認知症薬物療法マニュアル

コウノメソッド 2012

医学博士　河野和彦

Kazuhiko Kono M.D.

医学会の反省

- 医学会では、「なぜ MRI をしない、なぜ脳血流シンチをしない、どの論文にそんなことが書いてある」と教授が若手の発表者を問い詰める場面に遭遇する。若い医師は治療どころか診断の段階で認知症とのかかわりに自信を失う。認知症は患者の死後に確定診断される器質疾患であり、認知症の責任疾患が重複する患者も多い。生前の完璧な鑑別診断ははじめから無理であるとの認識が必要であり、**重箱の隅をつつくような病理学主導の学会では、いつまでたっても患者の幸福に結びつかない。**
- 医学会で話される認知症の治療は非常に幼稚である。各医師会が教授を講師に呼んでも神経伝達物質などのミクロの話が多い。中には医学書を棒読みするような講演もある。このような勉強会を何度聴講しても開業医は認知症診療に開眼することはないだろう。
- 引用文献の多く書かれた医学書は科学的で権威があるように感じられるが、そうであればあるほど著者に患者を治す力はなく現場では信用できない話ばかりである。白人と日本人は薬の反応が異なるので英語の文献を多く書く教授ほど信頼ができない。**私の著書に引用文献はほとんど書かれていない。患者が教師だからである。**
- 論文を書く時間のある医師は、あまり外来を行っていないことのあかしでもある。本当に患者にメリットがある処方を書いたものがこのコウノメソッドである。**医師の評価は学会で認定するものではなく、患者がするものである。**神経内科でありがちな弊害は、専門医になったために高慢になり助言を聞き入れなくなる点である。患者からの苦情を聞き集めると、学会は患者に冷徹な医師を育てるだけではないかと感じる。「認知症が治るとでも思っているのか」と罵倒するのは、いつもお利口さんぶる神経内科医である。

コウノメソッドのコンセプトと目的

- 医学会で推奨される新薬、幼稚な処方や教授が書き上げた薬物マニュアル（過去の論文の羅列）ではとうてい患者は治せない。認知症の病状は生き物のように変化し複雑で、副作用もおきやすい。開業医が処方するにあたっては、診断を処方論に直結した**シンプルで介護者に感謝される方法を解説するのが効率的で実践的である。**治療マニュアルは実践的なものだけが生き残る。
- 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。そのような詳細な記載は、患者を治せず人のふんどしで相撲をとるかのような薬物マニュアルには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。用量を書かないと患者は治せない。**
- コウノメソッドは、陽性症状の強い認知症でも家庭介護が続けられるように処方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（**介護者保護主義**）、を**処方哲学**としている。
- 介護者を救うために、**陽性症状（BPSD）には抑制系薬剤だけを処方して**患者を中間証（周辺症状ゼロ）とする。おちついたらはじめて中核症状（記憶）改善をめざす。この手法によっ

て、ドネペジルによる興奮という副作用（介護の邪魔）を未然に防げる。陰性症状タイプの患者なら中核症状改善薬のみの処方を許可する。

●コウノメソッドに立案者の個人名を冠した理由は、**責任を１人で負うという意味**である。学会、製薬会社、厚労省のすべてを敵にまわす者を最少人数にとどめたいとの姿勢である。しかし、コウノメソッドは、日本の標準となりつつある。主婦の友社（2011）、日本医事新報社（2012）から出版される新刊はコウノメソッドとの文言を冠した書籍である。その注目度は年々増し、日本の**認知症医療が正常化する礎**となることをめざしている。

●コウノメソッドは、認知症に何の知識も持たない開業医が、急増する認知症対策に医師として役立てるように育て上げる方法論である。学会に毒された高慢な精神科医や神経内科医を救済する意志はない。

2012 年のトピックス

レビー小体型認知症治療とピック病の知識普及をめざす

●2011 年は、「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った。１刷 1100 冊が２か月で完売した。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。９月には、第１２回日本認知症ケア学会で特別講演「レビー小体型認知症の治療」を担当し 1000 人ホールに 1300 人が入場し、**DLB 治療法の知識が渇望されていることが確認された**。
●初の DVD（４時間半）は 2011 年１２月に発売された。これを見れば、医師、医療スタッフ、介護家族は認知症については十分な知識が得られる。インターネットでサンプル動画が見られる（問い合わせ：グロービア　コンテンツ事業部）。東京から来た患者さんから、主治医である大学病院の准教授が「河野先生なら僕のお師匠さんだよ」と言っていたと聞いた。学会で認知症の発表をよくする先生であり私も尊敬している方だった。**大学病院でも少しずつメソッドは浸透していっている**ものと思う。
●DLB の治療法は確立されたので、2012 年は「**ピック病を知る１年**」と位置づけ、認知症ブログの中で教育セミナーを連載し、ピック病の教育用 DVD を作成する。主婦の友社に続き、日本医事新報社からコウノメソッドを冠した題名の医学書が 2012 年後半に出版される予定である。アルツハイマー型認知症（ATD）治療については、**レミニールの 90 日処方解禁**を受けてドネペジル処方量をどれだけ侵食するかが注目される。**メマリーの副作用対策**を会社がどう対応してゆくかが注目される年である。

ドネペジル後発品

●患者を選ばずにドネペジルを 5mg 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。施設で、ＢＰＳＤ（問題行動）のめだつ患者のドネペジル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（寮隆吉先生）。
●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 ATD 治療薬（メマリー、レミニール、リバスチグミンパッチ・イクセロンパッチ）が認可され、加えて 11 月にドネペジル後発品が許可された。もっとも期待されるのは、**ドネペジルより興奮性が少ないレミニールとメマリーの組み合わせ**であろう。しかし、能書ではレミニールは４週ごと、メマリーは１週ごとの増量を強制しており、処方する際には非常に煩雑である。
●メマリーだけが他の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。メマリーは劇的改善者が出る確率が高く処方したい衝動にかられるものの、**奇異反応が多く、患者が歩けなくなることもある。**そのような重篤な副作用はないと主張する医師がいるなら、私と同じ処方経験（メマリー1000 例）をしてから発言することである。重篤な副作用は DLB に限っておきるのではなく、ATD でも同様におきる。
●後発品は「ドネペジル塩酸塩」の名前で数多くのメーカーから出される。重度患者への適応はエーザイが裁判に勝ったため、**後発品ではむこう１年半は１０ｍｇ投与できない**。
●ドネペジル先発品１０ｍｇを後発品に替えるときは、平成 24 年３月まで後発品５ｍｇ＋メ

マリー１０ｍｇなどで対応していただきたい。メマリーの合わない患者さんには、４月１日にレミニールが 90 日処方許可になるので、ドネペジル先発品１０ｍｇだった患者はレミニール２４ｍｇに替えることができる（ただし８ｍｇスタート）。レミニールはドネペジルほど興奮性がなく、別の作用機序も持っている。
●ドネペジル後発品の細粒は３社から出され、中には２年以内に１ｍｇ錠を発売すると約束する（コウノメソッドを応援する）企業も見られる。今後のコウノメソッドは、少量投与の調剤をしやすくする企業を支持し公表していく。そのことで、企業の倫理観が測れる。
●ドネペジル後発品にすると患者負担は７０％以下になるし、すぐに６３％にまで落ちるという情報もある。**米国では後発品が９３％を占め、ほとんど先発品は消えた**。高額の割にメリットの少ない薬なので日本でもすぐにそうなるだろう。後発品が効かないという情報はない。

認知症のうつ状態

●当院では、DLB はもとより、ピック病も多く、非定型うつ病の初診も加わってきた。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、セロトニンが不足しているという病態生理的考え方で SSRI を試す価値はある。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、SSRI 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ゾロフトが大きな成果を挙げた。
●ＤＬＢの三種の神器は、レミニール、メネシット（ペルマックス）、抑肝散であるが、ニコリン注射、フェルガード 100M、ジェイゾロフトを加えた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。
●ATD のうつ状態 326 例を３群（①ジェイゾロフト、②レメロン、③プラセボ）に分けた集団統計では、①②によるうつの改善は有意差が出ず、有害事象が①②で有意に多かったという報告がなされた（Banerjee S et al.：Lancet 378:403-411, 2011）。集団統計で有意差が出なかったからといってその薬の存在価値を否定するのは、研修医的発想であり、患者個々には効果がある場合がある。しかし、私の経験的には ATD にジェイゾロフトが必要になることは少なく、しかし**DLB にはジェイゾロフトがぜひ必要な患者が少数存在する**。

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」（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）ためDLB患者のバリエーションが広いことが理解できる。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（**レビーセット**：ドネペジル少量投与、抗うつ薬禁止）で開始すればよい。レビースコア（河野、2011）2.5 以下なら ATD、以上なら DLB と考えておくとよい。
●**寝言、薬剤過敏性があれば、他に症状がなくても DLB と考えておくべき**である。多くの ATD が経過途中でレビー化してゆくので、処方切り替えをすぐにおこなうこと（ドネペジル減量、幻視対策、歩行対策、覚醒処方）。
●**ＤＬＢの意識障害（せん妄）**に対するニコリン注射は、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。最重症には、1000mg５

日間連続を行う（外来、往診、訪問看護師への指示）。
●クラシエ抑肝散加陳皮半夏には 3.75g 入りのステイックがあり１日２回ですむ。抑肝散を３回飲まないと効かないが、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。2012 年版から記載する甘麦大棗湯（かんばくだいそうとう）はさらにKが下がりやすい。

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、脳波で正常老化を越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。

【画像バカの例】●夜中に大声で叫び歯車現象がある男性。CT では確かに海馬萎縮が 2.5+/4+ で画像だけ見ると ATD と思ってしまうが、症状は典型的な DLB。地元の脳ドック専門医院から「ATD」と診断されドネペジル先発品５ｍｇが処方された。その後後期興奮がおき、朝４時におきて日付の確認作業、焦燥が増強。医師は「学会ではドネペジル先発品１０ｍｇが主流。10mg のほうがいい結果が出ているらしい」といって増量しようとした。

●不信に思った妻が夫を名古屋フォレストクリニックへ連れてきた。典型的な DLB だった。前医は、画像バカに学会バカが合併した重症。地元の「河野先生の言うとおりに処方しますよ」という謙虚な開業医に紹介した。学会はこのような学会バカを増殖させ、エーザイは２割増しの増益を達成した。

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、レミニールなどのアセチルコリンエステラーゼ（AChE）阻害薬、メマンチン、New フェルガード、フェルガード 100M があるが、これら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、**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γGTP 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

●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いれて間違いの少ない診断のあり方：「ATD と思われますが、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**白黒を明確にしない医師の態度は、患者への処方で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　患者の身体と対話しない医師は危険

●精神科学は機能的障害を扱うため、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ず歩けるまで 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は、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**。

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

～診断なんてできなくていい～

●コウノメソッドは、当初治療だけを扱っていたが、2011 版より診断への言及も始めた。臨床医は、介護者を助ける処方を第一に考えるべきなので、**認知症の病型診断に神経質になる必要はない（診断できなくてよい）**。この考え方は、精密な診断はするが幼稚な処方、介護者に迷惑をかける処方しかできない大学病院への批判の裏返しでもある。

●一般的な診断名は病理学からなされ、中核症状の治療戦略は神経伝達物質の不足を補う考えで行われている（生化学的）。しかし、アセチルコリン補充は一部の患者を興奮させ、DLB の歩行を障害する。中核症状改善こそが本格的な認知症治療と考えるのは机上の話で、介護現場を考慮していない。**介護を困難にするのはむしろ周辺症状であって、これは中核症状から派生するものの、だからといって中核症状を改善すれば周辺症状もついでに消えるわけではない。**

●臨床では、正攻法でしっかり周辺症状を改善してから中核症状薬を出すべきである。この基本を守れば患者は大崩しない。この基本を無視すると新薬（中核症状薬）の副作用で振り回されることになる。

●コウノメソッドが考える 処方に直結した患者分類とは、**キャラクター（性格）分類**である（**図２**）。これは陽性症状主体の患者（**介護抵抗型**）と陰性症状主体の患者（**本人苦悩型**）に大別される。この際、**ATD, DLB, VaD, ピック病といった病理分類はどうでもよい。つまり画像診断は不要であり開業医が初診時からいきなり処方できる分類法である。**

●まず陽性症状を制御するために、**グラマリール（G）、抑肝散（Y）、コントミン（C）**の３種が第一選択グループである。その使い分けを考えるときに一発で奏功させたいなら病理診断と合致したほうが効率がよいと言うことである。つまり ATD と VaD なら G、DLB なら Y、ピック病なら C を処方したほうが打率がいいということになる。

●この際、患者が ATD なのかピック病なのか深く考える必要はなく、「ピック病的」な症状であれば ATD であろうと DLB であろうとコントミンで改善しやすい。

ピック病的、ピック化の症状：診察室でなかなか座らない、足を組む、腕を組む、勝手なふるまいをする、ガムをかむ、鼻歌、スイッチが入ったように急に粗暴なふるまいをする、他人のものをとる、つかむ、触る、どんどん太ってゆくなどである。判定に自信がなければ、G でよい。

●介護者が「これだけ落ち着いていたら結構です」と評価した時点で、中核症状薬を開始する。**第一選択群は、ATD、DLB にレミニール、陰性症状の VaD にサアミオン、ピック病にフェルガード１００M** となる。介護者が急いで治してほしいと希望する場合や急速に進行している場合は、ATD、VaD に New フェルガード、DLB にフェルガード１００M をすぐに併用する。また DLB や VaD で少しでも意識障害（嗜眠）が察知されるなら**ニコリン H１０００mg 静脈注射を躊躇せずに打つ。**

●内科学でもっとも医学知識を持つ職種は当然医師である。認知症の知識をもっとも持つのは優秀なケアマネであり、**医師は最低レベルにある（図２）**。精神科医、神経内科もその中に入っている。これらの医師はかたくなに伝統的処方（増やす一方）を続けて患者をガタガタにするので、何も知らない開業医よりたちが悪い。福祉関係者に信頼されず福祉と医療は融合できていない。

●そこで、コウノメソッドの処方哲学に賛同した実践医が認知症の知識人のトップに立ち、介護を楽にする処方を行うことで、福祉と医療が初めて融合する。**いわゆる「専門医」にセカン**

ドオピニオンなど乞う必要はない。教師は患者である。専門医に紹介すると患者は廃人になって帰ってくる。

問診票

●認知症の症状は、**中核症状と周辺症状に分かれ（図３）**、周辺症状のうち陽性症状（易怒、徘徊、不眠、過食、妄想、幻覚、介護抵抗など）を制御することがもっとも大事であり、病型に関係なく初日から抑制系薬剤を処方すべきである。
●**初診時アンケート（図４）**でもの忘れ以外の症状に〇が打ってあれば認知症がほぼ確定的である。そのうち陽性症状に〇がついていたら家族にどの程度強い症状かを聞き、「薬がほしいくらい」と答えたら初日は抑制系処方のみを行う。薬の適量は医師にはわからないので、同居者にある程度のインテリジェンスがあれば加減させる（**家庭天秤法、図５**）。
●２～４週後、「いまくらいなら家庭で看られる」と評価されたら中核症状改善薬の処方を開始する。中核症状と周辺症状の整理ができない医師は**コミュニケーションシート（図６）**を使って、自動的に家族の求めに応じた薬を出せばよい。
●うつ病が疑われる場合は、改訂長谷川式スケールでスコアが低めでも精神科に依頼することも視野に入れる。若い、慢性頭痛、便秘、不眠の場合は要注意。（後述の**バランス８、図７**を参照）

処方する前に

●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もよい。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。抑制系をテー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
　元気すぎたら　セロクエルを増やす＋アリセプトを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）。施設の複数患者に処方するような場合は、スタッフに **DBC シート（図８、**広島県尾道市医師会採用**）**にスコアリングさせて報告してもらえば**過鎮静に気付けて抑制系の加減がしやすい。A** 陽性症状、**B** 陰性症状、**C** 体幹バランスの３項目に４段階評価しておき、抑制系薬剤投与後３－４週後にスコアを付けなおせば、**A スコア低下、B スコア上昇、C スコア上昇が過鎮静**のサインである。
●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、初心にかえってグラマリールにすることがある。

2）**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。

甘麦大棗湯（かんばくだいそうとう）

●持続的な怒りではなく、スイッチが入ったように急にヒステリックに興奮する（妄想が出る）場合で、冷え性の患者に抑肝散の代わりに使う。メリットは甘いこと。デメリットは抑肝散よりさらに血清kが下がりやすいことである。

3）**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。

4）**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すむ場合が多い。

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が糖尿病がある場合は、ウインタミンが第一選択となる。ピック病には最高にマッチする。

5）**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。

6）**デパケンR**（100mg, 200mg）

●近年抗てんかん薬は、心療内科領域において気分調整に処方されることが多い。認知症でも情緒不安定に応用できるが、眠気に注意する。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。処方 30 日制限あり。

デパスは、多幸感が出るので好む患者がいるが、筋弛緩作用、依存性があるので注意したい。デパスは処方の日数制限なし。

8）**リスパダール**（0.5mg, 1mg）

●暴力に屯用で用いてもよい。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。ピック病には効きにくく、定期処方はコントミンを用いるべきである。

９）その他：

●ジプレキササイデイス 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。ピック病に SSRI を使用するとの精神科医学書の記載は誤り。

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。

興奮系薬剤を処方する

●陰性症状の認知症は、すぐに興奮系を処方してよい。抗うつ薬をいきなり処方することは禁止する。

1）レミニール

●ドネペジルより興奮性が少なく、ふつう朝、夕の２回投与。しかし２回飲ませないと効果が薄れるということはない。やはり易怒があれば朝１回にすべきである。

●８ｍｇ、１６ｍｇ、２４ｍｇと４週ごとに増量することが求められる。

【水薬の利用価値】●レミニールを１日に 24mg ご処方できる期間において、レミニール 3ml（12mg）/1 日を２本 処方するかわりにレミニール１ml（4mg）/1 日を６本処方してもレセプトはカットされない。なぜなら、錠剤とは異なり水薬の薬価は用量比例計算になっているからである。低用量を数多く出して薬価が高くなることはない。レミニール液は甘いので患者に嫌われることはないだろう。

2)ドネペジル

●ATD、混合型認知症、DLB に処方する。

●レセプト上は 3mg(14 日)→5mg(28 日)→10mg　が求められる。**いわゆる 5mg 問題**と呼び、問題化している。5mg と決めずに適宜増減が望ましいがレセプトでは 5mg しか認められない場合がある。ドネペジルを 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、平成２３年１１月から１年半の間は先発品しか増量できない（裁判でエーザイが勝ったため）。

●私の一般的な増やし方：1.5mg　2.5mg　5mg

ドネペジルを５ｍｇを超したときに初めて効く患者は１０％しかいないので増やすメリットは少ない。つまり先発品は日本から消えても構わない（米国では後発品が初年度から９３％）。

●私の DLB での増やし方：(0.5mg)　1mg　1.67mg　2.5mg　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

●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。

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。あまりパーキンソン病（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

プレタール(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。

2）ジェイゾロフト

●うつ病患者の 64.7%が最初に内科に来る。８%は頭痛のため脳外科へ行く。だから慢性頭痛の患者は、うつ病を疑っておく必要があり、DLB 患者についても頭痛の有無を必ず効く。薬剤過敏性、幻視があればうつ病でなく DLB のうつ状態である。抗うつ薬は最後の手段として出さないでおくのが鉄則である。

●**三環系**が必要なうつ病は 10%以下である。三環系は、重度のうつ病にはどうしても必要な薬で副作用も強い（口渇、便秘、立ちくらみ）。プライマリケア医は決して処方してはならない。

●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**ジェイドロフト 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。あくまでも二～三次選択である。食欲がないときはドネペジルを中止か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。

●ジェイゾロフトを DLB に使用する場合は、患者の１０%以下のかなり強いうつ状態（食べられない）に限ること。合わない患者も少なくない。しかし合えば救命できる。

●**パキシル**は、アクチベーションシンドローム（元気すぎる）や離脱症候群がおきやすいし、眠気が強く性機能は落ち、患者は太る。抗不安が強いのでものすごく売れた薬。ジェイゾロフトは安全である。**トレドミン**（SNRI）は効かない。

●**ドグマチール**は、ドパミン阻害剤であるが、食欲増進によく効き即効性があり４日で効く。プロラクチン増加の副作用で胸が張る。60 歳以上には健常者でも 100mg 処方してはならない。

●**メイラックス**は、抗不安薬だが軽症うつ状態にも早く効く。メイラックス＋SSRI で立ち上げておいて改善したら SSRI のみ残す（東邦大橋詰先生）。耳鳴りにも使う。耳鼻咽喉科は耳鳴りを治してくれないので内科系で治すしかない。耳鳴りと訴えた場合、DLB の幻聴と受けとっていい場合が少なくない。リーゼ、加味帰脾湯、抑肝散などと合わせてカクテル処方を試みる。

●**四環系**は、抗うつ薬としては使用されなくなった。睡眠薬として処方する医師がいる。存在しなくてよい薬。

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。

●短時間型の抗不安薬であり高齢者にも使いやすい。

5）**ニコリン注射**

●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。頻回に使用する場合は自費としたほうがよかろう。往診先、施設看護師への注射指示という形でも可能。

●DLB などのせん妄、被害妄想から来る拒食、拒薬に 1000mg を 5 日連続程度行うと劇的改善することがある（患者の人生を変える治療）。

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。シンメトレル1日 150mg まで。DLB には 100mg まで（過量では幻視誘発）。

●パーキンソニズムに多用されるがあまり効かない。PD 治療薬に併用。

7）**New フェルガード、フェルガード 100M**

健康食品の推奨

●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。詳細は、過去のメソッドを参照されたい。

●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、プロルベイン（2012 年版新規記載）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。患者はインターンネットで多くの情報を得ていることをないがしろにしてはいけない。**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。

ANM176

●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。

●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）ことである。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、重度認知症にも有効。

●フェルガード類は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。現に ANM176 は韓国では最初の1年のみ保険適応となっている。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 1/5 に抑えられている。

●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。100Mは多くの医師自らも服用している。（私は坐骨神経痛と朝の目覚めのよさが改善した）

●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、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。

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。

効果が期待できる疾患、病態

●フェルガード類の価値は、中核症状薬が効かない ATD 患者にとどまらず、混合型認知症、、正常圧水頭症（NPH)、DLB、ピック病、FTD（非ピック)、石灰化を伴うびまん性神経原線維変化病(DNTC)、単純ヘルペス脳炎後遺症、辺縁系脳炎後遺症にも 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。日本でもっとも多く服用している患者は**フェルガード 100M１６本**（ピック病で劇的改善）なので、少ない本数であきらめてはならない。正常者にも奏功する。

●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、後屈が治ったりしうる。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る。Ｎｅｗフェルガードの歩行改善率は、薬剤の改善率をはるかにしのぐ。

●さらに、嚥下機能回復、血清アルブミン上昇、白髪の黒化、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おり、老年医学の研究者にも強いインパクトを持つ武器である。

証明された事実

●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脳背髄関門を通過すること、③ATD モデルネズミの実験では、正常ネズミの記憶時間より２倍長くなること、フェルラ酸単独でも老人斑は減少（学会発表)、④韓国、日本の ATD 患者、FTD、DLB で明らかな症状改善が証明されている（論文化)。⑤ATD、DLB の局所脳血流を有意に改善（学会報告)。

服用方法

●陽性症状のためドネペジルを 5mg まで増量できないが病状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。ハイテンションになったら、朝 1/2、タ 1/2 に減らしたり昼にフェルガード 100M を追加したりする。

●効果は 10 カ月をめどに判断する。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 に落としてもよかろう。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。

●ATD や DLB で中核症状改善を目的とする場合は、やはりレミニールで治療を始めて、それを飲めない患者､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、進行度が遅くなる。

長期戦

●ドネペジルが最初の 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。無効の場合は、常識の 2-3 倍服用してみて１週間様子を見る方法も（**急速飽和テスト**)。効果が出たら減らしてもよい。

●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ドネペジル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治療の難しいピック病（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 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。
●ドネペジル後発品 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。

初期の投与開始

●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。服用は健常者の場合、おおかた 35 歳以上から推奨。日ごろから服用しておけば、将来脳梗塞になってもバイパスが構築されているので後遺症からの回復が早いものと思われる。従って**心房細動、高血圧、糖尿病なら記憶が正常でも服用することを推奨**する。

医科での採用について

●フェルガード類については、全国で約 200 名の臨床医が推奨している。医院で１人でも導入を考えている患者がいる場合は、グロービアスタッフの訪問を要請して導入方法を相談すればよい。

レビー小体型認知症（DLB）

DLB の現在

●DLB 患者は増えており、認知症のおける比率も 20%を超した。脳内の老人斑がレビー小体に封入されると **ATD と思われていた患者が「レビー化」**し、体が傾斜し歩行が遅くなり幻視が出てくる。そのとき、すぐに処方をレビーセットに切り替えることが大事であり、思いのほかこのような対応をすべき患者は多い。

DLB のスペクトラムについて

●DLB は典型例だけでなく、ATD タイプ、PD 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（**図９**）。**レビースコア（図１０）**の項目を家族にもれなく質問すれば DLB の見落としがなくすむ。**３点以上なら ATD の可能性は低い**（**図１１**）。

●REM 睡眠行動異常は、夜中に寝言を言う、大声で叫ぶ。このような人は近々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レミニール 4mg 程度（朝）と抑肝散１包（夕か就寝前）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。

レビースコア（河野　2011）

●私が考案したレビースコアは、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。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。

●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。

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。
【診　断】
●ＡＴＤはレビースコアが２点以下でほとんどの患者が収まります。このことからレビースコアの 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ースコアが右方向へ移動してゆくことになります。

バランス８

●とくに認知症の経験が少ない精神科医に勧めたいのが**バランス８**（図７）である。来た患者の誰でもうつ病にしてしまうのではなく、認知症も疑い８項目の問診を加えていただきたい。リスパダールを処方するなら、歯車現象がないとカルテに記載することが裁判に負けない方法である。患者の体を触る気がないなら高齢者にドパミン阻害剤を処方する権利はない。

レビーセット

●DLB 患者で**３苦（認知症、幻視、歩行障害）**にはレミニール、抑肝散、メネシットを使用するとして、**６苦（３苦＋意識障害、薬剤過敏性、うつ状態）**の場合は、ニコリン注射、フェルガード 100M、ジェイゾロフトの追加が必要になる。これをレビーセットと呼ぶこととする。
●神経内科は、他の PD 治療薬を使いたがるが、DLB に合う PD 治療薬は、メネシット、ペルマックス、マドパーの３種でやりくりしたほうがよい。

三種の神器

●レミニール、抑肝散、メネシット（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 PD 治療薬を処方してはならない。あくまでも対症療法で。認知症にレミニール、幻視に抑肝散（＋レミニール）、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。DLB の三種の神器は、**悪魔のトライアングル（図１２）**の関係（お互いの症状を悪化させる）を持つので、少量投与が大原則である。
●ドネペジルなら初回量は必ず 1.5mg 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、メネシット、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）。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 50-100μg** 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ニコリン注射（1000mg を推奨）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。

パーキンソニズムに対して

●PD　　メネシット、マドパー、ドプスなどL ドーパを使ってよい。
●DLB　ペルマックスが一番安全である。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。心雑音が大きい患者はペルマックスは避けてメネシット少量とする。
●脳血管性パーキンソニズム　サアミオン＋プレタール。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、釣藤散やヒデルギン（１日１錠）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。

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、PD 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

意識障害

●意識障害のある DLB は、ニコリン（後発品：**シチコリン「日医工」1000mg**（安価）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。本当に元気のない（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。
●ニコリン注射の直後気持ち悪くなる患者が稀にいるが、ニコリンのせいではなく注射されたという迷走神経反射によっておきるだけである（アリナミンなどでも同じ反応を示す患者）。

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ラコール**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、メネシット 100mg 以下かペルマックス 50-150μg（用事粉砕）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、当面ドネペジルは出さず、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。ペルマックスは禁止。落ち着いたらレミニール 4mg かリバスタッチパッチ・イクセロンパッチ 4.5mg を開始。ドネペジルとレミニール、パッチの併用は法律上できない。
●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、クロイツフェルト・ヤコブ病）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る。一般の医師では単独処方でもまずカットされることはない。

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　メネシット、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　メネシット、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　メネシット、ペルマックスを増やし、サアミオンやヒデルギンを併用。
●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。とにかく患者個々で違うということ。

幻視に対して

●妄想は、ATD や右前頭葉の梗塞でもおきうるが、幻視となるほとんど DLB である。歯車現象がなくて歩行がスムーズなら DLB でもセレネース少量は可能。
●DLB　レミニール４ｍｇかドネペジル極低用量　＋　抑肝散 1-3 包
●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、不応だったら激しい陽性症状にのみリスパダール屯用は許可する。短期間ならセルシンも有用。
●幻視をフェルガード 100M だけで消すことは難しい。
●DLB がよく訴える下半身の痛みには、まずヘム鉄（サプリメント）を購入してもらう。最初の１錠で治るケースもある。むずむず足、夜中に勝手に足が動く場合はビシフロールを処方。顔の痙攣をおこしている DLB にも使用する。

その他の病態

ピック病の陽性症状

●ウインタミンが圧倒的な第一選択。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。
●ウインタミンは肝障害を起こしやすい。肝障害の既往を聞き、あれば使用しない。
●ウインタミンは最小用量が 12.5mg 錠であるが強すぎるので、調剤して 4mg 細粒、6mg 細粒を持つことが望ましい。コントミンは糖衣錠なので薬剤師が半分に切るのは危険。ピック病に対する最大用量は 12.5mg 錠６錠。これで静穏化しなければ他剤を併用する。
●DLB でもピック病のようになる患者がいる。正確な診断に固執する必要はなく、「ピック化」としてピック処方（ウインタミン）少量を行えばよい。ピック病の勉強は、認知症ブログにおいて 2012 年の間連載するので熟読されたし。

てんかんに対して

● ドネペジルは ATD における自然発生てんかん率１％を２％に引き上げる副作用がある。てんかんが発生したら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り、てんかんではない**。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

●最近　脳血管性認知症（VaD）が再増加しているという。高血圧が制御されつつあるが高齢者糖尿病患者の増加により、それが相殺されて脳梗塞が増えている。糖尿病は VaD も ATD も増やしている。2002 年の時点で、中年男性の 24%が糖尿病＋耐糖能異常だという。
●熊本大学神経内科橋本先生によると、**変性性認知症（ATD、DLB、FTLD、PSP）と VaD の鑑別が困難な患者が増えた**という。医師の心がけとしては、**画像診断は原則的に単に参考所見**だということである。VaD の場合、MRI 上の血管病変と臨床症候はイコールではない。MRI が開発されて以後も VaD の臨床診断はしばしば難渋し続けている。
●ビンスワンガータイプのびまん性虚血、ラクナ多発の場合、小血管病変が回路を途絶し、**動作緩慢、健忘、うつ気分、尿失禁、小刻み歩行、構音障害**をおこす。ゆっくり進行するので変性性認知症と区別できない。VaD と DLB はよく似ている。MRI では 50-59 歳の 21.2%にラクナ梗塞が認められ、いまや変性性認知症に血管因子が介入することは避けがたい状況である。
●ATD に血管因子が介入すると、**遂行機能と注意力を低下させる。妄想も**発生させうる。
●DLB に血管因子が介入すると、**傾眠、幻視、軽い筋強剛**（神経内科がすぐに PD 治療薬を開始し患者をメチャクチャにさせる）に拍車をかける。
●抗血小板抑制剤を躊躇するほどの軽度の梗塞なら**健康食品プロルベイン（図１３）**をすぐに開始すべきである。動脈硬化が治ってしまうので腹部大動脈に石灰化のある私（53 歳）も服用している。また高血圧になって５年たつが、血圧は 20 くらい下がった。（160→降圧剤で

124→プロルベインで 104)。

プレタール(50)１－４錠。
●脳卒中の抑制率の高さ、出血の少なさから最高の薬。プレタールのある今日、血小板凝集抑制を目的としてアスピリン、パナルジンを処方するメリットは何もない。
●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 錠は無理が多い。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)。
●後発品がほとんど採用されないのは、やはり血液に関わる薬は純正品でという医師の配慮からくるのであろう。

プラビックス(**50**) ２錠。
●途中脱落率がプレタールより８%ほど少ない。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プラビックスを処方。プレタール朝、プラビックスタなどの混合処方も許可されている。

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。アスピリンを処方する医師は知識が遅れている。アスピリンは女性には効きにくい。

プロルベイン（健康補助食品）
●養殖赤ミミズの酵素を主成分とする健康補助食品のプロルベインは、画期的な抗動脈硬化作用を持つものである。昔から地竜（ジリュウ）という生薬が漢方に多く配合されているが、これはミミズのことである。現在の中国では広地竜、土地竜の二種類があり成分はエイコサテトラエン酸、アラキドン酸、エイコサペンタエン酸などと、トリグリセリド、ステロイド化合物、アミノ酸などを含む。「薬理作用」は血圧降下、解熱（ルンブロフェブリン）とされるが、このミミズに３成分を加えたのがプロルベインである。
●抗コレステロール、毛細血管補強作用も加わり、血小板抑制剤による出血の副作用も軽減してくれるものと期待される。プロルベイン６カプセルの服用１０日で血圧が２０下がるなど効果はよい。プロルベインのミミズは日本にいない赤ミミズであり工場で清潔な環境の元養殖しているのはカイン（奈良県）だけである。
●毛細血管を補強する成分も入っているので、ほかの製剤による脳出血のリスクも下げるであろう。90 歳を越した患者は、抗血小板薬を減らしてプロルベイン6C 併用が望ましい。
●１日コスト 360 円。全国の推奨医師は約 200 名。問い合わせ：カイン（奈良市）電話 0742-30-1351

メソッド 2012における薬剤の評価の変化

メマリー

●中核症状改善薬として、決して第一選択に出す薬ではない。ほかの薬が効かないとか進行が速い、他に打つ手がないというときにレミニール、ドネペジルと併用して初めて効いたというときに、メマリーの価値がわかる（**図１４**）。副作用が多いので、最初から単独で出す薬ではない。

●ドネペジルほどの興奮性はないと聞いていたがハイテンション、易怒をおこす患者はいた。それでもハイテンションになる確率はドネペジルより少ないため、メマリーは興奮系ではなく**覚醒系といちおう位置づけた**。過去にニコリン注射が不要になった DLB を経験したからである。

●**副作用が非常に多く（とくに 10mg から）、効果が 100 人に出ると副作用が９5 人に出るくらいの頻度である。傾眠、歩けなくなるなどの抑制作用が出る場合重篤になる**。ATD、DLB、ピック病のいずれに使用しても副作用の種類は同じであるが、いったん副作用が出た場合の中止率は、①ピック病②DLB③ATD の順で高い（**図１５**）。

●第一三共が公表した市販２か月間の副作用報告では、傾眠の多発を認めているがそのメカニズムは会社でも不明としている。海外の論文から類推すると、グルタミン酸の過剰流入阻害で神経細胞死を守るメカニズムの関係上、**グルタミン酸ードパミンインバランス**を生じて、ドパミン上昇に傾けば覚醒効果があるが、行き過ぎると「覚醒剤」のように妄想を増強させてしまう（**図１６**）。

●ハイテンションになる場合は、ほかの興奮系（ドネペジル、シンメトレル、サアミオンなど）を減量すれば落ち着き、その後メマリーの効果が出るということが経験される。もちろん、高度な副作用ならメマリー休止か減量とする。メマリー2.5mg でも副作用が続く場合、メマリーを断念する（**図１７**）。

●ドパミン低下に傾くとだるくなって歩けなくなる、一日中寝ているというふうになる。この副作用は家族も医師も知らないことが多いので必ず毎回問診して、はやくメマリーを減量する必要がある。この場合、**家族は「まるで認知症がよけい悪くなった気がする」と表現する**。

●ドネペジルは下痢、メマリーは便秘をおこす薬なので、併用するとちょうどいいのだが、メマリー単独だと高度な便秘になる場合があるので、毎回便秘になっていないか聞くことが必要である。そして便秘はメマリーの作用であることを施設スタッフ、家族に教育すること。１名サブイレウスで入院した（息子が外科医だったので念のためであるが）

【メマリーのレセプト】

●5mg、10mg、15mg、20mg と１週間ごとに増量するように強要されている。10mg 期間には、5mg 錠２錠。15mg 期間には、5mg 錠３錠の処方で許されるが、20mg 期間に 5mg4 錠を出すと 20mg 錠１錠より薬価が 100 円近く高いのでレセプトが切られる可能性があると会社は説明している。

●このような早い速度で増量するのは危険である。多くの副作用が 5mg、10mg の時点で出る。20mg まで平気で飲める患者は、効果も薄い。

●メマリーは、いつの時刻に服用してもよい。最初の３日間は、めまい対策に就寝前が望ましい。めまいが出ても 2-3 日でおさまる患者もいれば、即中止になる患者もいる。最初にメニエル病などめまい体質を問診し、あるなら使用禁忌である。めまいで転倒して骨折する患者が必ず出てくる。細心の注意を払っても１例経験した。

【第一三共への警告】

●メマリーによる傾眠は、DLBにおいては深刻な副作用である。いくら会社がATDへの適正使用を叫んでも市販後の副作用報告を見ると「意識障害」も出ており、主治医はATDと思っていても実はDLBである場合がかなり多いと思われる。かように、ATDと隠れDLBの鑑別は極めて困難であり、ATDにしても脳内ドパミンは低下気味で不安定であることを想定すると、無条件でメマリーを増量する規定は無謀であり、患者の安全と医師のレセプト上の安全を保障し

ていないものである。
●したがって１年をめどに、処方量を医師の裁量に任せる規定に変えない場合は、薬剤自体の使用停止を現場から厚労省に訴えることが適切と考える。メマリー1000 例使用の経験からの警告である。メマリーは、非常に明確な効果を示す患者も見られ、患者家族が渇望してきた薬でもあり、認知症の治療手段が限られている現在、社会の要望に答える姿勢を会社に期待したい。
【解説】●メマリーは最高用量 20mg でようやくドネペジル先発品 5mg の薬価に等しいので、第一三共は 20mg をどうしても使用させて、エーザイと同様の儲け（国内年間 900 億円）をしたくて仕方がないという背景がある。

ヒデルギン

●昔からある薬であるが、新薬をカクテルしてもいっこうに改善しない認知症に対して第３選択で併用すると、サアミオンほどの興奮性なく覚醒して元気になる症例が相次いだため、今回より推奨薬品とした。ヒデルギン単独では効かないと思うが、併用すると味が出る。家族のほうからよくなったと言ってくる。
●１日１錠ですむとこともよい。効果が出うる病型はすべてである。歩かせたいがサアミオンで易怒をおこす患者は、サアミオンを３→２錠に減らして、昼にヒデルギンを投入する。適応症：高血圧など。

メネシット

●DLB に初めて PD 治療薬を処方するときは、ペルマックスが安全だが、厳密には L ドーパとの併用が求められる薬なので、メネシット（１００）半錠がまぜ飲めるかどうかのテストをして、飲めたら１錠（分２）に増やし、効果が出るまで（１日２錠程度）増やして、その後ペルマックス（５０）２錠（分２）程度を併用する方法を最近ではとっている。

甘麦大棗湯（かんばくたいそうとう）
●女性のヒステリーに用いるが、DLB の REM 睡眠行動異常に使う漢方医もいる。抑肝散は、持続した怒りに、甘麦大棗湯は急に怒りが出るタイプに適応。かなりの数を処方してみたが、切れ味は抑肝散のほうがよい。甘い漢方なので抑肝散の苦みや下痢が嫌な患者には使ってみる価値がある。しかし血清Ｋの低下作用は抑肝散以上に強く、1.7 まで低下した症例を経験した。

危険な薬

●レメロン（ノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ薬）、当帰湯はいまのところ、認知症領域にはお勧めできない。レメロンは、DLB の REM 睡眠行動異常に効果があるとの触れ込みであったが、最初の１例で強い副作用がおきた。当帰湯は漢方の大家がパーキンソン病に使用することがあるため DLB に使用してみたが、２例とも強い副作用がおきた。
なお、レメロンはエフピーとの併用が禁忌となっている。うつ病・うつ状態 330 例を対象とした国内臨床試験で副作用が 82.7%に出ている。
●プラザキサ（直接トロンビン阻害剤）。ワーファリンにかわる薬と期待されているが、消化管出血などの出血による死亡例が報告された。本剤による出血リスクを正確に評価できる指標がないのでプライマリ医が処方してよい薬ではない。劇症肝炎のリスクがある以上、パナルジンを処方してはならない。
●ジャヌビアは、いつ血糖が下がるかわからないので、依然として採用は見送っている。

評価を下げたもの

●ルシドリールは、覚醒系として期待したが１日６錠必要であること、ヒデルギンのほうが効くことから採用を消した。椎骨脳底動脈阻血によるめまいにセロクラールは今後も必要である。
●ルーランは、明確な作用が確認できないため採用中止とした。開業医に抑制系を会得していただくために今後はなるべく薬の数を整理してゆく。

内科管理

下記の処方については、メソッド 2011 を参照されたい。今回変更なし。

① メタボリックシンドローム② 便秘 ③浮腫

医師の皆さんへ

●私の２９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ドネペジル、脳梗塞だからサアミオン、という処方はやめてください。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。学会は教授によって構成されていますが、多くの教授はもっとも副作用を出す医師でもあります。そのことを知らない医師も危険です。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、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からです。

●世の中が欲しているものは、安全、確実、テーラーメイドの処方であり、コウノメソッドはそれをめざしています。信頼される臨床医は、学会（**烏合の衆**）ではなく患者の体から学ぶものです。学会推奨の治療法が合わない患者は出たら、患者のほうが悪い、で処理していませんか？　学会はあなたの医師としての品質を保証するものではないです。**医師を評価するのは患者です。**

●残念ながら、コウノメソッドが医学会で推奨される日は未来永劫来ないでしょう。学会は保身のみを考える医師の集まりです。それに気づくのにあなたはあと何年かかりますか？　あなたはまだ若い。一匹狼になるのは怖いのでしょう。患者より自分が大事ですよね。しかし、**お近くのコウノメソッド実践医に一度会ってみてください。人としておかしな医師がいますか？**

●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）。誤った処方でふらふらになった患者が、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。**精神科、神経内科、大学病院という相手の看板にひるむことなく、あなたが患者を守ってください**。全国の実践医（７５名）があなたの加入を歓迎します。私の外来を見学した実践医から河野が本物かどうか確認していただいて結構です（本間、坂ノ上、高村、岩田、保津、東、黒木、前橋）。

まとめ　ー未開の領域「認知症」において画期的な処方を編み出してゆく決意ー

●「今の法律では治せない」「医学書に書いている治療はやりつくした」「脳萎縮が進行しているのだから治るはずがない」。**それでも患者は助けてほしいと思ってくる**。治療をあきらめた瞬間、医師としての輝きを失う。日本でただ１人治せる医師がいる以上、治せないなら主治医が悪い。

●外科医は、メスの先が 0.5mm ずれただけで患者が死ぬという真剣勝負をしているのだから内科系の医師も　治せないことを病気や老化のせいにしてはいけない。**真剣に副作用と闘う気持ちがあるならドネペジルの 0.5mg の差にこだわるのが当然である。**

●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、レミニール、パッチ製剤２商品）とメマリーだけである。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。ドネペジル先発品が世に出て１３年経過するのにその興奮性に気づかない医師が大半を占める実情は、**いかに医師が介護について真剣でないかということである**。

●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。ジェイゾロフト、パキシルまでがプライマリケア医が処方してよい薬であろう。レメロンは使用を禁ずる。

●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。

コウノメソッドに対する感想

●山陽の勤務医　うちの理事長から先生のホームページをプリントアウトしたものを頂いて、これは、と思いました。使い方や量が具体的で、BPSD、特に陽性症状の制御が重要であること、**全てが実用的で斬新でした**。まだまだ診断手法（画像診断など）に難がある私ですが、それでもBPSDの改善があっただけでご家族の方に感謝されたりして、ありがたいことです。

●四国の開業医　　様々な認知症の個性がある中でアリセプトなどを処方することに消極的でした。この**メソッドに出会い、医師として認知症に関わる勇気が与えられ本当に喜んでいます**。「患者さんを落ち着かせること」大賛成です。家庭天秤法も。

●関東の勤務医　　ピック病にコウノメソッドを試しました。アリセプトを切り、リスパダールをコントミンに替え、抑肝散も睡眠薬も入れましたが興奮は収まりません。ある日患者に後頭部をガ～ンと殴られて目が覚めました。大嫌いな健康食品だけはメソッドどおりに実行していなかったのです。結局フェルガード 100M を導入して劇的改善。その後も**レビーなどにフェルガードを使っており、これがないと認知症診療がなりたちません**。（山野井正之：認知症家族を救う治療革命、現代書林、2011 を要約改変）

●関西の実践医候補医　　ご紹介いただいたレビー患者さん。２週前に当院でニコリン１０００ｍｇを注射し、いい方に向かっています。足が少しは上がりやすくなったとご本人さんが言われていました。ニコリンは確かに効いていると、ご本人も感じておられます。アリセプト0.5mg もいい方に効いているかんじで受け答えもスムーズでした。**さすが、河野先生・・・**と思いました。

●片山壽先生（尾道市医師会長）　いくら画像診断を細かくやっても具体的にどう処方して患者の何を診るかを教えてくれる方法論はいままでなかったんです。**開業医に一番必要な情報は、耳学問的な現実に次の日から使える方法論**。河野さんは、薬剤処方術を具体的に教えることができるから、うちの医師会員にはプラスでしたね。ベテランの開業医が学ぶには一番いい方法論を河野さんは体得しているのです。

●木村武実先生（国立菊池病院）　論文ではレビー小体型認知症にアリセプト５ｍｇでよくなるとか脳血流がよくなると書かれてあるのに、**自分で外来をしていると半分の患者さんは悪くなるのです**。おかしいなと思って認知症ブログを見つけたら自分の気持ちと同じことが書いてありました。河野先生の講演にはひきつけられました。学会の認定医は多くても本当に内科合併症も含めて認知症を診られる医師は少ないです。

●金谷潔史先生（東京医大八王子医療センター老年病科部長）　これだけ認知症が増えているのに、**ほとんどの医師は認知症をなるべく診ないようにしていますね**。認知症は common disease であり治療の恩恵にあずかれる病気なのだからもっと勉強してほしいですね。河野先生の講演を聞き独特の理論ですが強い印象を受けました。フェルガードは真面目に研究した結果、効くことは事実で学問的にも効果は証明されたと思います。

●岩田　明先生（長久手南クリニック院長）　河野先生の認知症の臨床経験は、いま日本では完全に破格の存在です。**何がすごいって、診ている患者数がすごい**。物忘れなんて病気じゃないと言われていた時代から、真面目に一人一人のお年寄りと向き合って、良くしようと思って、ずっと診てこられた。これまで何万人と診てきた経験が、そのままコウノメソッドという素晴らしい成果につながったのだと思います。

●愛知県の達人ケアマネKさん　河野先生の地域で活動を開始した私なので、最初は「認知症は改善してあたりまえ」と思っていましたが、徐々にほかの地域も担当するようになって薬の副作用でひどい状態の方を大勢みるようになり、いかにメソッドが大事か気づきました。また**メソッドを体得しているとご家族への認知症の説明がしやすく、理解してもらえやすい**です。（DVD：認知症診療トレーニングの中のインタビューより）

●東京の実践医　先日、コウノメソッド開発者河野先生による認知症セミナーに参加してきました。本当に**目からウロコ**の話ばかりです。コウノメソッドはまさしく認知症患者さんや家族にとって福音となるものですが、**教科書的常識に囚われていたら不可能なもの**です。それ故に大病院ほど採用できないものです。東京での数少ないコウノメソッド実践医としてこの方法をもっと広めたいと思います。

●昔親を河野医師に診てもらった子供のブログより　　私が尊敬する河野和彦先生は医者であるとともにキャッチフレーズを次々生み出す天才のように見える。彼が言う**「介護」と「薬」は両輪である**、という言葉は名言だ。周辺症状である徘徊や介護拒否や暴言、暴力などは薬の調整を家庭で行いながら、介護の工夫で解決できる、という長年の経験から言われているのだろう。そこから**「家庭天秤法」**という造語が生みだされる。薬を興奮系と抑制系に分類して、両者を日々変動する患者の状態を見ながら家族の判断で薬の微調整をする、という考えだ。素人にも理解が出来るような言葉で家族の指導をする。

FAX 052-624-4005　名古屋フォレストクリニック迄

コウノメソッド実践医、協力薬剤師申し込み用紙

公表の可否

氏　　名　　可　否

医師、薬剤師　　丸を → 医師　薬剤師

診療所、病院名　　可　否

薬 局 名

標 榜 科

住　　所　　〒　　可　否

電話番号　　可　否

FAX 番号　　可　否

E メール　　可　否

アピール文 （認知症ブログに掲載してほしい文章） 書いたら掲載です。

■■

【加入の条件】

実践医について：アリセプトなどの少量投与が処方できる体制にあること（絶対条件）。シチコリン注射を施行できる（可能なら）。ANM176、フェルガード類の効果を否定しない。河野医師の処方が奏功している患者が来院した場合、紹介状がなくてもその処方になるべく近いものを処方できる。

協力薬剤師について：オーダーメイド処方の大切さを理解し、実践医と協調して難しい調合をすることができる。抗うつ薬の怖さを理解している。

【加入後の権利】 河野医師にメールか FAX で難治患者の診断、治療、調合などについての質問ができる。いつでも脱退できる。

平成　　年　月　日

①従来の診断法 と キャラクター分類

一般の病理学的診断法 と生化学的処方（介護無視）

ATD　DLB　VaD　ピック病

中核症状対策

ドネペジル　サアミオン

5mg問題

放置

陽性症状対策

放　置　　医療保護入院

いまの法律では認知症は
治せない。医師にかかると
よけい介護が困難になる

キャラクター分類 とそれに直結した処方（介護援助）

陽性症状　陰性症状

ATD　VaD　DLB　ピック病

陽性症状対策

グラマリール　抑肝散　ウインタミン

中核症状対策

レミニール パッチ製剤　New フェルガード　フェルガード 100M

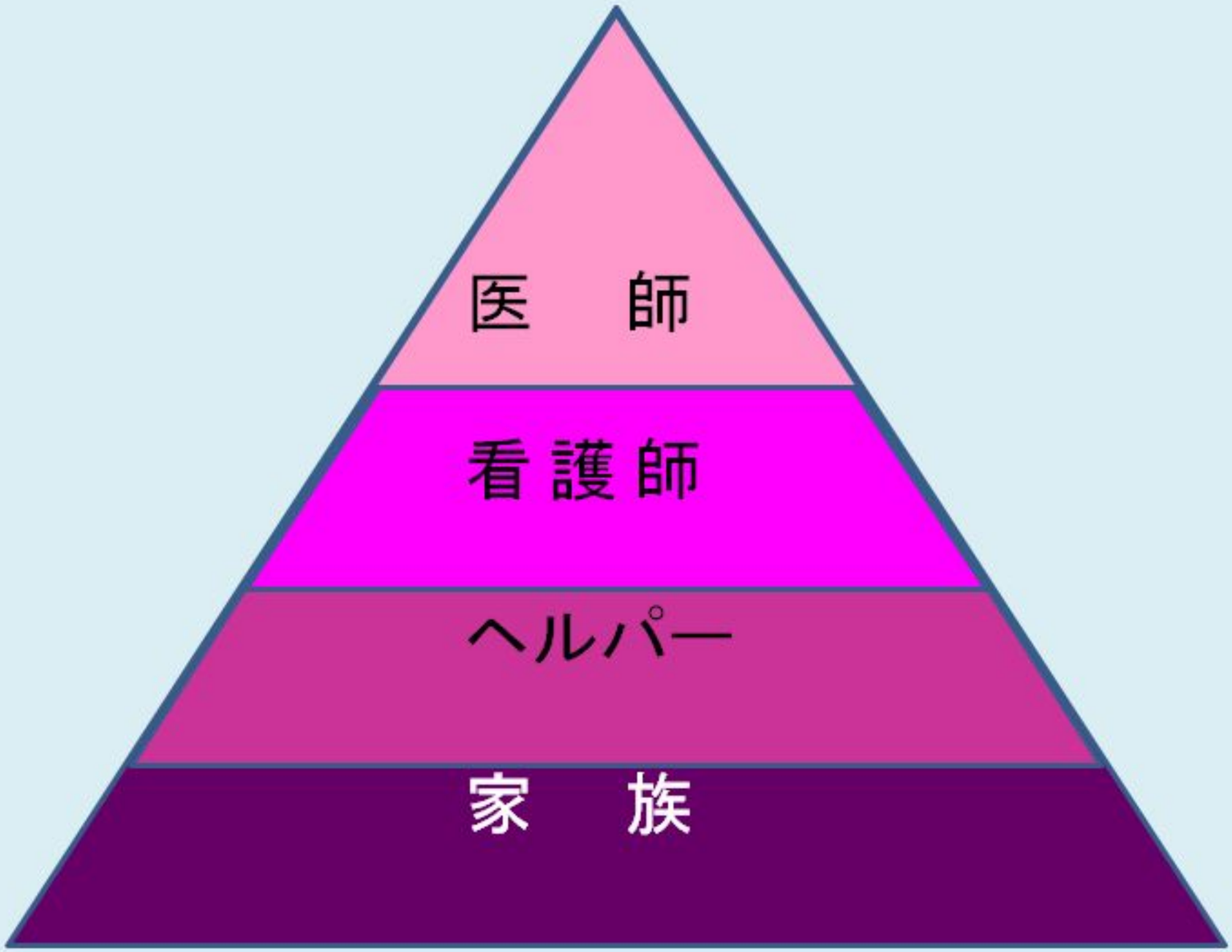
陰性症状対策

サアミオン シンメトレル ヒデルギン　ニコリン注射 ジェイゾロフト

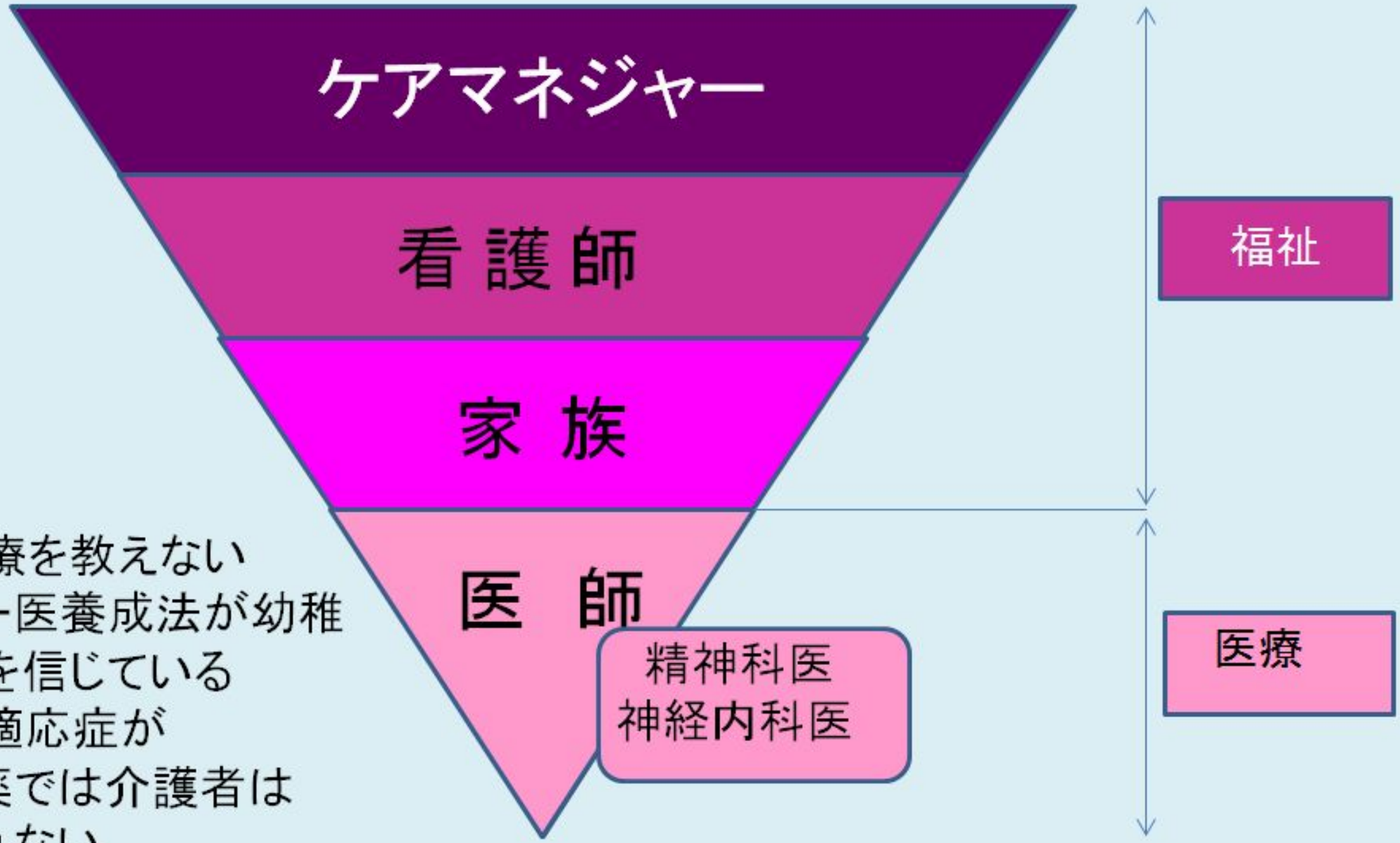
陰性症状患者には
陰性対策＋中核対策同時

改善率70%、顧客満足度90%

②A　内科疾患の知識量

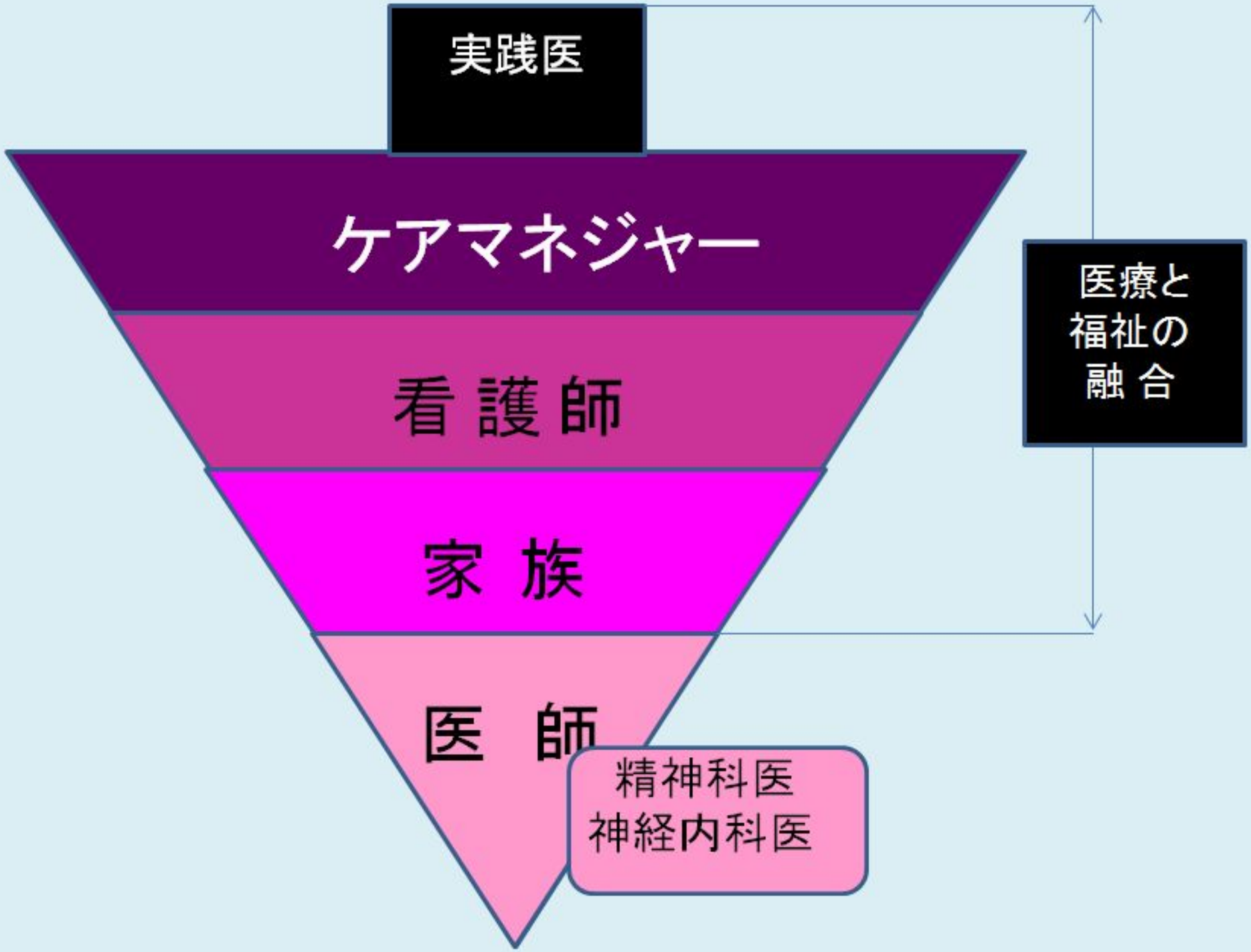


②B　認知症の知識量

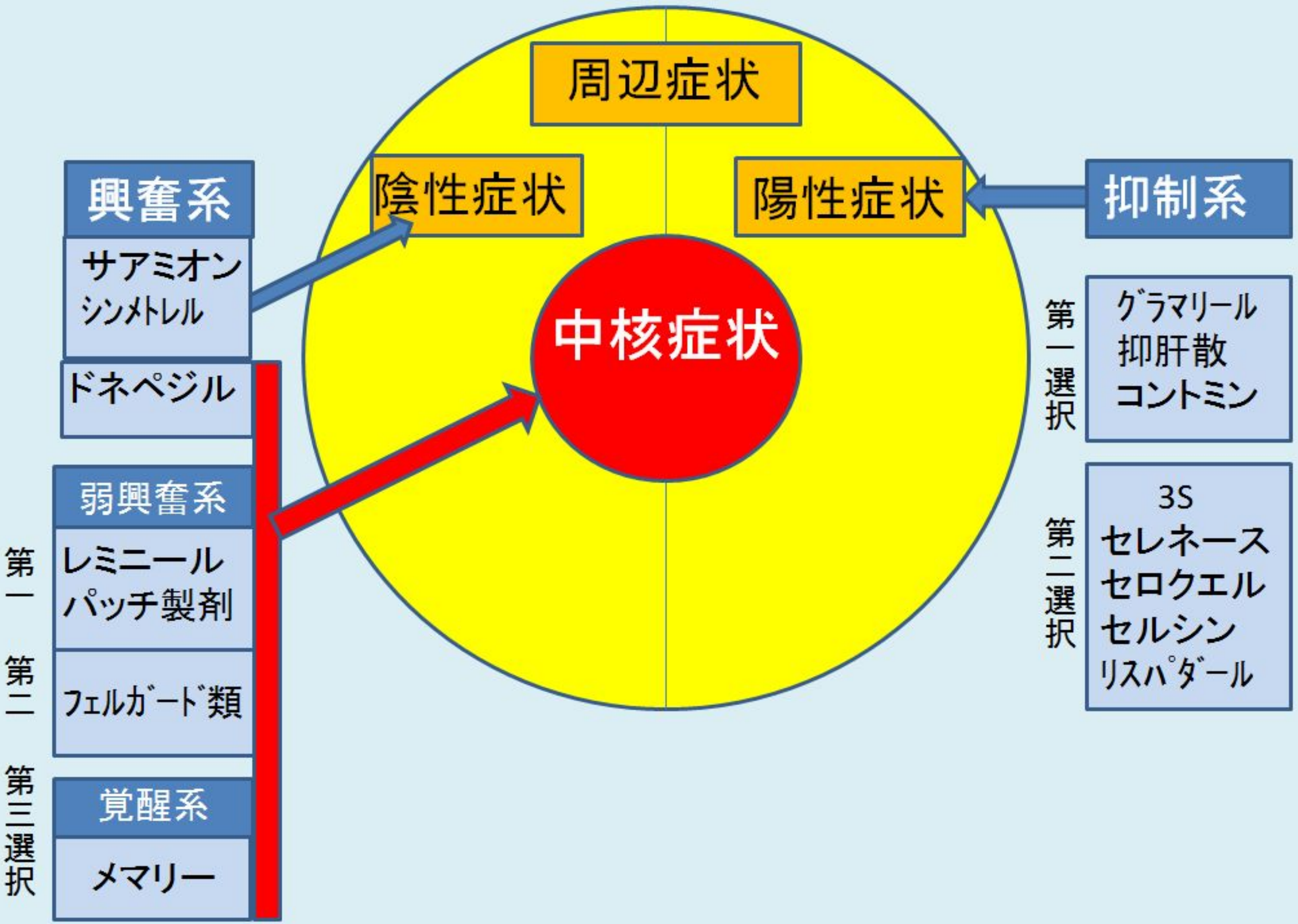


- ●学会が治療を教えない
- ●サポーター医養成法が幼稚
- ●学会のみを信じている
- ●認知症に適応症が
  通った薬では介護者は
  助けられない
- ●誤った処方でかえって迷惑

②C コウノメソッド実践医の育成

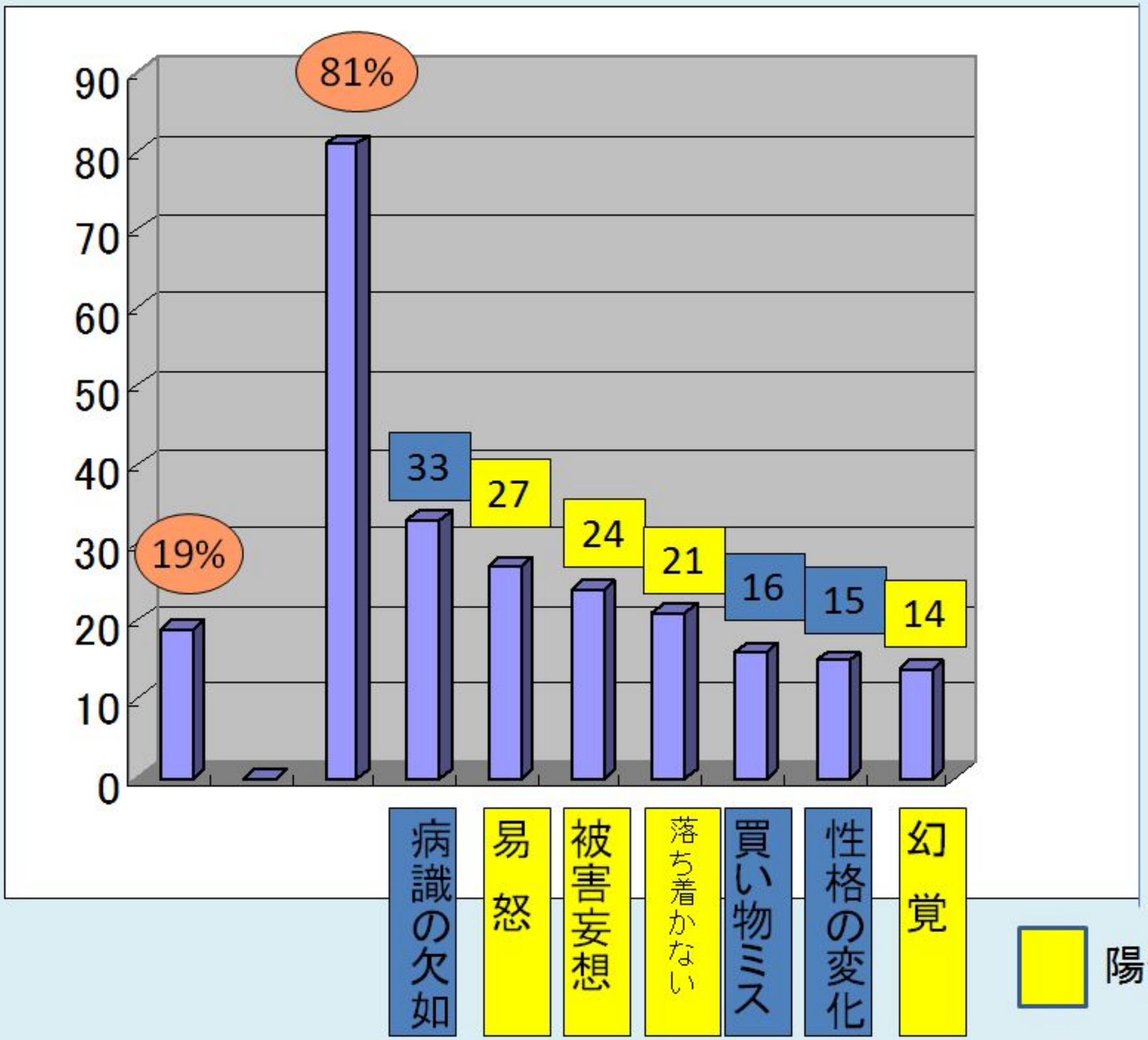


③認知症の標的症状と推奨処方



④家族への問診表の結果

（認知症自験連続1000例）



⑤家庭天秤法　ベース薬の加減

グラマリール(25)　or　コンタミン(12.5) or セロクエル(25)　1 日0~6錠

朝	昼	夕
2	2	2
1	1	2
1	1	1
1	0	1
0	0	1

錠

⑥コミュニケーションシート　Ⅱ　治療について

私たち家族の希望は次のものです。ご処方いただけるでしょうか。

	私たち家族の希望	何を処方していただけますか？
1	患者を穏やかにさせてほしい。	グラマリール　セレネース　セロクエル＊　　抑肝散　コントミン　リスパダール　（　　） （＊糖尿病に禁忌）
2	患者を元気にさせてほしい。	ドネペジル　サアミオン　シンメトレル　　ワイパックス レミニール　　ジェイゾロフト（第２選択）
3	認知症の進行をおくらせてほしい。	ドネペジル　レミニール　メマリー リバスタッチパッチ・イクセロンパッチ
4	夜、熟睡させてほしい。	レンドルミン　　ベンザリン　ロゼレム　（　　）
5	患者の歩行をよくしてほしい。	サアミオン　ペルマックス　マドパー　メネシット（　　）
6	幻覚、妄想を減らしてほしい。	抑肝散　セレネース　グラマリール　リスパダール （　　）
7	食欲を出してほしい。	ドグマチール＊　　エンシュアリキッド　　ラコール （＊パーキンソン病、レビー小体型認知症に禁忌）

ジェネリック一覧　グラマリール（塩酸チアプリド）＝チアプリム、クックール、チアリール、チアラリード、フルジサール、ノイリラーク、グリノラート、ボインリール。セレネース（ハロペリドール）＝ハロステン、リントン、ハロペリドール、コスミナール、ハロジャスト、スイロリン、レモナミン、ハロミドール、ヨウペリドール。コントミン（塩酸クロルプロマジン）＝ウィンタミン。
サアミオン（ニセルゴリン）＝サワチオンS、ウインクルN、サルモシン、ソクワールN、ビエルゾンS、マリレオンN、セルゴチンS、ヒルブリンN、セルファミンN、セレイドS、レストマートN、レンドルミン（ブロチゾラム）＝グッドミン、レンデムなど。
ドグマチール（スルピリド）＝アビリット、ミラドール、ベタマック、スカノーゼン

正しい精神科診療とは、うつ病と認知症を均等にチェックすることである

⑦ バランス8

うつ病を疑う質問	認知症を疑う質問
【既往】若いころうつ病でなかったか	【既往】頭部打撲、脳卒中、せん妄
【家族】親戚でうつ病、自殺者はいないか	改訂長谷川式スケールを行う
何をやってもおもしろくないか	迷子になったことはないか,万引きは
寝られるか	怒りっぽくなったか
頭痛はないか	仕事、家事のミスはないか
食欲はあるか	幻覚、妄想はないか
朝調子悪いか	トイレは間に合うか、夜間頻尿は？
ひどい便秘ではないか	自分は記憶は問題ないと思うか

⑧A　ＤＢＣ(Dementia Balance Check)

A 陽性症状

番号	陽性症状項目	入院1週間	入院3週間後
1	いらだち、怒り、大声、暴力	0 1 2 3	0 1 2 3
2	介護抵抗、入浴拒否	0 1 2 3	0 1 2 3
3	帰宅願望、外出企図	0 1 2 3	0 1 2 3
4	不　眠	0 1 2 3	0 1 2 3
5	徘　徊（1日中、 日中、 夜間）	0 1 2 3	0 1 2 3
6	自己顕示、家族呼び出し頻回	0 1 2 3	0 1 2 3
7	焦　り	0 1 2 3	0 1 2 3
8	妄想、幻覚、独語	0 1 2 3	0 1 2 3
9	神経質、強迫症状	0 1 2 3	0 1 2 3
10	盗み、盗食、過食、異食	0 1 2 3	0 1 2 3

⑧B　ＤＢＣ(Dementia Balance Check)

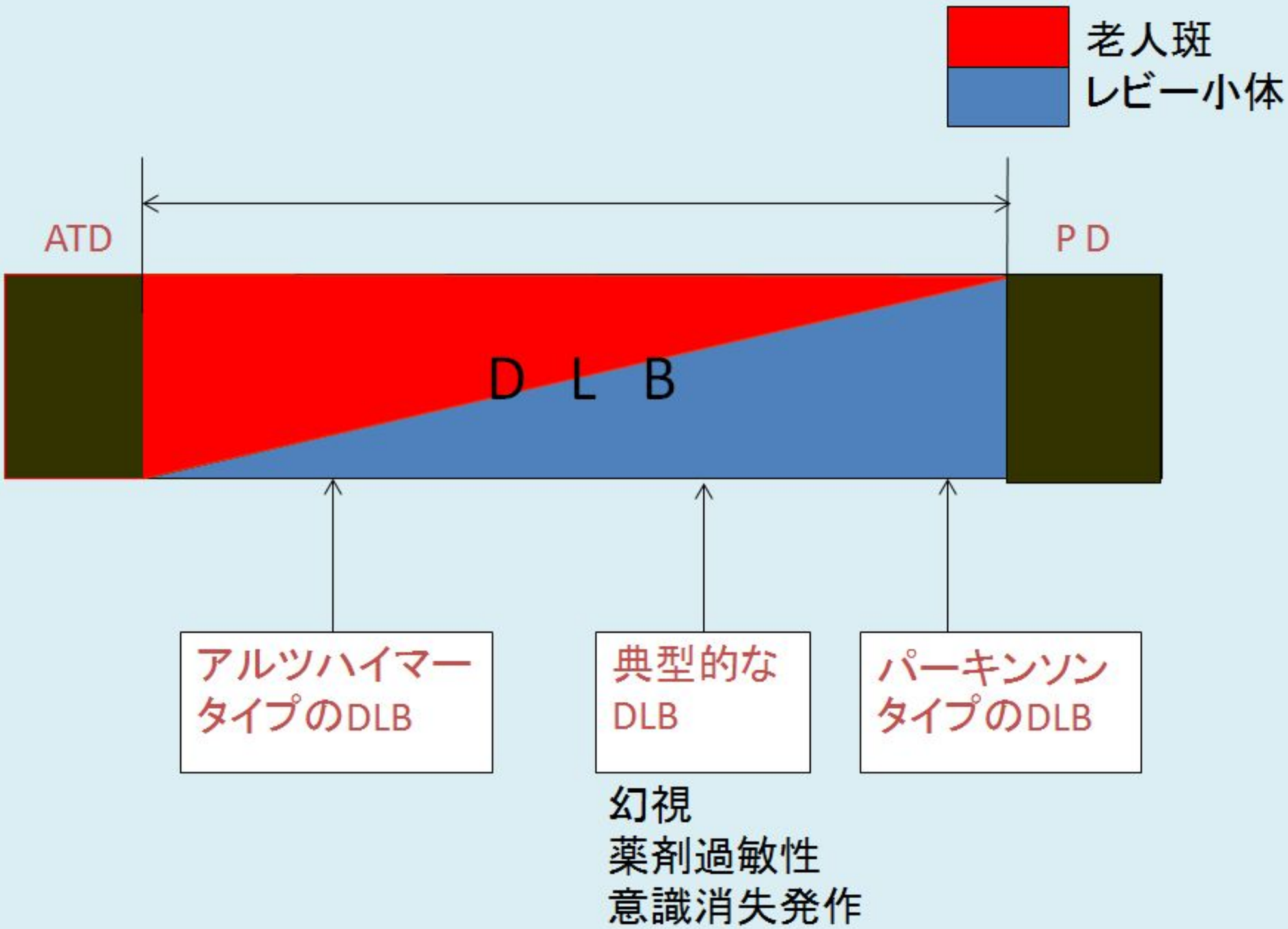
B 陰性症状

番号	陰性症状項目	入院1週間	入院3週間後
1	食欲低下	0 1 2 3	0 1 2 3
2	あまり動かない（活力低下）	0 1 2 3	0 1 2 3
3	昼寝、傾眠、発語減少、無表情	0 1 2 3	0 1 2 3
4	うつ状態（悲観的発言、自殺企図）	0 1 2 3	0 1 2 3
5	無関心　（リハビリ不参加）	0 1 2 3	0 1 2 3

c 体幹バランス

番号	体幹バランス項目	入院1週間	入院3週間後
1	体幹傾斜	0 1 2 3	0 1 2 3
2	易転倒性	0 1 2 3	0 1 2 3
3	小刻み歩行、すり足歩行	0 1 2 3	0 1 2 3
4	嚥下不良（嚥下遅延）、むせ	0 1 2 3	0 1 2 3
5	突進 か 振戦	0 1 2 3	0 1 2 3

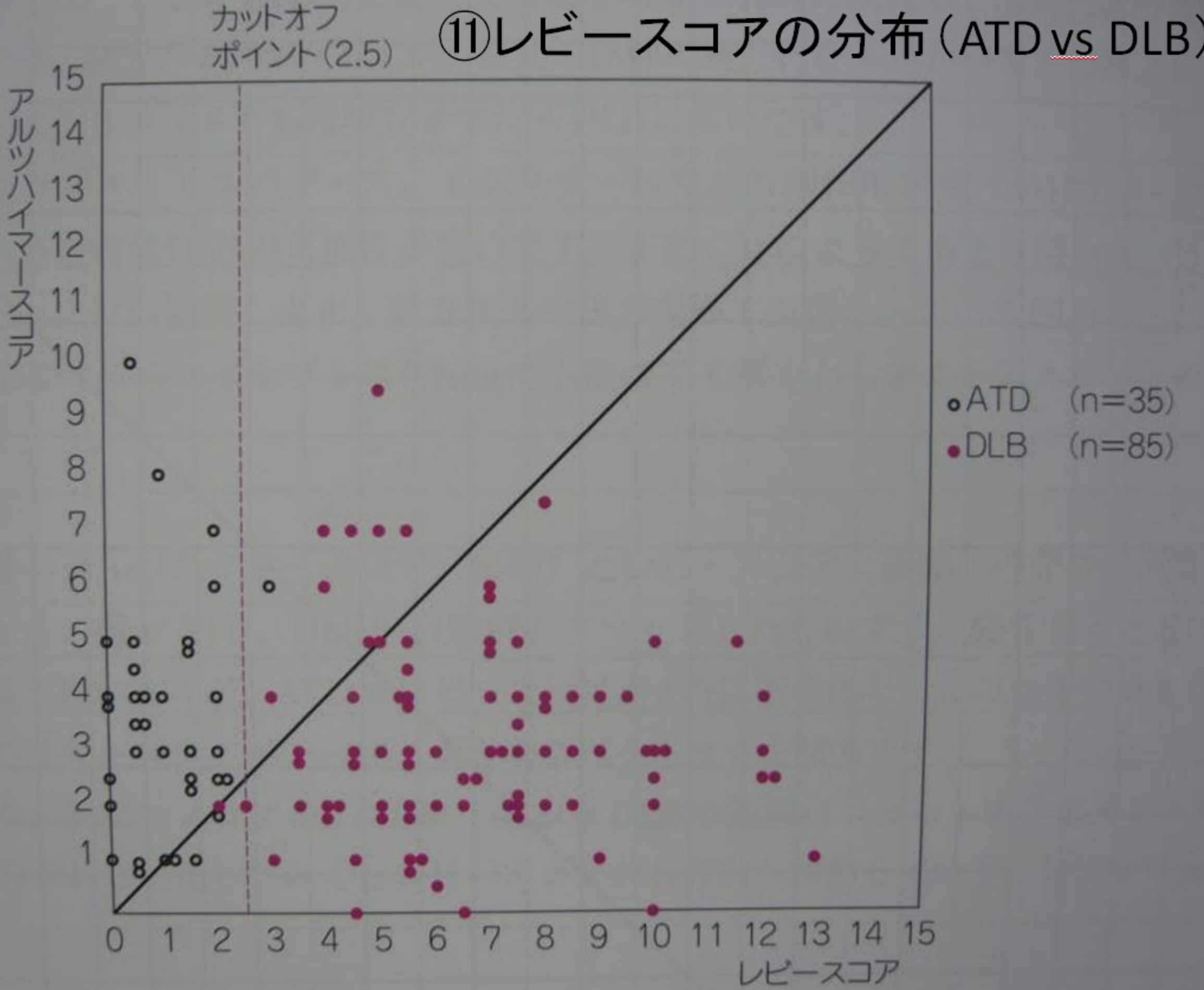
⑨　DLBのバリエーション



⑩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（明らかなてんかんは除く）	1	
	夜間の寝言(1点)　叫び(2点)	2	
	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 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		16	

⑪レビースコアの分布（ATD vs DLB）



⑫ DLB治療 における「悪魔のトライアングル」

標的症状と処方の主作用、副次作用の関係

効能 → 悪化傾向

知能を上げたい
（認知症の中核症状）

歩行を改善したい
（パーキンソニズム）

ドネペジル

ペルマックスなど

幻視を消したい
（認知症の陽性症状）

抑肝散、セレネース

⑬健康補助食品プロルベイン

ルンブルクスルベルス
田七人参
イカキトサン
ルチン

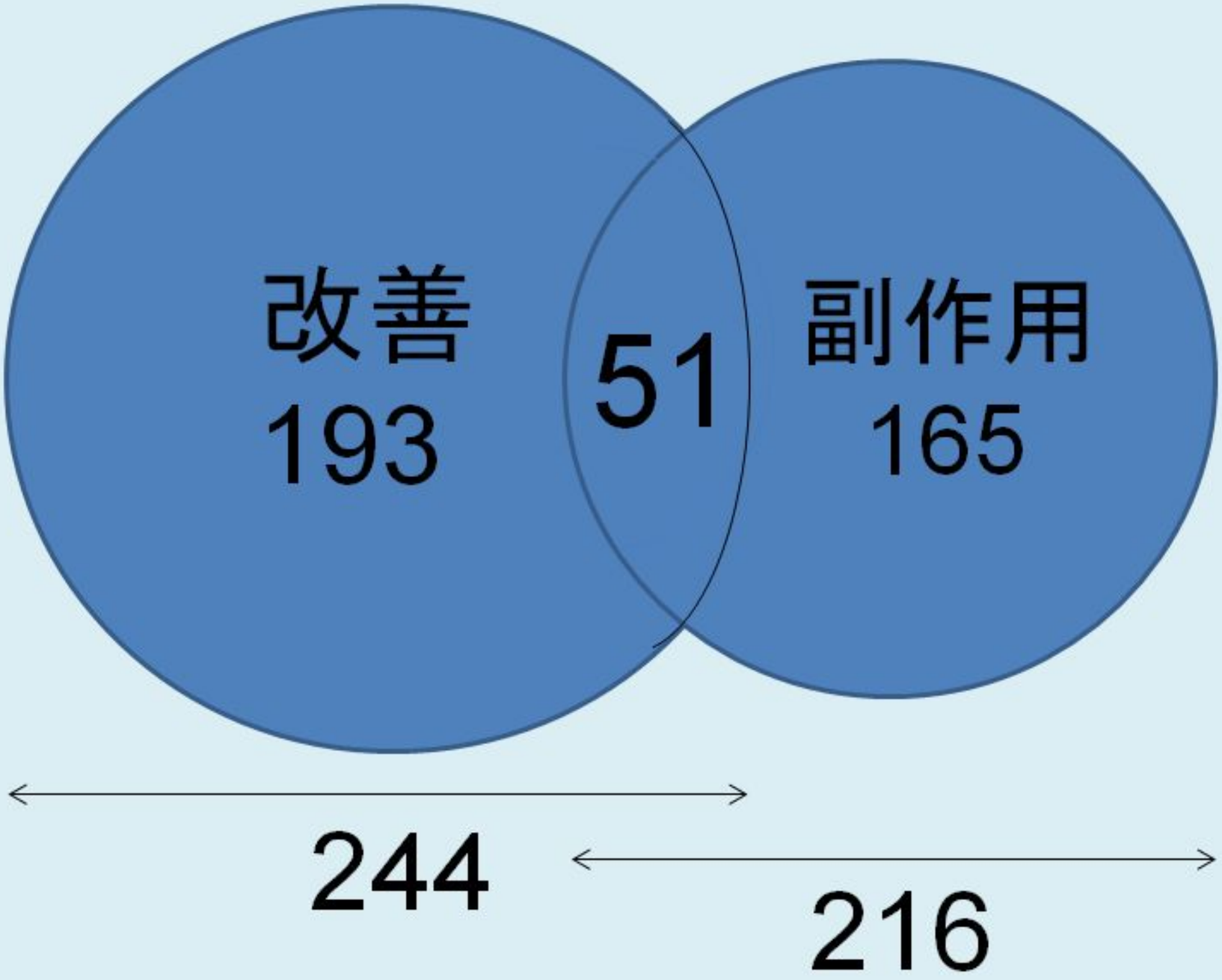
１日6カプセル（１日360円）

カイン（奈良市大宮町）
電話　0742　-30　-1351

⑭メマリーで改善ないし副作用が発現した307名の内容

（名古屋フォレストクリニック　平成23年9月13日現在）

ATD 89, DLB 189(62%), Pick病 24, その他5



⑮メマリーで改善ないし副作用を発現した認知症307名の解析

重篤度

病　型	計	改善者	副作用	副 / 改	中止率
ＡＴＤ	89	55	48	1 : 0.87	18.8％
ＤＬＢ	189	119	102	1 : 0.86	26.5％
Pick病	24	15	13	1 : 0.87	38.5％
その他	5	4	2	1: 0.50	0
合　　計	307	193	165		
のべ人数		244	216		

62%

⑯メマリーが副作用をおこす理由（イメージ）

グルタミンのレベルを変動させる

ドパミン　VS　グルタミン
バランス

100

85
現在はもっと多い

DLBに対して
覚醒系として働く

「覚醒剤」に
なってしまう

意識障害
陽性：せん妄、ハイテンション
陰性：だるい　歩けない

ドパミン過剰
幻覚、妄想が悪化

⑰メマリーで改善と副作用の両方を発現した51名の経緯と対策

コース	
1	副作用 → 改善 （10mgに増量した時が多い） a) メマリーを減量 b) 他剤を減量 c) 他剤を併用開始
2	改　善 → 副作用（後期中毒） a) メマリーを減量