

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@tokyoinchishou.jp
印刷: 株式会社キタジマ

認知症予防のための多因子介入研究 J-MINT研究

国立長寿医療研究センター 研究所長 櫻井 孝



はじめに

最近、レカネマブが認知機能低下を抑制したとする報告があり、臨床での使用が期待される。しかし、病態修飾薬には有害事象やコストなどの課題もあり、非薬物療法による認知症の発症予防、進行抑制法の確立は喫緊の課題である。ランセット国際委員会は、2020年に認知症の改善可能な危険因子を次のように報告した¹。小児

期の教育歴、中年期(45歳以上65歳未満)の聴力障害、高血圧、肥満、頭部外傷、アルコール(＜188g/週)、高齢期(65歳以上)の喫煙、うつ病、身体不活動、社会的孤立、糖尿病、大気汚染である。これらの改善可能な危険因子について対策を講じることで世界の認知症発症率の約40%を遅延・予防できるという。

しかし、危険因子に個別に介入を行うことも認知機能低下・認知症の抑制効果は限られており、複数の危険因子に同時に介入する多因子介入研究が世界でも標準になりつつある。わが国においても2019年度より「認知症予防を旨とした多因子介入によるランダ

ム化比較試験(J-MINT)」が行われた²。

J-MINT研究

J-MINT研究の目的は、多因子介入プログラムの認知機能低下抑制に対する有効性を明らかにすることに加え、血液バイオマーカー、オミックス解析、脳画像解析を駆使し認知機能低下抑制のメカニズムを明らかにすること、新たな認知症予防のサービスの創出・社会実装を行うことである。

J-MINT研究の概略を図1にまとめた。国立長寿医療研究センター、名古屋大学、名古屋市立大学、藤田医科大学、東京都健康長寿医療センター

による多施設共同研究である。18カ月間にわたる多因子介入プログラムは、生活習慣病の管理、運動指導、栄養指導、認知トレーニングで構成される。運動指導、栄養指導、認知トレーニングは民間企業に委託した(図2)。生活習慣病の管理は、各実施施設機関または、かかりつけ医によって、糖尿病、高血圧、脂質異常症に対して各疾患の最新のガイドラインに準拠した管理が行われた。対照群に対しては、2カ月に1回の頻度で健康に関する資料(認知症、フレイル、低栄養、生活習慣病、睡眠、腰痛、転倒、活動量の向上、閉じこもり)を配付し、6カ月毎に実施される評価時に健康に関する相談を受けた。

介入群での運動指導は、1回90分、週に1回の頻度で運動教室を開催し、有酸素運動、筋力トレーニング、コグニサイズ(運動と認知課題を組み合わせた2重課題運動)、行動変容を促すためのグループミーティングを

行った。

栄養指導は、健康相談員(管理栄養士、保健師、看護師)による面談(1回60分)と1カ月毎の電話相談4回(1回10〜15分)を1セットとし、3セット実施された。指導内容は、食事回数や起床・就寝時間などの生活リズムや、日本人の食事摂取基準(2020年度版)に基づいた食品摂取の目安量、多様な豊かな食事、認知症予防に対する有効性が示されている栄養素・食材の情報提供や摂取、禁煙支援、オーラルフレイルに対する口腔

多施設共同オープンラベルランダム化比較試験

選択基準: 65-85歳、軽度の認知機能低下を有する
NCGG-FATで1ドメイン以上の低下
除外基準: 認知症 (MMSE<24, 要介護1以上)

認知症リスクの評価

多因子介入 (18か月)
生活習慣病の管理、運動、栄養指導、認知トレーニング

主要評価項目: 認知機能コンポジットスコア
副次評価項目: 認知機能検査、バイオマーカー、ADL、フレイル、MRI所見、薬剤数

サンプルサイズ: 500 (介入群250, 対照群250)

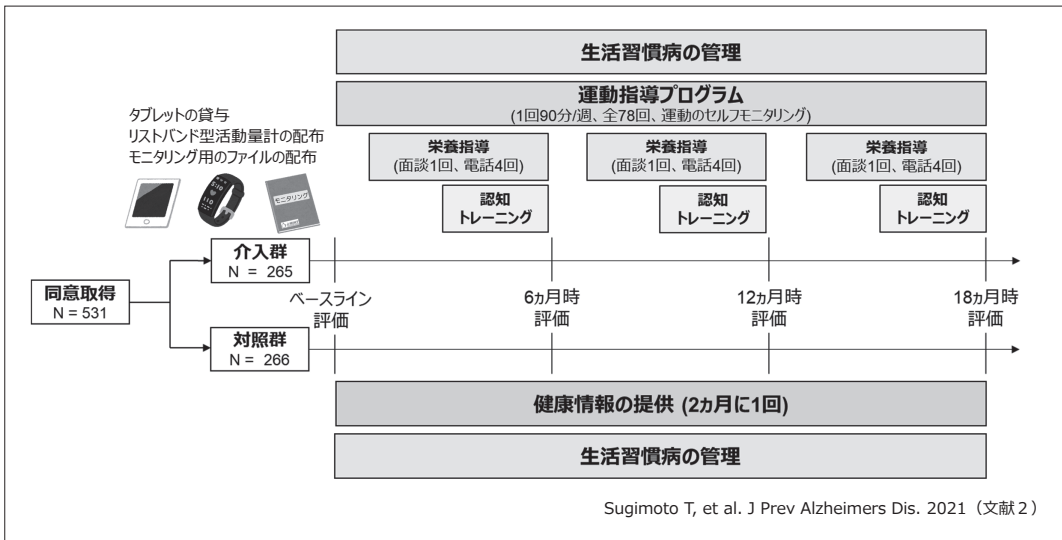
Sugimoto T, et al. J Prev Alzheimers Dis. 2021 (文献2)

図1 J-MINT研究の概略

ケアの指導を行った。
 認知トレーニングは、タブレットを配布し、1日30分、週4回以上の認知機能訓練プログラム(Brain Ho)を提供した。神経心理検査を含むアウトラムの評価は、初回評価、6カ月、

12カ月、18カ月時に行った。
 J-MINT研究は2019年11月より開始されたが、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、2021年1月の緊急事態宣言が発出された際には、介入の中断を余儀なくされた。し

かし、研究プロトコルの修正を行い、2021年5月に緊急事態宣言が再発出された際には、クラウド型のビデオチャットサービス「zoom」を活用し、運動教室を実施した。全共同研究施設の介入および最終評価は2023



Sugimoto T, et al. J Prev Alzheimers Dis. 2021 (文献2)

図2 J-MINT研究のフロー

厚労研刊：軽度認知障害の人における進行予防と精神心理的支援のための手引き作成と介入研究
 スマホ版 <https://www.ncgg.go.jp/ncgg-overview/pamphlet/documents/mcihandbook.pdf>
 WEB版 <https://www.ncgg.go.jp/ncgg-overview/pamphlet/p-mci.html>

図3 多因子介入を普及するための啓発資料 “MCIの手引き”

年に終了した。現在、データ解析中である。
多因子介入の社会実装に向けて
 J-MINT研究の次のステップとして、実装科学に基づいた社会実装がある。J-MINT研究は、理想的な条件下で示された効果 (efficacy) であり、社会実装では様々な阻害要因や促進因子がある現実的な条件下で示された効果 (effectiveness) 検証が必要である。
 J-MINT研究を行うなかで、社会実装には課題が明らかになってきた。①高齢者の認知機能・身体機能は多様であり、画一的なプログラムでは社会実装は困難であること、②参加者のアドヒアランスを向上させるためにはスタッフとの関係性が重要であるが、軽度認知障害を理解した指導者や運動のインストラクターが不足していること、③教室までのアクセスの課題、感染対策などのため、ICTを用いたプログラムの可能性、④評価のためのデータ収集法とデータ管理の在り方である。
 なかでも人材育成は重要で、啓発資料として、私たちは「MCIの手引き」(図3)を作成した。MCIの予防のための知識を整理し、全38項目について解説した。国立長寿医療研究センターのホームページ、厚労省の

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。

ホームページでも公開されており、たいへん好評を得ている。フリーでダウンロードできるものになっており、活用いただけること幸いです。

参考文献

- Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*, 16:390(10113):2673-2734, (2017).
- Sugimoto T, Sakurai T, Akatsu H, Doi T, et al. The Japan-Multimodal Intervention Trial for Prevention of Dementia (J-MINT): The Study Protocol for an 18-Month, Multicenter, Randomized, Controlled Trial. *J Prev Alzheimers Dis*, 8(4):465-476 (2021).

第3回日本認知症予防学会東京都支部学術集会・大会長講演

訪問診療の現場から考える認知症予防

医療法人社団礼恵会むすび葉クリニック渋谷 副院長 荒川 千晶



はじめに

当院は機能強化型在宅療養支援診療所であり、訪問診療と外来診療を行っている。訪問診療に関しては、主に東京都渋谷区と港区の方を対象としており、認知症患者や脳神経疾患を有している高齢者が大半を占めている。

高齢者を診療するにあたり、その特徴を捉えることは肝要である。まず、高齢者は複数の疾病を有し、そのために複数の病院に通院していることも多く、結果的に多剤併用になることも珍しくない。しかし、実際に内服管理が可能な方は一部に限られる。このため、内服管理の方法を構築する必要があると共に、抱えている全ての疾病を治療する必要があるのかどうかを検討すべきとなる。次に、高齢者の居住環境も一様ではない。独居、老老介護、認知

介護などでは生活に困難が伴うことが予想されるが、介護保険サービスを利用していない方もいる。また、家族背景も異なっており、家族が同居している、日中は仕事に出ていて介護を担えないこともある。

このような高齢者の特徴を基盤として、在宅医療で重要となる視点は、「医学の視点」と「介護・看護の視点」の双方を認識し、「本人の日常生活を安全に成立させるためにはどうするべきか」ということを常に考慮することである。

訪問診療は通常の外来診療と比べて、明らかに自宅の状況は見えやすい。一例を挙げれば、「自宅は片付いているか」「家具の配置はどうなっているか」「自宅内の動線はどのような状況か」「エアコンやストーブなどが使えているか」「家族との関係性はどのような状況か」「残薬はどれくらいあるか」などである。外来診療では見えなものを実際に見れるという点には、認知症の方の生活をリアルに把握することができると、医療・介護双方の

視点において非常に有用となる。

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、外傷性脳損傷、アルコール、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、大気汚染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。

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対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。

高齢者は視覚や聴覚などに代表される五感機能の低下を来しやすく、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楽しめないことにも繋がる。また、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盤として、通所サービスなどを利用し、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る。

しかし、訪問診療の現場では、通所サービスを拒否する方に出会うことも多い。その際には、「なぜ行きたくないのか」を本人から聞き出すことが重要である。他者との交流が苦手なのか、時間を持って余すから行きたくないのか、自分は自立できているという思いがあるから行きたくないのか、レクリエーションが楽しくないのかなど、「行きたくない原因」を教えてもらうことで、通所サービスを再度利用できるかどうかの対策が講じやすくなることも多い。

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、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。

認知症の方の残存能力は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を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、本人の思いと家族の思いが一致していないこともある。このため、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らるよう指導することも3次予防の柱となる。

認知症の方の意思決定に関しても、その能力を過小評価することは慎まなければならぬ。「人生の最期はどうするのか」「どこで暮らしたいか」「財産や土地はどうするのか」などの大切な課題に関して、本人の意思を無視することは避けなければならない。認知症の方に対して、時間をかけて平易な言葉で説明を繰り返し、本人が意思を

形成して、周囲にその意思を表明できるように対応していくことが望ましい。本人が表明した意思を実現させるためには、家族のみならず医療・介護関係者などがチームとなり支援していくことが必要となる。

訪問診療では認知症の本人のみならず、家族やケアに携わる方たちと時間

第3回日本認知症予防学会東京都支部学術集会・教育講演

耳から始める認知症予防への取り組み
～老年期の難聴と認知機能の過小評価のリスク対策～

ユニバーサル・サウンドデザイン株式会社
脳科学総合研究所 所長

中石 真一 路



超高齢社会における難聴の課題

加齢に伴う聴力の低下は、コミュニケーションの問題にとどまらず、認知機能や心理状態など多岐に影響を及ぼすと言われており、日本において軽度以上の加齢性難聴を持つ高齢者は1500万～1600万人と推計されています。

聴力は日常生活上のコミュニケーション

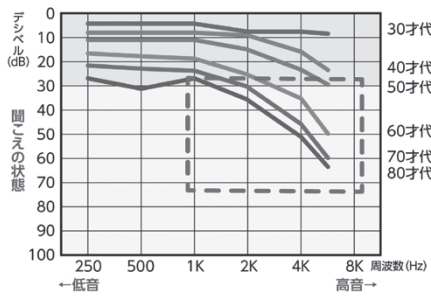
を取って話すことができることも多い。本人の思い、家族の思い、介護関係者の思いをじっくり聞き、お互いの思いを共有することで、本人にとって最善と考えられる治療やケアを選択しやすくなり、また途中で方針転換があった場合にも対応しやすくなると思われる。

シヨンはもちろん情報習得のために欠かすことのできない機能です。難聴高齢者は周囲の人たちとスムーズな会話話が難しくなるため、十分なコミュニケーションがとれないという困難を抱えているとの報告もあり、さらに、難聴があると理解が不十分なまま行動するため、認知症患者のような扱いを受け、知らず知らず自自尊心を傷つけられるとの報告もあります(大前2005)。

老人性難聴とは

老人性難聴は、加齢によって起る聴力の低下であり、特に高周波音を聞

加齢による聴力の低下のイメージ図



一般的に縦軸 30dB ぐらいの聴力レベル (イエローの範囲) からが、補聴器の使用を検討する目安といわれています。

き取ることが困難になります。また、耳鼻咽喉科診療で行う純音聴力検査ではそれほど聴力低下はなくても、言葉を聞き取る能力が低下している場合もあり、その場合騒音下での会話や、会議などでの複数人の会話において言葉の理解が難しくなります。

外来受診時に医療スタッフが大きな声で話していても、音としては聞こえるものの言葉として聞きとることが難しくなります。しかし、医師や医療スタッフには「迷惑をかけたくない」との思いから聞こえなさを周囲が気づかず、結果として難聴の早期発見が遅れるなどへとつながります。

右の図は、加齢による聴力低下のイメージ図です。縦軸が音の大きさ、横軸が音の低さ高さを表しており、左が低い音、右にいくほど高い音になります。

右の図は、加齢による聴力低下のイメージ図です。縦軸が音の大きさ、横軸が音の低さ高さを表しており、左が低い音、右にいくほど高い音になります。

ります。折れ線が下に行くほど聴力が低下した状態を表しています。40歳代から4000Hz～8000Hzの比較的高い周波数にあたる聴力が低下し始め、50歳代になると低下が顕著に現れてきます。60歳代からさらに低下が進んでいきます。波線枠で囲んだ周波数帯域の聴力が低下すると、①言葉の聞き分けが難しくなる、②雑音の中から聞きたい音を選び出せなくなる、などの症状が現れてきます。

難聴が認知症検査へもたらす影響

難聴と認知症を見分けることは非常に難しく、家族や周囲の方々に認知機能の過小評価を受けている場合があります。筆者は認知症検査における難聴の影響に着目し、平成30年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業にて「聴覚理解低下が認知機能検査に及ぼす影響に関する実態調査」を福岡大学脳神経内科においてMCI(軽度認知障害)もしくは認知症と診断された75歳以上の高齢者27名を対象に、聴力低下が認知機能検査に与える影響を調査しました。

聴覚理解の困難がみられる被験者に対する認知機能検査 (mini-mental state test: MMSE) において対話支援システムによる聞こえの環境改善を実施したところ、21人(77.8%)の検査結果が向上し、平均2.2点の上昇最大6点向上した人もいました。結果として77.8%の方が聞こえ環境を改善した再検査においてMMSEの点数が改善しました。

難聴の有無が認知機能検査の結果に對して大きく影響している可能性が示唆されました。

2017年7月、国際アルツハイマー病会議(AAIC)においてランセット国際委員会から「難聴」は「高血圧」「肥満」「糖尿病」などとともに認知症の危険因子の一つに挙げられ、さらに2020年には、「予防可能な40%の12の要因の中で、難聴は認知症の最も大きな危険因子である」という指摘がなされ、ますます認知症予防との関連が注目されています。

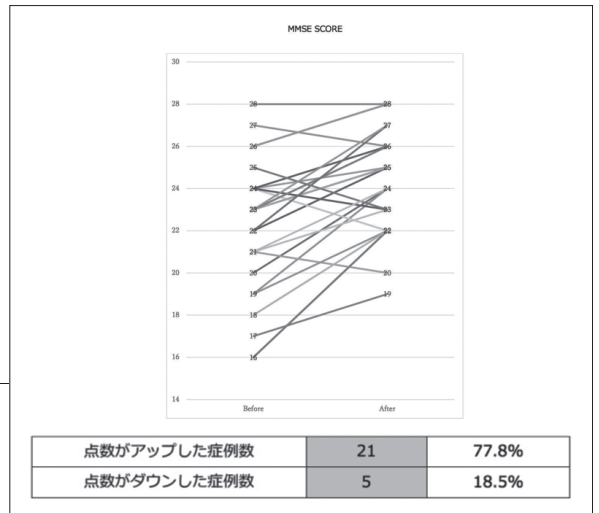
近年の国内外の研究によって、難聴のために、音の刺激や脳に伝えられる情報量が少ない状態にさらされてしまうと、脳の萎縮や、神経細胞の弱まりが進み、それが認知症の発症に大きく影響することが明らかになってきました。2019年7月、愛媛大学は、認知症発症前の軽度認知障害(MCI)

近年の国内外の研究によって、難聴のために、音の刺激や脳に伝えられる情報量が少ない状態にさらされてしまうと、脳の萎縮や、神経細胞の弱まりが進み、それが認知症の発症に大きく影響することが明らかになってきました。2019年7月、愛媛大学は、認知症発症前の軽度認知障害(MCI)

「聴覚理解低下が認知機能検査に及ぼす影響に関する実態調査」の結果から、認知症検査を行うクリニックにおいて、難聴の高齢者の過小評価を予防するための環境構築に関するアドバイスをとおっており、具体的な対応方法についてご紹介をさせていただきます。

認知症検査における 難聴高齢者の対応

と難聴の関連性を研究し、難聴が軽度認知障害有症率の上昇に有意に関連する結果を報告しています。今後、認知症の予防の視点からも「難聴」については決して無視することはできないのではないのでしょうか。



「聴覚理解低下が認知機能検査に及ぼす影響に関する実態調査」の結果から、認知症検査を行うクリニックにおいて、難聴の高齢者の過小評価を予防するための環境構築に関するアドバイスをとおっており、具体的な対応方法についてご紹介をさせていただきます。

適切な距離と最適な音量での対話を心がける

難聴の患者さんへの大きな声でのコミュニケーションは、怒っていると勘違いされてしまい、患者さんの自尊心を下げしてしまう可能性があります。相手の気持ちを察しながら個人的なことを話し合える最適なコミュニケーションの距離は45cm〜1.2mの「個人的距離」と言われ、また15cm〜45cmの距離は「密接距離」となり、慰める・保護する距離でもあるものの、喧嘩や言い合いにもつながり易い距離との指摘もあります。また、密接距離での大声でのコミュニケーションは患者の耳

①部屋の反響や騒音を抑える
反響や騒音がある部屋では、難聴の患者さんの場合さらに言葉を認識する能力が低下してしまいます。エアコン・空気清浄機やその他の機器の騒音がないかを確認しましょう。また、室内の壁面の材質により音が反響している場合も多く、反響を抑える薄型の吸音パネルなどを活用し静かなお部屋を実現しているクリニックもあります。

第12回日本認知症予防学会学術集会

- 会期** 2023年9月15日(金)・16日(土)・17日(日)
- 会場** 朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター
〒950-0078 新潟市中央区万代島6番1号
- 形式** ハイブリッド開催
- 大会長** 児玉 直樹 (新潟医療福祉大学 医療技術学部 診療放射線学科)
- テーマ** 認知症予防のための多職種協働と地域連携
- URL** <http://jsdp2023.umin.jp/index.html>

シンポジウム12

「第13回日本認知症予防学会学術集会に向けて 東京都支部の展望」

9月16日(土) 17:30 ~ 19:00

- 座長** 鈴木 正彦 (東京慈恵会医科大学脳神経内科)
荒川 千晶 (医療法人社団礼恵会 むすび葉クリニック渋谷)
- 演者** 鈴木 正彦 (東京慈恵会医科大学脳神経内科)
荒川 千晶 (医療法人社団礼恵会 むすび葉クリニック渋谷)
大津 陽子 (NPO法人CIMネット)
國枝 洋太 (順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター リハビリテーション科)
松熊美千代 (社会福祉法人 三井記念病院 臨床検査部)

元であることから、話者の表情も見えない距離となってしまいます。この課題を解決するために対話支援システム「コミュニケーション」を活用しているクリニックも増えてきています。

まとめ

認知症検査時の聴力の影響については以前からも議論されていたものの、研究文献が少なく、結果として現在も検査前の聴力の確認などは積極的には

行われてきていません。結果として診察室や検査時に大きな声で難聴高齢者への対応をおこなっている医療スタッフが多く存在します。しかし、「聞こえておらず、答えられない」と「聞こえているが、答えられない」は全く別であり、この判断に迷うことを明確に切り分けるためにも超高齢社会における高齢者の難聴の正しい理解を日本認知症予防学会の先生方と一緒に進めさせていたきたいと考えています。

次回のWeb講演会は、**2023年10月28日(土)公開予定です。**
(オンデマンドで30日間開催します)

「認知症患者の告知を考える」
繁田 雅弘
東京慈恵会医科大学精神医学講座

「若年性認知症患者への支援
～ソーシャルワーク実践について～」
田形 美和

順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター
医療サービスマネジメントセンター-医療福祉相談室

第3回日本認知症予防学会東京都支部学術集会・一般演題

認知症予防に繋がる
身体機能トレーニングの組み立て方

銀座TRUEパーソナルトレーナー 菅原利之



1. はじめに

コロナ禍によるテレワークの普及や高齢者の外出自粛などで、多くの方の身体機能が落ちてきていると感じます。

私の周りでも高齢の親が歩けなくなった・身体の機能が落ちてきているように身の回りのことが出来なくなったなど以前より多く聞きます。

2. 身体機能上げる目的

身体機能上げる目的は、活動しやすい身体にし、日常生活を円滑に送れるようにすることです。

それにより、活動量が上がればBDNF(脳由来神経栄養因子)やIGF-1(インスリン様成長因子)の発現が起こりやすくなり、認知症予防に効果的な生活が送れると考えます。

身体機能が低下している状態では、活動的な生活を送りましょうとアドバイスしても難しいです。

3. 活動しやすい身体機能を獲得する方法

今回は身体機能を獲得するうえで重

要な関節可動域についてお話していきます。

関節可動域とは、自分の筋力でコントロールできる範囲のことを言います。例えば、前屈などで十分な柔軟性があっても上手く動かせない、これは柔軟性はあるが可動性はないということになります。そのため、柔軟性をある程度高めたら、その範囲で動かす練習が必要です。

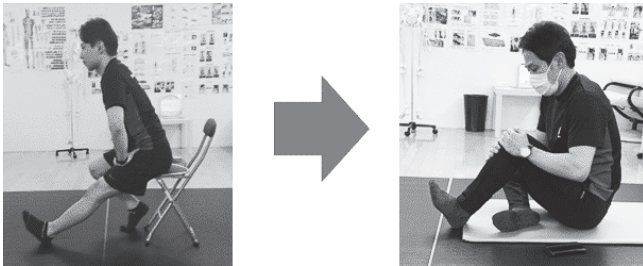
また、身体の中でも可動性が重要な部位と安定性が重要な部位で分かれており、可動性が重要な部位は『足関節』

『股関節』『胸椎・肩甲上腕関節』となっております。よって、この部位を中心に可動性の運動を行うと身体機能が上がりやすくなります。

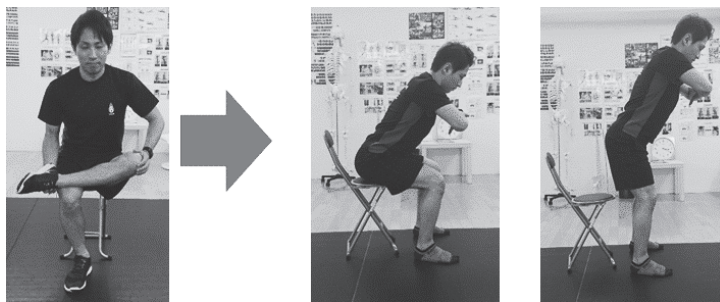
図①の二つ目は足関節可動域にフォーカスした運動で、足首を持ち上げたストレッチを入れ柔軟性を確保した後自分の力で足首を持ち上げる運動です。この部分の可動域を得ることで歩く際の着地などスムーズに行えます。

図①二つ目は股関節の可動域改善です。股関節を曲げる際に制限因子にな

①足関節背屈ストレッチ→背屈運動

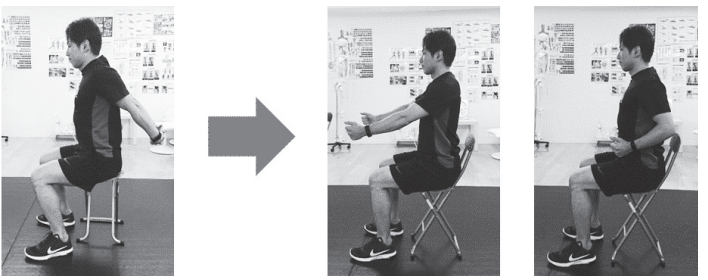


②股関節筋群ストレッチ→股関節屈伸・伸展運動



図①

③上腕伸展ストレッチ→上腕伸展・肩甲骨内転運動



図②

る臀部筋群をストレッチし股関節の屈曲・伸展運動を行います。この部分は歩く際の股関節の動きやトイレの際などにスムーズに座れるようになるなど重要です。腰痛の予防にもなります。

最後に図②の種目ですが、胸椎と肩甲上腕の動きになります。制限因子の大胸筋や三角筋のストレッチを行い、胸を張り腕を後ろに引いていく運動を行います。これにより、歩く際の腕や胸椎の動きが出来るようになります。ズに歩いたり、腕の位置が良くなるため物を取るときなどもスムーズに動くようになっていきます。

実際の現場でも高齢で身の回りごとが難しくなった方でも、このように部位を絞って効果的に行うことで、多くの方の身体機能が向上しADLを改善しております。

4. 最後に

忙しい現代人や高齢の方は運動に多くの時間は割けない方も多いです。

身体のことを理解し、絞って運動をすることで負担を少なく効果を出すことが可能です。多くの方に方法論を知っていただき、それが認知症予防に繋がってほしいと思っております。

2023年度Web講演会抄録

軽度認知障害からの進行のリスク

東京医科歯科大学大学院脳神経病態学分野 特任教授 脳神経科 三條 伸夫



を予防する「疾患修飾療法 (Disease modifying therapy)」や症状の無い段階で治療を開始する「先制治療」へとシフトしつつある。

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 (MCI) の有病率は65歳以上の高齢者の約15〜25%

推測されており (認知症診療ガイドライン2017)、MCIから認知症になることを「コンバート」「コンバージョン」と呼んでいるが、コンバージョンしてからは治療の効果が無いことが知られている。MCIから認知症へのコンバージョンは報告ごとに異なるが、おおよそ年間6〜15%であり、逆にMCIから年齢によるもの忘れに戻るリバージョンについては年間16〜41%と報告されている (図1)。

そこで、認知症の治療は認知症と診断されたから対症療法を開始する治療法から、MCIや認知症が軽度の段階で治療を開始して、コンバート

白PET)や脳脊髄液の測定で分かるようになった。そこで生前のADの診断は、脳内のアミロイド病変の有無、タウ蛋白病理の有無、神経変性の有無などで分類することが可能となり、それぞれの有無による予後予測がより正確にできるものになり、より正確な診断の下で認知症の治療を受けることが可能となっている。

一方、アミロイドPETや脳脊髄液中のアミロイドの測定は、限られた施設でしか検査がうけられないため、一般の医療機関でMCIを診断する際には、Montreal Cognitive Assessment (MoCA) などの、よりMCIに対して高感度 (93%)、高特異度 (89%) の検査でMCIの診断をすることが適当と考えられる。MoCAはレビー小体型認知症や認知症を伴うパーキンソン病の診断にも優れていることが報告されている。もちろん、臨床症状や上記の検査で診断が困難な場合には、専門外来にてアミロイドPET、タウ蛋白PET、脳脊髄液検査を

受けることが必要である。MCIの治療の目標としては、将来的にはコンバージョンの阻止である。しかし、現時点では、本邦で抗アミロイド療法による疾患修飾薬が承認されていない (2023年7月現在) ことから、論文で報告されているように抗認知症薬を使用しながら、MSEの点数やADLの改善や悪化の予防をチェックすることが重要である。また、血管性や代謝性のリスク因子は、それ自体が血管内皮細胞障害などを介して、脳のダメージに与するだけで無

く、アミロイド病理やタウ蛋白病理をも悪化させる可能性があるため、対策をすることが重要である。また、定期的な身体活動を行ったり、食生活に注意を向けることも重要である。そして、近年流行している新型コロナウイルスに感染することも認知症のリスクになることが報告されている事より、ワクチン接種やマスクなどの感染対策をして、予防に努めることが必要である (図2)。

※本稿は第10回Web講演会 (7月29日〜8月27日) の抄録です。

MCI コンバージョンとリバージョン

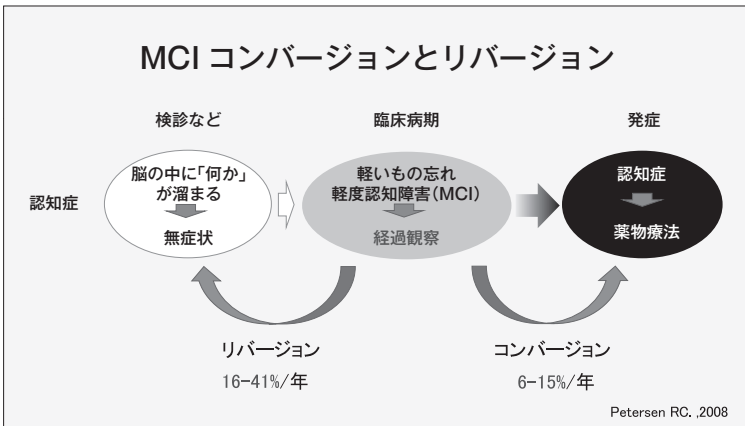


図1.

MCI コンバージョンまでの期間を modify する

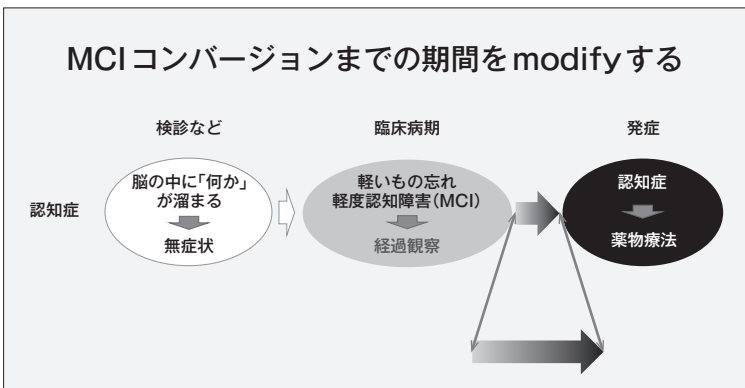


図2.

2023年度Web講演会抄録

認知症の方に対して

活動(レク)を提供する際のポイント

—作業療法士の視点から—

大阪公立大学医学部リハビリテーション学科 田中寛之



これまでの非薬物療法 (活動・レク)の課題

認知症の方に対する非薬物療法は、認知、情動あるいは感覚に焦点をあてた認知刺激療法、回想法、音楽療法など様々ある。これまでは非薬物療法は多く報告されているが、その有効性が十分に確立されているとはいえない。臨床実践の場では同じ介入方法(例えば回想法)でもその効果は対象者によって異なることをみなすまでも実感されるかと思う。

活動やレクリエーションの介入効果を検証するうえで、介入前後の対象者の変化を確認するだけでなく、介入に対して対象者がどのように取り組んでいたのか、意図する変化を導き出せたかを検証する必要がある。対象者の

介入に対する取り組みを良くするため介入内容や言葉かけ、席配置、背景音楽など経験的に工夫することは多いが、これまでの研究デザインでは介入に対する取り組みについては、量的な評価はなされず経験的な記述的評価のみにとどまり、効果検証のための交絡要因になっていた。

介入(活動・レク)の 取り組み方の概念と評価

Colmans-field (2009)は、対象者の介入に対する取り組み方を狭義の“Engagement”と定義し、Engagementの水準が認知症者の情動や行動に大きな影響を及ぼすことを述べ、そしてEngagementの概念モデル(Comprehensive Process Model of Engagement: CPME) (図1)を提唱した。Engagementは分野や領域によっては多様な定義があるが、今回の定義では、Engagementは外的な刺激に対して関与もしくは、従事することその行為とされている。CPMEにおい

て、Engagementは用いる活動そのものの特性である刺激属性、人的・物理的環境の特性である環境属性、対象者の好みや認知機能などの個人属性、これら3つから影響を受けるもので、Engagementの水準は、介入直後の対象者の情動・行動に影響を与えることを示している(図1)。

CPMEで用いられている言葉をもう少し解説する。刺激属性とは、動物介在療法などで用いる動物、音楽療法の音楽など、その活動そのものが持つ意味、目的、物理的な特徴を指す。環境属性とは、騒音、気温、照明、周囲の人間の数、などを指す。個人属性とは、年齢や性別、趣味・嗜好、認知機能障害の程度などを指す。さらに、刺激属性は、Engagementに直接影響を与えるだけでなく、環境属性、個人属性と相互作用を伴ってEngagementに影響を与えることを示している。つまり、認知症者に対して活動を提供し、より良い行動を引き出すためには、刺激・環境・個人の3つの属性とそれらの相互作用も分析することが重要である(図1)。

活動・レクの効果を見出すために Engagementの評価について

Engagementを数値として量的にその水準の高さを示すにはどのような

手段があるのかについて複数の評価尺度を紹介する。Engagementの評価には、東大式観察評価スケールや、音楽療法で用いるアルボース式音楽療法評価チェックリスト、そして我々が開発した重度者の集団活動でも用いることができるAssessment Scale for Engagement in Activities (ASEA)などがある。

ASEAは、介護度が高いもしくは進行期の認知症の集団活動を対象としたもので、各項目0-2点のリッカー・トスケールで表され、活動、覚醒、領域、感情領域の4領域10項目20点満点の観察式評価である。得点が高いほどEngagementの水準が高いことを意味する。評価尺度は筆者のHPで無料ダウンロード可能(https://ohirayuki.com)。もちろん信頼性・妥当性等の臨床的な有用性は検証済み(Tanaka H. et al., 2021, 2022)。

これまで述べたように、認知症者に活動を用いて介入する際には、その活動中の

Engagementの水準を評価し、可能な限りその水準を高める工夫が必要である。具体的な手法までは紙面の都合上記載することはできないが、筆者のHPに「認知症の方へ提供する活動・レクを提供する上での基本ポイントについて」という資料があるので、こちらもあわせて参照していただければと思う。

※本稿は第10回Web講演会(7月29日~8月27日)の抄録です。

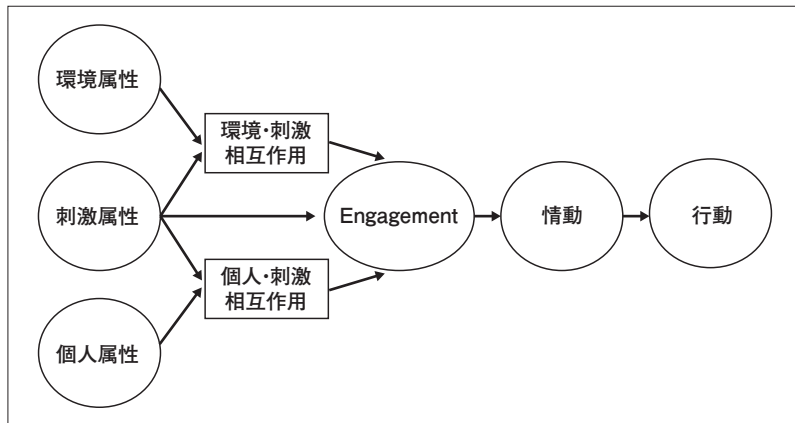


図1. Comprehensive Process Model of Engagement (CPME) engagementは、用いる活動そのものの特性である刺激属性、人的・物理的環境の特性である環境属性、対象者の好みなどその人の生活歴である個人属性から影響を受け、またengagementの水準は対象者の情動・行動に影響を与える。