

日本認知症予防学会 東京都支部 会報

一般社団法人
日本認知症予防学会
東京都支部

発行人：支部長 鈴木正彦
編集：NPO法人CIMネット
〒104-0032
東京都中央区八丁堀3-28-14 飯田ビル2F
TEL:03-3553-0631
FAX:03-3553-0757
E-Mail: info@tokyoninchishou.jp
印刷：株式会社キタジマ

アルツハイマー病の創薬の展望

東京医科歯科大学大学院脳神経病態学分野 特任教授 三條 伸夫



略歴

1990年3月 東京医科歯科大学医学部医学科卒業、神経内科入局
1990年6月 旭中央病院内科研修医、その後関連病院勤務
2002年4月 カナダトロント大学神経変性疾患研究センター
ポスドク(Postdoctoral)
2004年11月 東京医科歯科大学大学院脳神経病態学 助手 現助教
2011年2月 東京医科歯科大学大学院脳神経病態学 講師
2016年4月 東京医科歯科大学大学院脳神経病態学分野 准教授
2016年8月 東京医科歯科大学大学院脳神経病態学分野 特任教授
現在 九段病院内科脳神経内科 部長(併任)
2021年4月

高齢者人口の急激な増加に伴って、わが国における認知症有病率は増加傾向にあり、軽度認知障害 (mild cognitive impairment: MCI) の有病率は65歳以上の高齢者の約15~25%、罹患率は20~50/1000人と推測されている(認知症診療ガイドライン2017)。

MCIから認知症へのコンバートは報告ごとに異なるが、おおよそ年間5~15%であり、逆にリバーシオンについては年間16~41%と推測されている。

認知症の原因疾患はアルツハイマー病(AD)が約67.6%と最多であり、今後増加することが確実である。超高齢化社会に突入した日本において認知症の増加は不可避であり、わが国における社会的・経済的負担が増大することが推測される。

このことを解決するために、認知症の発症予防、すなわち、認知症予備軍であるMCIの高齢者をより早期に診断し、コンバージョン率を軽減する治療・リハビリを導入し、リバーシオン率を上げることができるような治療法を開発することが求められている。

現在のAD治療薬は、ADにおいて脳内で減少しているアセチルコリン(ACh)の分解を抑制するため、アセチルコリンエステラーゼ(AChE)を阻害する薬剤が主流である。加えて、興奮性神経伝達物質グルタミン酸の神経興奮毒性を抑制するためにN-methyl-D-aspartate (NMDA) 受容体拮抗薬も用いられている。これらの薬剤はDMDとしての作用は無く、対症療法として認知症発症後の有効性のエビデンスのみ確認されて

【専門医・指導医】
日本内科学会、日本神経学会、日本認知症学会
評議員
日本神経学会、日本認知症学会、日本神経治療学会、日本神経精神医学会、日本神経変性疾患学会
【幹事】
日本神経変性疾患学会
理事
アジア太平洋フロンティア研究会(AMPA)
委員
認知症診療ガイドライン2017(学会合同)作成委員
【所属学会】
日本内科学会、日本神経学会、日本神経治療学会、日本リハビリテーション学会、日本認知症学会、日本神経精神医学会、日本神経変性疾患学会、日本神経免疫学会

疾患修飾薬の開発重視へ

ADの自然歴である「健常高齢者の健忘→MCI→ADによる認知症」という流れを遅くする、あるいは逆方向に向けるような介入のことを疾患修飾療法(DMT: disease modifying therapy)と呼び、疾患修飾のための薬剤を疾患修飾薬(DMD: disease modifying drug)と呼ぶ。

ADの治療薬の開発に関しては、2000年代は治療薬の創薬を目的とした研究開発がされていたが、主に高齢になって発症する神経変性疾患であるADにおいて、神経細胞の再生は技術的に困難であり、DMTの開発の方が現実的であることにより、現在では、DMDの開発が最も重要視されている。

ADの最終期病変は、このAβのうち毒性の強い42個のアミノ酸で構成されるAβ42がメインとなり、脳内で凝集体が形成され、沈着する。その過程でみられる数個のAβの凝集体であるAβオリゴマーの毒性が強いことが確認されている(アミロイドカスケード仮説)。

実際に、常染色体優性遺伝形式をとる家族性アルツハイマー病(Familial AD; FAD)では、原因遺伝子としてAPPやγ-セクレターゼの活性中心サブユニットであるプレセニリンなどの遺伝子変異が原因遺伝子として数多く同定されている。2000年代の創薬研究においては、γ-セクレターゼ阻害薬、あるいは

（つづ）

はγ-セクレターゼ修飾薬の開発が盛んに行われ、現在も開発が続けられている。

Aβ免疫療法

AβDにおけるDMDは主にAβのワクチン療法が用いられており、AD病態生理の最上流であるAβに対する免疫療法により、Aβを除去する方法が20年以上にわたり開発され続けている。

Aβ免疫療法の初期には、抗原の投与による能動免疫で抗Aβ自己抗体によるAβ除去を試みられていたが、この方法だと脳に強い炎症が起る可能性があるため、開発が中止され、抗Aβ抗体を投与する受動免疫療法が現在の主流となっている。

AβDから抽出したAβオリゴマーが単独のAβよりも強くシナプス機能障害を引き起こすことがわかり、治療のターゲットとして、Aβオリゴマーやプロトフィブリルなどが注目されるようになった。

Aβはモノマーが無構造からβシート構造に変換された後に数分子が重合するオリゴマーの形成や、重合・凝集が繊維状になるAβ₄₂を形成する。広義のオリゴマーとして、2-3量体の低分子オリゴマー、6量体、12量体のAβ₃₆、Aβ-derived diffusible ligands (ADDLs)、球状のAβ

ミロソフェロイド、プロトフィブリルなどの呼び名で報告されているが、あくまで*in vitro*での状態であり、生体内での状態との程度一致しているかの詳細は知られていない。

プロトフィブリルはモノマーからAβ₄₂が形成される経路 (on-pathway) とは異なる経路 (off-pathway) に位置し、モノマーに一旦脱重合した後、on-pathwayへと入る可能性も指摘されている。現在、AD創薬の中心は、Aβオリゴマーの分解酵素であるネプリライシンの活性促進、低分子化合物によるオリゴマー形成阻害、抗Aβ抗体を投与して脳内オリゴマーを除去しようとする受動免疫療法などがあ

抗Aβオリゴマー抗体の実用化へ

最近では、AβモノマーやAβ₄₂を認識せずに、Aβオリゴマーのみを認識するオリゴマー特異抗体が開発されている。

抗Aβオリゴマー抗体は、ADの脳における細胞内外でのAβオリゴマーに結合し、ミクログリアによりAβオリゴマーが処理されたり、あるいは脳の外に排泄されることでAβオリゴマーによる神経毒性を中和する作用がある。実験では、ADモデルマウスで認知症発症の初期段階で抗体を投与すると、記憶障害が改善することが報告

されている。

現在、これら抗Aβオリゴマー抗体の実用化に向けて、臨床試験がすすめられている。しかしながら、抗体療法の欠点として、抗体は末梢に投与しても脳内へほとんど侵入できないこと、末梢血管に投与して抗体を脳内に到達させる技術 (drug delivery system: DDS) の必要性が指摘されており、そのような技術の開発も進められている。

例えば、細胞膜上の受容体に結合した物質が選択的に細胞内にとりこまれ、脳内の細胞膜から放出される機構 (トランスサイトシスと呼ぶ) を応用して、抗体を脳内に到達させ、血液脳関門 (Blood-brain barrier: BBB) を通過させる技術の開発などがある。

血液脳関門通過のメカニズム

BBBは血液と物質輸送を制御し、脳の活動に必要な栄養素を選択的に取り込む機能を有する血管内皮細胞であり、細菌や毒性物質のみではなく、薬剤送達をも著しく制限する。上述の認知症薬など低分子薬剤も脳へは、内服量の0.1%も入ってゆかない。そのため、抗体医薬などの高分子薬剤は脳内へ移行することはほぼ不可能である。

BBBにおいて物質が輸送体を介して細胞内を通過するメカニズムには

①脳に必要な物質を積極的に取り込む能動輸送、②グルコースやアミノ酸などの低分子物質を運搬する運送蛋白を利用するキャリア媒介輸送 (Carrier-mediated transport: CNT)、鉄結合タンパク質トランスフェリンなどの高分子をトランスサイトシスにより通過させる受容体媒介輸送 (Receptor-mediated transport or transcytosis: RMT) などが存在する。

高分子である抗体医薬にBBBを通過させる技術として、トランスフェリン受容体 (Transferrin receptor: TR) を用いたRMT型受容体に結合可能な抗体と結合させる方法が考案され、抗原結合部位をTfRが認識し、もう一方をAβやBACE1などの治療標的を認識するよう設計した二重特異性抗体 (Bispecific antibody) が注目され、BBBを通過することが確認できたが、当初予想していたほどの透過性は得られなかった。

高効率の抗体通過に成功

我々はBBBを構築する脳血管内皮細胞にはグルコーストランスポーター1 (GLUT1) が多く存在し、GLUT1が脳のエネルギー源であるグルコースをCMTの促進拡散により脳内へ輸送することを利用して、抗体を脳に送る媒体を新たに創製した。これは高分子で構成されたナノ粒子で、一定

条件下において血液側から脳側へ人為的にトランスサイトシスさせることができる。このナノ粒子に抗体を載せて、非常に高い効率で抗体をBBB通過させることに成功した。

この技術を用いて、抗Aβオリゴマー抗体をBBB通過型ナノマシンに載せて、ADモデルマウスに投与したところ、認知機能の進行が有意に抑制された。さらに、マウスの脳を解析してみたところ、毒性のあるAβオリゴマーやピログレルタミル化されたAβなどが減少することが明らかとなった。本技術は臨床応用に向けて、現在研究を進められている。

三條伸夫先生は本年5月、東京都支部・学術担当理事に就任されました。

広告募集

「Web講演会掲載広告」「会報掲載広告」を募集しています。お問い合わせは、日本認知症予防学会東京都支部事務局まで。

info@tokyoninchishou.jp

※詳細はホームページをご覧ください。



認定認知症領域検査技師制度について

三井記念病院 臨床検査部 松熊美千代



「認定認知症領域検査技師制度」は、日本臨床衛生検査技師会（以下日臨技）が認知症領域における臨床検査の普及や実施体制の構築を目的とし、平成26年度に立ち上げました。臨床検査技師が認知症の早期発見・予防・治療に参画・貢献できるようにカリキュラムを設定し、研修会等を開催しています。本制度は、日本認知症予防学会で創設していた認知症専門臨床検査技師制度を発展的に継承しています。

従来の臨床検査技師の資格制度(例：細胞検査士、認定一般検査技師、認定血液検査技師、超音波検査士など)は、特定の技術や知識を認定するものですが、「認定認知症領域検査技師制度」は疾患別の認定制度であることが特徴です。

1. カリキュラム

認定認知症領域検査技師制度のカリ

キュラムは、認知症の予防および認知症患者様の治療の過程において、患者様と家族の不安の軽減と正確な検査の実施および臨床検査技師としての専門性を生かし、認知症の診断・治療を担当するチーム医療の一員として参画できる臨床検査技師を育成・確保することを目的とし、分野ごとに内容が設定されています。(下表参照)

2. 認定者数

2022年4月現在の認定認知症領域検査技師は、全国で381名です。そのうち東京都臨床衛生検査技師会(以下都臨技) 会員は33名で、都道府県単位では都臨技が最も認定技師が多く在籍しています。

3. 研修会

日臨技主催の研修会は、年4回開催しています。認知症の治療、ケア等の研修では日本認知症予防学会の先生方にご協力をいただいております。

研修会では、症例検討やグループワークを取り入れ、他者とのディスカッションによる意見交換を行うこと

で実践に役立つ情報の収集をし、受講者同士でコンソーシアムを形成して、認知症領域で活躍する認定技師を増やしたいと考えております。

平成29年度に日臨技の認知症対応力向上事業の一つとして、神経心理学的検査に対応できる臨床検査技師育成事業を行っております。各都道府県から認定技師が選抜され、神経心理学的検査を集合研修で学び、集合研修に参加した認定技師が講師となり研修会を開催し、約900人が受講いたしました。

日臨技の支部学会や都道府県医学検査学会で認知症関連の講座が開催されています。都臨技の取り組みとして、東京都医学検査学会では認定技師である星野真理都臨技理事の発案で認知症講座を開催しております。コロナ禍でこの2年間はweb開催ですが、全国から認定技師および取得を希望する技師が多数参加しています。今年度は、12月に予定されています。

4. 臨床検査技師と認知症の関わり

臨床検査技師は、臨床検査を通して認知症と関わっています。現在では、神経心理学的検査、検体検査(血液検査・髄液検査)、脳波検査、超音波検査や画像診断(MRIなど)や採血業

認定認知症領域検査技師制度 指定カリキュラム(抜粋)

Table with 2 columns: 大区分 (Major Category) and 中・小区分 (Sub-category). Rows include: 認知症の概念, 認知症の症候学, 認知症の病態, 軽度認知障害(MCI)の概念, 認知症の検査, 認知症の治療, 認知症の予防, 認知症のケア.

務、生理機能検査等で、患者さんやご家族と接する機会が増加しております。認知症に関する臨床検査の専門的知見を有し、認知症を発症する疾患の診断および高齢者の身体的特徴を理解する必要があります。

研修会等の質問では、対応に苦慮した経験からの内容が多く、検査の説明や対応について、認知症への理解を深めることが重要なこと多くの技師が実感しています。

5. これからの認定技師のあり方

認定認知症領域検査技師制度は、立ち上げから約8年経過いたしました。臨床検査技師の資格制度としては新しく、認定技師がどのように認知症関連の業務等に従事していくかは試行錯誤の段階です。

院内の物忘れ外来や認知症ケアチームへの積極的な参画などの事例報告が増えてまいりました。

認定認知症領域検査技師は、臨床検査の専門分野が多岐にわたる技師の集団です。あらゆる視点から認知症の予防・診断に積極的に関わってまいりたいと思います。

日本認知症予防学会主催

「認知症予防の日」記念式典を開催

6月12日、ステーションコンファレンス東京



浦上克哉・代表理事

「認知症予防の日」記念式典（主催：日本認知症予防学会）が6月12日、ステーションコンファレンス東京でハイブリッド開催されました。

日本認知症予防学会は2017年、認知症予防の重要性、早期発見の必要性について広く国民に周知するため、

アルツハイマー型認知症を初めて症例報告したアルツハイマー博士の生誕日である6月14日を「認知症予防の日」に制定。コロナ禍のため、2020年、2021年と式典を中止しており、今回は3年ぶりの開催となりました。

主催者を代表して浦上克哉・代表理事が、「認知症患者数は、2025年には700万人を超えるという推計値が出ており、65歳以上の5人に1人

が認知症という時代を迎える。残念ながら認知症予防への正しい理解がされていない現実があり、われわれの学会としては科学的に正しい認知症予防を普及していくのが課題」と挨拶しました。

来賓挨拶に引き続き行われた代表理事講演でも浦上代表は、「認知症予防は世界的な課題だが、急速に高齢化が進む日本がリーダーシップをとって取り組まなければならない」と訴えました。学会が2019年に行ったアンケート調査の結果を示し、ウイスクロナの新しい生活様式の中で、認知症がさらに増える危険性があると指摘。

そして、誤った認知症予防の情報が氾濫し、適切でない認知症予防法が横行し、有効性が確認されていないサプリメント等が氾濫している現状を受けて、科学的根拠がある予防法を示すために学会が制定したエビデンス認定ガイドを紹介しました。

「1次予防、2次予防、3次予防は区切りがあるわけではなく、連続的なもの。シームレスな予防の取り組みがなされないといけない」として、人材

育成などの学会の取り組みについて述べました。

続いて、鈴木正彦・東京都支部長が「認知症予防学会東京都支部の取り組み」について記念公演を行いました。（次ページ参照）

さらに、学会の認知症予防大使を務めるフリーアナウンサーの徳光和夫氏によるトークライブが行われました。徳光氏は、認知症の妻との日常をユーモアたっぷりに紹介。「同じ話を何度聞いても、初めて聞いたようにしている。同じ話でも、嬉々として話す」ということは非常に大事なのではないかと話しました。

また、高齢になっても思考回路がしっかりとっている人の例として、歌手の北島三郎さん、加山雄三さん、スポーツ界の長嶋茂雄さんらの名前を挙げ、その理由を「作詞作曲の創作活動をして脳を活性化している」「若い人との



左から、徳光和夫氏、浦上克哉・代表理事、西野憲史・副理事長

交流がある」などと分析しました。

会場との質疑応答で、認知症の患者さんと会話するときのコツを尋ねられ、徳光氏は「同じ話を聞くと覚えちゃうので、今度はこちらが設問者になって三つくらいの角度から話を聞き出すようにすると、より会話が噛み合い、新鮮な心地よさがある」とアドバイスしていました。

認知症予防の日記念公演

認知症予防学会東京都支部の取り組み

日本認知症予防学会理事・東京都支部長
東京慈恵会医科大学附属病院 脳神経内科教授
鈴木正彦



鈴木正彦・東京都支部長

MCIIJUNIOR

現在、日本人の平均寿命は男性79・55歳、女性86・30歳ですが、健康寿命はそれぞれ70・42歳、73・62歳、人生最後の約10年もの間、介護が必要になっています。

また、高齢になるほど認知症患者数は増え、特に90歳を超えると4割以上が認知症となります。がんなどの疾病と同様に、認知症の予防対策・早期発見・治療介入を国の施策として実施して、健康寿命を伸ばすことが非常に重要です。

認知症患者の約68%は、アルツハイマー型認知症だと言われています。

アルツハイマー型認知症の全経過は約35年。発症前から脳の中で病理変化があり、初めの約25年は無症状ですが、ほとんど進行して軽度認知障害(MCI)、認知症へと移行していきます。逆に考えると、予防介入の機会が長くて大きいこととなります。

MCIから認知症になるのは5〜15%/年だといわれていて、むしろMCIから正常に戻る群(16〜41%/年)の方が多いためです。MCIの段階で気づくことが非常に大事で、遅くともMCI段階での早期発見・予防対策が重要となります。

東京都支部の活動

東京都支部は、基本理念「人として輝き続ける社会の実現を目指して」を掲げ、本部活動をサポートする形で活動しています。

2019年6月18日に政府が提言した2025年までの施策を盛り込んだ新大綱を基軸に、「誰もがいくつになっても活躍できる生涯現役社会の実現に向けて全力を尽くす」ことを目標

とし、「共生と連携と予防」を支部活動のスローガンとしています。

そして認知症の人と家族の視点を重視し、増大する社会的コストの抑制を勘案しながら、認知症の発症と進行の抑制を目指し、認知症の病態機序を解明するためシーズを収集し、予防・診断・治療法を探索できるように社会に貢献することを目標としています。

- 1 東京という地の利を生かした緊密な交流活動の推進
- 2 顔と人柄の見えるスキルアップセミナーの継続的な開催
- 3 組織作り
- 4 各種活動のサポート
- 5 コーディネート推進
- 6 企業への働きかけ
- 7 学会への参加の促進
- 8 認知症予防健診事業の拡充
- 9 ICTを応用した地域包括システム構築
- 10 遠隔医療の実現
- 11 IoT技術とAIの現場への導入

授けていきます。東京都支部は発足間もなくしてCOVID-19パンデミックに見舞われましたが、多くの方々からのご支援を頂き、活動して参りました。具体的には、学術集会、Web講演会、会報、ホームページ、地域活動への取り組みなどです。

東京都支部の活動は本部活動をサポートする形で

基本理念
人として輝き続ける社会の実現を目指して

2019年6月18日に政府が提言した2025年までの施策を盛り込んだ新大綱を基軸に、「誰もがいくつになっても活躍できる生涯現役社会の実現に向けて全力を尽くす」ことを目標とし、「共生と連携と予防」を支部活動のスローガンとしています。

そして認知症の人と家族の視点を重視し、増大する社会的コストの抑制を勘案しながら、認知症の発症と進行の抑制を目指し、認知症の病態機序を解明するためシーズを収集し、予防・診断・治療法を探索できるように社会に貢献することを目標とする

連携
共生 予防
つながろう! 東

等資格更新単位がWEB等講演の受講により付与されます。また、東京都在住でなくても入会できます。賛助会員も随時募集しております。

今後とも何卒よろしくご願い申し上げます。

年会費は2000円、当学会の専門医、専門士、専門看護師

前頭側頭型認知症・その他の認知症

金沢大学医薬保健研究域医学系脳神経内科学 小野賢二郎



わが国では高齢化の進行が早まり、超高齢社会へ突入している。認知症の患者数は2012年に約462万人、2025年に約675万人、2050年には1000万人を上回ると推定されている。2012年には厚生労働省の施策として「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」が策定され、早期診断・早期対応に向けた取り組みが進められた。2019年には、認知症施策推進大綱が取りまとめられ、「認知症はたれもがなりうるもの」と明記され、共生型予防が対策の両輪とされた¹⁾。

認知症とは、認知症の原因となる疾患の影響により、脳の機能に障害を来し、その結果として現れている中核症状と、認知機能障害を背景とし、身体的要因・環境的要因・心理的要因に伴って出現する行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) があり、一般的に BPSD の増悪が介護負担の増大につながる²⁾と言われている。

認知症をきたす3大疾患は、アルツハイマー型認知症 (Alzheimer's dementia: AD)、血管性認知症、レビー小体型認知症が挙げられるが、そのほかの認知症にも留意する必要がある。前頭側頭葉変性症 (Frontotemporal lobar degeneration: FTLD) は、前頭葉や側頭葉に病変の主座を持ち、それに対応した進行性の行動症状や言語症状を示す臨床症候群である³⁾。FTLDは、行動障害型前頭側頭型認知症 (behavioral variant FTLD: bvFTLD)、意味性認知症 (semantic dementia: SD)、進行性非流暢性失語症 (progressive non-fluent aphasia: PNFA) に分類される⁴⁾。

FTLDの背景病理は多彩であり、主にFTLD-tau (ピック病、進行性核上性麻痺 (PSP)、皮質基底核変性症 (CBD))、FTLD-TDP、FTLD-FUS に分類される。さらにFTLD-TDPはTDP43陽性構造物の形態と局在に基いて Type A ないし Type D に分類される⁵⁾。

わが国では高齢化の進行が早まり、超高齢社会へ突入している。認知症の患者数は2012年に約462万人、2025年に約675万人、2050年には1000万人を上回ると推定されている。2012年には厚生労働省の施策として「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」が策定され、早期診断・早期対応に向けた取り組みが進められた。2019年には、認知症施策推進大綱が取りまとめられ、「認知症はたれもがなりうるもの」と明記され、共生型予防が対策の両輪とされた¹⁾。

認知症とは、認知症の原因となる疾患の影響により、脳の機能に障害を来し、その結果として現れている中核症状と、認知機能障害を背景とし、身体的要因・環境的要因・心理的要因に伴って出現する行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) があり、一般的に BPSD の増悪が介護負担の増大につながる²⁾と言われている。

れる⁶⁾。

ADの抗Aβ免疫療法が上市が現実味を帯びてきている中、高齢者に多く、またADとの鑑別が困難な高齢者タウオパチーの重要性が高まっている。

高齢者タウオパチーには原発性年輪関連タウオパチー (primary age-related tauopathy: PART)、嗜銀顆粒病 (argyrophilic grain disease: AGD)、進行性核上性麻痺、皮質基底核変性症、石灰化を伴うびまん性神経原線維変化などが含まれ、PARTを背景に認知症を来したものと神経原線維変化型老年期認知症 (senile dementia of the neurofibrillary tangle type: SD-NFT) が挙げられる⁷⁾。

これらの中でもSD-NFTやAGDはADとの鑑別がとりわけ困難である。両疾患とも高齢者の認知症患者において頻度が高⁸⁾、SD-NFTは2016年に報告されている久山町研究で高齢者の認知症の11%に認められている⁹⁾。AGDは混合病理が多いものの、100歳以上の認知症患者を対象とした報告では13%に認めたとされている¹⁰⁾。

これらの疾患は臨床症状こそADに似通っているが、SD-NFTや純粋なAGDにはアミロイド病変を認めず、従ってADに対する抗Aβ免疫療法は無効と見込まれる¹¹⁾。

表1【主な検査所見】文献12

	AD	SD-NFT	AGD
鑑別に有用な検査	アミロイドPET	アミロイド沈着あり	アミロイド沈着なし
	脳脊髄液 Aβ 1-42	低下	正常
	脳脊髄液リン酸化タウ	上昇	正常 あるいは軽度上昇と推定
参考所見	脳MRI	内側側頭葉の萎縮	内側側頭葉の萎縮
	脳血流 SPECT	後部帯状回・楔前部の血流低下 側頭頂葉の血流低下	一定の見解なし

※いずれの項目も代表的所見について記載している

を伴うことが多い点や内側側頭葉前方優位の萎縮になる点などはADとの鑑別点の一つにはなり得るが、基本的には両者とADをMRIにて鑑別することは困難である。また、脳血流シンチグラフィの所見についても一定の見解は得られていない。従って一般的にAD診断の際に行われている画像診断では見分けることが困難とされている¹²⁾。鑑別に有用と考えられる検査としては、脳脊髄液検査によるアミロイドβ1-42とリン酸化タウの測定、アミロイドPETなどとなる。主な所見については表1にまとめており、参照されたい^{8), 13)}。

【参考文献】

- 丸山博文. 認知症への対応のこれまでとこれから. 日本内科学会雑誌 2020; 109: 1501-1503.
- 認知症施策推進大綱. 令和元年6月18日. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00002.html
- Neary D, Snowden JS, Gustafson L, et al. Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. Neurology. 1998; 51: 1546-1554.
- 日本神経学会 (監修) 認知症疾患診療ガイドライン2017. 医学

書院、東京、2007.

5) Saito Y, Murayama S. Neuropathology of mild cognitive impairment. *Neuropathology* 2007; 27: 578-584.

6) Honda H, Sasaki K, Hamasaki H, et al. Trends in autopsy-verified dementia prevalence over 29 years of the Hisayama study. *Neuropathology* 2016; 36: 383-387.

7) Ding ZT, Wang Y, Jiang YP, et al. Argyrophilic grain disease: Frequency and neuropathology in centenarians. *Acta Neuropathol* 2006; 111: 320-328.

8) 山田正仁. 神経原線維変化型老年期認知症. *BRAIN and NERVE* 2018; 70: 533-541.

9) 足立正. 嗜銀顆粒性認知症の診断. *Dement Japan* 2016; 28: 182-8.

10) Adachi T, Saito Y, Hatsuta H, et al. Neuropathological asymmetry in argyrophilic grain disease. *J Neuropathol Exp Neurol* 2010; 69: 737-744.

11) 齊藤祐子、徳丸阿耶、前頭側頭葉変性症と関連疾患 嗜銀顆粒性認知症. *老年精神医学雑誌* 2019; 30: 114-20.

12) 稗田宗太郎、小野賢二郎. *AB* 免疫療法時代における高齢者タウオパチーの重要性. 2021; 11: 38-40.

※本稿は第6回Web講演会(7月23日~28日配信)の抄録です。

認知症予防事業の活動と高齢者施設の在り方について

江東区城東／亀戸ふれあいセンター 統括責任者 瀬藤 尚文



江東区内には、私たちが指定管理を受けて運営している城東ふれあいセンターならびに亀戸ふれあいセンターなど、高齢者施設が12施設あります。主に60歳以上の区民の方が利用でき、高齢者の健康増進事業や介護予防事業、認知症予防事業、オンライン事

業、居場所づくり、仲間づくりなどの様々な事業を実施しています。今回はその活動の一つとして、認知症予防事業の取り組みについて紹介します。

オレンジリングネットワーク

私たちは平成28年から「オレンジリングネットワーク」事業を実施しています。これは、認知症サポーター養成講座受講者を対象にしたもので、「学び」「実践」「つながり」の機会を提供し、継続的に地域で活躍できるように

サポートすることを目的に、「心のバリアフリー化」を目指しています。「認知症サポーター養成講座を受けたが、何をしても良いか」「具体的にどうすればいいかわからない」と活動もできない、「してほしくない」といった方々のために、城東・亀戸ふれあいセンターで活動を進めていきました。以下で、活動内容について説明いたします。

【学び】施設についての講義、グループホームについて、認知症カフェについてなど、いくつかのテーマをもとに、サポーターの皆さまが知識を付け、様々なサービスを知っていただくことで、理解を深めていきました。

【実践】徘徊している認知症の方への声のかけ方、施設訪問をした際に認

知症の方々の話を聞く傾聴など、実際に体験していただけるように工夫しました。「認知症になっても安心して暮らせる街づくり」を目指し、認知症の方と地域の人を結びイベント「RUN 伴」に参加、また私たち自身が啓発イベントとして「オレンジフェスティバル」を城東・亀戸で年度ごとに開催しています。実際に自分達でできることを考え、学んだことを生かして実践に結び付けるように意識することで、サポーターが行動的になり、意欲も高まりました。

【つながり】オレンジリングネットワークの活動を通して、地域との「つながり」もたくさんできました。近隣の介護施設入居者がセンターを利用することはありませんでしたが、オレンジリングネットワークの活動をきっかけに、センター事業のぬりえやコーラス教室に参加していただく機会が新たに出来ました。また、そうした交流事業をサポーターに手伝ってもらうことで、サポーターの活躍の場が出来るようになりました。

医療機関や教育機関とのつながりも、オレンジリングネットワークの活動をきっかけに、健康講座開設や実習生受け入れ等の交流に発展していきました。今では城東ふれあいセンターにとって、オレンジリングネットワークの活動は地域との「つながり」「交流」を生み、利用者の「活躍の場」を作る、なくてはならないものになったと思えます。

オレンジリングネットワークの活動を通して、認知症の理解が深まり、実践を通して自分達にできることをしたいという気持ちが自然と生まれまじった。大切なのは、相手を思いやる優しい気持ちだと、自然と気付き始めました。私たちにできることは、偏見を持たず、相手を受け入れ、寄り添うことです。活動を通してこの気持ちが「心のバリアフリー化」と私たちは考えます。認知症になっても大丈夫と言える地域とは、心のバリアフリー化ができていく地域だと思えました。

「頭と体の健康度チェック」

この他、認知症への理解を深めるだけでなく、認知症予防事業を展開することで、地域高齢者の健康つくり、認知機能の維持・向上を目指しています。ご自身の状態を知る機会として、順天堂大学東京江東高齢者医療センターと共催事業で、「頭と体の健康度チェック」を開催しています。福祉・医療が連携することで、地域高齢者が定期的に認知機能、身体機能、社会的要因を可視化することができ、自身の体に関する関心を高める機会としていきます。

また、日常生活における生活習慣の見直しや、地域医療の相談窓口を把握して社会的つながりを認識し、要介護や入院リスクなどの精神的不安を軽減することを目的としています。

測定会の内容は、神経心理検査やタブレットを用いた脳の健康度チェック、体組成計による筋肉量の測定、様々な機器を用いた呼吸機能、口腔機能、身体機能の測定、生活状況に関するアンケートチェック、介護予防に精通した療法師からの具体的な実践アドバイスです。測定会の結果から全体の総括として、女性参加率が大半を占めていること、幅広い年齢層の方々にご参加いただいたこと、多剤内服者が全体の34%と多いため転倒への注意が必要なこと、社会的フレイル該当者(43%)とMCI該当者(56%)が非常に多かったことが分かりました。

社会参加への促しや脳活性化の必要性、運動や栄養チェックの重要性、フレイルやサルコペニアの啓蒙活動の促進など、多くのことが見えてきました。測定会を継続して実施することにより、多角的な視点からご自身の現状把握や今後の対策案を検討することができると考えます。

共催事業を通して、地域高齢者の現状把握や受け皿の重要性に改めて気付きました。すなわち、測定会後の高齢

者施設での事業参加や、その方にあった必要なサービスなどの提案、予防事業の大切さです。高齢者施設をはじめ、地域の中での活動拠点を設け、地域高齢者へ還元していく体制づくりが必要だと感じています。今年度も測定会を継続して開催、測定会を行う拠点づくりを進めていきます。

最後に江東区では、高齢者の状況に応じた活躍の場を提供する仕組みづくり、来館する高齢者の心と体の状態にあった施設を提案・提供しています。長寿サポートセンターとの連携を強化することで、元気な高齢者の健康の維持、介護予防、介護サービスまで切れ目なくサービスを継続し、高齢者施設が連携することで、地域の中で誰一人取りこぼさず、必要なサービスを必要の方に提案し、サポートを行う高齢者福祉施設を高齢者の居場所限定せず、地域の福祉課題の解決に取り組む団体の活動拠点として活用します。

※本稿は第6回Web講演会(7月23日)～8月22日配信)の抄録です。

今回のWeb講演会は、**10月15日(土)**公開予定です。(オンデマンドで30日間開催します)

2022年度 新会員制度のお知らせ

- 1)年会費は 2,000円となります。
2)認知症予防専門士を目指す方で、新規に東京都支部にご入会された方は、初回ご入会時に限り、認知症予防専門士5単位が付与されます。
3)Web講演会過去開催分(アーカイブ)を視聴することができます。
4)最新情報(Web講演会開催、会報発行、その他)をご登録メールアドレスへお知らせします。
※詳細はホームページをご覧ください。



賛助会員募集

- 1)年会費は 一口 30,000円となります。
2)お申込み年度はホームページ上にリンクバナーを掲載させていただきます。
3)Web講演会過去開催分(アーカイブ)を視聴することができます。
4)最新情報(Web講演会開催、会報発行、その他)をご登録メールアドレスへお知らせします。
※詳細はホームページをご覧ください。



第9回

行ってみようか

認知症カフェ

8月28日(日) 午後2時~4時

どなたでも参加できます

色々な困りごとの相談コーナーあり
ちょこっと勉強会あります
講師の先生に相談できます

お茶代

100円



ちょこっと勉強会

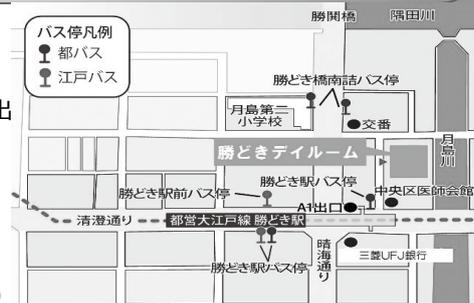
耳からはじめる認知症予防への取り組み
「スマホでできるお耳の健康チェック」

講師;

NPO法人日本ユニバーサル・サウンドデザイン協会
理事長 中石真一路 様

会場;勝どきデイルーム
中央区勝どき1-5-1 (1階)
【交通】
大江戸線「勝どき駅」A1出口徒歩3分

連絡先;日本認知症予防学会
東京都支部 事務局
〒104-0032
東京都中央区八丁堀3-28-14
TEL : 03-3553-0631
Email: info@tokyoninchishou.jp



主催 CIMネット 共催:日本認知症予防学会東京都支部