

コウノメソッド 認知症

でみる

名古屋フォレストクリニック院長
河野 和彦 著

第2版

症診療

認知症は

かかりつけ医が診る! 治す!

年間1,200人以上の新患を診察する著者が、
30年以上の経験をもとに編み出した
治療体系「コウノメソッド」の入門書。
4年分の長足の進歩を加筆した改訂版!

日本医事新報社

認知症へのプライマリ ケア医のかかわり方



KONO
METHOD

認知症へのプライマリケア医のかかわり方

中核薬の使用規定を遵守するべからず

認知症にはさまざまな病型がありますが、ほとんどは脳の変性疾患であり、「神経細胞が日々猛烈な速度で死滅している」というイメージを持つと、「到底治せる病気ではない」と感じるだろうと思います。

日本初の中核薬であるドネペジル（アリセプト®）は、1999年に国内で使用開始となりましたが、この種の薬剤は臨床試験で「認知機能が数カ月低下しなければ効果あり」と判定されています。なぜなら、アルツハイマー型認知症（ATD）は悪化して当たり前だからです。ですから、ドネペジルを処方しても約4割の患者には何も変化が起こらず、改善したとは到底思えません。

専門医がよく観察すれば、ドネペジルは約6割のケースで一時的にせよ改善させているのですが、患者と生活をともにする介護者としては、「服用していなければ、今より悪くなっていたはず」という好意的な見方はなかなかしてくれないものです。そうしたこともあり、プライマリケア医が勇気を出してドネペジルを処方しても、「改善例」とされることはあまりなかったのではないかと思います。そのため、皆さん意気消沈してしまったのではないのでしょうか。「結局、治せないんだ……」と。

ドネペジルが登場したときは多くの関係者が喜んだのですが、それ以来、認知症の診療現場でワクワクした気持ちを伴った感動は巻き起こったでしょうか。むしろ、昨今はドネペジルが患者を興奮させて介護の邪魔になることもあると認識されるようになっていきます。

筆者は今でもドネペジルは認知症治療に欠かせないと思っていますが、問題は製薬会社が患者の体質に合った適量（5mg未満）を適切に処方できないような規定を作り、それを厚生労働省が容認してきたことにあります。ドネペジルは一部の患者には危険な薬剤です。筆者が「コウノメソッド実践医」の輪を全国に広げてきたのは、この「ドネペジル5mg問題」に対応することが目的の大半でした。この本の読者におかれても、必要とあればドネペジル少量投与をしていただくことが最も筆者の期待するところです。

なお、一般社団法人「抗認知症薬の適量処方を実現する会」（会長・長尾和宏医師）の強い働きかけなどによって、2016年6月には厚生労働省から中核薬4成分の少量投与を認める「事務連絡」が発出されるという、1つの大きな成果が得られました。このことで、よほどのことがない限り、増量しないケースで診療報酬を認めないという判定は困難になりましたが、臨床現場へのさらなる周知が必要だと筆者は考えています。

陽性症状を制御できれば患者も介護者も楽になる

次に、介護の場では陽性症状の制御が何より喜ばれるという話をしましょう。認知症患者のほとんどは介護者の助けを受けて生活しています。ですから、「介護者の迷惑になるような事態につながらないか」という観点からも、処方内容を検討していく必要があります。例えば、ドネペジルを規定の5mgで投与して患者が怒りっぽくなったら、それは治療の失敗と考えるべきなのです（図1）。

筆者は常々こんなたとえ話をします。もし、1種類の薬剤しか採用できない孤島の診療所に赴任するなら、ドネペジルとチアプリド（グラマリール®）のどちらを採用するか——。筆者は当然グラマリール®を選びます。介護の場では、患者が穏やかになって笑顔を見せることが最も大切で喜ばれることだからです。

もちろん、残念ながらグラマリール®の適応症に「認知症」は含まれていません。そのようなわかりきったことを、筆者はこの本の中でことさらに述べるつもりはありません。「患者を守る」ということを真剣に考えれば、どうすればよいかおのずとわかると思います。

今、社会の認識としては「治る見込みのない病気は福祉領域、治る病気は医療領域」となっています。しかし、実のところ、認知症の約7割はかなり改善させることができます。脳が萎縮していくケースでも改善に導くことができます。臨床医の皆さんは、病理組織をミクロの視点から見て絶望するのではなく、希望を持って認知症診療にあたってください（図2）。患者が相当程度まで改善して、よい状態が続くうちに天寿をまっとうすることができれば、それは臨床的には完治と考えてもかまわないのです。このとき、その方の脳の病理組織がどうであろうと、臨床的に改善した後の人生には無関係なのです。

病理組織や血中濃度のみを見て投薬量を決めるようなこれまでの方針に左右されることのない

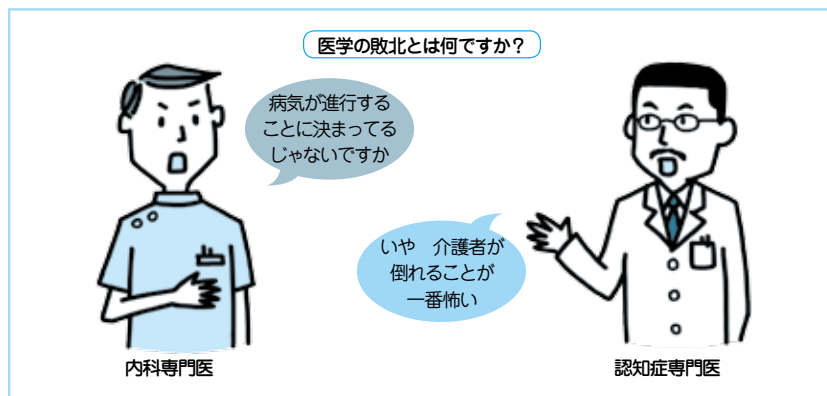


図1 内科学と認知症学の違い

中年期の患者は自らの疾患を完治させれば自立生活に復帰できますが、認知症患者の大半は要介護高齢者であり、処方によって陽性症状が増悪した場合は要介護度を高めてしまいます。認知症適応と認められている薬剤は、いずれも多かれ少なかれ興奮作用を秘めているため、陽性症状を意識しない処方とはご法度です。

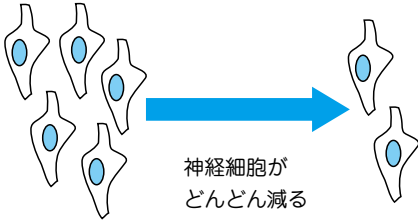
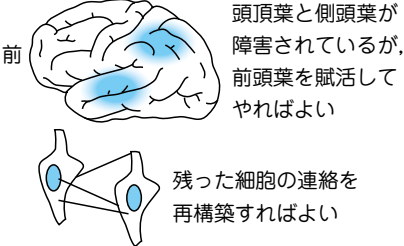
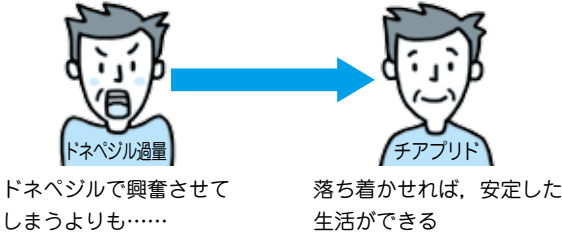
希望	絶望		治るはずがない
	マクロのイメージ		臨床的に著明に 改善し得る
	臨床の イメージ		家庭が平和にな り、介護者から 感謝される

図2 脳萎縮は絶望ではない

神経細胞が減っても、薬剤や認知機能リハビリテーションなどで細胞間の連絡を増強させれば、病状が改善することが現に観察されます。また、前医の興奮系薬剤を減量し、低用量の抑制系薬剤（向精神薬）を併用することで、患者の集中力が増して中核症状が改善したかのような成果を上げることもありますので、医師の役割（的確な処方）は重要です。

い、患者と介護者から信頼される臨床医が増えてほしいと思います。

認知症は病理組織から確定診断される疾患で、生前診断は専門医でも約1割の患者で不可能ですし、疾患が重複していることもあります。いわゆる「専門医」が誤った診療をしていたら、彼らの看板にひるむことなく、あなたが患者を守ってください。こうした見地に立って「改善するなら診断にはこだわらない」という姿勢を取ることにについて、「医師は科学者でなければならない」との批判を恐れることはありません。現場の最前線に立つ臨床医としては、難しい鑑別診断にいたずらに固執することはなく、患者が楽になり病状が改善することがすべてであると、胸を張って診療にあたってください。この本では、患者と介護者に平和と笑顔をもたらす処方術を解説しています。

認知症診療において問われる臨床医の能力

本書の読者が認知症診療に携わるにあたって、ぜひとも目指していただきたいことがあります。

①早期発見能力、②レスキュー能力、③リペア能力、④プロフェッショナリズムです（表1）。

表1 認知症診療において問われる臨床医の能力

①早期発見能力	<ul style="list-style-type: none"> ・介護者の訴えによく耳を傾ける ・前医の誤診（うつ病、歳のせい）に気づく ・自分から発見する
②レスキュー能力	<ul style="list-style-type: none"> ・介護者の心労を助ける 抑制系薬剤で陽性症状を制御 介護者の心を救うケア ・介護者の肉体的疲労を減らす 患者のADLを上げる処方 ・介護保険利用のアドバイス
③リペア能力	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医が誤処方をしていたら変える 薬剤を減らしても大丈夫と判断できる能力 治療の引き出しを多く持つ（内服、注射、サプリメント、マッサージなど） 患者の症状と対話し、常識にとらわれない多彩な用量設定 著効のイメージを持つこと
④プロフェッショナリズム	<ul style="list-style-type: none"> ・重度でもあきらめない 一部でも改善できる点はないか探す 記憶はあきらめても患者の笑顔を目指す 積極的な胃瘻造設で安全に嚥下機能回復を目指す ・人間として慕われ信頼される「人生最後の主治医」になる

介護者は介護うつに陥っている場合があります。仮に治せない症状でも、介護者の苦しみをよく聞いて誤った処方を変更すれば、医師の役目を十分に果たせます。そうすれば、認知症を福祉から医療の土俵に上げることができます。老化と疾患（認知症）を区別することが、科学者たる医師の大仕事なのです。もちろん、明確にどちらかに区分できるわけではなく、「30%は老化、70%は疾患」というような理解が必要です。

1. 早期発見能力

認知症以外の疾患で診ている患者であっても、世間話の中で「もの忘れが気になる」とか「自車をこすってしまった」といったエピソードを聞いたなら、それが病的であるかどうか確かめるための質問をする必要があります。それこそが「認知症への積極的かかわり」であり、目下の高齢社会においてプライマリケア医に求められる姿勢です。

「うつ病」など他の病名で継続診療を依頼されても鵜呑みにせず、認知症の可能性はないか確かめましょう。また、レビー小体型認知症におけるうつ状態が、「うつ病」といえるのかどうかという議論はつきません。認知症とうつ病は時として切り離せないことがあり、いずれにせよ患者さんが元気になる処方を考えることが重要です。

一般に、介護者は医師よりも敏感に認知症の初期症状に気づくものですが¹⁾、逆に介護者が「歳のせいだ」と言い張っても医師のほうから「認知症だ」と主張できるくらいの自信がなければいけません。

2. レスキュー能力——介護者救済（介護者保護主義）

認知症患者はイコール要介護高齢者といってよいでしょう。介護者がいなければ生活が成り立

たないので、一般内科学領域とは違って介護者までもケアしていく義務があります。後述する陽証（陽性症状主体で怒りっぽい）の認知症に対しては、興奮作用を持つドネペジルではなく、鎮静作用を持つ抑制系薬剤を優先して処方してください。また、介護者の健康にも気を使い、早期に介護保険を申請して福祉サービスを受けるよう助言しましょう。

近年、メマンチンが陽性症状を鎮静化させる作用が注目されていますが、クロルプロマジンなど、コウノメソッドが推奨する抑制系薬剤によって得られるほどの鎮静効果や確実性はありません。コウノメソッドでは、どちらともつかない薬剤については第1選択からは退けています。

3. リペア能力——薬剤の副作用の解除

認知症専門医でも、過剰な処方では患者を悪化させることがままあります。そのリペア（修復）をぜひしてください。必ずしも認知症の専門である必要はありません。専門医の意見や処方であっても必ずしも正しいとは限らないということを知っておけばよいのです。

「効かなければ増やせ」の処方は、認知症にはマッチしません。認知症は用量依存性の薬物反応を示す疾患ではないからです。本書で解説するコウノメソッドをぜひ取り入れてみてください。事実、コウノメソッドを体得したプライマリケア医で治療を成功させている医師が大勢います。

4. プロフェッショナリズム——あきらめない精神

医師は治療のプロフェッショナルです。医師と患者が結ぶ医療契約は「治すという約束」です。いかに病状が重度の患者でも、どこか一部は治せるはずで

す。認知症であれば、患者の記憶はあきらめても笑顔が戻れば介護者は評価してくれます。また、例えば嚥下障害が生じてあきらめず、時には積極的に胃瘻造設して、嚥下機能を改善する処方をしてください。あるいはコウノカクテルは、歩行をあきらめていた変性疾患においても著明な作用を示します。グルタチオンは保険診療内の用量（200mg）では蕁麻疹や肝炎に対してしか効果が得られませんが、その3～20倍の用量を用いれば、投与から15分でパーキンソン病患者の歩行を改善させる“新薬”に変わります。

保険診療は国民の寿命を延ばしましたが、時として各種の薬剤の可能性を摘み取る“足かせ”でもあります。自費診療を嫌っている、他の医師が治せない患者を治すことはできません。コウノメソッドではこのような点についての方針も明確に打ち出しています。そして、それらの具体的な方法についても、後述します。必ず「目からウロコ」と感じていただけることでしょう。

●文献

- 1) 和田健二・他：アルツハイマー病における診断と治療のポイント—中核症状について、老年精神医学雑誌，22（増刊II），3-9，2011。

I 診断編





1. 認知症の定義とその限界

認知症の定義は複数の診断基準をもとになされますが、その診断基準は改訂のたびに少しずつ変容します。プライマリケア医であれば、認知症の種類として10種程度を覚えていけばよいと思いますが、ほとんどは変性性認知症^{*1}であり、その場合は徐々に発病してくるため、いつから認知症になったと確定できるものではありません。ですから、医師によって認知症と診断する時期には、ずれが生じます（専門医のほうが早く気づく）。

認知症を確定する材料は、画像診断ではありません。確定診断は、家族への問診と知能検査から行うものです（表I-1）。画像診断は、認知症の病型を鑑別するために行います。脳萎縮度には個人差があるため、脳萎縮が著しいから認知症というわけではありません。診断を画像に頼ると、典型的な症状の患者ですら誤診します。この主客転倒は、医療機器がそろっているほど、むしろ犯しがちな間違いです。

認知症の6割を占めると言われるアルツハイマー型認知症（ATD）の特徴は「健康で普通の人に見える」ということです。図I-1のように、スーツを着てくる男性、1人でやってくる女性もいます。この男性に改訂長谷川式スケール（HDS-R）を行ったところ、30点満点で9.5点という結果から認知症診断が確定できました。また、この女性はHDS-Rは28点でしたが、時計描画テスト（後述）ではまったく描けませんでした。典型的なアルツハイマーパターンです（動作性知能が先に低下している）。外見で判断せず、健常に見える患者に対してもHDS-Rを行う勇気を持ちましょう。

特にATDの患者には「取り繕い」が目立ち、正常に見せようとする反応が

*1 変性とは、神経細胞が大量に死滅して病的な脳萎縮を示すことである。アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、ピック病などは変性性である。一方、老化による生理的脳萎縮は、変性とはいわない。

表I-1 認知症の定義

○目が見えて歩けるのに、独立生活が不可能

認知症の診断基準

1. 脳の器質的異常である（精神疾患とは違う）
2. 記憶や言語など複数の認知機能が低下する（特に失見当）
3. 後天的な障害である（知的障害とは違う）
4. 慢性的に持続する（一過性せん妄だけではない）
5. 上記の結果、社会生活活動の水準が低下する（社会性の低下）

学問上は上記の認知症の診断基準が重視されています。しかし、特に臨床では、この基準は万能ではありません。精神疾患は機能性障害（精神科担当）なのに対して、認知症は器質的疾患なので、本来は内科医が治すべき領域です。表出する症状は精神科用語で説明されますが、根源的には内科疾患です。認知症の診断基準を詳細に熟読しても当てはまらない患者が非常に多いので、個々の患者の状態に応じた判断が求められます。