

認知症の診断と治療

西熊谷病院 林 文明

認知症の人の将来推計について

	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成37年 (2025)
各年齢の認知症有病率が 一定の場合の将来推計 人数／(率)	462万人 (15.0%)	517万人 (15.7%)	675万人 (19.0%)
各年齢の認知症有病率が 上昇する場合の将来推計 人数／(率)		525万人 (16.0%)	730万人 (20.6%)
(軽度認知障害)	380万人 (13.0%)		

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」

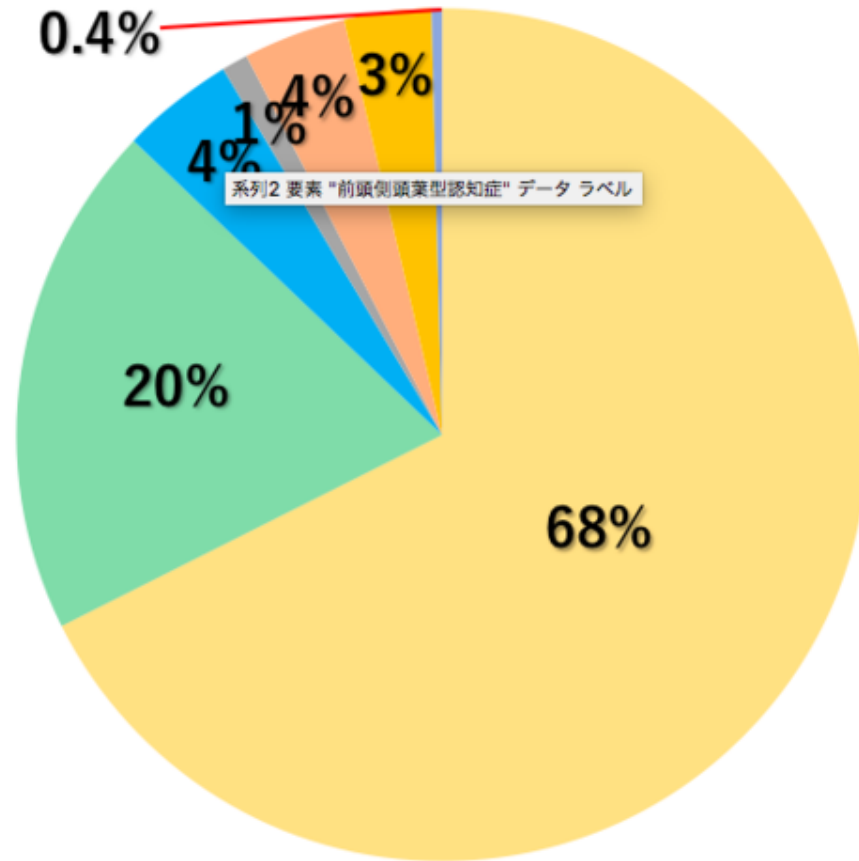
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授) による速報値

認知症を呈する主要な疾患

代表的な認知症	可逆性の認知症
アルツハイマー型認知症	甲状腺機能低下症
血管性認知症	慢性硬膜下血腫
レビー小体型認知症	正常圧水頭症
前頭側頭型認知症	ビタミン欠乏症

厚生労働省「『認知症の基礎』
～正しい理解のために～」より

認知症の種類とその割合



- アルツハイマー型
- 脳血管性認知症
- レビー小体型認知症
- 前頭側頭葉型認知症
- アルコール性
- 混合型
- その他

軽度認知障害とは

1. 記憶障害の訴えが本人または家族から認められている
2. 日常生活動作は正常
3. 全般的認知機能は正常
4. 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する
5. 認知症ではない

出典 : Petersen RC et al. Arch Neurol 2001

本人と家族の

- 「将来認知症になってしまうのではないか」という **不安** に応え、
- 「認知症ではないから病気ではない、だから、病院へもかかる必要はない。」という **誤解** に対応していくこと

アルツハイマー型認知症
dementia of Alzheimer type; DAT

Alzheimer's disease (AD)

senile dementia Alzheimer's type (SDAT)

アルツハイマー型認知症とは

- 最も多い病型で、全ての認知症の**半分以上**を占める
- 病理学的には、アミロイドの蓄積 ⇒ 老人斑を形成 ⇒ タウの細胞内への蓄積 ⇒ 神経原線維変化
- 最初に起こる症状は **記憶障害** である。
具体的には、同じことを何度も聞く、置忘れやしまい忘れが目立つから始まる場合が多く、続いて、段取りが立てられない、気候に合った服が選べない（遂行障害）、時間や場所の感覚があいまいになる（見当識障害）が加わる
- 忘れていることについて「**取り繕い**」をする。
「誰かに盗まれた」と疑うこと(物盗られ妄想)が見られることがある。

アルツハイマー型認知症の症例（68歳・女性）

1年ほど前から前日のことを忘れることが多くなった。通帳や大切なもの
のしまい忘れが目立つようになり、物が見つからないときに夫のせいにする。
結婚した娘のところは何度も電話してくるが、前にかけてきた内容を覚えて
いない。

買い物へはいくが、同じものを大量に買ってしまい 冷蔵庫内で腐らせて
しまう。料理もレパートリーが減り 3日続けて同じ料理を作った。

最近好きで通っていた絵画教室に いろいろな理由をつけては行かなくなった。

MMSE: 23/30

時間の見当識 1/5、場所の見当識 5/5、記銘 3/3、 集中・計算 5/5、
再生 0/3、言語 8/8、構成 1/1

診察場面では、今日は何月何日ですか？の問いに対し、“えーっと何月
でしたっけ” と夫のほうを振り返って尋ねる。今日は新聞もテレビも見て
こなかったから と言いつける。

アルツハイマー型認知症の特徴

特徴

- 近時記憶・エピソード記憶の障害が多い
- 見当識障害・視空間認知の障害
- 失語・失行・失認など
- 場合わせ、取り繕い反応

精神症状

- 妄想（物盗られ妄想）
- 意欲低下
- 易怒性

本人の取り繕いがあるので、症状を過小評価せず、家族・介護者の話を聞いて現存能力をみきわめる必要がある。

アルツハイマー型認知症の特徴

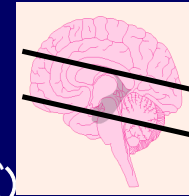
身体症状

- 老年期によくみられる病態（脱水・感染症など）
→ 常に観察し、発見の遅れがないようにする。
（自ら訴えることが少ない）

神経症状

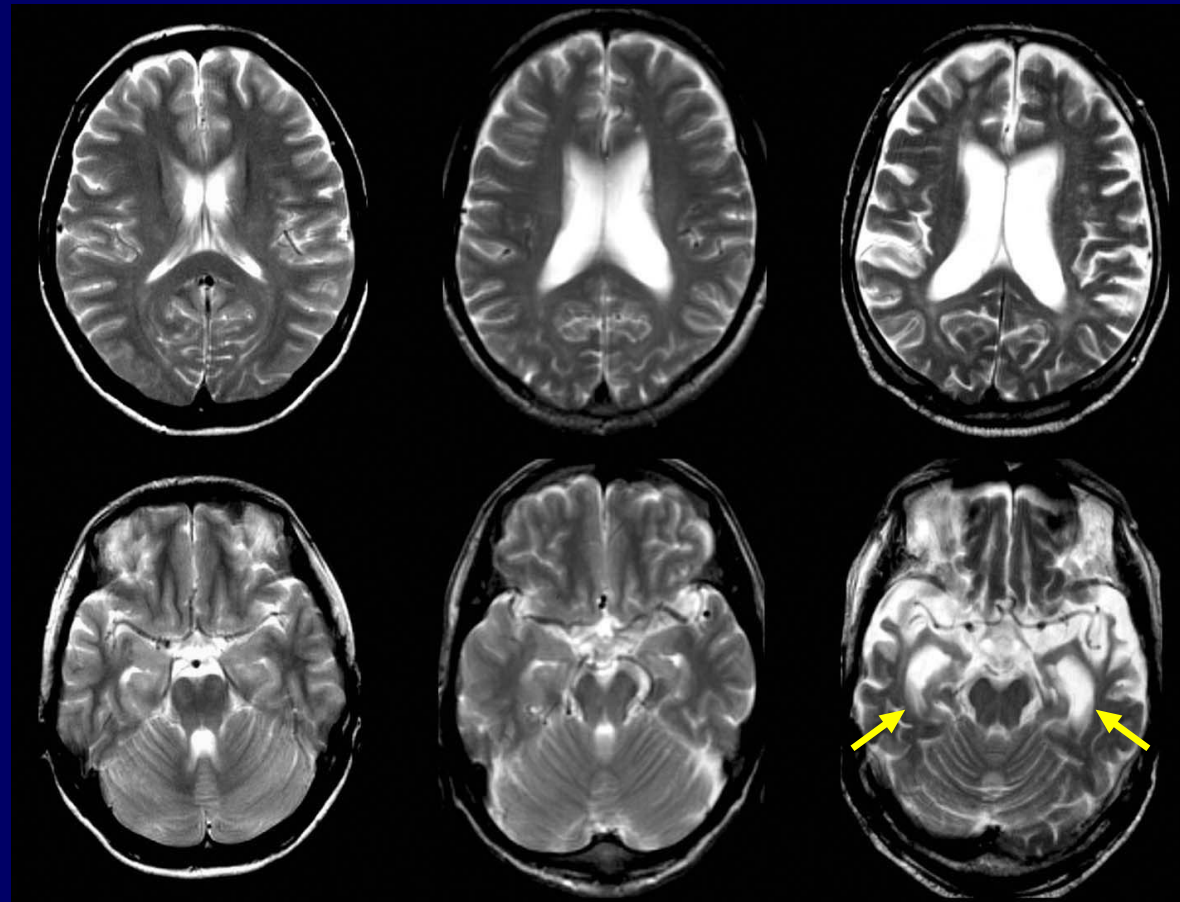
- 麻痺や固縮（筋強剛）など局所神経徴候は
みられないことが多い。

MRI

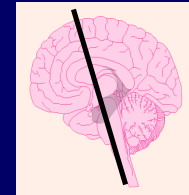


上図
下図

Control (20歳代半ば) Control (70歳代半ば) AD (70歳代半ば)

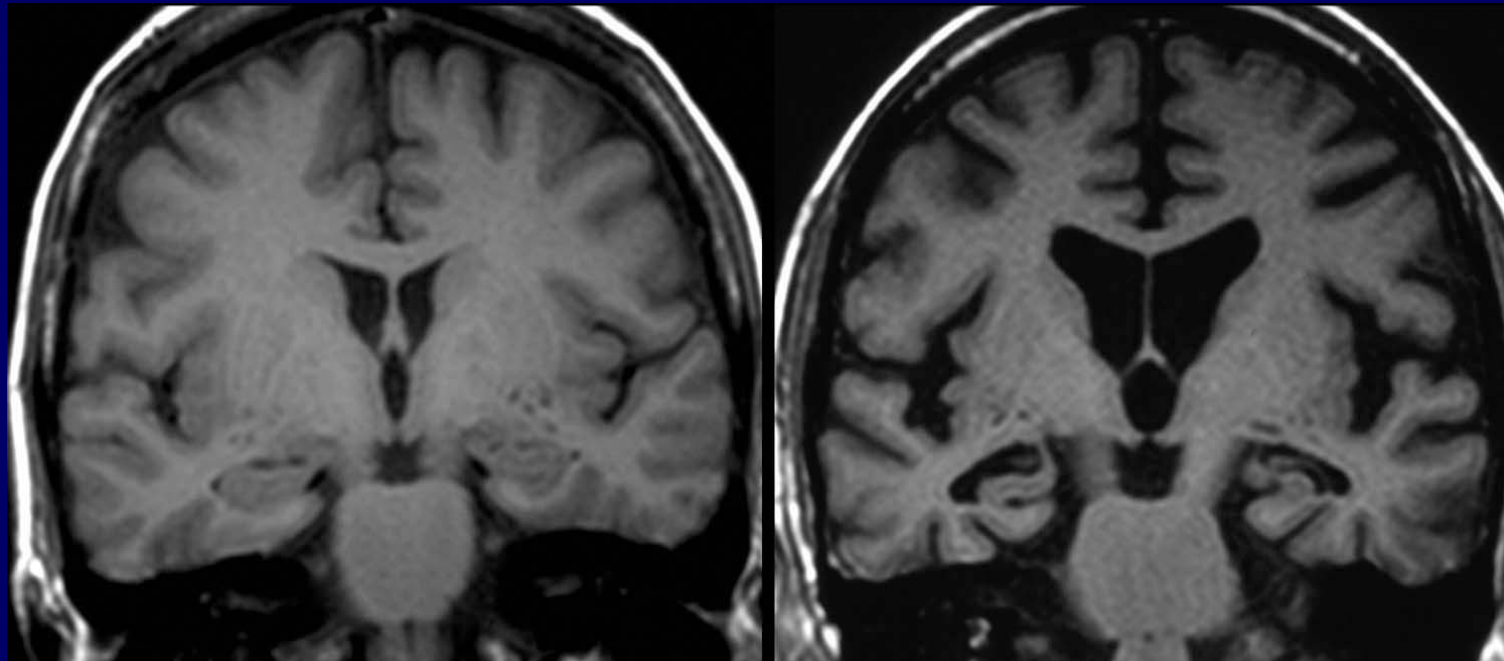


MRI

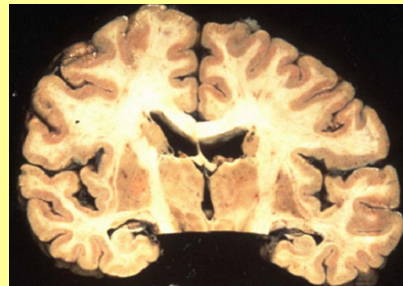


Control

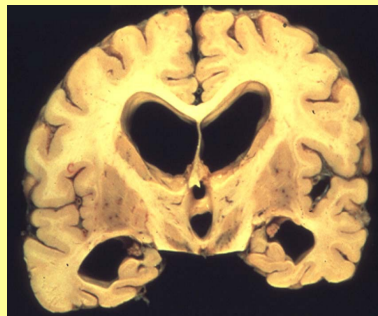
AD



アルツハイマー病の脳の特徴

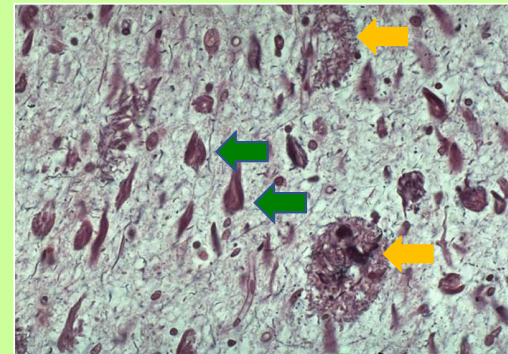


正常コントロール



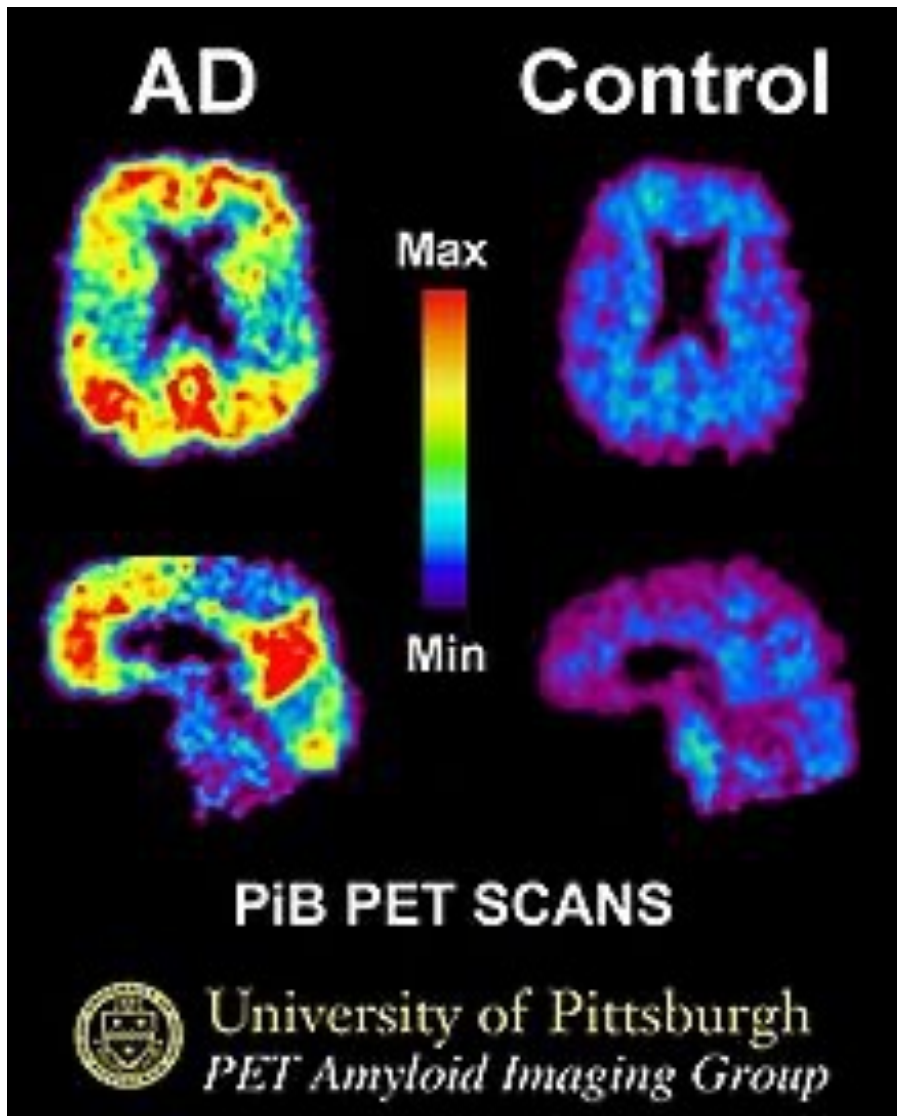
アルツハイマー病

〈原図〉 金沢大学 神経内科
山田 正仁



- 老人斑
(ベータアミロイドの凝集塊)
- 神経原線維変化
(タウタンパク質の凝集塊)

〈原図〉 金沢大学 神経内科 山田
正仁
メセナミン-Bodian 染色



アルツハイマー病患者（左）と一般人（右）の脳のPiB-PETスキャン画像。アルツハイマー病患者はアミロイド β の沈着量が多い

VSRAD (早期アルツハイマー型認知症診断支援システム)

(Voxel-based Specific Regional analysis system for Alzheimer's Disease)

page 1

VSRAD解析結果レポート

処理フロー: VSRAD plus (3.00.0012)
 [1] 標準フロー swsi_22286871_seg1_2cimg/hdr/.xml

患者ID: 92836 撮影日: 2011.08.22
 名前: Nhei'Kiko 生年月日: 1937.08.20 年齢: 74歳 性別: F

Zスコア解析結果(自動算出)

<p>基本解析結果</p> <p>関心領域内の萎縮の程度 0.15</p> <p>目安 0~1...関心領域内の萎縮はほとんど見られない 1~2...関心領域内の萎縮がやや見られる 2~3...関心領域内の萎縮がかなり見られる 3~...関心領域内の萎縮が強い</p>	<p>その他の解析結果(参考)</p> <p>(1) 脳全体の中で萎縮している領域の割合 (Zスコア2.0を超えるボクセルの割合) 2.37%</p> <p>(2) 関心領域の中で萎縮している領域の割合 (Zスコア2.0を超えるボクセルの割合) 0.00%</p> <p>(3) 関心領域の萎縮と脳全体の萎縮との比較 (脳全体の萎縮を1とした場合) 0.00倍</p>
---	--

所見(医師が記入)

<p>担当医師: 記載日: コメント:</p>	<p>読影医師:</p> <p>評価</p> <p><input type="checkbox"/> AD(前駆期を含む)に特徴的な萎縮が明確に認められる</p> <p><input type="checkbox"/> AD(前駆期を含む)に特徴的な萎縮は明確ではないが一部認められる</p> <p><input type="checkbox"/> ADに特徴的な萎縮は認められない</p> <p><input type="checkbox"/> ADに特徴的な萎縮の評価は困難である</p> <p><input type="checkbox"/> その他(所見欄参照)</p>
---	---

※脳全体における萎縮の程度をご確認ください。2.0以上が有意に萎縮している領域です。(この色で囲まれた領域が関心領域です。)

■ 2.0 ■ 6
 灰白質容積相対的低下レベル DBグループ: 武蔵病院DB(標準フロー、デフォルト15メタ) 健常者DB: 54~84歳男女(60例)

Axial(標準脳) ※背景に表示されているMRI画像は標準脳であり、被験者画像ではありません。

右										
左										

米国のアルツハイマー病治療薬

承認時期	薬剤名	主な効能
1996年	ドネペジル (アリセプト)	認知機能の一時的な改善
2000年	リバスチグミン	
01年	ガランタミン	
03年	メマンチン	
14年	メマンチン+ドネペジル	
21年	アデュカヌマブ (アデュヘルム)	「アミロイドβ」の除去
23年	レカネマブ (レケンビ)	認知機能の悪化を抑制

(注) カッコ内は製品名

国内

1999年11月

2011年7月

2020年6月

2011年6月

認知症に使われる薬(効能・効果・副作用・作用機序)

薬品名	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
作用機序	AChE阻害	AChE阻害 nAChRアロステリック モジュレーター	AChE/BuChE 阻害	NMDA受容体 拮抗
用量 (mg/日)	5~10	8~32	4.6~9.5 (パッチ剤)	20
用法 (回/日)	1	3	1	1
半減期 (時間)	70~80	5~7	2~3	55~70
代謝	肝臓 (CYP2A6、3A4)	肝臓 (CYP2D6)	非CYP	非CYP
適応	軽度AD~高度AD レビー小体	軽度AD~中等度AD	軽度AD~中等度AD	中等度AD~高度AD
副作用	食欲不振、嘔気、 嘔吐、下痢	食欲不振、 食欲減退、 悪心、嘔吐、下痢	適用部位紅斑、 適用部位そう痒感、 適用部位浮腫、 適用部位皮膚剥脱、 接触性皮膚炎、 嘔吐、悪心、食欲不振	浮動性めまい、 便秘、体重減少、 頭痛、傾眠

レビー小体型認知症 (DLB)

Dementia with Lewy Bodies
びまん性レビー小体病

Diffuse Lewy body disease(DLBD)

レビー小体型認知症とは

- 変性性認知症ではアルツハイマー病について多い疾患
- 障害される神経系が多系統なため、認知機能症状以外に精神症状やパーキンソニズム、自律神経症状など多彩な症状がでることが特徴。

認知機能症状 初期には記憶障害よりも、遂行障害や問題解決能力の低下、構成障害や視空間認知障害、注意の障害がめだつ

精神症状 リアルで具体的な幻視や妄想

パーキンソン症状 動きが遅くなる、手が震える、転び易くなる

自律神経症状 たちくらみ、排尿障害、失神

- しっかりしているときと居眠りをするときの差が激しいなど、症状の変動が大きく現れる。（数分から日の単位まで多様）

レビー小体型認知症の特徴

神経症状

- パーキンソン症候群がある（固縮・小刻み歩行）

その他の症状

- 繰り返す転倒
- 失神
- 抗精神病薬に対する感受性亢進

[基11]

レビー小体型認知症の症例

主訴：意欲低下、動きが遅くなり眠ってばかりいる

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：平成X年頃から夜中に大声をだす。

平成X+4年10月頃から 会話が筋道をたててできない。
洋服がうまく着られない。機械を扱う仕事をしていたにもか
かわらずカメラが使えない。覚まし時計があわせられない。
1日中うとうと眠っているかと思うと易怒性あり。
正常に戻ったかのように調子のよい日と全くなにもしない
日がある。この頃から家の中に子供がいる、電線の上に
女の人がいる、という。

平成X+6年1月 大学病院の神経内科に受診。筋固縮と
歩行障害を指摘された。また、不眠を訴えるようになり、
眠剤を投与されたところ、翌日の午前中まで起きなかった。

レビー小体型認知症の治療

- 早期診断の必要性
- 塩酸ドネペジル(アリセプト) 等の投与
- 抗精神病薬への注意。
- 抑肝散など漢方薬の投与
- 抗パーキンソン薬の投与
- 身体のリハビリ

前頭側頭型認知症 (FTD)

frontotemporal dementia

[基12]

前頭側頭型認知症とは

- **前頭葉と側頭葉前部を病変の主座とする変性性認知症、タウ蛋白の異常蓄積が原因**
- **前頭葉が主として障害されると、人格や行動の変化がみられる**
(自らを抑えることができず衝動的な行動や、同じ行為を繰り返す。時に反社会的な行動につながることもある。あらゆることに意欲がなく、何もしなくなる 等)
⇒ **行動変容型前頭側頭型認知症**
- **側頭葉が障害されると、言葉の障害が初期から目立ってくる**
 - ◎ **言葉数が減り、字を読んだり、書いたりすることが難しくなる**
⇒ **進行性非流暢性失語**
 - ◎ **言葉の意味が失われる (「電車って何ですか」など)**
⇒ **意味性認知症**

[基13]

前頭側頭型認知症 (62歳・女性)

主 訴：異常行動

家族歴：姉が認知症

現病歴：平成X年4月頃から不眠、7月頃から無口になった。本来は社交的でおしゃれな性格だったが、家族とも口をきかなくかった。

平成X+2年6月頃から異常行動出現

- 安全ピンを1日に何回も買いにいき、お金を払わずに帰ってくる。
- スーパーのビニール袋を際限なく引っ張り出す。
- 全裸で洗濯物を乾かす。
- ヘアドライヤーで洗濯物を乾かし続ける。
- 他人のゴミ袋に自分の家のゴミをいれる。

これらの異常行動を夫が非難すると反抗的になり暴力をふるった。

平成X+2年10月 銀行から大金をおろしてしまい、どこへしまったかわからない。部屋の中は泥棒が荒らしたかのように散らかっている。夫が片づけても再び散らかす。

平成13年1月 初診 神経学的に特記すべき所見なし。MMSE 19/30
病識は全くなく、夫の言っていることはすべて嘘であると言いきる。

前頭側頭葉変性症の特徴

特徴

- 前頭葉と側頭葉に萎縮
- 緩徐に発症し、進行する
- 早期から性格変化、社会性の消失がみられる
- 手続き記憶、エピソード記憶、視空間認知能力は保たれる
- 運動性失語症様の症状（進行性非流暢性失語）
- 語義失語（意味性認知症）

精神症状

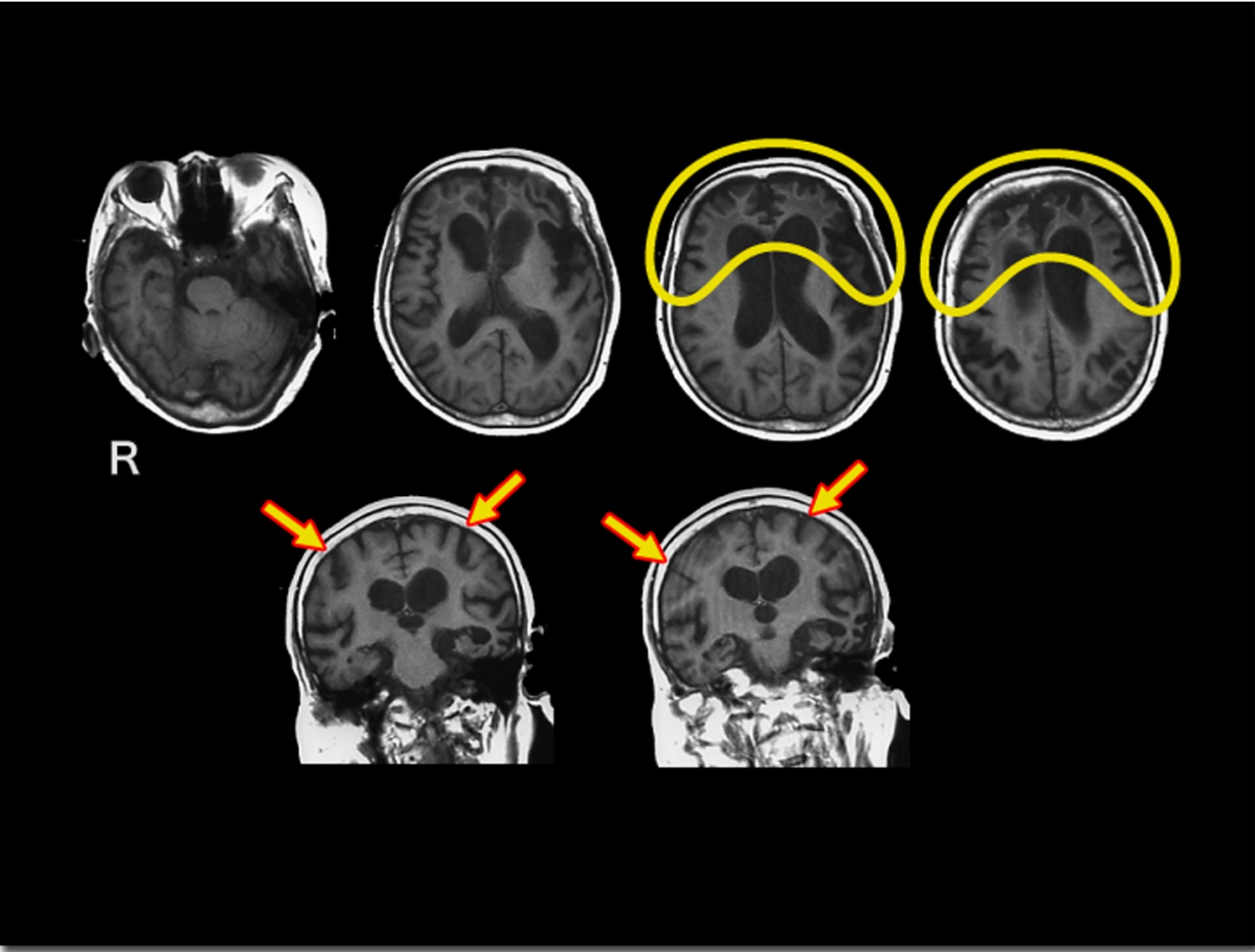
- 被影響性の亢進
- 脱抑制
- 常同行動
- 自発性の低下
- 特定の物に執着する

前頭側頭葉変性症の特徴

神経症状

- 麻痺や固縮など局所神経徴候は初期にはみられないことが多い。
- 運動ニューロン型では、上肢に顕著な筋力低下と筋萎縮がみられる。

特徴的な精神症状を把握し、ケアへつなげていく。



前頭側頭型認知症の治療

- 薬物療法の可能性
（SSRI,抑肝散など）
- 抗精神病薬はあまり使わない
- 抗消炎剤（抗酸化作用）
- 非薬物療法の可能性
（場の設定、チームでの関わり、常同行動等への対応は
- 異食への対応

脳血管性認知症
Vascular dementia

[基14]

血管性認知症とは

- **アルツハイマー型認知症の次に多い病気。**
脳の血管が詰まったり(脳梗塞)、破裂したり(脳出血)して起こる
- **高血圧症や糖尿病などの生活習慣病や心臓病などを治療し、規則正しい生活**をすることで、発症や進行の**予防が可能**

[特徴]

- ◎ **症状が突然**現れたり、**段階的に悪化・変動**したりする。
- ◎ **認知症だけでなく、脳が障害を受けた場所によって、歩行障害、言葉が理解できない、感情のコントロールができないなどの随伴症状**が早期から見られる。

脳血管性認知症の特徴

特徴

- 脳の損傷部位・程度によって異なる。
- 比較的保たれている部分と、そうでない部分がある。

精神症状

- 意欲の低下、自発性の低下
- 感情失禁
- 夜間せん妄 など

再発することが多く、しかも、そのたびに階段状に悪化する。

→ 脳血管障害の再発を予防する。

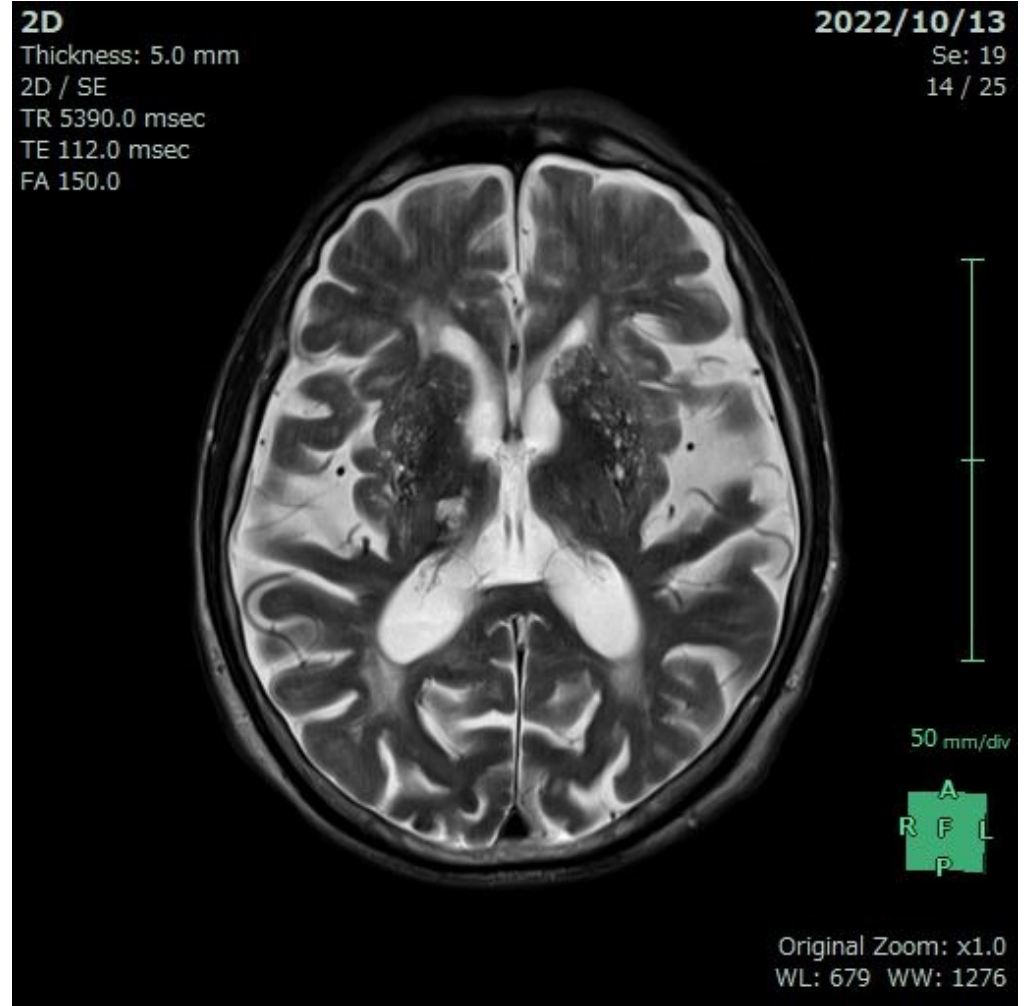
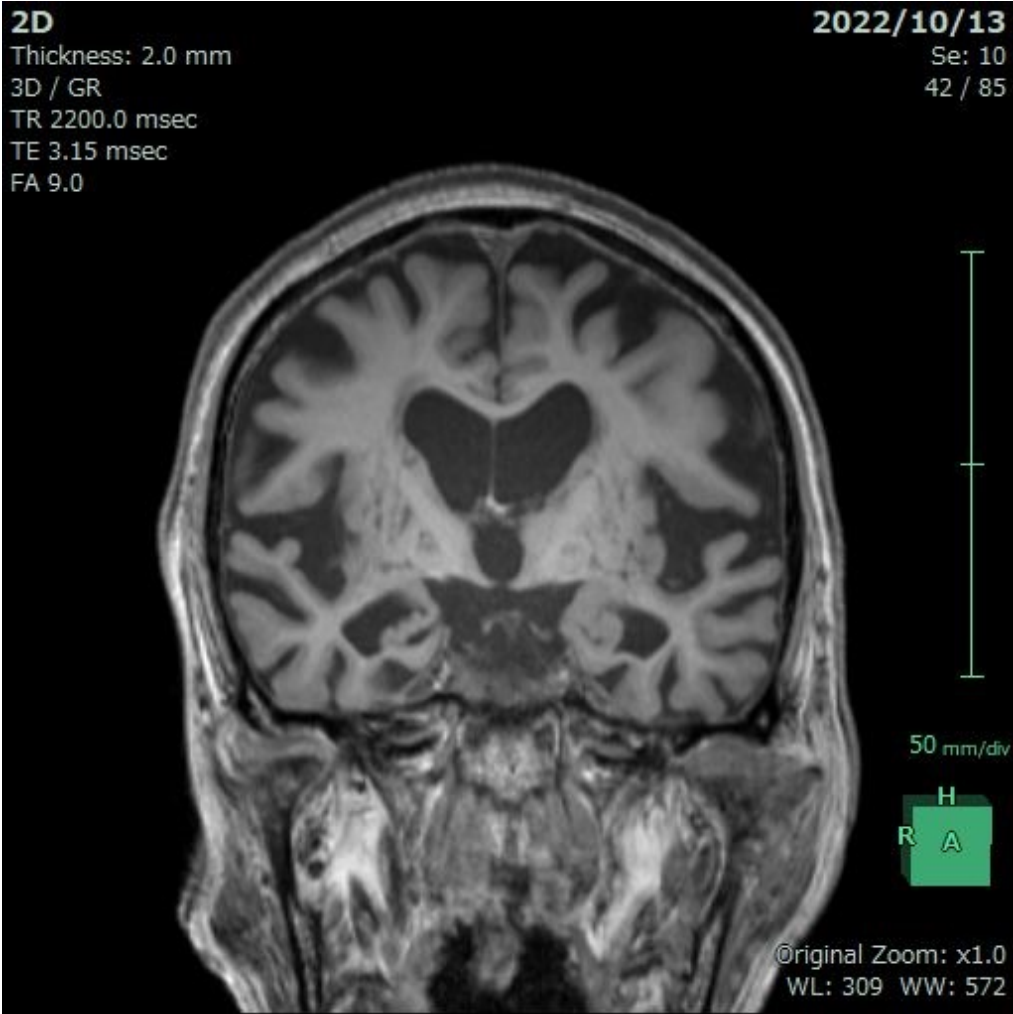
脳血管性認知症の特徴

身体症状

- 動脈硬化のリスク（高血圧症・心疾患・糖尿病など）
- 老年期によくみられる病態（脱水・感染症など）

神経症状

- 排尿障害、歩行障害、麻痺、病的反射
- 仮性球麻痺に伴う嚥下障害、構音障害
- パーキンソン症候群 など



せん妄の診断

- ・ 急性の発症と症状の動揺
- ・ 注意力の欠如
- ・ 思考の錯乱
- ・ 意識レベルの変化

2つ目までは必須項目であり、あとひとつをみたせば診断してよい。なお、アルコールやベンゾジアゼピン系薬あるいはバルビツール酸系薬の離脱症状ではせん妄をきたすことがあるが、これは振戦せん妄といわれ区別され、治療も異なる。認知症との区別は、血管障害を除き、認知症は緩徐に進行するのに対してせん妄は急激に来ると経過が異なる点がある。

危険因子

認知症、高齢、男性、重症患者、うつ状態、複数薬物、聴覚障害（難聴や白内障）、感染症、アルコール常飲、疼痛、手術後、身体抑制などがリスクファクターと言われている。

認知症治療の最前線

- 発症前の診断治療の重要性
- 生活習慣病の適切な治療
 - 糖尿病、高血圧・脂質代謝異常症（高脂血症）
など生活習慣病のコントロール
- 認知症になっても改善できる治療は
- 根治療法はあるのか
- 遺伝子のスイッチは変えられるか。

[制22]

若年性認知症の特徴と現状

- 全国における若年性認知症者数は **3.78万人** と推計
- 18~64歳人口における人口10万人当たり若年認知症者数は47.6人
- 基礎疾患としては、**脳血管性認知症39.8%、アルツハイマー病25.4%、頭部外傷後遺症7.7%、前頭側頭葉変性症3.7%、アルコール性認知症3.5%、レビー小体型認知症3.0%**の順であった。

認知症高齢者との違い

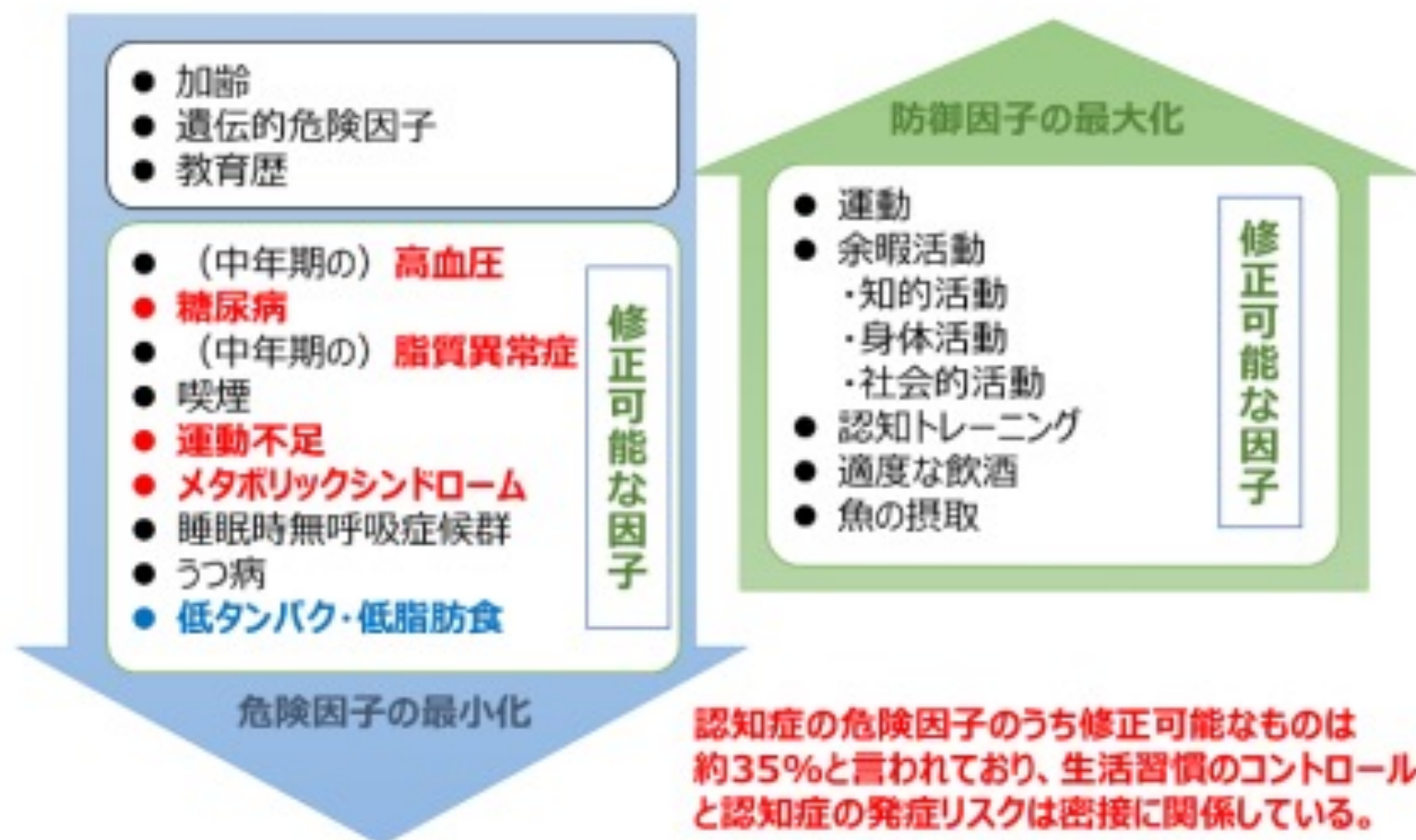
- 発症年齢が若い
- 男性に多い
- 初発症状が認知症特有でなく、診断にくい
- 異常であることには気が付くが、受診が遅れる
- 経済的な問題が大きい
- 主介護者が配偶者に集中する
- 本人や配偶者の親などの介護が重なり、時に複数介護となる。
- 家庭内での課題が多い
(就労、子供の教育・結婚 等)

<認知症高齢者の電話相談と比較した際の特徴>

- ・ 若年性認知症及び若年認知症疑いの方からの相談では男性が多い (H24年度 : 39.1%)
※ 認知症高齢者からの相談では男性は **9.1%**
- ・ 本人からの相談が多い (H24年度 : 40.0%)
※ 認知症高齢者からの相談では本人からは **0.9%**
- ・ 社会資源や就労に関する情報提供や経済的な問題に関する相談が多い

※の認知症高齢者の電話相談における割合は：
「日本認知症ケア学会誌 2010」を引用

認知症（認知機能低下）の危険因子と防御因子



出典：認知症疾患ガイドライン2017（日本神経学会）
Livingston G. et al, Lancet, 2017 (390): 2673-734

Volume Analyzer SYNAPSE VINCENT

検査リスト nabeya kiyomi

脳区域解析 ID:22298 78歳

脳区域抽出 脳区域観察 経時変化観察

ログインユーザー: vincent 通信スタンバイ 2022/10/18 (14:17)

アキシャル 2022/09/17 Se: 6
Thickness: 0.7 mm 3D / GR 196 / 319
TR 2200.0 msec TE 2.85 msec FA 9.0

■ 海馬(右脳)
体積: 2.65mL (0.20%)
区域変化率: 2.70

Zoom: x1.0
区域変化率画像 WL: 0 WW: 1200
下画像 WL: 366 WW: 668

サジタル 2022/09/17 Se: 6
Thickness: 0.7 mm 3D / GR 84 / 240
TR 2200.0 msec TE 2.85 msec FA 9.0

■ 海馬(右脳)
体積: 2.65mL (0.20%)
区域変化率: 2.70

Zoom: x1.0
区域変化率画像 WL: 0 WW: 1200
下画像 WL: 366 WW: 668

コロナル 2022/09/17 Se: 6
Thickness: 0.7 mm 3D / GR 152 / 320
TR 2200.0 msec TE 2.85 msec FA 9.0

■ 海馬(右脳)
体積: 2.65mL (0.20%)
区域変化率: 2.70

Zoom: x1.0
区域変化率画像 WL: 0 WW: 1200
下画像 WL: 366 WW: 668

3D 2022/09/17 Se: 6
Thickness: 0.7 mm 3D / GR
TR 2200.0 msec TE 2.85 msec FA 9.0

■ 海馬(右脳)
体積: 2.65mL (0.20%)
区域変化率: 2.70

RAO:2.3 CAU:9.7
Zoom: x1.0

大分類	中分類	小分類	MPR	3D	2021/06/11 体積(mL)	2022/09/17 体積(mL)	変化率(%)
大脳辺縁系	大脳辺縁系(左脳)	表示	表示	表示	15.24	14.78	-2.98
大脳辺縁系	大脳辺縁系(右脳)	表示	表示	表示	12.66	12.34	-2.47
大脳辺縁系	海馬(左脳)	表示	表示	表示	2.26	2.31	2.17
大脳辺縁系	海馬(右脳)	表示	表示	表示	2.58	2.65	2.70
白質	白質(左脳)	表示	表示	表示	161.52	163.78	1.39
白質	白質(右脳)	表示	表示	表示	162.41	165.51	1.91
大脳基底核	大脳基底核(左脳)	表示	表示	表示	6.14	5.79	-5.73
大脳基底核	大脳基底核(右脳)	表示	表示	表示	5.87	5.45	-7.14
小脳	小脳(左脳)	表示	表示	表示	56.40	57.35	1.69
小脳	小脳(右脳)	表示	表示	表示	55.68	56.57	1.60
脳室	側脳室(左脳)	表示	表示	表示	27.05	29.00	7.18
脳室	側脳室(右脳)	表示	表示	表示	23.04	25.40	10.24
脳室	第3脳室	表示	表示	表示	2.59	2.56	-1.07

体積 (mL)

▲ 海馬(右脳)

検査日

表示設定

3D MPR

現在位置 断面ライン

オーバーレイ表示設定

表示形式 区域変化率

疑似カラー

重ね合わせ率 0.50

表示範囲 -6.00 6.00

関連画像表示

関連画像読込

Volume Analyzer SYNAPSE VINCENT

検査リスト miyagawa keiko

脳区域解析 ID:25578 77歳

脳区域抽出 脳区域観察 経時変化観察

ログインユーザー: vincent 通信スタンバイ 2022/10/18 (14:11)

アキシャル 2022/09/10

Thickness: 0.8 mm Se: 8
3D / GR 182 / 319
TR 2110.0 msec
TE 2.75 msec
FA 9.0

6.00
-6.00

50 mm/div

Zoom: x1.0
区域変化率画像 WL: 0 WW: 1200
下画像 WL: 335 WW: 615

サジナル 2022/09/10

Thickness: 0.8 mm Se: 8
3D / GR 122 / 240
TR 2110.0 msec
TE 2.75 msec
FA 9.0

6.00
-6.00

50 mm/div

Zoom: x1.0
区域変化率画像 WL: 0 WW: 1200
下画像 WL: 335 WW: 615

コロナル 2022/09/10

Thickness: 0.8 mm Se: 8
3D / GR 162 / 320
TR 2110.0 msec
TE 2.75 msec
FA 9.0

6.00
-6.00

50 mm/div

Zoom: x1.0
区域変化率画像 WL: 0 WW: 1200
下画像 WL: 335 WW: 615

3D 2022/09/10

Thickness: 0.8 mm Se: 8
3D / GR
TR 2110.0 msec
TE 2.75 msec
FA 9.0

6.00
-6.00

50 mm/div

RAO:3.3 CAU:11.3
Zoom: x1.0

2022/09/10

大分類	中分類	小分類	MPR	3D	2019 体積(
全体(ICV)					
	左脳		---	---	
	右脳		---	---	
大脳皮質	前頭葉(左脳)		表示	表示	
大脳皮質	前頭葉(右脳)		表示	表示	
大脳皮質	頭頂葉(左脳)		表示	表示	
大脳皮質	頭頂葉(右脳)		表示	表示	
大脳皮質	側頭葉(左脳)		表示	表示	
大脳皮質	側頭葉(右脳)		表示	表示	
大脳皮質	後頭葉(左脳)		表示	表示	
大脳皮質	後頭葉(右脳)		表示	表示	
大脳皮質	島皮質(左脳)		表示	表示	
大脳皮質	島皮質(右脳)		表示	表示	
大脳辺縁系	大脳辺縁系(左脳)		表示	表示	
大脳辺縁系	大脳辺縁系(右脳)		表示	表示	
大脳辺縁系	海馬(左脳)		表示	表示	
大脳辺縁系	海馬(右脳)		表示	表示	
白質	白質(左脳)		表示	表示	
白質	白質(右脳)		表示	表示	
大脳基底核	大脳基底核(左脳)		表示	表示	
大脳基底核	大脳基底核(右脳)		表示	表示	
小脳	小脳(左脳)		表示	表示	
小脳	小脳(右脳)		表示	表示	
脳室	側脳室(左脳)		表示	表示	
脳室	側脳室(右脳)		表示	表示	
脳室	第3脳室		表示	表示	
脳室	第4脳室		表示	表示	
脳幹	脳幹		表示	表示	
脳溝	脳溝		非表示	非表示	

表示設定

3D MPR

現在位置 断面ライン

操作

注視点ズーム 平行移動

拡大・縮小

拡大率

x0.5 x1.0 x1.5 x2.0 x5.0

短辺のサイズ(mm)

256

表示中心

X: -0.50
Y: -0.50
Z: 22.00

MPR 3D

アルツハイマー病病理と動脈硬化・循環障害

- ・最近の研究から、動脈硬化の危険因子であった高血圧、糖尿病、メタボリック症候群などがアルツハイマー病の危険因子でもあることが明らかになってきた
- ・動脈硬化などの血管性病変に起因する循環障害や慢性脳虚血がアルツハイマー病発症の閾値を下げる可能性が考えられる。
- ・循環障害やそれによる慢性脳虚血が、直接的に脳内 $A\beta$ 産生や沈着を促進する作用を持つ可能性である
- ・さらには血液脳関門の脆弱性を惹起させ、その結果脳外への $A\beta$ のクリアランス能力を障害してしまう可能性などが考えられる

アルツハイマー型認知症とコレステロール代謝

- ・コレステロールは体内に存在する脂質で、身体に欠かせない重要な働きを持つ。ただし血中コレステロール高値がアルツハイマー病の発症と相関する。
- ・コレステロールによる動脈硬化が、認知症の発症リスクを高める。
- ・HDL新生を通してコレステロール代謝を司る apolipoproteinE (ApoE) の対立遺伝子epsilon 4が遺伝的な危険因子である。
- ・コレステロール治療薬は、認知症の発症リスクを下げる効果が期待できる

アルツハイマー型認知症と糖尿病

- ・ 認知症は発症するずっと前からの生活習慣の積み重ねが関係する
- ・ ADの原因になるアミロイド β 蛋白は、発症の25年も前から溜まりだすというデータがある。
- ・ 高齢期が65歳だとすると早い人で40歳から溜まってしまう事になる。
- ・ アミロイド β 蛋白とインスリンに関係がある。
- ・ 糖尿病にならないよう、この時期から注意が必要。

認知症（BPSD）と紛らわしい病気や状態

うつ病

気分が落ち込んで元気がなくなる病気ですが、認知症のように見えることがあります。抗うつ剤という種類の薬で症状改善が期待できます。



難聴や視力障害 （白内障）

耳が遠くなったり、目が悪くなって、外から受け取る情報量が減った結果、認知症のようにみえることがあります。補聴器の使用や白内障の治療が必要です。



薬の飲みすぎ

複数の医療機関に同時並行で通院していて、薬を飲みすぎている場合や、間違って薬を飲んだ場合、認知症のようになることがあります。

リロケーション・ダメージ

- 施設入所
- 部屋の移動
- ショートステイ
- 入院
- 認知症による見当識障害
- せん妄の存在
- うつ状態（ホームシック）

非薬物療法

① 回想法

回想を通して自信獲得や心理的安定を計る

② 音楽療法

内容は多岐にわたる

音楽を媒介に、行動、態度、構えを望ましいもの

③ その他

学習療法、絵画療法、園芸療法、ペット療法

治療的レクリエーション

思い出語ってお年寄りを元気に 地域ぐるみで「回想法」

お年寄りが思い出を語り合うことで脳を活性化させ、認知症予防を。心理療法を活用した「回想法」という手法が注目されている。地域を挙げて取り組む愛知県北名古屋市では、認知症だけではなく高齢者の介護予防にも効果が出て医療費の削減につながった。11月には同市で初の全国シンポジウムも開かれる。



国立長寿医療研究センター（愛知県大府市）などが北名古屋市で回想法を体験した高齢者を調べたところ、記憶力と注意力の認知機能が改善されたことが確認された。さらに脳の血流が増加することも分かった。

平成22年8月22日

朝日新聞

神経成長因子（NGF：nerve growth factor）

神経軸索の伸長及び神経伝達物質の合成促進作用、神経細胞の維持作用、細胞損傷時の修復作用、脳神経の機能回復を促し老化を防止する作用等を持ち合わせた重要なタンパク質です。特に、樹状突起の機能低下を防ぐ働きがアルツハイマー病や痴呆症の予防・治療に有効であると注目されています。

NGFに重要な因子

- 脳の栄養
- 運動・習慣
- 好奇心
- 笑い
- ポジティブ・シンキング
- 睡眠リズム
- 恋愛
- 感動

頭のよいのは遺伝するか！

- 個人の素因（性格、解剖学的特徴）
- 環境（小児期からの発達、人間関係）
- 遺伝

勉強ができる子？
氏・・・

遺伝は変えられる！

ナン・スタディ

700人近い高齢の修道女が協力・参加した大規模なものです。

米ミネソタ大学（当初はケンタッキー大学）の予防医学研究グループが、ノートルダム修道院の協力を得て行って、1986年から始まり現在でも調査・分析が継続されている息の長いもので、これまでに認知症に関する様々な知見をもたらしています。

101歳の修道女 シスター・マリー

ナン・スタディの協力者の1人に101歳で亡くなったシスター・マリーという方がいました。

シスター・マリーは亡くなる直前まで知能テストで高得点を獲得し続け、修道院の毎日の日課などもきちんとかなし、他の修道女とのコミュニケーションも問題なく取れていました。つまり、認知症とみられる症状は微塵もなかった、ということです。

ところが、彼女の死亡後に行われた病理解剖で彼女の脳は何年も前から萎縮していたことが明らかになった上、脳組織には老人斑や神経原線維変化が多数見つかりました。

彼女の脳がアルツハイマー病を発症していたことは疑う余地がありませんでした。

78歳 女性

生活歴：55歳ころまで保育士をしていた。

既往歴：特記なし

X年、テレビで認知症の報道を見て、物忘れがあるとの自覚からかかりつけ医より紹介、夫とともに認知症外来に受診。ADの診断にて、本人と夫に病名、病状を告知し抗認知症薬投与を開始した。介護保険は自立であったため自宅で学習療法等を行っている。当院の認知症DC通所。

X+11年現在2か月に1回の通院を継続している。

介護保険：自立

X年 MMSE: 23点

HDSR：24点

VSRAD:Zスコア 3.87

eZIS：zスコア 2.38

頭部 MRI:前頭葉、シルビウス裂を中心とした脳萎縮

X+11年

MMSE：18点

HDSR:16点