without dementia”(認知症のない世界を求めて歩く)であった。

認知症予防のエビデンスはまだ乏しい。しかし、その曖昧さゆえに市場と政治の影響を受けやすく、市場と政治は大衆心理を煽り立てる傾向があり、大衆心理には優生思想が潜んでいる。老いゆく人間を病人として突き放したかつての社会保障政策が、隔離と拘束を許す老人医療ビジネスを後押しし、「価値なき生命」に通じる認知症観を深く醸成してきた。認知症予防ビジネスは、実はこの政策的に誘導された暗い認知症観への否認と反動によって成立している。医学モデルに姿を借りて世の中に巣くう優生思想の影は実に根深い。

6 「寛容」の闇

官邸主導の大綱素案³⁴⁾は、「予防と共生」を謳って予防の数値目標を掲げた。しかし、公益社団法人認知症の人と家族の会³⁵⁾が反発し、新聞各紙³⁶⁾や専門家からも異論が出たために、また連立を組む公明党の牽制もあり、数値目標を捨てて「共生と予防」に字句を入れ替えた。日本認知症

本人ワーキンググループ²⁰⁾が「予防を備えに」と要望すると、今度は認知症の発症を遅らせるための備えとして予防を説くなど、「共生」が「予防」の隠れ蓑に使われて予防の闇がみえにくくなり、共生の理念までもがかすんでいる。

予防の重視は医学モデルへの回帰であり、医学モデルは還元主義である。認知症を脳に還元し、脳が不治なら人も無価値であるという優生思想と簡単につながる。そして、ここで語られる「共生」は人権ではなく、「寛容」である。

「注文をまちがえる料理店」¹⁹⁾は、「寛容を社会に広げる活動」としてメディアに好意的に取り上げられた。しかし、当事者からこんな声も聞かれる。「まちがったら、ちゃんと言ってほしい」「人をばかにしている」「まちがえなくてすむように、一緒に考えてほしい」。子どもに寛容な親ということはあるが、親に寛容な子どもとは、通常はいわない。寛容な裁きというように、寛容は、許す側と許される側に分ける。そして、許される側は「すみません」「ありがとうございます」と返さなければならない。つまり、相手の自己肯定感を萎縮させ、無用の罪悪感に沈み込ませる暴力にさえなる。謝罪と感謝を強いることが、本当に共生に通じるのだろうか。共生は寛容によって与えられるものではなく、権利として享受されるべきものだ。予防の闇とともに寛容の闇にも気づいていなければならない。

7 社会保障費を抑制するために

政府が認知症予防を打ち出した背景には、急増する社会保障費を少しでも抑制しようとする思惑があった。だが、貴重なヘルスケア資源を勝負のみえない認知症予防という博打につき込んでよいものだろうか。

社会保障費を抑制するために必要なことは、まず、現状の認知症ビジネスの構造的リストラを図ることである。精神科病院に勤め、開業して介護事業を営む筆者の経験からいえば、認知症という「症状」に向けられる病院の医療には無駄が多く、

隔離や拘束、薬害といった問題があり、認知症という「障害」によく配慮された介護にはかなわない。社会保障費の抑制に即効性があるのは、認知症の医学モデルからの脱却を推し進めることである。さらに、大きな福祉施設の建設費用を肩代わりするのでもいい加減にやめたほうがよい。大規模施設の生活環境は画一的になりやすく、障害への個別の配慮という点で小さな施設にかなわない。

介護保険施行前夜の1990年代に、主として病院や施設を見限った中年女性たちのなかばボランティアによって、通いや泊りのニーズに応える在宅老所が始まり、全国に広まった²⁰⁾。これをルーツとするグループホームと小規模多機能型サービスが、認知症という個々の障害に対して最も配慮された、良質で無駄のないビジネスモデルである。

おわりに

2019年4月22日に設立された日本認知症官民協議会には、2つのワーキンググループ(WG)がおかれた。経済産業省に事務局をおく認知症イノベーションアライアンスWG²¹⁾と、厚生労働省に事務局をおく認知症バリアフリーWG²²⁾である。その資料や議事録に目を通すと、まさに玉石混交で、議論を貫く理念がみえてこない。

2017年2月15日、スコットランド開発庁と東京都健康長寿医療センターの共催で「日本・スコットランド認知症セミナー」が開催された。このとき非常に印象的だったのは、スコットランド側の発表者がいずれも同じ文言のスライドから話を始めたことである。スライドには、大きく「Rights based approach」と書かれていた。スコットランドの認知症施策のすべてが、Rights(人権・権利)という理念に向けて実行され、検証される。認知症当事者グループが世界で初めて生まれ、社会参画と診断後支援を実現した国の、その奇跡の理由が少しわかった気がした。

認知症フレンドリー社会(Dementia Friendly Community)は、認知症の本人が市民として参画し、貢献することが権利として大切にされ、推

進される地域社会をいう³³⁾。少子高齢社会を突き進むわが国には、認知症予防という危うい社会実験に投資をする余裕はない。当事者のニーズであり、権利でもある認知症フレンドリー社会の実現に貴重なヘルスケア資源を集中すべきである。

文 献

- Akbaraly TN, Singh-Manoux A, Dugravot A, Brunner EJ, et al.: Association of Midlife Diet With Subsequent Risk for Dementia. *JAMA*, **321** (10): 957-968 (2019).
- Andrieu S, Guyonnet S, Coley N, Cantet C, et al.; MAPT Study Group: Effect of long-term omega 3 polyunsaturated fatty acid supplementation with or without multidomain intervention on cognitive function in elderly adults with memory complaints (MAPT); A randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol*, **16** (5): 377-389 (2017).
- 朝田 隆: 厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成23年度～平成24年度総合研究報告書。平成25(2013)年3月。Available at: http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf (閲覧日: 2020年11月1日)
- 注文をまちがえる料理店のウェブサイト: <http://www.mistakenorders.com/work/pages.html> (閲覧日: 2020年11月1日)
- 第1回認知症施策推進関係関係会議議事録。平成30年12月25日。Available at: https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho_kaigi/dai1/gijiroku.pdf (閲覧日: 2020年11月1日)
- Department of Health (DH): Living Well With Dementia; A National Dementia Strategy. DH Publications Orderline, London (2009). Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/168220/dh_094051.pdf (閲覧日: 2020年11月1日)
- Department of Health (DH): Prime Minister's Challenge on Dementia; Delivering Major Improvements in Dementia Care and Research by 2015. DH Publications Orderline, London (2012). Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215101/dh_133176.pdf (閲覧日: 2020年11月1日)
- 経済産業省: 日本認知症官民協議会 認知症イノベーションアライアンスワーキンググループ。Available at: https://www.meti.go.jp/shingikai/mono_info_service/ninchisho_wg/index.html (閲覧日: 2020年11月1日)
- 木之下徹: 認知症の人が「さっきも言ったでしょ」と言われて怒る理由: 5000人を診てわかったほんとうの話。37. 講談社+α新書, 講談社, 東京 (2020).
- Kivimäki M, Singh-Manoux A, Pentti J, Sabia S, et al.; IPD-Work consortium: Physical inactivity, cardiometabolic disease, and risk of dementia; An individual-participant meta-analysis. *BMJ*, **365**: 11495 (2019).
- 公明党認知症対策推進本部: 認知症施策トータルビジョン: 認知症の人が希望をもって暮らせる社会へ。令和元年5月29日。Available at: <https://www.komei.or.jp/wp-content/uploads/2019/05/29%E8%AA%8D%E7%9F%A5%E7%97%87%E6%96%BD%E7%AD%96%E3%83%88%E3%83%BC%E3%82%BF%E3%83%AB%E3%83%93%E3%82%B8%E3%83%A7%E3%83%B3.pdf> (閲覧日: 2020年11月1日)
- 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム: 第91回社会保障審議会一介護給付費分科会資料2-2 今後の認知症施策の方向性について。平成24年6月18日。Available at: <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002fv2e-att/2r985200002fv5j.pdf> (閲覧日: 2020年11月1日)
- 厚生労働省: 認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)(平成25年度から29年度までの計画)。平成24年9月5日。Available at: <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf> (閲覧日: 2020年11月1日)
- 厚生労働省, 内閣官房, 内閣府, 警察庁ほか: 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(概要)。2017年1月。Available at: https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nopl-2_3.pdf (閲覧日: 2020年11月1日)
- Livingston G, Sommerlad A, Orgetta V, Costafreda SG, et al.: Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*, **390** (10113): 2673-2734 (2017).
- Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, et al.: Dementia prevention, intervention, and

- care ; 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*, **396** (10248) : 413-446 (2020).
- 17) 町永俊雄: 認知症 EYES (独自視点のニュース解説とコラム) NHK スペシャル「認知症社会」を見て、認知症フォーラム.com, 2017年4月4日. Available at : http://www.ninchisho-forum.com/eyes/machinaga_043.html (2020年11月1日 閲覧)
- 18) 松下正明: MCI とプレクリニカル AD 概念の「いかがわしさ」. 老年精神医学雑誌, **27** (6) : 660-665 (2016).
- 19) 三菱総合研究所ヘルスケア・ウェルネス事業本部: 平成 30 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分)「海外の認知症予防等ガイドラインの整理に関する調査研究事業報告書」. 2019年3月31日. Available at : https://www.mri.co.jp/knowledge/pji_related/roujinhoken/dia6ou00000204mw-att/H30_158_2_report.pdf (閲覧日: 2020年11月1日)
- 20) Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Løvålihti E, et al.: A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER) ; A randomised controlled trial. *Lancet*, **385** (9984) : 2255-2263 (2015).
- 21) 一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ: 認知症基本法案に関する認知症の私たちからの期待と要望. 2019年10月. Available at : http://www.jdwg.org/wp-content/uploads/2019/10/kihohno-kitai-youbou_201910.pdf (閲覧日: 2020年11月1日)
- 22) 日本認知症官民協議会: 認知症バリアフリー WG. Available at : <https://ninchisho-kammin.or.jp/barrierfree.html> (閲覧日: 2020年11月1日)
- 23) 認知症基本法案. 第198回国会 衆法第30号. Available at : <https://www.sangiin.go.jp/japanese/johol/kousei/gian/201/pdf/0901980301980.pdf> (閲覧日: 2020年11月1日)
- 24) 公益社団法人認知症の人と家族の会: 認知症の人と家族の会総会アピール「憲法 25 条の理念に立ち返り、認知症になっても安心して、いきいきと生活できる明るい未来を」. 2019年6月1日. Available at : <http://www.alzheimer.or.jp/?p=23458> (閲覧日: 2020年11月1日)
- 25) 認知症施策推進関係閣僚会議: 認知症施策推進大綱. 令和元年6月18日. Available at : <https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf> (閲覧日: 2020年11月1日)
- 26) 認知症施策推進のための有識者会議 (第3回) 資料4 今後の認知症に関する政府の取組み (案). 2019年5月16日. Available at : https://www.kantei.go.jp/singi/ninchisho_kaiji/yusiki_sha_dai3/siryou4.pdf (閲覧日: 2020年11月1日)
- 27) 社説にツッコミ: 認知症大綱 / 「予防」より「共生」に軸足を (河北新報, 2019年6月7日付). Available at : http://3coco.org/a/modules/d3pipes/index.php?page=clipping&clipping_id=45026 (閲覧日: 2020年11月1日)
- 28) SOMPO ホールディングス株式会社, 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター, FINGERS Brain Health Institute : 世界初「FINGER 研究の社会実装プログラム」公認取得「SOMPO スマイル・エイジングプログラム」始動: 認知機能低下の抑制に有効なプログラムの提供開始. 2020年7月20日. Available at : https://www.sompo-hd.com/~media/hd/files/news/2020/20200720_1.pdf (閲覧日: 2020年11月1日)
- 29) World Health Organization : Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia: WHO Guidelines. WHO, Geneva (2019). Available at : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312180/9789241550543-eng.pdf?ua=1> (閲覧日: 2020年11月1日)
- 30) 山崎英樹, 国吉和秀, 堀川 歩, 山口慶一郎ほか: 老年期における重度痴呆の類型分類. 老年精神医学雑誌, **5** (2) : 199-214 (1994).
- 31) 山崎英樹: 痴呆性高齢者の暮らし: 張り子の医者か願っていたこと. 精神医療, 第4次16号: 34-41 (1999).
- 32) 山崎英樹: 【書評】須貝佑一著「ほけの予防」. 精神医療, 40号: 119-123 (2005).
- 33) 山崎英樹: 宮城県仙台市の経験. 老年精神医学雑誌, **28** (5) : 503-510 (2017).
- 34) 山崎英樹: MCI という臨床類型の診断後支援を考える. 老年精神医学雑誌, **30** (増刊-I) : 140-145 (2019).