

認知症薬物療法マニュアル

コウノメソッド 2016

【KONO METHOD 2016】

名古屋フォレストクリニック 院長

認知症治療研究会副代表世話人

河 野 和 彦

【KAZUHIKO KONO M.D.Ph.D】

コウノメソッド 2015 と違う、あるいは加筆した部位は赤字になっています。

高額なアリセプトを処方する医師はほとんどいないので、後発品（一般名）表記でドネペジルと記載する。リバスチグミンは、シェアの高いほうのリバスタッチで統一する。 図表紙

新記載

シンメトレルロケット アマンタジンを朝や昼に高濃度投与して、患者を活性化する新たな興奮系。シチコリン点滴より覚醒する患者がいる。一方妄想、元気がなくなる（奇異反応）などの副作用も多い。薬を開発した製薬会社への敬意を払って先発品名をロケット名に採用した。1回 100mg 投与をロケット、75mg 投与をサブロケットと称する。DLB への初回投与はサブロケットが安全。

点滴をできない患者にも便利で、薬代も極めて安い。適応症は、PSP を含めすべての病型に可能。

トリガー理論 用法用量どおり分 3 で効かない量を処方しても意味がない。高濃度で服用することで、それが引き金（トリガー）となって初めて効果が出るという考え方。アマンタジンに限らずフェルガードなどにも応用できる。

ドパコールチャレンジテスト指示書

アマンタジン指示書

リバスタッチ指示書

医師への助言

医師は選別される時代に

●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。ドネペジル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、治したことがないからである。用法用量通り処方すると危険なことがある。ちゃんと患者の身体と対話しながら丁寧に処方すること。

●インターネット普及の時代、一般の人にもあふれるほどの知識を持っている。一方、医師の認知症における誤った認識は目を覆うほどである。学会や医学書は、常識的な対応を教えてくれない。それどころか積極的に医療費高騰、副作用へと誘導している感もある。コウノメソッドは、もっとも常識的な患者に迷惑をかけない処方の仕方を具体的に指南している。

コウノメソッドはソユーズ宇宙船である

●学会は、新薬のすべてを推奨する倫理観のないキャンペーンである。学会が行われるたび

に医療費は高騰する。患者が増えたからではなく学会が医療費を高騰させている。学会の理事の目的は製薬会社に恩を返すことであり、必ずしも患者優先でないことがある。

●コウノメソッドは、無駄な検査を批判し、古い薬価の安い薬でも推奨する。真空管でもよいものなら使い続けるゾユーズ宇宙船と同じである。スペースシャトルは、常に最新の機器を更新した結果デリケートで危険なロケットになってしまった。**ピックセットのウインタミン朝 4mg、夕 6mg について、ノーベル賞級の発見と評価する医師もいる。**

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（ATD）に適応症をもつ4成分（ドネペジル、リバスタッチ、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。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。

●漢方薬、フェルガード、点滴療法がなぜ効果を示すのかわからない点が多い。そのことをエビデンスがないといって手を付けないとするならば、4000 年の間なぜ漢方薬は使われ続けてきたのか。医師はなるべく科学者であるべきだが、わからないものはわからない。わからないから患者に使うのはよせ、というなら、他の方法でコウノメソッドより高い改善率を示すことである。

●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。**うまく治せない実践医は、自己流を取り入れるから改善率が落ちる。コウノメソッドどおりの薬剤選択をしていない医師の相談には乗らない。自分で責任をとること。コウノメソッドのネーミングは、河野が責任をとるという意味である。**

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と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 日後に様子を見る。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。

日本のために無駄な検査、意味のない専門医への依頼は控えましょう

●この10年間は、認知症患者が爆発的に増えます。診断に医療費をかけず治すことに専念してください。専門医に依頼してもあなたよりうまく治せるわけではなく、むしろアリセプトを処方されて徘徊を助長し、行方不明者を増やすだけです。専門医に依頼すると診断機器を必要以上に使用します。自分の不安を消すために専門医に頼るのは、やめましょう。まず、お近くのコウノメソッド実践医（インターネットで公開中）にご相談されてはどうでしょう

か。そのほうが勉強にもなり、次の患者を治すことができるようになります。

●脳血流シンチは、そもそも脳卒中急性期のために開発されたものであり、慢性疾患の鑑別疾患に使おうと言う話になったのは、医療機器やアイソトープメーカーの販売戦略にすぎません。認知症は混合型が非常に多く、多くの患者は無駄であり、脳血流シンチが必要な認知症は200人に1人程度です。このような高度機器をもってしても読影できない勤務医もいます。大事なことは脳血流低下でなく、患者の症状が、いまどう出ているかです。

●75000円もする検査を少し控えるだけで、医療費削減の大きな効果になります。

臨床医よコロンブスになれ

●難病を治せないのは、薬がないからではない。保険医療、用法用量が患者を治す可能性を消しているのである。用法用量通りに処方して患者が治るなら名医などいらない。規程の4倍飲めば劇的に治るのに、規程量処方するから治らない。保険範囲内でやろうとするから治らない。

●目の前に難病を劇的に治せる薬、物質はいくらでもあるはず。それをうまく利用して想像力豊かに処方してこそ名医になる。ガイドラインどおり増量するとか、マニュアル通りにしか処方しない医師は、多くの場合診断能力も低い。医学部の偏差値と臨床医の力量が関連しないのは、医師になってから患者から学ばなかったからである。

●西洋医学によって集団統計から有意差を示したものをエビデンスというが、個体差、感受性の異なる高齢者の臨床において、役に立たないどころか、エビデンスのために設定された用法用量は危険で荒っぽいものである。だからマニュアル人間は患者に重大な副作用を連発し、改善させることはできない。

●患者の超高齢時代は、臨床医が日頃どれだけ創意工夫をし、未知の疾病と格闘しているかを知るためにつきつけられた課題である。とくにレビー小体型認知症はその象徴的疾患である。患者が高齢になるほど画像診断は意味をなさなくなる。医療のアナログ化がなされないと患者を守れない。それには、圧倒的な治療能力をもつ指導者が必要である。厚労省が考えていること（医療機器や施設に金をつぎ込む）は、まったく見当はずれであり国を亡ぼすことになる。愛知県の某国立センターは、初診待ち6か月という。開業医からセンターへの紹介状の多くが、家族によって封を開けられ別の医師に読まれている。

●基礎研究者が一生に1個の新薬を発見するのが精いっぱいであるほど、薬は貴重である。研究者の努力を患者に伝えるために臨床医がいる。臨床医は、たいせつに薬を扱い、その薬を絶対に効かせる、絶対に副作用を出さないという気迫をもって日々診療にあたるべし。患者が悪化するのには、薬のせいではなく95%医師のせいである。工夫のない処方箋で認知症が改善する確率は、プラセボ（30%）と同等である。医師にかかる必要はない。

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。

●しばしば認知症ブログで、精神科と神経内科の処方がよくないということを批判しているが、謙虚で正しい処方のできる医師もいる。しかし人格者でも正しい処方をできないケースも当然あり、処方が変わってから調子がよくないなら飲み続けるべきではないし、それでも医師が継続を命じるなら、おそらくその医師はやめるべきである。そういった高圧的な指示をしがちなのが精神科と神経内科に圧倒的に多いと言う事実がある。

●もちろん、私やコウノメソッド実践医でも過ちを犯すことはあり、態度が悪いと批判されるケースも聞き及んでいる。ただ、過ちの確率は少ない。遠方のコウノメソッド実践医に通院しても落胆する場合もあるだろうし、100%期待に応えられるわけではない。しかし国内の実践医が増えて、1患者が複数の実践医を選べる状態になることをめざして整備しているところである。

●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、ボランティアではない。

●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。公開していなくても隠れ実践医はいくらでもいる。実践医が近くにいなくても自分の主治医が隠れ実践医になればよいのである。

「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。

●グルタチオン、シチコリンは古くて薬価の安い薬なので、製薬会社や学会が厚労省に難病への適応申請を行う可能性は低い。そこでPSP家族会などが結束して厚労省に保険適応を請願する動きが期待される。**低価格混合診療は認められるべきであり、その運動をおこす準備がある。**

コウノメソッドにおける表記

●ウインタミン・コントミンは、同じ成分だが細粒や錠剤の製造終了の為、細粒はウインタ

ミン、錠剤はコントミンしかない。従ってウインタミンと呼称を統一する。

●疾患名はすべて略号とする。アルツハイマー型認知症(AD)、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)、皮質性小脳萎縮症(CCA)、正常圧水頭症(NPH)、パーキンソン病(PD)。

●**新たな分類により FTLD との名称は消え、20 年ぶりに FTD にもどるもようだが、コウノメソッドでは無視して FTLD を継続する。**

●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、AD 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。ドネペジル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。

●平成 26 年 1 月からグルタチオン点滴について認知症ブログで紹介しているとおり、パーキンソニズム、小脳失調などの歩行障害に劇的な効果があるため、原因不明の歩行障害には、タンデムゲイトの検査も行っていたきたい。排尿障害もあれば MSA である。

コウノメソッド分類

●病理基盤にとらわれず、治療方針と直結した患者分類を行う。**日本医事新報の「コウノメソッド流 臨床認知症学」(2015)で初めて成文化された。この医学書は福岡市医師会の幹旋図書に指定された。**

●最初に分類すべきは、バイタリティー分類（覚醒系、意識障害系、歩行障害系）である。これによってグルタチオン＋シチコリン点滴の適応者が抽出される。覚醒系には ATD、FTLD が該当、意識障害系＋歩行障害系には DLB、歩行障害系には VD,NPH がおおた該当する。

●次に分類すべきは、エネルギー分類（陽証、中間証、陰証）である。ATDは中間証の患者が多い。ピック病は陽証、DLBは陰証が多い。LPCは陽陰証混合である。

●最後の分類が一般の病名に近い。神経伝達物質（NTM）分類である。

アセチルコリン欠乏病＝ATD

アセチルコリン・ドパミン欠乏病＝DLB 図KB3

ドパミン過剰病＝統合失調症、ピック病

アセチルコリン欠乏・ドパミン動揺病＝LPC（症候群）

神経連絡不全病＝VD

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。MMSE と HDS-R を同じ日に2種行う必要はほとんどない。患者を疲れさせることにメリットはない。2種行なう医師は、学会発表などの私事の目的があるからである。

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（ドネペジルが効かない患者）であり、半数が ATD（ドネペジルが効く患者）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。あまりピックの萎縮がないのに、ピックらしさのある高齢者は AGD である。少量のウインタミンがよい。

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。大うつ病は精神科に丸投げして、非定型うつ病は自分で治すこと。後者はジェイゾロフト25mgタだけで80%が2か

月以内に再来しなくなるほどすぐに完治する。非定型うつ病は、それほど感冒のようなものである。

レビスコア (図 L S) () 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 2015 (図 P S)

- 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? 人が多く集まる場所へ連れてゆくと興奮しませんか? (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え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 (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。

LPC パターン レビスコア、ピックスコアともにおおかた 5 点以上の患者を LPC と診断しておくことと便利である。病理基盤が DLB か FTLD が確実なら真性 LPC と呼ぶ。いずれも確実でないなら LPC 症候群としておき、経過を観ながら PSP,CBD,CCA,MSA と気づいてゆけばよい。LPC 症候群の陽性症状にはウインタミン、中核薬にはリバスタッチをつか

うのが正攻法である。

コウノメソッドのコンセプトと神髄

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。

コウノメソッドの神髄

1. 高い改善率、常に進化
一般薬だけでなく、サプリメントや点滴療法を使う。
一般の用法用量とは異なる独特の投与法
認知症以外のあらゆる中枢神経系難病も治せる
病状の変化に合わせた的確な処方アレンジ
2007 年から毎年ネットで開示し更新。新たな治療法はリアルタイムで公表
300 人の実践医が、意見交換し新たな方策を考案しつづけている
2. 副作用予防、介護者保護主義
介護者、施設スタッフに薬剤調整法を教える（家庭天秤法）
介護者が楽になるように患者を変える
3. 低い医療コスト、医師教育システム
高度医療機器なしで鑑別診断できるツール
古い薬を認知症用の用量設定でよみがえらせた
薬の選択順や用量を細かく指導し、不慣れな医師でもすぐに治せるようにした

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NS1）

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、メモリーの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ないしバコパモニエラ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。マウスの実験では老人斑の減少が証明されている。神経伝達物質への驚くべき結果が出ており、**いすれ**発表される予定である。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**3か月で有意に**退縮、血圧低下、末梢循環も改善する。血小板凝集抑制剤と併用した場合、その作用を増強する傾向は否定できない。医師の許可で購入する。

テクニカルターム（河野造語）

ベルシェーブ 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。

バードシューティング 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 レブ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。

コウノメソッドロジー 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。用量のテーラーメイ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。

アセチルコリン欠乏病 ATD のこと

アセチルコリン・ドパミン欠乏病 DLB のこと

ドパミン過剰病 統合失調症、ピック病のこと

アセチルコリン欠乏・ドパミン動揺病 LPC、LPC 症候群のこと

海馬置き去りタイプ FTLD と気づく CT 読影の際の現象。海馬が萎縮せずに側頭葉外側など他の部位の萎縮が強い組み合わせ。これを ATD と誤診する医師はいない。図ZKS

シンメトレルロケット アマンタジンを朝 100mg、ないし朝 100mg+昼 100mg を投与すること。朝 75mg ないし朝 75mg+昼 75mg はシンメトレルサブロケットを称する。開発した会社への敬意を示すために先発品名をロケットにつけた。シチコリン点滴より効く患者がかなりいる。失敗（ハイテンション、妄想、奇異反応）も多いので要注意。

トリガー理論 一度の投与量を多くすることで、それが引き金（トリガー）となって発火し患者に変化がみられること。1 日 3 回等価投与してもまったく効かない薬でも、効かせたい時刻に2、3倍飲ませることで効果が出る。

コウノカクテル点滴 グルタチオン、シチコリン、ソルコセリル、ビタミン C の4種を患者に合わせた配合でカクテルした点滴。患者がグルタ組、シチコ組、ソルコ組のいずれかであるのか早く発見すること。グルタチオンとシチコリンは同時増量すると調子がわるくなることがあり、どちらかという天秤のように増減する。シチコ組ならグルタは少し（0-1000mg）のほうがよい。抗酸化点滴のマイヤーズカクテルを意識した命名。GCS 点滴という医師もいる。

多系統神経伝達物質欠乏状態 超高齢者の脳内環境のこと。アセチルコリンだけを賦活するドネペジルの規程量単独投与が、いかにこのバランスを崩すかわかる。

認知症の早期発見 (図NS2)

老化か認知症かの鑑別 →ドネペジルチャレンジテスト

ドネペジル 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MC I 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。体調がよくなったなら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）。ただし正常加齢、DLB でもアミロイドは陽性になりうる。非常に強い陽性のときだけ ATD だろうと予想できる。

うつ病圏の除外

→1) バランス8 (図BE再掲)

→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%、治そうとい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い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 にドネペジルだけ処方し、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ドネペジル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、ドネペジル常用量、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 処方では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、食欲が落ちていないか。

●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するのではなく、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。

●歩行障害の合併したせん妄のときは、グルタチオン「タイヨー」1400mg+シチコリン250mg程度の静注を行う。グルタチオンと併用するとシチコリンの必要量は減る。グルタチオン点滴は老衰も治せる。どうしても1週間生きていてほしいなら毎日点滴すれば生きている。

●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錠やジブレキサザイデイス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と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るだけで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 25 μ g 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 50 μ g 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 とわかっていても 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。**

「易怒」からの診断フローチャート 図 JSS2

意識障害系、歩行障害系からの診断フローチャート 図 JSS3

アルツハイマー型認知症と誤診されている患者の補正方法 図 AG

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）初期は期待できない
タンデムゲイト（CCA、MSA 検出）
指鼻試験、指指試験 陽性の場合には小脳失調はもはや中等度以上である。

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

レビスコア 3 点以上で 90%DLB
ピックスコア（FTLD 検出セットを含む） 4 点以上で 90%FTLD
バランス 8（若い患者でうつ状態の場合）
マルチスライス CT 多発梗塞、脳腫瘍を見落とすおそれはある

外注検査

認知症 200 名に 1 名くらいは、脳血流シンチ、MIBG 心筋シンチを行うのが望ましい。
多発梗塞、脳腫瘍を疑ったら MRI を発注する。
DAT スキャンは無意味。医師の経験のほうが正確。

必須薬剤（図 K L） 1 日推奨量

1 抑制系

先発 3 本柱（グラマリール 15-150mg、ウインタミン 4-75mg、抑肝散）
セカンドライン（セレネース 0.3-1.5mg、セルシン 2-6mg）

2 中核薬先発 3 本柱（リバスタッチ 2.25-9mg、ドネベジル 1-10mg、レミニール 4-20mg）

3 興奮系（シンメトレルロケット サアミオン）

アマンタジン 50mg 錠を朝 2 錠、ないし朝 2 錠+昼 2 錠=シンメトレルロケット
朝 1.5 錠、ないし朝 1.5 錠+昼 1.5 錠=シンメトレルサブロケット
副作用あったら減らすように家族に言うこと
副作用：ハイテンション、易怒、妄想、幻視、奇異反応（ぐったりする）

4 うつ系（ジェイゾロフト 25、サインバルタ 20）

5 レビー系（ドパコール 50、ペルマックス 50、ピ・シフロール 0.125）

6 食欲セット（ドグマチール 50、プロマック D75）

7 感冒系（コタロー麻黄附子細辛湯カプセル）薬剤過敏者の感冒に

必須注射剤

- 1 歩行系（グルタチオン「タイヨー」200）1 日 600-3600mg
- 2 覚醒系（シチコリン「日医工」注射液 1000mg、500mg、250mg）
- 3 栄養系（ビタミン B12 製剤）

推奨薬剤

抑制系第二選択以降

(クエチアピン 12.5「アメル」、リスパダール OD0.5, 1)
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、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、ニュープロパッチ)

うつ・不安系 (リーゼ 5・10、デパス 0.5・1.0、パキシル 10)

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 VG 軟膏、ラミシール、プロトピック小児用軟膏、ザーネ)

注射剤

ソルコセリルアンプル (ソルコ組に必要)

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 50×2-3 (安静時心拍数 90 以上の者には処方しない)

嚥下 カプサイシンプラス (健康食品、三和化学)、タナトリル 2.5mg 半錠×2 (血圧
110 以上のものに限る)、クラシエ半夏厚朴湯エキス錠 朝4錠+タ4錠 ないし4錠×3、

睡眠薬 レンドルミン 0.75(30 日処方制限)

頻尿 ステープラ 0.1 2錠×1 ないし2 (1日4錠まで)

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) 1日2-3錠

慢性心不全 アルダクトン 25

椎骨系めまい セロクラール 20

耳鳴りセット 内耳系：カルナクリン 50 単位×3、五苓散×3、リンデロン 0.5mg 朝
中枢系：アタラックス P 筋注。リーゼ 2-3 回、

神経痛 リリカ 75 (転倒する場合は懸念されれば 25mg) (劇症肝炎報告あり)

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**。

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）、
コディオ（中毒性表皮壊死融解症）、
ディオバン（中毒性表皮壊死融解症）。

格別推奨はしない薬

レキサプロ（副作用 65.2%）格別ジェイゾロフトより優れるという証拠はない。会社は高齢者に優しいと説明しているが根拠がない。

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、ノバルティスファーマ：エーザイは 16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。ノバルティスファーマは、ディ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。医療費沸騰の時代に政府が懸命に後発品の使用を勧めているにもかかわらず、エーザイはレビー小体型認知症へのドネペジル後発品処方させないようにした。これは、国内の経済を脅かす行為である。

抑制系の選択、増量方法

●陽性症状を押さえるには、中核薬（ドネペジル、レミニール、リバスタッチ）を減らすか中止が原則であり、この手技を行わずに抑制系を数せることは邪道である。但し進行が速い場合は中核薬減量に留めるかグルタチオン、フェルガードのFG療法で中核症状を支える。

●ピック病の場合、抑制系の選択順は、①ウインタミン、②セルシン、③セロクエルと決定済みである。リスペリドンも後発品で0.5mg錠が利用できるので従来ほど怖い薬ではなくなった。ただ、ピック病はウインタミン反応者9に対して、リスペリドン反応者1の割合なので、リスペリドンは主役にはならないし、彼らもやがて二次性パーキンソニズムになり第三期ではドパコールが必要となるので、リスパダールを中心とした組み立てはできない。

●ATD、VDにはグラマリールであるが、フロンタルバリエーションにはウインタミンでよい。グラマリールとウインタミンは併用しない。（パーキンソニズムをおこしやすい）。ウインタミン、セルシン、セロクエルの3者併用はありえるが、ウインタミン75mg＋セルシン6mgで制御できないピック病は5%程度である。

●奇異反応（かえって興奮する）を示す患者が5%未満で存在し、ニューレプチルが最後の砦としてとってある。5mg錠では寝てしまうので、原則3mg細粒を調合して、1日1－3回服用させる。ニューレプチルはセロトニン阻害と言う特殊な作用機序なので効果は非常によい。 ☒ YG

中核薬の特性 **図4**

●ドネペジル

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ドネペジル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)
MCI にドネペジルを飲ませたところ ATD への移行が促進されてしまったと言う論文があるので、悪化したらすぐに中止しフェルガード 100M 単独に切り替えること。

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モ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。これらをドネペジルの副作用だと気づかない医師が非常に多いので、家族は勝手に半減させたり中止したりして、即刻コウノメソッド実践医に意見を聞きに受診すること。2014 年9月にDLBへの適応拡大がされたが、慎重投与しないと患者が死ぬおそれがある。厚生省はいままで数々の過ちを犯しており、今後もやむことはない。

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モリー併用を開始。

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、メモリー併用し、悪化してきたらドネペジルをリバスタッチに変更。悪化していなければドネペジルをやめる必要はない。ドネペジル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、レミニールとメモリーはあとから（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。最初からドネペジルよりレミニール＋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。

増量規程 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：上記の規定は非常に危険である。

査定されたとき、再審査請求書を提出しても通らない県がある。4mg 内用液4本を処方しておいて、何本飲むかは状態に合わせるのが無難。4mg錠4錠処方は、8mg錠2錠より薬価が高いので認められない。内用液ならmgごとの薬価なので通る。

ピック病への投与：中核薬としてはリバスタッチが安全であるが、かぶれ、はがしてしまうなどの場合は、レミニール4mg＋ナウゼリン10mgで始める。4+4mgは多すぎる。しかし1日4mgは通らないので、4mg内用液2本28日で処方開始、56日後から4本処方する。

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。1日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」と但し書きを書いても通らない県がある。必ず9mgに増量した処方にする。ハサミで切って適量を貼る。切ってはいけないという薬剤師は無知である（切ってはいけないパッチもある）。

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。

もっとも理想的、確実なものは、ピュアバリア（420円）、漢方薬成分でかゆみを予防する。グロービアから医師が10本単位で卸す。フェルガードと同時注文が条件。

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。PSP,CBDに使うと足がかえって重くなる場合があるので、その際は2.25mgにまで減量して、それでもおかしいなら中止する。CCA,MSAの場合は改訂長谷川式スケールで24以下からリバスタッチ使用可能。認知症でないCCA,MSAにはリバスタッチは使わない。本人が記憶低下を気にするならNewフェルガードLA粒タイプ3個やシンメトレルロケットで対応する。

●メモリー

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。メモリーの存在価値は、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・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。ドネペジルは軟便になるので、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で初めて効いたという患者はほとんどいない。

コウノメソッド：5mg長期は、レセカットされるので下記の県は必ず10mgには上げること。5mg2錠はカットされない。

レセプトをカットする自治体（愛媛新聞）

共同通信のアンケートによると、過去3年に9県が少量投与をカットした。

青森、千葉、神奈川、岐阜、静岡、愛知、兵庫、島根、高知。

回答しない自治体は、北海道、秋田、群馬、福井（把握していない）、滋賀、京都、大阪、福岡、佐賀、長崎、大分、宮崎。

総 括

中核薬 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ドネペジル、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、ドネペジルが ATD、レミニールが VD、SD である。4 成分とも増量規定に縛られなければ、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。但し書きしても開始用量での長期は認められない。

とりあえず 2 段階目に増量しておき、副作用が出たら減らしてよいと家族に伝えておくしかない。アリセプトは高額なので先発品を処方すべきではない。レビー小体型認知症と病名記載したらアリセプトをあと数年は処方しなければいけない。

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 LA 粒タイプが、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 LA 粒タイプは、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）。

グロービア電話 03-5540-8975（平日朝10時から）

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%。ドネペジルと併用したほうが、改善率が上がるということはない。効果が出て来たらドネペジルを継続する価値はなく、ドネペジルを減量してよい。ドネペジル以外の中核薬は併用で相乗効果がある。

急速飽和 その患者がフェルガードの responder かどうかを早く知るためには、一般的な飲み方（1日2本）の3倍程度（朝3-4本）服用してみる。40日経過しても変化がない場合は、フェルガードは効かないかもしれない。うつのある患者はプロルベインDR 朝4、タ2が2か月以内に効くかもしれない。

●プロルベイン DR

赤ミミズの内臓から美原（宮崎医大）が発見した線溶系ルンブロキナーゼにヒントを得て、広瀬（広瀬クリニック、愛知県）が田七人參、ルチン、イカキトサンを配合したサプリメント。赤ミミズは宮崎で養殖され、冬眠しないように改造されて年間を通じて安定供給できるようにされた。

西洋医薬は、血液が固まるのを防ぐだけであるが、このサプリメントは動脈の内腔の構造を根本的に若返らせる。河野、岩田（明）など多くの医師も5年以上内服しており、血圧は約10mmHg低下し、大血管、小血管の血行促進によって、神経系の改善（肩関節周囲炎、インポテンツ、レイノー、頭痛など）が望めるだけでなく、精神系の改善（うつ状態）が1000人規模で報告されてきた。脳血管性認知症や血管脆弱性が予想される高齢者の脳虚血に第一選択となる。

穴水聡一郎ら：凍結乾燥ミミズエキス含有サプリメントによる動脈硬化改善効果の検討。日本東洋医学会雑誌 66(4):275-281, 2015.

動脈硬化度が実年齢より高い19名にプロルベインDRを6か月投与した結果、投与3か月後、6か月後のいずれにおいても頸動脈エコーの動脈硬化指標3つとCAVIのすべてにおいて有意な改善を認めた。出血傾向などの有害事象は認められなかった。

医師に相談して購入する、カイン（奈良市）に問い合わせを。電話 0742-30-1351

●その他の期待できる健康補助食品

COCOWELL エキストラバージンココナツオイル

400g 2800円 amazonなどで購入。料理などに入れるが、冬は白く固まっている。夏は透明の液体。コーヒーに入れても良いが表層に油が浮いて見える。認知症患者がかなり

改善する場合があるし家族も常用してよい。効能は医師が認めており、多くの本も出ている。

神経伝達物質分類別処方

●アセチルコリン欠乏病＝ATD、アセチルコリン・ドパミン欠乏病＝DLB、ドパミン過剰病＝ピック病、神経連絡不全病＝VD、アセチルコリン欠乏・ドパミン動揺病＝LPC と考えると処方を組み立てやすい。

●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。従って完璧に診断する必要はなく、アルツハイマー病、ピック病、レビー病を感じをつかめば、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 レビスコア、ピックスコアが大方5点以上。

HDS-R、レビスコア、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)。

●コウノカクテル点滴 図KST 図KC

適応症：パーキンソン病、あらゆる認知症、難病、自閉症スペクトラム症、健常者の倦怠感など。背部筋痛、腎症の蛋白尿、肝機能、膠原病、線維性筋痛症、喘息（ステロイド節約効果）なども効果がある。

スターターパック：初回に何が効くかわからない場合は、4成分とも入れる。

グルタチオン 1600mg、シチコリン 250mg、ソルコセリル 4ml、ビタミンC 2000mg。

使用方法 静注か点滴 ゆっくり打つ必要はない。ふつうは生食か5%ブドウ糖 50mlに入れて点滴。血管が出ない場合は、原液2ml程度を2か所に筋注。

最大量 グルタチオン 3600mg、シチコリン 2500mg、ソルコセリル 12ml、ビタミンC 4000mg。

天秤現象 グルタチオンとシチコリンは、両方増量してはならない。グルタ組とわかればシチコリンは絞る。シチコ組とわかればグルタチオンは絞るほうがよく効く。その理由は不明である。

カクテル比率 グルタ組、シチコ組、ソルコ組の比率は、6:3:1くらいで存在する。シチコ組に所属しやすい疾患はDLB。あとは患者個々によってさまざまである。

安全性：深刻な副作用はなかった（名古屋フォレストクリニック）すでにアンチエイジングなどで大量療法は昔から行われている。低血糖は1例も出ていない。

投与間隔：連日でも2か月に1度でもかまわない。400mgでも毎週打つと変性疾患に効果が出る場合もある。

有効期間：効果持続は2日から2か月と個人差が大きい、おおかた4日間が多い。60%が15分間の点滴終了直後から改善は明確にわかる（歩行やアパシー）

著効例：認知症ブログで毎週のように提示されているので、同じようにすれば改善する。

改善率：全員が効くわけではないが、柳澤厚生先生のパーキンソン病患者は、毎週点滴で効果が出たのは2週間からだった。その後9年間毎週打って、発病19年目87歳のPDでPD治療薬がゼロになるという奇跡の経過をたどっている。あきらめてはいけない。

最初の記載：2014年12月出版のフジメディカル出版、レビー小体型認知症（改訂版）で初めて医学書に、認知症にグルタチオンが効くことが報告された。

混合診療の禁止 保険請求をした日に点滴を行ってはならない。それを守れば公立病院でも可能である。

点滴療法が効かない場合 シンメトレルロケットが効く場合がある。

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。中間証と陰証にはドネペジルカリバスタッチ。

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、ドネペジルとグラマリールを併用。ドネペジルの維持量は3-10mg、グラマリールの維持量は25-150mg。

ドネペジル8mgで2か月間で効果がないときはメモリーを併用。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、ドネペジルのほうをレミニールカ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、ドパコールが新三種の神器 (図DK)。六種の神器は、フェルガード100M、グルタチオン+シチコリン注射、ジェイゾロフトを追加したもの。フェルガードガードは薬剤過敏性を考慮して最初は100Mから始めるが、とくに問題なければNewフェルガードLAにグレードを上げてゆく。顆粒が飲みにくい患者は粒タイプがある。顆粒1本に粒2個が等価であり、粒製品は1000円安い。粒は1日2-12個。

DLBの治療法はすでに完成している。ドネペジルのほうがよかったという家族の場合は、ドネペジルでよい。

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。

●歩行セット

第一段階 リバスタッチ+NewフェルガードLA2-9本 リバスタッチ指示書 (図RS)
歩かせたければドネペジルをやめろ。

第二段階 ドパコールチャレンジテスト (図DC)

●変性疾患セット

歩行セット+グルタチオン (+シチコリン) 注射 600-3600mg

グルタチオンの頻度は、月 1-8 回。連続 7 日間などという打ち方もある。往診先で緊急事態 (まったく食べられないなど) のときは連投を。

第二段階 点滴が効ない場合は、シンメトレルロケット (図SR)

●FG 療法

変性疾患セッソーリバスタッチ (認知症ではないから不要)

●老衰セット

孫の結婚式のためなどに、どうしても延命、覚醒させないといけない場合でも老衰はコントロール可能である。

食欲に、ドグマチール 50mg、プロマック D75mg×2。

覚醒に、リバスタッチ 2.25mg-4.5mg、グルタチオン 2200mg+シチコリン 500mg 7 日連続。下支えに、New フェルガード LA 3 本 (粒なら 6 個)

理学療法 関節の他動的屈伸、足底の刺激。声掛け、音楽 (本人が好きだった歌、モーツァルト、本人の表情で好き嫌いを判断する) 日光照射。人手が足りないときはおしゃべりまーくん。18000 円、楽天などで購入。

アロマ療法 日中は柑橘系、夜はラベンダー。

●脳血管セット

サアミオン、レミニール、グラマリールが 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 で確認された効能: 高血圧 (10mmHg は下がる)。五十肩、インポテンツ、レイノー症候群など

●ピックセット (図PS)

フェルガード 100M+ウインタミン。

ピック病へのウインタミン 1 日平均必要量は 25mg。軽度陽性症状なら朝 4mg タ 6mg が標準。はじめて院外薬局に処方箋を出す場合は、くれぐれも「0.04g と微量です」などと但し書きを書くこと (40mg 出された事故報告あり)。

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。奇異反応 (かえって

興奮)を示す患者にはドパミンブロックでなくセロトニンブロックをめざして、ニューレプチル細粒 3mg を1日 1-3 回試みる。これが最後の砦である。

セロクエル大量療法で著効した症例を経験したが、途中で副作用が出るため処方量調整は入院中が望ましい。(図8217B)

LPC の場合は、陽性症状の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) 5-10mg、ロゼレム、リスミー2mg 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(生体物質だから)。

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」かウインタミン 6mg 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) 食欲を落とす薬を減らす

最疑薬 ドネペジル、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(糖尿病にはエンシュアリキッド)

シチコリン注射:覚醒させる(グルタチオン+シチコリンも可能)

シンメトレルロケット

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。

1) 歯車現象を調べずに、ドネペジル、セレネース、リスパダール、ドグマチールを処方し

た医師。

- 2) 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
 - 3) 家族が薬を減らしたいと希望しても減らさない医師
 - 4) **末期でもないのに**ドネペジル、抗うつ薬、PD治療薬の3系統を同じ患者に処方した医師（パニック処方）
 - 5) DLBとPDは治療に差はないと発言した医師
 - 6) ドネペジル 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）
 - 7) 健康食品をはじめから否定する医師
 - 8) 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）
 - 9) 海馬萎縮が軽度だからATDではないという医師
 - 10) 脳血流シンチを行い、かつ診察をあまりしない医師
- 希望のある医師
- 1) よくわからないと正直に言う医師
 - 2) 家族からの情報をメモする医師

2015 年のトピックス

- 3月 第1回認知症治療研究会開催（東京）
7月 国会議事堂で参議院自民党議員に認知症の講義（東京）
10月 コウノメソッドの集大成 535 ページの医学書を出版
10月 社団法人「抗認知症薬の適量処方を実現する会」発足（東京）
11月 福岡市医師会が小著を幹旋図書に認定（福岡）

河野和彦の本 （最近5年間のみ）

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 **現在7刷**
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 **現在4刷**
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（実践医リストつき） **現在2刷**

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 **現在2刷**
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 フジメディカル出版
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 **現在2刷**
河野和彦：症例 DVD 付 認知症の正しい治し方 現代書林

2014 年

- 河野和彦：医者は認知症を「治せる」 廣済堂出版 **現在4刷**
河野和彦：コウノメソッドでみる認知症 Q&A 日本医事新報社
河野和彦：医者を選べば認知症は良くなる！患者も介護者も救うコウノメソッド：東洋経済

新報社（実践医リストつき）

河野和彦：レビー小体型認知症 即効治療マニュアル（改訂版） フジメデイカル出版

河野和彦（監修）：認知症を防ぐ「思い出し」トレーニング 宝島社（実践医リストつき）

2015年

河野和彦（監修）：認知症がぐんぐん改善する！8つの法則 日東書院

現在2刷

河野和彦（監修）：認知症医療は論より証拠 現代書林

河野和彦：コウノメソッド流 臨床認知症学 日本医事新報社

計35冊

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

長尾和宏、東田勉：認知症の薬をやめると認知症がよくなる人がいるって本当ですか？僕が「コウノメソッド」で変わった理由 現代書林 2015

河野医師の講演・見学・暖簾分けについて

●開業医なので外来を優先し、私的な施設、団体での講演は、あまり受けつけられません。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。学会は極力お受けします。

●外来見学は現在認めていません。

●暖簾分けとしては、現在新横浜フォレストクリニック（開院）、市川フォレストクリニックの名称がすでに登録されています。

コウノメソッド医療者

●コウノメソッド実践医は、シチコリン点滴が絶対条件で、なおかつグルタチオン点滴をできることが望ましい。

●最新の実働実践医は、医事新報社のコウノメソッド流臨床認知症学の巻末に記載された医師である。医療者の申し込み用紙は、認知症ブログの右上にバナーがついている。

●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。

●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(かもしれない)。

●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 28 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～金)

認知症治療研究会

●堀智勝先生を代表世話人、河野医師を副代表世話人とする研究会が、平成 28 年 3 月 13 日に第 2 回学術集会を横浜で行う。

●学術集会は、会員のみが参加できる。職種を問わない。申し込みは、認知症ブログの右上にある認知症治療研究会バナーをクリックして、各種手続き に入ってゆく。入会費用は年間 3,000 円、学術集会参加費用は 1,000 円。

●コウノメソッド医療者が、全員研究会の会員とは限らない。コウノメソッドイコール研究会ではないが、堀代表世話人は、コウノメソッドを骨格として今後の治療法の開拓をしてゆくことが効率的であるとの意見である。

●ほかの学会との違いは、医療従事者でなくても介護経験者の入会が可能であること、製薬会社の協賛を受けていないことである。ほかの学会と意見が異なる場合は、必ずしも協調し合うものではない。

抗認知症薬の適正処方を実現する会

●長尾和宏先生(尼崎市)を会長とする社団法人である。平成 27 年 11 月 23 日(祝)、東京で記者会見をおこなった。

●平成 28 年夏までにアルツハイマー型認知症治療薬 4 成分が増量されたときに副作用が生じた事例を 1000 例募集している。認知症ブログの右上にバナーがついているのでそこから入って、ネットで打ち込むか、FAX 用紙をダウンロードしてエントリーする。

社団法人の HP を開けていただき(<https://www.tekiryo.jp/>)、事例募集をクリック。中核薬が増量されたときに副作用が出た症例について記載してください。

グルタチオンによる低血糖

グルタチオン注射によって低血糖を起こす可能性がある。インスリン自己免疫を発生させる

と言う機序の為、注射して 4-6 週後まで注意が必要である。8 割がリウマチなどの膠原病系の合併者である。内服薬による場合は、予後良好とされるが、持続的低血糖を知らないでいると認知機能は下がるであろうから定期的な血糖測定も望ましい。グルタチオン点滴療法後に救急搬送されたケースがネットで散見される。

（ネットから抜粋）1999 年までに報告された 273 症例のうち、244 症例（89%）が日本人である（他は欧米の白人）。約半数において、低血糖発作の 4-6 週間前に、-SH 基のような官能基を持つ薬剤（メチマゾール・カルビマゾール・ペニシラミン・カプトプリル・グルタチオン・イミペネムなど）を投与されているため、薬剤誘起性の自己免疫現象と言われている

空腹時低血糖とそれによる低血糖症状（動悸・冷汗・ふるえなど）を起こす。低血糖は一過性で、30%は一ヶ月以内に、40%は 3 ヶ月以内に回復するが、一部の患者は 1 年以上軽度の低血糖発作が続く。80%の症例で、他の自己免疫疾患を合併する（25%にバセドウ病を合併するほか、関節リウマチ・全身性エリテマトーデス・血管炎・慢性肝炎などの合併も見られる）。

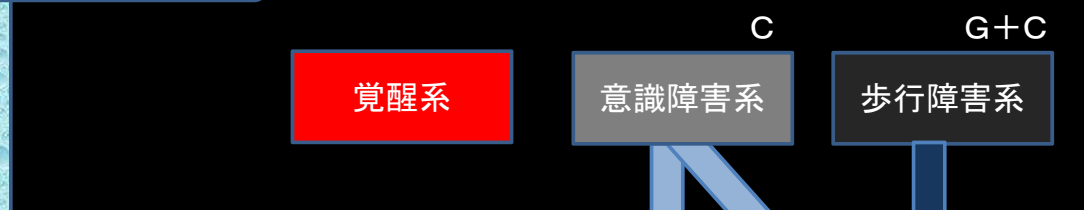
治療：頻回に食事（1 日 6 回など）をしたり、低血糖発作時以外には甘い食物を避けるなどが推奨されている。食後のインスリンレベルを下げるために、 α グルコシダーゼ阻害薬が役立つこともある。

予後：大多数は予後良好である。3 ヶ月以内に自然寛解し、薬剤中止の 4-12 ヶ月後にインスリン自己抗体が消失する。カルビマゾールやメチマゾール治療を継続しても、インスリン自己抗体が自然消失したという報告もある。（引用おわり）

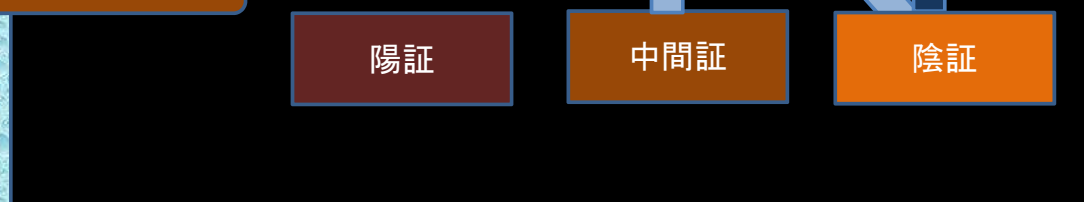
付録だった薬剤表などは省略するので、コウノメソッド流臨床認知症学を購入のこと。一般人でも読める医学書である。

コウノメソッド分類 DLBのキャラクター

バイタリティー分類



エレルギー分類



意識障害のあるDLBは中間証か陰証であることが多く、歩行障害があったらおおかた陰証である。陽証ならDLBでなくLPCである。

C、シチコリン点滴の適応 G、グルタチオン点滴の適応

「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

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 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	

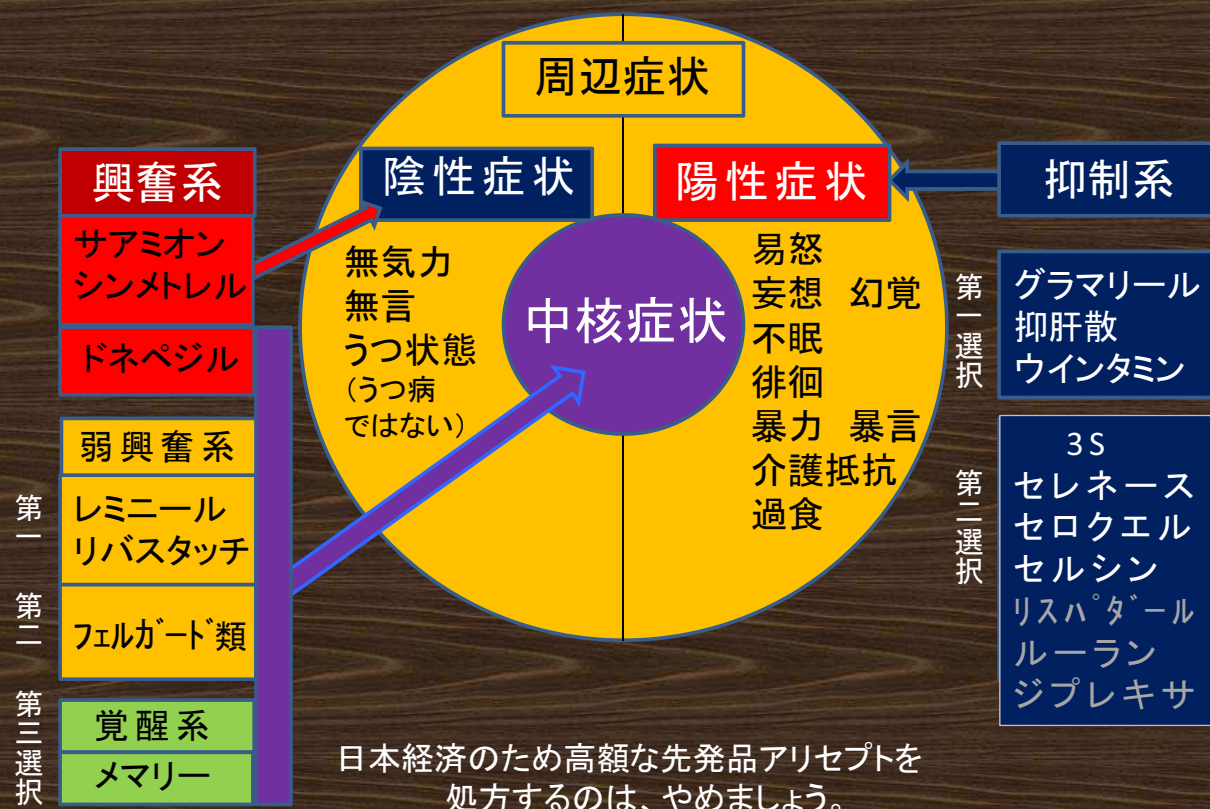
ピックスコア2015

4点以上なら
90% FTLD

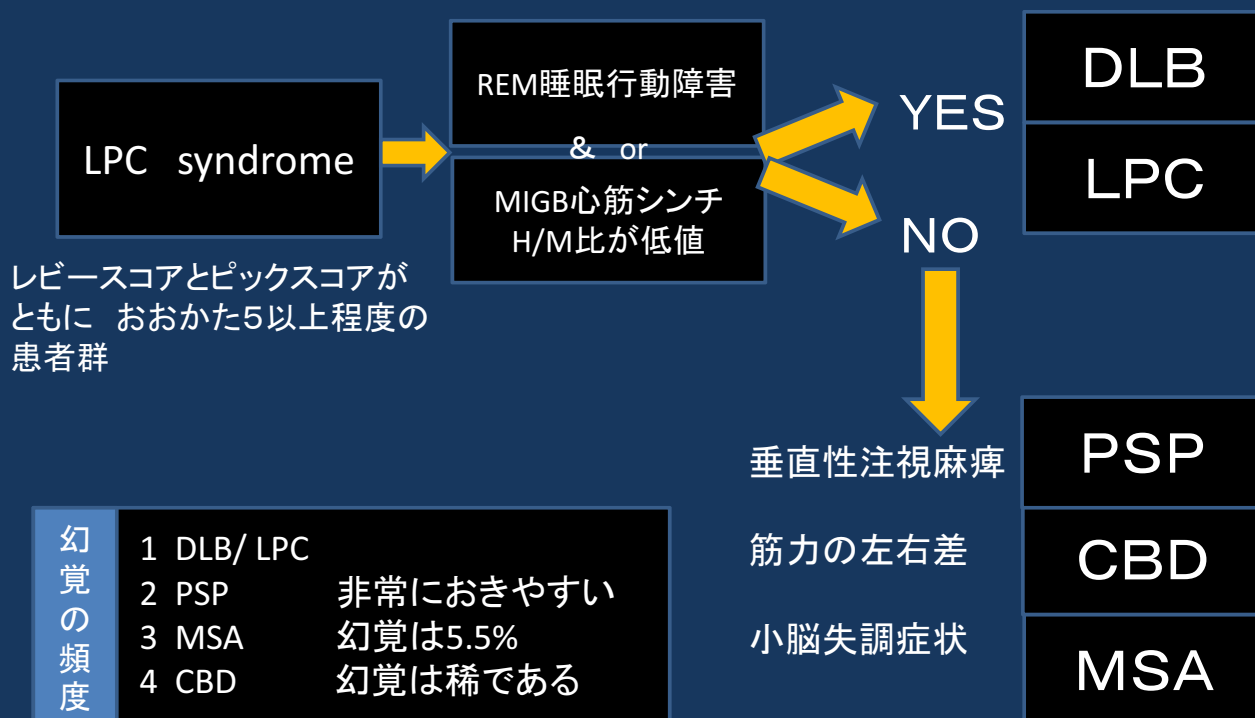
側頭葉症状

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左手で右肩たたけ 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) 人ごみで興奮、易怒となる	2
	失語	ADLがよ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	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

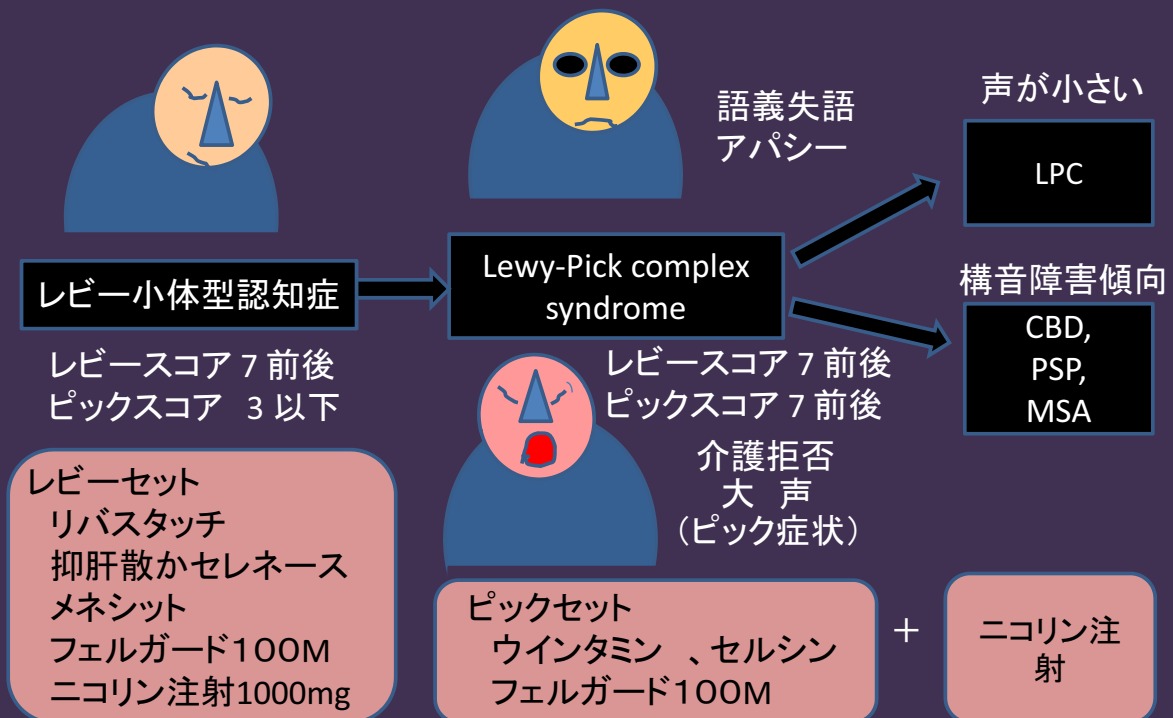
認知症の標的症状と推奨処方



LPC症候群からの鑑別の流れ



レビスコア、ピックスコアを用いた病型鑑別の流れ



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
エネルギー分類 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 ドパコール + シチコリン注射 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

前頭側頭葉変性症(FTLD)の海馬所見

ZKS

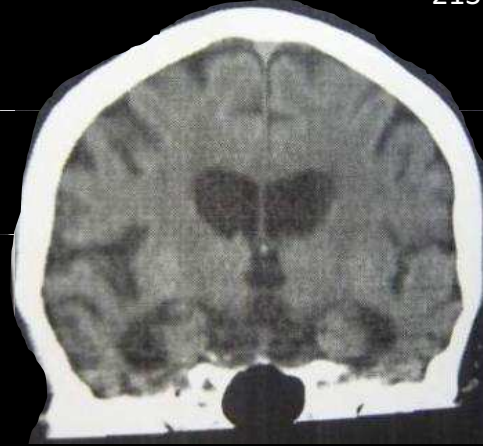
In FTLD, there are the patient that there is not hippocampal atrophy at all and the patient who strongly from ATD wither.

海馬置き去りタイプ

海馬高度萎縮タイプ

7822

2134



The type that only a hippocampus does not wither.

The type that hippocampal atrophy is only an atrophic part of the whole temporal lobe

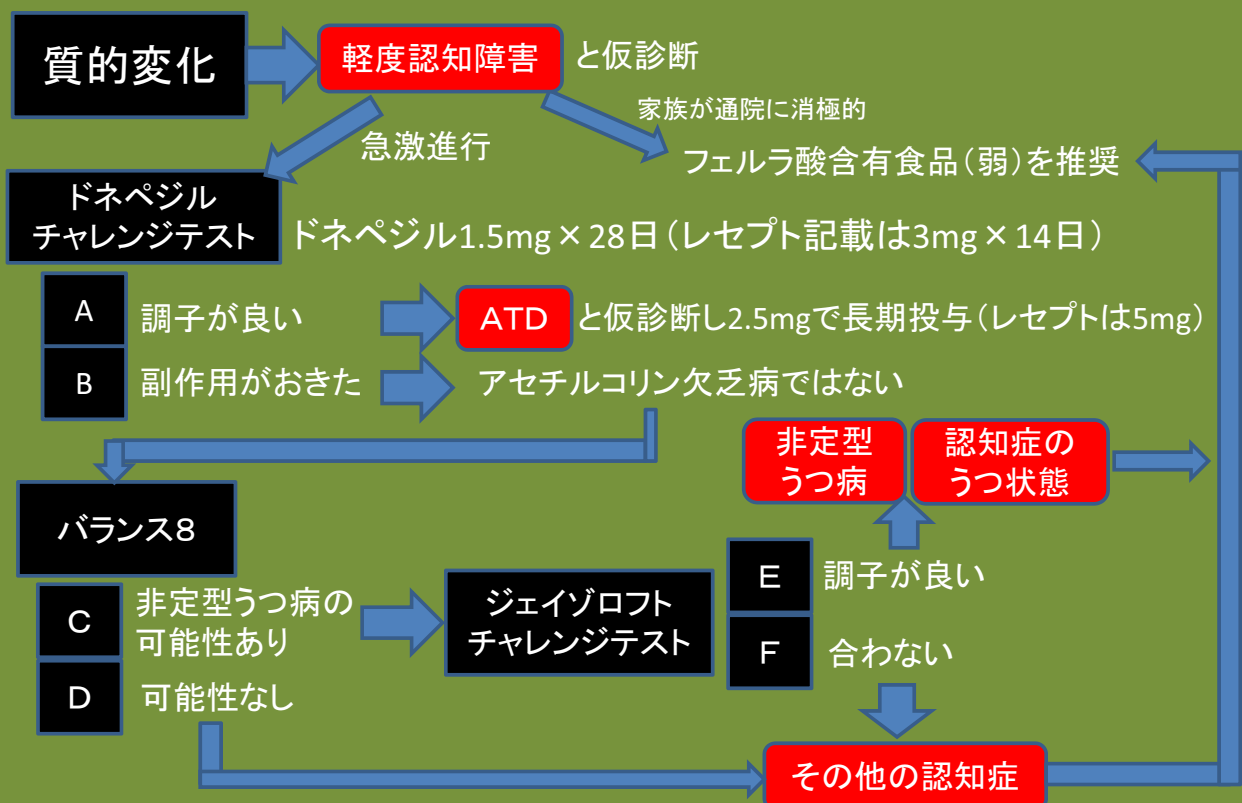
It is easy to be misdiagnosed with ATD

74歳女性 意味性認知症 HDS-R 13.5

65歳男性 ピック病 HDS-R 0

認知症早期診断法

NS2

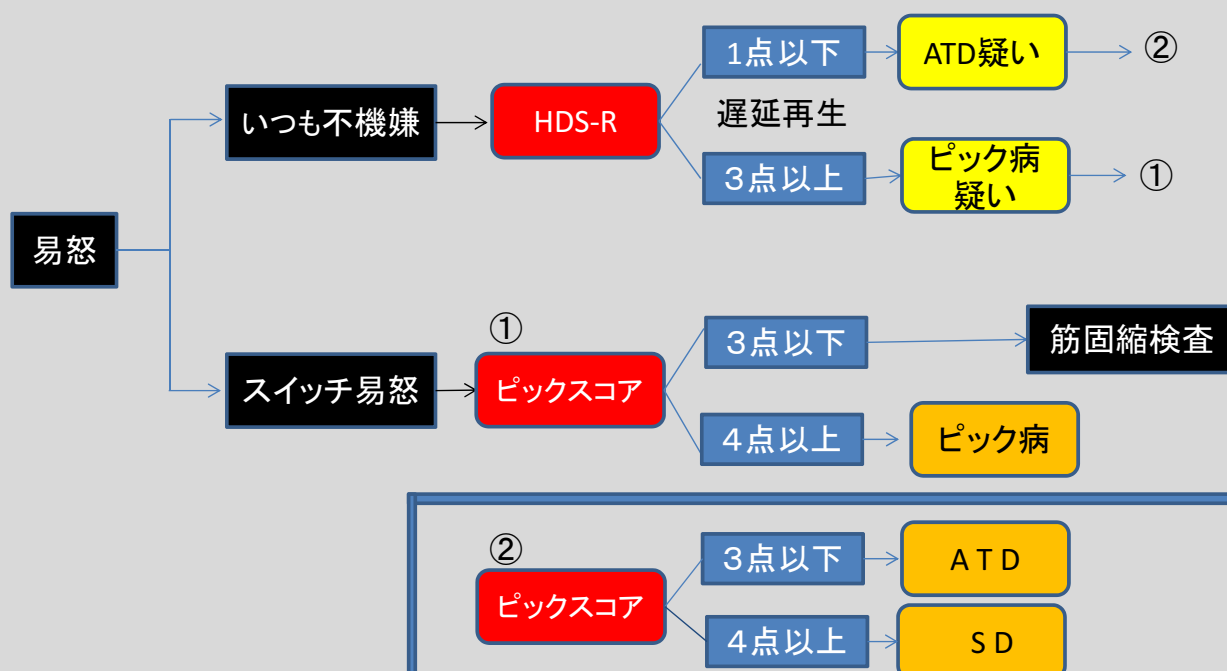


私たち家族の希望は次のものです。ご処方いただけるでしょうか。

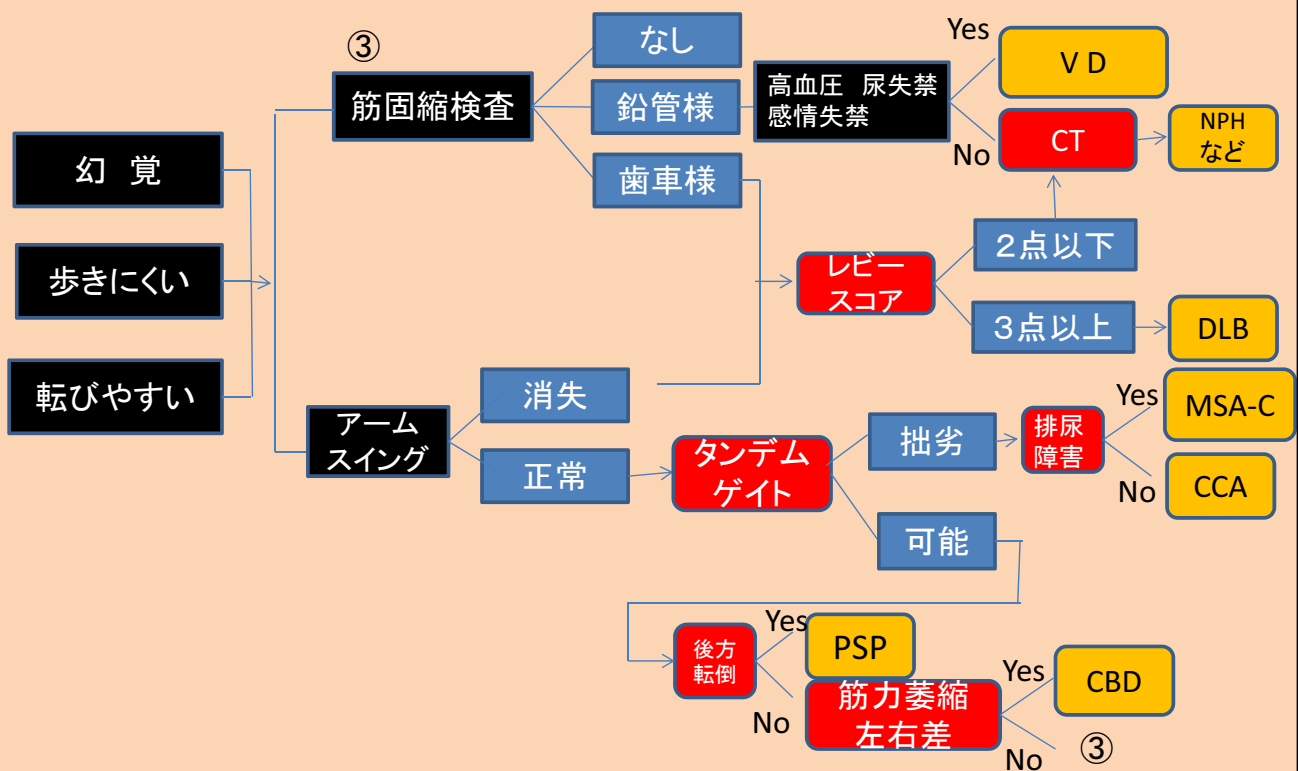
	私たち家族の希望	何を処方していただけますか？
1	患者を穏やかにさせてほしい。	グラマリール ウインタミン 抑肝散 セルシン セレネース セロクエル ルーラン リスパダール
2	患者を元気にさせてほしい。	ドネペジル サアミオン シンメトレル リバスタッチ レミニール ジェイゾロフト(第2選択)
3	認知症の進行をおくらせてほしい。	リバスタッチ ドネペジル レミニール メマリー
4	夜、熟睡させてほしい。	レンドルミン ベンザリン ロゼレム
5	患者の歩行をよくしてほしい。	リバスタッチ サアミオン メネシット マドパー ペルマックス
6	幻覚、妄想を減らしてほしい。	抑肝散 セレネース 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、チアリアル、チアラリド、フルジサル、ノイリ
ラーク、グリノラート、ボインリアル。セレネース(ハロペリドール)=ハロスチン、リントン、ハロペリドール、コスミナル、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)=ウインタミン。
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、
ヒルプリン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(プロチゾラム)=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

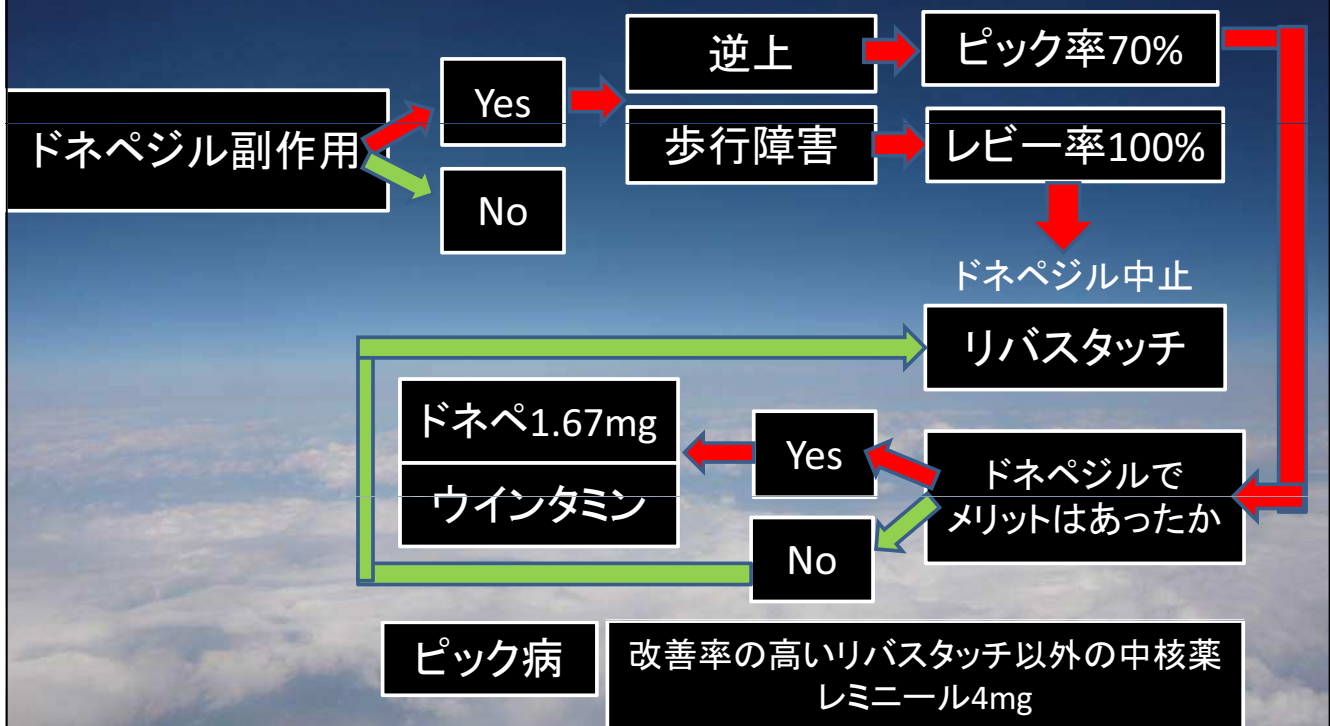
「易怒」からの診断フローチャート



意識障害系、歩行障害系からの診断フローチャート



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

コウノメソッドのラインナップ

興奮系

シンメレル(変性系)
サアミオン (虚血系)

中核薬

- 1 ドネペジル
- 2 レミニール
- 3 メマリー
- 4 リバスタッチ

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

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

第二
選択

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

その他

ニューレプチル(ピック)
リスペリドン0.5mg錠

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

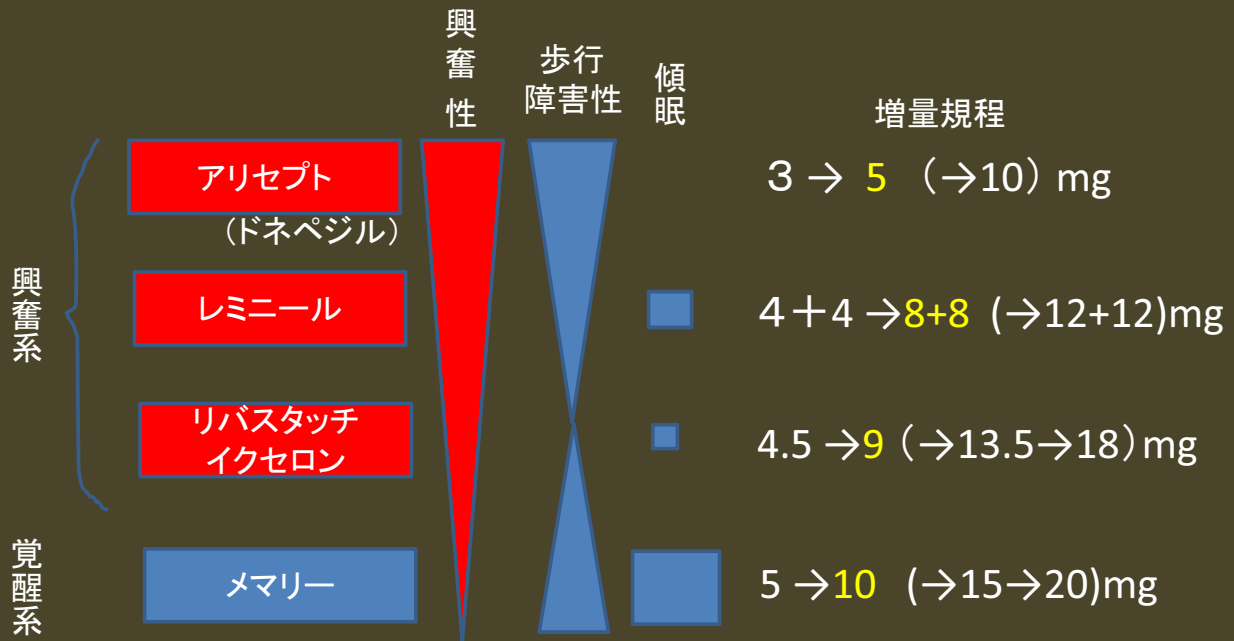
抑制系の優先順位、限界量、危険分散の仕方

1日量(mg)

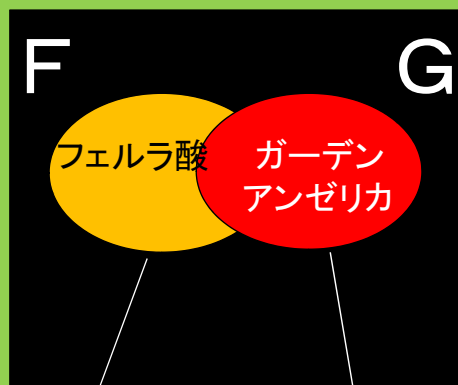
優先順位	抑制系薬剤名	1	2	3	4	5	6	7
1	ウインタミン	4	10	25	50	75		
2	セルシン			2	4	6		
3	セロクエル				12.5	25	37.5	
4	リスペリドン					0.5	2	3
5	ニューレプチル						3	15

前頭側頭葉変性症(FTLD) ウインタミン → セルシン
アルツハイマー型認知症 グラマリール → セロクエル
レビー小体型認知症 抑肝散 → ウインタミンかセレネース

認知症に認められている薬



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

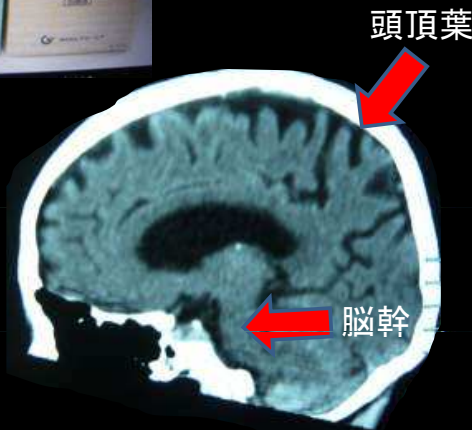
2成分を配合しないと臨床では効果が出ない
フェルラ酸だけでも老人斑は消えるが効果は出ない。



フェルガード類配合成分の 作用部位(推定)

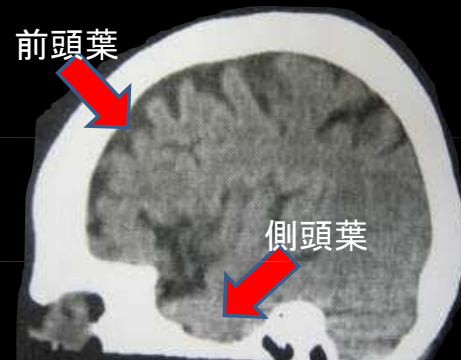


予防
歩行
記憶
嚥下



前頭葉

覚醒
発語



ガーデンアンゼリカ



NewフェルガードLA
フェルガード100M

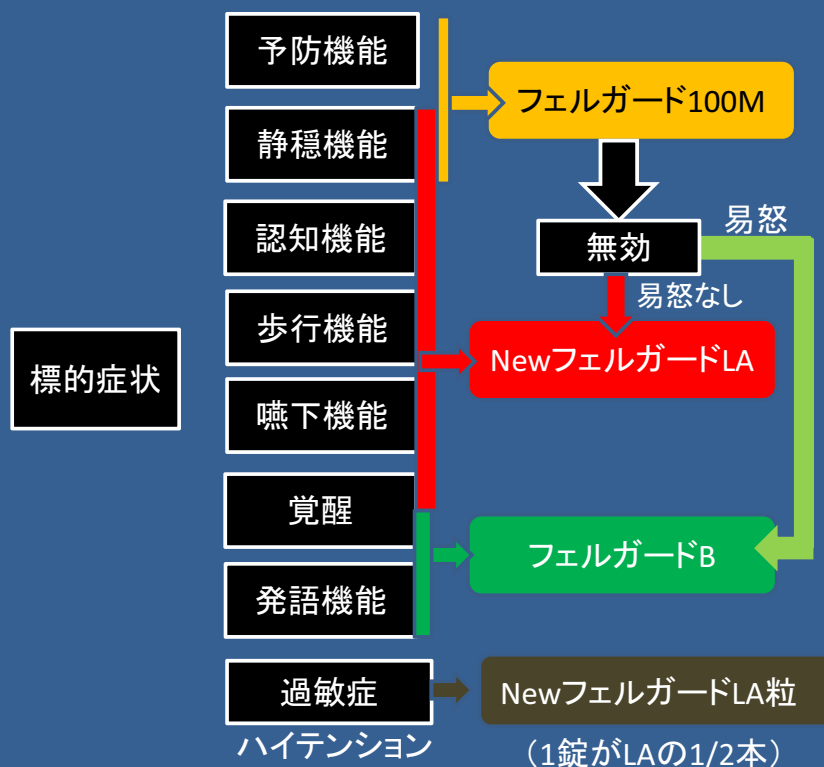
バコパモニエラ



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



グロービアから直接
購入 電話(月~金)
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

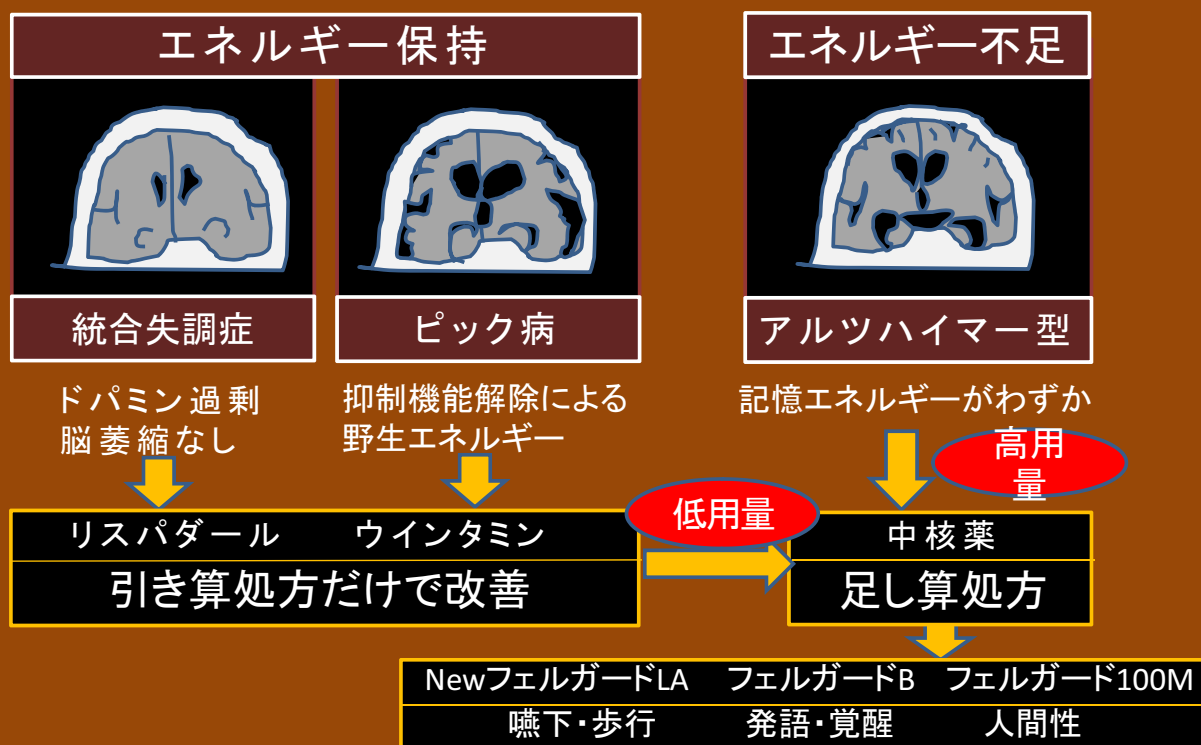
コストが心配な方

急速飽和チャレンジテスト

朝2本タ2本

1か月で無効なら
種類を代える

ピック病はなぜ改善しやすいか



抗酸化点滴参考料金表

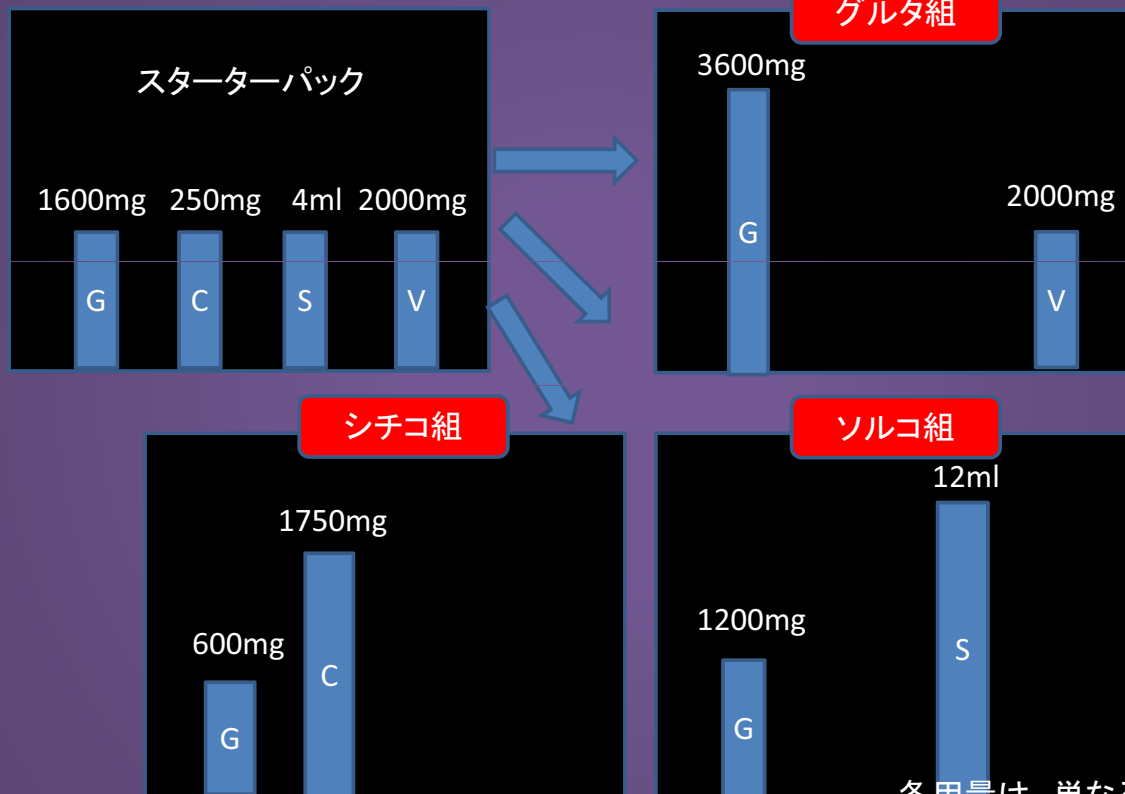
名古屋フォレストクリニックの場合
この設定は、おおかた全国最安値です。

グルタチオン		シチコリン		ビタミンC		ソルコセリル	
mg	税込価格	mg	税込価格	mg	税込価格	ml	税込価格
600-1200	¥ 1,000	250	¥ 250	1000	¥ 250	4	¥ 250
1400-1800	¥ 1,250	500	¥ 500	2000	¥ 500		
2000-2400	¥ 1,500	750	¥ 750	3000	¥ 750		
2600-3000	¥ 2,000	1000	¥ 1,000	4000	¥ 1,000		
3200-4000	¥ 2,500	目的:覚醒		目的:効能持続		目的:脳代謝	

- 自費診療の金額は、医師が自由に設定できます。患者はそれに従います。
- 保険診療の対象となっている疾患名と別のものに対しての自費点滴は、同日におこなっても混合診療にはなりません。

コウノカクテル(GCS)点滴

KC



グルタチオン、G シチコリン、C ソルコセリル、S ビタミンC、V



コウノメソッドハッピーセット

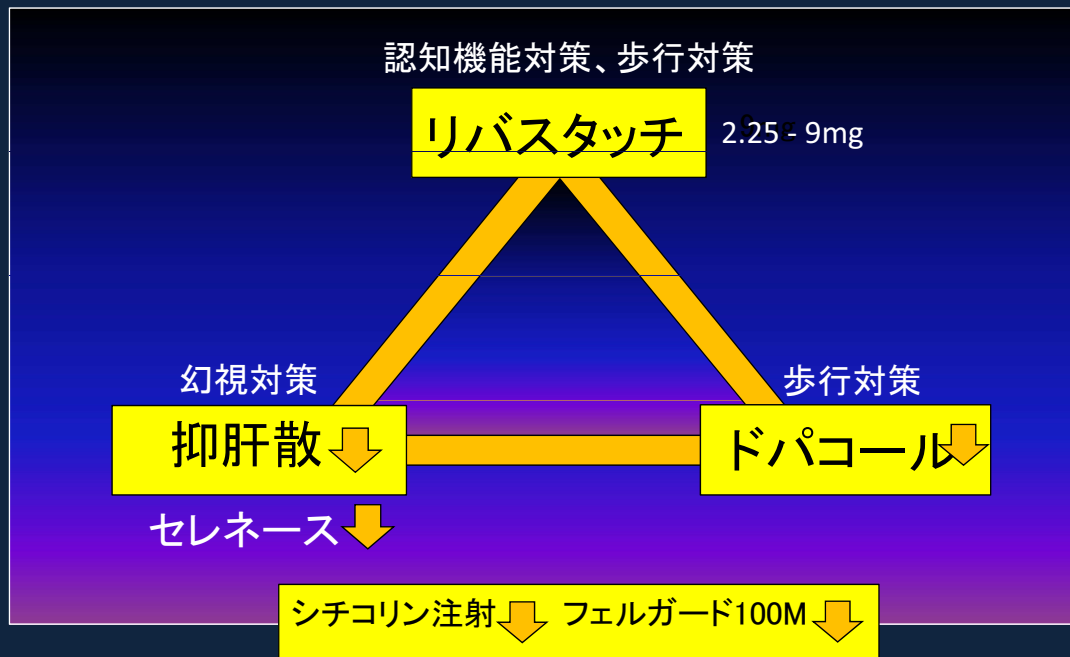
KH

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 NewフェルガードLA2 - 4本
変性疾患セット	グルタチオン600-3600mg + シチコリン250-1000mg + 歩行セット
FG療法	変性疾患セット - リバスタッチ
睡 眠 セット	ロゼレム8mg ベンザリン 7mg クエチアピン12.5mg
耳鳴りセット	カルナクリン 50mg × 3 五苓散 2-3包

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

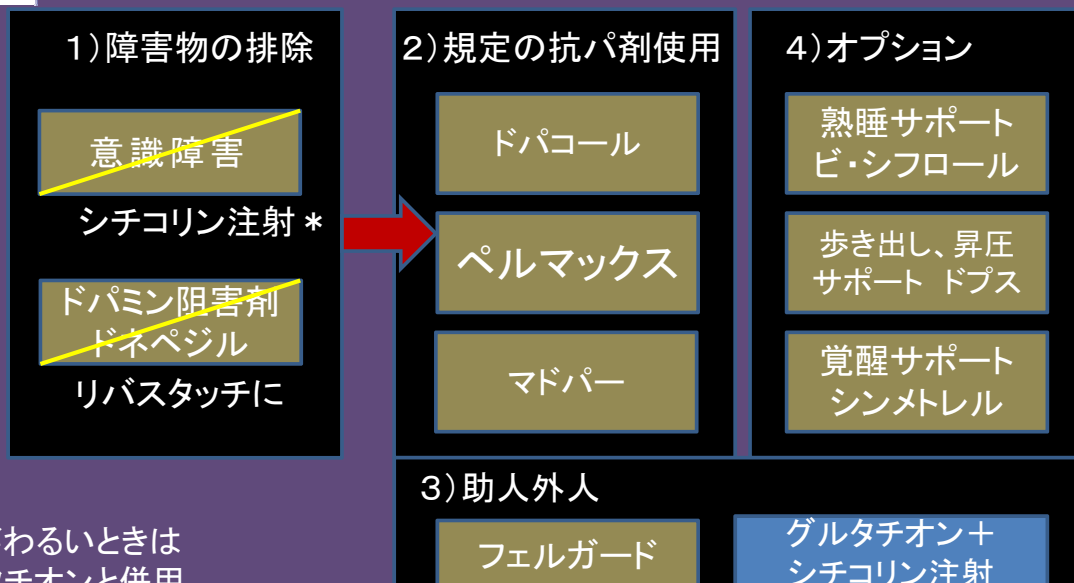
↓ 薬剤節約効果



ドネペジルをリバスタッチに代えることですべてがうまくいく



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



* 歩行がわるいときは
グルタチオンと併用

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。
ニュープロパッチは、合う患者と合わない患者が極端。

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

小刻み

ワイドベース

ふらつき

不随意運動

筋萎縮

転倒

歯車現象

尿失禁

構音障害

小脳症状

左右差

間歇性跛行

過量のPD薬

腱反射異常

FTD-MND type *

強直性筋 *
ジストロフィー

PSP *

レビー小体型
認知症

正常圧水頭症

脳血管性
認知症

MSA *
CCA

クロイツフェルト
ヤコブ病

パーキンソン病

CBD *

ASO

バージャー氏病

ジスキネジー

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)

レビー小体型認知症 治療方針の決定

何を治して
ほしいですか

元気

認知機能

歩行

食欲

不眠

寝言

介護抵抗

レストレス
レッグ

下肢痛

幻視・妄想

陰性症状

傾眠

YES

NO

G1600mg
C500mg

リバスタッチ

ドパコール
チャレンジ

フェルガード

食欲セット

ロゼレム

ベンザリン

クエチアピン
12.5mg

抑肝散

ピックスコア
4点以上

LPCに
診断変更

ビシフロール
0.25mg

ヘム鉄

抑肝散

セレネース

ウインタミン

G グルタチオン
C シチコリン

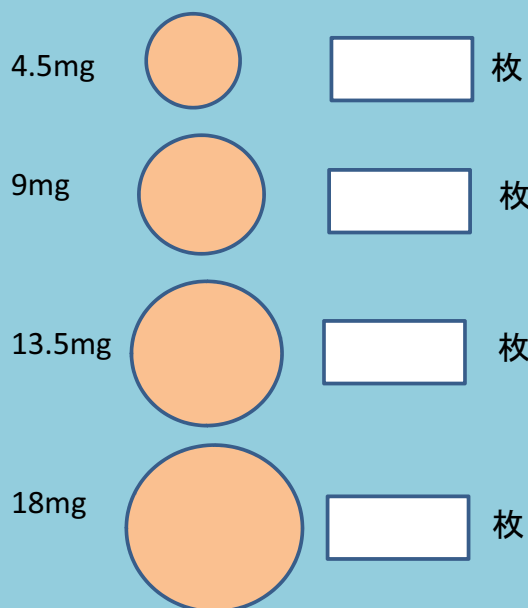
1回0.5mg以下

1回6mg以下

リバスタッチ・イクセロン増量にご協力ください

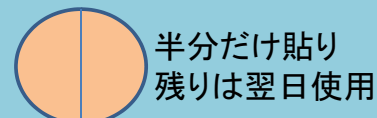
RS

どうしても9mgには増量しないといけない規則です



副作用が出たら

怒りっぽい
歩きにくい
食欲低下



次回外来で、何枚余ったか
報告してください。

かぶれたら



- 2か所に貼り分ける
- 足底に貼る
- 9時間ではがす
- ピュアバリア(420円)かフルメタローションを塗った所に貼る

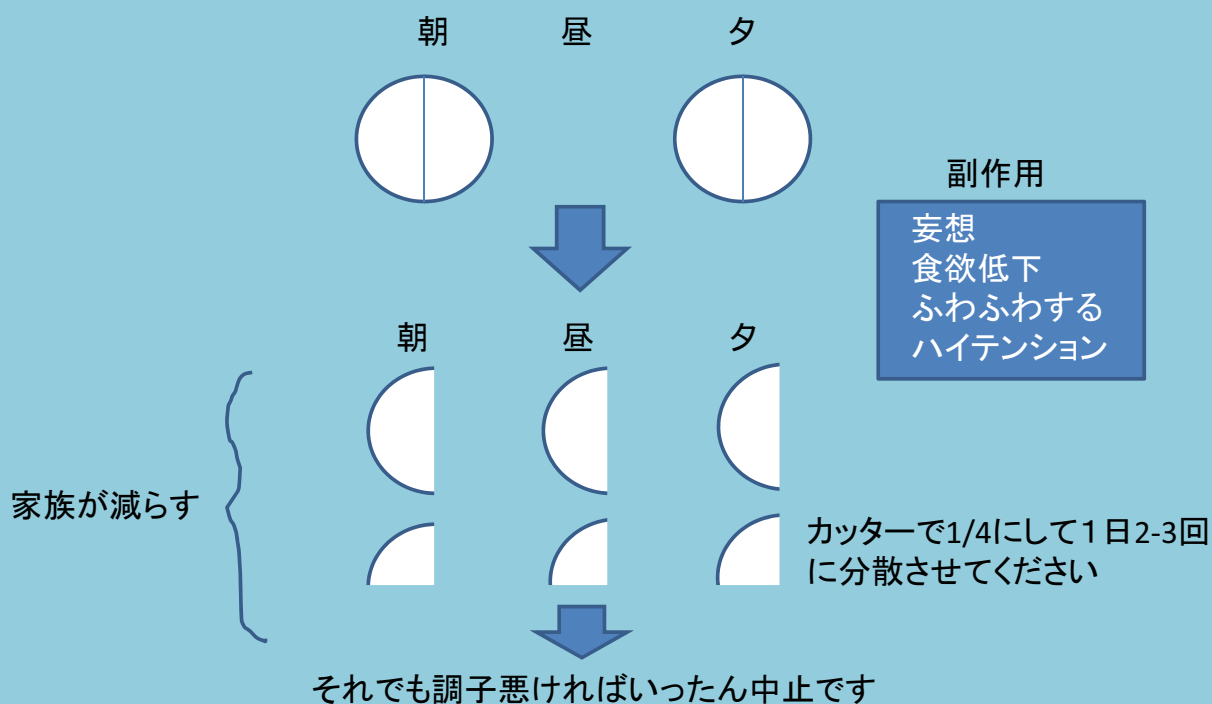
ドパコール
チャレンジテスト

歩ける薬「ドパコール」の取り扱い

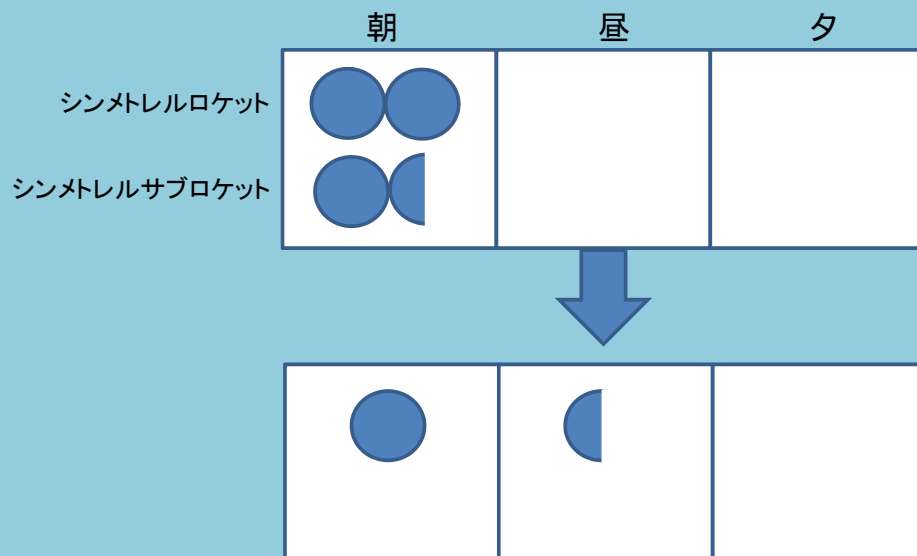
DC

医師からの指示書

患者さんにパーキンソニズムがでていますので、いずれ必要になる薬です。



医師からの指示書



副作用が出たら家族が、他の時刻へ分散してください

シンメトレルとアマンタジンは、同じ薬です

ピック病への処方優先順位

1

2

落ち着かなか
ったら
処方しない。

抑制系

中核薬

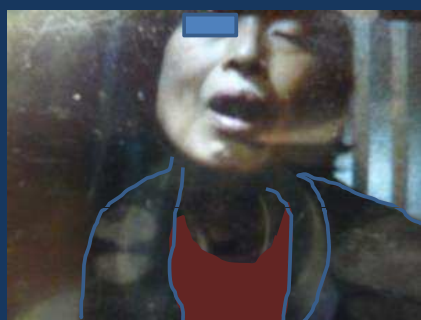
- 1 ウインタミン 4-75mg
- 2 セルシン 2-6mg
- 3 セロクエル 12.5-75mg
- 4 抑肝散 2.5-7.5g
- 5 ニューレプチル 3-9mg
- 屯 リスパダール 0.5-3mg
- 屯 ルーラン 4-12mg

- 1 リバスタッチ 4.5- 9mg
- 2 レミニール 4- 8mg
- 3 メマリー 5- 15mg

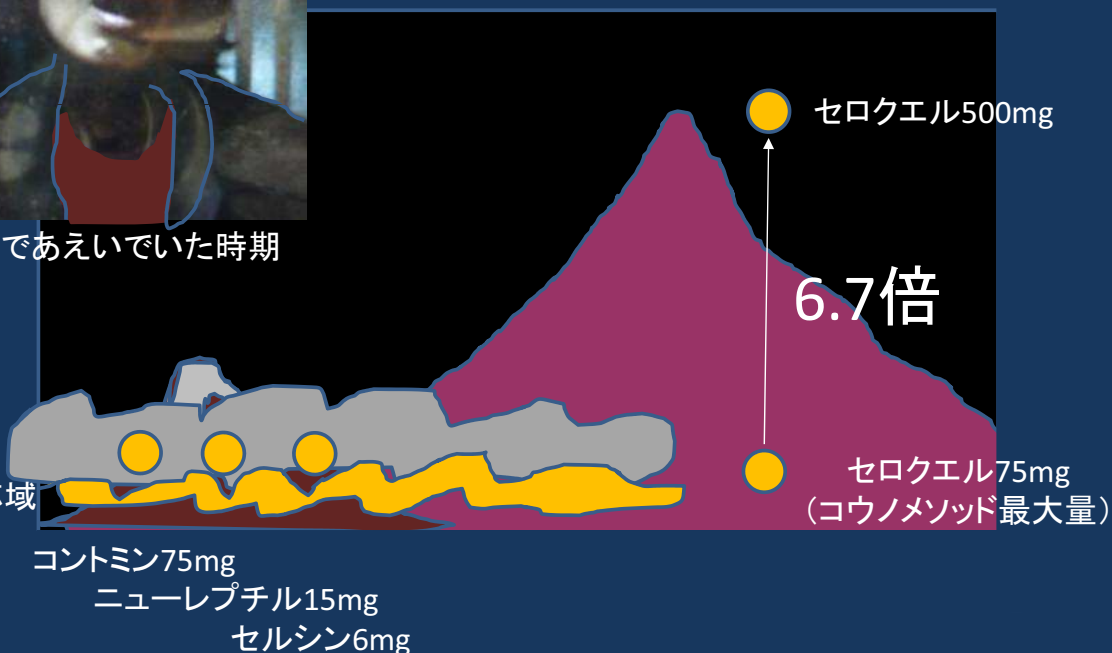
最低量だとレセで問題視
される可能性あり

SSRIは推奨しない(不確実、遅効) ドネペジルは原則禁忌

医療保護入院していたピック病の鍵穴



副作用であえいでいた時期

中毒域
奇異反応域

21

食欲不振チェック表（対策）

SC

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、ドネペジル、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

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

KS

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

ジェイゾロフト: 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

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

FT

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
発語系
歩行系

中核薬の隠れた副作用を除去

ドネペジル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 ニコリン注射 ヒデルギン

調整系 フェルガード100M

発語系 フェルガードB

虚血系 プロルベイン6カプセル セロクラール

歩行系 グルタチオン点滴