

筆者が臨床医として重視していることは「治療優先主義」です。学会に行くとき精密な病型診断の議論がなされているので、プライマリケア医は認知症診療に乗り出す自信を失うことでしょう。しかし患者急増の時代に、CTをもたない実地医家でも大方の診断をしてすぐに患者の症状を改善させる必要に迫られつつあります。「初めに診断ありき」という西洋医学はいったん脇に置いて、すぐに介護者を楽にする処方をしなければなりません。

認知症で最も多いアルツハイマー型認知症(ADT)は、脳内のアセチルコリン欠乏によって認知機能が低下することがわかり、ドネペジルが合成されました。しかし、ドネペジルは一部の患者を怒りっぽくさせます。一方、抑制系薬剤の代表薬である抗精神病薬のチアプリド(グラマリール[®])は、認知症に適応をもちませんが、怒りっぽい患者を穏やかにするため介護者から非常に喜ばれます。

ですから、せっかくADTと診断できてもADT患者の全員にドネペジルだけを処方するというのは、介護の世界では歓迎されることではないのです。ここに病理学と現場の間の大きなギャップがあります。臨床医は病理学の奴隷ではありません。介護者を助ける処方を優先するとき、実は認知症の精密な病型鑑別など大して重要なことではないのです。**大事なことは患者の個々のキャラクターです**。

つまり陽証(陽性症状が主体の患者)か陰証(陰性症状が主体の患者)か中間証のどれかを見きわめて、それに合った処方をすれば介護者は評価します。陽証には抑制系薬剤、陰証には興奮系薬剤、中間証にはいきなり中核薬(リバスチグミン[リバスタッチ[®]パッチ、イクセロン[®]パッチ]、ガラントアミン[レミニール[®]]、ドネペジル)を処方してよいでしょう(図1)。

抑制系薬剤の代表はグラマリール[®]、興奮系薬剤の代表はニセルゴリン(サアミオン[®])ですが、病型鑑別ができれば前頭側頭葉変性症(FTLD)にはクロルプロマジン(ウインタミン[®]、コントミン[®])、レビー小体型認知症(DLB)なら抑肝散のほうがベターです。抑制系は過剰だと過鎮静を起こし患者のADLを奪います。ですから**介護者にはあらかじめ、患者の状態に応じて用量の加減をするように指導しておきます(家庭天秤法)(図2)**。そうすれば、介護者が100%満足する状態に患者を改善させること

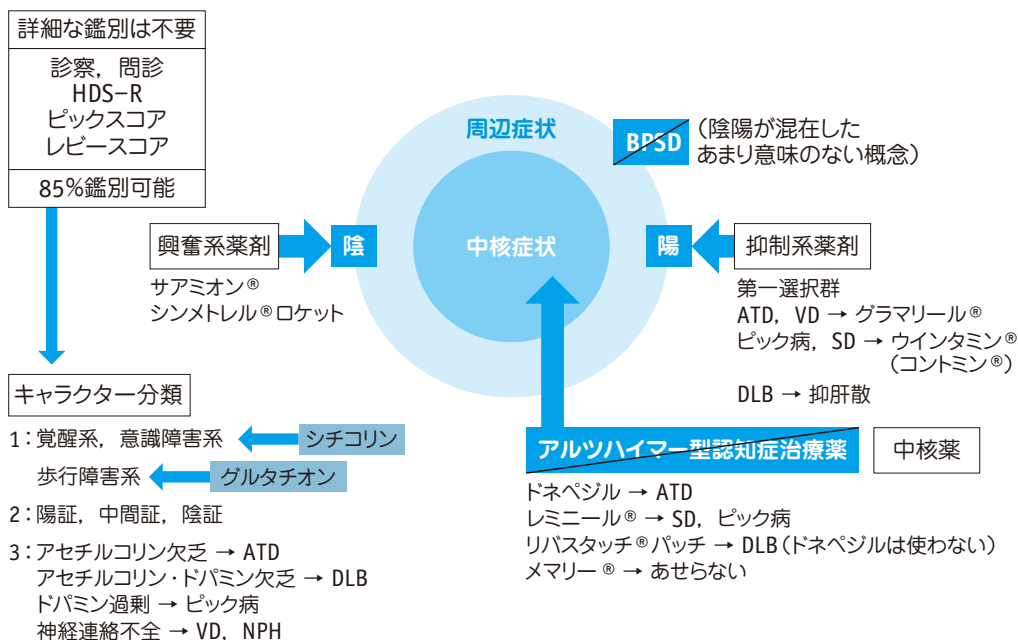


図1 システム化されたコウノメソッド

ATD：アルツハイマー型認知症，DLB：レビ－小体型認知症，VD：脳血管性認知症，NPH：正常圧水頭症，SD：意味性認知症

朝	昼	夕
2	2	2
1	1	2
1	1	1
1	0	1
0	0	1

(錠)

グラマリール® (25mg) or
 コントミン® (12.5mg) or
 セロクエル® (25mg) 0～6錠/日

図2 家庭天秤法におけるベース薬の加減

朝に陽性症状が強い場合は、1-0-0となる。夕方
 症候群が懸念される場合は15時投薬が望ましい。

ができます。なぜなら介護者が自分のために処方するようなものだから
 です。

それから、注意しなければならないのが、**薬剤過敏性のある患者**です。
 DLBは主に脳内ドパミン欠乏によって歩行障害を起こしますが、一番大事
 なことはパーキンソン病(PD)治療薬を処方することではなく、**ドネペジ
 ル(ドパミン阻害薬)をやめること**です。また幻覚の副作用を出さないため
 になるべく少量のPD治療薬で歩かせる必要があり、アロチノロールを併
 用して振戦を減らしたり、シチコリン注射で覚醒させたりすることで大き

表1 コウノメソッドの概要

- 認知症薬物療法マニュアル(手順書)
- 2007年からインターネット上で無料公開し、毎年更新している。
- 近年は、簡単な診断術についての助言も取り入れている。
- コンセプト
 - 1) 患者と介護者の両者を救えないときは、介護者を救う(介護者保護主義)。
 - 2) 患者に合う薬の用量は、介護者が加減する(家庭天秤法)。
 - 3) サプリメントの積極的な利用
- コウノメソッドに沿って治療することを約束した医師(コウノメソッド実践医)、協力する薬剤師、看護師が名古屋フォレストクリニックのホームページで公開されている。
- 処方哲学
 - 1) 治療優先主義：医学的診断よりもキャラクター分類(陰陽)に沿って処方をしたほうが病状にマッチする。
 - 2) 用量重視主義：薬は種類だけでなく用量の調整が大事である。
 - 3) 抗うつ薬慎重主義：認知症には抗うつ薬を第一選択とはしない。
 - 4) セット処方：初めての医師にもわかりやすいカクテル処方を提唱。
(アルツセット、ピックセット、レピースセット、食欲セット、変性疾患セットなど)
- 診断サポート
画像機器なしで鑑別できるツール：アルツハイマースコア、レピースコア、ピックスコア

な改善を得られます。

このような手法は、既存の教科書にはまったく書いていないと思います。筆者が編み出した手法はまさに“認知症学”という新しい学問であり、精神科学や神経内科学の延長線上にあるものではありません。認知症をうまく治すには、新しい手法・学問が必要なのです。

コウノメソッドとは

コウノメソッドは、2007年から筆者がインターネット上で公開し、毎年更新している「認知症薬物療法マニュアル」です(表1)。数万の処方経験から得られた正攻法をまとめたものであり、認知症に不慣れな医師でもこの通りに処方すれば大方7割以上の改善が得られます。選択すべき薬だけでなく用量も精密に書かれている点が実践的です。

また、コウノメソッドは「**介護者保護主義**」「**家庭天秤法**」「**サプリメントの積極的利用**」を三本柱としています。「介護者保護主義」とは、患者と介護者の両者を救えないときは、介護者を救うための処方(抑制系)を優先するという処方哲学のことです。「家庭天秤法」とは、薬のさじ加減は医師には不可能であって、介護者が症状に応じて抑制系薬剤の用量調整をするしかないという考え方、「サプリメントの積極的利用」は、医師の倫理規定に則って、治療に有益なものは薬以外でも積極的に患者に勧めるという立場からです。サプリメントは長期的(10年以上)にも安心で有用です。

本書で紹介する改善例の多くがコウノメソッドを基本として達成されたものであり、筆者以外の医師でも容易に達成できるありふれた事象です。

病型鑑別が無意味である理由

レビー化

アルツハイマー型認知症 (ATD) の脳内にはレビー小体が共存することが多く、レビー小体型認知症 (DLB) の脳内には老人斑が共存することが多いことがわかっています。それを説明する仮説として、老人斑がレビー小体に封入されているという仮説があります。この考え方によって、長年通院している ATD 患者に幻視が出てきたり小刻み歩行になってきたりする現象 (レビー化) が納得できるようになりました。

同様に、パーキンソン病 (PD) に幻視や認知機能低下が生じた場合も、DLB と病名変更したほうが実情に合います。そうすると、**認知症の7割を占めるかもしれない大きな集団が、実はDLBのサブタイプ**であって、限りなく PD に近い「DLBのPDタイプ」、限りなく ATD に近い「DLBのATDタイプ」、そして「DLB典型例」で構成されている患者群と言ってしまうのも誤りではないと思うのです。

ただ、純粋な ATD・純粋な PD と DLB 典型例の決定的な質的違いは、薬剤過敏性の有無に尽きます。医師が家族にきちんと問診して、薬剤過敏性があるならば、できるだけ低用量で処方を開始することが求められます。どうしてもドネペジルを処方する場合でも、規定の 3mg で開始するというのは多すぎます。

患者の病型鑑別は、初診時だけ正確に行えばよいわけではありません。多くの患者が長期のうちに変容していくなら、ATD とか PD と決めつけずに途中で診断名を変更する勇気を持ちましょう。ですから、この患者はいったい ATD なのか DLB なのかという議論、あるいは認知症を伴うパーキンソン病 (PDD) なのか DLB なのか、PD なのか DLB なのかという議論は、実のない討論なのです。大事なことは、今問題となっている標的症状を速やかに副作用なく治すことに尽きます。すなわち認知症は、対症療法の連続で治療が可能です。そう考えると、ほとんど画像機器は不要だということになります。

ピック化

マンチェスターグループによる前頭側頭葉変性症 (FTLD) 分類 (図3)

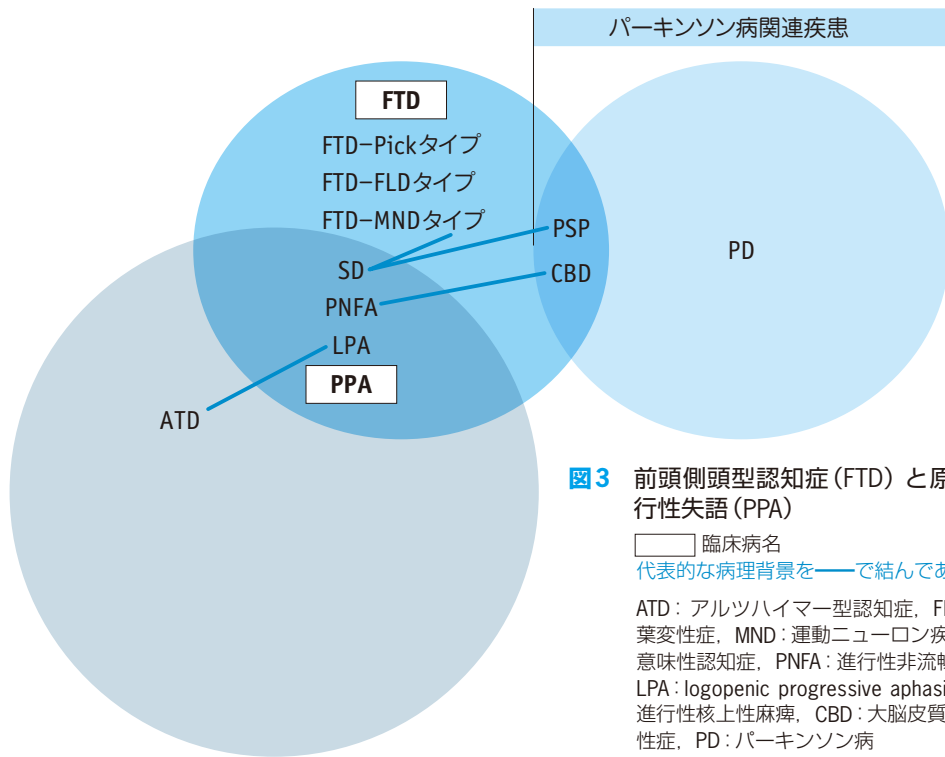


図3 前頭側頭型認知症 (FTD) と原発性進行性失語 (PPA)

□ 臨床病名
 — 代表的な病理背景を—で結んである。

ATD: アルツハイマー型認知症, FLD: 前頭葉変性症, MND: 運動ニューロン疾患, SD: 意味性認知症, PNFA: 進行性非流暢性失語, LPA: logopenic progressive aphasia, PSP: 進行性核上性麻痺, CBD: 大脳皮質基底核変性症, PD: パーキンソン病

により、語義失語があって前頭側頭葉萎縮がある場合を意味性認知症 (SD) と呼ぶようになりました。問題は、病理組織が ATD で臨床症状が SD という患者がいないわけではないということです。その場合、この患者は ATD なのか SD なのかという議論はまったく意味のないことです。

FTLD の失語症候群 (SD と進行性非流暢性失語) は臨床分類なので、認知症の病型別占有率 (病理組織分類) の中に入れてはならない分類です。もし、入れてしまうと全体で 120% などという奇妙な統計になってしまいます。この分類が現場を混乱させていることは否めません。

しかし SD の多くの場合、ピック症状が加わってきます (ピック化)。ですから、SD なのに初診時に ATD と認識してしまうのは、望ましいことではありません。SD はピック化していきませんが、純粋な ATD はピック化しないからです。SD と診断しておけば、将来反社会的行動が起り始めたらすぐに対応できます。

SD がピック化したとき、筆者は「SD」との診断名を途中からピック病に変更はしませんが、ピック病として発病した患者は「語義失語のあるピック病」「語義失語のないピック病」とわけて言うことはあります。前者は言うまでもなく CT で見ると側頭葉の萎縮が強いです。ですから、この患

者はSDなのかピック病なのかと議論する意義もあまりありません。

ただ、問題行動のために介護施設に入所する患者の病名としては「ピック病」と施設職員に言っておいたほうが、イメージしやすいことは間違いないでしょう。大事なことは、**ピック症状があれば処方をやや早めにピックセット(ウインタミン®を抑制系薬剤の主体にする)に切り替える**ということです。

筆者は初診時、鑑別に迷ったら「ATD(SD疑い)」などと書き添えておくようにしています。病名はシンプルで美しくある必要はないと思います。クリアカットに決められるものではないからです。

このような話をほかの医学書で読むことはないはずですが。こういったカオスに満ちた話こそが現場を直視した“認知症学”なのです。

レビー・ピック複合(LPC)化

DLBを長年診ていると、ピック病のようにわがままになったりスイッチが入ったように怒ったりする患者がいました。その時点でCT所見を見直すと、ちゃんとFTLDの萎縮になっているのです。そこで筆者は、もともとFTLDの萎縮をしていたのにその症状は初期には現れずに、DLBの症状だけが現れていたと理解しました。

また、FTLDとして診ていた患者に幻視が出たり歯車現象(歯車様筋固縮)が現れたりする場合もありました。こういった患者が3人ほど続けて来院した日に筆者は、これは新しい疾患概念と認めざるをえないと決断し、2012年9月2日に、筆者が当時インターネット上で運営していた「認知症ブログ」において「**レビー・ピック複合(Lewy-Pick complex; LPC)**」と発表したのです。その後もピックスコアとレビスコアがともに高い場合を筆者なりに客観的に認定していき、症例数はすぐに100例を超えました。特にSDは臨床的に診断してよい概念ですので、SD+DLBのパターンのLPCは、他の研究者から否定されるものではありません。典型例に絞ればLPCの存在に反論できないと思います。

筆者がLPCを発表した狙いは、現場のスタッフのストレスをなくすことでした。この患者はいったいどちらの疾患なのだろうかといつまでも悩んでいるよりも、2疾患の合併だと覚悟すれば、すべての症状に納得がいくのです。

FTLDがレビー化したらシチコリン注射が奏効するでしょうし、DLBがピック化したらピックセット(ウインタミン®+リバスタッチ®パッチ)に処方を切り替えればすぐに落ちついた知的な状態に戻せるのです。

認知症における意識障害

認知症は、「意識障害のないときに中核症状があること」と定義されています。しかし、この定義を守ったら認知症の25%はずっと認知症と診断できないでしょう。意識の座には、脳幹網様体だけでなく大脳も関与しています。たとえば、クロイツフェルト・ヤコブ病のように大脳がびまん性に崩壊していく経過を目の当たりにするとまさしく意識障害だと感じると思います。

筆者がいう意識障害とは意識の変容のことで、昏睡のことではありません。せん妄はすべて意識障害の一種と考えて下さい。大暴れする状態に限らず、「低活動性せん妄」という病態もあります。

DLBの慢性的なせん妄や脳血管性認知症(VD)の夜間せん妄は、すべて認知症+意識障害と考えて下さい。この場合、意識障害を治すことが最優先です(図4)。躊躇せずにシチコリン注射を行って下さい。また患者によっては、覚醒させることで妄想や幻視、摂食不能が解消することが経験されます。

ハロペリドール(セレネース[®])で歩行障害を起こす前にシチコリン注射で副作用なく覚醒させたほうが安全です。シチコリンは、昏睡にはほとんど効きませんが、せん妄にはきわめて有用です。認知症と意識障害は別物だという認識であるなら、多くの認知症を治すことはできません。

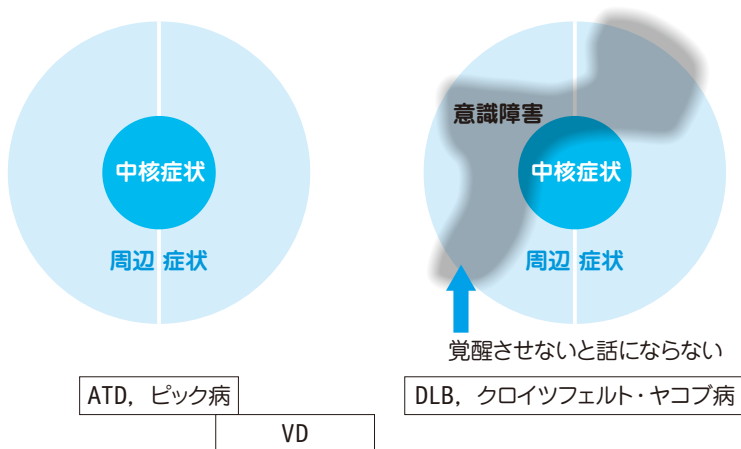


図4 覚醒系認知症と意識障害系認知症の違い

意識障害系認知症には、シチコリン注射を多用する。抑肝散が奏効する。
ATD：アルツハイマー型認知症、VD：脳血管性認知症、DLB：レビー小体型認知症

大人の発達障害をもつ認知症患者

物忘れを主訴として初診した患者の場合、**高齢者であっても注意欠如・多動性障害 (ADHD) の問診は必要**です。大人の発達障害は、患者によっては寿命が来るまでその症状を継続する場合があります。

パターンとしては、①ADHDのみ、②ADHD + 認知症の2つですから、改訂長谷川式スケールを行って、満点近いとか画像的に大脳の萎縮が非常に軽いという、いわゆる軽度認知障害 (MCI) と判明してからADHDの問診を追加しても手遅れではありません。ただし、**初診日のうちに決着をつけておく**のが理想です。なぜなら、ADHDのみなら認知症ではないのですから、介護保険の対象にはならなくなってしまいます (65歳未満の場合には、限られた疾患しか認定されない)。

しかし、おっちょこちょいで自動車の車体側面をよくこするといったエピソードは、ADHD (多動タイプ) でも起こしやすいものですから、実は認知症と同程度に危険な側面があります。