診療ガイドライン at a glance

認知症疾患診療 ガイドライン2017

Key words

Dementia, Guideline,
Dementia of Alzheimer's type

〔日内会誌 107: 544~549, 2018〕

中島 健二, 古和 久典
国立病院機構松江医療センター

Kenji Nakashima and Hisanori Kowa
National Hospital Organization, Matsue Medical Center, Japan.

はじめに

2002年に「痴呆疾患治療ガイドライン」が作成され、2010年に日本神経学会、日本神経治療学会、日本精神神経学会、日本認知症学会、日本老年医学会、日本老年精神医学会の合同で「認知症疾患治療ガイドライン2010」が発行された¹⁾。その後、National Institute on AgingとAlzheimer's Association (NIA-AA) により新たな診断基準が示され、また、我が国において1剤のみであったAlzheimer型認知症治療薬も2011年に3剤が使用可能となった。それらの変化も受けて、2012年に「認知症疾患治療ガイドライン2010コンパクト版2012」が発刊された²⁾。さらに、2013年にはDSM-5が示され、また、複数になったAlzheimer治療薬の使用経験等の治療の進歩も受けて、2014年に「認知症疾患診療ガイドライン」の改訂が決定され、作成委員会が発足した。

1. 「認知症疾患診療ガイドライン2017」の作成

Minds 2014³⁾の方針に従って作成することとなったが、定量的システマティック・レビュー(メタアナリシス)を行う体制等が未だ十分でないところから、努力目標として可能な範囲で実施することとし、適宜、現状を踏まえた対応を行う方針で作業を進めた。系統的な文献検索を実施したうえで、定性的システマティック・レビューを主体に作業を進めた。これらは次回改訂時の課題である。また、今回のガイドラインにおける項目・CQ (clinical question) の見直しも行ったが、前回版との継続性にも配慮した。後述のごとく、社会資源の項やいくつかの認知症の原因疾患等のCQを追加した。

エビデンスレベル評価については、Minds 2014³⁾に従って、個々の文献についてではなく、アウトカムについて研究デザイン毎にバイ

アスリスク，非直接性，非一貫性，不精確，出版バイアス等を考慮し，エビデンス総体に対する評価を行った．エビデンスの強さは「A：強」，「B：中」，「C：弱」，「D：とても弱い」で評価し，推奨グレードは「1：強く「実施する」，または，「実施しない」ことを推奨」，「2：弱く「実施する」，または，「実施しない」ことを提案」で記載した．

認知症関連ガイドラインは他にも作成されている．認知症の行動・心理症状behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) 治療⁴⁾や，「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」⁵⁾，さらに，認知症の運転免許に関するガイドライン⁶⁾，プリオン病⁷⁾や特発性正常圧水頭症 (idiopathic normal pressure hydrocephalus : iNPH)⁸⁾に関するガイドライン，「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」⁹⁾等がある．これらのガイドラインも参考にした．

なお，ガイドラインは認知症の診療・ケア等を支援するための参考資料を提供するもので，現場の認知症診療や臨床家の裁量を制約するものではなく，実際の治療にあたっては，各々の認知症者に合った個別的な対応の工夫が重要であることも序文に記載されてある¹⁾．

2. 総論

総論的事項として，定義，疫学，症候，評価尺度，診断，検査，治療総論，非薬物・薬物治療，BPSD治療，せん妄・合併症への対応，危険因子・予防，軽度認知障害，重症度と重症度別対応，諸制度や社会資源，権利擁護，若年性認知症，道路交通法等を取り上げた．

認知症の診断は，まず，認知症かどうかを診断する．後天的かつ慢性の認知機能障害により日常生活機能が障害されていることを包括的に確認する¹⁾．次に，認知症の基礎疾患を診断する．前回版で掲載した診断のフローチャートを改訂して示した (図1)¹⁾．

認知症では，薬物療法のみならず，非薬物療法も重要であり，BPSDには非薬物療法を薬物療法より優先的に行うことを原則とする (図2)¹⁾．また，薬物療法のフローチャートも示されている (図3)．

前回版に比べて大きく変わったのが「認知症の本人や家族を支えるための諸制度と社会資源」の項で，認知症疾患医療センター，認知症サポート医，介護保険制度，地域包括支援センター，認知症初期集中支援チーム，権利擁護，成年後見制度，高齢者虐待防止法，道路交通法について記載されている¹⁾．

一方，認知症は，発症時期により，若年期認知症，初老期認知症，老年期認知症や，若年性認知症，老人性認知症といった用語が使用されている．本ガイドラインでは，65歳未満の発症例を若年性認知症と呼ぶこととし¹⁾，経済的課題についての支援制度，生活支援制度，相談支援等について記載されている¹⁾．

3. 各論 (認知症の原因疾患)

Alzheimer型認知症，Lewy小体型認知症 (dementia with Lewy Bodies : DLB)，前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration : FTL D)，進行性核上性麻痺 (progressive supranuclear palsy : PSP)，大脳皮質基底核変性症 (corticobasal degeneration : CBD)，嗜銀顆粒性認知症，神経原線維変化型老年期認知症，Huntington病，血管性認知症，プリオン病，内科的疾患等について記載されている¹⁾．

「認知症疾患治療ガイドライン2010」では，Alzheimer病による認知症状態について「Alzheimer病」の用語を用いた．しかし，2011年のNIA-AAによる報告では「Alzheimer病」という用語は根底にある病態生理学的過程を包含する用語として定義され，「Alzheimer病」による認知症を示す状態を「Alzheimer病認知症 (Alzheimer disease dementia)」とし，「Alzheimer病」とは

図1 認知症診断のフローチャート

〔「認知症疾患診療ガイドライン作成委員会」編：認知症疾患診療ガイドライン 2017. P37. 医学書院, 2017より許諾を得て転載〕

VaD：vascular dementia, FTLN：frontotemporal lobar degeneration, DLB：dementia with Lewy bodies, CJD：Creutzfeldt Jacob disease, PSD：periodic synchronous discharge, DWI：diffusion weighted image, PSP：progressive supranuclear palsy, CBD：corticobasal degeneration, HD：Huntington's disease

区別された。我が国では、以前から「Alzheimer病」によると考えられる認知症状態に対し、「Alzheimer型認知症」が使用されてきた。そこで、「認知症疾患診療ガイドライン2017」では、「Alzheimer病」という病理学的な背景に基づいて生じたと考えられる認知症について「Alzheimer型認知症」との用語を用いた¹⁾。

一方、新しいDLB診断基準が2017年6月に示

され¹⁰⁾、本ガイドラインにも掲載した¹⁾。

FTLDは、病理学的もしくは遺伝的に確定診断がついた例に対して使用され、臨床診断名としては前頭側頭型認知症（frontotemporal dementia：FTD）が使用されるようになってきている。FTLDは、後述する進行性核上性麻痺や大脳皮質基底核変性症と共に、指定難病としてその診断名が使用されているところから、本ガイドライ

図2 BPSDの治療方針に関するフローチャート

（「認知症疾患診療ガイドライン作成委員会」編：認知症疾患診療ガイドライン 2017. P57. 医学書院，2017より許諾を得て転載）

疾患特異的な治療は各症例ごとに適切な時期に開始する。

ンでは臨床病名としてもこれらの呼称を用いた¹⁾。

FTLDは、（行動異常型）前頭側頭型認知症（behavioral variant frontotemporal dementia：bvFTD）、意味性認知症（semantic dementia：SD）、進行性非流暢性失語（progressive non-fluent aphasia：PNFA）の3型に分類される。指定

難病としてのFTLDにはbvFTDとSDが含まれ、診断上の課題もあってPNFAは指定難病には指定されていない。

PSPの病理像を示す例における臨床症状は多彩である。典型的なPSPの臨床症状を示すRichardson症候群、Parkinson病に類似した臨床像を

図3 認知症の薬物療法フローチャート
 (「認知症疾患診療ガイドライン作成委員会」編：認知症疾患診療ガイドライン 2017. P63. 医学書院, 2017 より許諾を得て転載)

示すPSP-parkinsonism (PSP-P), すくみ足の特徴とするPSP-pure akinesia with gait freezing (PSP-PAGF) 等のほかにも, PSP-corticobasal syndrome (PSP-CBS), PSP-PNFA, 小脳型とされるPSP-Cといった亜型が知られている¹⁾。また, CBDの臨床像も多彩で, CBDを病理診断名とし, 臨床診断名としては大脳皮質基底核症候群corticobasal syndrome (CBS) を用いて, 臨床

診断名と病理診断名の使い分けもされてきている¹⁾。これらの病名使用についても, 次回のガイドライン改訂に向けて, 今後さらに議論される必要がある。

また, 前回版のガイドライン評価に関するアンケートにおいて, ビタミン欠乏等による内科的疾患による認知症等についても取り上げてほしいとの意見があったため, ビタミン欠乏症, 甲状腺機能低下症, 神経梅毒, 肝性脳症, iNPH を取り上げた¹⁾。次回改訂においては, 対象疾患についても検討し直す必要があると考える。

おわりに

今後, 新知見により追加や修正が必要と考えられた場合には, 追補版として学会ホームページに掲載される予定である。また, 5年後に次の改訂が予定されている。多くのエビデンスが集積されていくことが期待される。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：中島健二；講演料 (エーザイ, ノバルティス ファーマ), 寄附金 (エーザイ, 大塚製薬, 協和発酵キリン, 第一三共, 大日本住友製薬, 武田薬品工業, 田辺三菱製薬, バイエル薬品), 古和久典；講演料 (エーザイ, ノバルティス ファーマ), 寄附金 (エーザイ, 大塚製薬, 協和発酵キリン, 第一三共, 大日本住友製薬, 武田薬品工業, 田辺三菱製薬, バイエル薬品)

文献

- 1) 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編：認知症疾患診療ガイドライン2017，医学書院，東京，2017.
- 2) 「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会編：認知症疾患治療ガイドライン2010 コンパクト版2012，医学書院，東京，2012.
- 3) 福井次矢，他監修：Minds 診療ガイドライン作成の手引き2014，医学書院，東京，2014.
- 4) 平成27年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班：かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン（第2版），2016. http://dementia.umin.jp/pdf/BPSD_GL2016-2.pdf
- 5) 日本老年医学会，日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物治療の安全性に関する研究研究班：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015，メジカルビュー社，東京，2015.
- 6) 日本神経学会，他：わが国における運転免許証に係る認知症等の診断の届出ガイドライン，2014. http://dementia.umin.jp/GL_2014.pdf
- 7) 厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等克服研究事業（難治性疾患克服研究事業）プリオン病及び遅発性ウイルス感染症に関する調査研究班，プリオン病のサーベイランスと感染予防に関する調査研究班：プリオン病診療ガイドライン2014，2014. http://prion.umin.jp/guideline/guideline_2014.pdf
- 8) 日本正常圧水頭症学会特発性正常圧水頭症診療ガイドライン作成委員会：特発性正常圧水頭症診療ガイドライン第2版，メディカルレビュー社，東京，2011.
- 9) 日本核医学会，他編：アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン 改訂第2版，2017. http://www.neurology-jp.org/guidelinem/pdf/syounin_01.pdf
- 10) McKeith IG, et al : Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies : Fourth consensus report of the DLB Consortium. Neurology 89 : 88-100, 2017.