

認知症疾患 治療ガイドライン **2010**

監修 日本神経学会

編集 「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会

認知症疾患治療ガイドライン 2010

発行 2010年10月15日 第1版第1刷©
2011年10月1日 第1版第5刷

監修 日本神経学会

編集 「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会

発行者 株式会社 医学書院

代表取締役 金原 優

〒113-8719 東京都文京区本郷 1-28-23

電話 03-3817-5600(社内案内)

印刷・製本 三報社印刷

本書の複製権・翻訳権・上映権・譲渡権・公衆送信権(送信可能化権を含む)は(株)医学書院が保有します。

ISBN978-4-260-01094-8

本書を無断で複製する行為(複写、スキャン、デジタルデータ化など)は、「私的使用のための複製」など著作権法上の限られた例外を除き禁じられています。大学、病院、診療所、企業などにおいて、業務上使用する目的(診療、研究活動を含む)で上記の行為を行うことは、その使用範囲が内部的であっても、私的使用には該当せず、違法です。また私的使用に該当する場合であっても、代行業者等の第三者に依頼して上記の行為を行うことは違法となります。

JCOPY (社)出版者著作権管理機構 委託出版物)

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

監修 日本神経学会

(協力学会：日本精神神経学会 日本認知症学会 日本老年精神医学会 日本老年医学会 日本神経治療学会)

編集 「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会

委員長

中島 健二 鳥取大学医学部脳神経医科学講座脳神経内科学分野 教授

委員

朝田 隆 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻精神病態医学分野 教授

天野 直二 信州大学医学部精神医学講座 教授

荒井 啓行 東北大学加齢医学研究所脳科学研究部門老年医学分野 教授

池田 学 熊本大学大学院生命科学研究部脳機能病態学分野 教授

飯島 節 筑波大学大学院人間総合科学研究科生涯発達科学専攻 教授

植木 彰 自治医科大学附属さいたま医療センター神経内科 教授

宇高不可思 住友病院 副院長

岡本 幸市 群馬大学大学院医学系研究科脳神経内科学 教授

河村 満 昭和大学医学部内科学講座神経内科学部門 教授

東海林幹夫 弘前大学大学院医学研究科脳神経内科学講座 教授

玉岡 晃 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻神経病態医学分野 教授

富本 秀和 三重大学大学院医学系研究科神経感覚医学講座神経病態内科学 教授

長田 乾 秋田県立脳血管研究センター神経内科 研究部長

本間 昭 認知症介護研究・研修東京センター センター長

水澤 英洋 東京医科歯科大学大学院脳神経病態学 教授

森 秀生 順天堂大学越谷病院神経内科 教授

山田 達夫 蒲田リハビリテーション病院 総院長

山田 正仁 金沢大学大学院医学系研究科脳老化・神経病態学(神経内科) 教授

和田 健二 鳥取大学医学部附属病院神経内科 講師

評価・調整委員

岩坪 威 東京大学大学院医学系研究科脳神経医学専攻基礎神経医学講座神経病理学 教授

加藤 丈夫 山形大学医学部内科学第三講座(第三内科) 教授

辻 省次 東京大学大学院医学系研究科脳神経医学専攻臨床神経精神医学講座神経内科学 教授

西澤 正豊 新潟大学脳研究所臨床神経科学部門神経内科学分野 教授

アドバイザー

葛原 茂樹	鈴鹿医療科学大学保健衛生学部 教授／三重大学 名誉教授
中村 重信	洛和会京都治験・臨床研究支援センター 所長
小阪 憲司	横浜ほうゆう病院 院長

研究協力者

石井 一弘	筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻神経病態医学分野 准教授
伊集院睦雄	東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム
犬塚 伸	信州大学医学部精神医学講座
今村 恵子	鳥取県立中央病院神経内科 副院長
植村 佑介	鳥取大学医学部附属病院神経内科
瓦林 毅	弘前大学医学部附属病院神経内科 講師
高橋 晶	筑波大学大学院人間総合科学研究科病態制御医学専攻精神病態医学分野
亀山 祐美	東京大学保健・健康推進本部 助教(東京大学医学部附属病院老年病科)
木棚 究	東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座(東京大学医学部附属病院老年病科)
佐々木良元	三重大学医学部附属病院神経内科
三條 伸夫	東京医科歯科大学大学院脳神経病態学
高野 大樹	秋田県立脳血管研究センター神経内科
瀧川 洋史	鳥取大学医学部附属病院神経内科
詫間 浩	筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻神経病態医学分野 講師
竹村 彩	東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座(東京大学医学部附属病院老年病科)
當間圭一郎	住友病院神経内科 医長
富所 康志	筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻神経病態医学分野 講師
新名 理恵	SINCA(株)認知症医療事業部 顧問
橋本 衛	熊本大学大学院生命科学研究部脳機能病態学分野 講師
藁谷 正明	松戸市立福祉医療センター東松戸病院神経内科 部長
古川 勝敏	東北大学病院老年科 准教授
松原 悦朗	弘前大学大学院医学研究科脳神経内科学講座 准教授
水上 勝義	筑波大学大学院人間総合科学研究科病態制御医学専攻精神病態医学分野 准教授
安野 史彦	国立循環器病研究センター精神神経科 医長
山口 潔	東京大学医学部附属病院地域医療連携部 助教
吉田 光宏	金沢大学附属病院神経内科 講師
渡辺 光法	弘前大学附属病院神経内科 助教
渡邊 睦房	東京都立墨東病院内科

神経疾患治療ガイドライン改訂版の 発行にあたって

日本神経学会

前代表理事 葛原 茂樹／代表理事 水澤 英洋

ガイドライン統括委員長 清水 輝夫

日本神経学会では、2001年5月と7月の理事会で、当時の柳澤信夫理事長の提唱に基づき、主要な神経疾患について治療ガイドラインを作成することを決定し、2002年に「慢性頭痛」、「パーキンソン病」、「てんかん」、「筋萎縮性側索硬化症（ALS）」、「痴呆性疾患」、「脳血管障害」の6疾患についての「治療ガイドライン2002」を発行しました。

2002年の発行から5年以上が経過し、各疾患において新しい知見や治療薬が加わったことを踏まえ、2008年5月と7月の理事会において治療ガイドラインの改訂を行うことを決定し、直ちに作業を開始しました。今回の改訂の対象は、前回のガイドライン発行以降に治療上の新薬承認や使用薬の変更があった「慢性頭痛」、「パーキンソン病」、「てんかん」、「認知症」、「脳血管障害」の5疾患（その後、諸般の事情で慢性頭痛については今回の改訂は見送り）と、今回から新たに加わった「多発性硬化症」を含めた6疾患であり、疾患別治療ガイドライン（改訂）委員会が設置されました。さらに、これらと新規に設置された「遺伝子診断のガイドライン」作成委員会を含めて、全体を代表理事の下で統括する統括委員会も発足しました。なお、それぞれの疾患別委員会は、委員のほかに、研究協力者、評価・調整委員から構成されております。

今回の治療ガイドライン改訂の作成にあたっては、本学会として、すべての治療ガイドラインに一貫性を持たせることができるような委員会構成としました。近年問題になっている利益相反に関しても、本学会として独自に指針と基準を定めた上で、担当委員を選びました。各委員会における学会としての責任体制を明確にするために、委員長（他学会と合同の委員会を作っているものについては、本学会から参加する担当理事）は、理事長が理事の中から指名しました。各疾患別委員会の委員候補者は、委員長（あるいは担当理事）から推薦していただき、推薦された委員候補者には利益相反について所定の様式に従って自己申告していただき、審査委員会の審査と勧告を踏まえて各委員会の委員長と再調整した上で、理事会で承認するという手順で委員を決定しました。

ガイドライン作成にあたり、関連する他学会との協力は前回の治療ガイドライン2002でも実施されておりましたが、今回のガイドライン改訂にあたってはこの方針をもう一步進めて、全疾患について複数の関連諸学会に呼び掛けて合同委員会を組織し、ガイドライン作成にあたりました。快く合同委員会設置にご賛同いただいた各学会には、この場を借りまして深く感謝いたします。

今回の改訂治療ガイドラインは、日本図書館協会の協力を得て前回と同じく evidence-

based medicine (EBM) の考え方に基づいて作成されていますが、基本的に Q & A (質問と回答) 方式で記述されていますので、読者には読みやすい構成になっていると思います。回答内容は、エビデンスを精査した上で、可能な限りエビデンスレベルに基づいたガイドラインを示してあります。もちろん、疾患や症状によっては、エビデンスが十分でない領域もあります。また、薬物治療や脳神経外科治療法が確立している疾患から、薬物療法に限界があるために非薬物的介入や介護が重要な疾患まで、治療内容はそれぞれ様々で、EBM の評価段階も多様です。当然ながら、治療によって症状の消失や寛解が可能な疾患と、症状の改善は難しく QOL の改善にとどまる疾患とでは、治療の目的も内容も異なります。そのような場合であっても、現時点で考えられる最適なガイドラインを示すように努めました。

さらに、神経内科診療において、遺伝子診断の重要性が増している現状を踏まえ、神経内科医に必要な遺伝子診断のための知識とポイントをまとめた『神経疾患の遺伝子診断ガイドライン 2009』を新規に作成し、2009 年に刊行いたしました。

本ガイドラインは、決して画一的な治療法を示したものではないことにもご留意いただきたいと思います。同一の疾患であっても症状には個性があり、最も適切な治療は患者さんごとに異なっていますし、医師の経験や考え方によっても治療内容は同じではないかもしれません。治療ガイドラインは、あくまで、医師が主体的に治療法を決定する局面において、ベストの治療法を選択する上での参考としていただけるように、個々の治療薬や非薬物的治療の現状における一定の方式に基づく評価を、根拠のレベルを示して提示したものであります。

本ガイドラインが、協力学会会員の皆様の診療活動に有用なものとなることを、作成関係者一同願っております。神経疾患の治療法は日進月歩の発展を遂げており、今後も定期的に改訂していくことが必要です。今回作成した各疾患の治療ガイドラインを関係学会会員の皆様に活用していただき、皆様からいただいたご意見をフィードバックさせて改訂内容に反映させることにより、よりよいものに変えていきたいと考えております。

これらのガイドラインが、会員の皆様の日常診療の一助になることを期待しますとともに、次なる改訂に向けてご意見とご批判をいただければ幸いです。

2010 年 8 月

序に替えて

「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会

委員長 中島健二

2002年に、日本神経学会が中心になって「痴呆疾患治療ガイドライン 2002」を公開した。その後8年が経過し、また、2006年に日本神経学会治療ガイドライン評価委員会から出された改訂に向けてのいくつかの提言を受け、ここに認知症疾患治療ガイドラインの改訂がなされることになった。

ガイドライン改訂に向けての経緯

2002年の痴呆疾患治療ガイドラインが公開された後、本邦の認知症実地診療において新たに使用可能になった抗認知症薬はいまだ登場していない。このため、当初は日本神経学会治療ガイドライン評価委員会からの提言についての限定的な改訂を想定していた。同評価委員会による提言から、今回の改訂では以下の点に配慮した。まず、認知症診療において不可避と考えられる合併症や医学管理上問題となる事項の解決法をより具体的に提示することを目指した。また、2002年版の総説的な内容はコンパクトに残し、エビデンスの揃っていない点に関しては本ガイドライン改訂・作成合同小委員会としての対策を提示するようにし、“治療”に限定せず診断も含めた“診療ガイドライン”とすることとした。

その後、今回の改訂ではクリニカル・クエスチョンを用いたガイドラインを作成することになり、また、日本神経学会、日本精神神経学会、日本認知症学会、日本老年精神医学会、日本老年医学会、日本神経治療学会の6学会が協力して合同で改訂作業を進めることになり、新たに各学会から推薦された委員も加わって改訂作業が行われることになった。これらのために、本ガイドラインの改訂は、ほぼ全面的な改訂作業を行うことが必要となった。

さらに、本ガイドライン改訂に当たっては、日本神経学会の利益相反に関する方針に従い、本小委員会委員の利益相反について日本神経学会倫理委員会による審査を受け、その審査結果に基づいて作業を進めた。この利益相反に関する対応がガイドライン作成作業の途中で決定されたところから、本小委員会委員に迷惑と手数をお掛けしたことは申し訳なく思うところである。

なお、日本神経学会治療ガイドライン改訂統括委員会からの指示もあり、今回の「認知症疾患治療ガイドライン 2010」は、読者対象として一般の医師を想定して作成することとした。

本ガイドラインの改訂作業について

本委員会ではメーリングリストを作成して議論を進めるとともに、必要に応じて委員会

を開催した。

2008年4月25日に第1回の委員会を開催し、基本的な構成や分担等を決めた。まず、クリニカル・クエスチョンを作成し、それについてメーリングリストで議論した後、各クリニカル・クエスチョンに対応したキーワードを選定した。そのキーワードを用い、日本医学図書館協会診療ガイドラインワーキンググループにより1983年以降の文献検索を行った。文献検索は2008年12月から2009年1月に終了した。このため、本ガイドラインの検索対象文献は、2008年までのものとなった。このようにして得られた文献リストから、各委員により文献が吟味して選択され、アブストラクトテーブルが作成され、各文献のエビデンスレベルを評価して原稿を作成した。なお、アブストラクトテーブルやアブストラクトフォームの作成には、本小委員会委員のみならず、各委員から推薦された研究協力者の協力により作業が進められた。

2009年4月に第2回の委員会を開催し、委員が一同に会して全原稿について議論し、原稿の修正を行うとともに、各クリニカル・クエスチョンについて推奨グレードを確認した。その後、全原稿をインターネットで閲覧可能にしてメーリングリストで議論を進めた。

同年8月に第3回の委員会を開催して全原稿について再度議論して検討し、推奨グレードを再確認した。その委員会議論を受けての原稿修正を終え、同年9月に本小委員会のアドバイザー、評価調整委員に対して本原稿についての意見を求め、それに対する修正を行った後、12月に各学会へ原稿を送付し、本ガイドライン(案)に対する各学会の学会員に対して意見公募を行った。

本ガイドラインの内容・項目

今回のガイドラインにおいては、総論的な事項として、定義、疫学、診断、対応・治療、薬物・非薬物治療、合併症とその治療、精神医学的管理、社会資源、倫理的配慮、予防、軽度認知障害 mild cognitive impairment (MCI)、重症度別対応等を取り上げた。また、認知症の原因疾患としての各論的事項としては、Alzheimer病、血管性認知症、Lewy小体型認知症、前頭側頭型認知症、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、Huntington病、プリオン病を対象とした。特発性正常圧水頭症等、他にガイドラインがある疾患、硬膜下血腫やその他の数多くの内科的・脳外科的疾患等については、診断・鑑別診断の中で述べることに留め、それぞれの治療に関して項目立てをして記載することは見送ることとした。

認知症患者への配慮

長寿、老化予防、認知症予防は、古くからの人類のテーマであるが、いまだに解決の目処は立っていない。人口高齢化とともに、認知症の増加が予想され、認知症の治療・ケアのみならず、その予防も含め、これらへの取り組みが社会的にも強く要請されている。一方、認知症診療においては、人間としての尊厳を尊重し、適切な医療・ケアを受ける権利は平等に保障されるべきであり、認知症であることや高齢であること等を理由として差別を受けるようなことがあってはならないことは当然認識されるべきである。これらの認識を踏まえて本ガイドラインの作成に当たった。

認知症の診断について

本治療ガイドラインでは、日本神経学会治療ガイドライン評価委員会からの提言に従い、治療のみならず診断についても記載することとして作業を進めた。

認知症の診断は、病歴、診察、適切な検査を行って診断する。認知機能・心理検査、さらに、血液検査や画像検査を含めた必要な検査を適宜行う。また、高齢者が多く、種々の薬剤を服薬していることが少なくないところから、認知機能に変化をきたす可能性のある薬剤を確認することも重要である。遺伝的要因、家庭や職場等、患者を取り巻く環境要因等についての確認も必要である。

通常、まず認知症であることを診断した後、認知症の原因診断が行われる。その際、認知症の原因疾患に関する臨床的な診断基準が用いられる。しかし、各診断基準に従って診断を進めても、診断の重なりもあつたりし、認知症の原因疾患について明確に区別しがたい場合も少なくないことが指摘されてきた。一方、最近では認知症であることを診断すると同時に、画像検査等により直接認知症の原因疾患の診断を行うことも試みられる。また、認知症をきたす疾患の診断マーカーの開発も検討されており、Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (ADNI)が進められ、本邦でも J-ADNI で検討が行われている。

認知症の治療方針の検討、指導・ケア・治療について

認知症では、その診断・評価とともに、患者・家族との信頼関係構築、生活指導やケア等も重要で、そのためには、病名告知も必要となる。また、社会資源の活用もポイントになる。認知症医療においては、薬物治療のみならず非薬物治療も重要で、ケアや非薬物的対応が重視される。通常の認知症診療においては、まず非薬物治療・対応が検討され、非薬物治療だけでは対処できない場合に薬物治療が考慮される。認知症の薬物治療においては、原則として少量から注意深く観察しながら投与し、リスクとベネフィットを十分に評価して必要に応じて見直しを行うことも必要である。一方、認知症の発症・進行の予防に関する取り組みについても重要視されてきている。

認知症では本邦において保険で認可された薬剤は少ない。しかし、実際の診療現場では種々の薬剤が使用されている。例えば、本邦においても認知症の診療現場において非定型抗精神病薬も実際に使用されているが、米国食品医薬品局 Food and Drug Administration (FDA) から死亡率の増加が指摘され、警告が出ていることを理解しておくことも必要である。また、海外においても FDA の警告後も認知症に非定型抗精神病薬が投与され、定型抗精神病薬がより有害事象が多いとの指摘もあって非定型抗精神病薬の有用性を指摘する意見もある。認知症の診療におけるこのような多くの問題をかかえながら診療に当たらねばならないことも認識しておかねばならない。

海外で使用されているながら本邦では認可されていない薬剤は多い。本ガイドラインにおける推奨レベルは、本邦での保険診療における使用を推奨するものではなく、あくまで、文献のエビデンスレベルに従って推奨グレードを決定している。このため、本邦では使用不能な薬剤や保険で認可されていなかったりする薬剤でも推奨レベルが高い場合もある点をご理解頂きたい。

本ガイドラインにおける治療薬の記載について

本ガイドラインにおいては、本邦で認知症診療において使用が認められている薬品や、本邦での認知症への保険使用が認められていなくても本邦で使用されている薬剤の薬品名はカタカナで記載し、海外でのみ使用され本邦では使用されていない薬品については英語表記とした。

一方、薬品名の記載についても、種々の記載法が用いられている。本ガイドラインにおいては、ドネペジル塩酸塩はドネペジル、memantine hydrochloride(メマンチン塩酸塩)は memantine, galantamine hydrobromide(ガラントミン臭化水素酸塩)は galantamine, rivastigmine tartrate(リバスチグミン酒石酸塩)は rivastigmine といったように簡略した形の名称で記載した。

認知症領域において用いられる用語等の問題と、本ガイドラインでの用語使用について

認知症の領域においては、用語にも多くの混乱がある。例えば、mild cognitive impairment(MCI)は軽度認知障害と軽度認知機能障害、認知症の中核症状と認知機能障害、周辺症状と認知症の行動・心理症状、あるいは、認知症の行動と心理症状等の表現も用いられる。本ガイドラインでは、MCIは軽度認知障害、認知症の中核症状は認知機能障害、周辺症状は認知症の行動・心理症状 behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)として用語を用いた。認知症の重症度についても、進行期の用語として「重度」と「高度」がほぼ同義に用いられている。「痴呆疾患治療ガイドライン 2002」で「重度」が用いられていたこともあり、それを踏襲して本ガイドラインでも「重度」を使用した。これらの用語については、今後整理統一されていくよう検討されることを望みたい。

なお、本ガイドラインの中で用いられる略語については略語表を掲載したので、そちらを参照頂きたい(371 頁)。

本ガイドラインにおいて用いたエビデンスレベル

エビデンスレベルの記載について、治療に関しては Minds 分類(表 1)、それ以外は Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence 分類(表 2)を用いた。

本ガイドラインにおいて用いた推奨グレード

推奨グレードの記載は、Minds 分類に従って行ったが、作業を進めていくうちに、本小委員会委員から問題点が指摘され、特に、Minds 分類 C2「科学的根拠がなく、行わないよう勧められる」は使用しにくいとの指摘があり、C2を「科学的根拠がなく、行うよう勧められない」に変更して用いることとした(表 3)。

認知症診療における本ガイドラインの使用にあたって

本ガイドラインは、認知症診療を支援するための参考資料を提供するもので、現場の認知症診療を制約するものではない。本ガイドラインの記載内容に縛られることなく、一人ひとりの認知症患者への個別的認知症診療に関する工夫が重要で、個別に必要な医療・ケア・

表 1 エビデンスレベル (Minds 分類)

I	システマティックレビュー/RCT のメタアナリシス
II	1 つ以上の RCT による
III	非 RCT による
IVa	分析疫学的研究 (コホート研究)
IVb	分析疫学的研究 (症例対照研究, 横断研究)
V	記述研究 (症例報告やケースシリーズ)
VI	患者データに基づかない専門委員会や専門家個人の意見

表 2 エビデンスレベル (Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence 分類)

1a	RCT のシステマティックレビュー
1b	個々の RCT
1c	悉無研究
2a	コホート研究のシステマティックレビュー
2b	個々のコホート研究
2c	“アウトカム” 研究: エコロジー研究
3a	ケースコントロール研究のシステマティックレビュー
3b	個々のケースコントロール研究
4	症例集積研究
5	系統的な批判的吟味を受けていない, または生理学や基礎実験, 原理に基づく専門家の意見

表 3 推奨グレード

A	強い科学的根拠があり, 行うよう強く勧められる
B	科学的根拠があり, 行うよう勧められる
C1	科学的根拠がないが, 行うよう勧められる
C2	科学的根拠がなく, 行うよう勧められない
D	無効性あるいは害を示す科学的根拠があり, 行わないよう勧められる

情報等の提供が望まれる。そのような認知症診療における診療支援の一つとして、本ガイドラインが活用されることを希望するものである。

本ガイドラインで評価した文献の多くが海外からのもので、認知症に関する本邦でのエビデンスは極めて少ない。今後、本邦の医療実態、日本人に合った薬剤や用量、本邦の社会的・文化的な実情に応じたケアや介護等を明らかにしていく必要がある。本邦における認知症医療の発展、エビデンスの蓄積が待たれる。

一方、認知症の医療は進歩し、新たな治療薬の登場も期待されている。このガイドラインもその進歩とともに改訂が必要である。遠くない時期に再度の改訂が必要となる認知症診療の進歩を期待したい。

本ガイドラインの著作権

著作権は，日本神経学会に帰属する．許可なく転載すること等を禁ずる．

本小委員会委員への謝辞

今回のガイドライン改訂・作成作業を認知症関連 6 学会が合同で協力して進めたことは，本邦における認知症医療においても極めて重要なものとする。各学会から本小委員会に参加し，多忙ななか本ガイドライン作成のために多大なご努力を頂いた本小委員会委員の方々に感謝したい。

2010 年 9 月

目 次

第1章 認知症の定義、概要、経過、疫学 1

CQ 1-1	認知症の定義はどのようなものか	1
CQ 1-2	認知症の原因にはどのようなものがあり、どのように分類するか	4
CQ 1-3	認知症と区別すべき病態にはどのようなものがあるか	8
CQ 1-4	認知症の前駆症状にあてはまる概念はどのようなものがあるか	11
CQ 1-5	本邦における認知症の有病率はどの程度か	17
CQ 1-6	本邦において認知症は増加しているか	20
CQ 1-7	本邦の認知症で頻度の高い疾患は何か	22

第2章 認知症の診断 24

CQ 2-1	認知症の中核症状と周辺症状とは	24
CQ 2-2	記憶の分類にはどのようなものがあるか	26
CQ 2-3	認知症で障害される主な認知機能にはどのようなものがあるか	29
CQ 2-4	認知症でみられる不安、焦燥性興奮、幻覚・妄想、うつ症状、睡眠障害、さらに暴力、徘徊、不穏、性的脱抑制等の行動症状はどういうものか	33
CQ 2-5	認知機能低下をもたらす薬物にはどのようなものがあるか	38
CQ 2-6	認知症診断の手順はどのようなものか	44
CQ 2-7	認知症のスクリーニング検査にはどのようなものがあり、最も汎用されているものは何か	47
CQ 2-8	認知症を評価するにあたっての有用な評価尺度にはどのようなものがあるか	
a.	記憶機能の評価尺度にはどのようなものがあるか	50
b.	認知症の行動・心理症状(BPSD)の評価尺度にはどのようなものがあるか	52
c.	日常生活動作(ADL)の評価尺度にはどのようなものがあるか	54
d.	全般的重症度の評価尺度にはどのようなものがあるか	56
CQ 2-9	認知症補助診断のための血液検査にはどのようなものがあるか	58
CQ 2-10	認知症補助診断のための脳脊髄液(CSF)検査にはどのようなものがあるか	61
CQ 2-11	認知症補助診断のために有用な画像検査にはどのようなものがあるか	64
CQ 2-12	認知症において明らかにされている遺伝子異常にはどのようなものがあるか	69

A. 認知症症状への対応・治療	74
CQ 3A-1 認知症の治療の際にはどのような症状に目を向け、リハビリテーションや ケアや薬物療法をどのように施行するか (治療の標的となる症状にどのように対応するか)	74
CQ 3A-2 薬物治療の標的となる認知症の症状にはどのようなものがあり、 どのような薬剤が使われるか	78
CQ 3A-3 認知症の行動・心理症状(BPSD)の頻度はどの程度であり、それらの 薬物治療の有効性評価尺度にはどのようなものがあるか	82
CQ 3A-4 高齢の認知症患者への薬物治療の注意点と原則は何か	87
CQ 3A-5 抗精神病薬あるいは向精神薬による治療の有害事象(転倒, ADL 低下, 認知機能低下, 嚥下性肺炎等)に何があるか	90
B. 薬物治療各論	93
CQ 3B-1 認知症の認知機能障害に対する有効な薬物はあるか	93
CQ 3B-2 認知症患者の不安に対する有効な薬物はあるか	96
CQ 3B-3 認知症患者の焦燥性興奮に対する有効な薬物はあるか	99
CQ 3B-4 認知症患者の幻覚・妄想に対する有効な薬物はあるか	104
CQ 3B-5 認知症のうつ症状に対する有効な薬物療法はあるか	107
CQ 3B-6 認知症患者の暴力, 徘徊, 不穏, 性的脱抑制等の行動異常に対する 有効な薬物はあるか	109
CQ 3B-7 認知症患者の睡眠障害に対する有効な薬物はあるか	112
C. 非薬物療法	115
CQ 3C-1 認知症の非薬物療法にはどのようなものがあるか	115
CQ 3C-2 非薬物療法は認知機能障害や認知症の行動・心理症状(BPSD)等を 改善する効果をもつか	117
CQ 3C-3 介護者の負担とは何か, またそれに対する支援にはどのようなものが あるか	121
CQ 3C-4 非薬物(心理社会的)介入の家族介護者に対する有用性(心理状態と介護 負担に与える影響)はどの程度か	123
CQ 3C-5 非薬物介入が患者の施設入所に与える影響はどの程度か	125
CQ 3C-6 介護保険制度の開始により認知症ケアはどう変化したか, またどうい う課題があるか	127
D. 合併症とその治療	129
CQ 3D-1 認知症に合併しやすい身体症状にはどのようなものがあるか	129
CQ 3D-2 パーキンソンニズムや不随意運動等の運動障害の治療は どのように行うか	130
CQ 3D-3 痙攣の治療はどのように行うか	132

CQ 3D-4 摂食・嚥下障害の治療はどのように行うか	134
CQ 3D-5 排尿障害の治療はどのように行うか	136
CQ 3D-6 便秘の治療はどのように行うか	139
CQ 3D-7 浮腫の治療はどのように行うか	141
CQ 3D-8 転倒予防はどのように行うか	142
CQ 3D-9 栄養障害の治療はどのように行うか	145
CQ 3D-10 褥瘡の治療はどのように行うか	148
E. 認知症における医学的管理のありかた, 社会資源, 倫理的配慮	150
CQ 3E-1 認知症者の自動車運転はどのくらい危険なのか	150
CQ 3E-2 認知機能検査で自動車の運転適性を予測することは可能か	152
CQ 3E-3 認知症者の判断能力・同意能力はどのように評価すればいいのか	154
CQ 3E-4 認知症者の QOL を測定することは可能か	157
CQ 3E-5 認知症者の介護者の介護負担を測定するための有用な尺度は何か	159
CQ 3E-6 成年後見制度とはどのような制度か	161
CQ 3E-7 地域連携システムにはどのようなものがあるか	163
CQ 3E-8 地域での取り組みを利用する方法は	165

第4章 経過と治療計画

168

A. 予防	168
CQ 4A-1 認知症の危険因子・防御因子にはどのようなものがあるか, 現段階で 予防の可能性はあるか	168
CQ 4A-2 降圧薬は認知症予防に有効か	173
CQ 4A-3 糖尿病治療薬は認知症予防に有効か	175
CQ 4A-4 高コレステロール血症治療薬は認知症予防に有効か	177
CQ 4A-5 運動は認知症ないし Alzheimer 病の発症予防に有効か	179
CQ 4A-6 社会参加・余暇活動・精神活動は認知症・Alzheimer 病の予防や 高齢者の認知機能低下の予防に効果があるか	181
CQ 4A-7 認知症と関連する食事因子はあるか	183
CQ 4A-8 適度な飲酒は認知機能の低下や Alzheimer 病の予防に有効か	186
B. 軽度認知障害 (MCI)	188
CQ 4B-1 軽度認知障害の診断はどのようにするか	188
CQ 4B-2 軽度認知障害の概念とその類似概念とはどのようなものか	190
CQ 4B-3 軽度認知障害の疫学: 有症率・発症率, コンバート率, リバート率は どの程度か	193
CQ 4B-4 軽度認知障害のコンバート予測に脳脊髄液のバイオマーカーは有用か	195
CQ 4B-5 軽度認知障害のコンバート予測に脳画像所見は有用か	197
CQ 4B-6 軽度認知障害から認知症への進展予防に有効な薬物療法はあるか	200
CQ 4B-7 軽度認知障害に対する非薬物療法, 認知トレーニング等は効果的か	203

C. 重症度別対応	205
CQ 4C-1 軽度, 中等度認知症者とはどのような病態か	205
CQ 4C-2 軽度認知症者および介護者に対する指導・支援は	208
CQ 4C-3 中等度認知症者および介護者に対する指導・支援は	210
CQ 4C-4 重度認知症者とはどのような病態か	212
CQ 4C-5 重度認知症者および介護者に対する指導・支援は	214
CQ 4C-6 認知症者の終末期のケアはどうあるべきか	216

第5章 Alzheimer 病(AD) 219

CQ 5-1 Alzheimer 病の精神・神経症候の特徴は	219
CQ 5-2 Alzheimer 病の症状・診断のポイントは	222
CQ 5-3 Alzheimer 病の診断基準は	225
CQ 5-4 Alzheimer 病の画像所見の特徴は	229
CQ 5-5 Alzheimer 病のバイオマーカーはどのようなものがあるか	233
CQ 5-6 Alzheimer 病の遺伝学的診断は	236
CQ 5-7 Alzheimer 病の認知機能障害に対する有効な薬物療法はあるか	238
CQ 5-8 Alzheimer 病に対する有効な非薬物療法はあるか	242
CQ 5-9 Alzheimer 病のケアのポイントは	247

第6章 血管性認知症(VaD) 251

CQ 6-1 血管性認知症の診断基準はどのようなものか	251
CQ 6-2 血管性認知症のタイプ別分類はどのようなものか	256
CQ 6-3 血管性認知症の精神・神経症候の特徴は	260
CQ 6-4 血管性認知症の画像所見の特徴は	263
CQ 6-5 多発性脳梗塞で認知機能が低下してきたらどうするか	267
CQ 6-6 血管性認知症と Alzheimer 病の合併は	270
CQ 6-7 血管性認知症の自然経過と予後は	273
CQ 6-8 血管性認知症の全身性合併症・随伴症状にはどのようなものがあるか	277
CQ 6-9 血管性認知症と虚血性大脳白質病変の関連はあるか	279
CQ 6-10 血管性認知症の認知機能障害に処方可能な薬物はあるか	282
CQ 6-11 血管性認知症の精神症状, 意欲・自発性低下に対する治療はあるか	285
CQ 6-12 血管性認知症の危険因子とその管理目標は	288
CQ 6-13 血管性認知症における無症候性脳梗塞の意義は	291
CQ 6-14 血管性認知症のターミナルケアは	293

第7章 Lewy 小体型認知症(Parkinson 病も含む) 295

CQ 7-1 Lewy 小体型認知症の診断のポイントと診断基準は	295
CQ 7-2 Lewy 小体型認知症と認知症を伴う Parkinson 病の異同は	300
CQ 7-3 Lewy 小体型認知症に対する治療方針はどのように立てるか	303
CQ 7-4 Lewy 小体型認知症に対する有効な非薬物療法はあるか	305
CQ 7-5 Lewy 小体型認知症の認知機能障害に対する薬物療法はあるか	307
CQ 7-6 Lewy 小体型認知症の認知症の行動・心理症状(BPSD), 睡眠異常に対する薬物療法はあるか	310
CQ 7-7 Lewy 小体型認知症におけるパーキンソニズム等の他の神経症状に対する薬物療法はあるか	314

第8章 前頭側頭型認知症(FTD) 316

CQ 8-1 前頭側頭型認知症と前頭側頭葉変性症(FTLD)との相違点は	316
CQ 8-2 前頭側頭型認知症の診断基準は	320
CQ 8-3 前頭側頭型認知症に対する有効な薬物療法はあるか	323
CQ 8-4 前頭側頭型認知症に対する有効な非薬物療法はあるか	326
CQ 8-5 前頭側頭型認知症の家族や介護者に対してどう指導したらよいか	328

第9章 進行性核上性麻痺(PSP) 330

CQ 9-1 進行性核上性麻痺の認知症症状とその検査方法は	330
CQ 9-2 進行性核上性麻痺では認知症症状で発症する例はあるか	333
CQ 9-3 進行性核上性麻痺の認知症症状に対する薬物療法にはどのようなものがあるか	335

第10章 大脳皮質基底核変性症(CBD) 337

CQ 10-1 大脳皮質基底核変性症の認知症症状とその検査法は	337
CQ 10-2 大脳皮質基底核変性症では認知症症状で発症する例はあるか	339
CQ 10-3 大脳皮質基底核変性症の認知症症状に対する薬物療法にはどのようなものがあるか	342

第11章 Huntington 病(HD) 344

CQ 11-1 Huntington 病の認知症症状とその検査法は	344
CQ 11-2 Huntington 病では認知症症状で発症する例はあるか	346
CQ 11-3 Huntington 病の認知症症状に対する薬物療法にはどのようなものがあるか	348

第 12 章 プリオン病

351

CQ 12-1 古典型孤発性 Creutzfeldt-Jakob 病の臨床的特徴は	351
CQ 12-2 古典型孤発性 Creutzfeldt-Jakob 病の脳波, 脳脊髄液, MRI 所見は	353
CQ 12-3 古典型孤発性 Creutzfeldt-Jakob 病の治療は	355
CQ 12-4 MM2 視床型孤発性 Creutzfeldt-Jakob 病の診断に有用な検査は	357
CQ 12-5 硬膜移植後に Creutzfeldt-Jakob 病が生じるか	359
CQ 12-6 変異型 Creutzfeldt-Jakob 病の臨床的特徴は	361
CQ 12-7 本邦の家族性 Creutzfeldt-Jakob 病にはどのような特徴があるか	363
CQ 12-8 Gerstmann-Sträussler-Scheinker 病の臨床的特徴は	365
CQ 12-9 致死性家族性不眠症の臨床的特徴は	368

略語一覧

371

索引

375