

血液透析に伴う認知症

川畑信也*1 大林孝彰*2 鶴田良成*3

*1 成田記念病院 神経内科 *2 同 腎臓内科 *3 明陽クリニック 腎臓内科

key words : アルツハイマー病, 血液透析, 認知症, 脳血管性認知症, ドネペジル

要 旨

認知症の主な原因疾患は、アルツハイマー病と脳血管性認知症、レビー小体型認知症である。アルツハイマー病では、物忘れ（記憶障害）と時に対する見当識障害、易怒性、自発性の低下・意欲の減退が早期徴候となる。レビー小体型認知症は、変動する認知機能障害と幻視、パーキンソン症状の三つが中核症状である。血液透析に伴う認知症の発現機序として、アルツハイマー病に代表される脳の変性と血管性因子（脳血管障害、大脳白質に拡がる虚血性病変、難治性高血圧など）が確実な要因である。透析患者における抗認知症薬ドネペジルの用量設定は今後の検討課題である。

はじめに

急速な高齢社会の到来に伴って、アルツハイマー病を始めとする認知症疾患に罹患する高齢者が著増してきている。一方、透析療法の現場でも新規導入患者の高齢化、透析施行中の患者の高齢化は明らかであり、これに伴って認知症疾患に進展する患者も増加してきていると推測される。しかし、現在、透析患者にみられる認知症疾患の実態はほとんど明らかにされていない。著者は、認知症疾患の早期診断とその後の適切な対応を目的として、1996年に物忘れ外来^{1, 2)}を開設し、

現在までに1,500名以上の認知症患者を診療してきている。本稿では、物忘れ外来での経験を基に、血液透析の現場で活動されている臨床医を対象に、認知症疾患について概説をする。

1 知っておきたい認知症疾患

認知症を引き起こす疾患は数多くみられるが、日常診療で遭遇する機会の多い疾患は限られている。ここでは血液透析の現場で遭遇する可能性が高いアルツハイマー病と脳血管性認知症、レビー小体型認知症について、血液透析に関連する事項を踏まえながら解説する。

1) アルツハイマー病

アルツハイマー病は、認知症を引き起こす最大の原因疾患である。市中総合病院で開設している物忘れ外来を受診した1,238名のなかで、アルツハイマー病と診断される患者は655名(52.9%)に及び、物忘れを主訴に専門外来を受診する患者の半数以上はアルツハイマー病である(図1)。血液透析患者にみられる認知症の実態はいまだ明らかではないが、基本的にはアルツハイマー病に罹患する患者が最も多いのではないかと推測される。表1にアルツハイマー病の特徴をまとめてみた^{3, 4)}。

Dementia associated with hemodialysis
Division of Neurology, Narita Memorial Hospital
Nobuya Kawabata
Division of Nephrology, Narita Memorial Hospital
Takaaki Ohbayashi
Division of Nephrology, Meiyo Clinic, Hemodialysis Center
Yoshinari Tsuruta

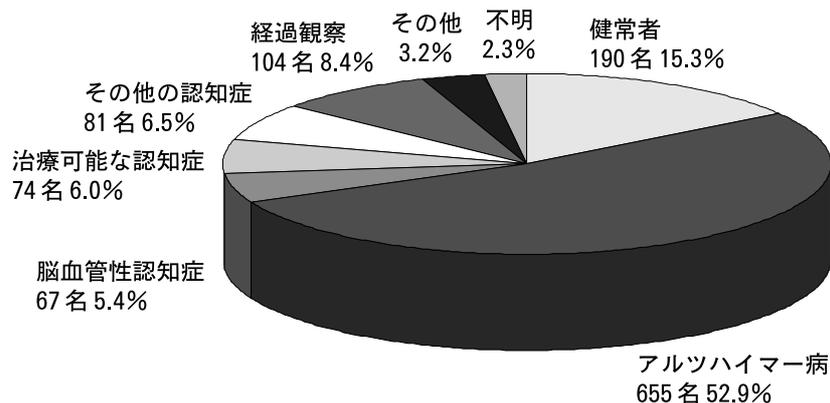


図1 「物忘れ外来」受診 1,238 名の診断内訳

表1 アルツハイマー病の特徴

- 40歳から90歳の間で発病する。65歳以降に多い。
- 物忘れ（記憶障害）で始まることが多く、進行性に悪化する。進行しない場合は可能性が低い。
- 物忘れ（記憶障害）以外に、計算ができない、家に帰れない、洋服が着られない、などその他の症状もみられる。
- 自分が病気であるという認識（病識）に乏しい。
- 運動障害や歩行障害などは末期に至るまでみられない。

(川畑信也：アルツハイマー病診断のコツ④ 検査を上手に利用しよう。JIM, 16; 588-592, 2006, 表1を再掲)

アルツハイマー病の早期徴候として最も頻繁なものは、物忘れ（記憶障害）である。しまい忘れやおき忘れ、何回も同じ事を聞いてくる、約束したことを忘れるなどである。記憶障害に加えて日時の概念に混乱がみられる（時に対する見当識障害）、怒りっぽい（易怒性）、自発性の低下・意欲の減退の四つがアルツハイマー病の早期徴候として見逃してはならないものである。血液透析患者の場合でも透析日を忘れる、薬の飲み忘れや飲み違い、主治医や看護スタッフから言われたことを忘れてしまう、最近怒りっぽくなった、なんとなく元気がない、自分で進んで物事を行おうとしないなどの症状に注意すべきである。認知症が高度になると透析中なのに透析をしていることを忘れてしまうこともありうる。

アルツハイマー病では、物忘れ（記憶障害）が必発症状であるが、表2に示すように多彩な症状を示すのが特徴である。この症状がみられるからアルツハイマー病と診断できる特定のものはない。ある症状がある時期みられ、経過に従ってその症状は軽減し別の症状がみられることになる。

アルツハイマー病では、自分が病気に罹患しているという認識——病識に欠けるあるいは乏しいこと——

表2 アルツハイマー病にみられる症状

- 記憶障害：最近の出来事を思い出せない、昔の記憶はよく保たれている
- 失見当識：日時や場所がわからない、混乱する
- 計算障害：お金の計算ができない
- 実行機能の障害：料理がへたになった、洗濯機の使い方がわからない
- 判断力の低下：洋服を自分で選べない、何を買ったらよいかわからない
- 自発性の低下：自分で進んで行動しない
- 関心、興味の障害：趣味や周囲に関心を示さなくなった
- 感情障害：喜怒哀楽がなくなった、表情が乏しい

(川畑信也：アルツハイマー病診断のコツ④ 検査を上手に利用しよう。JIM, 16; 588-592, 2006, 表2を再掲)

が特徴の一つである。したがって、アルツハイマー病患者が自ら自分は認知症になった、認知症の治療をしてほしいと訴えることは皆無である。アルツハイマー病を早期に発見するためには、患者を囲む家族や医師、看護師が認知症を正しく理解したうえで、患者の言動や行動を観察することが大切である。紙数の関係でアルツハイマー病の早期診断のこつを記述することはできないので、関心のある方は、認知症を専門とされないかかりつけ医の医師を対象に刊行されている拙書^{5~8)}を参考にしたい。

表3 NINDS-AIRENによる脳血管性認知症の分類

1. 多発梗塞性認知症 (multi-infarct dementia)	主幹動脈閉塞による梗塞が大脳皮質、皮質下に多発
2. 認知症の成立に重要な領域の限局性梗塞 (strategic single-infarct dementia)	視床や角回、前脳基底部など認知機能に関与する重要な部位の梗塞
3. 細血管病変に伴う認知症 (small-vessel disease with dementia)	a. 多発性ラクナ梗塞 (multiple lacunar strokes (lacunes)) b. Binswanger 病 c. 大脳アミロイドアンギオパチー
4. 低灌流による認知症 (hypoperfusive dementia)	心停止や著明な低血圧による全脳虚血あるいは分水嶺領域にみられる限局性虚血に起因する認知症
5. 出血性認知症 (hemorrhagic dementia)	慢性硬膜下血腫、くも膜下出血の後遺症、脳出血に起因する認知症
6. その他 (other mechanisms)	上記の組み合わせ、未知の原因による認知症

(Román GC et al.: Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN international workshop. Neurology, 43; 250-60, 1993.)

2) 脳血管性認知症

脳血管性認知症は、脳血管障害に伴う認知症を総称するものであり、一つの疾患単位ではない。脳血管性認知症は、脳血管障害の分類に基づいていくつかの病型がみられる。表3に代表的な脳血管性認知症の分類を示した。

頭蓋内の主幹動脈の閉塞（血栓性あるいは塞栓性）に起因する多発梗塞性認知症、認知機能に関与する重要な領域（前頭葉や視床など）にみられる単一の病変による認知症、多発性ラクナ梗塞による認知症、血圧の変動などによって低灌流がみられ認知症に進展するタイプなど多くの病型が含まれる。脳血管性認知症では、脳血管障害に由来する神経症状がみられることは必須である。構音障害や片麻痺、感覚障害、半盲などである。見逃されやすい症状として脳血管性パーキンソニズムがあげられる。筋緊張の亢進（筋強剛、筋固縮）、動作緩慢、転びやすいなどの症状がみられる。パーキンソン病に特徴的な安静時振戦がみられることは少ない。

わが国では、多発性ラクナ梗塞に伴う認知症が最も頻繁な病型と考えられる。血液透析に伴う認知症でもおそらくこのタイプの認知症は比較的多いものと推測される。さらに、透析中にみられる血圧の変動に伴う脳灌流の低下で、認知機能障害が出現する可能性が考えられる（低灌流による認知症）。

3) レビー小体型認知症

欧米では、アルツハイマー病について多い認知症疾患といわれる。わが国では、認知症の原因疾患としてアルツハイマー病、脳血管性認知症につぐものである。レビー小体型認知症では、①変動する認知機能障害、②体系化された具体的な内容をもつ幻視、③パーキンソン症状の三つが中核症状となっている。

認知機能障害（認知症状）が日によって、あるいは1日のなかでも大きな変動を示すことが特徴である。同じ薬を飲んでいるのに、前日はとても調子がよく病前とほとんど変わらないのに、翌日にはとんちんかんな話が多い、朝起床時や昼寝後では動作が著しく緩慢であるが昼頃になるとスムーズに動くことができる、などのように症状に動揺性がみられることがアルツハイマー病との相違点である。アルツハイマー病では、日内でそれ程の変動を示すことは少ない。

幻視の訴えも特徴的で、具体的で現実的な訴えが多い。たとえば、顔が血みどろになった兵隊がみえる、猿が縁側でお産をしている姿がみえる、知り合いの人が交通事故に遭って倒れているのがみえるなどである。パーキンソン症状としては、筋緊張の亢進（筋強剛）や動作緩慢、歩行障害（小股、小刻み、すり足歩行）、易転倒性などがみられ、特発性パーキンソン病と同様の症状を示すが、レビー小体型認知症では振戦の出現は少ないようである。

血液透析患者で、物忘れ（記憶障害）に加えて幻視を始めとする精神症状が目立つ事例や、動作緩慢、こ

ろびやすい事例ではレビー小体型認知症の可能性を考慮しなければならない。

2 血液透析患者における認知症—事例検討—

血液透析患者でも基本的な認知症の考え方は、非透析患者の場合と同様であろう。おそらく血液透析患者にみられる認知症の原因疾患としては、アルツハイマー病、脳血管性認知症、レビー小体型認知症が多いものと考えられる。著者が経験した事例を呈示する。

[事例 1]

66 歳，男性，5 年の透析歴。40 歳から糖尿病を指摘されていたが，治療は不十分であった。61 歳時，血液透析導入。64 歳頃から物忘れがみられ始め，徐々に進行・悪化している。最近では，実の娘の名前を（患者の）妹の名前と間違える。注意すると怒りっぽい。自宅で寝ていることが多い。この 2 年ほど透析に通う際，自動車の運転で事故が多くなってきた。63 歳頃から動作が緩慢となってきた。一つの動作に 1 時間くらいかかることがある。

●物忘れ外来初診時の問診の様子

お名前は？ 「○○○○」（正答）
 お歳はおいくつですか？ 「……65？」
 ここはどこですか？ 「電停の中」
 今日は何月ですか？ 「12 年……30 年……あれ」
 付き添いは誰（長男夫婦）？ 「長男とタカエ」
 （タカエは娘の名）
 どの病院で透析をしていますか？

「……わからない」

神経学的には，表情に乏しいが明らかな脱力はみられない。筋緊張はほぼ正常，下肢に軽度筋萎縮あり。

●テスト式認知機能検査

Mini-Mental State Examination (MMSE) 4 点 (30 点満点，23/24 点が認知症と非認知症の境界点)，ADAS (Alzheimer Disease Assessment Scale) 日本版 32 点 (70 点満点，非認知症は 2~8 点に分布，高得点ほど認知症は高度と判断される。12 点から 20 点が軽度，21 点から 35 点が中等度，36 点以上が高度認知機能障害)。

MRI では，両側視床と側脳室深部白質にラクナ梗塞が散在している (図 2A)。脳 SPECT 検査では，左頭頂葉後部で脳血流の低下がみられる (図 2B の矢印，右下に，使用した核種は異なるが，典型的なアルツハイマー病患者でみられる脳血流 SPECT 像を呈示，両側頭頂葉後部で脳血流の有意な低下がみられる)。

血液透析導入から約 4 年後に進行性の物忘れ (記憶障害) がみられ始め，その後，人物誤認や易怒性，自発性の低下がみられ，アルツハイマー病の病像を示している。脳 SPECT 検査で，アルツハイマー病に特徴的とされる頭頂葉後部での血流低下が認められ，アルツハイマー病の疑いがより高まる^{9~11)}。しかし，この事例では，脳血管性認知症の要因も認められる。すなわち，神経学的には仮面様顔貌や動作緩慢がみられ，脳血管性パーキンソニズムの病像を示している。さらに脳 SPECT 検査で左前頭葉にも血流低下がみられる (図 2B の矢頭)。脳血管性認知症では，アルツハイマ

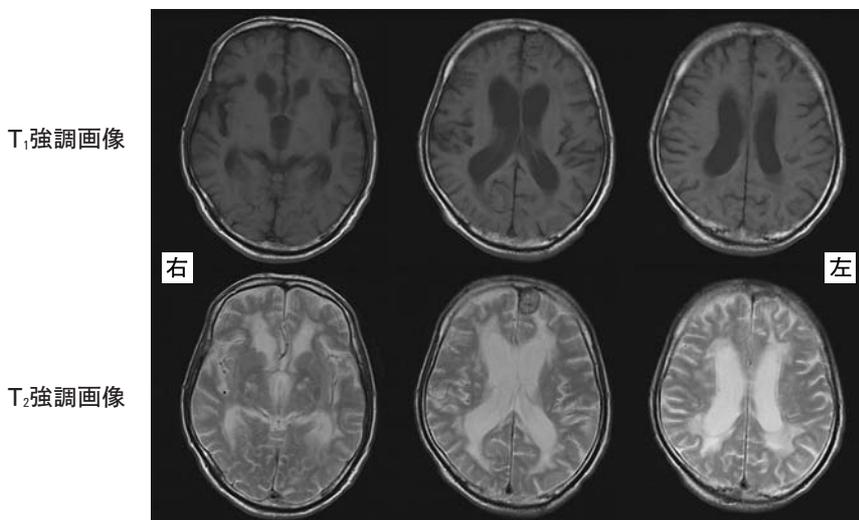


図 2A 事例 1 の MRI

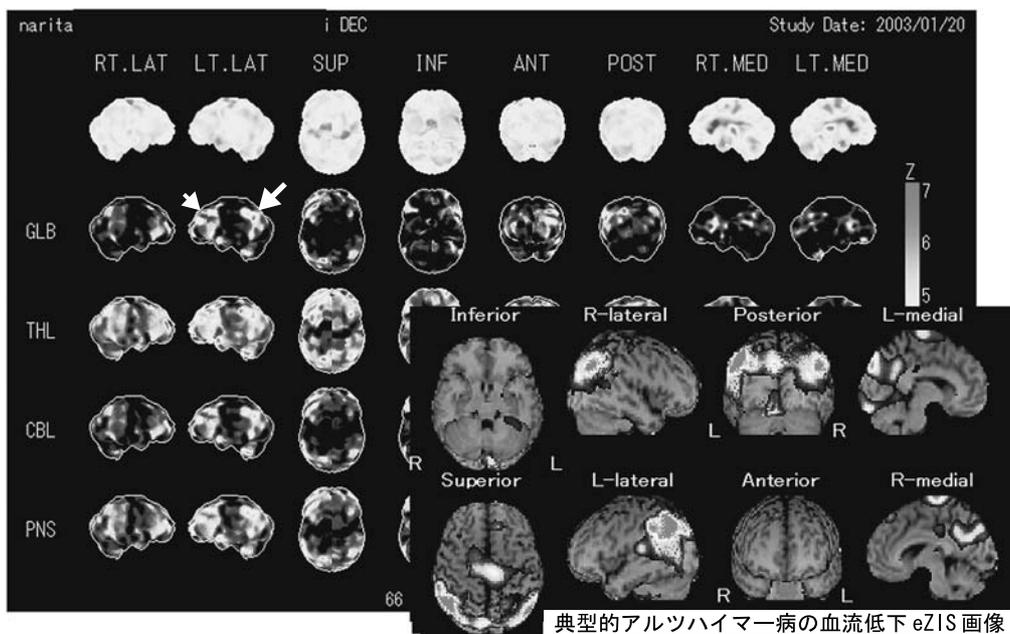


図 2B 事例 1 の脳 SPECT 3D-SSP 画像

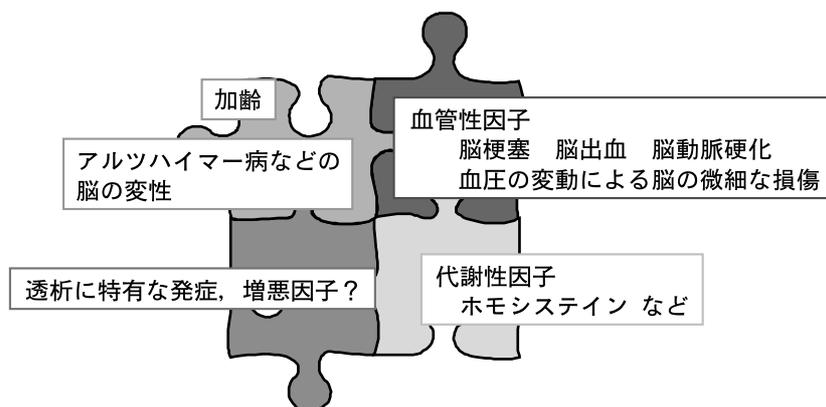


図 3 血液透析患者にみられる認知症の発症要因

一病と異なって前頭葉を中心とした血流異常がみられやすい。この事例は、アルツハイマー病と脳血管性認知症の双方の要因をもつものである。いわゆる混合型認知症と呼ばれる病態である。

著者は、この事例に示すように、血液透析患者にみられる認知症は、アルツハイマー病のみで出現することは少なく、血管病変の関与あるいはその他の要因が複合的に加わった結果生じる場合が多い印象を受けている。

3 血液透析に伴う認知症の発症機序

血液透析に伴う認知症の発現機序には、多彩な病態が複合的に組み合わさっていると思われる (図 3)。確実な要因は、アルツハイマー病に代表される脳の変

性と血管性因子である。非透析患者と同様に透析患者においても、加齢に従ってアルツハイマー病を発症してくる頻度は高い。後者はより複雑な関与をしているものと思われる。明らかな脳梗塞や脳出血ばかりではなく、脳動脈硬化症、大脳白質に拡がる虚血性病変の存在、血圧の変動に伴う長期にわたる持続的な微細脳損傷、難治性の高血圧など多くの要因が認知機能障害に関与しているものと想定される。

これ以外に代謝性因子の関与も疑われる。近年、アルツハイマー病では、血中ホモシステイン値の増加が注目されてきている。血中ホモシステイン値は、脳血管障害の危険因子となることは以前からよく知られており、その増加が動脈硬化や脳血管障害と関連することは明らかである^{12, 13)}。アルツハイマー病患者の約 40% に高ホモシステイン血症がみられる¹⁴⁾。著者の

データでは、アルツハイマー病患者 226 名中 79 名 (35.0%) で高ホモシステイン血症がみられている。健常者では、22 名中 2 名 (9.1%) にしか高ホモシステイン血症は認められない。臨床像からアルツハイマー病が疑われるとき、高ホモシステイン血症はアルツハイマー病の臨床診断をより確かにする臨床検査である。しかしながら、血液透析患者では、概して血中ホモシステイン値が高い場合が多いようなので、診断の補助にはなりにくいかもしれない。

血液透析に伴う認知症は、単一の発症機序ではなく、アルツハイマー病変ならびに脳血管病変、血管性因子、代謝因子などが複雑に絡み合って発症してくる可能性が高い。さらに血液透析特有の発症因子あるいは増悪因子が存在しているのかもしれない。今後、危険因子を含めた発症機序の解明が最も重要な課題である。

4 治療の問題

認知症疾患に対する薬物療法は、中核症状と周辺症状（精神症状と行動障害）に分けて考えると理解しやすい。中核症状は、神経細胞の壊死に由来するものであり、記憶障害や見当識障害、失語、失行、失認、実行機能障害に該当する。周辺症状は、以前は問題行動と言われたものであるが、中核症状から派生して出現する幻覚や妄想、徘徊、暴力行為などの精神症状や行動障害を指すものである（図 4）。国際的には、“認知症の行動と心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD)¹⁵⁾” と呼称されるこ

とが多い。

中核症状に対しては（狭義の）抗認知症薬、周辺症状に対しては向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬など）が使用される¹⁶⁾。薬物療法の原則として、薬剤の管理を患者だけに任せてはならない。物忘れがみられる患者だけに薬剤の管理を任せると、飲み忘れや飲み違い、過剰服薬など多くの支障が予測される。特に透析療法では、多数の薬剤が投与されている場合が少なくない。家族や周囲の者が薬剤管理を必ず行うことが前提である。

中核症状に対する薬物療法として、現在わが国で保険適応を認可されている薬剤は、抗コリンエステラーゼ阻害薬の塩酸ドネペジル（商品名；アリセプト）だけである。ドネペジルは、腎排泄型の薬剤である。具体的な使用方法は、副作用発現を抑えるためにまず 3 mg を 1~2 週間服薬後に 5 mg に増加して維持量とする。剤形として錠剤以外に口腔内崩壊錠や細粒も使用可能である。ドネペジルは、比較的副作用の少ない薬剤であるが、服薬当初に嘔吐や食欲不振、腹部膨満、下痢などの消化器系副作用がみられることがある。

ドネペジルを投与したアルツハイマー病患者 267 名についての著者の検討では、消化器系副作用の発現は 18 名 (6.7%) であった。これらの副作用は、ドネペジルを初めて服薬したその日から出現するようである。この副作用が出現すると、我慢してドネペジルを飲み続けることは困難な場合が多い。ドネペジルはあくまでもアルツハイマー病にみられる症状の進行を抑える

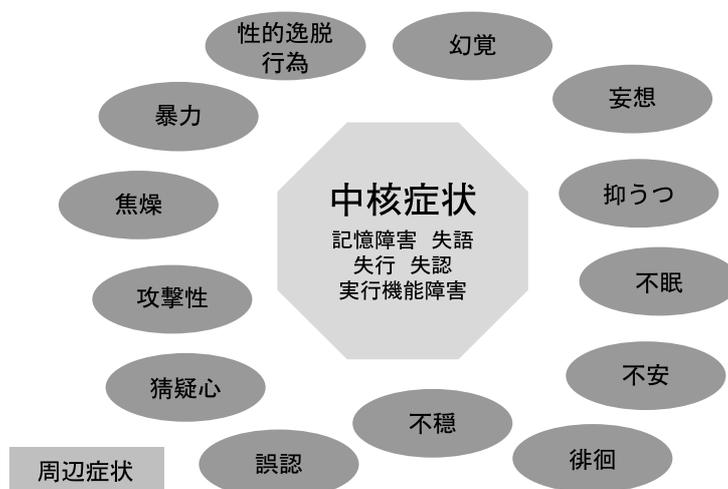


図 4 中核症状と周辺症状（精神症状・行動障害）

（川畑信也：物忘れ外来ハンドブック—アルツハイマー病の診断・治療・介護；中外医学社，東京，2006 の図 8 を再掲）

可能性をもつ薬剤である。臨床的に効果を示す割合は3割前後しかみられない。また、投与1年前後すると再び症状の進行・悪化がみられることが多い^{17, 18)}。

臨床の現場では、アルツハイマー病と診断された透析患者にドネペジルを投与している場合が少なくないと思われるが、学会などでの報告例はわずかである。

蒲田らは、透析歴4年、72歳男性のアルツハイマー病患者にドネペジル3mgで治療を開始している。記憶障害と見当識障害に著明な改善効果がみられ、35週目のドネペジルの血中濃度にも蓄積はなかった。3mgを維持量としている（日本透析医学会学術集会・学会、2001年、抄録集から）。合田らは、71歳男性、アルツハイマー病患者にドネペジル3mgから開始し、5mgに増量しているが大きな副作用はないと報告している（日本透析医学会学術集会・学会、2005年、抄録集から）。著者も数名の透析患者にドネペジル3mg錠を非透析日に投与している。隔日3mg投与の是非に関しての根拠はないが、少なくとも副作用の発現はみられていない。問題は、添付文書に記載されている「3mg/日投与は有効用量ではない、1~2週間を超えて使用しない」との規制である。透析患者におけるドネペジルの用量設定は、今後の検討課題である。

周辺症状の薬物療法では、目標とする精神症状あるいは行動障害を明確に定めて短期間投与を心がける。周辺症状を完全に抑えようとすると過剰投与になりがちとなり予想外の事態を招きかねない。周辺症状に対

しては、まず上手な介護、適切な対応を中心とした非薬物療法を優先すべきである^{19, 20)}。

5 アンケート調査からみた看護サイドにおける問題意識

血液透析患者にみられる認知症看護の実態を把握するために、透析専門クリニックである明陽クリニック（ベッド数120床、患者数約300名）に勤務する看護師51名にアンケート調査を行った。設問は、

- ① 認知症を持つ透析患者について透析中に困ったことは？
- ② 認知症患者が示す精神症状や行動障害に対しては、薬物療法と非薬物療法が考えられる。あなたの考えに最も近いものはどれか？
- ③ 認知症患者の看護を通じて透析や日常生活でどのような工夫や対応をしているか？

の3点である。

認知症に進展した透析患者の看護で最も困ることは、穿刺肢を動かしてしまう（80.4%）であり、以下、透析中じっとしてられない、落ち着かない（78.4%）、穿刺針の自己抜去、穿刺部をいじる（70.6%）、急に起き上がる、立ち上がる（70.6%）、透析療法が必要なことが理解できない（56.9%）の順であった（図5）。非透析認知症患者にみられる看護とは明らかに様相が異なっており、今後の看護体制の確立が急務と考えられる。

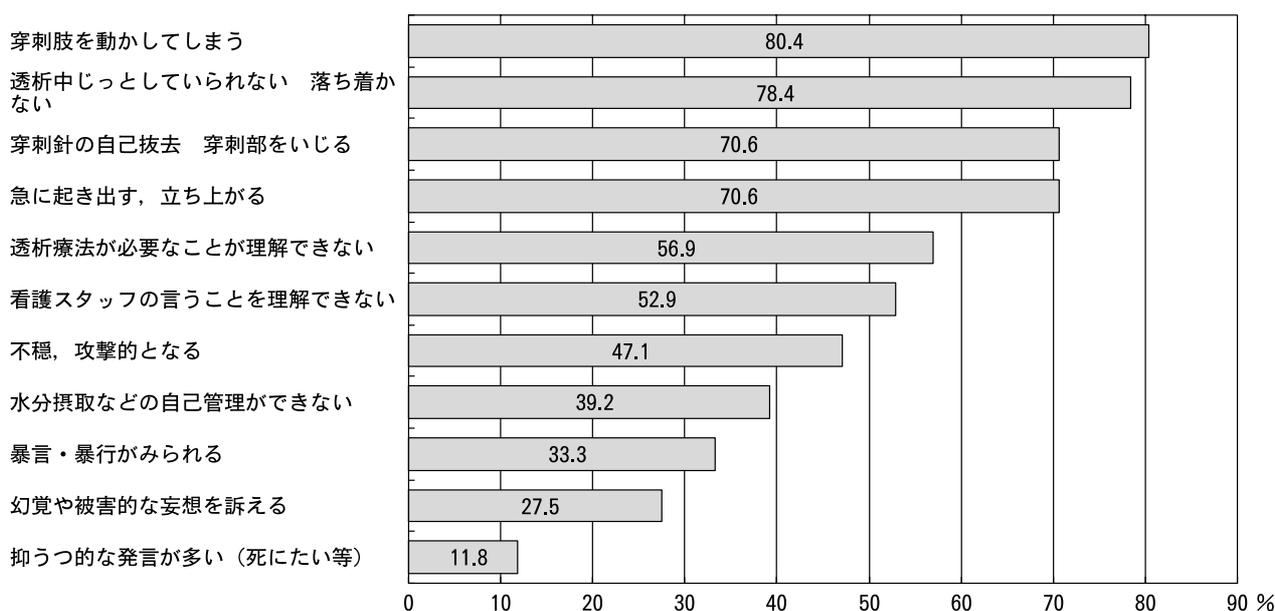


図5 認知症をもつ透析患者の看護に関するアンケート（1）
（明陽クリニック 看護師51名）

認知症患者が示す精神症状や行動障害に対しては、①薬物療法、②非薬物療法が考えられます。以下の3つのなかであなたの考えに最も近いものはどれでしょうか？

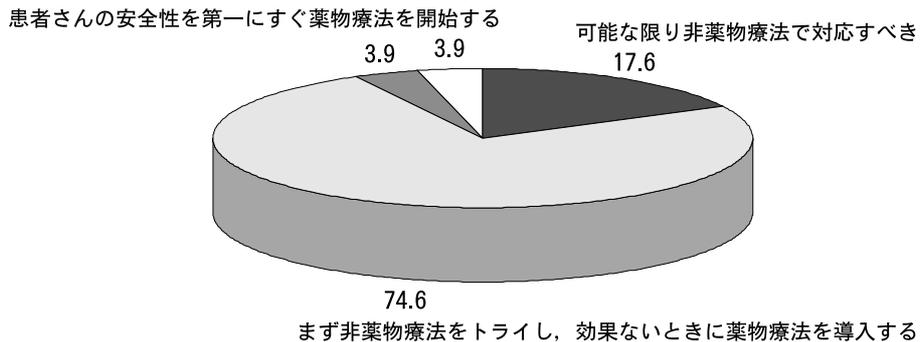


図6 認知症をもつ透析患者の看護に関するアンケート (2)
(明陽クリニック 看護師 51名)

- 家族との連絡を密にするため、連絡ノートを作成・利用
- チェック項目リストの活用 → 他の看護師と情報を共有化できる
- 自己抜針 → テープ固定に工夫、固定用伸縮性粘着シートを使用
- 開始時間を他患とずらし、目が届くようにする カウンターやナース近くのベッドを使用
- 安全が確保できるなら、本人の意思通りの行動をさせる
- 可能な限り、認知症患者さんの横に1人のナースをつける
- 何か行動を起こそうとする時、会話や手を握り、他の考え方に変えさせる
- 透析日の行動パターンを統一させ、患者さんが戸惑わないよう心がける
- 患者さんの話を聞き、内容を否定しないようにする

図7 認知症をもつ透析患者の看護に関するアンケート (3)
(明陽クリニック 看護師 51名)

非透析認知症患者にみられる精神症状や行動障害に対する対応として、上手な介護、適切な対応に代表される非薬物療法が最も推奨される手段である。透析施設に勤務する看護師の間でもまず非薬物療法を試み、効果がみられない場合に薬物療法を導入すると考えている看護師が4分の3でみられている(図6)。

透析や日常生活での工夫をみると、家族との連絡を密にするために連絡ノートを作成し活用する、患者に関するチェック項目リストを作成し、看護師全員で情報を共有できるようにするなど多くの工夫や対策がなされていることがわかる(図7)。ここで重要なことは、アンケートの結果にも記載されているように、

- ① 患者の意思を尊重し、安全性が確保できるならば患者の好きなようにさせる
- ② なにか困った行動を起こそうとする患者に対して、話題や関心を別のことに向けさせる
- ③ 患者の話を拝聴しその考え方を否定しないように接する

ことである。これらの対応は、非透析認知症患者の看

護あるいは介護においても重要であり、認知症看護あるいは介護の原則である。

透析患者にみられる認知症に対する看護あるいは介護では、血液透析に由来する固有の病態や問題に対する非薬物療法と、非透析認知症患者でもみられる共通の病態や問題に対する非薬物療法の二つに分けられる。今後、前者に関してはより有効な非薬物療法の確立が望まれる。後者に関しては既存の非薬物療法を援用すればよい。

6 今後の課題

血液透析に伴う認知症に関しては、ほとんど未開拓の分野である。認知症に関する基本的な原則は、非透析患者にみられる認知症とそれほど大きな違いはない。問題は、血液透析特有の問題点である。以下に現在著者が考えている解決しなければならない課題を列挙した。

- ① 血液透析透患者にみられる認知症疾患の病態 — アルツハイマー病が最も多い原因疾患か？

脳血管病変の関与は？

- ② 認知機能障害の発現機序——血液透析特有の機序があるのか否か？
- ③ 透析年数に伴って認知機能障害は増大していくのか？
- ④ 抗認知症薬などの薬物療法の適量の決定，向精神薬の至適な使用法。
- ⑤ 血液透析特有の症状，あるいはトラブルに対する看護あるいは介護の確立。
- ⑥ すでに認知症に罹患している患者の血液透析導入の是非。

血液透析にかかわる多くの臨床医が，認知症に関心を持たれることを希望する。

文 献

- 1) 川畑信也，吉川あゆみ，後藤千春：「物忘れチェック外来」からみた老年期痴呆の臨床的検討。神経内科，49；149-154，1998。
- 2) 川畑信也，後藤千春，横山さくら：神経内科からみた「物忘れチェック外来」—現況と今後の展望—。精神科治療学，17；769-775，2002。
- 3) 川畑信也：アルツハイマー病診断のコツ① 典型的なアルツハイマー病の診断は難しくない。JIM，16；326-330，2006。
- 4) 川畑信也：アルツハイマー病診断のコツ④ 検査を上手に利用しよう。JIM，16；588-592，2006。
- 5) 川畑信也：物忘れ外来 21 のケースからみる臨床医のための痴呆性疾患の診断と治療；メディカルチャー，東京，2005。
- 6) 川畑信也：「物忘れ外来」レポート 認知症疾患の診断と治療の実際—すべての臨床医のために実践的アドバイス—；ワールドプランニング，東京，2005。
- 7) 川畑信也：物忘れ外来ハンドブック アルツハイマー病の診断・治療・介護；中外医学社，東京，2006。
- 8) 川畑信也：事例から学ぶアルツハイマー病診療；中外医学社，東京，2006。
- 9) 川畑信也，大東信幸：MRI と SPECT からみた痴呆性疾患—脳血管性痴呆を中心として—。精神科治療学，16；1189-1199，2001。
- 10) 川畑信也：神経内科からみたアルツハイマー病と脳血管性痴呆の画像診断。日本放射線技術学会雑誌，58；1335-1343，2002。
- 11) 川畑信也：アルツハイマー病の画像診断。認知神経科学，6；80-85，2004。
- 12) Korczyn AD：Homocysteine，stroke，and dementia。Stroke，33；2343-2344，2002。
- 13) Tucker KL，Scott TM，Folstein M：Homocysteine，cerebrovascular disease，cognitive function and aging。Cerebrovascular disease，cognitive impairment and dementia；O'Brien J，et al. (eds.)，London & New York：Martin Dunitz，pp. 181-193，2004。
- 14) Clarke R，Smith AD，Jobst KA，et al.：Folate，vitamin B₁₂，and serum total homocysteine levels in confirmed Alzheimer's disease。Arch Neurol，55；1449-1455，1998。
- 15) Finkel SI，Costa e Silva J，Cohen G，et al.：Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia：a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment。Int Psychogeriatr，8(Suppl 3)；497-500，1996。
- 16) 川畑信也：アルツハイマー病治療・介護のコツ② 知っておきたい抗認知症薬，向精神薬の使用法，注意点。JIM，16；758-762，2006。
- 17) 川畑信也，後藤千春，横山さくら：Alzheimer 病における塩酸ドネペジルの臨床効果—ADAS 認知機能下位検査日本版での検討—。神経内科，57；243-248，2002。
- 18) 川畑信也，後藤千春，横山さくら：Syndrom Kurztest からみた Alzheimer 病に対する塩酸ドネペジルの臨床効果。神経内科，59；203-207，2003。
- 19) 川畑信也：アルツハイマー病治療・介護のコツ③ 介護家族から相談を受けやすい行動障害・精神症状への具体的な対策 (1)。JIM，16；848-851，2006。
- 20) 川畑信也：アルツハイマー病治療・介護のコツ③ 介護家族から相談を受けやすい行動障害・精神症状への具体的な対策 (2)。JIM，16；934-938，2006。