

認知症疾患診療ガイドラインの 改訂に向けて

中島 健 二

はじめに

認知症医療においては有効な治療法が少なく、医療としての意義が軽視された傾向が以前はあった。一方、認知症者が急速に増加し、社会的にも認知症医療の充実が要請されるようになった。画像を含めた診断も大きく進歩し、Alzheimer 型認知症 (AD) の治療薬も増え、治療選択肢も増えてきている。このような状況から、認知症疾患の診療に関するガイドラインが注目されてきている。

認知症疾患診療ガイドライン2010、

コンパクト版、追補版

日本神経学会により発行された『痴呆疾患治療ガイドライン2002』の改訂に向けて、評価委員会から提言が示され、総説としての内容を残すと共により実地臨床に即した内容とし、エビデンスの揃っていない事項についても委員会として対策を提示し、治療のみならず診断も含めて記載するように求められた。それを受け、日本神経学会、日本精神神経学会、日本認知症学会、日本神経治療学会、日本老年医学会、日本老年精神医学会が協力して改訂作業を進め、

『認知症疾患治療ガイドライン2010』¹⁾を発売した。

総説的な記載を行ったこともあり、若干大部になった。また、2002年版において小冊子版が発行されたこともあり、使用の利便性を期待して「コンパクト版」²⁾を発刊することになり、新たな知見も含めて記載した。

『認知症疾患治療ガイドライン2010 コンパクト版2012』²⁾の発行後も新たな知見が報告され、「追補版」をホームページに掲載した (http://www.neurology-jp.org/guidelinem/nintisyo_tuiho.html)。

さらに、新知見を含めたガイドラインとしていくため、日本神経学会では5年毎のガイドライン改訂を目指し、再改訂を行うことになった。

2010年以後の報告、求められる記載

2011年に National Institute on Aging and the Alzheimer's Association (米国立老化研究

所とアルツハイマー病協会)は、『Alzheimer病』を、根底にある病態生理学的過程を包含する用語として示した²⁾。一方、米国精神医学会よりDSM-5が示され、“neurocognitive disorders”の中で delirium, mildと major の neurocognitive disorder が記載された。認知症の領域では、用語の用い方も今後の課題である。

人口高齢化も相まってわが国における認知症者の急速な増加が予想されている。また、国際的にも認知症者数の急速な増加の可能性が指摘されている¹⁾²⁾。一方、欧米においては認知症の発症率がすでに減少に転じているとの報告もみられる³⁾。

複数のAD治療薬が使用可能となり、使い分け、切り替え、併用などに関して、より使用しやすいフローチャートの作成も求められる。また、Lewy小体型認知症の治療にも進歩がみられる。さらに、認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPS

D)への対応も重要である。2012年に認知症施策推進5か年計画が示され、「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」が2013年に示された⁴⁾。

胃瘻の適応や評価については、意見が分かれるところでもある。日本老年医学会は「立場表明」2012」において「胃瘻造設を含む経管栄養や、気管切開、人工呼吸器装着などの適応は、患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する」(抜粋)と述べた(<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf>)。

一方、道路交通法の一部が改正されて、2013年に公布され、認知症に関して①免許を受けようとする者等に対し、病状に関する公安委員会との質問に対し虚偽に回答した者に対する罰則、②認知症等を診断した医師による任意の届出制度、③認知症の疑いのある者を医師の診断

までの間、暫定的に3か月の範囲で運転免許証の停止の3点が新たに設けられた。それを受けて、届出に関するガイドラインが作成され、認知症関連学会のホームページで読むことができる。

以上の事項についての記載も含めた、ガイドラインの改訂が求められる。

Minds、日本神経学会ガイドライン

統括委員会、利益相反(COI)

システムティックレビューの進め方が変わるなど、わが国におけるガイドラインの作成を指導しているMindsの方針にも変化がみられる。

他のガイドラインとの整合性を保つために、日本神経学会ガイドライン統括委員会で議論しながら進めることになっている。一方、COIに対する配慮が求められ、『ガイドライン2010』の作成の際にも対応してきたが、一層厳密な対応が求められるものと考えられる。

改訂作業

改訂委員会の委員は半数程度の交代が求められ、認知症診療に取り組んでいる新進気鋭の若い医師に参加してもらって、改訂作業が進められている。

一方『ガイドライン2010』では、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症／症候群、Huntington 病では認知機能について記載したが、運動症状も含めた全体的な記載の要望も寄せられた。しかし、前述のとおり若干大部であったところから、これらの疾患の運動症状なども含めた全体的なガイドラインは別途作成する方針で作業が進められている。

さらに、最近の国際化の動きを受け、ガイドラインの英文化も重要とされ、認知症診療ガイドラインについても英文版を作成する予定になっている。

おわりに

ガイドラインを取り巻く状況も変化し、残された解決すべき課題も少なくない。今後の検討による解決と、その成果とガイドライン活用による認知症医療の一層の発展を期待したい。

(鳥取大学医学部 脳神経医学講座)

脳神経内科学分野 教授)

文献

- 1) 「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、医学書院、東京(2010)
- 2) 「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 コンパクト版2012、医学書院、東京(2012)
- 3) Qiu C, et al: Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm, Sweden. *Neurology*, 80, 1888-1894 (2013)
- 4) 平成24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、特にBPSDへの適切な薬物使用に関するガイドライン作成に関する研究班(班長 本間 昭)… かかりつけ医のためのBPSD

特集：不眠症のマネジメント

総説

不眠症の最新アプローチ	日本大学	内山 真
医療従事者の睡眠を考える	滋賀医科大学	角谷 寛

診断

DSM-5、ICSD-3 の変更点	秋田大学	神林 崇
診断に困った時の対処法	むさしクリニック	梶村尚史

治療

作用機序からみた睡眠薬の位置づけ	大阪回生病院	谷口充孝
認知行動療法的なアプローチ	東京慈恵会医科大学葛飾医療センター	山寺 亘
睡眠薬の多剤併用の効果と安全性	東京医科大学	高江洲義和
加齢を考慮した睡眠薬の適正使用	久留米大学	小鳥居 望
睡眠薬の服用と認知症発症リスクとの関連	獨協医科大学	宮本雅之
睡眠薬の離脱時にみられる症状	東京女子医科大学	稲田 健
概日リズム睡眠・覚醒障害への治療	藤田保健衛生大学	北島剛司
不眠症診療に関する常識・非常識	国立精神・神経医療研究センター	三島和夫

トピックス

自動車運転と睡眠問題	東京医科大学、睡眠総合ケアクリニック代々木	井上雄一
情動記憶と睡眠	滋賀医科大学	栗山健一
エスゾピクロンのエビデンス (精神疾患に併存する不眠)	日本大学	鈴木正泰

てんかんトピックス

高齢者の初発てんかん	むさしの国分寺クリニック	大沼悌一
------------	--------------	------