

# 認知症疾患治療の ガイドラインについて

A guideline for the treatment of dementia

洛和会京都臨床治験センター／所長

中村 重信\*

## はじめに

アルツハイマー病（AD）などの認知症に対する治療は歴史も新しく、本邦で十分検討されたものは少ない。しかし、日常の診療では様々な薬物が投与され、多種類のケアがされている。また、新しい治療法も検討されている。欧米では現在、本邦で未許可の治療法も開発、認可されている。本ガイドラインの目的はわが国で認可されていない治療も含め、認知症に対する治療法をデータに沿って評価し、認知症患者の治療やケアに役立てることである。

米国精神医学会やカナダやアメリカ神経学会は既に認知症治療ガイドラインを作成している。それらを参考の上、その後の進歩も加え、認知症治療ガイドラインとした。薬物および非薬物治療に加えて、予防法も含めた。薬物としてコリン系賦活薬、神経遮断薬、抗うつ薬の効果を評価した。非薬物療法として、行動、感情、認知、刺激

を介する治療法を評価した。疫学より得られた生活習慣など認知症予防に関するデータの有効性も検討した。

認知症治療ガイドラインの作成にあたり、Cochrane libraryの認知症治療に関する解析も利用した。治療法評価は Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) や Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (表1) を用いた。治療法の評価はガイドライン作成者の主観が込められているため、神経学会ホームページに公表して会員の批判を仰ぎ、それらを参考にして修正した。

## 公表

上記のガイドラインを日本神経学会機関紙に公表したが<sup>1)</sup>、学会員以外の人<sup>2)</sup> や外国向け<sup>3)</sup> にも公表した。本ガイドラインにはフローチャートによる指針が含まれていなかったため、フローチャートを加えた (図1)<sup>4)</sup>。

表1 お勧め度 (SIGN) (文献<sup>1)</sup> による)

A	エビデンスレベル I a、I b	全体としてよい質で、一貫性をもつ文献の一部として、少なくとも1つのランダム化比較試験をもつため、強く勧められる。
B	エビデンスレベル II a、II b、III	ランダム化比較試験ではないが、よく実施された臨床研究があるため、ある程度勧められる。
C	エビデンスレベル IV	専門家委員会のレポートや意見、あるいは権威者の臨床経験で、直接適用できるよい質の研究がない。

\* Sigenobu Nakamura: Rakuwakai Kyoto Clinical Trial Center  
現) 洛和会京都治験・臨床研究支援センター／所長

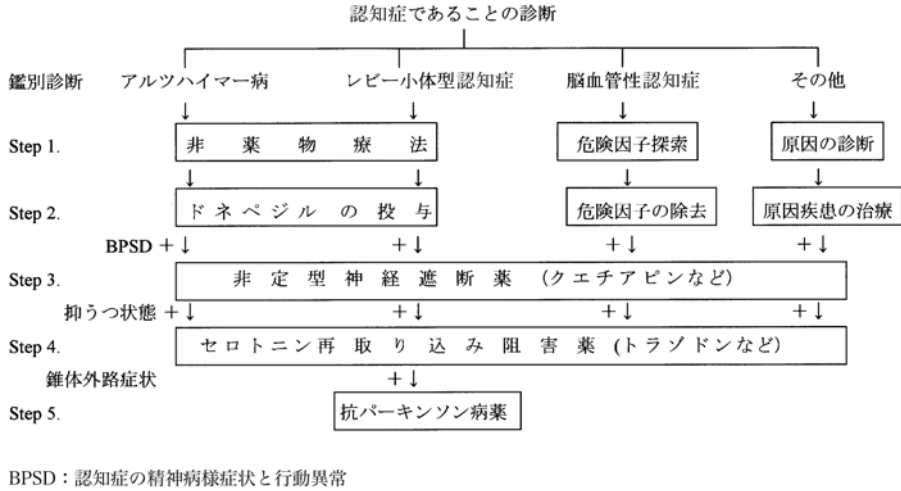


図1 認知症治療ガイドラインのフローチャート（文献<sup>4)</sup>による）

### アルツハイマー病（AD）治療ガイドライン

ADの治療に当たって、第一にすべきことは患者が認知症であるとの診断をすべきである。軽度認知障害（MCI）と認知症を鑑別する必要がある、MCIに対してドネペジルは保険適応外である。認知症であるならば、その鑑別診断をすべきである。認知症を呈する疾患は種類が多いので、AD、レビー小体型認知症（DLB）、脳血管性認知症（VD）、その他の認知症に大別する。

次に、非薬物療法（精神的ケアや環境の整備）を行うことが勧められる。デイサービスがエビデンスもあり、最も勧められるが、他のケアの有用性も検討中である。第2の治療ステップはドネペジル（3→5mg/日）の投与が勧められる。現在、他のコリン系賦活薬などが開発中で、今後は変更されるだろう。

いずれの認知症についても認知症の精神病症状と行動異常（BPSD）が認められる症例には副作用の比較的小さい、非定型神経遮断薬の投与が勧められる。非定型神経遮断薬の中では錐体外路症状の少ないクエチアピンが勧められる。しかし、本薬剤はわが国では統合失調症に適用が限られており、ADに対する治験が行われたが、途中で中止された。第4のステップとして、不眠を含む抑うつ状態を伴う認知症例にはセロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）の投与が勧められる。

SSRIのなかではトラゾドンがよく使用されるが、十分なエビデンスはない。

DLBはADに準じて治療を進めるが、第5のステップとして、錐体外路症状に対しレボドパなどの抗パーキンソン病薬が勧められる。

### 脳血管性認知症（VD）治療ガイドライン

VDの場合は認知症状などの進行を防ぐため、高血圧症、糖尿病などの危険因子を検索する。次に、降圧薬、糖尿病治療薬、抗血小板薬などによる危険因子に対する治療を行うことが大切である。

### その他の認知症治療ガイドライン

その他の認知症に関しては認知症の原因となる疾患を診断する。DMS-IVに従い甲状腺機能異常、ビタミンB<sub>12</sub>、葉酸やニコチン酸の欠乏、高カルシウム血症、神経梅毒、HIV感染症、毒物や薬物などを検索する必要がある。正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫、良性脳腫瘍など手術可能な認知症を診断することも大切である。その他の認知症では原因疾患に対する治療を行うことが大切である。なお、前頭側頭型認知症、進行性核上麻痺、大脳皮質基底核変性症、ハンチントン病、クロイツフェルト・ヤコブ病は治療法が確立しておらず、頻度も低いので図からは除いた。

おわりに

現在、認知症治療に関する研究は非常な速度で進行しており、認知症治療ガイドラインは近い将来、改訂されるであろう。

参考文献

- 1) 痴呆疾患治療ガイドライン作成小委員会：痴呆疾患治療ガイドライン 2002 臨床神経 42: 781-833, 2002

- 2) 中村重信編：痴呆疾患の治療ガイドライン, 東京, ワールドプランニング, 2003
- 3) Nakamura S: A guideline for the treatment of dementia in Japan. Int Med 43: 18-29, 2004
- 4) 中村重信：痴呆疾患治療ガイドラインのフローチャート. 臨床神経 44: 211-212, 2004

この論文は、平成16年7月24日(土) 第18回老年期痴呆研究会(中央)で発表された内容です。