

認知症ガイドライン



中 島 健 二

はじめに

認知症患者は増加し、高齢者における認知症の頻度は約10%と推定され¹、社会的にも大きな関心が寄せられている。一方、認知症を改善、あるいは、進行を予防する強力な治療法もないため十分な医療を受けることなく放置されていた現状もある。最近、一般医療において認知症治療薬が使用されるようになり、認知症診療が変貌してきている。このような状況から、海外では1990年代から認知症診療に関するガイドラインが作成されてきている²。本邦では、2002年にわが国で初めての認知症の治療ガイドラインとして日本神経学会による痴呆疾患治療ガイドラインが、公開された^{2,3}。現在、この日本神経学会の治療ガイドラインの改訂作業が進められている²。そこで、本稿ではこれらのわが国における認知症のガイドラインについて述べてみたい。

日本神経学会痴呆疾患治療

ガイドライン2002

先行して作成された海外のガイドラインを参考に、本邦における認知症治療のガイドラインが作成された。本ガイドラインは、日本神経学会が中心になって、日本老年精神神経学会、日本精神神経学会、日本痴呆学会（現・日本認知症学会）と協力して作成された。本ガイドラインでは、定義、原因疾患、疫学から始まり、ケア、薬物療法・非薬物療法、さらに、予防についても記載されている。認知症を示す疾患として、アルツハイマー病、血管性認知症、パーキンソン病、進行性核上性麻痺、ハンチントン病、レビー小体型認知症、大脳皮質基底核変性症、前頭側頭型認知症などについて記載されている。³⁾

日本神経学会治療ガイドライン

評価委員会報告

日本神経学会では同学会が発行した治療ガイ

ドラインの改訂に向けて、治療ガイドラインの評価を行う委員会（山本光利委員長）を2004年に設置した。本委員会報告書⁴⁾によれば、日本神経学会員の痴呆疾患治療ガイドライン2002に関する認識度は比較的高かったが、実際の使用度、有用度が低かった。その理由として、解説書としては優れた総説となっているが、実地臨床において用いるには使いやすい記載になっていないことが指摘される。また、認知症の行動症状・心理症状の対処法などの記載が必ずしも実際のでない、記載に重複がある、一般的に問題解決型の記載でなく実用性に欠ける、といった点を問題点として指摘した。さらに、改訂に向けて、旧版の総説としての内容はコンパクトに残し、より実地臨床に即した内容にすること、エビデンスの揃っていない事項については委員会として対策を提示すること、治療のみならず診断も含めた「診療ガイドライン」とすること、といった提言がなされた。⁴⁾

認知症疾患治療ガイドラインの改訂

日本神経学会痴呆疾患治療ガイドライン2002³が公開されて以来すでに7年が経過し、その間、新たな治療に関する検討なども報告され、また、前述の日本神経学会治療ガイドライン評価委員会からの評価と提言を受け、認知症疾患治療ガイドラインを改訂することが必要となってきた²。本改訂は、日本神経学会が中心になり、日本老年精神医学会、日本精神神経学会、日本認知症学会、日本老年医学会、日本神経治療学会の6学会が合同作業として、神経内科医、精神科医、老年科医など、認知症に関わる各領域の専門医が協力・分担して執筆し、議論しながら改訂・作成作業を進めている。

この改訂ガイドラインにおいては、内容は2002年のガイドラインに準拠しながら再構成し、診断から治療・ケアまでの臨床的な課題について記載する予定である。まず、認知症の臨床における課題となる事項を抽出してクリニカ

ルクエスチョン(CQ)を作成し、そのCQについて検索キーワードを選定して文献検索を行う。ガイドライン原稿を作成している。本ガイドライン使用者としての対象は一般医師が想定されている。評価委員会からの提言に従い、2002年版の記載を踏襲して総説的な内容の記載も残している。各CQに関する推奨グレードは委員会で討議して決定している。認知症診療においてはエビデンスが必ずしも十分でない事項も多く、これらの事項についても対応を示すようにしている。わが国の保険診療に限定せず、海外からの報告も重視してエビデンスを検討する。このため、海外のみで使用されている薬剤などについてもエビデンスレベルに従って推奨グレードを検討し、わが国の保険診療では認可されていない治療薬なども記載している。同時に、利益相反にも配慮して改訂ガイドライン作成の作業が進められている。

わが国の認知症診療ガイドラインの課題

認知症診療では、必ずしも十分なエビデンスが得られていない治療やケアも多い。認知症医療においては、わが国で出されたエビデンスは少なく、海外ですでに使用されていても本邦ではまだ保険で認可されていない薬物も少なくない。現時点でのガイドラインは主として海外における成績を参考にして作成せざるを得ない。わが国の医療実態や社会的・文化的な実情に応じた医療やケア・介護、日本人に合った薬剤、用量などを明らかにし、わが国の医療に根ざしたガイドラインを作成する必要がある。そのためにも、わが国での認知症診療に関するエビデンスの蓄積が重要である。これらの今後の取り組みの進展と、本邦における認知症医療のさらなる発展を期待したい。

(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)

文献

- 1) Wada-Isoe, K., et al.: Prevalence of Dementia in the Rural Island Town of Ama-cho, Japan. *Neuroepidemiology*, 32, 101-106(2009)
- 2) 中島健二：わが国の認知症診療ガイドライン、老年精神医学雑誌、20、387-392(2009)
- 3) 日本神経学会痴呆治療ガイドライン作成小委員会(委員長：中村重信)、日本神経学会治療ガイドライン痴呆治療ガイドライン2002、臨床神経、42、781-833(2002)
- 4) 日本神経学会治療ガイドライン評価委員会(山本光利委員長)、日本神経学会治療ガイドライン評価委員会報告(2006)