

認知症薬物療法マニュアル

コウノメソッド 2013

【KONO METHOD 2013】

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】

医師への警告

- 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。
- 処方術とは、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）だけを処方するということではない。これら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薬である。
- 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。この手法がお子様ランチである。お子様ランチを食べられない子供はいない。
- 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、ほかの医学書をすべて捨てなさい。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り、作者の妄想ではない。

家族への助言

- ブランド志向で医師を選んではならない。認知症専門、精神科、神経内科と謳っている医師、大学病院、教授がもっとも危険な処方をする。診断も処方もすべて家族が行う覚悟でないかぎり患者の安全を守ること、劇的に治すことは難しい。とくに薬剤過敏性の強いレビー小体型認知症は神経内科医にかかるないほうがよい。かかった時点で家族の負けである。責任は家族にある。
- 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。だから抗うつ薬をたくさん処方する医師（精神科）には初めからかからないことである。次の医師がその処方を修復に時間がかかる。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、ボランティアではない。
- 医師を育てるのは、患者や家族である。肩書のある医師でなく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。
- コミュニケーションシートに記入して医師に渡せば、希望通りに患者を改造する処方が得られる。これによって医師はどのような処方をすれば喜ばれるのかを学ぶ。シートに不快感を示した医師（ブラックリスト）は、それ以後通院してはならない。シートは、医師の謙虚さを測る物差しである。開業医はおおかた謙虚である。【講談 75】【新報 71】

「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。従って私が一般向け講演と医師向け講演に使うスライドは同じである。
- 一般向け講演で、容易な内容を話す講師は、認知症の治し方を知らないからである。神経シナプス・神経伝達物質、脳画像、病理の話ばかりする医師は治し方を知らない。
- 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。難しい内容をわかりやすく説明できる医師が理想であり、抽象的でレベルの低い話を家族にしても患者は治せない。治すのは家族だからである。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大きな格差が広がりつつある。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と紹介するのは犯罪である。とくにレビー小体型認知症、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、おそらくレベルの低い医師にあたる可能性が否定できない。近所の開業医の方がましである。

コウノメソッドのシンプル化

- 今回からなるべく文字数を減らして、現場でもすぐにわかるようにしたい。
- 参考文献を参照する形式にしたい。**テキストは今年度は3冊**であり、それが手元にあるという前提で解説する。文献記号は出版社名の一部で表現する。

【新報】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、2012（¥4830）

【フジL】河野和彦：レビー小体型認知症 即効治療マニュアル フジメディカル出版、2010（¥4830）

【講談】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、2012（¥3150）

フジメディカル出版からは複数の本が出るので、「レビー小体型認知症」なら【フジL】とする。「新しい認知症ケア医療編」の 224 頁なら【講談 224】となる。

- 医療費抑制を目的にできるだけ厚労省から**後発品を処方するよう**指導されているので、巻末の薬剤表には後発品名も記載する。ただ、デリケートな薬効を持つ薬（血小板抑制剤など）は後発品を推奨しない場合もある。

- シンプル化のために、詳細は過去のコウノメソッドも参照されたい。

コウノメソッド 2013 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。
- アリセプトは、2013 年 6 月まで高用量の独占使用権を持つ。その後は、軽症から重症まで後発品が処方可能となるが、アリセプトの毒性を周知させるために 2013 年版でもアリセプトと表記することにした。
- 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。ワインタミン・コントミンは、ワ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)、前頭側頭型認知症(FTD)、レビー・ピック複合(LPC)【講談 224】、びまん性神経原線維変性病(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)。

- 本当は、認知症の専門医など存在しないが、精神科、神経内科、脳神経外科を便宜上、専門医と呼ぶこととする。

医学会の限界

- 認知症の領域は、いまだ未成熟であり、診断精度を上げるという目標に向かって研究者が努力しているものの、認知症爆発にむけて今後の 10 年が国家的危機を迎えようとしているにもかかわらず、**介護を楽にするようなテラーメイド処方術**の研鑽がなされる準備が整っていない。
- かかりつけ医に処方術を教える立場のスタッフが少なすぎる。それどころか、**いわゆる専門医の処方は、危険で、迷惑で病状をむしろ悪化させる**ケースがあとをたたない。医師が患者を守れない以上、介護者が守れるように指導書を出版した【講談】。
- いわゆる専門医の中には診断すらできない医師も多い。例えば後頭葉血流低下と言う典型的な DLB 所見が出ているのに ATD と結論する精神科医師がいる。結局処方されるのがアリセプト（ドパミン阻害剤）ではたまたまではない。これは**詐欺的検査**といえる。
- 認知症は、複数の責任疾患が重複することが多いのほか多く、精密な医療機器を用いても医師の経験が浅いと診断できないし誤診される。たとえば混合型認知症に脳血流シンチを行う医師は賢くはない。データが攪乱されて病型鑑別の役には立たないからである。**医療費の無駄遣い**をさせてはならない。つまり画像検査と機能的画像検査を同時に発注するという病院のシステムは改善されるべきである。
- 認知症の領域に限って言えば、「診断先にありき」では多くの患者に対応できない。**患者が求めていることは治すことであり、診断ではない**ということが医学会では理解されていない。精密な診断に固執する患者は、おそらく 10% に満たない。コウノメソッドでは、**おおまかに診断だけで正攻法の処方ができる**ように指導している。プライマリケア医は**診断遊び**をしてはならない。

ベッドサイド診断に有用なスコア

認知症かどうかの鑑別は画像でおこなえるものではなく、患者の自宅でも可能である。また、ATD、DLB、FTLD の鑑別も画像なしでおおかた可能である。診断は家族でも可能である。大事なことは、医師を選ぶことであり、医師を信じることではない。なぜ、そうなるかというと認知症は未開な分野であり医師は教育を受けていないからである。バランス8は掲載しないので書籍購入のこと。レビースコア、ピックスコアはオリジナルの表現を噛み碎いて書いておく。

改訂長谷川式スケール【講談 56】【新報 228】

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誤診される。

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。これは臨床病名なので画像診断しなくてよい。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、一部 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。

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。

バランス8【講談 69】【新報 69】: 偶然同じページです。

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。

レビースコア【講談 97】【新報 54】【フジ L27】()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(抗生素薬疹を除く)(2)
- 2 幻覚が過去に1度でもありましたか(2) 妄想が続いているですか(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 扱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) 時の歯車様筋固縮(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%レビー小体型認知症。

ピックスコア【講談 105】【新報 86】

- 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すか。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ありますか？ 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すか（1）
- 10 スイッチが入ったように急におこることはありますか（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% 前頭側頭葉変性症 (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）【新報 124】
 - 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）【講談 172】
 - ③サプリメントの活用 【講談 180】を処方哲学としている。

●最初に覚えてほしい言葉

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

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り、患者の体質に合った用量で途中で止めがしにくい規則にされている。4成分とも多少なりとも興奮性を秘めていて介護をよけい困難にすることがある。

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、ワインタミンなど。過剰だと過鎮静になる。【講談 166】

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。

アロステリック効果：レミニールが持つ作用で、神経伝達物質のアセチルコリンだけを増やすのではなく、ドパミン、セロトニン、ノルアドレナリン、GABA も増やすこと。【講談 152】アセチルコリンしか増やさない中核薬はアリセプトだけであるから DLB が歩けなくなるのは基本的にアリセプトだけである。

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）公認。4種ある。

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plaquesは2ヶ月で退縮、血圧低下、末梢循環も改善する。

認知症の早期発見

【講談 24】

家族が早く発見すればするほど、かかりつけ医は認知症と気づいてくれないというジレンマがある。かかりつけ医が年のせいだと判定しても安心せず、認知症をよく診ている医師の意見も聞く。名医は患者どうしの口コミや包括支援センター、ケマネジャーがよく知っている。基本的には、家族がおかしいと感じる場合は、ほとんど認知症である。認知症疾患センターは初診が数か月待ちのことがあり、とりあえず予約だけしておき、応急処置は比較的認知症

に慣れた開業医を受診するか、家族が出してほしい薬を指定するほうが間違いがない。コウノメソッドを理解している一般人のほうが、一般医より飲むべき薬の判断に優れている。

専門医の診断、処方は継承しない。専門医から始まった悪循環を自分が断ち切ること

- 認知症疾患センターなどの診断は 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 であることが多い。
- 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、自分の処方の過ちは学習しない。

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起きない。

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 (特殊スピツツ)。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錠やジプレキササイデイス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、落ち着かなければ再来するように助言する。

●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。

【講談75】【新報71】

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所以毎年再検する。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射しておく。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。**

合併症のチェック

- 初診時、全員に HbA1c を調べておくことが理想である。レセプト病名に「糖尿病」が必要である。認知症には、将来セロクエルを処方する可能性があるので、食後血糖 110 でも潜在する耐糖能異常を有する場合がある。なお、セロクエルを処方した日に HbA1c を採血するとレセプトが切れうるので、HbA1c は自費にする。
- 自分の処方が始まってから肝障害が発生した場合、「ウインタミンのせいに間違いない」とあきらめてしまうとピック病に使う抑制系がなくなつてゆくので、腹部エコーか腹部 CT を行って胆石がないか調べておくのが理想である。

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）

【講談 67】【新報 36】

【講談 56】【新報 228】

推奨検査

レビースコア

【講談 97】【新報 54】

ピックスコア（FTLD 検出セットを含む）

【講談 105】【新報 86】

バランス8（若い患者でうつ状態の場合）

【講談 69】【新報 69】

必須薬剤

1 抑制系先発3本柱（グラマリール、ウインタミン、抑肝散）

【新報 130】

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）

【新報 152】

3 興奮系（サアミオン、シンメトレル 50）

【新報 150】

4 うつ系（ジェイゾロフト 25）

5 覚醒系（シチコリン「日医工」注射液 1000mg）

6 レピー系（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

抑制系中継ぎ（3S；セレネース 0.75・セルシン 2・クエチアピン 12.5「アメル」、リスピダール OD1）

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、メマリー）

レー系（マドパー、ドブス 100）

うつ・不安系（リーゼ 5・10、デパス 0.5・1.0、サインバルタ 20、ワイパックス 0.5、パキシル 5）

食欲系（ドグマチール 50、プロマック D）亜鉛については「亜鉛欠乏症のホームページ」を参照

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）

認知症以外の第一選択薬

血圧 ミカルディス 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 ロゼレム 8

頻尿 ベシケア 5

振戄 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

禁止薬 当帰湯、三環系抗うつ薬【新報 151】、レメロン・リフレックス、トレリーフ、ボル

タレン座薬 50

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）。

その他 プロルペイン DR 動脈硬化を治す健康補助食品。平成 24 年東京のクリニックで頸動脈ドップラーにてplaques 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るもよう。人生やり直しができる食品。河野和彦医師、岩田明医師も服用中。

中核薬の特性

●アリセプト【講談 144】【新報 132】

標的疾患 アルツハイマー型認知症、アルツハイマー病理を背景とする意味性認知症

比較的禁止疾患 レビー小体型認知症（歩行障害）、ピック病（激越性）

使用方法 3mg 開始、14 日後に 5mg に增量。高度患者には 8mg、10mg 処方が可能。平成 25 年 6 月まで高用量は先発品しか許可されないが、審査員が知らなくて後発品でもカットされていないことがある。

特性 内科副作用（下痢）が少ないために中止率が少ないと、実は精神症状の副作用（易怒）が多く家族、医師に気づかれないため多く使用されてきた。エーザイも認知症の進行と説明し徹底的に副作用を隠し（パンフレットには書かれてあるが）、しかも 5mg 未満を使わせないという非人道的な行為を 13 年間継続中。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レミニールカ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。

アリセプトをリトマス紙として使う

アリセプトで治すのではなく、アリセプトで副作用を出させて診断する手法がある。アリセプトはアセチルコリンだけを目標に設計された不自然な化合物であるため強い副作用が出る。潜在的にドパミン欠乏の患者には、ドパミン阻害剤として歩行障害をおこし、ピック病に対しでは前頭葉ストレッサーとして運動常同、激越をおこす。この副作用が出たら DLB、ピック病との診断変更の補助にできる。この現象を認知症の進行のせいと見誤るならもはや医師の資格はなく、家族は自己判断でアリセプトを中止するか思い切った減量をすること。次の医師を見つけるまで認知機能はフェルガード類で支えるのが望ましい。

●レミニール【講談 150】【新報 138】

標的疾患 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）が激しいので第一選択には使いにくい。

使用方法 唯一の 1 日 2 回投与とされるが 1 回でも効く（レセプトは 2 回としておいたほうが無難）。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。增量規定は 1 日 8mg→16mg→24mg であるが、16mg で止めてよい。1 日 4mg でも効く患者がいるが、レセプトは通らないと思われる。

処方術 少なくとも開始当初や增量時は、全員にナウゼリン（後発品ペロリック）10mg を併

用したほうがよい。レミニールを1日2回飲む場合でもナウゼリンは1回でよい。血中濃度はナウゼリンが先に上がる所以同時投与でも制吐できる。この用量でパーキンソニズムが悪化した経験はない。いつナウゼリンをやめるかは患者と相談する。

16mg期間にときに4mg錠×4では薬価が高いのでレセプトを切られる可能性があるので内用液4mg×4にする(g単位薬価なので切られない)。内用液を嫌う患者は、ほとんどいない。

1日8mg→16mgの增量は嘔吐の面で荒すぎる。内用液4mg×3を中継したほうが安全。この際、4mg×4でレセプトを出し、日数は3/4にしておけばよい。または、「1日12mgしか飲めない」と但し書きを書けば通る。

●リバスタッチ【講談154】【新報141】

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。乳幼児が床を這いす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であるが死亡例が報告されている。

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に增量してはならない。

增量規定とレセプト対策 4.5mg→9mg→13.5mg→18mgと28日ごとに增量。9mg以上であれば長期投与してもカットされることは少ないが、「副作用のため9mgしか耐えられない」などの但し書きを書いた方が無難である。4.5mg長期は通らない可能性があるので、9mgを半分に切らせる。

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、ビーソフトンスプレー(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。13.5mg以降からかぶれることが多い(15%)、その場合ハサミで半分に切って二か所に貼り分けるとよい。また直径が大きくなるとはがしたくなる患者がいる。

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【講談158】【新報141】

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。めまい持ちでなくと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。

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 増量規定は 5mg→10mg→15mg→20mg と 1 週間ずつ增量するという無茶な規定である。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。メマリーは、飲める範囲で長く服用しておればなにかいいことがおきそうだという薬である。従って即効を期待せずに 10-15mg で維持すればよい。15mg 期間までは 5mg×1-3錠でよいが、20mg 期間に 5mg 4錠を出すと薬価が 100 円も高くなるのでレセプトが切られるおそれがあり、10mg×2とすべきである。従って院内薬局に 20mg 錠を採用する必要はない。

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 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しており、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つてはならない。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。従つて、**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。**【新報 117】

●フェルガード類 【講談 180】【新報 153】

配合成分 フェルラ酸とガーデンアンゼリカ

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)

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、医師に逐次質問してはならない。**

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 アマゾンから購入しないこと。本物である保証がない。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服用している。

改善率 脳炎後遺症 100%、前頭側頭葉変性症(FTLD)85%、DLB80%、嚥下機能 80%、ATD65%、VD55%。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やめてよい。他の薬剤との相乗効果についてはデータがない。

●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 2 点以下

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

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。

ハッピーセット

●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。

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 において 1 年間維持し、アリセプトのほうをレミニールカリバスタッチに変更。

●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。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。 【講談 199】

DLB の治療法はすでに完成しているので【フジ L】を読破すること。アリセプトを処方する必要はもはやない。

●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。 【講談 190】

●ピックセット

フェルガード 100M+ウinctamin。 【講談 203】

ウinctamin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inctamin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inctamin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

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

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

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。
- レビー小体型認知症は、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、パーキンソン病治療薬の3系統を処方した医師（パニック処方）
 - レビー小体型認知症とパーキンソン病は治療に差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

2013 年のトピックス

コウノメソッド出版物：4天王が揃う

- レビー小体型認知症 即効治療マニュアル（フジメディカル出版）、
コウノメソッドでみる認知症診療（日本医事新報社）、
完全図解 新しい認知症ケア 医療編（講談社）、
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）
が平成 25 年 2 月に揃う。DVD も 2 本となる。すなわち即戦力 DVD を使う認知症診療トレーニング コウノメソッド（グロービア、31500 円）、ピック病（グロービア、1000 円）
である。これらの教材で、**日本の緊急事態（認知症爆発）は制御できる体制となった。**

新疾患概念 Lewy-Pick complex (LPC、河野 2012)

- 平成 24 年 9 月に認知症ブログにおいて LPC の 3 例報告を行った。11 月に出版された講談社 完全図解新しい認知症ケア医療編で初めて出版物の中で LPC が紹介された。FTLD と DLB が混在する症例のことで、症状の比率によってピックセットかレビーセットを適応すれば改善する。
【講談 224】
- 患者の頻度は、初診の 6.5% 程度。男女比が 1:2 (14:29)、改訂長谷川式スケール(6.4)、
ピックスコア(7.5)、レビースコア(8.0)がおおかたトリプル 7 になるというのが平均像である。
(平成 24 年 12 月 1 日現在、43 名)

●LPC 発病のコースと対策

- 1) DLB のピック化 もともと FTLD の脳萎縮（ナイフの刃様萎縮など）があつたが初期は DLB だけの症状（幻視、小刻み歩行など）があり、しだいに反社会症候群（ピック症状）が加わってくるコース。対策は、セレネースをウインタミンに変えてゆく。落ち着くまで New フエルガード LA をフェルガード 100M に落としておく。
- 2) FTLD のレビー化 語義失語やピック症状だけがあつた患者に幻視や振戦など DLB の定義に当たはまつくるコース。対策は、抑肝散やセレネースで幻視を管理してからメネシットのチャレンジテストを行う。

- LPC の 2 冊目の記載は、平成 25 年 2 月出版予定のフジメディカル出版、「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」に行われる。

6 月からドネペジル後発品で高度患者もフルマーク

- 平成 25 年 6 月にアリセプトの高度アルツハイマー型認知症に対する特許期間が切れ、アルツハイマー型全員に後発品が 10mg まで使用適応となる。但し、アリセプト 23mg 錠が発売されると後発品はしばらく 23mg を処方できない。厚労省は、平成 24 年 10 月から少なくとも生活保護者への後発品処方を強力に働きかけはじめており、アリセプトはいったん業界から姿を消すであろう。
後発品一覧→【講談 149】

新 3 成分の低用量維持がどこまで認められるか

- 平成 24 年の時点で、すでにメマリー 10mg 長期処方は、但し書きなしでレセプトが通る風潮があつた。レミニールは当初から 24mg まで引き上げる義務はなく、16mg が許されていた。
- レミニールで激しく吐く患者は予想できない。1 回に 4mg しか飲めない患者の場合、4mg

長期処方は内用液なら可能である。内用液が g 単位の薬価なので、16mg 期間においては、4mg 内用液×4とレセを出し、実際は 1 日 1-3 本飲ませればよい。

●リバスタッチは、中等量で止める場合は、但し書き（副作用のため現在の用量を超すことは不可能）を添えるのが無難である。

●経験上、DLB への第一選択はリバスタッチを推奨する。混合型認知症にはレミニールが効くと言う海外の論文があることを重視し、脳血管性認知症にはサアミオン+レミニールを推奨したいと考えている。

ニコリン注射がどれだけ普及するか

●DLB、LPC の意識障害に必須アイテムであるニコリンが、講談社の新刊でどこまで普及するか。【講談 199】

●ニコリンを打ってくれる医師が増えないため、**コウノメソッド協力看護師**を創設した。エントリーは、平成 24 年 12 月 3 日 0 時から可能である。河野和彦医師や実践医の指示によって看護師がニコリン注射を打つことができる。看護師は自分で治したという実感が沸き、コウノメソッドの支持層も急速に拡大するであろう。これにより、コウノメソッド実践医会には、医師、薬剤師、看護師が加盟し、学会化に向けて組織を拡大してゆく。

●名古屋フォレストクリニック FAX 052-624-4005

コウノメソッドの新しい動き

コウノメソッドの海外戦略

- 2年以内にイギリスにおいて英文化された【新報】によってメソッドが紹介される可能性がある。
- 「認知症は治せる」(マキノ出版)は、韓国版の準備中である。

コウノメソッド実践医加入条件の緩和と必須条項の追加

- 今まで、パーキンソニズムのある患者にアリセプトの少量投与を絶対条件としてきたが、リバスタッチなど他剤でレビー小体型認知症の認知機能を支えるめどがついたため、必ずしも少量投与できなくてもアリセプトを処方しなければ加入できることとした。
- 逆に、レビー小体型認知症とLPCの急増、在宅医療の推進のためにニコリン注射は必須とする。(ニコリン1000mg注射液を常備する義務)

コウノメソッド協力看護師の創設

- ニコリン注射を理解しない医師が多いため、医師（河野和彦や実践医など）の指示の元でニコリンを打ってくれる看護師が日本のどこにいるのかを把握するため登録制度を始める。看護師も本人の許可があれば認知症ブログで公開可能である。
- 勤務医で病院長が注射を許可しない場合でも 看護師公開によって患者の訪問圏内の公開看護師に指示を出して注射が可能となる。名古屋フォレストクリニックを初診し、地元でニコリンを打ってもらえない患者でも近くで打ってくれる看護師がいれば私から指示を出し法的に注射が北海道、沖縄でも可能である。医師がなかなか認知症を学ばないので、看護師の部隊を先に動かすこととした。

コウノメソッド実践医

- 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。
- 書物としては、【講談222】が最新版である。
- 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。
- 実践医の現状、特典などに関して詳しく聞きたい場合は、事務局長の面談が可能である。

電話 03-5540-8975(平日のみ)

- 平成25年は、9月にドクターコウノのWEBライブ講演が視聴できる（当面医師のみ）。

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。



【加入の条件】

実践医:

●パーキンソニズムのある患者には、アリセプトの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:●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。

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。

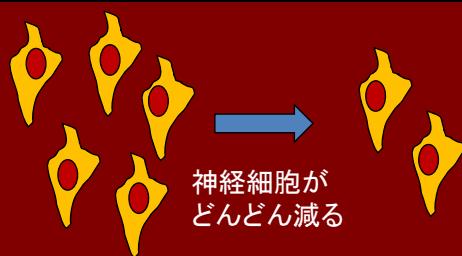
【加入後の権利】河野医師にメールか FAX で難治患者の診断、治療、調合などについての質問ができる。いつでも脱退できる。

脳萎縮は絶望ではない



絶
望

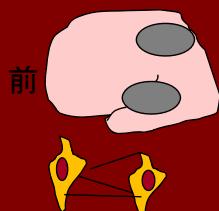
ミクロの
イメー
ジ



治るはずがない

希
望

マクロ
の
イメー
ジ



頭頂葉と側頭葉
が障害されているが
前頭葉を賦活して
やればいい

残った細胞の
連絡を再構築すればよい

臨床的に
劇的に
改善しうる

臨床の
イメー
ジ



落ち着かせれば
知能があがったかのように
生活できる

家庭が平和に
なり介護者から
感謝される

正しい認知症学構築の布石となるコウノメソッド



診断

西洋医学の常識

はじめに診断ありき

コウノメソッド

治療優先主義
診断できなくてもよい

標的
症状

中核症状（記憶、見当識など）

抑制系薬剤を優先
(介護者保護主義)

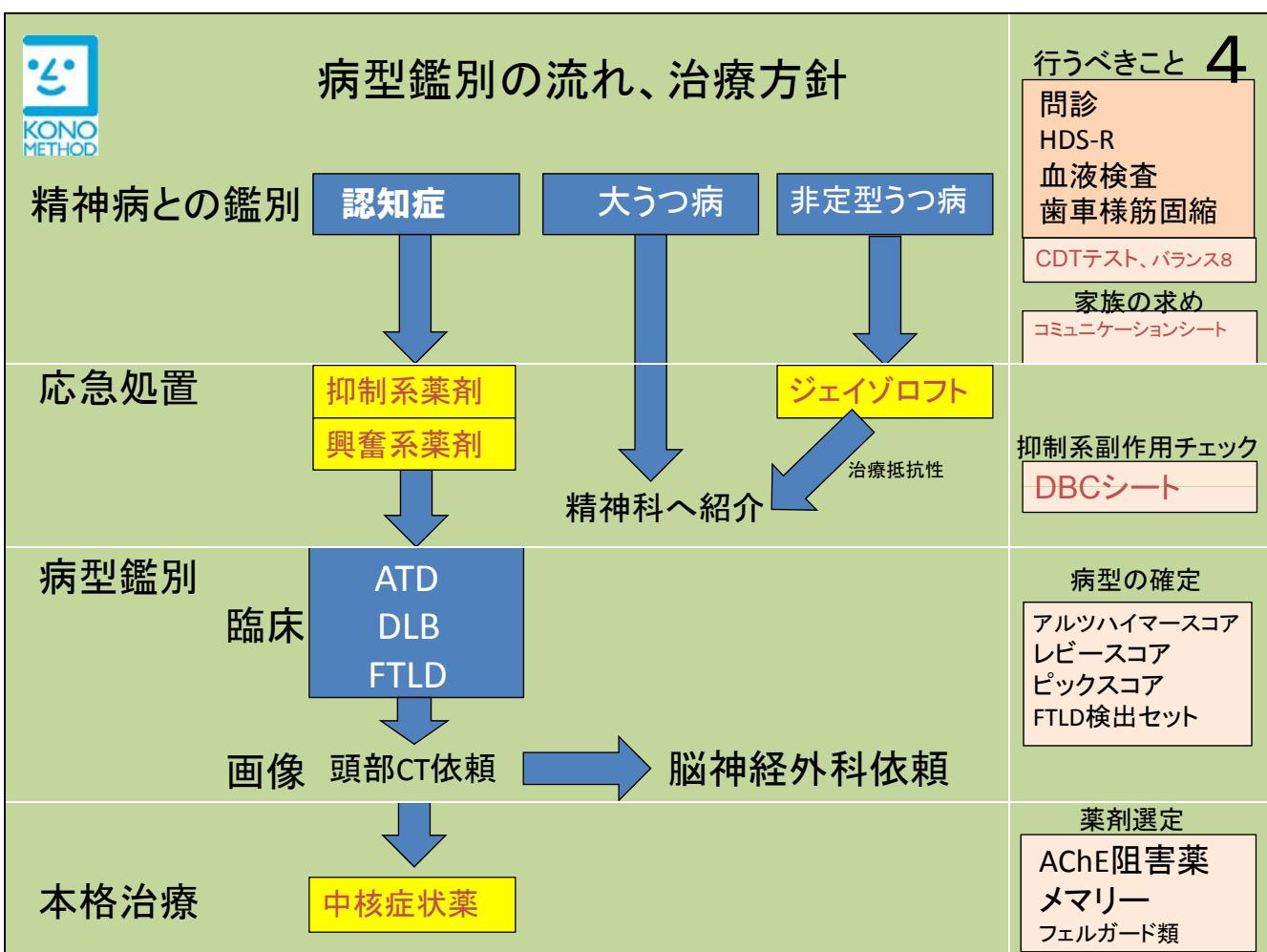
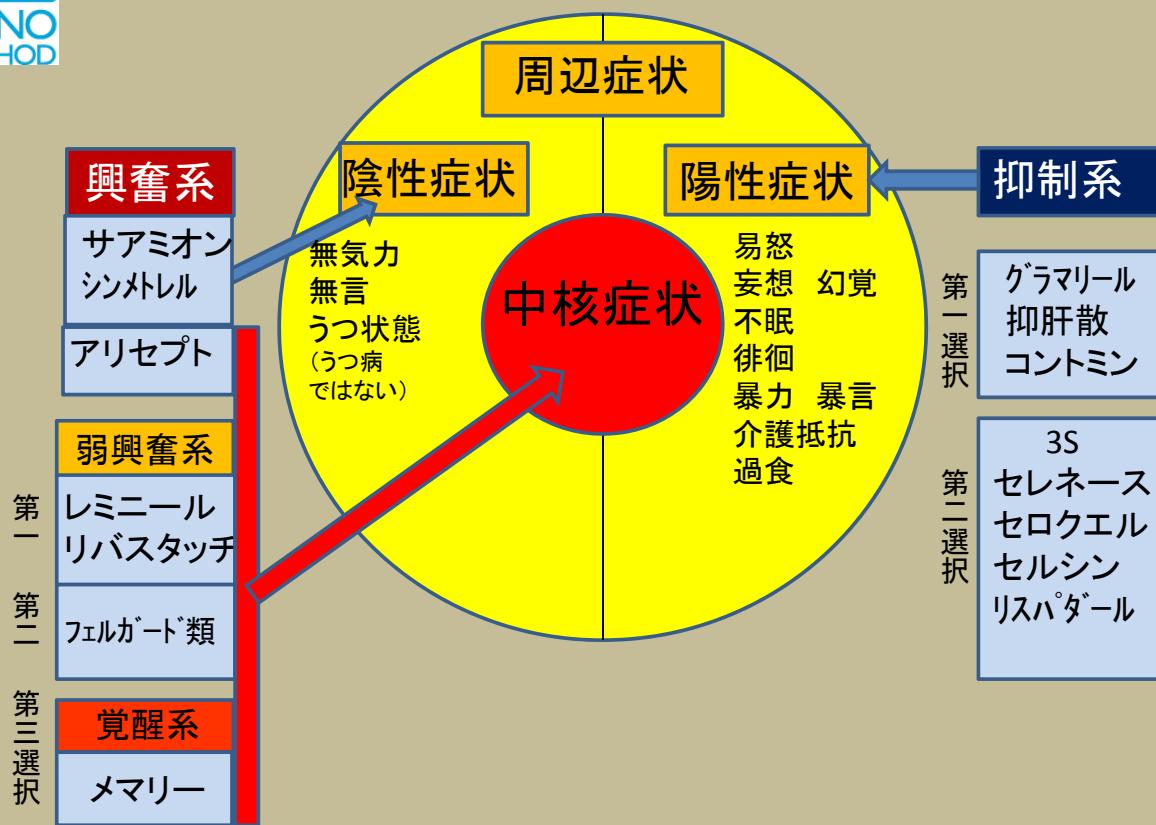
処方

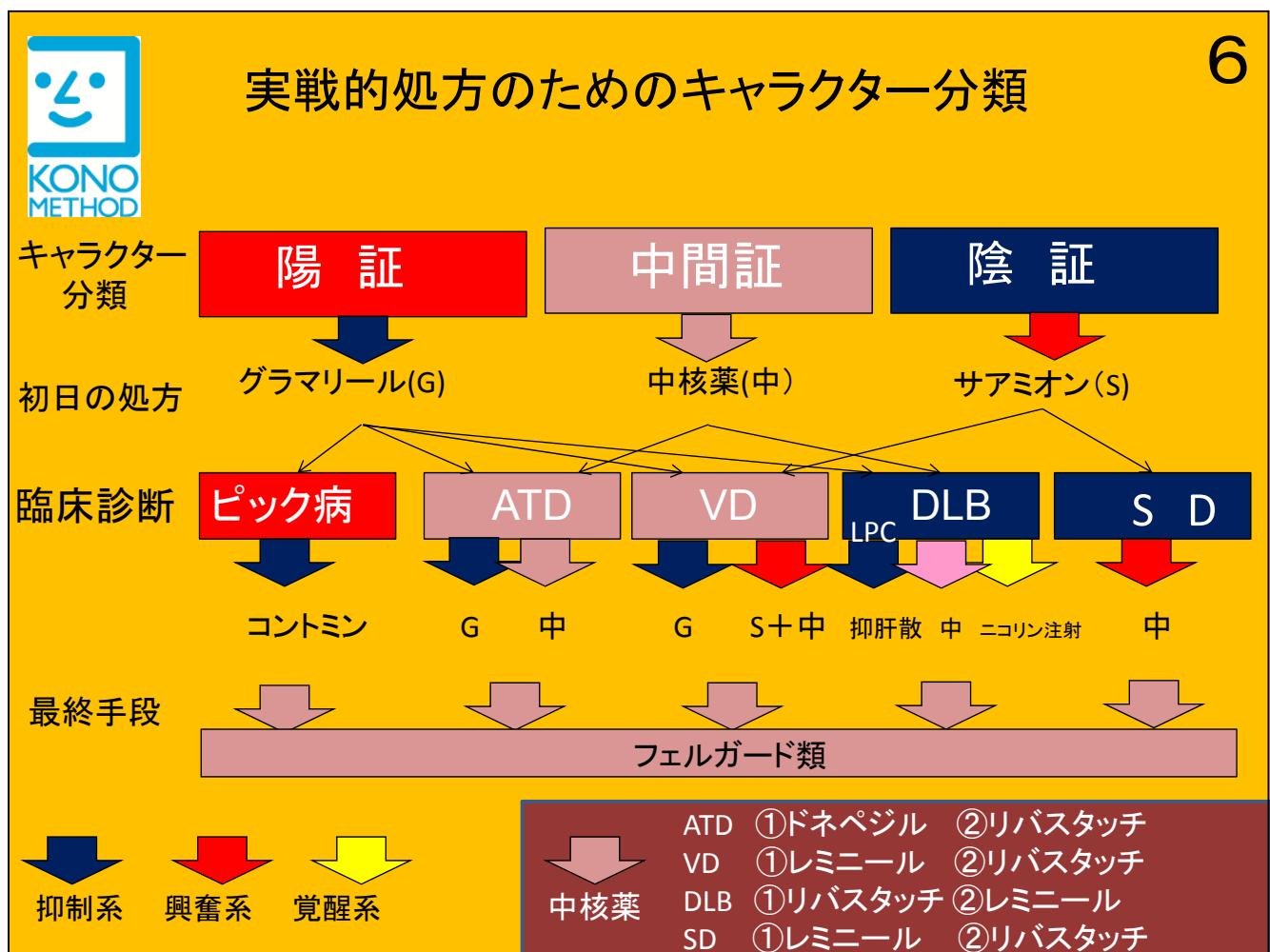
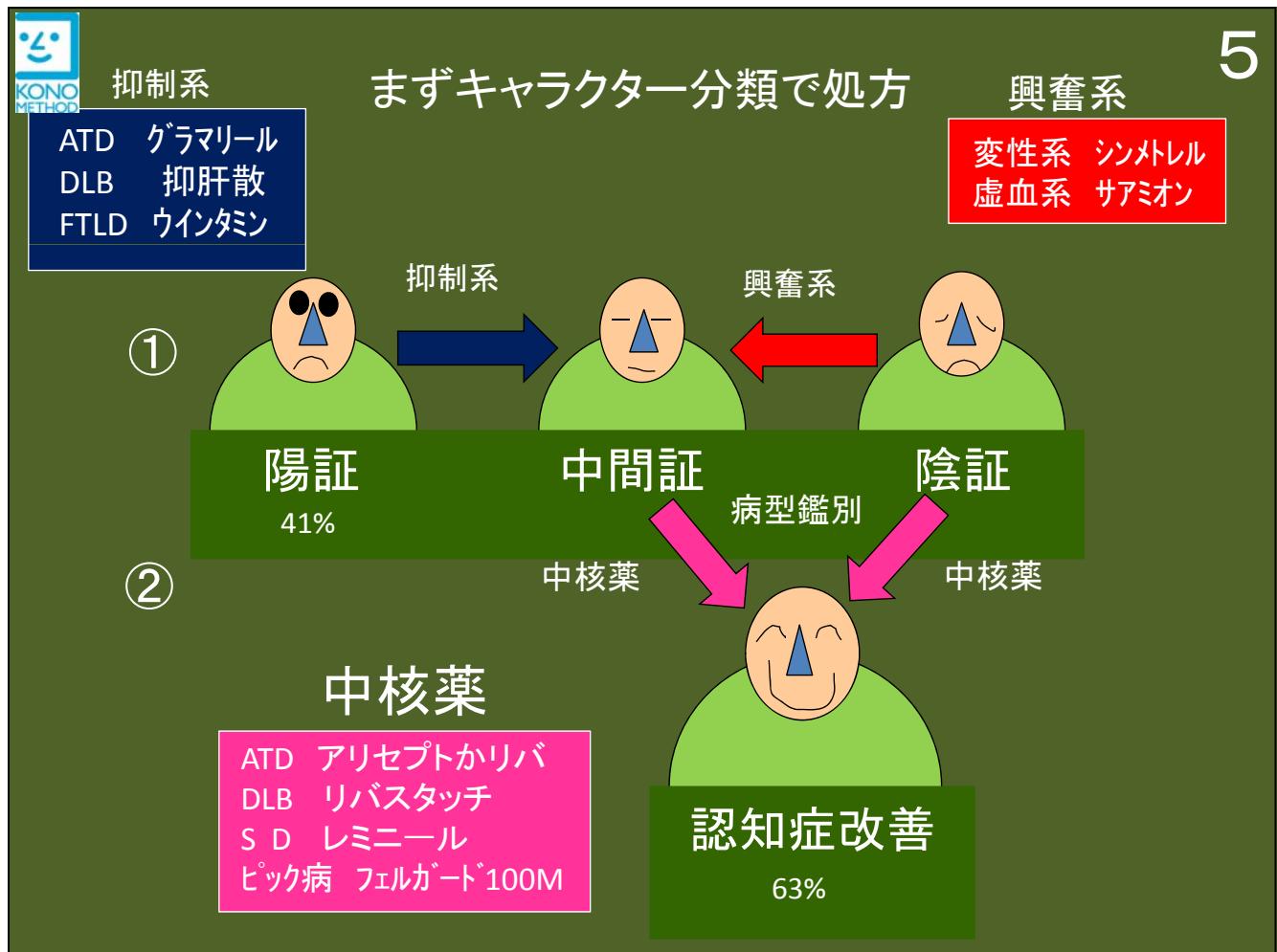
レセプトに沿った用量
無効なら增量

レセプトより患者の安全
センサリング



認知症の標的的症状と推奨処方





ATD D L B V D Pick病 S D 7

	ATD	DLB	VD	Pick病	S D	7
KONO METHOD						
抑制系	グラマリール	抑肝散	グラマリール	ウインタミン	ウインタミン	
興奮系	アリセプト	リバスタッチ	サアミオン	リバスタッチ	レミニール	
サプリメント	Newフェルガード	フェルガード100M	NewフェルガードT	フェルガード100M	NewフェルガードT	
覚醒系		シチコリン「日医工」1000mg		末期には有効	末期には有効	
アリセプト副作用	下痢 易怒	歩行障害 妄想	易怒	激越 運動常同	易怒	
発見のきっかけ	迷子 HDS-R	歩行障害	TIA発作	おちゃらける	急激進行しHDS-R3に低下	
変容	➡ レビー化 アリセプトを減量し メネシットを開始		混合認知症化 レミニール開始	← ピック化 興奮系を中止して ウインタミンを増やす		
その他	鑑別 SD-NFT AGD	誤嚥 タナトリル 半夏厚朴湯	再発予防 プレタール プロルベイン	鑑別 CBD FTD-MND		

アリセプトの副作用 8



興奮性

ATD ピック病

アセチルコリン過剰



歩行不能

レビー小体型認知症

ドパミン阻害



食欲低下

全病型

消化器系副作用



運動常同悪化

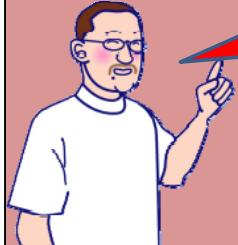
ピック病

前頭葉ストレッサー

少量処方できない
医師は、アリセプトを処方しないで

アリセプト
5mg問題

エーザイ
用量調整
させないぞ



両刃の剣

【もろはのやいば】効果は大きいが危険も大きい物事。利益を期待する一方、ダメージを覚悟しなければならない物事。

アリセプト アセチルコリンエステラーゼ阻害作用が強い
→ よく効くが興奮性が強い。ドパミン阻害作用が強い。

レミニール・メマリー グルタミン酸にも働き、(神経細胞壊死を防ぐ) → ドパミンとのバランスをくずし傾眠をおこす。

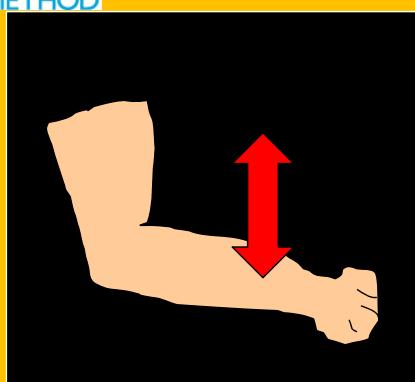
リバスタッチパッチ 作用機序は比較的シンプルで思わぬ副作用はないが、かぶれが15%でおきる。

歯車様 & 鉛管様筋固縮

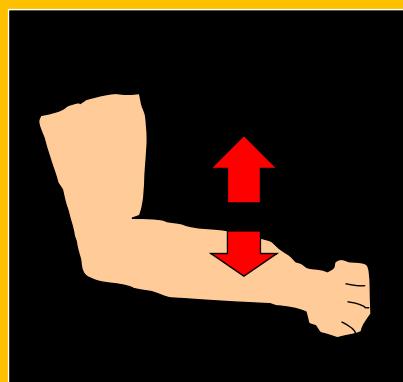


比較的特異的

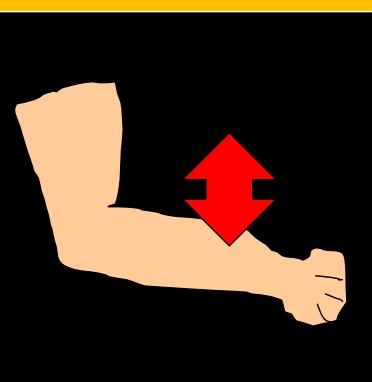
非特異的



normal



cog-wheel rigidity



lead-pipe rigidity

ドパミン欠乏

パーキンソン病
レビー小体型認知症
薬剤性パーキンソニズム

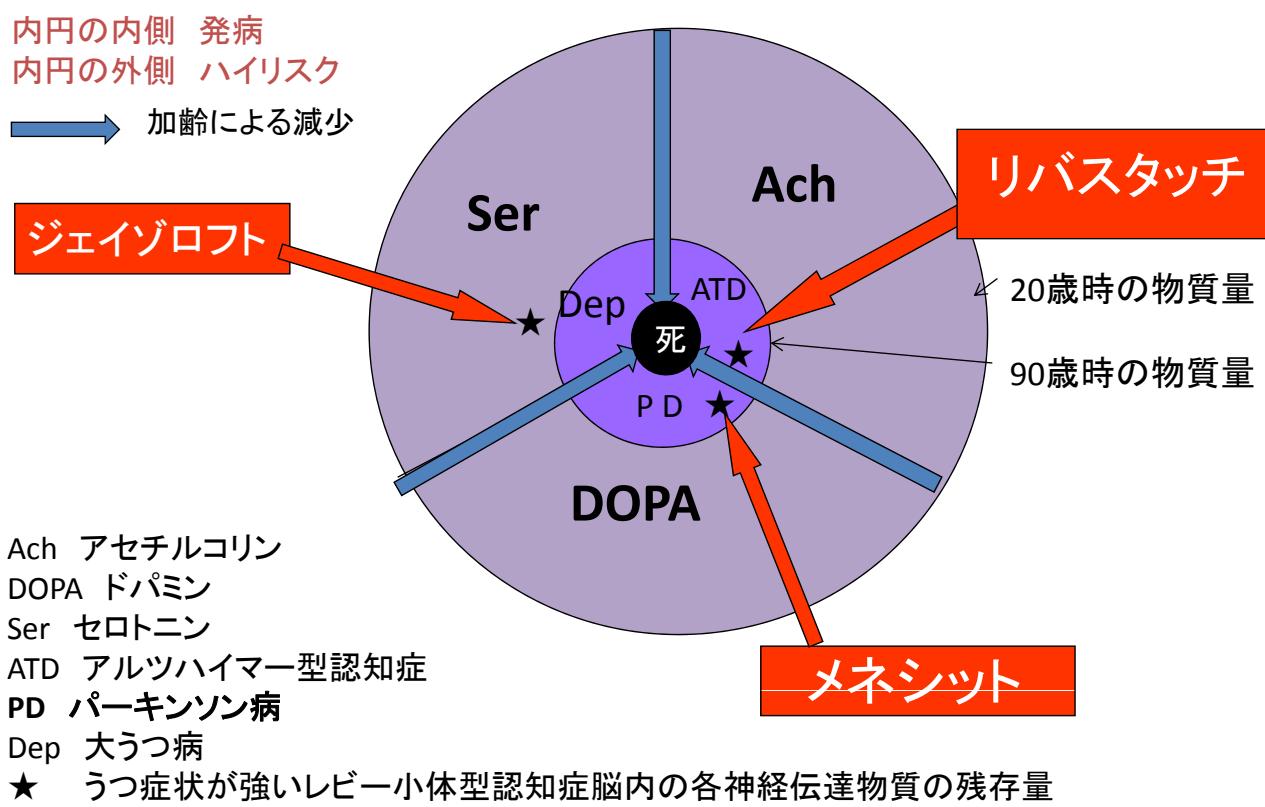
中止すべき薬剤

アリセプト
リスパダール
セレネース



うつ症状が強いDLBにおける 3神経伝達物質の減少状況と第一選択薬

11



NewフェルガードLAとフェルガード100M 12 効果が確認されている適応症

12

フェルラ酸：米ぬかに含まれる抗酸化作用の強い生理活性物質
ガーデンアンゼリカ：セイヨウトウキ（興奮性あり）

配合比

10:10

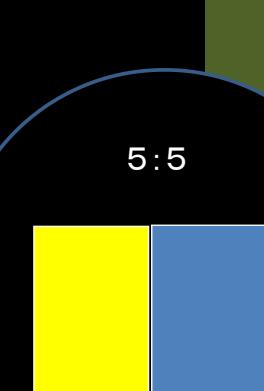
10:2



NewフェルガードLA



フェルガード100M



NewフェルガードT

適応	証	陰証			陽証		
		認知症	ATD NPH SD PNFA VD DNTC 脳炎 FTD-MND CBD		ピック病 LPC		
その他	嚥下障害 味覚障害 難聴		坐骨神経痛 MCI 糖尿病				

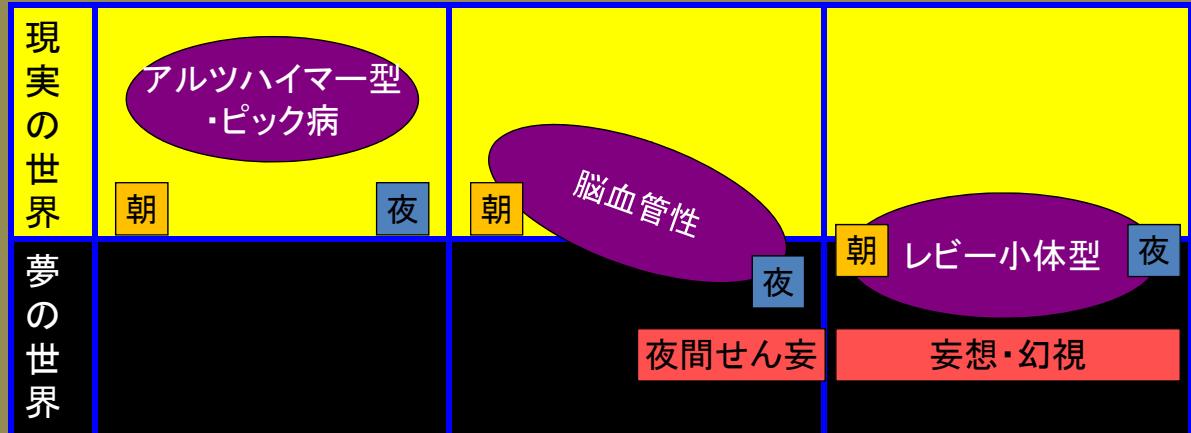
ATD、アルツハイマー型認知症 DLB、レビー小体型認知症 MCI、軽度認知症機能障害
SD、意味性認知症 VD、脳血管性認知症 DNTC、石灰化を伴うびまん性神経原線維変化病



アリセプトカリバスタッチ
グラマリール

サアミオン
レミニール

リバスタッチ
ニコリン注射1000mg



セレネース

1日0.75-2mg

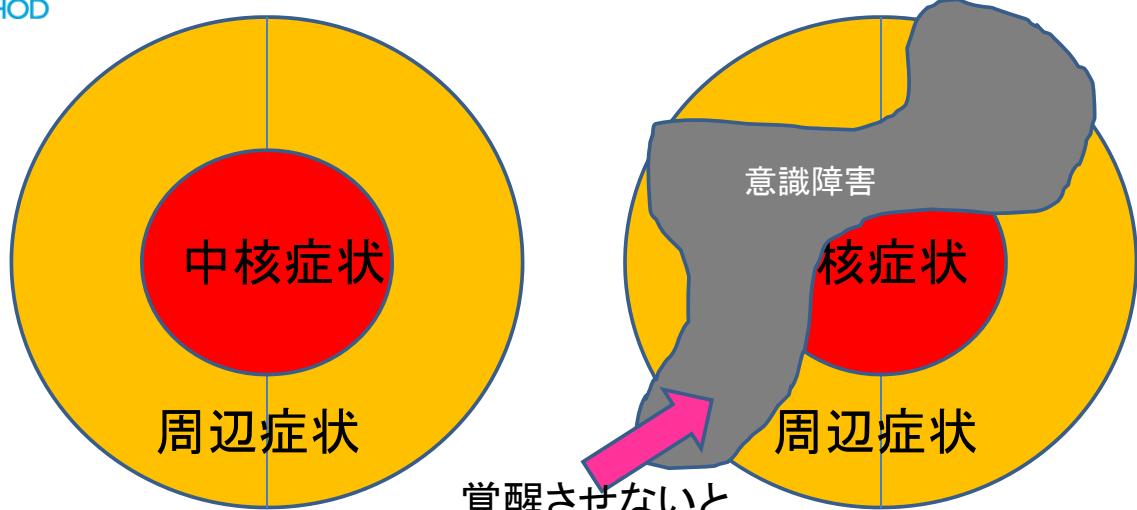
抑肝散 セレネース

1日0.2-1.5mg

認知症患者の内的世界の一 日



覚醒系認知症と 意識障害系認知症 の違い



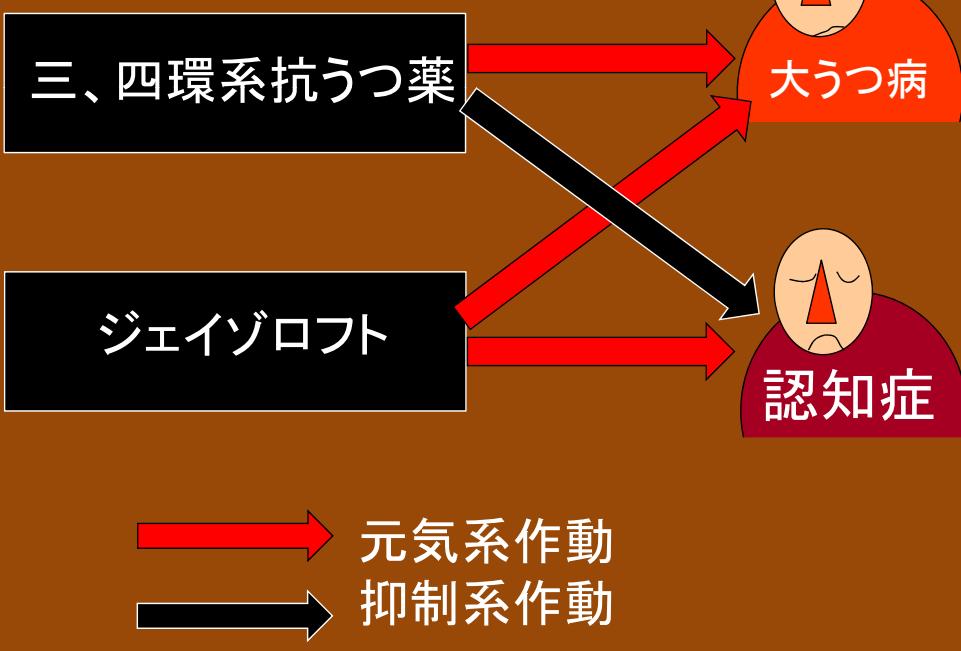
ATD Pick病

覚醒させないと
話にならない

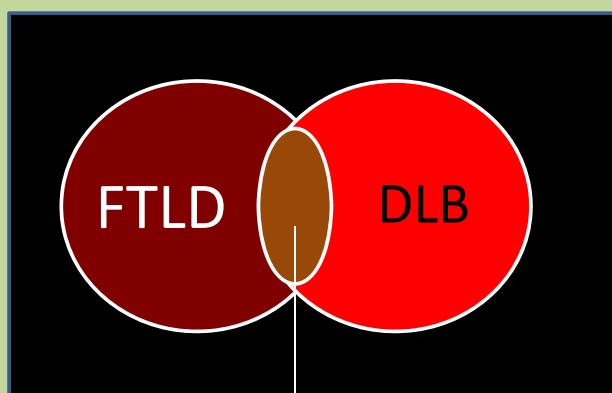
D L B ヤコブ病

V D

シチコリン注射を多用！
抑肝散がよく効く

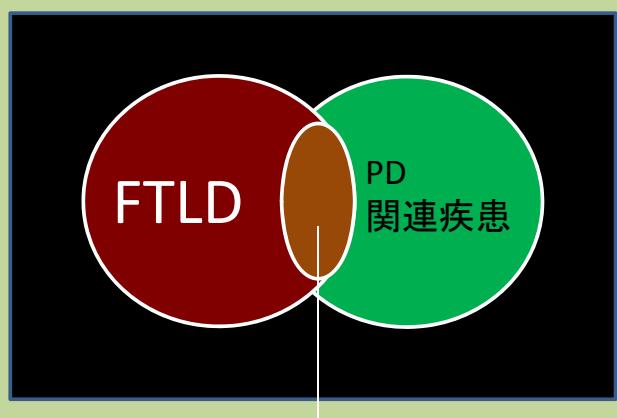


二疾患の合併



LPC

二疾患の中間の病態



CBD PSP

FTLD 前頭側頭葉変性症 PD パーキンソン病
 DLB レビー小体型認知症 CBD 皮質基底核変性症
 LPC レビー・ピック複合 PSP 進行性核上性麻痺
 FTD-MND ALS認知症

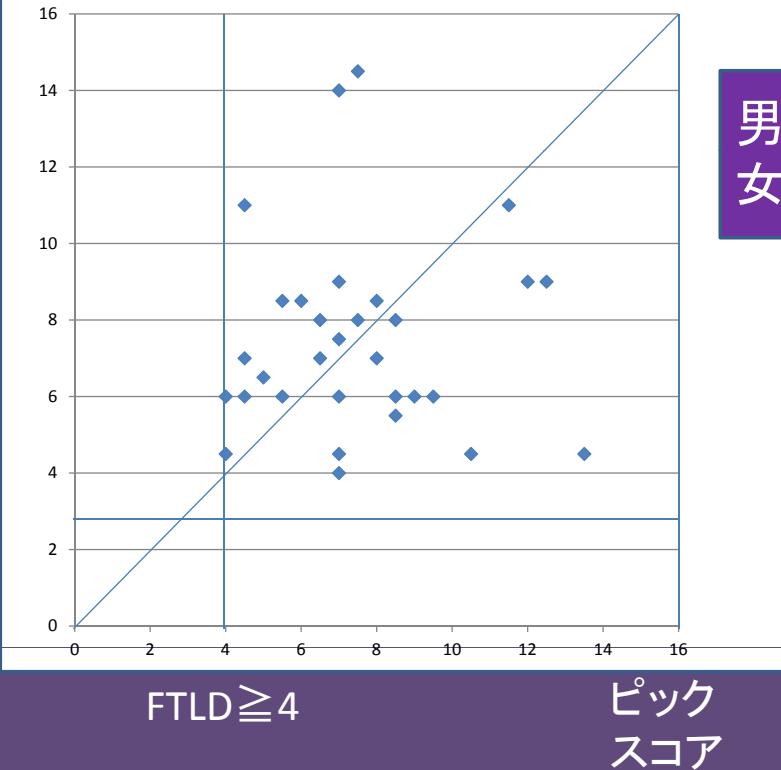
Lewy-Pick complex 33名の
ピックスコアvsレビースコア 相関図

レビー
スコア

DLB ≥ 3

平均年齢75.3歳 HDS-Rscore 6.7 Pscore7.5 Lscore7.5

男11名
女22名



FTLD ≥ 4

ピック
スコア



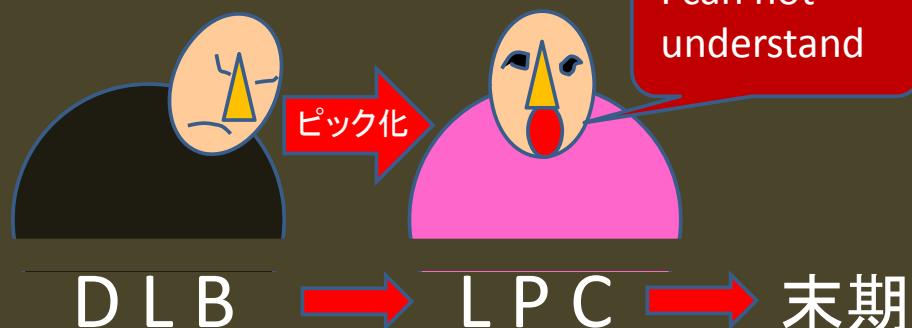
LPC進行にともなう標準処方変更イメージ

陽性症状

陰性症状

中核症状

幻視、妄想 抑肝散、セレネース	反社会症候群 ワインタミン セルシン	Newフェルガード $\times 4$ ニコリン1000mg
嗜眠、嚥下障害 Newフェルガード ニコリンH1000mg	フェルガード100M $\times 4$	
リバスタッチパッチ 9mg	4.5mg	18mg





精密な鑑別診断に固執する必要はない。対症療法で。

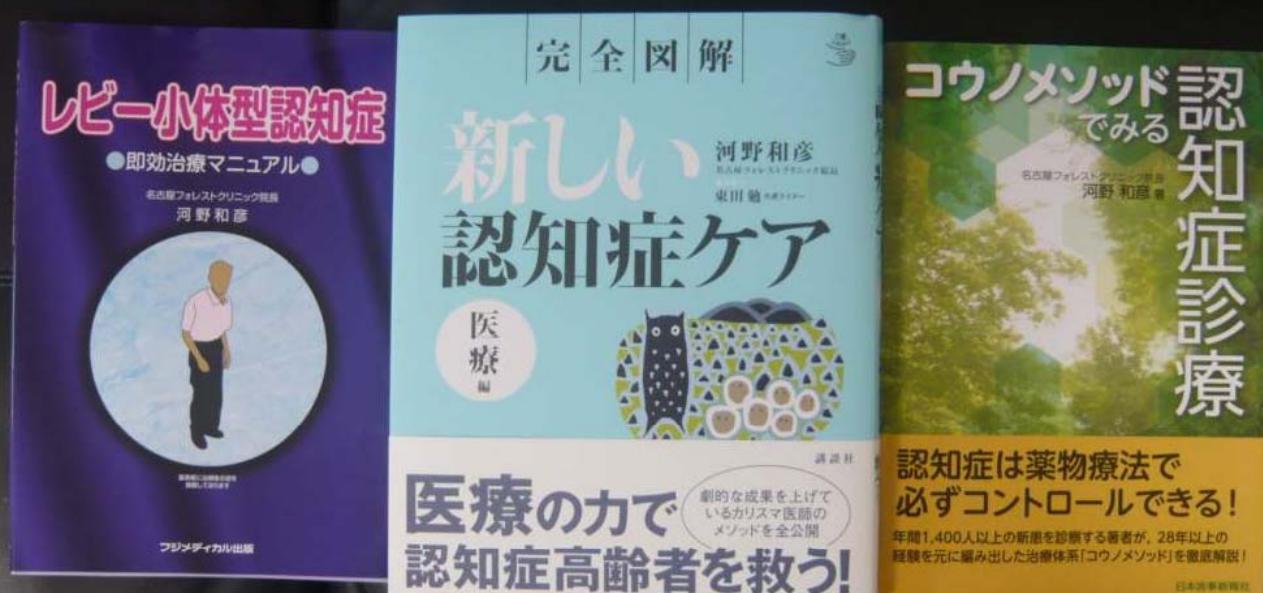
19

HDS-R	Lewy score	Pick score
改訂長谷川式 スケール	レビースコア	ピックスコア
遅延再生1点 以下はATD	3点以上は DLB	4点以上は FTLD
	レビーっぽい患者 →レビーセット (リバスタッヂ、抑肝散 フェルガード100M)	ピックっぽい患者 →ピックセット (ウinctamin、 フェルガード100M)
		ニコリン注射



コウノメソッドのテキスト

20



¥ 4830

¥ 3150

¥ 4830

コウノメソッド
認定
健康補助食品

プロルベインDR



プロルベインDR服用後の感想

(広瀬クリニックに寄せられた感想文)

購入方法

カイン(奈良県)に電話
0742-30-1351

頭部

慢性頭痛が消えた

ぼんやりしていたのが、すっきりした

末梢循環

下肢のくすんだ皮膚の色がピック色に変わった

下肢静脈瘤が少し小さくなった

体調

体調がとてもよくなつた

性機能が回復した

体が柔らかくなり気持ちよく体操できるようになった

高血圧、糖尿病

200の血圧が著明に下降した

HbA1cが着実に低下した

頸動脈ドップラー(例)

79歳男性 内膜肥厚 10mm → 4.9mm(4か月)

故広瀬滋之先生 愛知県刈谷市の開業医。漢方の名医として全国から難病が通院。

認知症推奨薬剤 コウノメソッド2013

認知症推奨薬剤 コウノメソッド2013										
カテゴリー	系統	先発品名	後発品名(例)	推奨用量(mg)	服用時刻					特記事項
	推奨疾患				朝	昼	夕	15時	就寝前	
中核症状薬	興奮系	アリセプト	ドネペジル	細粒 3 5 10						歩行障害 食欲低下
	弱興奮系	リバスタッヂパッチ		4.5 9 13.5 18	24時間貼付					かぶれ
	覚醒系	レミニール		4 8 12 内用液						激しい嘔吐
興奮系	メマリー			5 10 20						傾眠 認知機能悪化
	サアミオン	サルモン		5						易怒
覚醒系	シンメトレル	アマゾロン		5						易怒 幻覚
	ヒデルギン	エボス		2						浮遊感 食欲低下
抑制系	A V	グラマリール	チアプリム	細粒 25 50						過鎮静
	D	抑肝散		2.5g						食欲低下 低K
	D	抑肝散加陳皮半夏		2.5g 3.75g						下痢 低K
	P	ウインタミン		細粒 12.5						黄疸
	P	セルシン	ジアゼパム	細粒 2						過鎮静
	D V	セレネース	リントン	細粒 2						ふらつき 歩行障害
	A V P	セロクエル	クエチアピン「アメル」	12.5 25						高血糖
	V P	リスハダールOD	リスペリドン	1 内用液						定期処方禁止
	P	ジプレキサザイデイス		5						定期処方禁止
	不安	リーゼ	クロチアゼパム	5						ふらつき 30日制限
	不安	デパス	エチカーム	0.5 1						傾眠
元気系	うつ状態	ジェイゾロフト		25						食欲低下
		パキシル	パロキセチン	10						肥満
		サインバルタ		20						ふらつき
		ワイパックス	ユーパン	1						傾眠 30日制限
食欲系	ドグマチール	ベタマック		50						歩行障害 肥満
	プロマックD	ポラブレジンクOD		75						(亜鉛補充)
ドパミン賦活	興奮系	メネシット	ドパコール	100						嘔氣
		ペルマックス	メシリ酸ペルゴリト [®]	50 μg						嘔氣
		マドパー		配合錠						嘔氣
		ドプスOD	ドロキシド [®]	100						嘔氣
	抑制系	ビ・シフロール		0.125 0.5						傾眠
抑制系	睡眠系	レンドルミン	ゼストロミン							30日制限
		ベンザリン	ニトラゼパム	細粒 5 10						朝の眠気
		ロゼレム		8						
		リスミー	塩酸リルマザホン	1, 2						
中核食品	興奮系	NewフェルガードLA								ハイテンション
	弱興奮系	NewフェルガードT								
	調整系	フェルガード100M								
血行改善食品		プロルベイン								1日6カプセル
脳梗塞予防	第一選択	プレタール	先発品が望ましい	50						頻脈 頭痛
	第二選択	プラビックス		25						食欲低下