

主催：日本神経学会、共催：文部科学省「脳科学研究戦略推進プログラム」

高齢期を豊かに生きる

脳の老化と 認知症の克服

第53回日本神経学会学術大会市民公開講座

抄録集

平成24年 5月26日(土) 13時 → 16時

会場：東京医科歯科大学M&Dタワー2階
鈴木章夫記念講堂(東京都文京区湯島1-5-45)



総合司会：桜井 洋子（NHK アナウンサー）

新潟県上越市出身。1975年NHK入局。アナウンス室・エグゼクティブアナウンサー。「ニュース7」等ニュース・報道番組を30年近く担当。現在は「NHKアーカイブス」「NHK俳句」の司会を務める。

■ **講演 1**（13：10～13：40）

認知症とは？ —とても大切な脳のお話—

水澤 英洋（東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科）

■ **講演 2**（13：40～14：10）

レビー小体型認知症を正しく理解する

伊東 大介（慶應義塾大学医学部神経内科）

■ **講演 3**（14：10～14：40）

前頭側頭葉変性症の臨床像と病態

祖父江 元（名古屋大学大学院医学系研究科）

■ **講演 4**（15：00～15：30）

脳卒中、認知症を予防する生活習慣

富本 秀和（三重大学大学院医学研究科）

■ **講演 5**（15：30～16：00）

アルツハイマー病の根本治療をめざして

岩坪 威（東京大学大学院医学系研究科）

● 認知症とは？ —とても大切な脳のお話— ●



水澤 英洋

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科

1976年東京大学卒業。1982年東京大学神経内科助手、1984年筑波大学神経内科講師、1990年同助教授、1996年東京医科歯科大学神経内科教授、1999年同大学大学院医歯学総合研究科脳神経病態学教授、2008年同脳統合機能研究センター長、同附属病院副院長、2011年同医学科長。

認知症では、物忘れなど記憶の障害を中心として、周りの事物のことがよく分からない、言葉がうまく出せない、よく知っていたはずの行為がうまくできなくなるなどの脳の機能が損なわれます。これは、一時的なものでなく徐々に進行して悪くなっていくことがふつうです。したがって、軽いものから重症なものまであり、それによって会社での仕事や日常生活がうまく送られない位のとときに始めて病気として認知症と診断します。

認知症には、様々な原因による病気が含まれています。いずれも、記憶、認知、行為の遂行といった脳のもつ重要な機能を司る場所の神経細胞が障害されて徐々に減っていったことにより生じます。最も多いのがアルツハイマー病で、その他にレビー小体型認知症や前頭側頭葉変性症もまれならずみられます。また、ふつうの脳卒中でも繰り返せば認知症を来しますが、もっとジワジワと血液の循環が悪くなり生じることもあり血管性認知症と呼ばれています。

認知症は、初老期からみられ始め、年をとると共にその頻度が増してゆきます。すなわち加齢に関連した病気です。わが国では、急速に高齢者が増えていて認知症の頻度も増加しており、その克服はわれわれ神経内科などの認知症を診療する医師のみならず、国にとっても重要な課題です。ヒトが生まれてから、小児期の健全な発達を経て、成人となり活力ある生活を送り、やがて健やか老年期を迎えるためには、その重要な機能を担う脳が健全に発達し、活力を保ち、健やかに老いることが必要です。このために文部科学省では脳科学研究戦略推進プログラムというプロジェクトを推進しており、今回は老年期焦点を当てて日本神経学会とともにこの認知症の克服に向けての市民公開講座を企画した次第です。この講座を、われわれの脳の仕組みや大切さの理解、そしてその脳の病気である認知症の理解と克服に少しでも役立てていただければ幸いです。

● レビー小体型認知症を正しく理解する ●



伊東 大介

慶應義塾大学医学部神経内科

1996年慶應義塾大学大学院単位取得退学、同年慶應義塾大学神経内科・助手、2001年 University of Chicago、Post-doctoral fellow を経て、2006年より現職。

レビー小体型認知症は老年期に発症する認知症の一つです。進行性の認知機能障害や幻視などの精神障害に加えて、パーキンソン病に似た症状（歩行障害、手の震えなど）を呈する神経疾患です。アルツハイマー病、脳血管性認知症に次いで3番目に頻度が高く、最近増加傾向にあるといわれております。また、小阪憲司先生（横浜市立大学名誉教授）によって世界で初めてその存在が示された疾患として、わが国では特に注目されています。

本疾患は、大脳の神経細胞内に「レビー小体」と呼ばれる特殊な変化が現れることが特徴です。レビー小体は、元来パーキンソン病患者の中脳に観察されるもので、この二つの疾患は病気のメカニズムに共通性があると考えられています。また、臨床症状で重なり合う点が多いことからレビー小体型認知症はパーキンソン病の近縁疾患とされています。

症状は、認知機能障害に加えて幻視が特徴です。幻視は早期から認められ、他の認知症と鑑別するのに重要な症状です。典型的には、人物、虫などがでてくるリアリティのある幻視のことが多いです。反復性であり、夕方など薄暗くなる時間帯に多く出現します。

治療は、アルツハイマー病で使うお薬(アリセプト®など)がこの疾患にも有効です。しかし、現時点では保険適応外ですので使用に際しては医師との相談が必要です。また、パーキンソン病と似た症状に対しては、パーキンソン病の薬が有効で、専門医の治療が必要となります。現時点では根本的な治療は困難ですが、お薬や介護の工夫でうまくお付き合いすることができる病気です。

● 前頭側頭葉変性症の臨床像と病態 ●



祖父江 元

名古屋大学大学院医学系研究科

1975年3月名古屋大学卒業。1995年名古屋大学医学部神経内科教授、2002年より名古屋大学大学院医学系研究科神経内科教授。2009年4月～2012年3月名古屋大学大学院医学系研究科長・医学部長。

"神経変性"とは、大脳や脊髄において特定の神経細胞が消失し、その部位が萎縮する病態を指し、神経変性が原因となっている疾患を神経変性疾患と呼びます。前頭側頭葉変性症は、アルツハイマー病やレビー小体型認知症と並んで、神経変性疾患が原因となる認知症に含まれます。

前頭側頭葉変性症は、前頭葉と側頭葉が萎縮することを特徴とし、65歳以下の働き盛りで発症することが多く、初期から、行動に対する抑制が効かなくなる、周囲への配慮や遠慮が無くなる、同じような行動ばかりする、暴力行為や悪ふざけが目立つ、落ち着きが無くなる、自分や社会に対する関心が低下する、身だしなみがだらしなくなるといった症状を様々な程度で認め、軽犯罪を引き起こす場合もあります。また、会話量が減ってくる、物品の意味が分からなくなるといった言語障害が目立つ症例もあります。これらの症状はゆっくりと進行しますが、途中筋力低下、筋萎縮、嚥下、呂律の障害を伴う場合もあり、最終的には寝たきり状態になります。

前頭側頭葉変性症は複数の疾患群から構成され、症例によって臨床像も異なるため、神経内科専門医による適切な診断と治療方針の決定が必要ですし、精神科と協力して対応することが重要な場合も少なくありません。

適切な治療法を開発していくためには、その病態の解明が重要ですが、近年詳細な病理学的な検討から、タウ、FUS、TDP-43 と呼ばれる蛋白質が病態に密接に絡んでいることが分かってきました。現在、私たちは、こうした蛋白質に着目し、動物モデル、細胞モデルの開発を通じた病態機序解明を進めるとともに、疾患の進行の実態調査（自然歴研究）や、短期間で治療効果を判定出来る指標の開発を進めています。

今回の講演では、前頭側頭葉変性症の臨床像を分かりやすくご説明するとともに、分かってきた病態や治療への展望などについても触れたいと思っています。

● 脳卒中、認知症を予防する生活習慣 ●



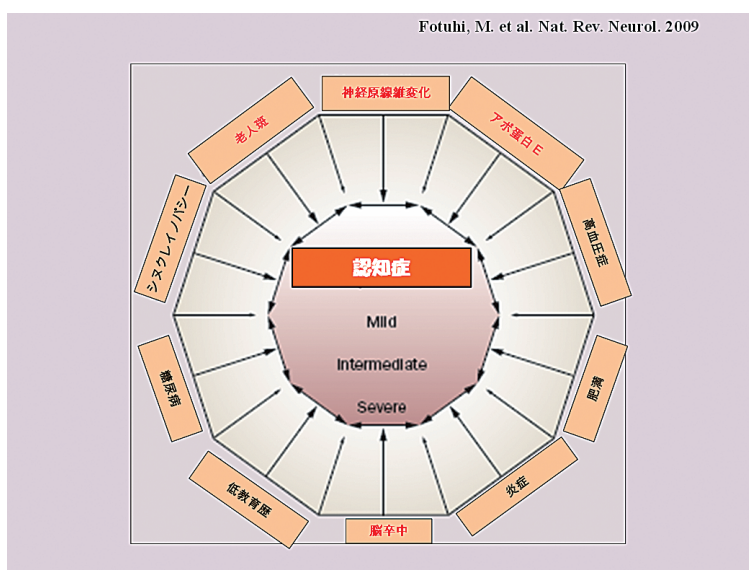
富本 秀和

三重大学大学院医学研究科

1981年3月京都大学医学部卒業。1987年11月3年間米国メイヨー・クリニック留学、1988年5月京都大学医学博士、2007年11月京都大学神経内科講師を経て2008年5月より現職。2010年4月より三重大学大学院医学研究科・認知症医療学講座教授（兼任）、2011年より三重大学医学部附属病院副病院長。

脳卒中に罹患すると、その後2～3割の患者が認知症を発症し脳卒中後認知症と呼ばれています。その最大の原因は血管性認知症ですが、潜在性のアルツハイマー病が脳卒中を契機に発症するというケースもあります。血管性認知症はアルツハイマー病と合併することも多く、両者の合併したものは混合型認知症と呼ばれています。

生活習慣病が脳卒中の危険因子であることは広く知られていますが、最近の疫学調査から中年期の生活習慣病がアルツハイマー病の発症リスクを増やすことがわかってきました。従って、生活習慣病を防ぐことはアルツハイマー病や混合型認知症を予防する上でも意味があります。図は高血圧、糖尿病、高脂血症などの生活習慣病が、アルツハイマー病の脳の病変（上段の老人斑、神経原線維変化）や脳卒中（下段）と並んで認知症の原因になることを示したものです。講演では脳卒中、認知症を防いで健康で長生きするための秘訣をわかりやすくお話しします。



● アルツハイマー病の根本治療をめざして ●



岩坪 威

東京大学大学院医学系研究科

1984年東京大学医学部卒業、1986年東京大学神経内科入局。1998年東京大学大学院薬学系研究科・臨床薬学教室教授。2007年東京大学大学院医学系研究科・神経病理学分野教授。同年J-ADNI主任研究者。2011年東京大学医学部附属病院・早期探索開発推進室長・兼務。現在に至る。

高齢化社会の本格化とともに、アルツハイマー病(AD)による認知症が急増しており、その根本的な対策が急がれています。ADで認知症が起こる原因は、大脳皮質の神経細胞が脱落することにあります。これと同時にβアミロイド(Aβ)と呼ばれるタンパク質が脳に蓄積してくることが、その原因の1つと考えられています。従って、脳にAβが溜まることを抑制する治療法は、ADの根本的な治療法として有望と考えられ、過去数年の間にいくつかの薬剤が開発され、大規模な臨床試験も行われてきましたが、まだ成功をみていません。Aβを標的とする療法をはじめとする、あらゆる根本治療法は、認知症の症状が明らかになった「臨床的なAD」の発症後よりも、前駆段階の「軽度認知障害」(MCI)、あるいは脳に変化は生じはじめていますが全く症状のない「前症候期(preclinical)AD」などの超早期に行うのが理想的と考えられるようになりつつあります。しかし、症状が軽微な時期に治療薬の効果を判定するためには、問診や心理テストなどの臨床的な評価方法だけでなく、脳で起きている変化を客観的にとらえる方法(バイオマーカー)が必要になります。ADのバイオマーカーとして有力な手段に、画像診断法があります。MRI法で脳の形を精密に描き出して、容積の変化を測ること、またPET法で脳のブドウ糖代謝や、アミロイドの蓄積を画像化することはすぐれた方法です。また腰椎穿刺で脳脊髄液を採取し、Aβやタウなどのタンパク質を測定することも診断や評価に役立ちます。これらの指標を用いてADの進行過程をモニターし、発症予測や薬剤の治療効果の判定法を確定しようとする大規模な臨床研究として、AD Neuroimaging Initiative(ADNI)が米国と我が国で行われています。本邦のJ-ADNIもすでに540例を超える被験者の追跡研究が順調に行われており、今後より早期の精密な評価法をめざした研究が展開するとともに、AD根本治療薬の早期実用化に役立つものと考えられます。



メ

毛

A large white rectangular area with rounded corners, containing numerous horizontal dotted lines for writing.



A large white rectangular area with rounded corners, containing numerous horizontal dotted lines for writing. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page.

