

第29回・日本認知症学会学術集会

2010.11.5 ~ 11.7 ウィンクあいち（愛知県産業労働センター）

会長講演

柳澤勝彦 2010.11.5

アミロイドβの毒性発現にはタウが必要？

→タウの発現制御が治療に結びつくか？

Asymptomatic ADは稀ではない！

KatzmanのAnn Neurol（1988）の論文の紹介

生前に認知症が評価され、死後に神経病理学的評価がなされた米国の高齢者施設入所者137人の解析

認知障害なし 29人 AD病変あり 10人

AD病変なし 19人

認知障害あり 108人 AD病変あり 76人

AD病変なし 32人

※137人中10人が、「AD病変があるにも関わらず認知障害はなかった」！

認知能が終世保たれる高齢者には2型あり

1 アルツハイマー病変あるも認知能に問題なし

アルツハイマー病以外の病変がなく神経細胞の肥大が認められる。

＝肥大は、代償的な変化か？

2 アルツハイマー病変を含め脳病変がない

神経細胞、特に青斑核神経細胞が保たれている！

＝生涯にわたり、ノルエピネフリン（ノルエピネフリンは、ミクログリアからの神経毒性サイトカインの放出を抑制する）の放出源である青斑核を健康に保つことが大切である。

それには、運動？ 食事？ 良質のストレス？

幼児期に脳を鍛えることが認知症予防に繋がるか？！

鈴木 method（バイオリン）に興味を持っている神経学者（ブランク氏）もいる。

アルツハイマー病を発症した高学歴の患者さんでは、しばしば高度の病理学的所見が確認される。

＝病変が高度になるまで、アルツハイマー病を発症しない予備能力に、高学歴が関与しているのではないか？！

シンポジウム2「EBMに基づいた認知症予防」

高血圧治療と認知症予防

荒井啓行

高血圧治療とアルツハイマー病予防に関しては、明確な因果関係は確認されておらず、「認知症疾患治療ガイドライン 2010」においても、エビデンスレベルは Grade C1 という状況である。

※グレード A : 行うよう強く勧められる

グレード B : 行うよう勧められる

グレード C1 : 行うことを考慮してもよいが、十分な科学的根拠がない

グレード C2 : 科学的根拠がないので、勧められない

グレード D : 行わないよう勧められる

食事栄養と認知症予防

植木彰

体重減少は認知症発症の 2～4 年前から始まり、進行とともに速まる。特に、女性ではその傾向が目立つ。

大脳辺縁系の海馬傍回&鈎&扁桃核などは、「食欲行動」と関係しているため、アルツハイマー病と体重減少は関連しているのではないか？！

今のところ、サプリメントでアルツハイマー病予防に有効なものはない。

地中海式食事（魚、野菜・果物、穀類、線維食品、ワインを中心とした食事）はアルツハイマー病予防において注目されているが、日本人は欧米人に比して魚の摂取量のはるかに多く、乳製品や肉の摂取量のはるかに少ないため、誤って高齢者に乳製品や肉の摂取を極端に制限しないように指導することが重要である。

野菜をたくさん摂取できない方の場合には、「野菜ジュース」でも有効という論文も出てきております。

運動と認知症予防

朝田 隆

今年、NIHから、急遽「認知症予防法」が発表された。

- 1 運動の習慣
- 2 果実と野菜の多い健康的な食事
- 3 人と付き合う、知的刺激を受ける
- 4 2型糖尿病の治療
- 5 高血圧症と脂質異常症の治療
- 6 適正体重の維持
- 7 禁煙

有酸素運動は、健常者においては、遂行機能（＝要するに「段取り」機能）の改善に有効である！

運動は、背外側前頭前野（DLPFC）の機能を向上させ、遂行機能や注意力のアップには効果があるが、記憶力の改善という面においては効果は実証されていません。

Lautenschlagerの文献は注目される（<http://www.inetmie.or.jp/~kasamie/UndouNintiYobouReha.pdf>）が、アルツハイマー病へのコンバートが減ったということが確認されたデータではありません。

運動は、うつ病においては、セロトニンを増やすことも指摘されています。

認知症予防：地域における生活支援の活動と医療連携の重要性

目黒謙一

ドネペジルは、注意力を改善してくれる薬剤です。

回想法：認知機能は変化しないが、情緒面では改善します。

ADに移行しやすいMC I

- 1 より高齢のMC I 患者さん
- 2 同じ CDR 0.5 レベルであっても「生活機能の低下」が生じている患者さん

フロアーよりQ（by Kasama）

症例紹介のスライドの中にあった「味付けが変わる」という症状は、家族が気づくアルツハイマー病の初期症状として多々見受けられる症状の一つで私も注目しているのですが、これは、「調味料の分量の記憶障害」による症状なのか、あるいは「味覚障害」として起きてきている症状なのか？

目黒先生A：

時間がなかったので触れませんでした。ちょうど今それに関する研究を、耳鼻咽喉科と共同で行い、解析している最中です。

複合的認知症予防プログラム

山田達夫

「精神的不活発」・「身体的不活発」・「頭部外傷」・「歯の喪失」の4つの危険因子が重なると、アルツハイマー病の危険性は、934.5倍となります。

運動だけでは長続きしません。如何に長く参加してもらおうか！ということに着目することが必要です。

◎ 私も、ポスターセッションですが、発表してきました。
榊原白鳳病院にて実施中の「もの忘れ検診」
認知症検診の検査項目は妥当か？

榊原白鳳病院にて実施中の
「もの忘れ検診」の紹介

認知症検診の検査項目は妥当か？

榊原白鳳病院
笠間 睦

15-01

【はじめに】

認知症の発症率は、少なく見積もっても65歳以上で1%、75歳以上で10%、85歳以上で25%程度とされており、大きな社会問題となっており、物忘れ外来、認知症検診に大きな期待が寄せられている。

認知症検診は、私が平成8年7月に国内で初めて実施した(痴ほう専門ドックの開設 脳神経49:195,1997)。

【目的】

脳ドックと違いガイドラインが未整備のためか、施設間で随分と認知症検診の質に差がある印象を受ける。

榊原白鳳病院で現在実施中の「もの忘れ検診」を紹介し、認知症検診の問題点に関しても言及したい。

認知症検診の検査項目は妥当か？

認知症検診の検査項目は妥当か？

【方法1】 榊原白鳳病院「もの忘れ検診」
平成23年3月発刊

検査内容

- 1) 問診
- 2) 身体検査
- 3) MMSE検査 (聴覚覚醒検査)による脳機能のチェック
- 4) 認知機能検査
- 5) 日本版式認覚検査(軽度認知障害スケール(HDS-R))
- 6) リバーミード行動記憶検査(日本語/RBMT)
- 7) 経頭蓋超音波検査(必要があれば脳波への紹介状の記載)

検査費用
2万円

※診断結果は、即日結果説明いたします。
Jinsha White Temple

【方法 2】

診断および結果説明は、日本認知症学会専門医が専属で担っている。

費用は2万円(税別)で実施。

※アルツハイマー病の診断は、DSM-IVの診断基準に基づき行っている。

リバーミード行動記憶検査(日本語/RBMT)

正診率：標準プロファイル検査計(24点満点)では、カットオフ値を11点とすると、AD患者の98.8%、NC(Normal controls)の95.7%を正しく分類できた。スクリーニング検査計(12点満点)では、カットオフ値を6.5点とすると、AD患者の97.8%、NCの95.7%を正しく分類することができた。

標準プロファイル検査計
日本語上での行動の記憶や抽象的思考などを評価できる。

スクリーニング検査計
記憶障害の有無を評価できる。

検査所要時間 約30分
Jinsha White Temple

【結果】

今回検討した検診者の中には、HDS-R28点(数字の逆唱-1、3単語遅延再生-1)の超早期アルツハイマー病患者がいる。標準プロファイル点は14点、スクリーニング点は5点であり、標準プロファイル点は正常下限、スクリーニング点はカットオフ値以下であった。

認知症患者においては、HDS-Rがカットオフ値をはるかに上回っていても、RBMTではカットオフ値を下回る事が多く、早期診断に非常に有用と思われる報告した。

日本版RBMTとHDS-Rの相関(自験例)・1

年齢・性別	臨床診断	HDS-R	RBMT	スクリーニング点	
1	56歳F	初期AD	24点	9点	1点
2	70歳F	異常なし	27点	12点	5点
3	78歳F	初期AD	23点	11点	3点
4	53歳F	異常なし	30点	23点	11点
5	78歳F	初期AD	28点	14点	5点
6	77歳F	混合型	23点	8点	2点
7	75歳F	MCI	29点	13点	6点
8	76歳F	異常なし	30点	18点	8点

Jinsha White Temple

日本版RBMTとHDS-Rの相関(自験例)・2

年齢・性別	臨床診断	HDS-R	RBMT	スクリーニング点	
9	77歳F	初期AD	26点	9点	3点
10	69歳F	初期AD	25点	9点	4点
11	81歳M	MCI	28点	9点	2点
12	87歳M	MCI	22点	6点	1点
13	64歳F	初期AD	25点	2点	1点
14	69歳F	AD	18点	0点	0点
15					
16					

Jinsha White Temple

【考察】

HDS-R、MMSEだけでは、ごく早期のアルツハイマー病の診断は困難であるというのが認知症専門医の共通認識である。

RBMTを加えた認知症検診は、鋭敏に初期アルツハイマー病を検出できることが期待され、非常に有用と思われるので報告した。

提言

左記文献でも報告していますが、検診受診前に、検診に関する詳細な情報を提供すると、検診をキャンセルする方も出てきます。

近年、認知症検診においても、将来の発症予測まで視野に入れたPET検査を認知症検診に採り入れる医療機関も出てきております。

日本医師会
日本医事新報

認知症検診の現状と課題

認知症検診の現状と課題

RBMT カットオフ値と検査の限界

標準プロファイル検査計、スクリーニング検査計

認知症検診の現状と課題

認知症検診の現状と課題

認知症検診の現状と課題

Jinsha White Temple