

認知症薬物療法マニュアル

# コウノメソッド 2011

医学博士 河野和彦

Kazuhiko Kono M.D.

## コウノメソッドのコンセプト

- 学会にでかけるといつも思うことは、認知症の領域に関しては診断と治療のバランスが悪いことである。診断に関してはかなり精密に議論しているが、治療は非常に幼稚でモチベーションも低い。この状況では、患者は診断に高額な医療費を支払いながら病状は改善しないということが多いものと危惧する。それどころか、処方によってかえって悪化しているのではないかと。患者がよくなるからどんどん処方を増やしていった様子がかえって「パニック処方」に陥ると、患者は医師を替えないかぎり助からない。
- 医療は治してなんぼであって、診断だけで満足する家族がどこにしようか。そして安全域の狭い高齢者においては薬の選択に加えて用量設定が重要である。そのような記載はいかなる薬物マニュアルにも書かれていないので、具体的に用量を記載したマニュアルが必要であると感じた。
- コウノメソッドは、急増する認知症に対して家庭介護を続けられるように陽性症状を制御することを主眼として一般公開される薬物療法マニュアルである。そのコンセプト【スライド1】は①薬の副作用を出さないために介護者が薬を加減すること（家庭天秤法）、②患者と介護者の一方しか救えないときは介護者を救うこと、を処方哲学としている。
- 介護者を救うための処方は、漢方医学からヒントを得た【スライド2】。すなわち、中間証にあることを健康と考え、陽証には瀉剤を、陰証には補剤を投じるがごとく、【スライド3】周辺症状の陽性症状には抑制系薬剤を、陰性症状には興奮系薬剤を投与して、患者をまず中間証とする。おちついたらはじめに記憶改善をめざすのである。この手法によって、ドネペジルによる興奮という悲劇を未然に防ぎたいと考える。抑制系薬剤は介護者のために処方するのだから用量は介護者が調整すればよい。適量は医師にはわからない。
- 認知症に抗うつ薬（三環系、四環系）は経験的に合わないことがわかっている。そこで、元気がない認知症には興奮系薬剤を第一選択とし、どうしても元気が出ずに食欲まで失う危機的な時のみSSRI（ジェイゾロフト）の使用を認めることにした。これが2011年の大きな変更点である。

【パニック処方】例えばアリセプト5-10mg、パーキンソン病治療薬3種、抗うつ薬2種を併用するというような処方。医師の頭の中がパニックになっていて自分でも何をやっているのかわからなくなっている様。このような処方はほとんど神経内科医が行う。精神科と神経内科は特殊な聖域であり、ほかの医師の助言を聞けない立場のため、彼らは孤立して袋小路に陥ってゆく。だから**中枢神経系の専門医がもっとも危険な処方をする**。精神科学も神経内科学も知らない一般の医師がコウノメソッドどおりに処方して成功するのは、このメソッドが認知症のためだけに考案され認知症学の王道に沿っているからである。

【ドネペジル】2011年からアリセプトの後発品が認められるので、当面ドネペジル（一般名）を用いる。

## コウノメソッド 2011のご挨拶

### 時代はレビー

●2010年は、14冊めの著書「重度認知症をハーブエキスで治す」を出版した。この本ではコウノメソッドが巻末に掲載され、初めて活字として公に発表されたことになる。レビー小体型認知症(DLB)は日本で二番めに多い認知症になった(スライド【4】)。遠方から名古屋フォレストクリニックを訪れる初診患者の多くが(DLB)である。DLBにジェイゾロフトを使用するようになって、DLBの治療手段はほぼ完成したと思っている。そこで2011年には、いよいよ「レビー小体型認知症(DLB)■即効治療マニュアル■」が刊行され、混乱するレビー治療のひとつの指針になるであろう。DLBの治療は、薬剤過敏性などの特性から老年医療の縮図であるような難題であるため、今後数年は認知症医療のトピックスであり続けるだろう。

### ドネペジル後発品

●患者を選ばずにドネペジル 5mg を投与すると易怒、パーキンソニズムなどの弊害が一部でおきるとの学会発表は増える傾向にある。施設で、BPSD(問題行動)のめだつ患者のアリセプトを中止したら全員穏やかになったという論文も出された。エーザイは、投与しないと認知症が進行してしまうという危機感を医師に植え付けることに成功してきた。しかし、少量投与を許さない規定を作り(アリセプト 5mg 問題)、患者個々に合った用量を処方させず、多くの患者、家族、医師、薬剤師を苦しめてきた。家族会への寄付金で会社に苦言を言わせないようにしているという指摘もある(浜六郎:認知症にさせられる!幻冬舎新書、2010)。さらにアリセプト 23mg も認可させようという動きすらある。製薬会社が医師に高用量を強要するというのは前代未聞の事件であり、不幸な11年間であった。

●このような氷河期を経て、2011年は、日本における第2,3,4弾めのアルツハイマー型認知症(ATD)治療薬(メマンチン、ガランタミン、リバスチグミンパッチ)が認可され、加えてドネペジル後発品が許可される区切りの年である。もっとも期待されるのは、ドネペジル後発品とメマンチンの組み合わせであり欧米での標準治療となっている。メマンチンだけが他の3剤と作用機序が異なるのでドネペジルとの併用が認められるはずである。

●老健に入所すると高額なアリセプトはカットされてしまう。エーザイは、製薬会社の倫理観でもってせめて1mg錠を製造し、そういった患者を救うように働くべきだった。後発品認可を機に多くの医師はアリセプトをドネペジル後発品に切り替え、メマンチンと併用する患者の負担を減らすよう努めるであろう。もっとも開発者の杉本八郎氏への敬意は今後も変わらない。

### 認知症のうつ状態

●認知症と非定型うつ病の合併としか理解できない症例も散見される。非定型うつ病は患者数が多く、将来精神科だけでは診きれなくなると思われるのでプライマリケア医にも知識が必要であろう。

●認知症患者におけるうつ状態の評価と治療は容易ではないが(スライド【5】)、セロトニンが不足しているという病態生理学的考え方でSSRIを試す価値はある(スライド【6】)。認知症のうつ状態に抗うつ薬(三環系、四環系)を第一選択としない、という鉄則は守りながら、ジェイドロフトでしか食欲がもどらない認知症は確かに存在する。昨年度はDLBのうつ症状と食欲不振にジェイドロフトが大きな成果を挙げた。ジェイドロフトの有用性には目を見張るものがあり、これでDLB治療のジグソーパズルに最後のピースが見つかったように思っている。SSRIは三環系、四環系と異なり認知症にも興奮系として働くようだ。この考え方は非常に大事である。スライド【7】

●DLBの三種の神器は、ドネペジル、ペルマックス、抑肝散であるが、シチコリン注射、フェルガード100M、ジェイドロフトを加えた6薬剤が使える環境なら8割以上のDLBは改善させられるめどがついた。

## 健康補助食品の扱い

●韓国で開発された ANM176 は入手が難しく、後発品 New フェルガードが多用されている。両者の違いはガーデンアンゼリカ（セイヨウトウキ）の産地が異なる（韓国とスペイン）ことで、効能に差はない。グロービアが開発したフェルガード 100M は、ANM176 と同様に臨床試験も各地で展開されている。東京医大八王子医療センターは、ガーデンアンゼリカが New フェルガードの 20%しか含有されていないフェルガード 100M ですら、脳血流が有意に増加することを証明し老年医学会、国際アルツハイマー病会議（アメリカ）などで発表した。100 M は多くの医師自らも服用している。

●ATD や DLB で中核症状改善を目的とする場合は、やはりドネペジルで治療を始めて、（当然 ATD でも 1.5mg→2.5mg→5mg の漸増が望ましい）ドネペジルが飲めない患者、ドネペジルで興奮してしまう患者は、フェルガード類を併用ないし単独投与にすることで、進行の心配が減った。

●ドネペジル 6mg 以上の処方については、「重度アルツハイマー型認知症」との記載が望ましい。重度とはおおかた改訂長谷川式スケール 10 未満である。5mg の次は 7.5mg 程度への増量ステップを減るのが望ましく、7.5mg から 10mg に引き上げて初めて効果を見せる患者は 1 割以下しかいない。従って、ドネペジルの最高量は 7.5mg 程度にとどめておいてメマンチンか New フェルガードを併用するほうが改善率が高いことは目に見えている。併用療法は副作用発現の危険分散にもつながる。

●フェルガード類の価値は、ドネペジルが効かない ATD 患者にとどまらず、**DLB、ピック病、混合型認知症、石灰化を伴うびまん性神経原線維変化病 (DNIC)、正常圧水頭症 (NPH)、単純ヘルペス脳炎後遺症、辺縁系脳炎後遺症、正常者にも奏効**することが確認できたことである。

●NPH の場合なんらかの理由で髄液排除ができなくても New フェルガードで歩行が可能になったり、後屈が治ったりする。いかなる病型においても車椅子の患者が立ち上がったり歩いたりということが期待できる。大規模な脳血管障害がないかぎり大脳変性性疾患で歩行できない患者の多くが歩行可能になるはずであり、歩けないなら医師が悪い。New フェルガードの歩行改善率は、サアミオンやシンメトレルをしのぐ。

●さらに、嚥下機能回復、血清アルブミン上昇、白髪黒化、はげ頭からの太い毛髪の産生、難聴改善、血液病における貧血の改善（私信）、坐骨神経痛の消失など「**不老長寿**」(若返り)のよ**うな作用**が観察されている。

●ドネペジル 0.5-1mg 程度にフェルガード 100M を併用していた DLB が、改善したあとドネペジルをやめてしまってよいか、続けるべきかは個々の患者によって違うので、やめてみて活力が低下したらドネペジル少量を再開するべきである。

●なお、フェルガード 100 は、New フェルガードのガーデンアンゼリカを 20%に減らしたものの、フェルガード 100M は、フェルガード 100 のフェルラ酸の一部活性を長引かせたものである。

## 非典型的レビー小体型認知症のとらえ方

●「DLBとATDは、同じ病理学的スペクトラムの上に並んでいる」という仮説（レビー小体は老人斑を封じ込めようとした封入体である、スライド【8】）は、DLB患者の病態のバリエーションをうまく説明しているように思われた。患者がDLBなのかATDなのかわかりにくい患者は、とりあえずDLB用の処方（ドネペジル少量投与、抗うつ薬禁止）で開始すればよい。今回、アルツハイマースコア（河野、2011）、レビースコア（河野、2011）を公表するが、同一の患者に両スコアを採点すれば、レビースコア2.5をカットオフポイントとすればATDとDLBの鑑別に役立つ（スライド【9】【10】）。

●DLBの意識障害（せん妄）に対するシチコリン注射は、1000mg静脈注射がきわめて有用であり、稀にハイテンションになる患者もいるため500mg（筋注可能）にする場合もある。したがって往診でDLBのせん妄を改善させることが可能である。

●陽性症状の強いピック病には、ウインタミン（コントミン）が第一選択であるが、約5%に強い肝障害（黄疸）をおこす。投与一カ月後の血液検査は行っていただきたい。それでもピック病には依然として第一選択である。肝障害がおきたら第二選択はセロクエルであろう。デプロメールは使いにくい薬で、でピック病を落ち着かせる手法もあるが推薦できない。

●クラシエ抑肝散加陳皮半夏には3.75g入りのスティックがあり1日2回ですむ。抑肝散を3回飲まないとお効かないが、2回しか飲めない患者に用いる。血清Kは、低下する人とまったく低下しない人がいて予想できないが、痩せて食欲が少なく下痢気味、認知症が重度の老人はハイリスクである。

## 健康補助食品は、医師の倫理指針で推奨されるが混合診療を指摘する意見も

●医師が健康補助食品を患者に推奨することの正当性は、医師の職業倫理指針[改訂版]平成20年6月（日本医師会）に記載されている。

●20頁 「医師は科学者でなければならない。しかし、医療の進歩は未知の領域に挑戦するなかで得られるものであり、先端的・実験的医療と詐欺的な医療との区別は往々にして難しい。また臨床では、現在の科学の枠組みでは必ずしも説明できないような代替医療などの意義も否定しえない。しかし原則として医師は科学的根拠をもった医療を提供すべきである。」

●20頁 「医薬品・医療器具以外で、食品や日常生活上の用具など、人々の健康の増進や生活の便宜に役立つ物やサービスを推薦することは、健康に関する専門家たる医師の社会的役割の1つであって、広く認められるべきである。」

●混合診療を認めようという世の動きがあるが、患者の貧富の差で医療の質に差が出てはならないとする医師会が反対している。保険診療で処方し、健康補助食品も推奨することは、混合診療すれすれの行為との考えもあるので、患者のほうからフェルガード類について教えてほしいと医師に聞くとスムーズである。このような機会は今後増えるので、医師はフェルガード類がどのようなものであるか知っておかなければならない時代になった。

●患者は、いかなる手段でも病気を治したいと願っている。フェルガード類を禁止したり否定したりするなら、否定する科学的根拠を示す必要がある。患者はインターネットで多くの情報を得ていることをないがしろにはいけない。学会や医学書の情報は非常に遅れているし、漢方や食品を意味なく毛嫌い（拒否、妨害）する学会、医学書は多く医師の間に健康食品の効能を広めないようにする圧力もある。

## 認知症診断の考え方

### 鉄則1 画像診断で認知症を診断するのではない

●認知症か非認知症（精神病、正常老化、変性疾患、一過性せん妄など）を鑑別する方法は、知能検査、問診、家族からの情報、振る舞いや態度の観察によるのであって、CT、MRIなどの画像診断で認知症とわかるわけではない。

●脳血流シンチで正常範囲を超える局所脳血流低下があったとしても、脳波で正常老化を超える徐波があっても、被験者が自力生活が可能で生活に支障がないなら認知症とは言えない。

●以上のような画像、機能検査だけを行い、肝心な知能検査を行わない場合は、認知症の本質をもっとも理解していない診療である。医療機器は医師の助手であって、機器の所見に診断を振り回される医師は、医療費と患者の時間を浪費し、ときにはとんでもない誤診をする。患者経験数が少ない医師は、医療機器の所見が医学書に当てはまらない患者が現れると、とほうにくれ、治すこともできない。家族や患者の苦しみを謙虚に聞き、どうすれば医師として感謝されるかを考えることが大事である。

### 鉄則2 画像診断する前から処方してもよい

●認知症の中核症状を改善するものとして、ドネペジル、メマンチンなどのアセチルコリンエステラーゼ（AChE）阻害薬、New フェルガード、フェルガード 100M があるが、これだけが本格的な治療薬ではない。抑制系薬剤で患者の乱れた集中力を安定化させれば、患者の知能検査スコアは上昇し、中核症状改善と同様な効果が得られることもある。

●AChE 阻害薬はアセチルコリンが欠乏した脳にしか効果を発揮しないと推定されるが、New フェルガードのガーデンアンゼリカはニューロン構築作用があるため、ほとんどの大脳変性疾患に効果を示す可能性がある。一方、この処方を受ける患者は、ATD、DLB、混合型認知症のいずれかであるという正しい診断がされていたほうが改善率は高まる。

●一方、フェルガード類は 上記の理由から認知症の病型鑑別を厳密に行う必要はない。フェルガード類によって改善した場合、結果オーライと嘲笑されることにはあたらず、患者にとって改善がすべてであり、その場合診断は二の次である。「非科学的」と他者を嘲笑する医師ほど患者を改善させる力がない。改善と言う事実の前には、ひれ伏すしかない。

●フェルガード類は、漢方薬のように電解質を揺さぶった例はいまのところない。逆に ANM176 の治験では  $\gamma$ GTP が下がる傾向が見られた。

### 鉄則3 診断学的治療は、非科学的ではなくもっとも賢く安全な手法である

●一部の教授は初診だけ行って、再診以後は弟子に任せる場合がある。これは臨床医として愚かなことである。この方式をとると自分の処方でも病状が悪化しても途中で DLB の症状が加わっても自分の誤処方、誤診は永久に修正できないからである。認知症のような慢性疾患は、患者の経過に合わせて処方をアレンジしてゆく姿こそ臨床医の患者をよく診る姿勢が問われ、研修医に学ばせたいところであるはずである。

●診断学的治療とは、処方に対する病状の変化によって真の診断に近づけてゆく手法である。多くの医師が若いころ病院で数々の高額な医療機器を使用し、その限界を知る。例えば海馬の萎縮が少ない ATD もいる、MIBG 心筋シンチで心/上縦隔比が高い DLB がいる、などである。経験をつむとそのような例外も計算に入れて間違いの少ない診断のあり方：「ATD と思われませんが、DLB の可能性は否定できません」という初日のムンテラをしながら 1 年後に診断を DLB に固めてゆくことができる。

●このような態度は、患者への処方でも重大な副作用を生じさせず、安全に病状を改善させてゆくことにつながる。画像診断を絶対的な判決と位置づけ、「年のせい」と切り捨て、診断をヒステリックに確定する医師は危険であり、アメリカでは訴訟の対象にすらなる（1 年後に ATD と気づかれた場合、早期発見義務の怠りとなる）。脳血流が平均値にとどまっているから ATD ではない、と決め付けられたら、記憶に不安を持つ患者は救われない。若い患者の血流は低下しにくいし萎縮も軽度である。患者が納得しなければ、家には帰れない。

## **鉄則 4 精神科医、神経内科医が危険な処方をする理由は患者の身体と対話しないこと**

●精神科学は非器質性疾患を扱うため、病理診断名でなく病態に対して処方する。したがって幻覚、妄想と聞けばリスパダールを処方するが、幻覚の原因が DLB の場合この処方は禁忌である。精神科医が認知症に手を出すつもりなら、器質的疾患への対応を勉強しなおす必要があり、勉強する気がないなら 65 歳以上の患者は診察を断るべきである。精神科医は患者を入眠させるために抗うつ薬を処方する悪い癖がある。認知症には睡眠薬を処方すべきである。

●神経内科医は、パーキンソニズムのある患者を歩かせる薬は、パーキンソン病(PD)治療薬だけしか思い浮かばないことが多い。歩けるまで PD 薬を増やし続ける。歯車様筋固縮がないのに PD 薬しか思い浮かばない。もっともまずい処方、ドネペジルを処方してきた患者が小刻み歩行になってきたときに、ドネペジルを減らさずに PD 薬をかぶせることである。薬代が増えれば増えるほど患者は歩けなくなり食べられなくなる。

●このように、精神科と神経内科に共通した悪い癖は、薬を増やし続けることである。いずれかの薬をいったん減量するという高い知性が求められる。つまり老年科学発想が必要である。すべての薬が用量依存性というわけではない。DLB は患者をよく診ない、患者の身体と対話をしない医師に課せられた神からの試練(広島県尾道市医師会長片山壽先生発言)である。DLB 治療は、うつ病や PD の治療の延長やつけたしではできない。確たる処方哲学が必要である。

## **鉄則 5 診断の変更は恥ではなく誠意である ー誤診宣言の奨めー**

●高齢者の認知症の原因は、複雑に絡み合っている。ATD が正常圧水頭症(NPH)化すること、ATD の 1/100 に甲状腺機能低下が合併していること、PD が合併すること(これは DLB のアルツハイマータイプとの鑑別は容易でない)など、おきうることをフレキシブルに考えてゆかないと患者の複数の障害を歯切れよく治してゆくことはできない。

●最初は ATD と思っていたが、途中から小刻み歩行と幻視が出てきて DLB であると気づいた場合、家族に診断を変更することを正直に説明しないと、なぜ進行したのに AChE 阻害薬が減らされるのか納得されないであろう。しかしすべての専門医が初期の DLB を診断できるわけではなく、誤診と責められる理由もない。患者の経過によっては堂々と誤診宣言し、患者の安全を守るべきである。安全とはドネペジルを減らすということである。

## 認知症薬物療法の考え方

●**認知症を適応症と認められた薬物**は少ない。法的な規制の厳しい大学病院、総合病院の勤務医は、ドネペジルの用量調整をせず、適応外の処方をしていないので患者をうまく治すことはできない。それはE社に責任がある。DLBにドネペジルが効くことは誰でも知っているが、病院長に理解がないかぎり勤務医がテーラーメイド処方することができないということを家族が知っていて自己防衛するしかない。

●**非定型向精神病薬**（注1）の取り扱い（血糖上昇、生命予後の短縮）には注意が必要であるがコウノメソッドが推奨する用量では害はまずおきない。（注1）リスパダール、ジプレキサ、ルーラン、セロクエル。同様にウインタミンを処方する場合、肝障害がおきうるが介護が非常に楽になる、効果が強すぎたら（活気の低下、ふらつき）加減してよいと説明している。

●**認知症の陽性症状を制御して介護者を楽にさせたり入院を先延ばしにしたりする処方**は、**臨床医にもっとも求められる技術**であり、国の医療経済学にも貢献する。現にセロクエルは認知症の陽性症状に第一選択だという専門家もいる。食後血糖が120程度でも耐糖能異常が潜んでいることがあるので、できれば認知症の初診時に全員HbA1cを行うことが望ましいが、レセプト上許されない。つまりセロクエル処方中にHbA1cを調べてはいけないことになる。レセプト審査の目的は法的審査であって患者の幸福や危険は考慮されない。その狭間で医師は、深い洞察をおこない倫理観をどれだけ発揮するか個人差が生じる。患者はそれを見抜いている。

## 開業医に期待されること

●総合病院、大学病院の中枢神経系専門医は、認知症以外の疾患に追われていて、認知症の治療にモチベーションをもてない場合が多く、外来の待ち時間が長いのも認知症にはマッチしない。また、高度な診断機器を使用しすぎて「早く治療してほしい」という**家族の求め**とは大きなずれを生じている。これを**診断遊び**と呼ぶこととする。

●自治体や国が認知症センターを建設し始めた。これで大勢の認知症を診断、治療できると意気込んでいるが、結局専門医が足りないために初診に1時間かけて、あっというまに予約が3か月先になり結局は機能しない。患者急増の時代に求められるのは「箱もの」ではなく「職人」である。厚労省は「認知症サポーター医」を育成しているが、学者の講義では職人は育たず、無駄な拘束時間だったと評判が芳しくない。介護保険、アリセプトが登場して11年。いまで国は何をしてきたのか？

●初診時の検査が3件（CT、胸部レントゲン、血液検査）あるとすると各検査で1時間ずつ、合計3時間待たされたという話も聞く。典型的なATDの症状を有しているのに、1週間の検査入院をおこなう病院がある。その結果、すばらしい処方が出されるならよいが、アリセプト5mgという開業医と同じ処方だとすれば、国はこのような暴挙を見逃してよいのか。「ブランド志向」の患者にも責任がある。脳血流シンチまで行って、ATDをうつ病と診断し、抗うつ薬を処方して認知機能を低下させていた内科医がいる。ここまで行くと犯罪ではないのか？「画像大好き先生」にありがちなエピソードである。

●**なじみの医師にかかりたいという高齢者の特性**から考えて、開業医が**プライマリケアの段階で、陽性症状を制御してしまう**ことが期待される。また、認知症が急増しているため開業医が処方しなければならない時代でもある。開業医には画像という武器がない。だから一生懸命患者を診ざるをえない。患者を満足させないと毎日のように門をたたかれる。治すしかない。これが医療の基本である。仮に診断はあやふやでも患者が幸福になればよい。学会発表する医師は患者経験数が少なく暇である。本当に患者数をこなしている職人の声を聴くのがよいが彼らには発表の機会がない。

## 処方する前に

●まず、家族が認知症の処方についてどの程度の知識があるのか確かめる必要がある。つまり「診断だけでいいです」とか「意見書を書いていただければいいです」と言う家族は、**処方によって介護が楽になるとか、患者の記憶が改善する**ということを知らないのではないかということである。知っていても前医の処方が合わなくて、薬を不信に思っていることはないか。それを確認する。

●抑制系を処方する場合、**薬を手渡す家族が同居しているのか**確認する。ヘルパーの訪問時に飲ませてよい。独居老人で訪問が1日1回なら処方も分1にすべきである。とくに糖尿病薬、降圧薬、抑制系薬剤には注意する。抑制系をテラーメイド処方するために細粒にせざるをえないことがあるが、それを飲めない場合、オブラート利用やラコールにまぜこむなどの手段を工夫する。デイサービス先で飲ませてもらうのが確実である。その場合、降圧剤服用が昼になっても仕方がない。

## 抑制系薬剤を処方する

●同居者が抑制系の用量調整をできるかどうか、インテリジェンスを確認し、危なっかしいなら安全な用量で処方する。

●調整できるなら**家庭天秤法**で。

わかりやすい説明書（医師の指導の下で）を渡すこと。たとえば、

「元気がなくなったら グラマリールを減らす+サアミオンを増やす

元気がすぎたら セロクエルを増やす+ドネペジルを3日中止、以後半分。」 など

●同居者が混乱しないように、用量調整する薬剤はシンプルにする（多くても2種まで）

●昔開発された薬のほうが、効果が予想しやすいので用量設定もしやすく、結局安全である。

●抑制系薬剤の特徴

### 1) グラマリール (25mg, 50mg)

在宅生活が可能な程度の陽性症状に。まず 25mg 錠で1日1-6錠の維持量を決める。精神科医からの評価が不当に低いが、抑制系のどれを試しても落ち着かない場合は、初心にかえてグラマリールにすることがある。

### 2) セロクエル (25mg)

入院しそうな陽性症状。ピック病に。DLBでも少量なら可能。25mgを1日0.5-6錠。強いので微調整も考える。例えば細粒 朝 10mg+夕 10mg。睡眠薬2種でも寝られない場合、これを併用するとよい。体の傾斜を起しやすい。当院では 10mg、35mgの細粒を作っている。

### 3) 抑肝散 クラシエ抑肝散加陳皮半夏

体幹バランスの悪いDLB、ピック病に。ATDはあまり効かない。1日1-4包。

1) 2)に併用することも。血清カリウム低下に注意。とくにラシックス併用時。

クラシエは1包3.75gの製品を持ち、これだと1日2回で効果を発揮する。

基本的には「意識障害系」の認知症(DLB)に合う。

### 4) セレネース (0.75mg)

暴力はなくてもっぱら妄想だけの患者に。歩行のしっかりしたDLBにも少量使用可。

例) 抑肝散3包(分3)+セレネース(0.75)1錠(分2)

当院では1錠まるごと飲ませる患者は少なく、0.2mg、0.5mgの細粒を用意。

### 5) ウインタミン (12.5mg) コントミン細粒は製造中止

陽性症状の強いピック病の第一選択。医療保護入院せずにもつむ場合が多い。

処方例) mild ウインタミン(12.5) 1錠(分2)

Moderate ウインタミン(12.5) 2.5錠(1-0.5-1)

Maximum ウインタミン(12.5) 6錠(分3)

ATDにおいては、グラマリール、セロクエルといった第一選択が効かない患者への第二選択。なお、セロクエルを使いたいのが糖尿病がある場合は、ウインタミンが第一選択となる。肝障害は5%におきる。胆汁うっ滞タイプでT-Bil上昇は4を超える。それでもピック病には最高にマッチする。

### 6) デバケンR (100mg, 200mg)

てんかん予防ではなく、静穏のために処方。高齢者は1回100mg。1日300mgまでにしたほうがよい。同様にテグレトールも使用（日光過敏に注意）。

#### 7) デパス、リーゼ

患者を落ち着かせるため、とくに夕方症候群予防に午後3時ころ飲ませることが多い。あらかじめ行事日程を教えるとそのことをずっと言い続けるような場合にも使う。定期処方化が必要な患者は、認知症圏よりうつ病圏に多い。パニック障害を持つ非定型うつ病には、ジェイゾロフトとリーゼを併用することが多い。

#### 8) テトラミド（10mg,）

不機嫌、暴力に。10mg程度を就寝前に2錠。あまり効かない。

#### 9) ルーラン(4mg, 8mg)

体が弱っていて大声を出す患者に。4mg錠を1日1-6錠。あまりふらつかないの  
で使いやすい。効かないことが多い。

#### 10) リスパダール（0.5mg, 1mg）

暴力に屯用で。精神科医が好んで処方するが、パーキンソニズムの悪化は必須。暴力的で拒薬するときは1mgか2mgシロップを1日3回まで。常用は望ましくない。

#### 11) その他：

**ジブレキサザイデイス** 水なしで飲ませられるので興奮時に使う。リスパダール液は苦いので吐き出されることがある。

**加味帰脾湯** 改善率は高くないが、もともと神経質な患者の不安などに、何を出しても安定しないときに加えてみる。デプロメールは使いにくい。屯用ならセルシンもマッチする患者がいる。

注意 「**奇異反応**」20人に1人の割合で、かえって興奮することがある。

方針 各種抑制系の3-4種併用でも陽性症状がとれず、体幹傾斜や嚥下障害が生じた場合は、処方でのコントロールを**あきらめて閉鎖病棟に入院させる**。

**フェルガード 100M**が静穏作用を持つという考え方もできるが、やはり抑制系薬剤で患者の陽性症状を鎮めてから中核症状を改善させようとする手技が基本となる。いかなる抑制系薬剤を試しても用量を増やしても安定しない場合、フェルガード 100M が起死回生に患者を安定させることがある。いわば最後の救援投手の候補である。その場合抑制系を減量できる。そこで今年度から薬剤表の興奮系に New フェルガード、抑制系にフェルガード 100M、フェルガードAを分類して入れた。

**フェルガードA**は、穏やかなまま（足腰が）力強くなる作用がある。市販はまだされていない。

## 興奮系薬剤を処方する

### 1) ドネペジル

- ATD、混合型認知症、DLB、稀にピック病に処方する。
- レセプト上は 3mg(14日)→5mg(28日)→10mg が求められる。5mg と決めずに適宜増減が望ましいが精神科医以外のレセプトでは 5mg しか認められない場合がある。ドネペジルの 6mg 以上で処方する場合は、重度アルツハイマー型認知症との記載が求められる場合がある。
- 私の一般的な増やし方：1.5mg 2.5mg 5mg 6.5mg 8mg 10mg
- 私の DLB での増やし方：(0.5mg) 1mg 1.67mg 2.5mg 3mg 5mg
- 下痢：ブスコパン併用 や 分2投与 例) 1.67mg (分2)  
易怒：グラマリール併用 や 分2投与

### 2) サアミオン

- 脳血管性うつ状態、VaD (うつ状態) の第一選択。チョウトウサンを併用してもよい。
- アリセプトを増量できないが、元気にさせたい DLB に。あまり PD 治療薬を増やしたくない時。
- 階段昇降などの筋力をアップさせたいとき  
易怒の患者には、サアミオン細粒 6mg (分2) やグラマリール少量の併用。
- 血管因子による尿失禁を消したいとき  
プレタル(50) 1日 2-3錠と併用。但し、安静時心拍 85 以上、心不全既往、下肢浮腫あり、ならプラビックスを。(保険適応は脳梗塞である)

### 3) ジェイゾロフト

- 認知症ではあるが、うつ病 (不定愁訴) 合併が疑われ、興奮系薬剤にても食欲が回復しない危機的状況のときに 25mg 錠夕方 1錠で開始。夕方 2錠くらいまでは増量可能。一気に食欲が回復して歩行まで改善する場合がある。あくまでも第2～3選択である。食欲がないときはアリセプトを半減しておくことが原則。ジェイゾロフトは 1日 100mg まで処方可能だが、75mg で反応しなければパキシルを 1錠併用したほうが改善率が上がると思われる。スライド【11,6】

### 4) ワイパックス

- 認知症ではあるが、うつ病 (不定愁訴) 合併の疑いが強い場合。0.5mg 錠を 1日 3-6錠 食欲のないうつ状態には、パーキンソニズムがなければドグマチール少量を使用してよい。

### 5) シチコリン注射

- DLB の意識障害にシチコリン「日医工」500mg を筋注ないし 1000mg を 5%ブドウ糖 5ml 程度にまぜてゆっくり静注 (点滴する必要はない)。月に 1-6 回程度。NPH に使うことも。頭部外傷後や脳卒中の意識障害が適応症となっており、変性疾患のせん妄は意識障害ではないと理解する審査員もいる。
- DLB などのせん妄、被害妄想から来る拒食、拒薬に 500mg を 5日連続程度行くと改善することがある。

### 6) シンメトレル

- NPH の意識障害や歩行障害に。髄液排除 28ml が第一選択だが、処方としてはサアミオンと併用。1日 150mg まで。
- DLB には原則として使わない (幻覚悪化) が、シンメトレルが必要な患者も稀に見られる。
- パーキンソニズムに多用されるがあまり効かない。抗パ剤に併用。

### 7) New フェルガード

- 健康補助食品であるが、中核症状、陰性症状の改善率は薬以上である。New フェルガードは改善者 10 人に対して 1 人の割合でややハイテンションになるという興奮性が見られる。フェルガード 100M は興奮性を持つ成分 (ガーデンアンゼリカ) が ANM176 の 1/5 に抑えられている。

●成分は米ぬかに多く含まれる**フェルラ酸**と**ガーデンアンゼリカ(西洋トウキ)**。フェルラ酸はアミロイドを凝集させない作用があり、ATD の完全進行阻止作用がある。ガーデンアンゼリカは、ニューロンを新生する作用があるので ATD 以外の脳疾患にも有効。

**効能** 7割の ATD 患者の中核、陰性症状を改善する。1日2～3包服用(食直前がよい)。健常人やうつ病、統合失調症が服用しても害はない。DLB、ピック病、FTD(非ピック)、DNIC にも ATD 以上に高い確率で有効である。脳障害改善作用以外にも多岐な作用が期待できる。

●①脳内のアミロイドが凝集するのを不安定化すること、②脳脊髄関門を通過すること、③ ATD モデルネズミの実験では、正常ネズミよりも記憶が高くなること、④韓国、日本の ATD 患者で明らかな改善が証明されている。

●アリセプトが最初の1年で効果が鈍るのに対して、New フェルガードは長期飲めば飲むほど神経細胞死が阻止されて、樹状突起連絡によって奇跡的な効果が2年以降にも期待できる。イチョウ葉エキス、DHAなどの健康食品に毎月1万円以上使っている人なら、これらをすべてやめてでも導入したほうが得策。

●改善率は7割程度と思われるが、高く評価できることは①アリセプトに反応しなかった患者にも効く点、②ごく初期や末期でも劇的に変化するケースがあること、③ピック病(FTD)や DLB 患者などにも効果が出ること、である。胃ろう、寝たきりの ATD(54)が座位保持、とんかつ咀嚼まで改善したり、翌日からしゃべりだした場合もある。

●改訂長谷川式スケールが27点以上で脳萎縮も軽いが、どうも記憶に切れ味がない初老者には ATD 予防用のフェルガード 100M を開始してよい。

●陽性症状のためアリセプトを5mgまで引き揚げられないが進行してゆく患者には、はやめに New フェルガードを併用開始する。

●New フェルガードでも興奮する患者、消化器症状が出る者が稀にいるので、その場合は残された New フェルガードを半分ずつ(つまり1日1包)に減らし、次回からフェルガード 100M に切り替えるとよい(ガーデンアンゼリカが20%に減らされていて安価)。

●効果は10カ月をめぐりに判断する。表面上効果が確認できなくても ATD なら何らかのメリット(神経細胞の死滅抑止)はあるが、支払えない場合は、フェルガード 100M に落としてもよからう。

●逆に New フェルガードを3包(1.5倍)や New フェルガードとフェルガード 100M の併用といった強化療法で成功した事例もある。

●何らかの都合で患者が服用できなくなった場合は、家族が服用すればよい。ガーデンアンゼリカがフェルラ酸を増強しているため、玄米を食べたからといって New フェルガードのような効果はでない。

●先行品 ANM176 については、「認知症治療 28 の満足」(女子栄養大学出版部、2009)に詳しく書いておいた。体裁は一般向けであるが、ここまで高度に処方を書いたものはないであろう。医師の熟読を勧めたい。ほかの医師がここまで書かないのは、レビー小体型認知症の治療メカニズムが頭の中で整理できておらず、治せないからである。

## 中核症状に対して スライド【12】

### ドネペジル

●前期興奮（下痢、易怒）後期興奮（こだわり、強情、小刻み歩行）の場合、3日 wash out して半用量で再開。ないしグラマリール(25)2錠併用。

### New フェルガード、フェルガード 100M、フェルガードA

●ドネペジルに失望した患者や副作用で飲めない患者、「医師にとっての福音。これら食品で改善したあと、併用していたドネペジルをやめていいかどうかは患者によって異なる。やめてみて悪化するなら再開すること。

●New フェルガードでハイテンションになる患者が稀にいる。しゃべりっぱなし、歩き回るといった状態になる。その場合、100Mに落とすかNew フェルガードを半分ずつ飲むかにする。●ピック病は強い陽性症状、DLBは薬剤過敏性があるために最初はフェルガード 100Mで開始することを推奨するが、100Mを1日3-4本にしても認知機能が改善しない場合はNew フェルガードに引き上げる必要がある。しかもNew フェルガード2本でも効かず3本に増量して初めて劇的に効果があらわれたピック病も経験した。フェルガード類は、少なくとも7割の認知症に明確に効くのと適切な用量（力価）を見つけ出すために副次作用さえなければ増量してゆくべきである。

●しかしフェルガード類はコスト面での心配があるため、短期間で増量のメリットがあるか調べる方法がある。

【急速飽和療法】いきなり強いフェルガード類を例えば1週間飲ませてみてハイテンションにさせてみる。そこで患者の天井が見えるので、それ以上のフェルガード類は不要だということができる。あとは適量にまで落とせばよい。このトライアルは24時間家族が帯同できる日（休日）に行うこと。

## パーキンソニズムに対して

●PD メネシット、マドパーなどLドーパを使ってよい。

●DLB ペルマックスが一番よい（脱落が少ないから）。

L-dopa をどんどん増やしても副作用が出ない患者は、DLBではなく、ATDとPDの合併と考える。その患者には薬剤過敏性はないのでアリセプトも5mg程度まで増やしても害はないであろう。しかしさすがに10mgは歩行力保持の面で危険であるため、認知機能障害の進行抑制にフェルガード100M併用すべきである。他のドパミン受容体アゴニストは推薦しない。

●脳血管性パーキンソニズム サアミオン+プレタルか サアミオン+プラビックス。なお、脳血管性うつ状態には、サアミオン3錠できかないとき、釣藤散を加えると興奮系として働いてくれることがある。小刻み歩行の原因として正常圧水頭症や脊椎管狭窄症がないか調べる。

●薬剤性パーキンソニズム ドグマチール、セレネース、リスパダールといった毒薬の中止。

## レビー小体型認知症 (DLB)

### 三種の神器

●ドネペジル少量、抑肝散、ペルマックスが三種の神器。しかしパーキンソニズム皆無の患者にあわててペルマックスを処方してはならない。あくまでも対症療法で。認知症にドネペジル、幻視に抑肝散（+ドネペジル）、歩行障害にペルマックス（高度ならメネシット、1回半錠で開始）を使う。

●ドネペジルの初回量は必ず1mg以下にすること（ただし、保険適応は3mg開始となっている）。ドネペジル過剰は歩行障害、ペルマックス過剰は妄想悪化、抑肝散過剰は低K血症をおこす可能性がある（悪魔のトライアングル、スライド【13】）。とくにラシックスと抑肝散の併用は、あらかじめアスパラK散700-1500mgの併用することもある。痩せて食欲のない患者、下痢気味の患者は低Kが必発。

●奇跡的改善を起こしやすい用量は、ドネペジル1-1.67mg、抑肝散2包、ペルマックス50-100 $\mu$ gの組み合わせ。これで反応しない患者にはフェルガード100Mを導入する。意

識障害が少しでもあればシチコリン注射（500mg 以上）をおこなう。

●食事がとれないほど憔悴していて意識障害ではない場合は、ジェイゾロフトが著効することがある。25mg 錠を夕方1錠からはじめて効果がなければ1-2週ごとに1錠ずつ増やすが、効く患者はたいてい最初の1錠で快方に向かう。したがって、ドネペジル、抑肝散、ペルマックス、フェルガード類、シチコリン注射、ジェイゾロフトの6種があれば、ほとんどのDLBは改善するはずである。改善しない場合はほとんど医師の力不足である。出してはいけない薬が含まれたり、用量が足りなかったり、合併症があることなどを考慮する。

### 意識障害

●意識障害のあるDLBは、シチコリン「日医工」1000mgを静注。これを月に1-4回。稀にせん妄（興奮）を起こす患者がいるので注意。本当に元気がない（長い昼寝、診察中の嗜眠）DLBや寝たきり・末期のDLBに施行する。とくに食欲を失ったDLBは早く治さないといけないので絶対に必要な治療である。意識障害だと気づかない医師が多い。普通に歩いてきても相手と目を合わさない患者は、すでに軽度の意識障害である。

### 栄養障害

●食欲低下のDLBには、はやくエンシュアリキッドからコールで体重を増やすこと。誤嚥しはじめたらNewフェルガードを飲ませ（ヨーグルトにまぜて食べさせる。あるいはCRPが上がる前に胃ろうを造って、Newフェルガード、ドネペジル細粒1mg、サアミオン細粒10-15mg、ペルマックス50-150 $\mu$ g（用事粉碎）を投入。反応すれば、寝たきり&胃ろうの患者が歩行、嚥下可能となる（要介護5が3週間で要介護1-2に）。かようにDLBは進行が速いが奇跡もおきやすい疾患であり、救命救急の覚悟で治療をあきらめないこと。

### 陽性症状

●悪夢を見て大声でさけぶDLBは、当面アリセプトは出さず、抑肝散主体でセレネースかセロクエルをかぶせる。このような陽性DLBはたいてい車椅子になっているので転倒の危険はない。ニコリン点滴の適応があるかどうか患者によって異なるので医師の経験が必要である。結果は、著効か悪化かに大きく分かれる。ペルマックスは禁止。落ち着いたらアリセプト細粒0.5mg開始。（0.5gではない！）

●ATDの陽性症状に抑肝散は効きにくい。やはりグラマリールが第一選択。抑肝散は意識障害系（DLB、せん妄）によい。ピック病にも合うことがある。

注意 ペルマックスは、唯一の「一般にLドーパとの併用」を前提とした薬剤であり、[単独使用に関しては kyowakono@yahoo.co.jp](#)まで医籍登録番号とフルネーム、FAX番号を書いて相談すること。販売会社がイーライリリーから協和発酵キリンに変わったばかりで学術に電話しても教科書的な回答しか得られない。

### うつ症状

●DLBの強いうつ症状には、ジェイゾロフトが非常に相性がよい。抗うつ薬（三環系、四環系）は認知症の第一選択にしてはいけないが、SSRIは第3選択として有用である。（第1：ドネペジル、第2：サアミオン）。抗うつ薬を出し始めると迷路にはまり込むことが多い。迷路とは、どんどん薬が増えるが患者は改善せず、弱っていった医師もパニックになる状態である。

## 通院の DLB に対するバランス天秤法

- わかりやすい説明書（外来の DLB で、家族に調整させる方法）  
歩行をよくしたいとき ペルマックスを増やす。ドネペジルを減らす。  
幻視を減らしたいとき ペルマックスを減らし、抑肝散を増やす。
- 歩行も知能もよくしたい ペルマックスを増やし、サアミオンを併用。
- 以上の戦略に加えて、フェルガード 100M を導入すれば改善率は相当上昇する。DLB の薬剤過敏性を考慮して DLB にはフェルガード 100M を推奨するが、New フェルガードに代えて初めて元気になる場合もある。

## DLB のスペクトラムについて スライド【14】

●DLB は典型例だけでなく、アルツハイマータイプ、パーキンソンタイプがいて、AChE 阻害薬と PD 治療薬の処方比率をそれぞれ変えなければならないことは当然である。それは、患者にアルツハイマースコア、レビースコアを採点して図にプロットすればよくわかる(スライド【8】)。とくにレビースコアが大事で、この項目を家族にもれなく質問すれば DLB の見落としがなくなる。最近 REM 睡眠行動障害が話題になっている。夜中に寝言を言う、大声で叫ぶという人は近々 DLB を発病すると言われており、外来でもパーキンソニズムなし、認知機能保持という状態の人であろうと夜中の叫びが見られればドネペジル 1mg 程度（朝）と抑肝散 1 包（夕方就寝前）を処方してみるべきである。本人が処方までは不要というならフェルガード 100M×2 を提案する。

## アルツハイマースコア(河野 2011) スライド【15】

●ATD は、脳萎縮度に個人差があること、混合型認知症の場合は、見落とされがちであることなどから臨床症状である程度診断できる力をつけることが必要です。DLB は、そもそも画像では特徴のない疾患ですから、臨床症状だけで ATD と DLB を鑑別する覚悟を持たなければなりません。そのためにアルツハイマースコアとレビースコアを作成しましたので患者に当てはめてチェックしてみてください。この両スコアは、同一患者に対して両方採点することで威力を発揮します。DLB には幅広いスペクトラム(患者の個人差)が存在しますので、両スコアがともに高得点になった場合は、DLB のアルツハイマータイプと考えられます。両スコアの得点比でその DLB 患者がスペクトラムのどの位置にいるのかがわかります。

### 【問 診】

●ATD は頭頂葉萎縮によって、初期から場所の失見当を起こしやすく、迷子や運転ミス既往がある患者は典型例です。同様に着衣がおかしくなってズボンやシャツを頭からかぶったりします。そのことを家族から聞き出しましょう。

### 【診 察】

●改訂長谷川式スケール (HDS-R) では得点だけでなく、どの項目で失点するかが ATD 鑑別のかかなり重要なヒントになります。ATD に特徴的な保続現象を引き出すために、HDS-R の設問【8】【9】は逆の順番で行います（つまり野菜 10 個を言わせてから文房具 5 個を隠す）。

ATD は、どちらかという後半（設問【7】～【9】）での失点が多くとくに遅延再生は 3/6 以下の患者が典型例です。DLB はこれが得意ですから鑑別に非常に有用です。スライド【16】

●保続現象は ATD にかかなり特徴的です。また、野菜では、数少ない種類の野菜を繰り返し言います。繰り返しが 2 種以上におきたら 1 点つけてください。

例) ⑦ 先ほどの 3 つの言葉を思い出してください。→

(患者) 猫、忘れました。 3/6 以下なので 1 点

⑧ 野菜を 10 個思い出してください。→

(患者) 人参 ゴボウ 大根 白菜 人参(2) ゴボウ(2)

猫 ゴボウ(3)

2 種を繰り返したので 1 点

猫の保続があったので 1 点

⑨ 5 つの日常生活品を隠しますので覚えてください →

(患者) スプーン 歯ブラシ 桜 鉛筆

桜の保続があったので 1 点

## ●時計描画テスト (CDT) スライド【17】

ウォルフ・クラインが報告した ATD しか描かない異常を描いたら各 1 点、最高で 5 点となります。

## ●病識欠如

HDS-R を行った結果、27/30 点以下であるのもかわらず医師が「最近、自分の記憶力はどうですか？」と聞いたときに、「まったく問題ない」と答えたら 2 点。「少し悪い」という患者には、「それは年のせいでしょうか、かなり病的なのでしょうか」と聞き、「年のせい」と言うなら 1 点をつけましょう。

## ●CT か MRI (冠状断) での海馬萎縮 スライド【18】

サンプルを参考にさせていただいて、4+を最高の萎縮としたときに 0、0.5+、1+、2+、3+、4+ の 6 段階評価をしましょう。健常老人だとまず 0.5+までです。1+だとほかの認知症が入ってきます。2+以上だと ATD の可能性が高くなります。(海馬萎縮の少ない ATD はいます) ただ、大脳半球に大梗塞、出血などの局所病変があってその影響で海馬が萎縮している場合は、健側で判定してください。もちろん、海馬萎縮の少ない ATD もいるわけですからアルツハイマースコアの低い ATD がいるのはご理解ください。ただ、その患者でもレビスコアは高くはならないです。アルツハイマースコアをつけたら同一患者でレビスコアもつけましょう。

## レビスコア(河野 2011) スライド【19】

●1999 年の時点で、DLB の臨床診断基準は、その診断確度については最終病理診断と比較した場合、特異度は 90% を超えるものの、敏感度は 50% 前後であるとされ、不十分と評価されていました。(Luis, 1999)

●私が考案したレビスコアは、ATD ならほぼ 2 点以下しか得点されないことが確かめられています。外来で、DLB に重要な症状を家族から聞き逃さないためにチェックすることを勧めます。

### 【問 診】

●過去に市販の風邪薬、アリセプト、パーキンソン病 (PD) 治療薬で眠ってばかりだった、おかしくなった、歩きにくくなったという既往がないか丁寧に聞き出してください。もし、この薬剤過敏性が強ければ、たった 1 つの質問だけでその患者は DLB の可能性が高くなります。ほかの DLB の特徴がまったくなくてもです。2 点。

●幻覚がある場合は、家族に本当に幻視なのか確認しましょう。「死んだはずの祖母がいたような気がする」は幻覚ではなく妄想です。本当に子供や虫が見えなければ幻視とはいいません。妄想だけならほかの認知症でもおきます。ただ、妄想自身もやはり DLB でおきやすいものです。ATD で幻視、幻聴が出てくることは稀です。DLB の妄想は独特で、幻視と一体となったような妄想と境目がはっきりしないこともあります (小阪ら、2010)。例えば「死んだ人がいたような気がする」というような状況です。はっきりと幻視なら DLB 濃厚ですが、このような妄想も DLB にありがちです。過去にたった 1 回、たとえば入院したときだけおきた場合でも幻視なら 2 点つけましょう。脳血管性認知症 (VaD) のせん妄でおきたと思われる妄想なら 1 点とします。

●意識消失発作は、いろいろな原因でおきます。起立性低血圧、てんかん小発作かもしれません。しかし救急搬送されて入院先であらゆる検査 (24 時間心電図、脳波、MRI) をやっても異常がなかったという場合は、DLB の意識消失発作が強く疑われます。1 点

●末期の認知症や脳幹部の梗塞がある人は別として、比較的元気なうちから喉がごろごろして声が小さく、むせる患者は DLB 的です。1 点

●昼間は正気であるにしても深夜からせん妄となって大声で叫ぶ (①) のは DLB の特徴的な症状で REM 睡眠行動障害と言います。単なる夜間せん妄は VaD でもおきますが、奇声はあげません。また、寝言を言う人は将来 DLB を発病する前兆とも言われています。寝事でも 1 点入れましょう。スライド【20】

●DLB やパーキンソン病 (PD) になる人の 95% はまじめでした。診断の直接的証拠ではないのですが、DLB の病前性格はかなり確定的なものです。どの程度のまじめさかと言いますと「趣味もない」場合です。1 点。

●診察中に眠ってしまう、質問されると振戦が強くなるさまを観察しましょう。そうでなくても家族から 1 日中眠そうである (2 点) とか振戦 (1 点) の情報があれば得点です。

●認知症の診察では、たとえ ATD だと思っても必ず肘を他覚的に屈伸して歯車のような抵抗がないか調べましょう。PD では少ないですが、最初の屈伸のときだけひっかかってその後スムーズに動く場合 (ファーストリジッドと私は呼びます) も DLB に多いです。スライド【21】

たとえ、セロクエル、リスパダール、ドグマチールなどの副作用がきっかけであったにせよ、体が傾斜している患者は DLB の可能性が高いです。また、日によってあまり傾かない日もあります。前日不眠だとよけい傾斜します。前方突進や後方突進までおきている DLB は、パーキンソンタイプの DLB ですからアリセプトは 0.5mg でも危なくて禁止とします。メネシットかマドパー少量が必要でしょう。スライド【22】

## 【診 断】

●それでは、アルツハイマースコア（縦軸）とレビスコア（横軸）の交わる位置にプロットしてみましょう。図はATD、DLBの自験例をプロットしたものです。ATDとDLBの分布がわかるとは思います、ATDはレビスコアが2点以下でほとんどの患者が収まりますが、DLBはアルツハイマースコアが0-8.5と大きなスペクトラムを持ちます。

このことからレビスコアの2.5点が、ATDとDLBの鑑別点（カットオフポイント）となりそうです。ATDがレビー化してゆくとレビスコアが右方向へ移動してゆくことになります。

## 【文 献】

●Luis CA, Barker WW, Gajaraj K et al.: Sensitivity and specificity of three clinical criteria for dementia with Lewy bodies in an autopsy-verified sample. Int J Geriatr Psychiatry 14:526-533, 1999.

●小阪憲司、池田学：神経心理学コレクション レビー小体型認知症の臨床。医学書院、東京、2010。

## 本態性振戦

●アルマールが第一選択

●パーキンソニズムを持つ患者だが、歯車現象が軽くて振戦がある場合、パーキンソン病治療薬にアルマールを併用すると振戦が和らぐことは多い。但し、DLB, PD とともに血圧が低い患者が多いので過剰な降圧に気をつける。

●アルマールで気持ちがわるい、フワフワする患者には  
アルマール(10)1錠(分2) + 桂枝加朮附湯3包

## 幻視に対して

●DLB ドネペジル極低用量 + 抑肝散 1-3包

●歩行のよいDLBで上記で効果がないとき、セレネース少量の併用可能

●右前頭葉などの脳障害（梗塞、出血、挫傷）：セレネース

●精神科医はリスパダールを好むが、もしDLBだったら歩行を遅くする可能性がある。プライマリケア医はセレネースを使いこなして、不応だったらリスパダール少量を試す。

●幻視をフェルガード 100M だけで消すことは難しい。

## ピック病の陽性症状

●コントミンが第一選択。第二選択は、セロクエル+抑肝散。グラマリールが合うピック病もいる。糖尿病ならコントミン。体が傾斜しているピック病は、DLBでないことを再度確認し、いずれにしても傾斜を起こしやすいセロクエルはやめておくこと。

●コントミン（ウインタミン）は肝障害を起こしやすい。半年で4名経験した。黄疸になる。

●前頭葉が萎縮したDLB（フロンタルレビー）をピック病と誤診しないように。暴力的、強い幻視のDLBにセロクエル、セレネースを使うこともあるが、少量である。甘いもの好き、万引きについて再度家族に確認をする（ピック病の決め手）

●前頭葉が萎縮していないのに、前頭葉症状（尿失禁、無言、感覚失語状態、常同など）がある患者は、CTでJobst撮影をしないこと。写真のように撮影装置をOMラインから前方に20度傾けて前頭葉眼窩面を観察する（5mmスライス）。ナイフの刃状萎縮か片側海馬の有意な萎縮がないかを確認。あればピック病である

## てんかんに対して

●ドネペジルを半減させてデパケンR200 1錠（就寝前）。フラフラで抗てんかん薬が飲めない場合は抑肝散。

●DLBは意識消失発作をおこすことがある。その場合は体が弱っているので、抗てんかん薬（抑制系）を処方してはいけない。DLBのADLが奪われてしまう。

## 血管因子の制御

**プレタール**(50) 1-4錠。服用によって心拍数が100を超える人が多いが自覚症状がなければよい。手術2日前に中止すればよい。(パナルジン、アスピリンは7日)。経験的にいうと老人に100mg錠は絶対に使えない。

吐き気、浮遊感、浮腫を訴えるケースがある。心不全のリスクがやや高まる。効果としては嚥下性肺炎、尿失禁の消失報告がある。エビデンスを出したいならサアミオンを併用。イチョウ葉エキスの併用は、少し危険(血が止まらない)。

**ブラビックス**(50) 2錠。安静時心拍数が85以上の患者、心不全既往歴、浮腫がおきやすい患者は、最初からプレタールはあきらめて、肝障害の既往がないことを確認してブラビックスを処方。

**ワーファリン、アスピリン製剤** 循環器に問題があって循環器専門医がこれらを処方している場合は、こちらを優先する。しかし血管因子が認知症にかなり悪影響を及ぼしている場合、一過性脳虚血発作、先回のCTよりPVLが増えた場合は、先方がバイアスピリン1錠(朝)を出していたら、こちらからはプレタール(50)1-2錠(夕、昼夕)を加える方が望ましい。先方には家族を通して、その根拠を伝える。

## コウノメソッド 2011 における薬剤の評価の変化

**ドネペジル** 依然としてドネペジル10mgでの改善者は少なく、2011年からはATDへの最強用量は、ドネペジル後発品7.5mgとメマンチン(当面14日処方)との併用が標準になるのではないかと思われる。このような併用の際は、患者負担を考え当然ドネペジルは後発品が採用されるべきである。

**興奮系** ルシドリール、ワイパックスは切れ味が悪く、多数の処方を受けている患者においては処方する価値のない薬である。

**この1年でもっとも評価を上げたのがジェイゾロフトであった。**認知症に抗うつ薬(三環系、四環系)を使用することに抵抗してきた私であるが、うつ症状が強くなり食事すらとれなくなった認知症を起死回生に復活させられる安全で改善率の高い薬であることがわかった。ジェイゾロフトはSSRIでありいわゆる古典的抗うつ薬(認知症にとっては抑制系)とは違うもの(興奮系)と考えればよい。これが私個人の大発見であり、レビー小体型認知症のジグソーパズル(図)が完成したように思う。

**シチコリン注射は、レビー小体型認知症の意識障害に必須である。**非常に軽い意識障害でも発見して注射するのが、レビー治療がうまくなる決め手であろう。

**抑制系** テトラミド、デプロメール、ルーランは、私の処方量が少なすぎるからかもしれないが著効例ゼロだった。クラシエ抑肝散加陳皮半夏はツムラ抑肝散に比べて優れるというケースはあまり増えなかった。なくてもよい薬である。

**無抑制膀胱** ベシケア、デトルシトール：認知症の深夜の頻尿は介護者を疲弊させるが、この2剤は依然として改善率の低いもので、家族から中止を依頼されることも多い。これほど明確に嫌われる薬も少ない。それでもベシケア7.5mg(就寝前)は試みている。(女性に限る)現在、牛車腎気丸を試している。八味地黄丸は改善率1割くらいである。

**糖尿病** ジャヌビアは、いつ血糖が落ちるか予想できない危険な薬である。プライマリケア医が使いこなせる薬ではない。外来管理は不可能で、入院患者(毎日血糖測定できる環境)に限るべきである。

## 内科管理

### ①メタボリックシンドローム

●血圧、血糖、血清コレステロールの制御は、認知症の進行抑制にきわめて重要である。一方過剰な降圧、低血糖も認知機能を低下させることは容易に想像できる。疫学調査でアルツハイマー型認知症の発生頻度を減らしたのがバイロテンシン、アミロイド蓄積を阻止するものとしてディオバン、ミカルデイスが挙げられる。

●過剰な血糖降下をおこさず、HbA1cを1%落とすものとしてジャヌビア(50)が目されたが、いつ血糖が落ちるかわからない。ジャヌビア併用開始時には、アマリールを2mgに減量しないといけないので高血糖をしばらく放置することになる。このような危険な薬はプライマリケア医には使えない。推奨できない。

●コレステロール低下作用の強いものとしてリピトール(10)が推奨され、80以上の低下が期待できる。脳梗塞があれば総コレステロールは180まで落とすべきである。長期戦になったら副作用の少ないリバロで維持するのが理想。とくに打撲しやすい認知症、腎機能が低下、脱水になりやすい老人の場合。中性脂肪に対しては、スタチンではなくベザトールSR、脂肪肝にはEPL6錠が有用(大きいので飲みにくく2錠でも可能)である。

### ②便秘

●もっとも生理的な酸化マグネシウム錠を1日3回を飲ませておいて、効果がないときだけ夕方にセンノサイド1-4錠追加するのが定石。

●過敏性腸症候群が加味されていて、爆発的に排便があって介護が困る場合、潤腸湯を1日2-3包併用し成功すれば西洋医薬をゼロにできる。

●ほかの内服薬としてラキソベロン液(錠)がある。施設入所者ならよいが在宅の患者は爆発的に排便があるのは嫌われる。

### ③浮腫

●認知症は、抑肝散を服用していることが多いのでラシックスは併用できない。そこでアルダクトンA(25)1日1-2錠を開始。心不全予防にもなる。それで効果がない場合は、タカベンスを1日3錠追加する。(痔の薬、エスベリベンは製造中止)あまり脱水にできない老人は弾性ストッキングを試みる。定期採血ではBNP(心不全指標)を調べておく。甲状腺機能検査がされているか再チェックする。初診時に正常だった老女が1年後に低下症になっていた経験がある。とくにTSH高値の者は、橋本甲状腺炎を疑い毎年採血すべきである。

## 医師の皆さんへ

- 私の27年間に渡る認知症治療から得た効率のよい治療法を述べました。介護者にとって一番大事なことは、認知症の進行を遅らせることではなく、**患者を落ち着かせること**です。アルツハイマーだからアリセプト、脳梗塞だからサアミオン、という処方はやめてください。
- せっかく家族が医師に患者を連れて行っても、薬の副作用（興奮）で他の医師に逃げてゆくということが日常茶飯事でおきています。介護者は疲れていますので、患者よりも介護者を楽にする処方をしてください。
- 約1割の認知症患者は専門医でも病型診断できません。診断を正確にすることに固執せずに患者を穏やかにするための処方をすることに集中してください。大学病院や総合病院で脳血流シンチなどの精密検査を依頼しようと思う前に、先生が1日も早く治してあげてください。
- 陽性症状を制御する処方をするために、認知症の病型鑑別をする必要はありません。学会に出席しても先生の腕は上がりません。むしろ害になることがあります。DLB にドネペジル 10mg とかセロクエル 250mg で成功したという報告は、一般的ではなく、最初はそれで合ったかもしれませんが、その患者の半年後はどうなったかという報告はなく、鵜呑みにしてはいけません。大学は製薬会社から研究費を得ている点も無視できません。世の中が欲しているものは、定石、安全、確実、平均的な処方の組み合わせ・用量であり、コウノメソッドはそれをめざしています。
- 抗うつ薬（三環系、四環系）はプライマリケア医は処方すべきではなく、今回推奨するのは、DLBの原因不明の食欲不振に対し、興奮系、シチコリン注射、フェルガード類をいろいろ試しても効果が出ない場合はジェイゾロフトが推奨できます。
- ドネペジルのデリケートな処方をする準備のある医師は、コウノメソッド実践医として登録してください（申し込み用FAXは巻末）。誤った処方であらゆるようになった患者が、遠方から名古屋へ来る必要がなくなるため地域の患者を守ってください。

## まとめ –未開の領域「認知症」において画期的な処方を読み出してゆく決意–

●平成 23 年春の時点で、認知症に適応が通っているのは AChE 阻害薬 3 種（ドネペジル、リバスチグミン、ガランタミン）とメマンチンだけである。しかし、認知症介護の現場において介護者を楽にする処方が最優先されるべきことを考えると、これら（興奮系）は必ずしも介護者を楽にさせる結果だけを生むものではない。

●日本は多くの薬を選べる恵まれた環境にあるものの、認知症の処方においては精神科医以外の医師の裁量権はあまり認められず、堅苦しい処方を余儀なくされているのが実情である。

●抗うつ薬（三環系、四環系）はうつ病には興奮系、認知症には抑制系に働き、SSRI は両者ともに興奮系に働くので使いやすい。抗うつ薬は、プライマリケア医が処方してよい薬とは思えない。

●目の前にある薬が、治療に苦勞している患者に劇的に効くはずなのに毎日それを見過ごしている。それは医師の引き出しが少ないからである。すべてを医学書から学ぼうと思うなら平均以下の改善率しかあげられない。常に患者から学ぼうとしなければ新しい治療法は生まれてこない。新聞と同様に医学書にもウソがある。医学書の執筆者は患者から信頼されているとは限らない。それを見抜く力は、患者数から得られる。

●主治医は自分だと思うのは横柄である。本当の主治医は患者の家族である。薬の正しい選択や適量を見つけるのは家族である。医師はただ処方するだけで、患者を改善させるのは家族である。その認識に立たないかぎりテーラーメイドの処方はいできない。鍵穴と鍵が合うごとく処方の黄金比が決まれば目を見張るほどの効果が得られる。新薬がなくても認知症は改善する。



系統	病状	主疾患	薬剤名(同種薬、後発品)	1錠 含有用量(単位mg)	朝	昼	夕	就寝
興奮系	もの忘れ	ATD	アリセプト (トネパジル) 3 5 (10)	0.5 1 1.5 1.67 2.5 6.5 8				
	筋力低下	VaD	サアミオン	3細粒 5				
	無気力	PD	シンメトレル	50 (100)				
	頭痛	うつ状態	釣藤散 (47番)	2.5g				
	嗜眠	DLB	ルシドリアル	100 (1日6錠程度)				
	食欲不振	うつ状態	ドグマチール	(50) 100 (200)				
	不安	神経症	ワイパックス (30日)	0.5 1				
	うつ症状	うつ病	ジェイゾロフト	25 (50)				
	うつ症状		パキシル	10 (20)				
	嗜眠	DLB	ニコリンH(シチリン)注射	500mg(筋、静) 1000mg(静)	月に( )回程度			
	錐体外路	DLB	メネシット (ネオドパストン)	100 (250)				
			マドパー (イーシードパール、ネオドパゾール)	配合錠				
			ペルマックス(メル酸ペルゴリト)	50 $\mu$ g (250 $\mu$ g)				
			ビ・シフロール	0.125 0.5				
	PD	ドプス	100 (200) (昇圧目的でも)					
認知症、誤嚥、難聴		Newフェルガード (自費)	1日1-4本 (活力が復活)					
認知症など		フェルガード100M (自費)	1日1-6本 (穏やかで豊かに)					
		フェルガードA (自費)	1日1-3本 (穏やかで力強く)					
易怒	ATD	グラマリール(グリナート、チアプリム)	15細粒 25 50					
幻視	DLB	抑肝散 (54番)	2.5g 3.75g					
低カリウム血症		アスパラK	300 500細粒					
暴力	ピック病	ウィンタミン (コントミン)	4細粒 6細粒 12.5 (25,50,100)					
暴力	ピック病	セロクエル	10細粒 25 35細粒 (100)					
妄想	DLB	セレネース (リトン)	0.2細粒 0.5細粒 0.75(1,1.5,3)					
暴力	ピック病	デパケンR (バルデケンR)	100 200					
暴力	ATD	リスパダールOD (リスパリドン)	1 2					
暴力	ATD	セルシン (ホリゾン)	2 (5, 10)					
大声	ピック病	ルーラン	4 (8, 16)					
凶暴	ピック病	ジプレキサザイデイス	5 (10)					
不安	ATD	デパス	0.5 1					
不安	ATD	リーゼ	5 10					
こだわり	ピック病	デプロメール (ルボックス)	25 (50, 75)					
凶暴	ATD	テトラミド	10 (30)					
暴力	ATD	テグレートール	100 200					

	不眠	レンドルミン (30日)	0.25	(最良)						
		ベンザリン	5	7細粒	10					
		ハルシオン (30日)	(0.125)	0.25						
		ロヒプノール (30日)	1	2						
		アモバン (30日)	(7.5)	10						
		リスミー (90日)	(1)	2						
泌尿器	頻尿	認知症	ベシケア (7.5mgまで)	2.5	5					
		デトルシトール	(2)	4						
循環器	脳梗塞	VaD	プレタール (シロスレットゼリー)	50	(100)					
			プラビックス	25	75					
	高血圧	ミカルデイス or ディオバン	40	80						
		タナトリル	2.5	5	10 (誤嚥に効く)					
		バイロテンシン	5	10						
		ノルバスク (アムロジピン)	(2.5)	5						
		コディオ EX フルイトラン	配合錠	/	2					
	低血圧	DLB	メトリジン D (アルバナート)	2	(重症で1日8mgまで)					
	振戦	DLB	アルマール	5	(10)	(降圧剤でもある)				
	浮腫	心臓性	アルダクトン A	25	(50)					
末梢性		タカベンス	25	1日4錠まで (痔の薬)						
消化器	便秘	第1選択	酸化マグネシウム	330	(1日3錠程度)					
		第2選択	センノサイド (フルセド)	12	(夕方1~4錠)					
		第3選択	潤腸湯 (51番)	2.5g	(1日1-3包)					
		第4選択	ラキソベロン 錠液	2.5 /	10ml					
		第5選択	新レシカルボン 坐剤							
代謝	高コレステロール	リピトール	5	10	(最強)					
		リバロ	(1)	2	(もっとも安全)					
	高中性脂肪	ベザトール SR	(100)	200	(1日400mg)					
	脂肪肝	E P L	250	(1日6Cまで)						
	高血糖	糖尿病	アマリール	0.5	1	3 (1日6mgまで)				
			アクトス	(15)	30					
			セイブル	(25)	50	(75)				
エクア (当面14日制限)			50	朝と夕2回 (併用薬注意)						
精神	アルコール依存	シアナマイド Wf	1本100ml (1回3mlで開始)							
その他( )										
その他( )										
その他( )										

( )名古屋フォレストクリニックでは使用しない用量。後発品は適応症が少ない場合があるので注意。

## 【1】 KONO METHOD のコンセプト

### ①家庭天秤法

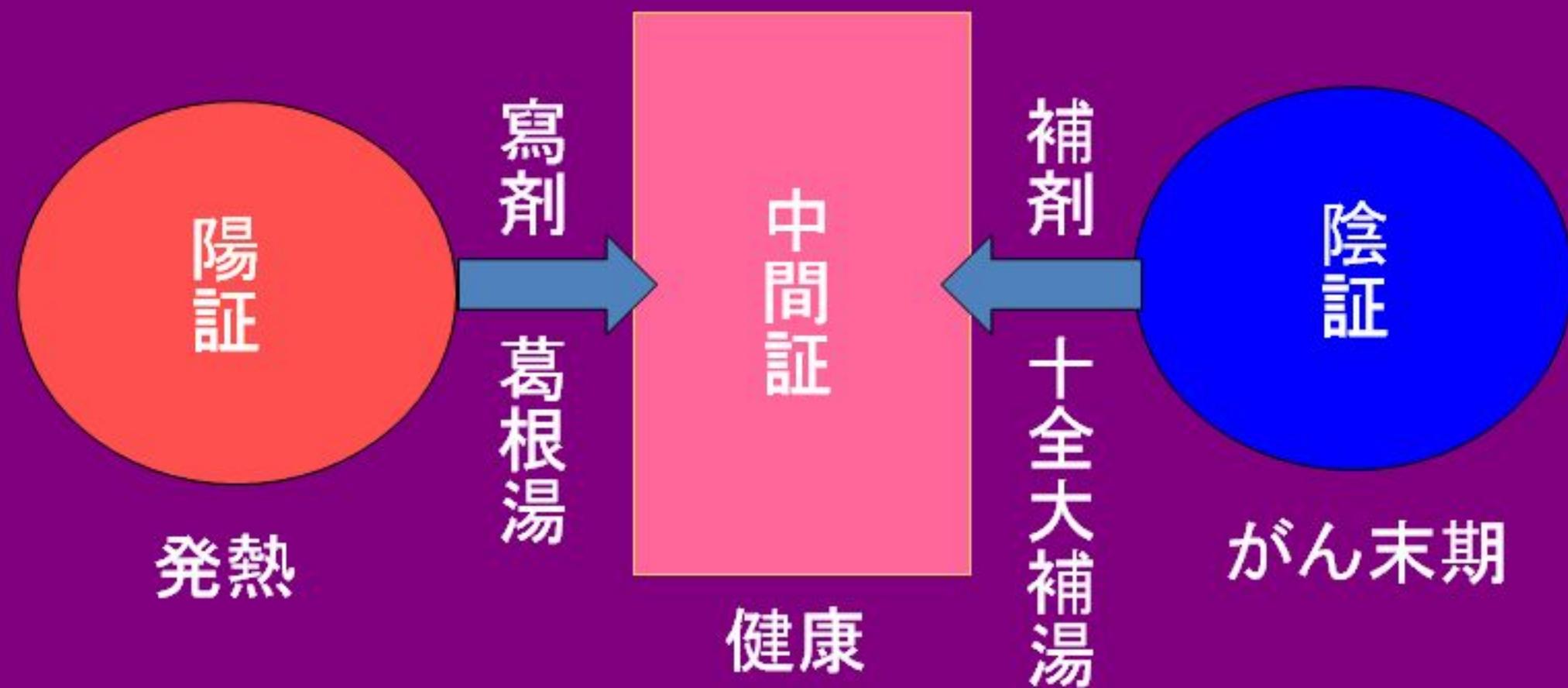
薬の副作用を出さないために  
医師の指示のもとで介護者が薬を加減する

### ②患者と介護者のうち一方しか救えないときは 介護者を救う

記憶をよくすることより穏やかにさせる薬を優先

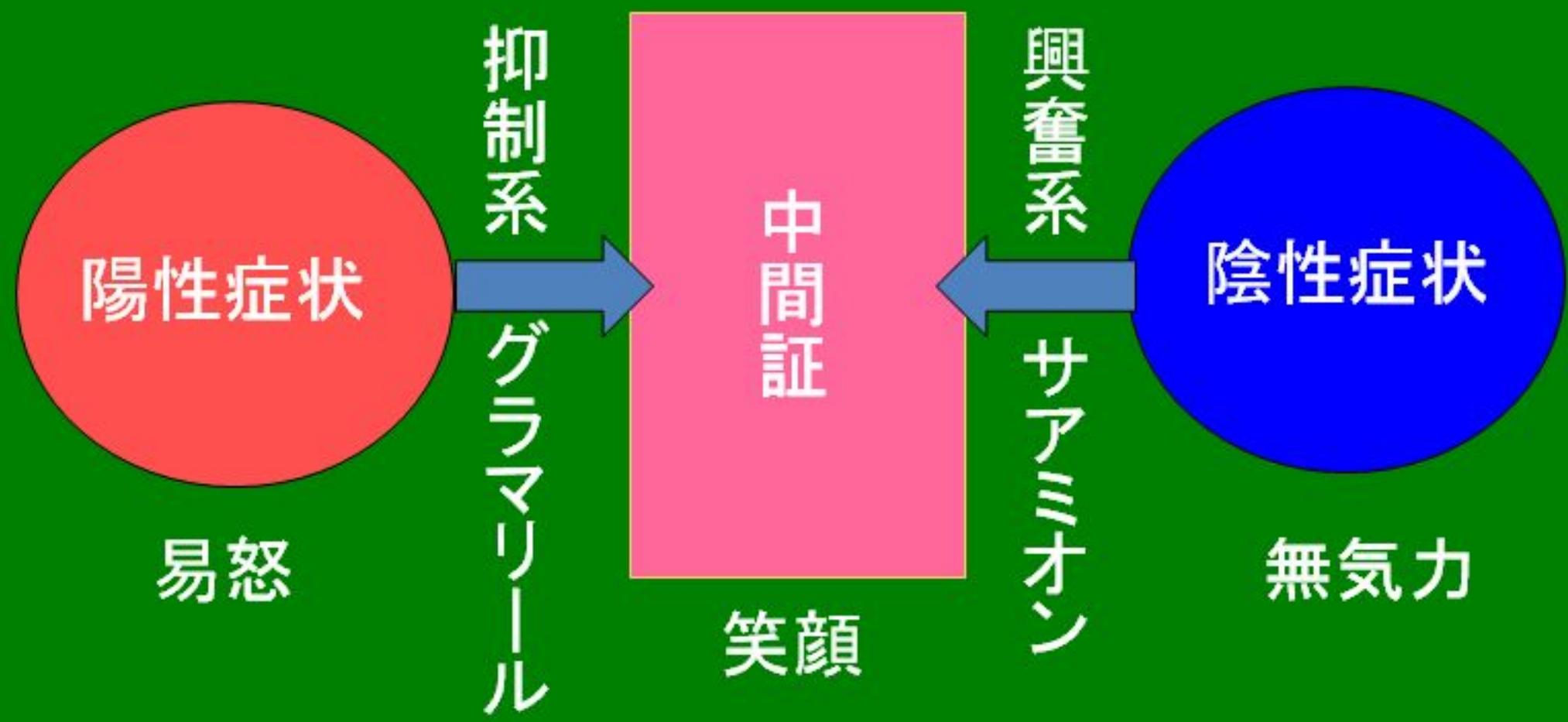
### ③安全で高い改善率の処方術 2007年から公開 認知症を何もしらない医師のほうがうまく治せる → コウノメソッド実践医(全国で約40名)

## 【2】 漢方医学から学んだ



# 【3】漢方治療を 認知症（周辺症状）治療に応用

① 周辺症状を消す



② 本格治療

中核症状改善薬      アリセプト

記憶改善

## 【4】日本における認知症各型の頻度 (私の予想)

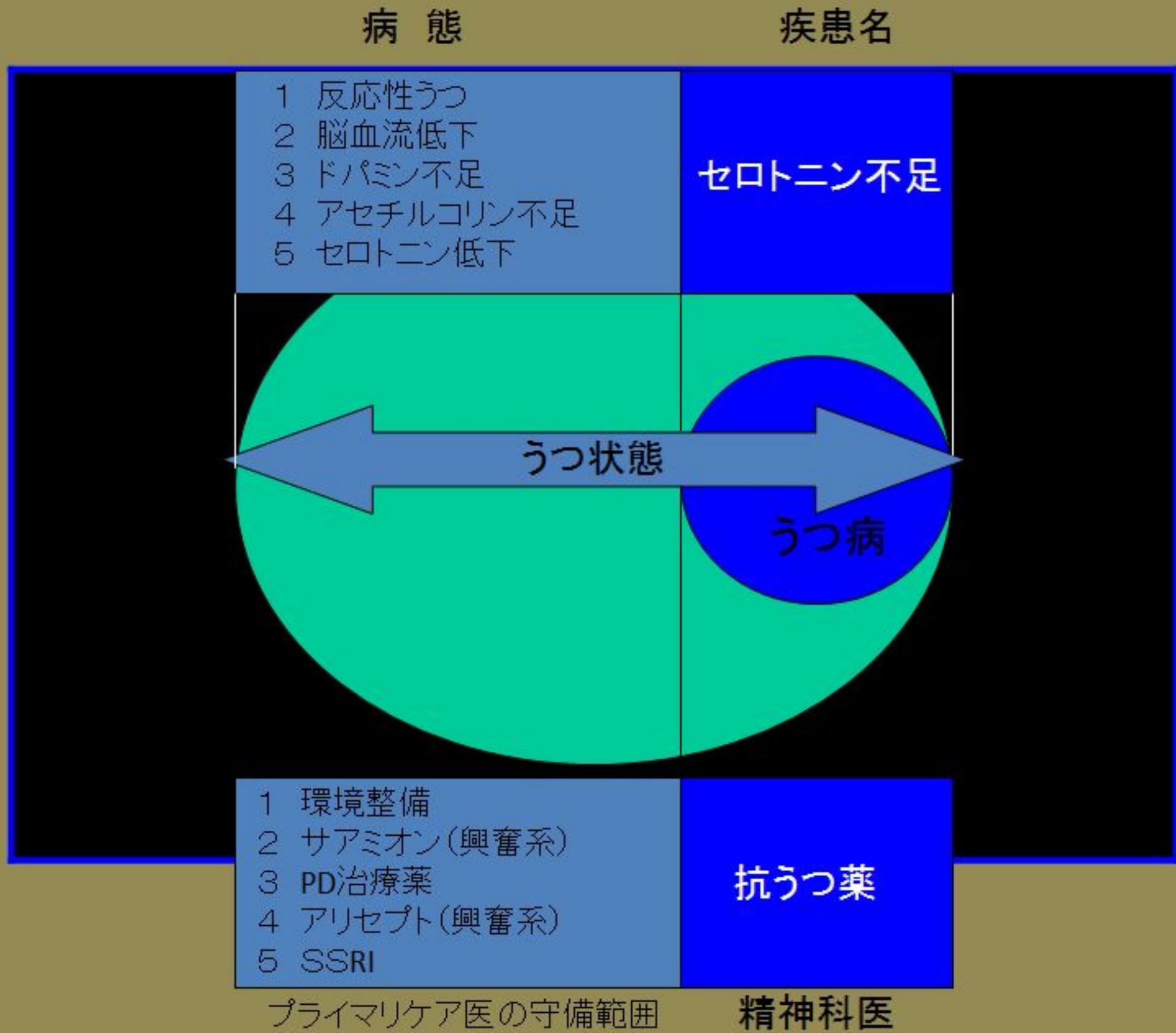
1	アルツハイマー型認知症 (ATD)	55%
2	レビー小体型認知症(DLB)	15%
3	脳血管性認知症	10%
4	混合型認知症(1+3)	7.5%
5	レビーミックス(1+2)	5%
6	前頭側頭型認知症 (ピック病を含む)	2.5%
7	その他	5%

ATDの病理組織を持つ者 62.5%

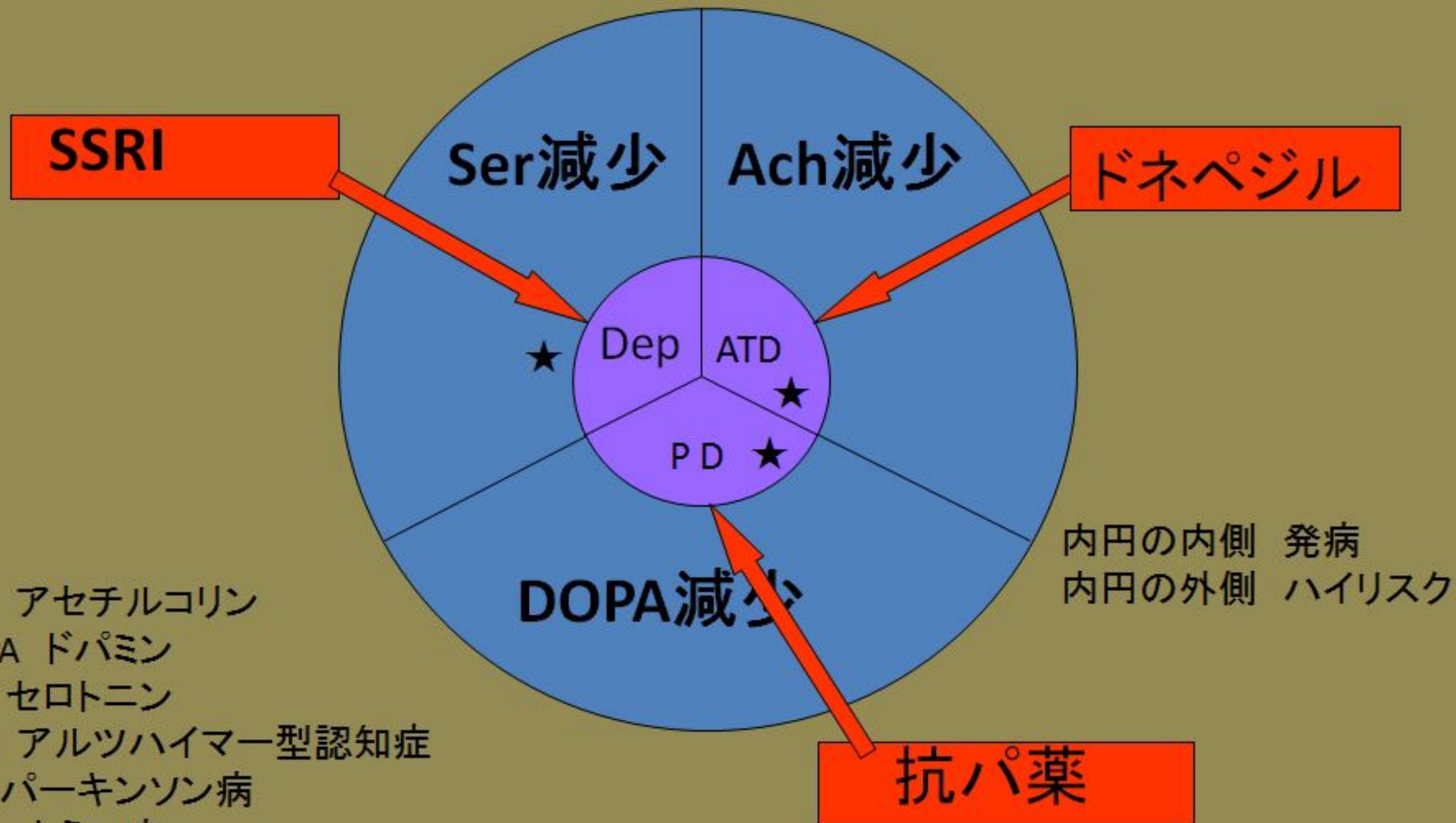
DLBの病理組織を持つ者 20%

レビーミックス: 著者の造語で、レビー小体型認知症+脳血管性認知症のこと。  
一般にはこれも混合型認知症に含まれる。

# 【5】うつ状態 と うつ病の理解と対応



# 【6】うつ症状が強いレビー小体型認知症における神経伝達物質の減少状況



Ach アセチルコリン

DOPA ドパミン

Ser セロトニン

ATD アルツハイマー型認知症

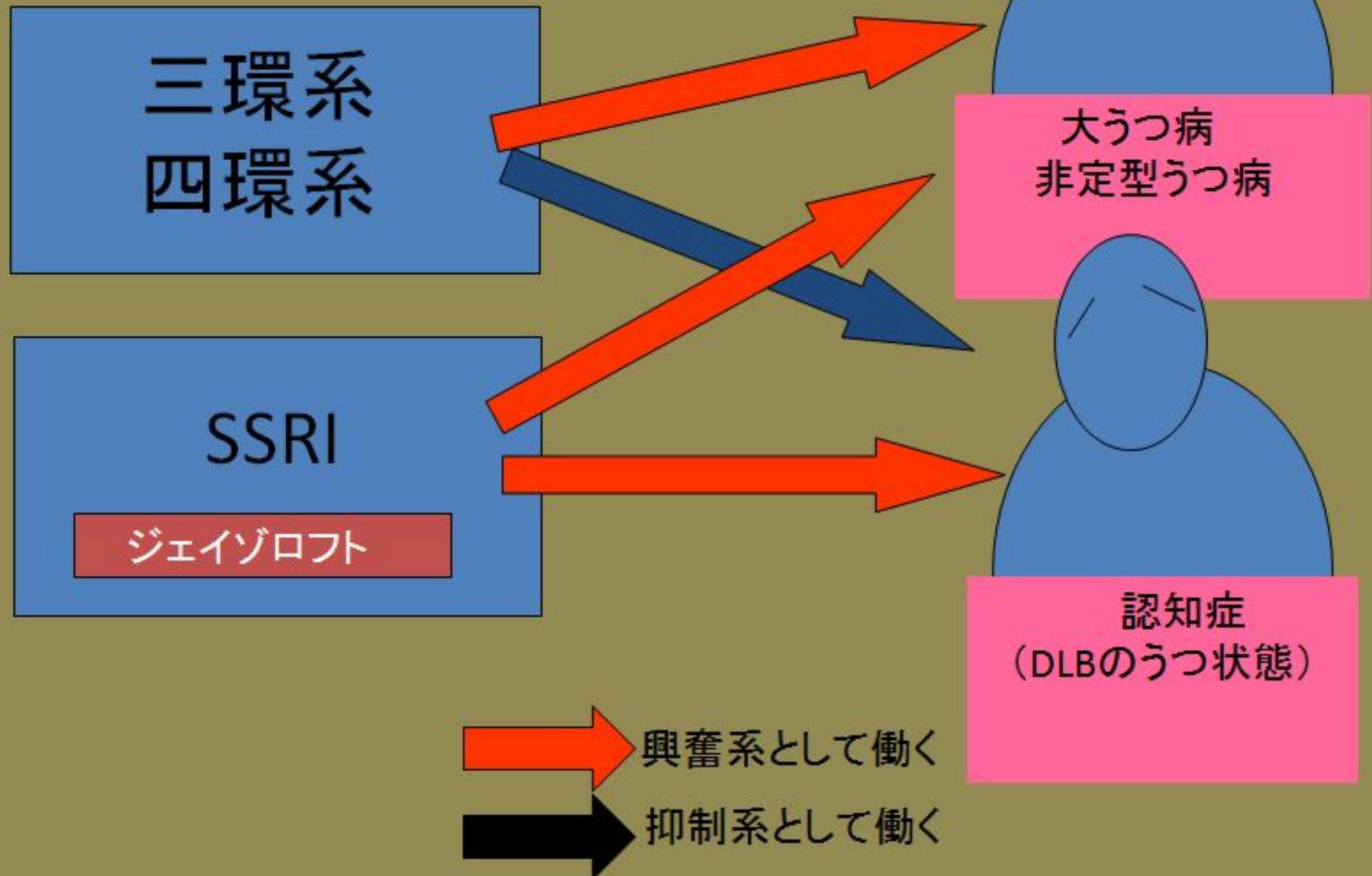
PD パーキンソン病

Dep 大うつ病

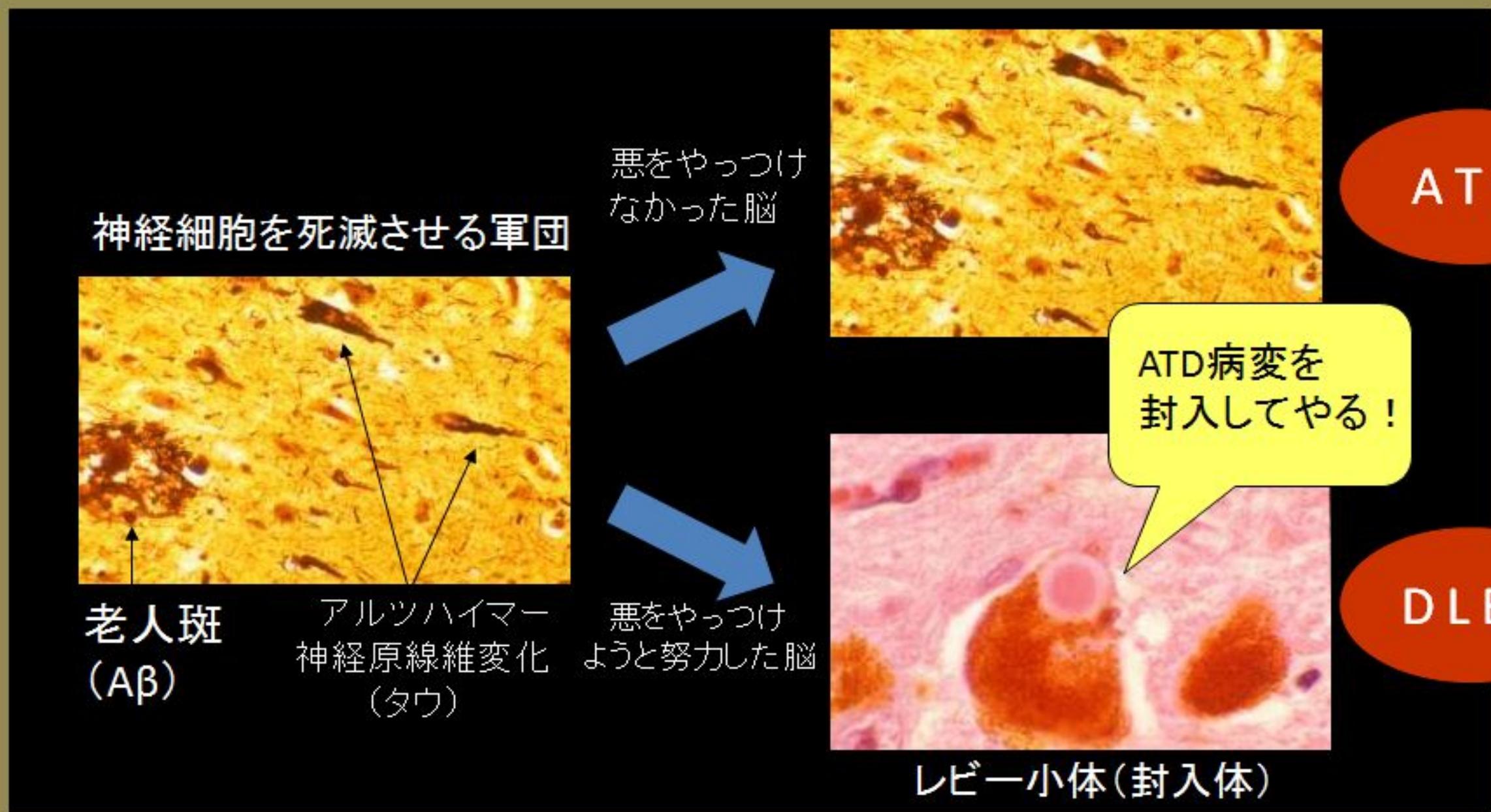
★ うつ症状が強いレビー小体型認知症脳内の各神経伝達物質の残存量

内円の内側 発病  
内円の外側 ハイリスク

# 【7】DLBのうつ状態にはSSRI



# 【8】レビー小体の形成は、神経細胞生き残りの為の 努力の痕跡かもしれない。



アルツハイマースコア

ポイント (2.5)

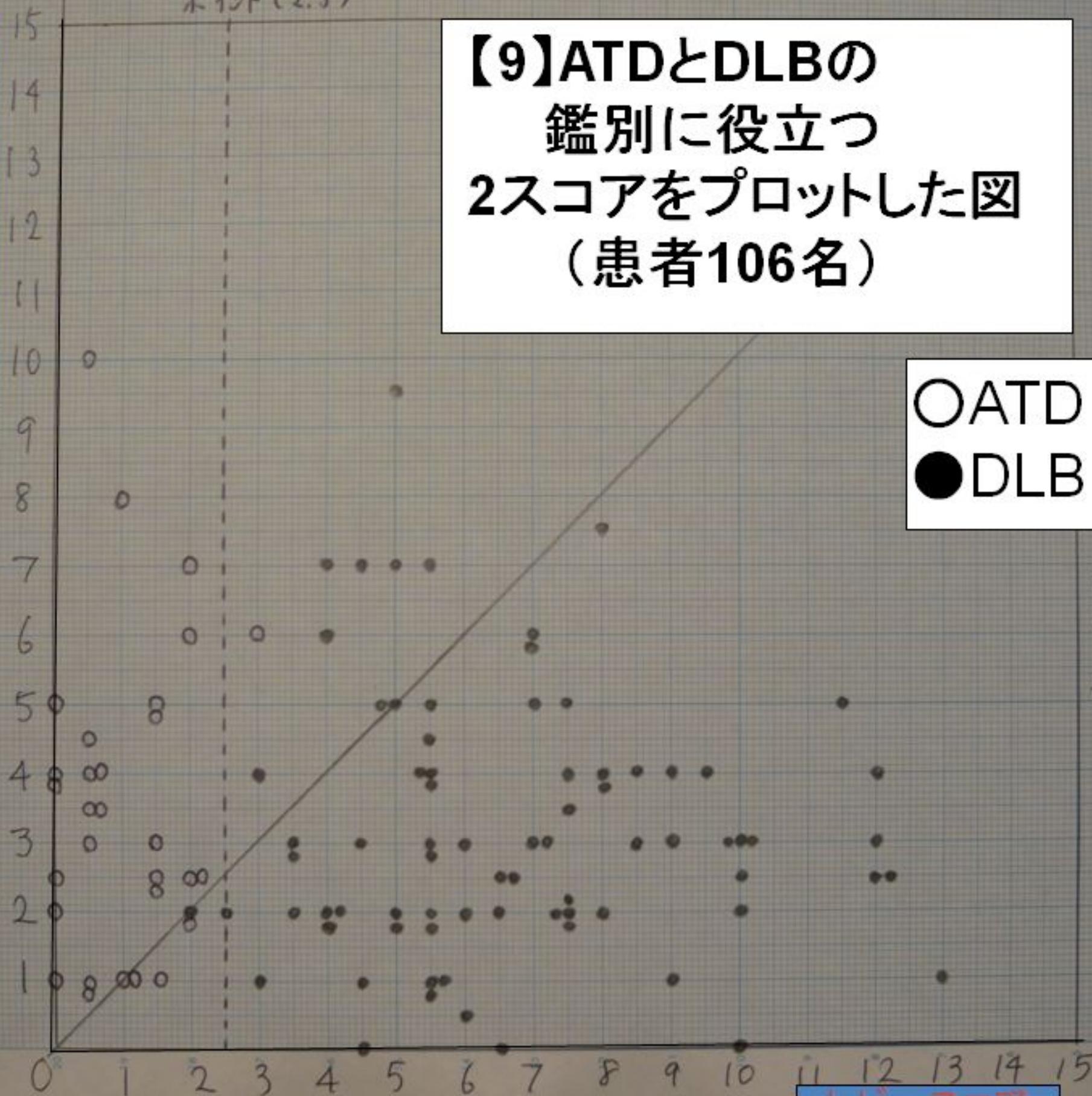
【9】ATDとDLBの鑑別に役立つ2スコアをプロットした図 (患者106名)

○ATD n=30  
●DLB n=76

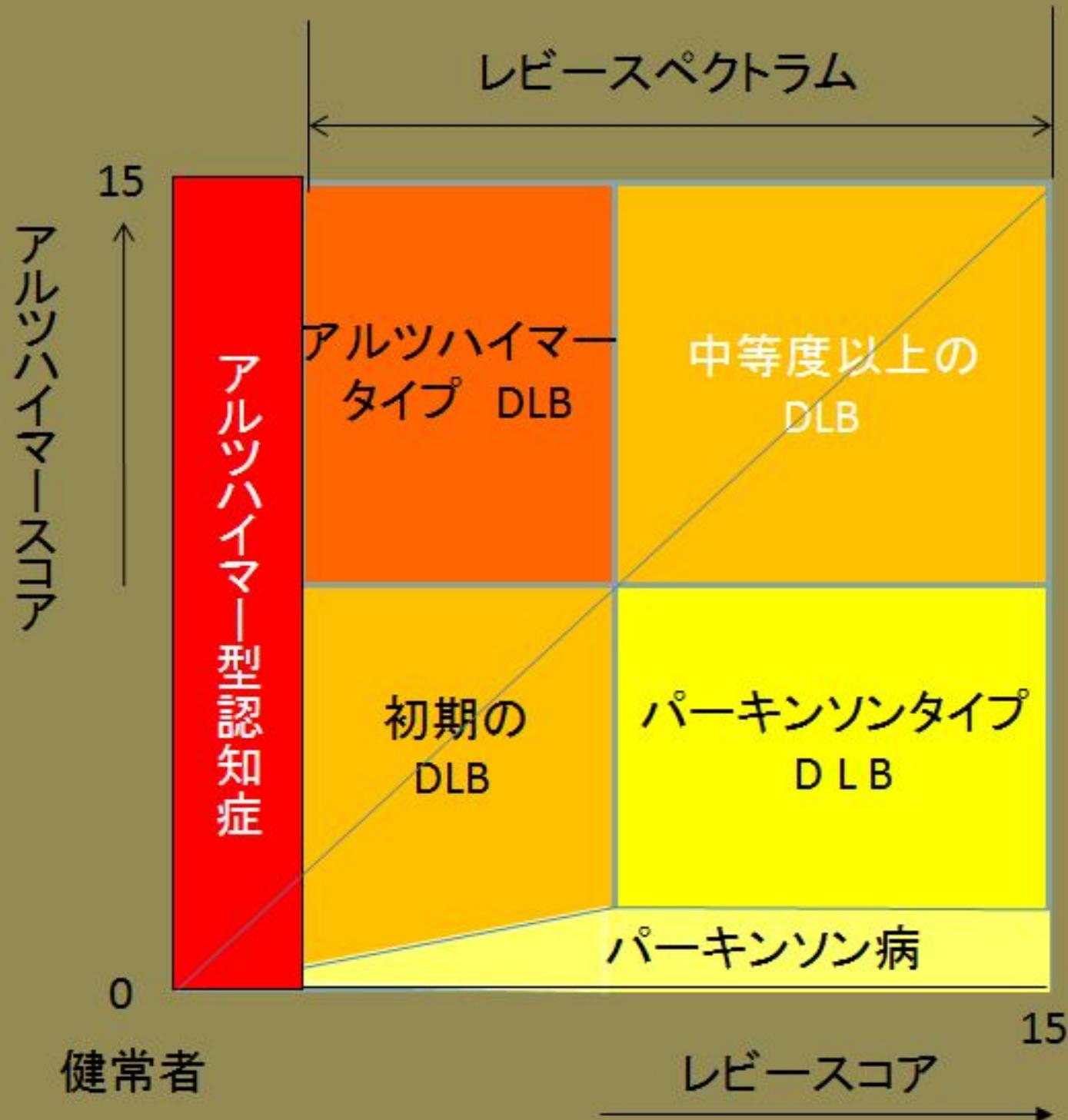
調査  
名古屋フォレスト  
クリニック(河野)  
長久手南  
クリニック(岩田)

2010.8月

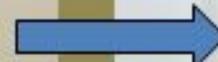
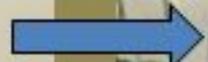
レビースコア



# 【10】レビースペクトラムの概念



# 【11】ドネペジル中止、ジェイゾロフトによって食欲、歩行が劇的に改善したレビー小体型認知症



まったく食べられなくなった

ドネペジル 2.5mg

中止

サアミオン 10mg

メネシット 100mg

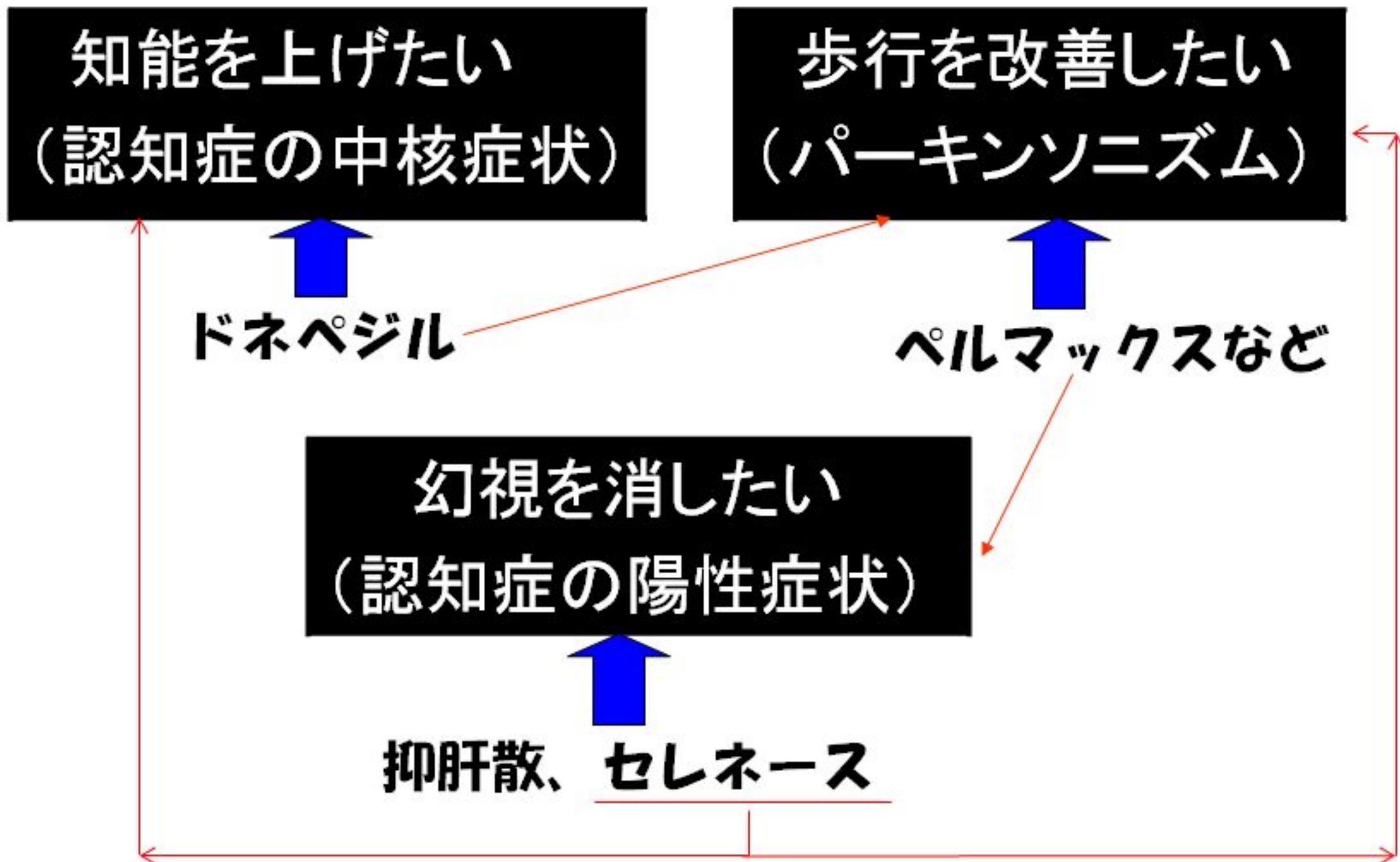
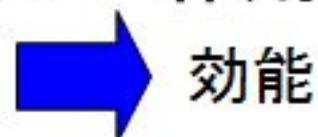
ジェイドロフト 25mg

# 【12】中核症状に効く薬

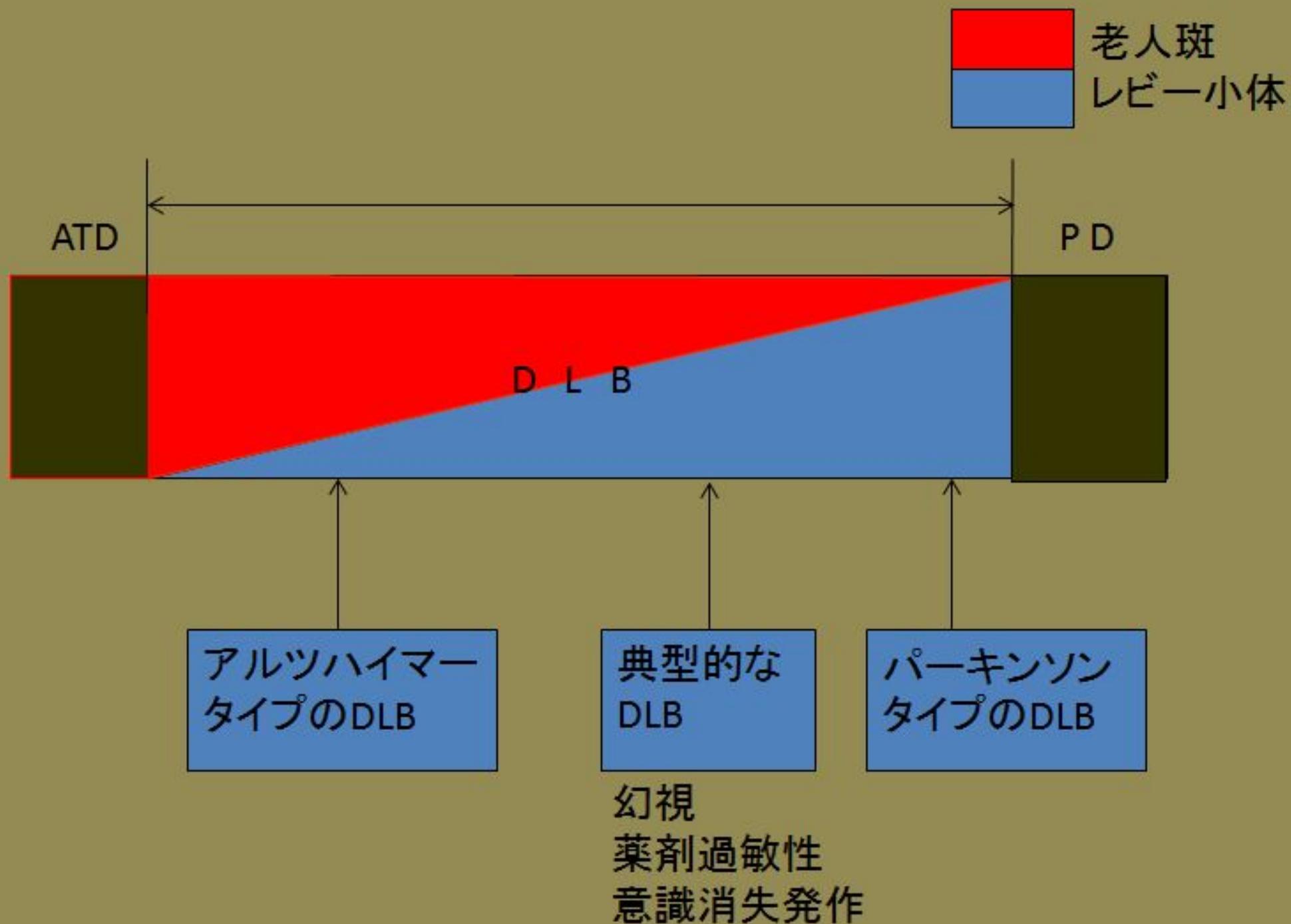
病状、様子	カテゴリー	病名	元気にさせる 第一選択薬、食品
暗い	非認知症	脳血管性うつ状態	サアミオン
	認知症	レビー小体型 認知症	アリセプト 低用量
明るい		アルツハイマー型 認知症	アリセプト 2.5-10mg
	ピック病	フェルガード 100M	

# 【13】レビー小体型認知症における「悪魔のトライアングル」

標的症狀と処方の主作用、副次作用の関係



# 【14】レビー小体型認知症(DLB)のバリエーション



# 【15】アルツハイマースコア

	調査項目	フルポイント	スコア	
問診	慣れた道での迷子、運転ミスの既往	1		
	着衣失行(パンツをかぶるなど)	1		
	病識欠如(年のせい1点 正常だ2点)	1		
診察	HDS-R ( )点	【7】遅延再生 得点が3/6以下である	1	
		【8】野菜10個 保続(桜などが混入) 同じ野菜を繰り返す(2種以上で)	1	
		【9】文房具5個 保続(野菜などの混)	1	
	C D T ( )点	【A】円のみ	1	
		【B】字 過剰 全体偏位 二列 逆回転	1~5	
画像	海馬萎縮度 2+/ 4+ 以上である	2		
合計		15		

HDS-Rの課題【8】【9】は逆に行う。重度ほどスコアが高くなるわけではない。

# 【16】嗜眠の強いDLBでも 遅延再生課題ができる様子



眠そうだが、HDS-Rけっこうできる。  
とくに遅延再生は満点。  
妄想、幻覚で2回パトカーを呼んだ。  
アリセプト5mg、シンメトレルを処方  
されていた。

数字  
不得意



遅延再生  
得意

改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)

スコアレビュー 前々回  前回  今回  本日  年齢

20.1.24

質問	配点	患者の答	得点 (満点)
① あなたは何歳ですか	満年齢ないし呼び年齢 1点 1歳違い 0.5点	82	0.5 (1)
② ここはどこですか	具体的名称 2点 抽象的名称 1点	Kyousu Hwy	2 (2) 2.5
③ 今は何月ですか	各1点	4	0
今日は何日ですか		Y	0
今日は何曜日ですか		木	1
今年は何年ですか		20	1
④ これから言う言葉を繰り返してください 『桜、猫、電車』あとでこの三つの言葉を 思い出してもらいますからよく覚えて おいてください	各1点	サ ス フ	1 1 1 (3) 3.5
⑤ 100-7=	各1点	83	0
93-7=		Y	0 (2)
⑥ 682 を後ろから言ってください。 3529 はどうですか。	各1点	206 X	0 0 (2)
⑦ 先ほど引き算の前に覚えていただいた 3つの言葉は何でしたか。 ヒント=ピンクの花、動物、乗り物	各2点 ヒントありで 各1点	さ で わ	2 2 2 (6) 13.5
⑧ 野菜の名前を10個思い出してください。 5個0点 6個1点 7個2点 8個3点 9個4点 10個5点		ムクゲ アサギ アサギ アサギ ニンジン	1 (5) 間違いない 保護あり 繰り返しの有
⑨ お見せする5つの品物をよく覚えて 下さい (隠したらすぐに答えてもらう) 【例】ハサミ、時計、鉛筆、くし、さじ	各1点	カゴヤ トランプ アサギ ハサ	0 (5) 間違いない 保護あり
合計			14.5 (30)

遅延再生が3/6以下なら  
アルツハイマースコア  
に1点加点する

# 【17】 アルツハイマー型認知症に多い異常 (Wolf-Klein GP)

( )内数字は、河野調査1099名中頻度

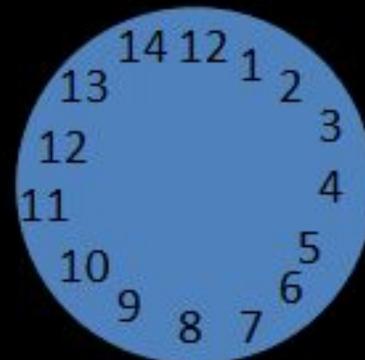
## 数字の異常



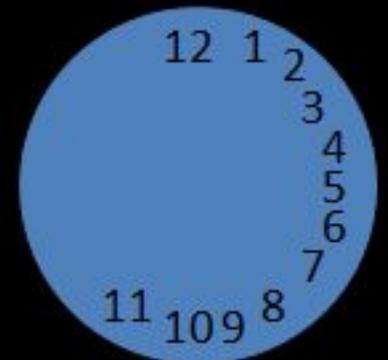
#11 消失  
(11.6%)



#17 文字  
(1.0%)



#22 数字の過剰  
(1.2%)



#32 全体偏位  
(3.4%)



#34 二(一)列数字  
(3.7%)

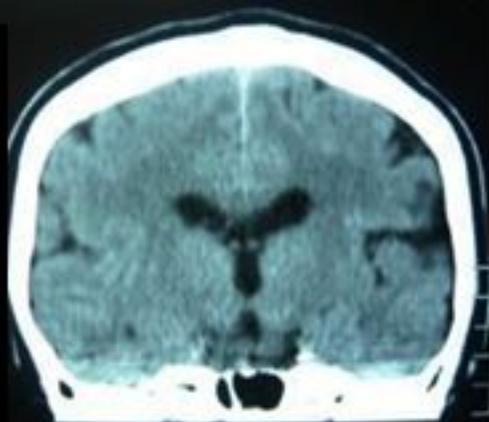


#35 逆回転  
(3.1%)

この異常があれば1種につき1点をアルツハイマースコアに加点する。

# 【18】海馬萎縮度指標

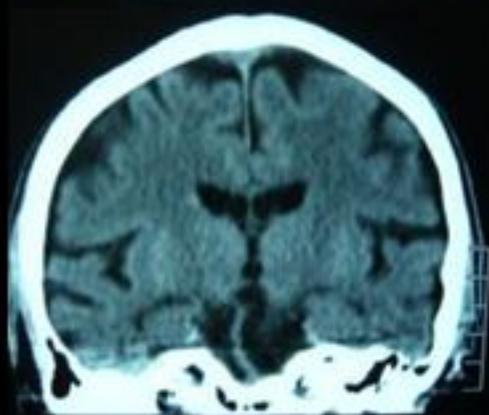
アルツハイマースコアの採点に使う指標で2+以上が1点加点。2+以上は、ほぼATDでしかおきない萎縮度。



0

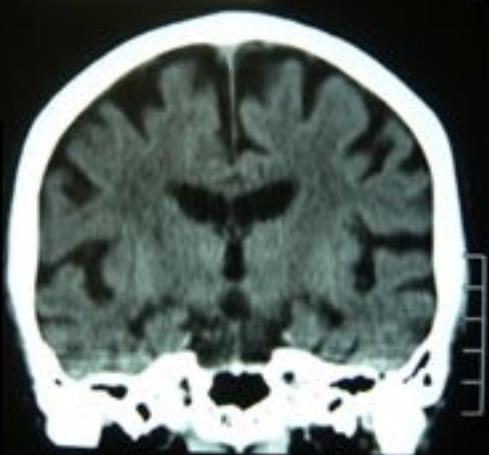
生理的萎縮

健常者  
精神疾患



0.5+

パーキンソンタイプ  
のDLB

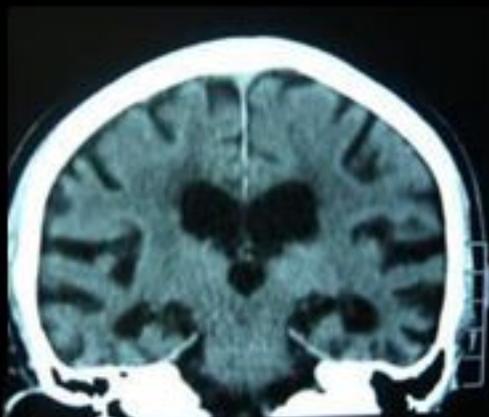


2+

DLB

ネオコルチカルタイプ  
のATD

アルツハイマータイプ  
のDLB



4+

ATD

リンビックタイプ  
のATD

典型的なATD

4+α

圧縮効果

ATD+NPH  
(圧縮)

# 【19】レビースコア

	調査項目	フルポイント	スコア
問診	薬剤過敏性(風邪薬などが効きすぎたこと)	2	
	幻視(2点) 妄想(人がいるような気がする)(1点)	2	
	意識消失発作(明らかなたんかんは除く)	1	
	夜間の寝言(1点) 叫び(2点)	1	
	嚥下障害(食事中にむせるか)	1	
	趣味もない病的なまじめさ	1	
問診察	日中の嗜眠、1時間以上に昼寝	2	
	安静時振戦	1	
診察	歯車現象(2点) ファーストリジッド(1点)	2	
	体が傾斜することがあるか(2点) 軽度(1点)	2	
合計		15	

# 【20】DLBの体幹傾斜と嗜眠、REM睡眠行動障害(叫び)



# 【21】パーキンソニズムの存在を知る最も確実な方法

『歩み様態図鑑』の調べ方



# 【22】レビー小体型認知症各タイプと標準処方

