

# 認知症疾患 治療ガイドライン2010

コンパクト版2012

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

**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神経精神医学分野 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 希望病院のぞみ高次脳機能研究所 所長

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病態内科学講座 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神経内科学分野 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 メディカルケアコートクリニック 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 副医長
- 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
- 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
- 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
- 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神経精神医学分野 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 東北大学加齢医学研究所脳科学研究部門老年医学分野 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老年病科 助教
- 吉田 光宏 北陸病院神経内科 診療部長
- 渡邊 睦房 東京都立墨東病院内科

# 「認知症疾患治療ガイドライン 2010 コンパクト版 2012」 発行にあたって

日本神経学会

代表理事 水澤英洋

ガイドライン統括委員長 辻 貞俊

日本神経学会では、2002年に「痴呆性疾患治療ガイドライン 2002」を発行しました。2002年の発行からかなりの期間が経過し、認知症疾患に関する新知見の増加や治療薬も承認されるようになった現況から、「治療ガイドライン 2002」を全面改訂し、「認知症疾患治療ガイドライン 2010」を2010年10月に発行いたしました。

「認知症疾患治療ガイドライン 2010」の作成に関しては、協力学会として日本精神神経学会、日本認知症学会、日本老年精神医学会、日本老年医学会、日本神経治療学会にご参加いただき作成されました。快くご協力いただきました各学会には、この場を借りて深謝いたします。

「認知症疾患治療ガイドライン 2010」は、諸般の事情から若干大部になりました。更にはコンパクト版作成の要望があり、「認知症疾患治療ガイドライン 2010」を使用される皆様の利便性を考えて、「コンパクト版」を発刊することになりました。また、「認知症疾患治療ガイドライン 2010」の文献検索は2008年までであり、3年前のエビデンスに基づいたガイドラインとなっているので、「コンパクト版」では新たな文献も若干追加しています。

治療ガイドラインの改訂にあたっては、本学会としてすべての治療ガイドラインについて一貫性を求め、利益相反に関しても本学会として適切な指針を定めた上で、各治療ガイドライン作成委員会の構成を行いました。

この改訂治療ガイドラインは、evidence-based medicine (EBM) の考え方に基づいて作成されていることは「治療ガイドライン 2002」と同じですが、Q & A (質問と回答) 方式で記述されている点が2002年版とは大きく異なり、読者の皆様には理解しやすい構成になっています。

治療ガイドラインは、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ことです。同一の疾患であっても、最も適切な治療は患者さんごとに異なり、医師の経験や考え方によっても診療内容は異なります。治療ガイドラインは、あくまで、治療を考える医師がベストの治療法を選択する上での参考となるように、個々の治療薬や非薬物治療の現状における評価を、一定の方式に基づく根拠をもとに提示したものです。したがって、治療ガイドラインは医師にガイドライン通りの治療を求めるものではなく、ガイドライン通りに行えない治療法が当然あることにもなります。

コンパクト版が、診療現場で活躍する学会員の皆様の認知症疾患の診療に有用なものとなることを願っております。認知症疾患の診療も日進月歩で発展しており、今後も定期的な改訂が必要です。コンパクト版を会員の皆様に活用していただき、さらに学会員の皆様からのフィードバックをいただくことにより、ガイドラインの内容はよりよいものになっていきます。コンパクト版が、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評価をお待ちしております。

2012年2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

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認知症診療に関連する6学会は，協力して認知症疾患治療ガイドラインの改訂作業を進め，2010年10月に「認知症疾患治療ガイドライン2010」（以下，通常版）を発刊した．その序論でも述べたように，本改訂は2006年の日本神経学会治療ガイドライン評価委員会による改訂に向けての提言では，「痴呆疾患治療ガイドライン2002」における総説的な記載を残すように指摘され，解説・エビデンスをガイドラインとしては若干詳しく総説的に記載した．また，当初，「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会としては，“検索式・参考にした二次資料”はホームページ版に掲載し，書籍版では割愛する予定であったが，他のガイドラインとの統一性のため書籍版にも記載することになった．これらのため，本ガイドライン通常版は若干大部になった．一方，2002年版において小冊子版も発行された経緯もあり，今回も小冊子版を作成するように評価・調整委員，アドバイザーから求められた．そこで，認知症疾患治療ガイドライン使用の利便性を期待して“コンパクト版”を発刊することになった．

本ガイドラインは一般医師を対象として作成されており，本コンパクト版はあくまで通常版の小冊子版であり，作成の基本的な考え方は通常版と変わりない．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，認知症や高齢であることなどを理由に差別を受けるようなことがあってはならない．また，本ガイドラインは，臨床現場の診療を制約したり，医師の裁量を拘束するものではない．それぞれの認知症者の診療において個別に必要な医療・ケア・情報などの提供を検討する際の診療支援の一つとして，本ガイドラインが利用

されることが期待される。そのために、診察室の机の上などに置いておいて必要に応じて参照して頂き、日常診療において手軽に活用して頂けるよう、本コンパクト版を作成することとした。そこで、より詳細な記載内容を確認されたい場合や関連文献の確認などを希望される場合には、随時通常版を参照頂きたい。

本コンパクト版においては、内容は通常版に沿い、短縮・簡略化を図って読者の簡便さを重視した小冊子とし、通常版がB5判で400頁であったのに対し、コンパクト版はA5判で256頁に圧縮した。クリニカル・クエスチョン(以下、CQ)は、通常版に準拠するが簡便化を図り、可能な範囲で若干のCQ統合を行うとともにCQ表現の簡略化や若干の変更を行った。例えば、非薬物治療に関しては、Alzheimer病(AD)の場合と認知症の場合で共通する記載が多く、短縮・簡略化によりそれがよけいに目立つようになったところから、コンパクト版においては認知症全体における記載に統一し、ADにおける記載は割愛した。また、“背景・目的”は削除するとともに“解説・エビデンス”も簡略化し、引用文献も減らすようにした。コンパクト版における各CQにおいては対応する通常版のCQに関する記載を確認しながら活用して頂くのが望ましく、通常版のCQ番号を記載して必要に応じて通常版を確認して頂きやすいようにした。また、推奨レベルは、通常版と同様に、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、本邦では保険で認可されていない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。

一方、通常版の文献検索は2008年までであり、発行時にはすでに3年前のエビデンスに基づくことになってしまった。通常版の発行後にも新たな報告があり、例えば、2011年にはNational Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroupから認知症、AD、軽度認知障害(MCI)の診断基準が示された。そこで、これらの新たな文献も若干追加して記載することとした。また、Lewy小体型認知症における治療薬に関する新たな論文も追加した。さらに、通常版発行後に、認知症の診療においては“せん妄”も重要でありその追加記載の要望が寄せられたところから、そのCQ(CQⅢA-4:55頁)を設けた。また、2011年に3種類のAD治療薬が認可され、本邦においても複数の治療薬の選択が重要になったところから、AD薬物治療のアルゴリズムを作成した(CQV-5:137頁)。一方、2011年9月に厚生労働省から“医薬品の適応外使用



に係る保険診療上の取扱いについて”の文書が配布され、一部の非定型抗精神病薬においても“器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性”などに対して使用した場合に審査上認められることになった。しかし、認知症における使用時の対応などがまだ必ずしも明確でないと思われるところから、非定型抗精神病薬が“保険適応外”であるとの旨の記述は変更しなかった。

前述のようなガイドライン発行後に報告された新たな知見について、ガイドラインを改訂しなければならないほどではないが周知しておきたい報告などに関しては、年に1回、学会ホームページで紹介することになっている。また、本ガイドラインに関して頂いた質問に関する回答も学会ホームページに記載することになっているので、そちら(<http://www.neurology-jp.org/guidelinem/index.html>)も参照して頂くと良い。

本コンパクト版におけるエビデンスレベルの記載は通常版と同様であり、治療に関するエビデンスレベルはMinds分類(表1)を用い、それ以外については原則としてOxford Centre for Evidence-based Medicine Level of Evidence分類(表2)を用いた。また、用いた推奨グレード(表3)も通常版と同様で、Minds分類に従った。これらは参考のため次頁に再掲する。

本コンパクト版は簡潔な記載内容としたことにより、むしろ通常版よりもさらに治療ガイドラインらしい、とも思えるような出来栄になったとも考えられる。本コンパクト版の活用により認知症疾患治療ガイドラインのより一層の普及が期待され、それにより認知症医療が発展していくことが「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会の希望である。さらに、本認知症疾患治療ガイドラインの再度の改訂を近い将来に必要とするような、認知症医療の進歩を願っている。

2012年2月

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 |

# 目次

## 第Ⅰ章 認知症の定義，概要，経過，疫学 1

- CQ I-1 認知症の定義はどのようなものか 2
- CQ I-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 I-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 6
- CQ I-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 8
- CQ I-5 本邦における認知症の有病率ほどの程度か 11
- CQ I-6 本邦において認知症は増加しているか 13
- CQ I-7 本邦の認知症で頻度の高い疾患は何か 14

## 第Ⅱ章 認知症の診断 15

- CQ II-1 認知症の中核症状と周辺症状とは 16
- CQ II-2 記憶の分類にはどのようなものがあるか 17
- CQ II-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 19
- CQ II-4 認知症の行動・心理症状(BPSD)はどのようなものか 22
- CQ II-5 認知症の行動・心理症状(BPSD)の頻度はどの程度であるか 24
- CQ II-6 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 26
- CQ II-7 認知症診断の手順はどのようなものか 29
- CQ II-8 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 31

- CQ II-9** 認知症の有用な評価尺度にはどのようなものがあるか
- CQ II-9a 記憶機能の評価尺度 33
- CQ II-9b 認知症の行動・心理症状(BPSD)の評価尺度 34
- CQ II-9c 日常生活動作(ADL)の評価尺度 35
- CQ II-9d 全般的重症度の評価尺度 36
- CQ II-9e 認知症者の QOL を測定することは可能か 38
- CQ II-10** 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 39
- CQ II-11** 認知症補助診断のために脳脊髄液(CSF)検査にはどのようなものがあるか 41
- CQ II-12** 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 43
- CQ II-13** 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 45

## **第三章 認知症の治療原則と選択肢** 49

- A. 認知症症状への対応・治療** ..... 50
- CQ III A-1** 認知症の治療の際にはリハビリテーション, ケアや薬物療法をどのように施行するか 50
- CQ III A-2** 高齢の認知症者への薬物治療の注意点と原則は何か 52
- CQ III A-3** 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 53
- CQ III A-4** せん妄の治療法はどのように行うか 55
- B. 薬物治療各論** ..... 56
- CQ III B-1** 認知症者の不安に対する有効な薬物はあるか 56
- CQ III B-2** 認知症者の焦燥性興奮に対する有効な薬物はあるか 58
- CQ III B-3** 認知症者の幻覚・妄想に対する有効な薬物はあるか 61
- CQ III B-4** 認知症のうつ症状に対する有効な薬物療法はあるか 63
- CQ III B-5** 認知症者の暴力, 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 64

|           |                                             |           |
|-----------|---------------------------------------------|-----------|
| CQⅢB-6    | 認知症者の睡眠障害に対する有効な薬物はあるか                      | 66        |
| <b>C.</b> | <b>非薬物療法</b>                                | <b>67</b> |
| CQⅢC-1    | 認知症の非薬物療法にはどのようなものがあるか                      | 67        |
| CQⅢC-2    | 非薬物療法は認知症の認知機能障害や行動・心理症状(BPSD)等を改善する効果をもつか  | 69        |
| CQⅢC-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          | 73        |
| CQⅢC-4    | 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 | 74        |
| CQⅢC-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                   | 75        |
| CQⅢC-6    | 認知症の行動・心理症状(BPSD)は介護保険における要介護度に反映されているか     | 76        |
| <b>D.</b> | <b>合併症とその治療</b>                             | <b>77</b> |
| CQⅢD-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                 | 77        |
| CQⅢD-2    | パーキンソ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            | 78        |
| CQⅢD-3    | 痙攣の治療はどのように行うか                              | 79        |
| CQⅢD-4    | 嚥下障害の治療はどのように行うか                            | 80        |
| CQⅢD-5    | 排尿障害の治療はどのように行うか                            | 81        |
| CQⅢD-6    | 便秘の治療はどのように行うか                              | 83        |
| CQⅢD-7    | 浮腫の治療はどのように行うか                              | 84        |
| CQⅢD-8    | 転倒予防はどのように行うか                               | 85        |
| CQⅢD-9    | 栄養障害の治療はどのように行うか                            | 86        |
| CQⅢD-10   | 褥瘡の治療はどのように行うか                              | 88        |
| <b>E.</b> | <b>医学的管理のありかた</b>                           | <b>89</b> |
| CQⅢE-1    | 認知症者の自動車運転はどのくらい危険なのか                       | 89        |
| CQⅢE-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                  | 90        |
| CQⅢE-3    | 認知症者の判断能力・同意能力はどのように評価するか                   | 91        |

- CQⅢE-4 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 93
- CQⅢE-5 成年後見制度とはどういう制度か 94
- CQⅢE-6 地域連携システムにはどのようなものがあるか 95
- CQⅢE-7 地域での取り組みを利用する方法は 96

## 第Ⅳ章 経過と治療計画 97

- A. 予防** ..... 98
- CQⅣA-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 98
- CQⅣA-2 降圧薬は認知症予防に有効か 100
- CQⅣA-3 糖尿病治療薬は認知症予防に有効か 101
- CQⅣA-4 高コレステロール血症治療薬は認知症予防に有効か 102
- CQⅣA-5 運動は認知症・Alzheimer 病(AD)の発症予防に有効か 103
- CQⅣA-6 社会参加・余暇活動・精神活動は認知症・Alzheimer 病(AD)の予防や高齢者の認知機能低下の予防に効果があるか 104
- CQⅣA-7 認知症と関連する食事因子はあるか 105
- CQⅣA-8 適度な飲酒は認知機能の低下や Alzheimer 病(AD)の予防に有効か 107
- B. 軽度認知障害** ..... 108
- CQⅣB-1 軽度認知障害(MCI)の診断はどのようにするか 108
- CQⅣB-2 軽度認知障害(MCI)の疫学：有症率・発生率、コンバート率、リバート率はどの程度か 110
- CQⅣB-3 軽度認知障害(MCI)のコンバート予測に脳脊髄液(CSF)のバイオマーカーは有用か 112
- CQⅣB-4 軽度認知障害(MCI)のコンバート予測に脳画像所見は有用か 113
- CQⅣB-5 軽度認知障害(MCI)から認知症へのコンバート予防に有効な薬物療法はあるか 115

|             |                                                   |            |
|-------------|---------------------------------------------------|------------|
| CQIVB-6     | 軽度認知障害(MCI)に対する非薬物療法, 認知トレーニング等は有効か               | 117        |
| <b>C.</b>   | <b>重症度別対応</b> .....                               | <b>118</b> |
| CQIVC-1     | 軽度, 中等度認知症者とはどのような病態か                             | 118        |
| CQIVC-2     | 軽度, 中等度認知症者および介護者に対する指導・支援は                       | 119        |
| CQIVC-3     | 重度認知症者とはどのような病態で, 重度認知症者および介護者に対する指導・支援はどのようにすべきか | 121        |
| CQIVC-4     | 認知症者の終末期のケアはどうあるべきか                               | 123        |
| <b>第V章</b>  | <b>Alzheimer 病</b> .....                          | <b>125</b> |
| CQV-1       | Alzheimer 病(AD)の精神・神経症候の特徴と診断のポイントは               | 126        |
| CQV-2       | Alzheimer 病(AD)の診断基準は                             | 130        |
| CQV-3       | Alzheimer 病(AD)の画像所見の特徴は                          | 133        |
| CQV-4       | Alzheimer 病(AD)のバイオマーカーにはどのようなものがあるか              | 135        |
| CQV-5       | Alzheimer 病(AD)の認知機能障害に対する有効な薬物療法はあるか             | 137        |
| CQV-6       | Alzheimer 病(AD)のケアのポイントは                          | 141        |
| <b>第VI章</b> | <b>血管性認知症</b> .....                               | <b>143</b> |
| CQVI-1      | 血管性認知症(VaD)の診断基準は                                 | 144        |
| CQVI-2      | 血管性認知症(VaD)のタイプ別分類は                               | 149        |
| CQVI-3      | 血管性認知症(VaD)の精神・神経症候の特徴は                           | 153        |
| CQVI-4      | 多発性脳梗塞で認知機能が低下してきた場合は                             | 155        |
| CQVI-5      | 血管性認知症(VaD)の自然経過と予後は                              | 158        |
| CQVI-6      | 血管性認知症(VaD)の全身性合併症・随伴症状にはどのようなものがあるか              | 160        |

- CQVI-7 血管性認知症(VaD)と虚血性大脳白質病変の関連はあるか 161
- CQVI-8 血管性認知症(VaD)における無症候性脳梗塞の意義は 162
- CQVI-9 血管性認知症(VaD)の認知機能障害に処方可能な薬物はあるか 163
- CQVI-10 血管性認知症(VaD)の精神症状, 意欲・自発性低下に対する治療はあるか 165
- CQVI-11 血管性認知症(VaD)の危険因子とその管理目標は 167

#### **第七章 Lewy 小体型認知症** 169

- CQVII-1 Lewy 小体型認知症(DLB)の診断のポイントと診断基準は 170
- CQVII-2 Lewy 小体型認知症(DLB)と認知症を伴う Parkinson 病(PDD)の異同は 173
- CQVII-3 Lewy 小体型認知症(DLB)に対する治療方針はどのように立てるか 175
- CQVII-4 Lewy 小体型認知症(DLB)に対する有効な非薬物療法はあるか 176
- CQVII-5 Lewy 小体型認知症(DLB)の認知機能障害に対する薬物療法はあるか 177
- CQVII-6 Lewy 小体型認知症(DLB)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 179
- CQVII-7 Lewy 小体型認知症(DLB)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 181

#### **第八章 前頭側頭型認知症** 183

- CQVIII-1 前頭側頭型認知症(FTD)と前頭側頭葉変性症(FTLD)との相違点は 184
- CQVIII-2 前頭側頭型認知症(FTD)の診断基準は 187



- CQVII-3 前頭側頭型認知症(FTD)に対する有効な薬物療法はあるか 189
- CQVII-4 前頭側頭型認知症(FTD)に対する有効な非薬物療法はあるか 191
- CQVII-5 前頭側頭型認知症(FTD)の家族や介護者に対してどう指導したらよいか 192

## 第IX章 進行性核上性麻痺 193

- CQIX-1 進行性核上性麻痺(PSP)の認知症症状とその検査方法は 194
- CQIX-2 進行性核上性麻痺(PSP)では認知症症状で発症する例はあるか 196
- CQIX-3 進行性核上性麻痺(PSP)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 197

## 第X章 大脳皮質基底核変性症 199

- CQX-1 大脳皮質基底核変性症(CBD)の認知症症状とその検査法は 200
- CQX-2 大脳皮質基底核変性症(CBD)では認知症症状で発症する例はあるか 201
- CQX-3 大脳皮質基底核変性症(CBD)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 203

## 第XI章 Huntington病 205

- CQXI-1 Huntington病(HD)の認知症症状とその検査法は 206
- CQXI-2 Huntington病(HD)では認知症症状で発症する例はあるか 207
- CQXI-3 Huntington病(HD)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 208

**第XII章 プリオン病** 209

- CQXII-1** 古典型孤発性 Creutzfeldt-Jakob 病(CJD)の臨床的特徴は 210
- CQXII-2** 古典型孤発性 Creutzfeldt-Jakob 病(CJD)の脳波, 脳脊髄液(CSF), MRI 所見は 211
- CQXII-3** 古典型孤発性 Creutzfeldt-Jakob 病(CJD)の治療は 213
- CQXII-4** MM2 視床型孤発性 Creutzfeldt-Jakob 病(CJD)の診断に有用な検査は 214
- CQXII-5** 硬膜移植後に Creutzfeldt-Jakob 病(CJD)が生じるか 215
- CQXII-6** 変異型 Creutzfeldt-Jakob 病(vCJD)の臨床的特徴は 216
- CQXII-7** 本邦の家族性 Creutzfeldt-Jakob 病(家族性 CJD), Gerstmann-Sträeusler-Scheinker 病(GSS), 家族性致死性不眠症(FFI)の臨床的特徴は 218

略語一覧 221

索引 227