認知症薬物療法マニュアル

コウノメソッド 2014

【KONO METHOD 2014】

名古屋フォレストクリニック 院長

河 野 和 彦

【KAZUHIKO KONO M.D.Ph.D】

医師への助言

医師は選別される時代に

●自転車に乗れない人間は自転車に乗ってはならない。認知症への処方術を知らない医師は気楽に処方してはならない。アリセプトも他の薬も同じようなもの、誰が治療しても結果は同じと思っているなら、知識がなさすぎる。認知症は治らないと言っている医師は、治す能力がない。

中核薬の処方量は患者の体と対話しながら決めよ

●認知症は中核症状だけの疾患ではない。アルツハイマー型認知症に適応症をもつ４成分（アリセプト、リバスタッチパッチ、レミニール、メマリー）だけを処方することが治療ではない。中核薬はいずれも興奮性を秘めていて介護をよけい困難にする可能性を持つ。
●用法用量の設定は製薬会社の利益の為であり患者の安全の為ではない。これを守ると患者は治せない。中核薬を増やすほど改善するという統計グラフはすべて偽りである。認知症の薬物反応は釣鐘状であり用量依存性ではない。
●アルツハイマー型認知症（ＡＴＤ）の治験に、レビー小体型認知症（ＤＬＢ）や前頭側頭葉変性症（ＦＴＬＤ）が混入している可能性が大いにあり、治験を担当した医師のレベルではとうてい完璧な患者選定はされていないと推定され、患者数も少なすぎる。つまり治験論文はすべて無効であり、それに沿って作られた用法用量はすなわち間違っている。
●学会は、薬価の高い薬（新薬）をなるべく多く処方させようとする教授たちから洗脳を受ける場であり、製薬会社から寄付金を受けている限り正常な話にはならない。若い医師は、統計的有意という言葉に弱い。有意にするためにデータ偽装が３割で行われていることがアンケートでわかっている。従って、論文が真実との仮定で運営されてきた学会も根底から信用性が失われている。また、学会が認定する専門医は、治すのがうまいという意味ではない。
●認知症に関わりたいと思う医師は、コウノメソッドのみを信じればよい。コウノメソッドは数万の患者が教えてきたバイブルである。自分の方法にメソッドを加えるのではなく、完璧にメソッドどおりに処方すること。

診断は正確でなくてもよい。治すことだけを考える

●認知症病型を精密に鑑別する必要はないが、必ず家族に患者が怒りっぽいかおとなしいかを聞きだし、かなり怒りっぽいならグラマリール(25)２錠（朝、夕）だけを処方すべし。
●少し怒りっぽいなら、グラマリール(25)１錠（朝）＋リバスタッチ 4.5mg を処方し 28 日後に様子をみる。怒りっぽくないならリバスタッチだけを処方すればよい。

家族への助言

●医師と薬を信頼してはならない。薬が合わないと思ったら減らしたりやめたりすべし。但し、抗うつ薬は急にやめると高熱が出て致死的な副作用をおこすことがある。もっとも安全な処方をするのは、認知症をあまり知らない開業医である。
●コウノメソッド実践医に受診せずに手紙やメールなどで質問することはマナー違反である。実践医は救助隊ではあるが、ボランテイアではない。
●医師を育てるのは、患者や家族である。謙虚な医師を選べば、道は開ける。謙虚な医師たちが、混迷する認知症の現場を将来支えてくれるようになる。

「医患一体」の姿勢

●未開な分野である認知症に立ち向かうため、医師と患者家族は、同じ教材を学ぶ必要がある。世の中でもっとも認知症を知らないのは医師である。
●本当にちゃんと治すためには、薬の種類、薬の用量を 0.2mg 単位で具体的に家族に話さない限り達成できない。インターネットの普及した現在、素人の知識を見くびってはならない。
●ケアマネジャーのレベルに差がある。認知症を治療できる医師は個々に選ぶ必要があり、国立だからいいだろうと紹介するのは犯罪である。とくにＤＬＢ、ピック病にそのような紹介をすると かえって悪化させられる。病院というのは、レベルの低い医師にあたる可能性がある。近所の開業医の方がましである。

コウノメソッド 2014 における表記

●本文中の薬剤名は、原則先発品商品名とする。
●リバスグミンのパッチ製剤は２社から別の商品名で出されているので、シェア（販売占有率）の優勢なリバスタッチ（パッチ）に統一し、パッチとの表記は省略する。ウインタミン・コントミンは、ウインタミンに統一する。
●疾患名はすべて略号とする。アルツハイマー型認知症(ATD)、レビー小体型認知症(DLB)、脳血管性認知症(VD)、前頭側頭葉変性症(FTLD)、意味性認知症（SD)、進行性非流暢性失語(PNFA)、前頭側頭型認知症(FTD)、神経原線維変化型老年認知症(SD-NFT)、嗜銀顆粒性認知症(AGD)、レビー・ピック複合(LPC)、びまん性神経原線維変化病(DNTC)、進行性核上性麻痺(PSP)、大脳皮質基底核変性症(CBD)、多系統萎縮症(MSA)、正常圧水頭症(NPH)、パーキンソン病(PD)。
●精神科、神経内科を便宜上、専門医と呼ぶこととする。ここでいう専門医とは認知症が得意な医師と言う意味ではない。

コウノメソッドにおける診断の考え方

●認知症の責任疾患は、病理学からの報告では重複することも多く、また NPH、甲状腺機能低下といった機能的障害は病理学ではマーカーが残らないので、ある程度臨床医に鑑別診断の責任がある。

●またマンチェスターグループのＦＴＬＤ分類における失語症候群は臨床診断であり病理組織は関係ない。CBD のように専門医でも正診率５割しかない疾患は今日、CBS（-syndrome）と仮診断しておき、最終的な病理診断名をハイフンでつなげる表現法が普及しつつある。すなわち、CBS-CBD、CBS-PSP、PNFA-CBD というように。

●ＳＤはピック化、ＡＴＤはレビー化、DLB は LPC 化してゆくことが多いので初期に診断に時間や労力を費やすことはあまり得策ではない。開業医は医療機器を持たないので常に患者の体と対話しながら走りながら考える。コウノメソッドでは、診断学的治療を推奨する。診断学的治療が誤治（ごち）につながることはない。アリセプト低用量で元気になる人は認知症、抗うつ薬で元気になる人はうつ病である。健常者なら副作用で飲めないはずである。

●医療費削減、現状に合った処方のためには、精密な鑑別診断は不要である。顧客満足度のために処方のための分類を行うことを勧める。つまり西洋医学は診断先にありき、コウノメソッドでは治療先にありきである。陽証に抑制系を処方することは診断より優先される。ただ、ピックらしさのある患者にはぜひウインタミンを選ぶべきである。

●画像機器を持たない開業医にも 85%の診断率を達成するのが改訂長谷川式スケール(HDS-R)、ピックスコア、レビースコアである。問診とこの３項目をまじめに行えば間違いなく専門医より正診率は高くなる。

ベッドサイド診断に有用なスコア

改訂長谷川式スケール（HDS-R）

家族は初診前に患者に予習させてはならない。できないところを見せないと加齢と誤診される。高度難聴の場合は、かわりに時計描画テスト（ＣＤＴ）をおこなう。

スコア（総得点）

30 点満点のうち 7 点以下の場合は語義失語がないか確かめる（ピックスコアの中にある FTLD 検出セット）。語義失語があれば SD である。SD の病理診断は多くは FTLD（アリセプトが効かない患者）であり、半数が ATD（アリセプトが効く患者）である。４.三単語復唱のみできてあとは全くできない患者（スコア３）は SD である。

失点パターン

4,5,6,7 の設問を行うだけで鑑別ができる。数字関係（5,6）が不得意で、遅延再生（７）が得意な患者は DLB である。総得点が高い割に遅延再生（７）がまったくできない患者は ATD である。数字関係も遅延再生もまだら状に間違える患者は VD など他の認知症である。85 歳以上では ATD はぐっと減り、病理学的には SD-NFT か AGD が多いが臨床ではわからない。

バランス8（図BE）

若い患者でうつ病との鑑別が難しい時は、うつ病、認知症各８項目の問診、検査を行うことによって先入観なく鑑別できる。家族がチェックしてもよい（バランス８のチェックにより、素人でも精神科医よりは鑑別能力が高くなる）
判定　うつ病スコアと認知症スコアで該当するものが多い方が患者の診断名となる。ただし、認知症のうつ状態（どちらもスコアが高くなる）はありうる。

レビースコア（図LS）（　）は満点、迷ったら半分を加点。

１　市販の風邪薬などが効きすぎたということはないですか（抗生剤薬疹を除く）（２）
２　幻覚が過去に１度でもありましたか（２）　妄想が続いていますか（１）
３　意識を失ったことはありませんか（てんかんを除く）（１）
４　夜中の寝言はありますか。過去にも。ぼそぼそ（１）　叫ぶほど（２）
５　食事中むせますか。嚥下性肺炎（１）、ときどきむせる（0.5）
６　趣味もないほどすごく真面目でしたか（１）かなり真面目（0.5）
７　昼間かなりうとうとしますか（１）、寝てばかりですか（２）
８　安静時に手が震えていませんか（１）
９　（診察）肘の歯車様筋固縮（２）、鉛管様筋固縮（１）、最初だけ抵抗（１）
１０　体が傾きますか？　かなり（２）けっこう（１）

判定　16 点満点中３点以上で９０％ＤＬＢ。

ピックスコア（図PS）

１　意味もなく不機嫌になることが多いですか？（１）
２　最近子供っぽくなっていませんか。イスを回すとか指をなめるとか。（１）
３　家でウロウロしませんか。落ち着かない様子で。（１）
４　（診察）FTLD 検出セット（２）
５　家族の言葉に対して「それはどういう意味？」と聞くことはないですか？（２）
６　鼻歌とか口笛をふくようになったということはないですか？（２）
７　（診察）改訂長谷川式スケール７点以下（１）
８　家族のおかずを間違って食べることはないですか？　商店で支払わずに盗ることは？（１）
９　最近甘いものばかり食べるようになっていませんか（１）
１０　スイッチが入ったように急におこることはないですか（１）
１１　家族の後ろを影のようについてきませんか、人込みで興奮しませんか（１）
１２　（CT）萎縮の左右差がある（１）
１３　（CT）ナイフの刃様萎縮がある（１）

判定 16 点満点中４点以上なら９０％FTLD。

コウノメソッドのコンセプトと目的

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**）
③**サプリメントの活用**
を**処方哲学**としている。

基本用語

中核症状：記憶、判断力、見当識などの障害。認知症の本質的な症状（図ＮＳ）
周辺症状：中核症状から派生して環境などによって一時的に出現する症状
陽性症状：周辺症状のうち過剰なエネルギーによって介護者を困らせる症状。興奮、易怒、介護抵抗、徘徊、暴力、独語、妄想、幻覚、不眠など
陽証：陽性症状が強い患者
陰性症状：周辺症状のうちエネルギー不足によって本人が苦しむ症状。無言、無為、無動、うつ状態など。認知症のうつ状態は、精神科の大うつ病とは使う薬が異なる。
陰証：陰性症状の強い患者
中核薬：中核症状を一時的に改善させる薬。アリセプト、レミニール、リバスタッチ、メマリーの４成分。前３者は併用できない規則。４成分とも副作用予防のため低用量から増減する規定があるが、その規定を無視することが改善率を上げ、脱落をなくす。レミニールも１日２回飲ませる必要はまったくないし、３回に分けても良い（但し書き必要）。リバスタッチははさみでカットしてよい（カットしてはいけないパッチ製剤もある）。
抑制系（薬剤）：陽性症状を鎮めるために使う介護者を助ける薬。グラマリール、抑肝散、ウインタミンなど。過剰だと過鎮静になる。
家庭天秤法　抑制系で過鎮静させないように家族が抑制系を加減すること
興奮系（薬剤）：陰性症状を解消するために使う患者を助ける薬。サアミオン、シンメトレル。
覚醒系（薬剤）：嗜眠の患者を覚醒させて ADL、食欲、歩行を改善。ニコリン注射のこと。
フェルガード;米ぬか成分のフェルラ酸とセイヨウトウキが配合されたサプリメントで認知症、嚥下機能、歩行機能、脂質・血圧・HbA1c などの改善作用があり多くの学会発表がされている。認知症サプリメント研究会（代表世話人：田平武順天堂大学教授）も認めている。ガーデンアンゼリカ系とバコパモニエラ系の２系統がある。
プロルベイン DR：ルンブルクスルベルス（赤ミミズ）の消化酵素などを主成分とした動脈硬化改善サプリメント。動脈内腔のプラークは 2 か月で退縮、血圧低下、末梢循環も改善する。河野医師も内服。

テクニカルターム

ベルシェープ　用量依存性でなく、過量になるとかえって効果が薄れる釣鐘型の反応曲線

サーフィンアレンジ　患者の周辺症状の陽陰の波に合わせて薬を加減すること

興奮系併用薬引き抜き効果　中核薬を増量したときに患者が易怒になったら併用していた興奮系（サアミオン、シンメトレル）をやめれば落ち着く。

バードシューテインング　中核薬の増量ないし開始の際に、興奮性を見越してあらかじめ抑制系を併用しておくこと。飛ぶ鳥の先をねらって打つという意味。

悪魔のトライアングル　DLB にアリセプトを処方してしまうとＰＤ治療薬、幻視対策薬のすべての必要量が増してしまう関係。悪循環。

９ｍｇピーク　リバスタッチを 4.5mg から 9mg に増量したときに効果と易怒が同時におきること。対策は 4.5mg に落とすのではなく、9mg を 20%カットする。

大後悔パターン　リバスタッチで効果が出たのに増量規定を守り増量すると傾眠などの副作用が出て台無しになってしまうこと

デビルメソッド　専門医が何の根拠もなくでたらめに処方し、増量しますます患者が悪化する処方のこと。

レビー化　ＡＴＤの脳内老人斑がレビー小体に封入されてＤＬＢの症状が加わってきた状態

ピック化　ＳＤの側頭葉病変が前方に広がり、ピック症状が加わった状態

ＬＰＣ　ＤＬＢとＦＴＬＤが合併したように観察される認知症。認知症の約 15%を占める。

LPC 化　DLB のピック化、ないし FTLD のレビー化によってＬＰＣとなった経過。

LPC 症候群　レビースコアもピックスコアもともに高いが DLB+FTLD ではない患者群でＣＢＤ，ＰＳＰ，強直性筋ジストロフィー、FTD-MND　type 、MSA、全身性ジストニアなどが含まれることが確認されている。（図ＬＫ）（図ＬＰ）

コウノメソッドの安心理論　完璧な鑑別診断ができなくても、ピックらしさのある患者にはピックセットを処方しておけば、おおかた改善する。対症処方なので自分が初めて遭遇する疾患でも改善させられるという処方理論。（図ＫＡ）

コウノミクス　診断に医療費をかけず、古い薬を多用し、入院の必要性をなくすため認知症医療費に大幅な節約効果がもたらされること。岩田明実践医の造語。

コウノメソドロジー　西洋医学の診断先にありきを順守せず、病理学の奴隷にならず、複雑怪奇な認知症の実態に対応するために、薬理学の常識を打破した認知症治療学を１から構築しなおし、疾患をとりまく社会病理も考慮しつつ介護者保護などの確たる処方哲学を柱としたコウノメソッドの治療体系。用量のテーラーメード設定を生命線とする。

用量感覚　患者の体格、陽性症状の強さなどなどから瞬時に的確な処方用量を決定できる職人感覚。初診時からそれが適合した場合、一発改善が可能となる。患者が遠方から来て再診がない場合は、一発改善が要求される。

認知症の早期発見（図ＮＳ）

老化か認知症かの鑑別 →アリセプトチャレンジテスト

アリセプト 1.5mg を 28 日間服用させて、副作用が出たらアセチルコリンは不足していないと考えてＭＣＩと診断し、フェルガード 100M2-3 本を推奨し１年後に再診させる。体調がよくなったらＡＴＤなどアセチルコリン欠乏系の疾患の発病と考えて 2.5mg に増量する。本人には認知症と正常には境目がないのでいまから薬を飲んでおいたほうがよいと説明する。もちろん病理的にはＡＴＤである。どうしても白黒つけたいなら 30 万円をかけてアミロイド PET ドッグを受けるように勧める（もっと安価な施設もあるようだ）。

うつ病圏の除外

→１）バランス８（図ＢＥ）
→２）ジェイゾロフトチャレンジテスト

専門医の診断、処方は継承しない。

●専門医の診断は、少なく見積もっても 20%誤診である。画像診断がされていようが詳細な心理検査のレポートがつけられていようが鵜呑みにせず、自分で診断しなおしてみること。ATD という診断の場合、とくに誤診が多い。実際は FTLD や DLB であることも多い。

●処方も継承してはならない。専門医の処方は、当面変更や追加の不要なもの 25%、治そうと言う意欲の感じられないもの 50%、介護を無視したまたは危険なもの 25%である。専門医は、認知症に無知であると言う自覚がなく薬を振り回している。プライドがあるので他の医師に相談しない。精神科医は歯車現象を確かめず画像を読影できない。混合型は脳血流シンチで診断できないことを知らない。典型的な症状があるのに画像を優先してしまう。初診だけ診てかかりつけ医に丸投げするので、自分の処方の過ちを学習しない。

よくある医療過誤は次のとおりである。

不十分である例）混合型なのにサアミオン、プレタールの処方が欠けている。
意欲のない処方）ATD にアリセプトだけ処方し、不眠や易怒の対策がなされていない。
介護を無視した処方）ATD やピック病で易怒が強いのにアリセプトだけを処方している。
危険な処方）歯車現象が強い DLB なのにアリセプトだけを処方している。
誤診からくる処方）認知症なのに抗うつ薬を処方している。
精神科学の病態診断からくる処方）薬剤過敏性 DLB の妄想にリスパダールを処方。
神経内科パニック処方）DLB に対し、アリセプト常用量、PD 治療薬を処方している。

●家族に専門医の処方でどうなったかを聞きだし、悪化したのなら処方を即日変えなければならない。

●聞き出し方　処方で怒りっぽくなっていないか、足が出にくくなっていないか、食欲がおちていないか。

●自分が勝手に処方を変えてもっと悪化したらどうしようと考えるのではなく、患者の歯車現象を毎回調べ、家族に「どうしてほしいか」を尋ね、少しずつ処方を変えてゆけば問題はおきない。

応急措置

●初診時の鑑別診断は、**認知症、大うつ病、躁うつ病(双極性障害)、非定型うつ病**の４疾患のいずれかを鑑別すればよい。呼吸器、循環器疾患の既往があれば胸部レントゲン写真をおこない、認知症をおこすような低肺機能が疑われないかを除外しておく。
●全員に甲状腺機能検査を行う（TSH, freeT3, freeT4）。飲酒が３合以上なら膝の腱反射を調べ、脚気がなくても血漿ビタミン B1 を採血する（特殊スピッツ）。最近、強い頭部打撲をして不全麻痺がある場合は、できるだけ早く画像診断を受けるように誘導する。発熱、せん妄なら脳炎を疑い病院神経内科に依頼する（当日）。
●３日単位で ADL が低下する場合は、クロイツフェルト・ヤコブ病を疑い、イギリス渡航歴、脳外科手術の既往を聞きだし、なくても病院神経内科に依頼する。神経内科が不在の場合は脳波だけを依頼し、自分で診断する。脳波依頼箋には電極を廃棄するように指示する。
●明らかに認知症と思われるなら改訂長谷川式スケールを行う。高得点でも家族の訴えが強ければ認知症と仮に認識しておく。うつ状態が強いようなら**バランス8**を行う。大うつ病や双極性障害が疑われたら精神科に丸投げする。大うつ病に抗うつ薬を処方すると自殺を助長する可能性がある。双極性障害に SSRI を処方すると躁期に反社会的行動（最悪は殺人）をおこすきっかけになる。軽症なら診診連携で構わない。少しでも認知症（とくに DLB）の可能性があるなら依頼せず自分で治す。非定型うつ病ならジェイゾロフト(25)１ 錠（タ）処方し、14 日後に再来させる。改善率 80%。
●せん妄が疑われたら、その場でシチコリン「日医工」1000mg(4ml)を５%ブドウ糖(3ml程度)に溶かして静脈注射する。不可能なら原液 2ml ずつ両肩に筋注。強いせん妄の場合は、よけいハイテンションになる場合がある（そういう患者は LPC が疑われる）ので 500mg にとどめる。できれば当日画像診断を依頼する。
●家族に介護保険は申請してあるか、ケアマネジャーへの連絡がすぐにできるか聞いておく（緊急入院に備えて）。リスパダール液 1ml を処方し、興奮時一度に２本まで、１日４本まで服用させて良いと説明する。液体が飲めない場合はリスパダール OD1mg 錠やジプレキサザイディス 5mg とする。
●開業医は初診時、画像診断できないことが多いので、家族が早く症状を改善させてほしい場合は、キャラクター分類（陽証か陰証か）をして処方してもかまわない。応急措置で使用するのは原則として抑制系薬剤のみである。グラマリール(25) ３錠を処方し、落ち着かなければ 6 錠まで増やしてよいと電話し、奇異反応（よけい興奮する）が出たら再来するように助言する。ウインタミンなどに切り替える。
●家族の要求通りに処方すればよい。コミュニケーションシート（図ＣＳ）を使って、そこに書かれた処方をすれば自動的に患者を改造できる。

採血結果を受けて

●甲状腺機能低下が見つかったら、軽症（TSH20 以下）にはチラージン 25μg を開始。重症なら狭心症の有無を聞いてなければチラージン 50μg を処方して、２か月後に再検しチラージン用量を調整する。TSH が高く freeT3, freeT4 が正常域なら橋本甲状腺炎が疑われるので毎年再検する。いずれ低下してくる。甲状腺機能亢進が稀にいて、そのせいで陽性症状が強くなっている場合がある。

●大球症なら貧血でなくても血清ビタミン B12 と葉酸を採血してからメチコバールを筋注しておく。胃全摘の既往がないか聞き出す。ふつう全摘４年から 10 年後以降に貧血、認知症をおこす。（残胃があっても欠乏をおこす場合がある）。B１２欠乏が判明し胃切既往がなくても悪性貧血として、最低年４回の注射を一生続ける。

画像検査を受けて

●認知症を疑う場合、患者がおとなしくしておられない場合、200 を超す血圧（脳出血）は CT、一過性脳虚血発作などの虚血疾患を疑う場合は MRI をオーダーする。迷ったらすべて CT でよい。なるべくマルチスライス CT（３方向が見られる）の施設を指定する。

●典型的な ATD、FTLD とわかっても NPH、CSH 除外のため画像診断しておいた方がよい。混合型は画像がないと診断できない。虚血がある陰証にはサアミオンがぜひとも必要である。現在 NPH が悪さをしていなくても今後の画像比較のために初診時のデータは必要である。

●画像を読影する前に、カルテに臨床症状から予想される疾患を書いておくこと。画像と症状が乖離した場合は症状で診断するよう気持ちを固めておく。例えば DLB と思っていたが海馬萎縮が３＋以上だったら、海馬萎縮の強い DLB と理解すること。コウノメソッドは症状に対して行うのを基本としているため、認知症病型は厳密に行われる必要はない。**陽性症状、陰性症状、意識障害の鑑別さえ間違えなければ患者は改善する。**

コウノメソッドを実行するための推奨検査、必須薬剤

必須診察

歯車現象（リラックスさせて肘を他動的に屈伸させてドパミン欠乏を察知すること）

推奨診察

深部腱反射（小刻み歩行患者に対して脊柱管狭窄を除外するため）
眼球運動チェック（PSP を除外するため）

必須検査

問診票
改訂長谷川式スケールコウノ版（8 番、9 番が逆になっている）
血液検査（甲状腺機能必須、できれば HbA1c 含む）

推奨検査

レビースコア
ピックスコア（FTLD 検出セットを含む）
バランス8（若い患者でうつ状態の場合）

必須薬剤（図KL）

1　抑制系先発3本柱　（グラマリール、ウインタミン、抑肝散）
2　中核薬先発 3 本柱(リバスタッチ、アリセプト、レミニール）
3　興奮系　（サアミオン、シンメトレル 50）
4　うつ系　（ジェイゾロフト 25、サインバルタ 20）
5　覚醒系　（シチコリン「日医工」注射液 1000mg）
6　レビー系（メネシット 100、ペルマックス 50、ビ・シフロール 0.125）

推奨薬剤

抑制系第二選択以降
（3S；セレネース 0.75・セルシン 2・クエチアピン 12.5「アメル」、リスパダール OD1）
ニューレプチル細粒３：ウインタミン、セルシン、セロクエルの３種に対して奇異反応（かてって興奮する）を示す場合の最終手段。5mg は強すぎて寝てしまうので必ず 3mg 細粒を調剤する。１日３回まで。１日最大 15mg とする。
中核症状薬
（New フェルガード LA、New フェルガード T、フェルガード 100M、フェルガードガードB、メマリー）
レビー系　（マドパー、ドプス 100）
うつ・不安系（リーゼ５・10、デパス 0.5・1.0、パキシル 10）
食欲系　　（ドグマチール 50、プロマック D75）
皮膚系
（リバスタッチのかぶれ対策：フルメタローション 10g,ヒルドイドクリーム 20g）掻痒感（リンデロン軟膏、ラミシール、プロトピック小児用軟膏、ザーネ）

認知症以外の第一選択薬

血圧　ミカルデイス 40
高コレステロール血症　リピトール 10
高中性脂肪血症　リピデイル 80
安全脂質総合薬　リバロ 4
虚血　プレタール OD 50
嚥下　タナトリル 25
睡眠薬　レンドルミン 0.75
頻尿　ステーブラ 0.1
振戦　アルマール 5
末梢浮腫　タカベンス 25（本来は痔核治療薬）
慢性心不全　アルダクトン 25
軽度感冒　コタロー麻黄附子細辛湯カプセル（1 日6C）
椎骨系めまい　セロクラール 20
神経痛　リリカ 75（転倒する場合が懸念されれば 25mg）
てんかん　デパケン R100
動脈硬化　**プロルベイン DR**　動脈硬化を治す健康補助食品。東京のクリニックで頸動脈ドップラーにてプラークのあった 19 名に服用させ、半年後に再検したところ**全員が改善**。平成 25 年中に学会発表された。河野和彦医師、岩田明医師も服用中。

禁止薬

当帰湯（体調不良）、
三環系抗うつ薬（ＡＤＬ低下）、
レメロン・リフレックス（寝たきり）、
トレリーフ（自殺）、
ボルタレン座薬 50（急性腎不全）、
エフピー→PD 患者を薬剤性 DLB にしてしまう。認知症ブログ H25.11.18 を参照。
ミラペックス→ＣＢＤには最悪。認知症ブログ H25.11.25 参照。
リポバス（横紋筋融解症）、
カバサール（衝動性）、
コデイオ（中毒性表皮壊死融解症）、
デイオバン（中毒性表皮壊死融解症）。

後発品の基剤アレルギー

アリセプト後発品、リーゼ後発品、ベンザリン後発品でアレルギーを経験した（基剤が悪い）。
ドネペジル OD 錠の劣悪品　後発品の中で口内崩壊錠とは言えないものがあると指摘されている。

取引中止推奨会社　エーザイ、ノバルテイスファーマ：エーザイは 14 年にわたってアリセプトの用量を主治医に裁量させないことで倫理観に欠ける会社と指定する。ノバルテイスファーマは、デイオバン論文の捏造事件の際、社内の罰則が軽すぎ反省しない会社として全品の採用を取り消すことを強く勧める。

中核薬の特性

●アリセプト

標的疾患

1) ATD、ATD 病理を背景とする SD。ATD 病理でない SD にはレミニールを第一選択として推奨する。
2) 比較的易怒の少ない患者が望ましい。
3) MCI がどの認知症になってゆくかを確かめるためにアリセプトチャレンジテストを行う。（1.5mg×28 日で調子がよくなったらアセチルコリン欠乏系認知症の初期とわかる）

警告　ピック病やＤＬＢを熟知し、病型鑑別ができ、パーキンソニズムの発生を診察で気づくことができる医師のみが処方する権限を有する。鑑別能力がない医師はリバスタッチかメマリーしか処方してはならない。

比較的禁止疾患　DLB（歩行障害）、ピック病（激越性）、易怒の強い患者。除脈、慢性心不全、食欲不振。

使用方法

レセプト規定：3mg14 日後に 5mg に増量。高度患者には 8mg、10mg 処方が可能。
コウノメソッド：1.5mg28 日後、様子を見て 2.5mg に増量。但し書きを書いてもカットされるのでレセプトに合わせた用量で提出すること。適宜増減と改訂したが、14 日間の 3mg への戻ししか認められないとエーザイが回答している。8mg で効かない場合はメマリー併用を開始。

特性

アセチルコリンだけを賦活するので、ATD にはよく効くが（改善率 63%）、ドパミン阻害作用、興奮作用がもっとも強い。5mg を超して処方しても副作用（易怒など）40%、新規改善率 10%ほどしかない。とりあえず 8mg に引き上げて 2 か月効果がなければ、メマリー併用し、悪化してきたらアリセプトをリバスタッチに変更。悪化していなければアリセプトをやめる必要はない。アリセプトを翌日からレミニールに代えるとアセチルコリン過剰で病状が悪化しやすいので５日休薬してからスイッチすること。アリセプトは、最初の３か月で効かなければ、その後効くことはないが、レミニールとメマリーはあとから（例えば 1 年後）効いてくる場合がある（おそらく神経細胞保護作用による）。

アリセプトが効かない理由

① 脳内アセチルコリンが不足していない疾患の場合　（例）前頭側頭葉変性症（FTLD）。この場合レミニールかリバスタッチを使う。
② 古典的混合型認知症の場合。この場合陰証ならサアミオン併用しないと元気にはならない。最初からアリセプトよりレミニール＋サアミオンを処方すべきである。

●レミニール

標的疾患　意味性認知症、古典的混合型認知症、脳血管性認知症
禁忌患者　胃切除術後、食欲不振、痩せ　：内科副作用（嘔吐）が激しい。
使用方法　唯一の１日２回投与とされるが１回でも効く。
レセプト：4+4mg28 日→8+8mg で止めるか 28 日以上経過してから 12+12mg
コウノメソッド：上記の規定はでたらめで非常に危険である。完全に無視すること。会社側も増量でなく患者個々に合わせるように広報し始めている（エーザイとの大きな違い）
4mg14-28 日(ナウゼリン 10mg 必ず併用)但し書き:吐きやすいのでレミニールは 4mg からゆっくり増量します、と必ず書くこと。→無効なら 4+4mg→無効なら 4+8mg（但し書き：吐きやすいので 16mg は飲めません、と書く）ないし 4+4+4mg。→1 日 16ｍｇで効かなければ、8+12mg まで粘る。日中の傾眠が強くなったら 4+12ｍｇという処方もあり。
特性
ドパミンやセロトニンも増やすので DLB が歩行困難をおこすことはない。食欲低下、傾眠に注意。増量規定は１日 8mg→16mg→24ｍｇであるが、16mg で止めてもよい。

●リバスタッチ

【標的疾患　DLB の第一選択。とくに歯車現象の強い DLB は絶対にリバスタッチを処方する。
使用方法　24 時間、上腕や背中に貼る。乳幼児が床を這いずる環境の患者には処方してはならない。はがれて乳幼児に付着すると他剤パッチの場合（喘息薬）であるが死亡例が報告されている。ピック病は、かゆくなくてもはがしてしまうので手の届かないところに張る。
効き方　やる気、記憶、歩行能力など ADL 全体が上がってくる。容易に著効例が出る稀有な薬剤である。9mg ピークの患者が多い。つまり 9mg で効果が出て、同時に少し易怒的になる。その場合はハサミでおおかた２割を切りおとすとちょうどよい。13.5mg に増量してはならない。リバスタッチに限らず、認知症は釣鐘状薬剤反応を示すので効いたら増量しない。
増量規定とレセプト対策
レセプト：4.5mg→9mg→13.5mg→18mg と 28 日ごとに増量。
コウノメソッド：13.5mg 以上で効きはじめることは少ない。4.5mg90 日処方でも構わない。「かぶれるので 4.5mg しか使えない」と但し書きを書く。
かぶれ対策　かぶれやすい患者：アトピー素因、乾燥肌、糖尿病。
もともと乾燥肌の場合は、ビーソフテンスプレー（1 本 100g）を処方し噴霧してから貼るように指導する。かぶれ始めたらストロングステロイドのフルメタローション（1 本 10g）を塗り、10 秒で乾くのでその上に貼る。かぶれたらリンデロン VG 軟膏などを塗って早く皮膚を修復する。かぶれたらハサミで半分に切って二か所に貼り分けるとよい。感作、全身アレルギーは用量を落としても治らなくなるので中止しレミニールに代える。

意外な副作用　まれにハイテンション、傾眠をおこす場合がある。4.5mg でも傾眠をおこしたらあきらめて他剤に変更する。

●メマリー

標的疾患　副作用が強いのでいかなる病型にもふつう第一選択には使わない。メリットは他の３成分と併用できることである。レセプトとは異なり軽症 ATD でも効く。メマリーの存在価値は、認知症が重度に至ってもまだ改善する可能性があるという点である。
処方術　処方前にかならず、めまい持ちでないか聞きめまい持ちなら処方してはならない。めまい持ちでなくても足が弱っている老人は就寝前に飲ませたり最初の２週間はセファドールを併用したりする。最悪の場合転んで鎖骨を骨折する。一部の患者に猛烈な傾眠をおこし、認知症が悪化したようにみえる。
副作用の理解　ハイテンション、傾眠のせいで認知機能をいっそう悪化させたり、歩けなくなったりする場合がある。ドパミンーグルタミン酸天秤をゆさぶるため、妄想・幻覚を悪化させることもある（覚醒剤作用）。便秘も高度になることがあるので、毎回便秘が悪化していないか聞くこと。アリセプトは軟便になるので、両者の併用時はちょうどよくてもアリセプトだけをやめると急に便秘になる。
使用規定
レセプト：増量規定は 5mg→10mg→15mg→20mg と１週間ずつ増量するという無茶な規定。20mg まで副作用なく増量できる患者は 65%しかおらず、20mg で初めて効いたと言う患者はほとんどいない。
コウノメソッド：5mg タ 28 日（めまいが強いのでゆっくり増量する、と記載）→効果なければ→5+5mg28 日（めまいのため 1 回に 5mg しか飲めない、と記載）→効果なければ 5+10mg。20mg まで増量しても無駄である。
10 か月後に急に効きだすことがあるので、即効を期待せずに 5-15mg で維持すればよい。つねに「めまいが強いので低用量でしか飲めない」と但し書きを書きつづけること。

総　括

4 成分とも食欲低下、易怒をおこしうる。その場合、すぐに減量すること。安心して処方できる順に①リバスタッチ、②アリセプト、③レミニール、④メマリーである。第一選択疾患は、リバスタッチが DLB、アリセプトが ATD、レミニールが VD、ＳＤである。４成分とも増量規定を１００%無視すれば、非常によい薬ばかりである。従って医師によって改善率が大きく差が出る。アリセプト以外は、但し書きすれば低用量長期処方が可能である。

処方する前に

認知症は中核症状と周辺症状に分かれており、周辺症状には陽性症状と陰性症状がある。介護者が一番困っているのは陽性症状であって、中核症状ではない。周辺症状は、中核症状から派生するものであるが、中核症状を治せば周辺症状も自動的に改善すると思ってはならな

い。中核症状薬４成分は、いずれも興奮性を秘めているので、陽性症状を鎮めずに中核症状薬だけを処方してはならない。従って、**抑制系先発3本柱（グラマリール、ウインタミン、抑肝散）を置いていない院内薬局は失格である。**

●フェルガード類 （図ＧＴ，ＦＳ，ＦＴ）

要　旨　保険薬より改善率が高く安全性が保障された健康補助食品である。
科学性　主治医が科学的な証拠があるのなら服用を認める、と言うのならグロービアに論文を請求してその医師に見せればよい。医師の倫理規定に薬以外のものでも役立つ物であれば積極的に患者に勧めるべきとの記載がある。
配合成分　フェルラ酸とガーデンアンゼリカ 、フェルラ酸とバコパモニエラ
配合比率　New フェルガード LA が、フェルラ酸 100：ガーデンアンゼリカ 100。
New フェルガード T が、50:50。
フェルガード 100M が、100:20。
適応症　New フェルガード LA：陰証。誤嚥。歩行障害。
フェルガード 100M： 陽証。予防。薬剤過敏者。
（New フェルガード T は、移行期に用いる）
フェルガードＢ：発語、覚醒促進に使う。興奮性が少ない。
同一人物が、同じ日にいろいろな種類を服用しても構わない。**用量、組み合わせは家族が自由に決めるものであり、医師に逐次質問しなくても決められるように勉強すること。**
認知機能以外の効果　HbA1c が１下がる。白髪が黒くなる。朝の目覚めがよい。など多数。
購入ルート　グロービアから直接購入する。フェルガード 100M は医師の指示なく健康人も自由に服用してよいが、それ以外は医師の助言が必要である（効きすぎるので）。
効果発現次期　最短で４時間、最長で４年後（自験例）。
服用法　牛乳と一緒に飲むと効果が薄れる。ほかは何でもよい。できれば食前が望ましい。
安全性　河野医師はじめ多くの医師が自分でも服用している。
改善率　脳炎後遺症 100%、FTLD 85%、DLB 80%、嚥下機能 80%、ATD 65%、VD 55%、DNTC 90%。アリセプトと併用したほうが改善率が上がると言うことはない。効果が出て来たらアリセプトを継続する価値はなく、アリセプトを減量してよい。アリセプト以外の中核薬は併用で相乗効果がある。

病型別処方（図ＡＧ）

●病型が鑑別できていたら応急処置（グラマリール、サアミオン）よりも高い確率で改善できる。認知症は画像でなく病歴、症状から診断するのが原則である。従って完璧に診断できる必要はなく、アルツハイマーぽい、ピックぽい、レビーぽい感じをつかめば、ほぼ正しい方向性の処方ができる。原則として画像がないと診断できないのは、脳血管性認知症、正常圧水頭症、硬膜下血腫だけである。

●病型鑑別に使えるのは、改訂長谷川式スケール(HDS-R)、レビースコア、ピックスコアである。

ATD　HDS-R で遅延再生が１点以下。ただしＳＤでも遅延再生はできない。

DLB　レビースコア３点以上、HDS-R で数字関係が不得意で遅延再生が得意

FTLD　ピックスコア４点以上

ＬＰＣ　レビースコア、ピックスコアが大方５点以上。

HDS-R、レビースコア、ピックスコアをちゃんと真面目につければ誰でも(素人でも)80％鑑別診断ができる。家族が採点してもかまわない。ＬＰＣを知らない医師にはＬＰＣは治せない。

ピック病が治しやすいのは患者はエレルギーを持っているからである（図ＰＫ）。

ハッピーセット（図ＫＨ）

●アルツハイマーセット

陽証には、グラマリール。中間証と陰証にはアリセプトかリバスタッチ。

陽証でも中核症状（記憶）を緊急に上げないといけない場合は、アリセプトとグラマリールを併用。アリセプトの維持量は 3-10mg、グラマリールの維持量は 25-150mg。

アリセプト 8mg で２か月間で効果がないときはメマリーを併用。副作用（めまい、傾眠、ハイテンション、便秘）に気をつけながら維持量をみつける。

20mg でも効果がなければ、いったん 10mg におとして１年間維持し、アリセプトのほうをレミニールかリバスタッチに変更。翌日からレミニールにスイッチすると悪化するので５日休薬すること。

●レビーセット

リバスタッチ、抑肝散、メネシットが新三種の神器（図ＤＫ）。六種の神器は、フェルガード 100M、ニコリン注射、ジェイゾロフトを追加したもの。

DLB の治療法はすでに完成している。アリセプトのほうがよかったという家族の場合は、アリセプトでよい。

ＰＤ治療薬の選択は、推奨薬のみを処方すること（図ＫＬＫ）。

歩行障害の鑑別と対策を図ＨＴにまとめた。

ＤＬＢの治療方針を図ＬＣにまとめた。

●脳血管セット

サアミオン、レミニール、グラマリールが先発 3 本柱。脳梗塞再発予防はプレタールが第一選択。90 歳以上で血管がボロボロの場合は、薬をあきらめてプロルベイン DR1 日 2-6 カプセルを推奨。プロルベイン DR は河野医師も服用。

●ピックセット （図ＰＳ）

フェルガード 100M＋ウインタミン。
　ウインタミンで肝機能障害をおこす確率は 5%。肝機能障害の既往を家族に聞いてから処方。
　ウインタミンが使えない場合は第二選択セルシン(2) 1-3 錠で代用。
LPC の場合は、陽性症のい内容に合わせてセレネースとウインタミンを併用し危険分散する。

●不眠セット

レンドルミンが第一選択だが 30 日制限あり。長期処方したい場合は、ニトラゼパム（ベンザリン)、ロゼレム、リスミーの順に足してゆく。不要になってきたらロゼレムだけを残すのが理想（生理物質だから)。
精神病的な症状の認知症は、睡眠薬２種にクエチアピン 12.5mg「アメル」かセロクエル細粒 10mg を追加。抗うつ薬はなるべく処方しないこと。

●食欲セット（図ＳＣ）

１）食欲を落としうる薬を減らす
　　最疑薬　**アリセプト**、レミニール、ペルマックス
　　第二疑薬　メマリー、抑肝散、抗うつ薬、プレタール
２）食欲を上げうる薬を短期間処方する
　　ドグマチール、プロマック D：非常に改善率が高い
　　ラコール：胃を動かす
　　ニコリン注射：覚醒させる
　　ペロリック：制吐
　　胃潰瘍薬、便秘薬：原因疾患の改善
抗うつ薬は図ＫＳのように、ジェイゾロフト、パキシル、サインバルタしか認めない。

●フルドーズからの脱却方法（図ＦＴ）

中核薬２種のフルドーズを長期飲ませていても治りはしない。反応しないと判断したら中核薬を８割に落として周辺症状薬を併用したほうが反応する可能性が出てくる。

家族への助言（賢い患者にならないと治せない）

●認知症は、いきなりは精神科に受診しないほうがよい。
●ＤＬＢは、なるべく神経内科に受診しないほうがよい。
●正常圧水頭症の手術適応は、複数の脳神経外科医に判定させるべきである。
●望ましくない医師は次の通りである。（**いわゆるデビルメソッド**）
歯車現象を調べずに、アリセプト、セレネース、リスパダール、ドグマチールを処方した医師。
メマリーやレミニールで眠くなることがあることを知らない医師
家族が薬を減らしたいと希望しても減らさない医師
アリセプト、抗うつ薬、ＰＤ治療薬の３系統を処方した医師（パニック処方）
ＤＬＢとＰＤは治療に差はないと発言した医師
アリセプト 10mg とメマリー20mg を処方した医師（治療の引き出しが少ない）
健康食品をはじめから否定する医師
一度も血液検査しない医師（甲状腺機能低下症は稀な疾患ではない）
海馬萎縮が軽度だから ATD ではないという医師
脳血流シンチを行い、かつ診察をあまりしない医師

2014 年のトピックス

ノバルテイスファーマの論文捏造は日本全体への背信

デイオバン論文においてノバルテイス社員がデータのねつ造と論文執筆、図表作成を行っていた事件でデイオバンが他剤に比べてイベント抑制を有意に達成しているという根拠はなくなった。デイオバンと同等の効果がある薬価 1/10 の降圧剤もあるということを患者は新聞報道などで知ったわけだから、今後もデイオバンを処方し続けることは医師としての信頼を失いかねない。

会社側は反省しておらず、罰則規定のない事件であるため、医師団で会社を制裁し過ちに気づかせる必要がある。医師のみがこの会社を更生させる可能性を持つ。ノバルテイスファーマの薬品全品を返品されることを強くお願いしたい。

リポバスを使用禁止に（ヘルベッサー併用で横紋筋融解）

DSU　No.223 によると、リポバスにヘルベッサーを併用すると、リポバスの血中濃度が上昇して横紋筋融解、ミオパチーが発現することがあるという。コウノメソッドでは、総コレステロールにはリピトール（アトルバスタチン「トーワ」）、中性脂肪にはリピデイル、両方一度に下げたい場合はリバロ 4mg を推奨してきたので大勢に影響はない。

PD 治療薬のトレリーフで自殺報告

DSU No.223 によるとトレリーフをパーキンソン病に投与した場合の国内臨床試験で、自殺または自殺関連行為が 0.24%（2/842 例）だったことが追記された。コウノメソッドでは、レビー小体型認知症に対するトレリーフの処方を禁じる。高額なだけで何も効かない。

PD 治療薬のカバサールで衝動性

DSU No.223 によるとカバサールで強迫的購買、暴食といった衝動制御障害症状がおきると記載された。処方の際は家族への説明が必要となる。これはまさにピック症状を惹起するようなものなので、コウノメソッドでは LPC に対するカバサールの処方を禁止する。

抑制系にルーランを復活

効きが悪いと言うことで、ファーストラインから外していたルーランを復活させることにした。ウインタミン、セレネースでどうも収まりが悪い患者にルーランを追加するとコントロールされる場合は複数あった。（2508）ルーランの１回使用量は 4mg、１日３錠までとする。

コウノメソッドの評価

●高齢化著しい〇〇地方ではごく限られた数のドクターに負担が集中し、破綻は目前に迫っています。疲弊した状況に置かれたドクターでも、頭をシンプルにして迷うことなく取り返しのつかない失敗を回避できる「コウノメソッド」は、大袈裟でも何でもなく高齢化限界地域を支える魔法の杖だと私は信じています。（講演を２日連続で聴講した石川県の開業医）

●要介護５の母の介護で姉はうつになりました。ブログをしっかり読んだ後に、何故もっと早く、認知症について学ばなかったのか、少し後悔しました。ところで、このメール作成途中で、実家の姉に連絡したら、New フェルガード LA を始めたばかりの母について、今日は朝から眼を開けて起きているとビックリしていました。「画期的だよ！」と話していました。（鹿児島県の開業医）

●私はここ４年ほど訪問診療に従事しているのですが、認知症患者さんの多さに非常に驚いています。それと同時に陽証に苦しんでいらっしゃる施設職員やご家族を多く見て参りました。私も当初は「認知症を治す事は不可能であろう」と考えていましたが、あまりに認知症症状に疲弊している介護者を見て「医師として何とかならないものか」と考えておりました。インターネットで認知症治療に関して検索していたところ、先生の存在と著書、コウノメソッドの存在に気づき、先生の著書を５～６冊拝読させて頂き、まさに眼からウロコが落ちる様な感動を覚えました（神奈川県の勤務医）。

●新刊「ピック病の症状と治療」を拝読しました。実践的な内容でポリクリを受けているような心境でした。ありがとうございます（北海道の開業医）。

●はじめは内科医でしたが、親が精神科病院をやっておりまして内科をやりながら、認知症をずっとみてきました。18 年前に理由があって院長になってしまい、それから精神科をやりだしました。さらに去年から認知症疾患センターの指定を受けたことから専門家としての意識をもってやりだしました。しかし、なかなか難しいですね。もっとも、苦労したのは、実は 80 歳の母です。うつかと思っていましたが、記憶障害、焦燥、易怒的振舞い、妄想などがあり歩行障害などが目立ってきました。そこで、アリセプトを処方したのですが、効果はいまひとつで 10ｍｇに増量したところ、歩けなくなってしまいました。息子か親を診る怖さを感じました。そこで、河野先生の本に出会いました。レビーとして、アリセプトを 1.5ｍｇとし、シンメトレル１Ｔ/２ｘ　フェルガード　100M　２Ｐ/２ｘとしたところ、歩行はスムーズになり、活動的になりました。会話も弾みます。そんな経験をしたので、河野先生の大ファンになってしまいました。

●入院中にニコリン注射、リバスタッチ、フェルガード 100M とニューフェルガード（胃ろうより投与）を開始した DLB の患者さんが在宅に戻られました。久しぶりに会ったヘルパーさんや訪問看護師さんが、「前と全然違う！」と驚いたとの報告をご家族の方から頂き、朝から非常に幸せな気持ちになりました。ポッと勉強し始めたばかりの自分がここまで「患

者さんの役に立っているという喜び」を味わうことが出来るのは、先生が長い経験と知恵の結晶を惜しげもなく公表して下さるお蔭です。診療が楽しくて仕方ない日々を頂いたこと、心から感謝しています。本当にありがとうございます。

●２年前にコウノメソッドを知ってからはワクワク感を持って患者さんに臨むことができるようになりました。（北海道の精神科医）

●今日の外来でシチコリンの著効例を経験しました。500ｍｇですが週に２回行ったところ夜間の徘徊の消失、睡眠の改善、明るい表情となり入院先の病院で驚かれました。「１発改善」です。河野先生が私のバックに居て下さってこのように患者さんや周りの人々を喜ばすことができたと思います。コウノメソッドは結果が早くでるので嬉しいですね。（北海道の勤務医）

●10 年間医者をやってきて、ここまで「薬（ピックセット）が人間を人間らしくする」という場面に遭遇したことはありません。薬はコワい、薬は危険だ、というイメージは 100%間違ったものではないし、ある意味健全な警戒心なのかもしれませんが、一方でこんな風に劇的に人生を豊かにしてくれる味方にもなりうる（まさしく毒にも薬にもなる）ということを実感する場を頂いたことに、心から感謝しています。（茨城県白戸先生のブログ）

●一応レビーにも FTD にも PSP にも診断基準やガイドラインはありますが、これに固執する神経内科医は多いようですが、これでは非定型タイプが診断できないので不十分です。公式に認定されている診断や治療のガイドラインというのは、厚労省官僚と学会トップ権威的医師団が医療現場をコントロールしやすいためのものだそうですね。日本全国どこに受診してもガイドライン通りやれば、誰にも文句は言われない。そこには責任逃れで保身的なものしか感じられません。しかし、臨床現場で真面目に患者を診療すれば、認知症治療ガイドラインもパーキンソン治療ガイドラインも全く使えないものであることはわかるはずです。なぜならこの通り実践しても多くの患者は治るどころか、貴重な晩年の数年間を薬害で苦しめられるだけですから。コウノメソッドはそれに代わるものとして臨床現場で必要とされてきたのではないかと解釈しています（神経内科医）。

●先生のメール助言で、レビー小体型認知症がとてもよくなりました。びっくりしました。患者から「先生にお会いできてよかったです」と言われたので「私にではなく名古屋の河野先生に言ってください。伝えておきます」と言いました。あまりの感動に言葉がありません。まるで別人のようです。昨日受診された方も９０歳で胃瘻寸前だったのに、フェルガードのみで話せるようになり、自分で食事がとれるようになりました。神様にでもなったような気分ですが・・・勘違いしないように頑張ります（九州の脳神経外科医）。

●河野先生をかかられたＬＰＣの患者さんが来院されました。陽性症状は完全に消え、ご主人も１ヶ月で改善したのは驚いておられました。やはりコウノメソッドだなあと感慨を新たにしました。（千葉県内科開業医）

●こんなにも認知症診療がドラマティックなものだとは以前の私には思いもよらなかったことです。（新潟県内科勤務医）

●入院診療が当院の最大の特徴です．認知症が急速に悪化し，寝たきりになって，食べられなくなったという人が，1 週に 1，2 名ずつのペースで入院になります（紹介もあります）．ほぼ全例 DLB もしくは LPC です．シチコリン，投薬で，ADL はほぼ全快することが多いです。コウノメソッドのおかげで，難しい認知症でも改善に導く目途がついてきました．（東日本実践医）

●河野先生のご講演以来、私のところへの紹介患者や、自主的な受診患者が増えております。本日は、大学神経内科外来から紹介患者があったので、びっくりしました。医師会の O 先生も、S 先生も、コウノメソッドが大変劇的に患者さんの状態を改善した例を経験したとおっしゃっていました。すこしずつ、広がっているようです。（岡山県の実践医）

●やはり精神科の先生にお任せするのではなく、我々主治医がある程度的確に判断していかないと患者さんは救われないなあと感じています。（九州の内科勤務医、国立大学医学部教員）

●一時はもうダメかと諦めていただけに、母の笑顔や言葉に心が震えるほどの喜びを感じています。医学の知識も何もない私でも、先生の本やブログを読み、勉強すれば、こんな成果が出るのだと驚いています。その後もほかのご著書も読ませていただきバイブルのように思っています。先生のおかげでここまでよくなりました。先生の本に出会っていなかったら、たぶん母は今頃廃人になっていたでしょう。「1 年もたない」と言った神経内科の先生が見たら奇跡だと思うでしょう。（要介護５のレビー小体型認知症の母親を自分で治した娘さんからのファンレター）

●先生の著書とブログを勉強し始めてから、少しずつ病型や治療薬が浮かぶようにはなってきました。他院でうまくいかなかった方を改善させることも、少しではありますが出来るようになり、臨床がどんどん面白くなっています。コウノメソッドの処方術、処方精神は、僕の専門とする呼吸器病の治療にも、風邪の処方でさえも、当てはまることがわかってきました。コウノメソッドに出会って本当に良かったなあと改めて感じています。

●今回コウノメソッド実践医に登録していただき誠にありがとうございます。先生の本を読ませて頂き、少しずつですが、先生の方法を実践させて頂いております。先生の方法での治療を行いだしてからはみるみる患者様が改善し、またご家族に非常に感謝され大変うれしく思っております。ただ逆にこれまでの自分の治療がいかにだめだったか痛感させられ、非常に反省している今日このごろです。

河野和彦の本　（最近４年間のみ）赤文字：ベストセラー

2010 年

河野和彦：レビー小体型認知症 即効治療マニュアル フジメデイカル出版
河野和彦：認知症ハンドブック① 認知症の診断<改訂版> フジメデイカル出版
河野和彦（監修）：自宅でかんたん 認知症診断ブック ダイヤモンド社

2011 年

河野和彦：認知症の人と介護者が共にラクになれる！危険な服薬 副作用の改善 日総研
河野和彦：認知症は治せる マキノ出版
河野和彦：認知症 家族を救う劇的新治療 主婦の友社

2012 年

河野和彦：コウノメソッドでみる認知症診療 日本医事新報社
河野和彦、東田勉：完全図解 新しい認知症ケア 医療編 講談社

2013 年

河野和彦：コウノメソッドでみる認知症処方コレクション 日本医事新報社
河野和彦:ピック病の症状と治療 コウノメソッドで理解する前頭側頭葉変性症 フジメデイカル出版
河野和彦：認知症治療のベストアンサー コウノメソッドによる王道処方 中外医学社
河野和彦：症例 DVD 付 認知症の正しい治し方 現代書林

コウノメソッドの DVD

即戦力 DVD を使う　認知症トレーニング　（全３巻）　グロービア 2011
即戦力 DVD を使う２　ピック病の症状と治療（全２巻）　グロービア 2012
即戦力 DVD を使う３　コウノメソッドの処方理論（全２巻）ギンザヤ　2013

コウノメソッドの本

山野井正之：認知症 家族を救う治療革命 現代書林 2011
山野井正之：認知症の困った症状は劇的によくなる 現代書林 2012
岩田　明：　認知症になったら真っ先に読む本 現代書林 2012
主婦の友社新実用 BOOKS 認知症 家族を救う対策集 2011

河野医師への講演依頼

開業医なので、外来を優先し、私的な施設、団体での講演は受けません。
アクセスの良い都市でまとまった数の参加者が見込める場合のみ行います。
講演の組み立てはマネジャーが行います。
学会はお受けします。

コウノメソッド実践医、協力薬剤師、協力看護師

●最新の実働実践医は、名古屋フォレストクリニックのホームページで更新されている。
●認知症ブログは、毎週更新されており実践医とドクターコウノのやり取りなどが紹介されている。
●実践医登録すると、患者の診断や治療についてメールで質問でき、３時間以内に回答を得られる。
●実践医の一部は、2015 年発足予定の新学会における重要ポストに選出される。
●このメソッドのスライドを希望すればメールで伝送を受けることができる。（河野医師まで請求すること）。また自分で講演する場合、適宜ブログ等のスライドを無償で受け取ることができ、自由に使える。河野医師の講演に優先的に無料で招待される。
●出版社からの掲載受諾伺いが届いたときに、断った場合は実働していないとみなして事務局で自動的に抹消する場合がある。その後のサービスは受けられないこともある。
●軽率な入会、脱退を行うものは、患者を混乱させるので永久追放とする場合がある。
●他の職種でコウノメソッド普及に協力したい意志のあるものは、相談に乗る。
●以上の取り決めは、平成 26 年 12 月末日まで有効とする。
●実践医の現状、特典などに関して詳しく聞きたい場合は、事務局長か副事務局長の面談が可能である。

電話　03-5540-8975（月～土）

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、協力看護師

申し込み用紙

公表の可否

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　**可　否**

職　種　丸を→ 医師　薬剤師　看護師

所属名（診療所、病院、薬局、支援センターなど）

可　否

標榜科（医師のみ）

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。（なるべく記載を）

■■

【加入の条件】

実践医：●パーキンソニズムのある患者には、アリセプト少量投与が処方できる体制にあること（相対条件）。少量投与できなければリバスタッチパッチなどを代わりに処方すること。

●シチコリン注射を施行できる。フェルガード類の効果を否定しない。河野処方が奏功している者が来院した場合、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：●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、リスパダールの怖さを理解している。用量の桁を間違えない。

協力看護師：●ニコリン注射の医師の指示のもとで打つことができる。地元から指示が出ない場合は、河野和彦医師か　もよりの実践医から指示を仰ぐ。

【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。3 か月経過後ならいつでも脱退できる。（軽率な入会、即脱会は患者を混乱させるので許さない。

平成　　年　　月　　日

Version 8

コウノメソッド

認知症薬物療法マニュアル

2014

BE

「バランス8」

得点の多いほうの疾患が主体。
同点なら認知症のうつ状態

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

LS

レビースコア

3点以上なら
90%DLB

	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	

PS

ピック スコア

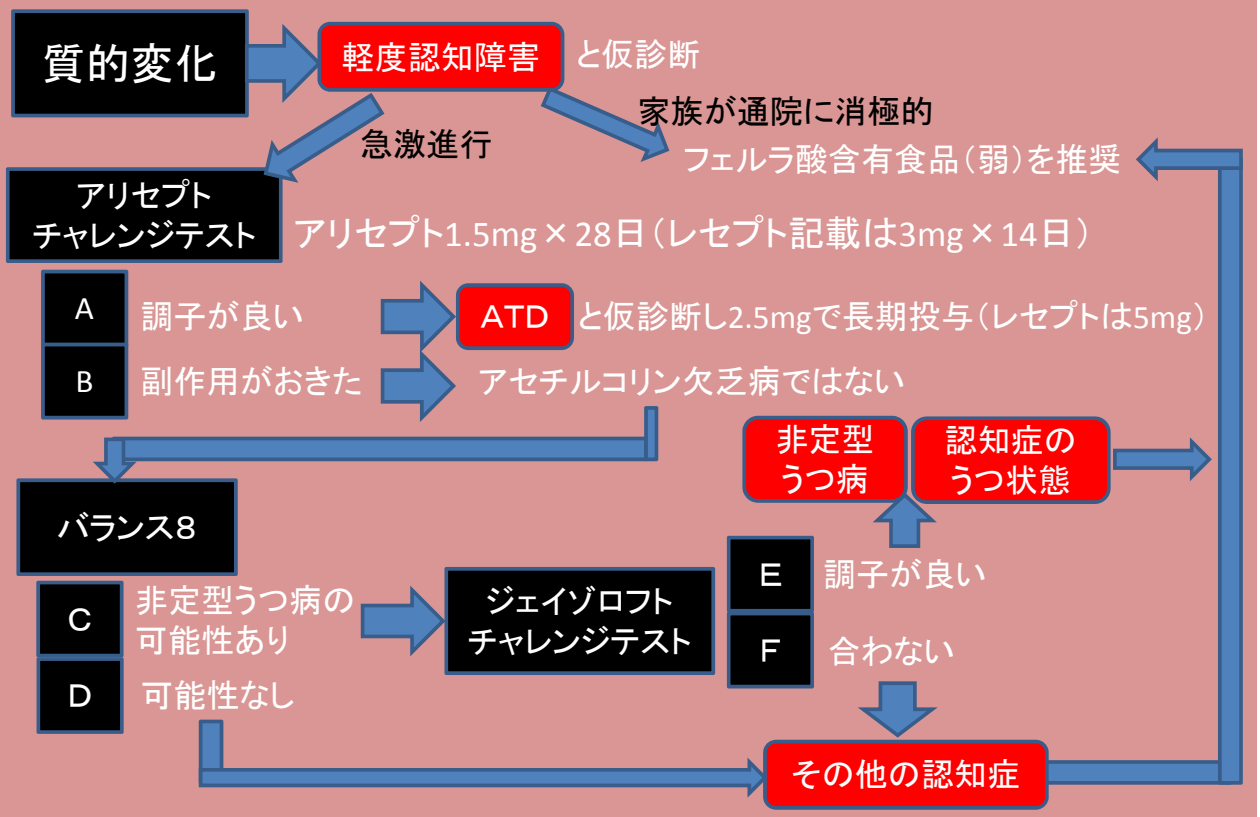
4点以上なら
90%　FTLD

側頭葉症状

場面	分 類	状 況	荷重
態度	機嫌	診察拒否傾向。不機嫌。採血を異常に怖がる。	1
	横柄さ	医師の前で腕や足を組む、二度童（子供のようなしぐさ）、ガム噛み	1
	集中力	なかなか座らない、立ち上がる、座る場所が違う、勝手に出てゆく	1
診察	失語	FTLD検出セット：　①利き腕どちら　②右手で左肩たたけ　③サルも木から落ちるの 意味　④弘法も筆の何？	2
	失語、反復	知能検査中に「どういう意味？」と聞く。相手の言葉をオウム返しする	2
	非刺激性亢進	勝手にカルテを触る　口唇傾向（吸引、口鳴らし、鼻歌）	2
	失語	ADLがいいのに改訂長谷川式スケール7点以下	1
問診	反社会行動	盗癖、盗食、無銭飲食（これら1回既往だけでも陽性）	1
	食性行動異常	病的甘いもの好き、過食、異食、掻き込み、性的亢進	1
	衝動性	スイッチが入ったように怒る、急にケロッとする	1
	依存性	シャドーイング（家族の後ろをついてくる）　1人にされると逆上　人ごみで興奮	1
C T	左右差	大脳萎縮度に明らかな左右差がある（側頭葉や海馬）	1
	前側頭葉萎縮	ナイフの刃状萎縮（判定表参照）　か　強い前頭葉萎縮	1
合　　計			16

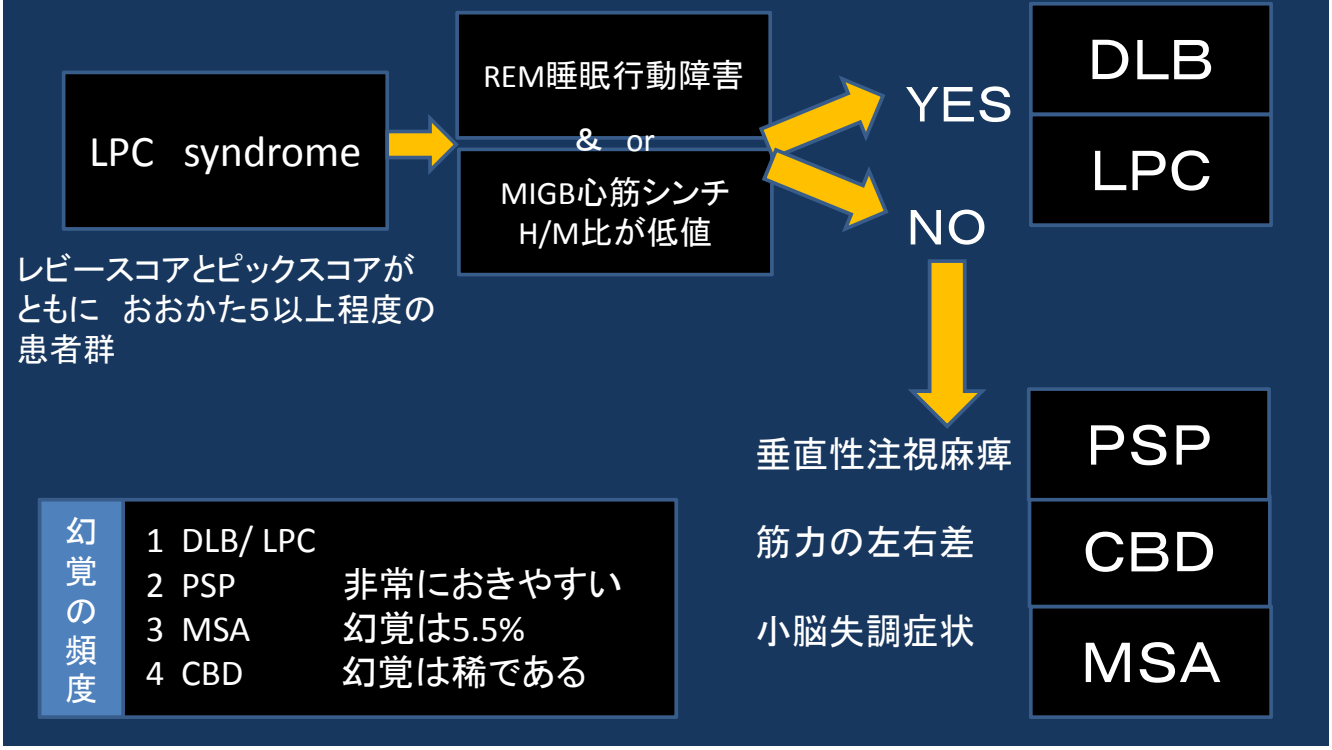
NS

認知症早期診断法



LK

LPC症候群からの鑑別の流れ



レビースコア 3以上：DLB　　ピックスコア4以上：FTLD　　LP

レビースコア、ピックスコアを用いた病型鑑別の流れ

語義失語
アパシー

声が小さい

LPC

Lewy-Pick complex syndrome

構音障害傾向

CBD,
PSP,
MSA

レビー小体型認知症

レビースコア 7 前後
ピックスコア　3 以下

レビースコア 7 前後
ピックスコア 7 前後

介護拒否
大　声
（ピック症状）

レビーセット
リバスタッチ
抑肝散かセレネース
メネシット
フェルガード100M
ニコリン注射1000mg

ピックセット
ウインタミン　、セルシン
フェルガード100M

＋

ニコリン注射

KA

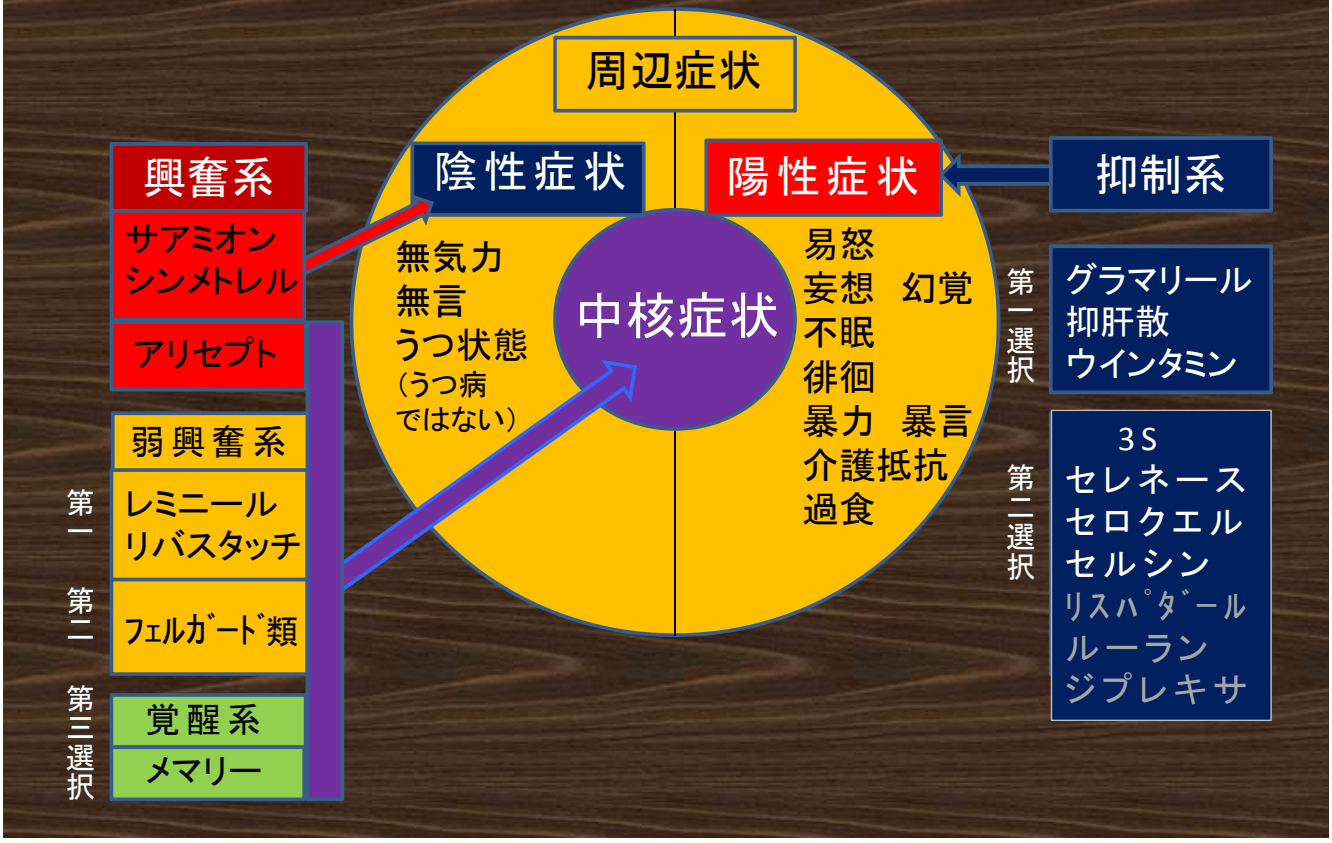
コウノメソッドの安心理論

1. 診断はできなくてよい
   正しい診断をしても患者がよくなるわけではない。
   治療方針に直結した分類をするほうが効率的
   キャラクター分類　陽証　→　抑制系
   中間証　→中核薬
   陰証　→　興奮系か中核薬
2. 処方精度を高めるために
   レビーっぽい　→　レビーセット
   ピックっぽい　→　ピックセット
3. 長期戦に強い
   フェルガード類の併用で、嚥下機能、脚力を
   長年保持させることができる

抑　制　系　グラマリール、抑肝散、ウインタミン（先発3本柱）
レビーセット　リバスタッチパッチ　抑肝散　メネシット　＋　ニコリン注射　ジェイゾロフト
ピックセット　ウインタミン　フェルガード100M

NS

認知症の標的症状と推奨処方



CS

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　**ウインタミン**　抑肝散 セルシン　セレネース　セロクエル ルーラン　リスパダール
2	患者を元気にさせてほしい。	アリセプト　サアミオン　シンメトレル　リバスタッチ 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。	**リバスタッチ**　アリセプト　レミニール　メマリー
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。	リバスタッチ　サアミオン メネシット　マドパー　ペルマックス
6	幻覚、妄想を減らしてほしい。	抑肝散　セレネース　ウインタミン
7	食欲を出してほしい。	ドグマチール　プロマックD エンシュアリキッド　ラコール

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

KL

コウノメソッドのラインナップ

興奮系

シンメトレル（変性系）
サアミオン　（虚血系）

中核薬

1　アリセプト
2　レミニール
3　メマリー
4　リバスタッチ・イクセロン

サプリメント

Newフェルガード LA

覚醒系

ニコリンH 1000mg注射
フェルガードB

抑制系

先発三本柱　第二選択　その他

グラマリール（ATD　VD）
ウインタミン　（FTLD）
抑肝散　　（DLB）

セロクエル　（ATD VD）
セルシン　　（FTLD）
セレネース　（DLB）

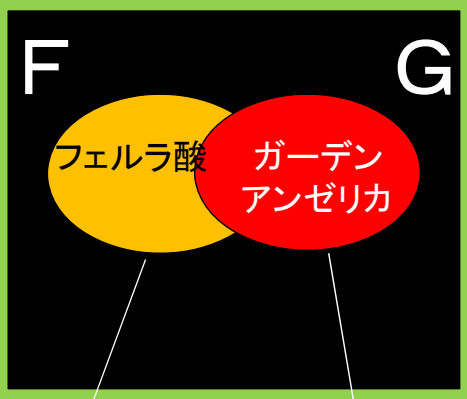
調整系

フェルガード100M

ATD アルツハイマー型　VD 脳血管性　FTLD 前頭側頭葉変性症　DLB レビー小体型

GT

ガーデンアンゼリカ系フェルガード類の使いこなし

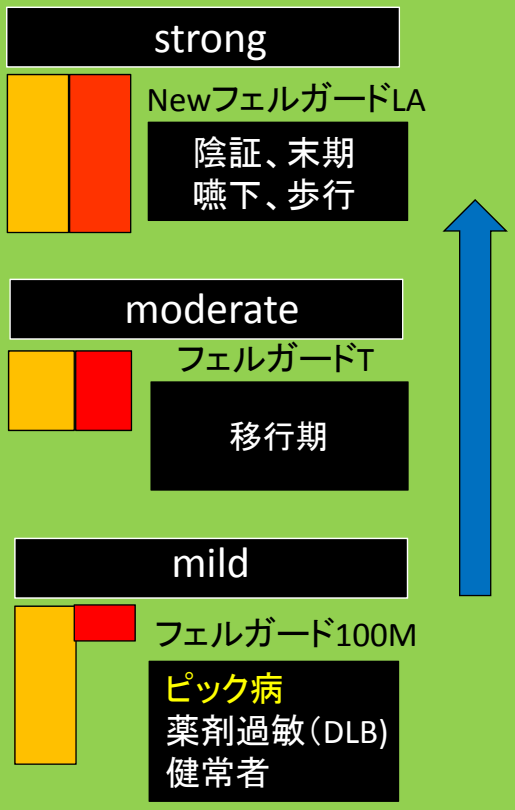


ATD予防作用
白髪の黒化、難聴改善
貧血、肝機能、HbA1c改善

覚醒作用
（重度認知症でも効く）
発語、理解、社会性

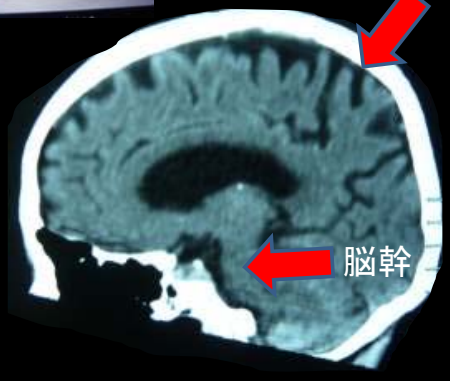
2成分を配合しないと臨床では効果が出ない

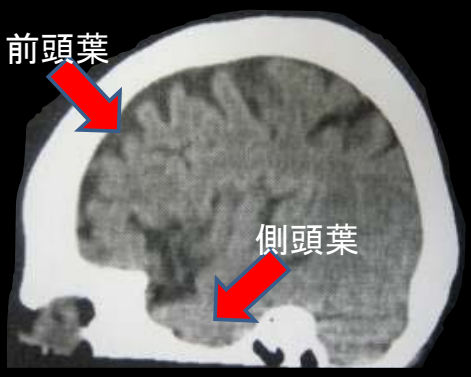
フェルラ酸だけでも老人斑は消えるが効果は出ない。



フェルガード類配合成分の作用部位（推定）

FS





予防
歩行
記憶
嚥下

覚醒
発語

ガーデンアンゼリカ

バコパモニエラ

NewフェルガードLA
NewフェルガードT
フェルガード100M

フェルガードB

これは代表的な部位であり、脳機能はこれほど単純なものではありません

フェルガード類の使い分け

FT

標的症状

予防機能
静穏機能
認知機能
歩行機能
嚥下機能
覚醒
発語機能
過敏症
ハイテンション

フェルガード100M
無効
易怒
易怒なし
NewフェルガードLA
フェルガードB
NewフェルガードT

平成26年から購入方法

グロービアから直接
購入　電話（月～土）
03-5540-8975

正規価格（税抜）
100M　6000円
その他　9000円

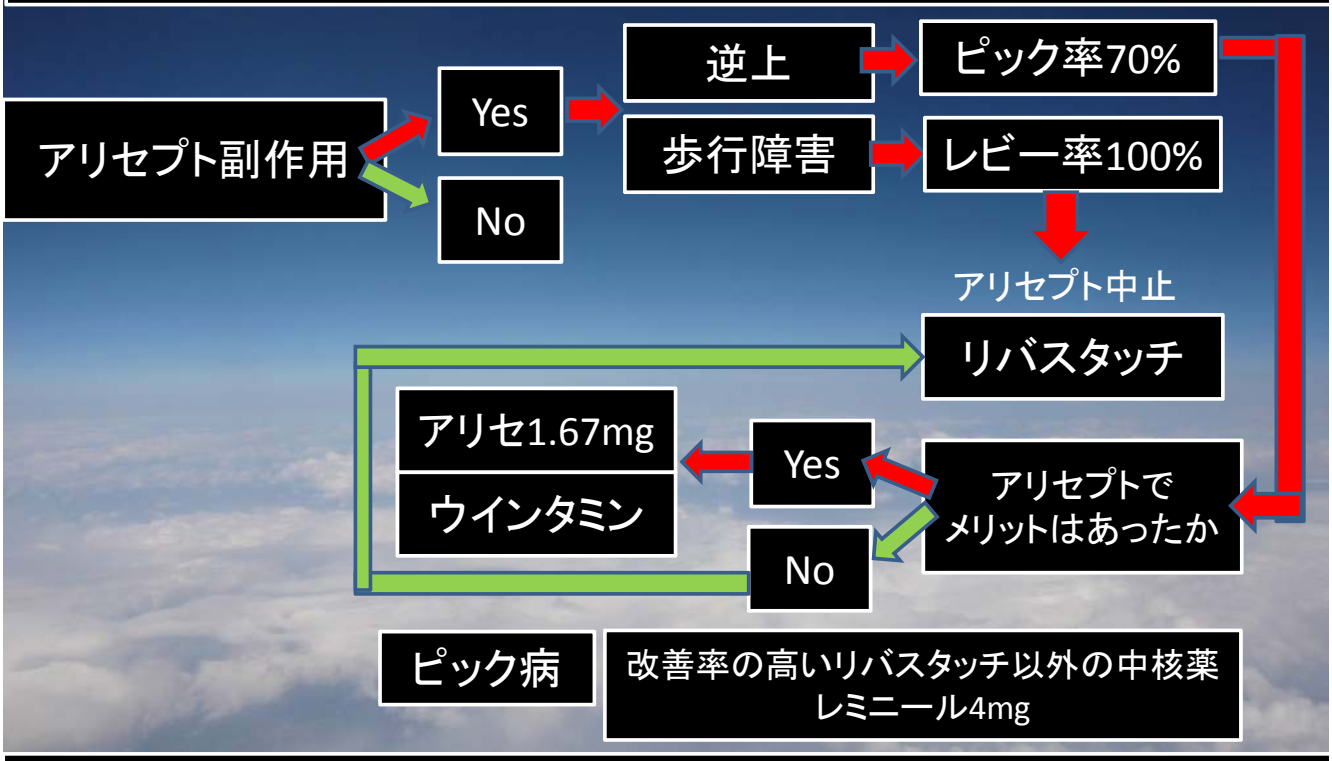
格安のものは偽物です

フェルラ酸単独は無効

コストが心配な方 → 急速飽和チャレンジテスト 朝2本夕2本 → 1か月で無効なら種類を代える

AG

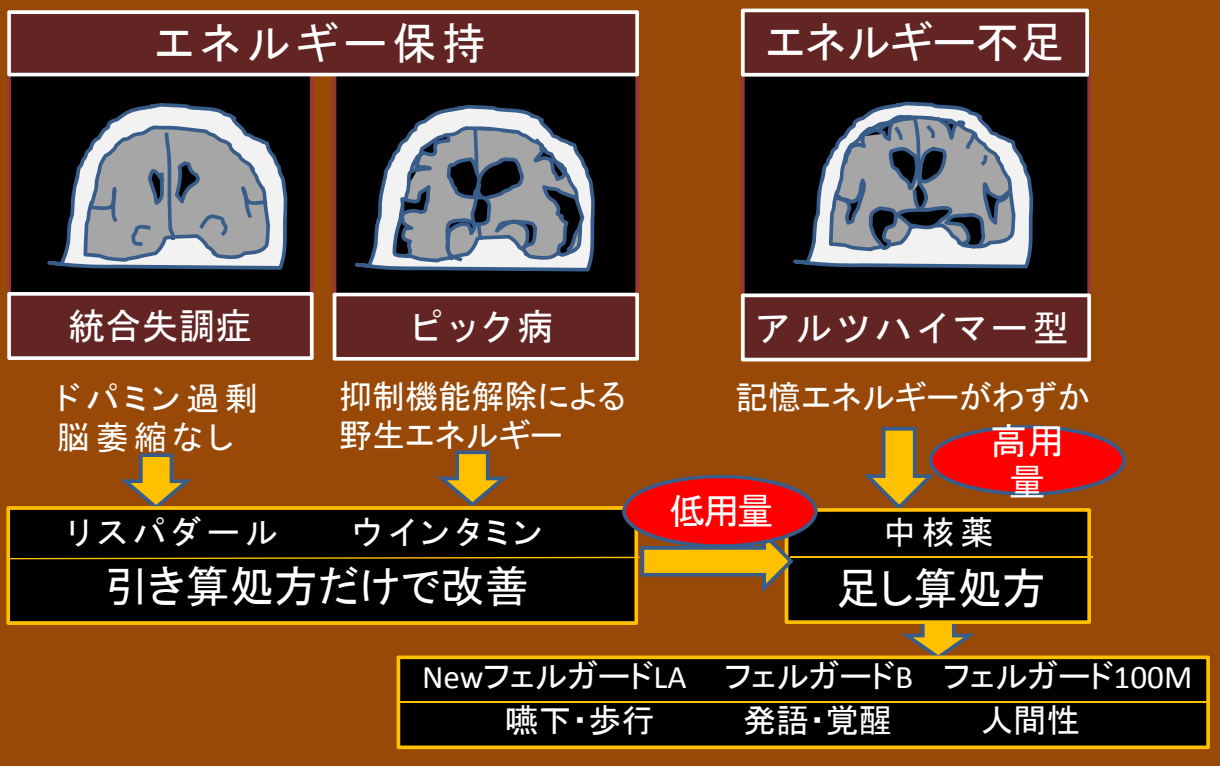
アルツハイマー型認知症（誤診コース）



ピック病、レビー小体型認知症　フェルガード類の最初
フェルガード100M×2

PK

ピック病はなぜ改善しやすいか



KH

コウノメソッドハッピーセット

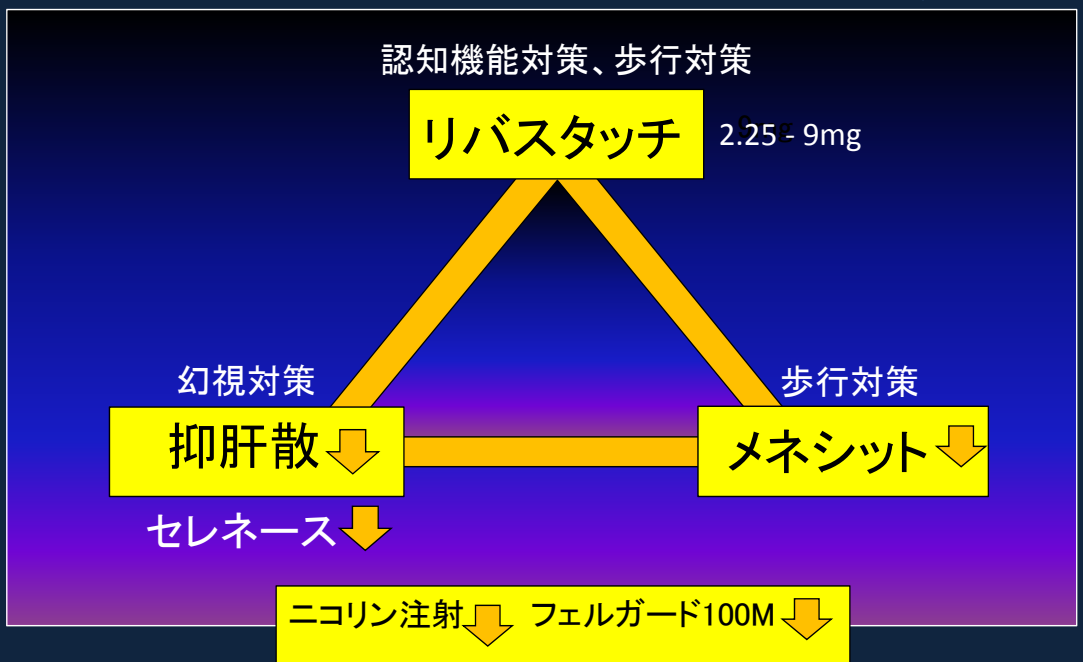
ハッピーセット	代表的くすりの組み合わせ
ピック セット	ウインタミン 4+6mg フェルガード100M×2
レビー セット	リバスタッチ 9mg 抑肝散 2 フェルガード100M×2
食 欲 セット	ドグマチール 50mg（30日終了） プロマックD 75mg×1-2
歩 行 セット	リバスタッチ 9mg 前後 メネシット 50 -150mg
睡 眠 セット	ロゼレム ベンザリン 7mg クエチアピン 12.5mg アメル
耳鳴り セット	カルナクリン 50mg×3 五苓散 2-3包

DK

DLB治療におけるコウノメソッド

さらば悪魔のトライアングル

薬剤節約効果



アリセプトをリバスタッチに代えることですべてがうまくいく

KLK

コウノメソッド
レビー小体型認知症に対する抗パ剤選択

1）障害物の排除

~~意識障害~~
ニコリン注射

~~ドパミン阻害剤 アリセプト~~
リバスタッチに

2）規定の抗パ剤使用

メネシット

ペルマックス

マドパー

4）オプション

熟睡サポート
ビ・シフロール

歩き出し、昇圧サポート ドプス

覚醒サポート
シンメトレル

3）助人外人（韓国の大砲）

フェルガード

レビー小体型認知症で、この6種で治せない症例はほとんどない。

第一選択

歩行障害の鑑別と対策 ＊LPC症候群

HT

リバスタッチ
フェルガード

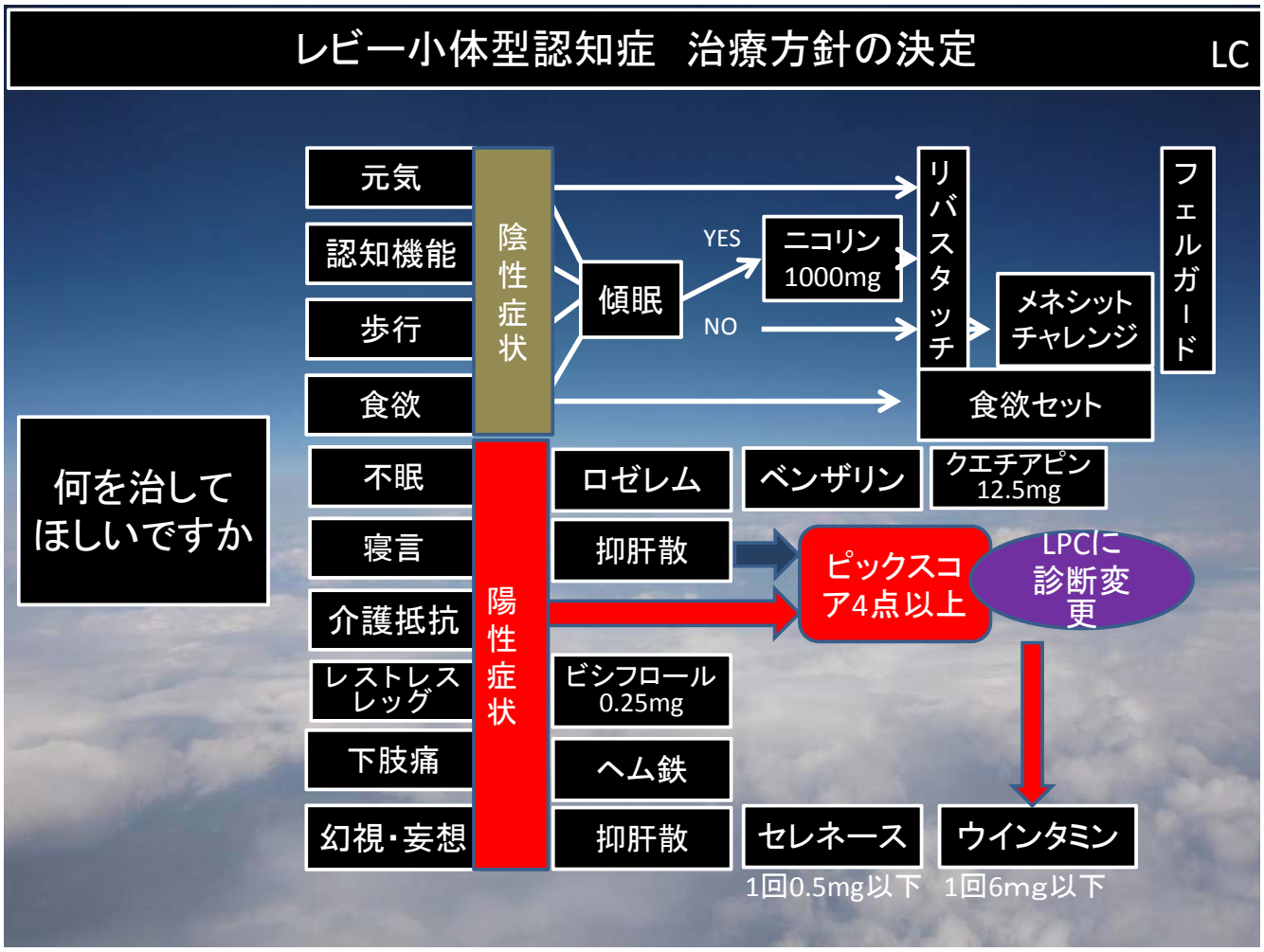
末梢血流改善薬

メソッドPD薬に変更

歩行障害

- 動作緩慢
  - 筋萎縮 → FTD-MND type ＊ / 強直性筋＊ジストロフィー
  - 転倒 → PSP ＊
- 小刻み
  - 歯車現象 → レビー小体型認知症
  - 尿失禁 → 正常圧水頭症
- ワイドベース
  - 構音障害 → 脳血管性認知症
  - 小脳症状 → MSA ＊ / クロイツフェルトヤコブ病
- ふらつき
  - 左右差 → パーキンソン病 / CBD ＊
  - 間歇性跛行 → ASO / バージャー氏病
- 不随意運動
  - 過量のPD薬 → ジスキネジー
  - 腱反射亢進 → 脊柱管狭窄症

歩行障害の患者全員にアリセプトは使わない（ドパミン阻害剤だから）



PS

ピック病への処方の優先順位

1 → 2

落ち着かなかったら処方しない。

抑制系	中核薬
1　ウインタミン　4-75mg	1　リバスタッチ　4.5- 9mg
2　セルシン　2-6mg	2　レミニール　4- 8mg
3　セロクエル　12.5-75mg	3　メマリー　5- 15mg
4　抑肝散　2.5-7.5g	
5　ニューレプチル 3-9mg	
屯　リスパダール　1-3mg	
屯　ルーラン　4-12mg	

SSRIは推奨しない（不確実、遅効）　アリセプトは原則禁忌

21

SC

食欲不振チェック表（対策）

優先順位	対　策	可能性の多いもの（高頻度配列順）（コウノメソッドでの使用許可薬のみ）
1	原因薬の中止、減量	中枢薬　レミニール、メマリー、アリセプト、リバスタッチ 抑制系　抑肝散、リスパダール、その他すべて 興奮系　ヒデルギン パーキンソン病治療薬　ペルマックス　その他 その他　アルマール
2	合併症の検索	胃潰瘍　心不全　肺疾患（肺気腫など）　脳梗塞 大腿骨頸部骨折　硬膜下血腫　正常圧水頭症 甲状腺機能低下　便秘
3	精神疾患	うつ状態　（ドグマチール短期間処方） ピック病 心因性腰痛（サインバルタ20mg処方）
4	環境	配偶者の死、入院　子供の離婚、借金 自分の入所、入院　同居者の変化　など
5	味覚障害	亜鉛欠乏（血清亜鉛検査、プロマックD処方）

原因がどうあれ、応急処置としてドグマチール、プロマックDを処方すれば80%解決する

KS

抗うつ薬の種類

コウノメソッドでの使用許可薬：黄文字のみ

カテゴリー			
三環系	アモキサン	ノリトレン	トリプタノール
	スルモンチール	トフラニール イミドール	アナフラニール
	プロチアデン	アンプリット	
四環系	ルジオミール	テシプール	テトラミド
SSRI	デプロメール ルボックス	パキシル	ジェイゾロフト
SNRI	トレドミン	サインバルタ	
NaSSA	リフレックス レメロン		

処方禁止薬

ジェイドロフト：DLBなどで食欲を低下させるほどのうつ状態のとき
パキシル：非定型うつ病の第二選択　サインバルタ：心因性腰痛に

FT

袋小路にはまった患者を
治療の引き出しの多さで改善に持ち込む

中核薬2種
フルドーズ

アリセプト10mg、
メマリー20mg

無効

80%に減量
（維持量）

＋

興奮系
覚醒系
調整系

中核薬の隠れた副作用を除去

アリセプト8mg　メマリー15mg
レミニール12mg　リバスタッチ9mg程度

興奮系　NewフェルガードLA　サアミオン　シンメトレル

覚醒系　ニコリン1000mg注射　フェルガードB　ヒデルギン

調整系　フェルガード100M

虚血系　プロルベイン6カプセル　セロクラール

	コウノメソッド2014推奨薬剤群（黄文字：高頻度使用）				服用時間				
	カテゴリー	強さ	商品名	使用剤型(mg)	朝	昼	15時	夕	就寝前
元気系	興奮系	1	サアミオン	5					
		2	シンメトレル	50					
		3	アリセプト（ピック病禁止）	細粒　3　5　10					
	弱興奮系	1	NewフェルガードLA	1日1-6本					
		2	レミニール（胃全摘禁止）	4　8　12					
		3	リバスタッチ	4.5　9　13.5　18					
		4	NewフェルガードT	1日1-6個					
	うつ系	1	パキシル	10					
		2	ジェイゾロフト	25					
		3	サインバルタ	20					
		4	ドグマチール（食欲セット、1錠）	50					
	覚醒系	1	ニコリン注射	1000					
		2	フェルガードB	1日1-3本					
		3	メマリー	5　10					
		4	ヒデルギン	2					
安心系	調整系	1	フェルガード100M	1日1-8本					
	抑制系	1	ニューレプチル	細粒　5					
		2	セルシン	2					
		3	ウインタミン（肝障害禁止）	細粒　12.5					
		4	セロクエル（糖尿病禁止）	12.5　25					
		5	ルーラン	4					
		6	セレネース	細粒　0.75					
		7	グラマリール	25 50					
		8	デパス	0.5　1					
		9	リーゼ（30日処方制限）	5　10					
		10	クラシエ抑肝散加陳皮半夏	3.75g					
		11	抑肝散	2.5g					
		12	加味帰脾湯	2.5g					
	睡眠系	1	ベンザリン	5 細粒　10					
		2	レンドルミン（30日処方制限）	0.75					
		3	リスミー	2					
		4	ロゼレム	8					
運動系	P　D系（頻度順）	1	メネシット	100					
		2	ペルマックス	50μg					
		3	ニュープロパッチ	2.25 4.5 9 13.5					
		4	マドパー	配合錠					
		5	ビ・シフロール（レストレスレッグ）	0.125　0.25					
		6	ドプス（昇圧、歩き出し）	100					
	振戦	1	アルマール	5					
	嚥下	1	タナトリル（血圧100以下禁止）	2.5					
		2	半夏厚朴湯	錠剤　2.5g					
虚血系	動脈硬化	1	プロルベインDR	1日2-6C					
		2	ロトリガ	2g					