

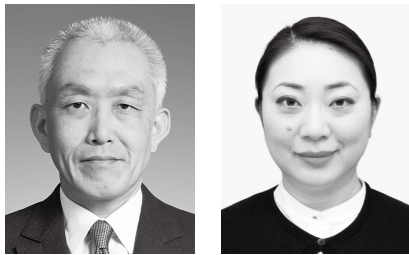
日本認知症予防学会 東京都支部 会報

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
印刷：株式会社キタジマ
〒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

アデユカヌマブのFDA承認に際して

東京都健康長寿医療センター病院 脳神経内科 井原涼子、岩田淳



ついにその日が来たというのが第一印象だった。2021年6月7日（日本時間8日）にアメリカ食品医薬品局（FDA）がバイオジェン社とエーザイ社が共同で開発していたADUHELM[®]（一般名Aducanumab/アデユカヌマブ）について、脳内のアミ

ロイドβ(Aβ)プラークを減少させることにより、アルツハイマー病(Aβ)の病理に作用する初めてかつ唯一のAD治療薬として、迅速承認したことが発表された。

本薬剤の開発の経緯は紆余曲折を経ている。全世界において行われた第三相試験のEMERGEとENGAGE試験は、2019年3月21日に独立データモニタリングコミッティにより行われた無益性解析の結果、主要評価項目が達成される可能性が低いと判断されたことに基づいて中止された。しかし、その後、10月22日になって突如EMERGE試験が、Aducanumabの高用量投与群がプラセボ群と比較して、統計学的に有意な臨床症状の悪化抑制を

示し、主要評価項目を達成したことが発表され、2020年7月にFDAへの承認申請が完了した。

世界初のアルツハイマー病の疾患修飾薬となる可能性が示されたため、FDAは迅速審査の対象とすることを決定し、11月には早期に専門家による諮問委員会が開催されたが、その場では後に述べる理由から有効性について圧倒的に反対票が多い結果となった。FDAは当初2021年3月7日まで承認するかを決定すると発表していたが、その後追加データを開発者に要求し、6月7日までに承認するかどうかを発表することが決まっていた。本薬剤の承認がどうまで二転三転した理由は、まずは無益性解析が行われ

た時点でのデータ（2018年12月26日時点）と最終的に有効性が認められたとされるデータ（2019年3月20日時点）には差があり、より高用量を投与された患者のデータが加わった事が一点である。

また、2本あった試験のうち有効性が認められたのはEMERGE試験のみであり、今までFDAが課してきた2本の試験の両方で有効性を認めるという要件を満たしていなかったことがもう一点である。このため、前述した諮問委員会では科学的にみて本薬剤が承認に値しないという意見が優勢となっただけである。

EMERGEとENGAGEは20カ国348施設で2,205名の参加者を擁したプラセボ対照無作為化二重盲検試験であった。試験での組み入れ要件はMCI due to ADもしくはADによる軽度認知症で、MMSEは24-30、CDR-globalは0.5以上あり、アミロイドPETによる脳内Aβ蓄積の確認が必須であった。投与期間は18ヶ月でプラセボ群、低用量群（6mg/kg）、高用量群（10mg/kg）の1:1:1の割合であり、主要評価項目はCDR-SBであった。

EMERGE試験ではCDR-SBが高用量群でプラセボに対して23%低下抑制効果を確認した（P=0.01で統計

的に有意）。副次評価項目のMMSEでは15%、ADAS cog13では27%、ADCS-ADL/MCIでは40%といずれも有意な悪化抑制効果を確認したが、ENGAGE試験ではいずれの評価項目でも有効性は認められなかった。

この理由はバイオジェン社とエーザイ社によれば、ENGAGE試験ではEMERGE試験と比べて高用量を投与される機会があった参加者が少なかったためとされ、ENGAGE試験でも高用量群では、組み入れが遅くデータセットの小さかったEMERGE試験と同様のトレンドを認めたことから本薬剤には有効性があるとされた。これは、これらの試験が途中でプロトコル変更及び無益性解析による試験の中止があり、後述するARIA-H、ARIA-Eのリスクの高いADPE44保因者に対する投与量の漸増がおこなわれていたことにより発生した総曝露量の差とされている。

一方で、この承認の影には大きな問題も潜んでいる。まずはその費用である。既に発表されているように本薬剤の年間費用は\$60,000、即ち日本円にして600万円強であり、果たしてこの薬剤がその費用に見合うものであるかどうか問題がある。前述したように、CDR-SBの抑制効果は18ヶ月で23%すなわち0.4ポイント、MMSE

Eは15%すなわち0.5ポイントである。この差だと専門医レベルでもこの差を「実感」する事は困難かもしれない。

勿論本薬剤の機序から、更に長期に投与を続ければ差がさらに開いていくことは期待されるので一概には言えないかもしれないが、今までの治験の結果から抗Aβ薬は病期が進行した場合効果がないとされているため、今後の慎重な評価が必要だろう。事実、FDAは手放しで承認したわけではなく、開発者に対しては市販後に有効性を確認するさらなる治験を課している。全世界において引き続き有効性を証明する治験が始まる予定である。つまり、疾患修飾薬の登場は認めるが、その根拠はアミロイドβの脳内蓄積量を減少させるといってもあくまでもサロゲートマーカーに対する有効性であり、それが本当に認知機能の悪化抑制に繋がるのかは引き続き検証せよという点である。

今後日本で承認された場合、適正使用が強く推奨されるだろう。治験での組み入れ要件はMCI due to ADもしくはADによる軽度認知症で、MMSEは24-30、CDR-globalは0.5であり、アミロイドPETによる脳内Aβ蓄積の確認が必須であった。この要件を踏襲する形で投与対象が決定される事が想定される。つまりそれに合致しなければ全て適応外処方と見なされる事が想定されるわけで、専門医としてはこの要件を厳格に適応する意味での「勇気」を持つ必要性を感じている。また、血管壁に存在するAβに対する反応の結果、出血(ARIAH (amyloid related imaging abnormality))、脳浮腫(ARIAE)を生じる事が既に示されており、それぞれを発症した際には適切な対処を求められる事、またそもそもこれらのリスクの高い脳アミロイド血管症併発例に対する適切な評価が求められるだろう。いずれにしても、このような薬剤がFDAにより承認されたことは患者、家族には福音であり、昨年末に申請の出されたPMDAの承認も待たれる。また、現在開発が行われている同様の機序を持つ薬剤 Donanemab (Eli Lilly) / Gantenermab (Roche / Chugai) / Lecanemab (Eisai) の開発にも弾みがつくことも大いに期待される。

最大のポイントとしては、このような機序の薬剤が社会に登場したという事実であり、今後更に効果の高い薬剤の開発の礎になったと捉えることが現状では正しい認識なのかもしれない。

第1回東京都支部学術集会 「つながろう！東京―共生・連携・予防の実現に向けて―」 6月25日、パシフィコ横浜にて開催

新型コロナウイルス感染症の拡大を受けて延期となっていた「第1回東京都支部学術集会」が、「第10回日本認知症予防学会学術集会」(6月24日〜26日、パシフィコ横浜)内のシンポジウムとして開催されました。6月25日、「つながろう！東京―共生・連携・予防の実現に向けて―」をテーマに、3部構成で行われた東京都支部主催シンポジウムの様子をレポートします。



シンポジウム冒頭、挨拶する
鈴木正彦・東京都支部長

【第1部】

第1部では、理事会より東京都支部活動の抱負について挨拶がありました。

座長を務めた鈴木正彦・支部長(東京慈恵会医科大学葛飾医療センター脳神経内科)が、東京都支部の「人として輝き続ける社会の実現を目指して」という基本理念に基づいた活動の数々を紹介。「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」ことを目標に、「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のシーズを収集し、予防・診断・治療法を探索できるよう、社会に貢献していきたい」と挨拶しました。

続いて岩田淳・学術担当理事(東京都健康長寿医療センター脳神経内科)が、6月7日に米国でアルツハイマー治療薬として認可されたアデュカヌマブについて言及。「日本ではまだ不透明だが、さまざまな報道が出ている。私も新聞の取材を受けたが、私の役目は正しく情報を伝えることだと思っている。現在得られている情報、今後期待されることについて会報に書いたの(本号1頁参照)、周囲から質問されたときには、それを正しく伝えてもらえれば、混乱を来さずにわれわれが薬を使える日を迎えられるのではない

か」と述べました。

さらに、「薬が出たとしても、認知症がなくなることはない。薬が使えるのは症状が非常に軽い人に限られる」ということを考えると、それ以外のある程度進行した方々に、『自分たちは薬から取り残されている』と思わせておくわけには絶対いかない。薬が出たからこそ、ますます認知症予防、特に3次予防という概念が大事になる」と強調しました。

また、松村美由起・広報担当理事(東京女子医科大学附属成人医学センター脳神経内科)は、「医療としての認知症だけではなく、どうしたらこの人が幸せに、自分が思うように生活できるだろうかを考えると診察している。価値観を強要するのではなく、共有し受け入れることで、認知症の人と共生できる社会がつけられていくと思う」と訴えました。



【第2部】

第2部では松村理事を座長に、地域や病院、リハビリサービスなど、さまざまな現場での認知症予防の取り組みが発表されました。

「歩行改善による認知症予防の可能性」
菅原利之（加庄×パーソナルトレーニングスタジオ銀座TRUE）

身体評価に基づくコンディショニングを提供する施設における歩行改善の

プログラムを紹介。ストレスの少ない歩行が、日々の活動の積極性につながり、脳への好影響が望めるとして、現代人の歩きの課題とそれに伴う身体への影響、改善方法、改善例が示されました。

「葛飾区における認知症予防への取り組み」
もの忘れ予防健診・もの忘れ予防フェスタについて」

稲葉 敏（医療法人社団穂光会 内科クリニック院長）

葛飾区医師会認知症対策委員会では、「かかりつけ医・在宅医のための認知症研修会」を定期開催しており、参加した130医療機関、143名の医師を葛飾区医師会認定「認知症連携医」に登録。68歳から75歳の高齢者を対象とした「もの忘れ予防健診」は、過去6年間で一次健診受診者総数が17163人、二次健診受診者総数が4878人、このうち認知症の疑い例、軽度認知症の疑いの総数が1238人であり、約7割のかりつけ医が、今後の方針について「当院にて精査・診断・治療を開始」と回答していることから、地

域の認知症対応力向上とネットワーク構築の成果が表れています。

また、もの忘れ予防健診の受診者を中心にした「もの忘れ予防フェスタ in 葛飾」の様子も紹介されました。

「地域共生社会と美容福祉」

大西典子（山野美容芸術短期大学美容福祉事業研究センター長）

高齢者や認知症と思われる人も来店する理美容院は、介護予防としての「通いの場」として、地域コミュニティの拠点となり得ます。化粧をする、

今までの経験からその先の楽しいことが思い起こされ、ポジティブな動機付けにもなります。ここにしながらお互いに顔をのぞき込み、あらすき！せっかくだからトイレに行った後、お散歩でもいかがですか？というふうな、美容をときめきや社会交流につなげていくことの重要性が強調されました。

「産官民協働による認知症予防の取り組み」

蒲原聖可（株式会社ディーエイチシー）
総合ヘルスケア企業であるディーエイチシー（DHC）は、地方自治体と連携した認知症予防の取り組みを進めています。一定のエビデンスが示されている介入方法を、連携自治体にお

ける課題解決型保健事業として構築。そのうち、葉酸サプリメントによる高ホモシステイン血症の改善と、それを介した認知症・アルツハイマー病の予防・リスク低減を図る取り組み事例とその成果が紹介されました。

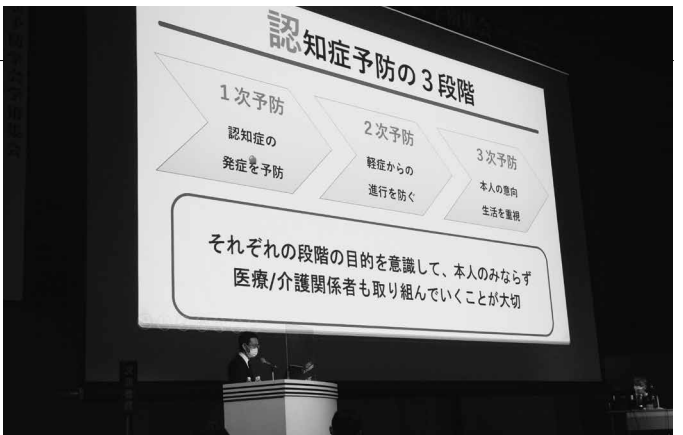
「認知症ケアチーム活動報告」

石田和代（東京慈恵会医科大学葛飾医療センター看護部 認知症ケアチーム）

認知症高齢者の入院は増加傾向にあって、BPSDのリスクも高く、看護上の対応も困難になりやすい現状があります。認知症ケア加算（2016年診療報酬改定）も契機となって、2018年10月、東京慈恵会医科大学葛飾医療センターに認知症ケアチームが発足。看護部主導で院内サービスを実施し、参加者のせん妄の改善などの成果が出ているなど、急性期病院における3次予防実現の可能性が示されました。

「音楽療法士による介護予防活動の取り組み」
楽器と楽曲の特性を活かした活動の提示」

葛城 泉（一般社団法人日本教育支援ネットワーク）
音楽療法士である演者が実践する



「音楽（おとら〜）トレーニング」は、小物打楽器の演奏と運動プログラムを組み合わせ、身体バランス機能の維持向上と、楽器を鳴らす・運動するという二つの機能の連動による脳機能の活性化を目的に開発された介護予防プログラム。楽器を使った身体活動は、脳を活性化する点で期待され、色楽譜を用いた楽器活動は、達成感や満足感をもたらし、継続意欲につながったと考察しました。

【第3部】

第3部では、3題の講演が行われました。

まず、鈴木支部長を座長に、荒川千晶・副支部長（医療法人社団 礼恵会むすび葉クリニック 渋谷）が、「機能強化型在宅療養支援診療所における認知症への取り組み」の演題で講演しました。

港区における入院患者の調査や、渋谷区にある機能強化型在宅療養支援診療所（在支診）である自身のクリニックにおける調査の結果から、地域には認知症の適切な診断、鑑別診断を受けておらず、薬を処方されていない患者が多くいる実態を紹介。1次〜3次予防のあらゆる段階で、在支診が認知症予防に携わることが可能であり、積極的に携わることが重要であると訴えました。

そして訪問診療では、生活の場を見ることがよって、外来では分からない患者の残存能力や置かれた環境、家族や介護者の悩みなどを把握することが可能であると指摘。「特に3次予防の段階では、介護者へのアプローチも重要であり、患者のケアに携わるさまざまな職種との連携が何より必要となる」と結論付けました。

発表に対して鈴木座長は、「東京の中心地で、多くの在宅認知症患者が診断、治療を受けていない実態に驚かされた。東京都支部の活動を考える上で、どのようにすれば改善できるのか、ア

イデアがあれば聞かせてほしい」と質問。荒川理事は、「渋谷区のほか、港区のデータも含めて紹介したが、いずれも関心度が高い人には受診しやすい町。一方で昔ながらの下町で暮らす高齢者には支援が届いていない。隠れている認知症患者をいかに探してやるかが大切だが、認知症初期集中支援チームの活動が底上げされることで、打開できると思う」とコメントしました。

続いて、医療法人社団翠会和光病院の石川容子・看護部長が、「わたしたちはなぜ認知症を予防したいのか」の演題で、認知症の人が安心して暮らせる社会の実現に向けての思いを語りました。

多職種チームで、尊厳あるケアを追求し続けている認知症専門病院に勤務しながら、「自分は認知症にだけはなりたくない」と思ってしまうと明かした上で、「偏見は実は私自身にもあるのだと、今回気付かされた。偏見を全くなすことはできないかもしれない。大事なことは、偏見を持っていることを自覚すること」と訴えました。

また、認知症が経験できない未知の世界だという点について、「分からないことへの不安や恐怖はあるが、過度に恐れるより、高齢者の5人に1人がなると思えば、せめてとも受け入れ、それなりに自立して生活しよう」と言

たい。そして、「私たち専門家は、認知症になっても尊厳が守られるような医療、ケアを確立させていくことが何よりも大事。将来の自分や子供のため、いま認知症で苦しんでいる方の不安や孤独、苦悩を少しでも緩和するために、できることを考えていきたい」と結びました。

これに対し、座長を務めた滝口美重氏（聖路加国際病院看護部看護管理室）が「一人称で考えること、また認知症になっていない私たちから、差別に敏感になり、少しでも行動することが大切。一人一人が自分自身の中の認知症への思いと向き合うきっかけになったのでは」とコメントしました。

最後は、小野賢二郎・学術担当理事（昭和大学医学部脳神経内科）が、「アルツハイマー病予防への非薬物的アプローチ」の演題で講演しました。



「第10回日本認知症予防学会学術集会」の3日間の会期中、会場ロビーにて東京都支部のブースを設置。会報の見本を展示し、来場者にWeb講演会の案内、入会申込書を配布しました。

介護者に、草むしりや清掃などのボランティア活動を提案。非薬物療法としてのボランティア活動の効果を検討した中間結果では、患者の孤独感にプラスに影響した可能性が示されたことを報告しました。

次に、アルツハイマー病（AD）研究・治療の方向性として、神経伝達物質からのアプローチが中心であったのが、病理学、生化学（蓄積蛋白）からのアプローチ、すなわち認知機能悪化の速度を低下させる薬剤を用いる疾患修飾療法（DMT）が中心になってきた現状を概観。抗アミロイド凝集体に対する抗体療法である aducanumab が6月に米国でFDA承認されたトピックにも触れました。

低糖を予防できる可能性がある②フェノール化合物や、食物繊維由来の短鎖脂肪酸は、ADの病態を修飾できる可能性がある③アポリポ蛋白E（Apo E）ε4を有する高齢女性において、血中ビタミンC濃度高値は将来の認知機能低下リスクの減少と関連する④適度な睡眠、あるいは糖尿病の予防や治療は、ADの治療にもつながる可能性があることが解説されました。

座長の鈴木支部長からの質疑では、BBB（血液脳関門）通過、ドラッグデリバリーの問題について、小野理事は、「アミロイドβ自体も、約10年かけて、非常に低濃度の段階からたまってきているので、ある程度、害のないものを低濃度でも行き渡らせていくことが、疾患修飾へのアプローチだと考えている」とコメントしました。

その上で、非薬物的アプローチとして、①ワインや緑茶摂取が、認知機能

認知症の予防

1次予防から3次予防へ

医療法人社団礼恵会むすび葉クリニック渋谷 荒川 千晶



はじめに

認知症の予防には、「認知症を発症させない」1次予防、「軽症からの進行を防ぐ」2次予防、「認知症になっても本人の意向を尊重して、家族や仲間と一緒に暮らすことを目指す」3次予防の3つの大きな段階がある。

認知症の危険因子として、糖尿病などの生活習慣病やうつ病、難聴などがよく知られているが、それに対して運動や社会参加などが防御因子として働くことも報告されており、認知症を予防するためには活発に社会的なつながりを持つことも重要な要素となる。

1次予防から3次予防の各段階に影響を与える因子と対策について概説する。

認知症の1次予防

認知症の危険因子として、若年期に

おける低教育歴、中年期における高血圧や肥満、難聴、老年期における喫煙や糖尿病、うつ、身体不活動、社会的孤立などが報告されている。この中で高血圧や糖尿病などの生活習慣病に関しては、ライフスタイルを整えることで改善が望まれる要素であり、さらには身体不活動や社会的孤立の要素にも前向きな影響を与える可能性がある。身体不活動が続くことにより、特に高齢者においてはフレイルやサルコペニアの進行も余儀なくされ、それがさらなる身体機能や認知機能の低下にも繋がることから、いかに積極的なライフスタイルを構築できるかは大切な要素となる。

中年期よりバランスの取れた食習慣や運動、知的活動習慣などをライフスタイルに取り入れ、健診などで生活習慣病が指摘された場合には適切に対処することが1次予防には肝要となる。

認知症の2次予防

軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment : MCI) や軽症の認知症の方に對して非薬物的な介入を行うこと

で、認知症の進行を防ぐことが2次予防の目的となる。

高齢者は加齢とともに視覚や聴覚などに代表される五感機能の低下を有していることが多く、五感の喪失は日常生活にも影響を及ぼし、趣味やアクティビティを十分に楽しめないことにも繋がる。このため、生活を活性化させ、趣味を楽しみ、前向きに目標を持つた人生を送れるような工夫が重要であり、さまざまなアクティビティが試みられている。

認知症の方の一人一人に、人生で積み重ねてきた多様なバックグラウンドがあり、職業歴や特技、趣味も個々異なっている。このような個々の状況を基礎として、本人が楽しむことのできるアクティビティを選択することが重要であり、本人が嫌がる内容のアクティビティを無理にさせないように注意しなければならない。

アクティビティの中でも有酸素運動は海馬容積の増加に繋がるという報告も認められ、無理のない範囲で有酸素運動を取り入れることは望ましい。

アクティビティには一人で楽しむ手工芸のようなものもあるが、周囲と積極的にコミュニケーションをとりながら楽しむことで、社会的な孤立を防ぐこともできる。友人と共通の目標を持ち、アクティビティを行うことで、さ

らなる意欲の向上に繋がることも期待される。

このような取り組みを継続的に行うことが、認知症の進行予防に寄与するものと考えられる。

認知症の3次予防

認知症の方はさまざまな悩みや不安を抱えながら毎日を送っている。記憶障害や実行機能障害など複雑に障害が組み合わさり、そこに行動心理症状も加わることで日常生活が阻害されてしまう。

このような本人の思いを理解し、何より本人の意向を尊重して、家族や仲間と一緒に暮らせるように目指すことが3次予防の主眼となる。

認知症の方は残存能力を有しているにもかかわらず過小評価されてしまう傾向にあり、これは本人の意欲の低下も引き起こしてしまう。残存能力を把握し、本人が生活の中でできること、あるいはサポートが必要なることを見極め、本人の主体性を失わないようにする。

主に介護を担うのは家族になるが、家族にも認知症に関する理解を深めていただき、適切な関わりを有してもらえるように指導することも3次予防の柱となる。パーソンセンタードケアは、認知症

のその人らしさを尊重するケアと呼ばれる、一人一人の個性を尊重し支えるケアであり、3次予防を進めていく中で重要な概念となる。

終わりに

認知症は1次予防から3次予防まで各段階において大切な要素がある。生活習慣を整え、目標や楽しみを持ちながら毎日を送らしていくことにより、認知症の発症を予防し、認知症になっても進行を抑制することに繋がっていく。認知症が進行してしまっただとしても、本人の思いや尊厳に意識を向け、その人らしさを失わないようにケアを行うことで、大切な時間を家族や介護者と感じながら過ごせるように取り組んでいくことが求められている。

※本稿は7月17日に実施したWeb講演会の抄録です。

「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@tokyoinchishou.jp



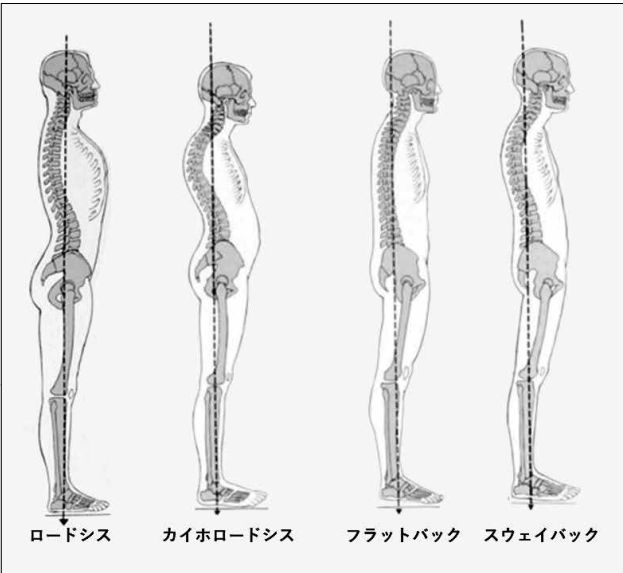
認知症予防のための身体評価と機能改善

銀座TRUEパーソナルトレーナー 菅原利之



1. はじめに

認知症予防のために、散歩や運動、または旅行やスポーツ・麻雀などのゲームなどアクティビティを行うことは非常に効果的なのは誰もが知ること



ロードシス カイホロードシス フラットバック スウェイバック

必要などき以外
は歩くことを避
けてしまうこと
もあるでしょう。
予防のために
有効な手段が
あったとしても
遂行する身体機
能がなければ難
しいため、先ず
はその部分を遂
行可能なレベル
に改善すること
が必要だと考え
ます。

ことです。

ただ、痛みを抱えていたり身体機能が著しく衰えていたら、『歩くことに不安があるから旅行に行けない』『すぐに肩や首が痛くなるので長時間ゲームができない』などの問題が出てしまいます。

また、『健康維持のために、とにかく歩きましょう』と言われても、歩く

身体機能が改善すれば、身の回りのことがご自身で出来たり、アクティブな活動が出来たりと、脳の活性化に繋がるのではと考えます。

2. 身体機能を改善するための二歩目

大抵の方が身体が衰えたから運動しようと考え始めますが、そもそも自分の身体の状態がわかっていないければ自分に合っていない運動をチョイスする可能性があり、場合によっては身体が悪くなる可能性があります。

よくある問題として、TVや雑誌で紹介している改善運動を行ったが、余計に体が悪くなったなども聞きます。その手法が悪いわけではなく、その方の状態に合っていないなどの問題が大きいと思われる。

何がその方に効果的か知るために必要なことは【身体評価】です。

『姿勢』『筋出力』『柔軟性』などを評価し、課題を顕在化することが重要と考えます。

姿勢分析をし、筋肉の短縮部位・弱部位・緊張部位を見つけ、それらのバランスを整えていくことが機能改善には必要です。

3. 身体評価法

出来れば個々の細かい分析が望ま

いですが、難しい場合は一般的に分類される姿勢パターンから推察するだけでも良いと思います。

上の画像のような姿勢から分類し、硬い筋・弱筋を洗い出し、改善するようなストレッチ・筋力トレーニングを行います。

例えば、一般的に多いと言われているスウェイバックの場合

- 主な過緊張・短縮部位：ハムストリングス 大腿筋膜張筋 内腹斜筋など
- 主な弱筋・伸張部位：頸部屈筋群 脊柱起立筋 大殿筋 大腿四頭筋など

このような情報から、どの部位をストレッチなどで緩め、どの部位を強化するか、またどのようなトレーニング種目をチョイスするかを決めます。

そして、1〜2ヶ月程度を目安に改善しているのかを再評価していきます。

4. 負の運動連鎖から正の運動連鎖へ

正しい姿勢や関節運動が正常になれば、日常動作、一番身近なことでは歩行動作が改善し、日々の生活が楽になると考えます。

下段左側の画像のように骨盤後傾・胸椎後湾した悪い姿勢では、倒立振り



骨盤がニュートラル 重力の恩恵を受けられる歩行



骨盤が後傾 重力の恩恵を受けられない歩行

子運動が行われず、推進力のない歩行になり疲れてしまいます。

逆に右側の画像のように骨盤がニュートラルの姿勢では、倒立振り子運動による重力を使いながらの推進力のある歩行ができ、関節への負担も減り快適に歩けるでしょう。

特に歩行は一日6000〜8000歩程度にはなるでしょうから、快適に歩けるか否かは日々の生活にかなり影響があると思います。

5. 実例

2年前、お客様より、母親(82歳)が腰痛をきっかけに身体機能・認知機能が落ちて困っているのを見てほしいとの依頼がありました。

状況としては、痛くなるのが嫌なのはほぼ一日同じ場所であらずTVを観る生活で、動かないためか食も細くなったとのことでした。

周りからは「歩きなさい」「ラジオ体操に行きなさい」など言われるが、痛いし途中で歩けなくなったら怖い、体操すると痛くなりそうなどの不安があり、ほば外に出ておらず、たまに近くの整形外科にマッサージを受けに娘さんに連れて行ってもらっている程度でした。

身体的特徴としては、痛みをかばう姿勢から特定の筋肉の短縮・スパズム、長時間座っていることによる過度な骨盤後傾、先ほども挙げましたスウェイバックをより悪くした状態です。

私の評価では当初痛めた部分の痛みはかなり引いており、庇う姿勢をしていたことで、逆側の腰部が硬くなってしまう、逆側の腰に疼痛が出ていると評価し、ご自身も痛めた部分と別のところに痛みがあると自覚しました。また、ソファからの立ち上がり動作・ベッドからの起き上がりなども緩慢になり、身体機能低下が著しくあります(以前は問題なく行っていたようです)。

このような状態の方に体力が落ちないように歩きましょう、腰痛を改善するために体操しましょうと言ってもな

かなか実行できません。

前途したように、先ずは硬くなってしまった部位・弱くなってしまった部位を洗い出し改善し、姿勢や身体機能を徐々に戻すことが大事です。

評価↓改善トレーニングを行った結果としては傾いていた姿勢が改善し、現在は特に痛む部位はなくなり、散歩は毎日20分は一人で出来るようになり、更にはご自身が経営するお店で自発的に店番をするほどに回復しました。

現在は、月に1〜2回30分程度、身体評価と改善のコンディショニングを行っております。

6. まとめ

認知症予防で運動を勧めることよりも良いことです。ただ、先ずはその方の抱える痛みなど、身体的な問題がないかどうか確認し、あった場合は専門家にチェックしてもらってから行うことをお勧めいたします。

身体が改善し楽になる↓活発な活動に繋がる、という流れが私個人としては望ましいと考えておりますので、今後そのような手法をアップデートし、より良いものを届けていきたいと考えています。

※本稿は7月17日に実施したWeb講演会の抄録です。

2021年 4/17 Sat 司会 荒川千晶

講演1 認知症とは 鈴木正彦 日本認知症予防学会 東京都支部長 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 脳神経内科教授

講演2 認知症予防リハビリテーション 國枝洋太PT 順天堂大学医学部附属順天堂大学 江東高齢者医療センターリハビリテーション科

2021年 7/17 Sat 司会 鈴木正彦

講演1 認知症の予防 1次予防〜3次予防 荒川千晶 医療法人社団礼恵会 むすび葉クリニック渋谷

講演2 姿勢・動作改善による認知症予防の可能性 菅原利之 加圧&パーソナルスタジオ 銀座TRUEコンディショニングレーナー

一般社団法人 日本認知症予防学会 東京都支部 Web講演会

ますます高齢化する社会において、認知症のご本人に対する対応力の向上が望まれているのみならず、介護者の皆様への対応も重要性を増しています。このような現状において、日本認知症予防学会は認知症に対する十分な知識を有し、認知症予防に関する技術を兼ね備えた専門家を養成することを目標とし、認知症予防専門士の資格を認定しています。

主催 日本認知症予防学会東京都支部 URL : https://www.tokyoinchishou.org/ 共催 NPO法人CIMネット

- 認知症予防専門士テキストブック 第1章: 認知症とは (1) 認知症の定義と疫学 (2) 脳の理解 (3) 認知症の症状理解 第2章: 認知症の予防 (1) 認知症予防 (2) 認知症予防のエビデンス (3) 1次予防 (4) 2次予防 (5) 3次予防 (6) 認知症施策 (7) 倫理と権利擁護 第3章: 認知症の原因疾患 (1) アルツハイマー型認知症 (2) 血管性認知症 (3) レビー小体型認知症 (4) 前頭側頭型認知症 (5) その他の認知症 第4章: 認知症診断のための検査法 (1) 神経心理学的検査と行動評価 (2) 画像診断 (3) 髄液・血液検査 (4) 脳波検査 (5) 超音波検査 (6) 近赤外線計測装置(NIRS) 第5章: 認知症の治療 (1) 薬物療法 (2) 非薬物療法 (3) 治療に必要なアドバイス 第6章: 認知症のケアとリハビリテーション (1) アルツハイマー型認知症 (2) 血管性認知症 (3) レビー小体型認知症 (4) 前頭側頭型認知症 (5) 認知症の看護 第7章: 認知症予防の実践 第8章: 地域連携のあり方

2021年 10/16 Sat 司会 荒川千晶

講演1 認知症施策 倫理と権利擁護 繁田雅弘 東京慈恵会医科大学精神医学講座

講演2 ダンスによる予防 山田碧Dr 東京都済生会中央病院 認知症疾患医療センター医員

2022年 1/22 Sat 司会 荒川千晶

講演1 アルツハイマー型認知症 MCI 岩田 淳 東京都健康長寿医療センター 脳神経内科部長

講演2 認知症カフェや家族会の実際 中島由利子様 NPO 法人介護者高齢者支援・けあポート

日本認知症予防学会東京都支部

会 員 ・ 賛 助 会 員 募 集

東京都支部には全国どこからでも、また、どなたでも参加できます。

東京都支部では、認知症に関わる人材育成に積極的に取り組んでいます。特にコロナ禍の現状においても関係者・関係団体のスキルアップが図れるように、Web講演会の配信を開始しました。年4回のWeb講演会を予定しておりますが、既に認知症予防専門士の資格を有している方には資格更新のための3単位が付与されます。

支部会員・賛助会員として共に認知症への理解を深め、実践者として取り組んでまいりましょう。是非、会員・賛助会員としてご入会頂けますようお願いいたします。

支部活動の詳細は、後述の支部規約をご参照ください。

※ご入会は、日本認知症予防学会東京都支部ホームページから
ご登録いただけます。

支部ホームページはQRコードを読み取ってご参照ください。



日本認知症予防学会東京都支部 規約（一部抜粋）

【目的】

第3条 本支部は認知症予防に関連する諸分野の科学的研究の進歩発展を図り、その成果を東京都民に還元するとともに、医療・保健・福祉の向上に寄与することを目的とする。

【事業】

第4条 本支部は第3条の目的を達成するために次の事業を行う。

- (1) 学術集会（講演会・研究会・講習会など）の開催
- (2) 東京都における認知症予防の取り組みへの啓発、支援
- (3) 日本認知症予防学会並びに関係諸団体との協力と連携
- (4) その他、本会の目的を達成するために必要な事業

【会員】

第5条 本支部の会員は次のとおりとする。

- (1) 正会員 本支部の目的に賛同し、所定の会費を納入した者。
- (2) 賛助会員 本支部の事業を後援する目的で所定の会費を納入した団体または個人。

第6条 会員になろうとするものは、別に定める入会申込書を事務局へ提出し、支部長の承認を得なければならない。

【研究会】

第21条 支部は、毎年1回以上学術集会を開催する。

1. 学術集会は、支部長が任命した者がその運営にあたる。
2. 学術集会への参加は非会員も可能。

日本認知症予防学会東京都支部 規約細則（会費規則）

【総則】

第1条 この規則は、日本認知症予防学会東京都支部（以下「本支部」という）規約第23条・第26条の規定により、本支部の会費について定めるものとする。

2 会費については、本支部の規約に定められたことのほかはこの規則による。

【会費】

第2条 本支部の会費は次のとおり定める。

支部役員（医師）	年額	10,000円
支部役員（医師以外）	年額	1,000円
正会員（医師）	年額	1,000円
正会員（医師以外）	年額	1,000円
賛助会員	一口	30,000円

2 会費は当該会計年度の間で本支部事務局より指定された方法並びに期限内に年額の金額を一括で納めなければならない。

【附則】

この規則は2021年4月10日より施行する。

以上