

2017年2月4日 DLBSN 東京 シンポジウム「1」から学ぶ『レビー小体病』

当日、ご回答できなかったご質問に対し、文書にてお答えいたします。どうぞご確認ください。

回答者：福井俊哉先生、眞鍋雄太先生、長澤かほる

榎林洋介先生宛てのご質問や、高瀬義昌先生がご回答者に適しているご質問は、すべて当日お答えいたしました。

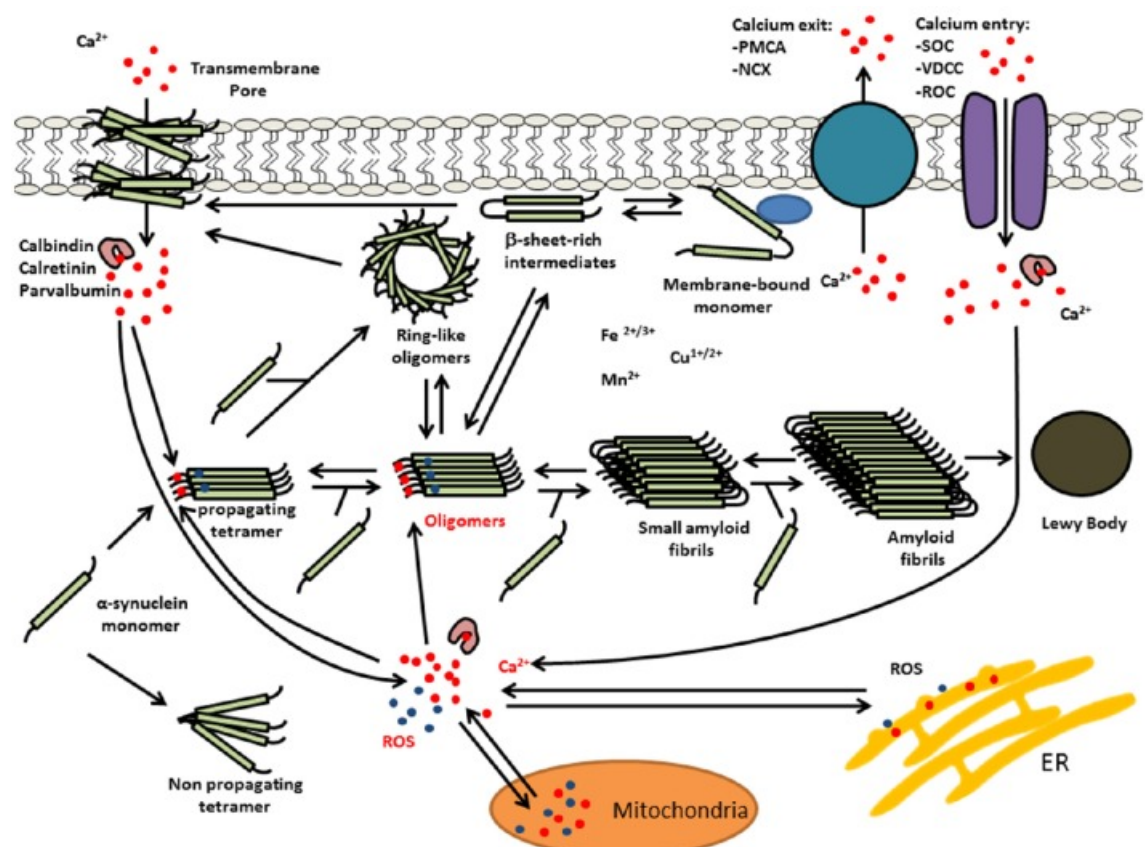
.....

Q1.「レビー小体はどのような機序で凝集するのか？ 誘発因子は何か？」

答え：ご質問のレベルが非常に高いものですので、お答えも難解な専門的なものとなり申し訳ありません。参考にしていただければ幸いです。まだ定説はありませんが次のような仮説が見当たります。

レビー小体はアルファ-シヌクレイン（ α -Synuclein： α -Syn）というタンパク質が凝集したものです。脊椎動物は α -Synを有しており、特に嗅球、前頭葉、線条体、海馬などにおけるドパミン作動ニューロンのシナプス前末端に存在します。 α -Synはさらに視床下部、視床、小脳、脳幹部にも存在します。 α -Synの働き（存在意義）はわかっていませんが、神経細胞膜の脂質と機能的に連携していると推測されています。さて、 α -Synがどうして凝集するかという点ですが、 α -Synと関連している神経細胞膜の機能的な不安定さ、 α -Syn関連遺伝子の変異、酸化物質によるストレス、カルシウムなどの金属イオンの濃度変化などの多因子が複合的に関わって α -Synが凝集すると推測されています（参考文献: Front Neurosci. 2016; 10: 570.）。

一方、DLB発症の危険因子として、不安症、うつ、脳血管障害、パーキンソン病の家族歴、45歳以前の卵巣摘出術が挙げられています（Neurology. 2013; 81: 833-840.）。注意が必要なのは、不安症、うつ、パーキンソン病の家族歴は危険因子なのかDLBの初期症状なのかを区別したい点です。また、一般的にレビー小体病は孤発例が多いのですが、同じくレビー小体病のパーキンソン病には家族性が存在することはよく認知されています。同様に家族性DLBの可能性を示唆する報告もあります（Arch Neurol. 2011; 68: 90-93 ; Am J Geriatr Psychiatry. 2004;12:179-188.）が、経験的にはお目にかかったことはありません。



図の説明：左端の α -Syn 単体（monomer）が最上部の細胞膜，カルシウムイオン（赤点），酸化物質（青点）と関連しながら次第に寄り集まり（重合化），最終的には右端のレビー小体（Lewy body）が生成される様子が描かれています。

Q2.「ウイルスが嗅覚に関係するとの話ですが，感染症は PDD などの悪化の原因になるか？」

答え：嗅球とは嗅神経の末端部に対する名称で鼻の奥に位置します。そのため，嗅球は神経系の中で最も外界からの刺激・攻撃を直接受けやすい神経です。その嗅球の老化・感染（主にウイルス感染）に端を発して，嗅球の上皮の透過性が亢進（膜を通過しやすくなるという意味）することにより外界の有害物質が嗅神経内に入りやすくなります。この有害物質がストレスになりアルファ-シヌクレイン（ α -Syn）凝集の引き金が引かれます。そのあと， α -Syn は非生物のタンパク質であるのにもかかわらず，あたかも生物体のように嗅球→嗅神経を遡り脳に達します。これはちょうど，クロイツフェルトヤコブ病を引き起こすタンパク質（プリオン）があたかもウイルスのように感染を広げていく様子に似ているため，「プリオン様伝播」と言われます。（参考文献: Acta Neuropathol. 2013;126:555–573）。

同じ感染といっても話は全く変わりますが，全身の感染症（かぜ，インフルエンザ，ノロ感染症，肺炎，腎盂腎炎など）はレビー小体病の身体・認知・精神症状をにわかに悪化させますので要注意です。

Q3.「時計の絵が描けないのは時間認知能力との関係があるのですか？」

答え：時計描画テストは「実行機能、視空間認知、意味記憶」の異常を検知できるとされています。

「実行機能」とは、何かを行う際に、明確な目標・目的を定め、それが実現できるような計画を立て、効率よくその計画を推し進める一連の能力を指します。「視空間認知」とは、自己と周囲の環境、物と物の空間的位置関係を理解する能力です。「意味記憶」とは物事の定義や知識を言います。さて、時計描画テストを施行する際には A4 の紙を置き、「ここに紙の大きさに見合った大きさの丸時計を描いてください。数字も全部書き、10 時 10 分を指している時計の絵にしてください」と指示します。まず、時計のイメージを思い出し（意味記憶）、紙のどこにどの程度の大きさの円を描くかを決め（実行機能と視空間認知）、次にそのあとの作業がきれいになるように（実行機能）まず 12・6、3・9 を対角線上に書き（視空間認知）、その間をほかの数字で埋めます（視空間認知）。次に 12-6、3-9 を目測で結び（視空間認知）その交点に中心を描くときれいに描けると判断します（実行機能）。最後に針を描くのですが、短針は「時」を指しそのまま「10」に針を向ければよいこと（意味記憶）、一方、長針は「分」を指しますが、「10 分」は「10」ではなく「2」を長針で指すものであるという定義・知識・抽象概念（意味記憶）に従って針を描き込み完成します。したがって、「時計の絵が描けない」ことに「時間認知能力の低下」（主に視空間認知障害と意味記憶障害）が関与することは明かです。事実、時計描写テストの成績と、時計を見せて時間を答えさせる「時計読みテスト」の成績は相関します。（参考文献：Am J Alzheimers Dis Other Dement. 2009;24:313-21.）

Q4.「『増悪』はどういう意味ですか？」

答え：「ぞうあく」と読みます。だんだんと悪くなる という意味です

Q5.「症状が複数ある場合の治療の優先度を教えてください」

答え：ご本人とご家族が最も困っている症状から治療開始します。同時にいろいろな薬を開始すると、副作用が出た場合何が原因なのかわからなくなりますので、段階的に治療を追加していきます。

例：

- 1) 認知・精神症状が主体でパーキンソン症候群は軽い：アリセプト → 効果判定後 L DOPA の必要性を検討
- 2) パーキンソン症候群が主体で認知・精神症状は軽い：L DOPA → 経過観察後アリセプトの必要性を検討
- 3) 自律神経症状が主体:それぞれの症状に対する対症療法

Q6.「複数の科を受診している場合、DLB の症状悪化の可能性を考えて処方内容に注文を付けてもいいのですか？受け入れてくれない医師にはどのように説明すればよいのですか？」

答え：DLB を診ている医師から服用してはいけない薬の一覧表または診療情報提供書を書いてもらい、それを他科の先生に見せる方法はどうでしょうか？もし聞き入れてくれない場合は DLB を担当している主治医に治療を依頼してみることです。神経内科、内科、老年科の医師であればある程度の合併症治療はし

てもらえるはずですが。

Q7.「84 歳，男性．診断は DLB．降圧薬，L DOPA，アリセプト 3mg 内服中．食後傾眠が強いのですが服薬変更は必要ですか？」

答え:おそらく，DLB の自律神経障害の一つである食後性低血圧の症状だと思います．DLB では血圧の乱高下が生じやすいことを背景にして，食後は一般的に消化器に血液を奪われるために血圧が下がりやすく，脳へ行く血液が減ります．その結果，ぼーとした感じ，眠気，脱力，吐き気，手の震えなどのいわゆる「脳貧血」の症状が出ます．対策法として，食後頭を低くする，降圧薬の服薬時間をずらす，起立性低血圧をきたしやすい降圧薬（カルシウム拮抗薬，交感神経アルファ遮断剤など）や前立腺肥大治療薬（商品名：ハルナール，エブランチル，フリバス，ユリーフ，ミニプレスなど．ジェネリック薬は名称が異なる）を服用している場合はその必要性や服薬時間を再検討してください．一方，眠気は DLB 自体の症状である可能性である可能性もあります．低血圧が否定された場合は，アリセプトの増量が必要です．場合により，ナルコレプシーが適応であるリタリンを流用する場合があります（ただし適応外使用）．

Q8.「食後動悸・震えが出ると言って横になるのは DLB の症状ですか，薬の副作用ですか？内服薬はアリセプト 3mg，抑肝散 7.5g，セディール 3T（精神安定薬），アムロジピン 5mg（降圧薬），バイアスピリン（抗血小板薬），レバミド（胃粘膜保護薬）」

答え:おそらく DLB の自律神経障害の一つである食後性低血圧による症状と思われます．DLB では血圧の乱高下が生じやすいことを背景にして，食後は一般的に消化器に血液を奪われるために血圧が下がりやすく，脳へ行く血液が減ります．その結果，ぼーとした感じ，眠気，脱力，吐き気，手の震えなどのいわゆる「脳貧血」の症状が出ます．また血圧が下がると脈が増えますので動悸の原因にもなります．拝見する限りでは内服薬そのものの副作用ではないと思われますが，降圧薬のアムロジピンが食後性低血圧を助長している可能性はあります．

Q9.「REM 睡眠行動異常症が高度ですがずっと続いてしまうのですか？（介護ガイドブックには中期以降は見られないと書いてありますが…）」

答え:REM 睡眠行動異常症（RBD）は自他の外傷，不意の歩き出しによる転倒転落の危険性を高めるために，ごく軽症の RBD を除いて未治療のまま放置することはありません．したがって未治療の RBD の自然経過に関する報告は探した限りは見当たりませんでした．多くの場合，有効性が認められているクロナゼパム（商品名：リボトリール，ランドセン）を用いて治療します．一方，REM 睡眠行動異常症（RBD）は DLB の前駆症状として有名であり，他の DLB の症状が発現する平均 25 年前（15～50 年）から RBD が見られたとの報告もあります（Neurology. 2010;75:494-9）．視点を変えると，RBD は少なくとも 15～50 年間の長期にわたり続くこともあると解釈できます．

【回答：福井俊哉先生（協力医）】

Q10. レビー小体がどこに存在するのかを、生前に画像検査で知することは出来ないのか？

Ans)

他の目的で病理検査を行い採取された皮膚や副腎、大腸という組織・臓器の病理標本で、偶発的にレビー小体を認めることがあります。

確かに、全身におけるレビー小体の分布を直接的に可視化する画像検査はありません。但し、MIBG 心筋シンチグラフィや DaT スキャンは、間接的にレビー小体が心臓および中脳に存在することを証明する画像検査です。というのも、MIBG が心臓に集積しなくなる理由は、心臓の心筋外膜内および心筋の抗 TH 陽性線維がレビー病理により減少しているためであり、DaT スキャンで線条体のドパミントランスポーター取り込みが低下しているのは、中脳黒質におけるドパミン含有細胞がレビー病理により減少していることを示唆しているからです。

Q11. パーキンソン病の運動症状は、日頃から運動していると発現しにくいということはあるのか？

Ans)

残念ながら、運動をしていることで運動症状の発現を回避できるということはありません。但し、運動が、パーキンソン病の運動症状の進行に伴う姿勢の異常を防いだり、嚥下機能を維持したりすることには寄与します。

“パーキンソン病体操”というリハビリメニューが知られており、患者さんが家でも行えるよう内容を図解した冊子が医療機関にはおいてあることが多いです。そういったパンフレットがないか、主治医の先生に訊いてみてください。

Q12. 高血圧症や狭心症など、心循環器系疾患の既往がある DLB の患者さんが、夕方や深夜帯に呼吸苦を訴えるが、DLB の症状なのか心循環器系疾患の症状なのか見極めが難しい。

Ans)

精神症状との鑑別において一番大切なことは、内科的な器質疾患に伴う症状を否定することにあります。内科的症状でないことを確認して初めて、精神症状ということが出来るのです。したがって、このケースの場合、24 時間の心電図を記録する Holter 心電図検査を行うことが必須でしょう。夜間に致死性の不整脈や、不安定狭心症を起こしてやしないかを確実に除外することが最も大切なことです。検査結果が正常であり、重篤な心循環器系疾患の存在が否定されれば、DLBに伴う不安や焦燥といった BPSD による訴えということになります。まずは、重篤な疾患の存在をチェックして貰ってください！

Q13. 水分摂取は心掛けたいものの、なかなか水分を取って貰えない場合の対応法を知りたい。

Ans)

大変苦労する点であることは事実ですが、良く提案されるケア対応法に、以下のものがあります。

- (1) 提供する水分の内容を多彩に：お茶の提供だけでなく、スポーツドリンク やその他数種の飲料を提供する。温かいものから冷たいものまで。容器（見た目）の工夫。
- (2) 提供する時間を頻回に：3 食およびオヤツ時の定時提供でなく、1 時間に 1 回程度の声かけ介入。

- (3) magician's select を心掛ける：「お茶をのみますか？」という声かけだと、「要らない。」という自己決定的応答が生じる可能性が高い。これを、「お茶とジュース、どちらにします？」といったように、“要らない”という自己決定的要素を排除した選択肢提示型の問いかけにかえる。Open question ではなく closed question に質問方法を変え、答えを誘導する声かけ介入の方が効果的です。
- (4) ケアスタッフも一緒に飲料摂取する：目の前の人間の行動に影響されるという実験行動心理学的知見を応用。こうした実験行動心理学を応用したケア対応の方向を学術会議などでしばしば目にします。
- (3) (4) は、成る程、と深く頷ける内容だと思います。

Q14. 無為（アパシー）によるのか、嚥下障害によってなのか判然としないが、食事摂取が困難となり胃瘻造設の方向になりつつある。胃瘻を造設すると在宅介護が困難となるが、食事摂取を改善させ、胃瘻造設を回避する手段はあるか？

Ans)

まず、必ずしも胃瘻造設が在宅介護を困難にさせることはないと思います。

訪問看護、高瀬先生のような在宅往診医療を専門とする医療機関との契約で解決できるものと考えます。実際、私自身の患者さんでもこうした社会資源をしっかりと導入しサポート体制を構築することで、胃瘻造設しながら在宅介護を継続している方はいらっしゃいます。

次に、DLB の場合、覚醒度の低下が食事摂取を阻害している場合もあり、これは、アパシーと映ることもあるでしょう。まずは、アパシーの改善に有用性を示し、意識明晰度の動揺にも改善効果を認めるアセチルコリンエステラーゼ阻害剤を充分量投与してみるべきでしょう。また、適応外使用にはなりますが、リバスタチグミン貼付剤には、グレリンという食欲亢進させる物質を増加させることで食欲の発動を期待することもできます。

注意しなければならないポイントとして、便秘など腹圧が上昇する病態があります。腹圧が亢進すると、覚醒レベルを下げたり、食欲発動の低下を認める要因となることが知られています。便秘が著しいと、排便を目的に腸管へ血流が集中します。そのせいで、血液の脳循環量が減少し、覚醒度が低下。

覚醒度が低下することで活動性の減少を認め、食事摂取困難という表現型をとる場合があることを常に考えておくことが大切でしょう。

嚥下機能の低下による食事摂取困難であるのか否かは、まずは訪問リハビリ時に簡易嚥下機能評価をしてもらい、喉頭挙上がしっかりと認められれば、器質的な要因、運動機能の障害による嚥下困難ではないと推測することが出来ます。一方、喉頭挙上認められない場合、その患者さんの意思の表明がどの程度出来るか、その家庭における命に対する哲学にもよりますが、それらを踏まえて胃瘻の造設を検討すべきでしょう。

Q15. レビー小体病では、夜間頻尿が多く、本人および介護家族共に良好な睡眠が確保できずに困っている。抗コリン薬やβ3 受容体刺激薬以外に有効な薬剤はあるか？

Ans)

レビー小体病では、自律神経症状として過活動膀胱を伴います。この場合、まずはβ3 受容体刺激薬を投与し、それでも改善が得られない場合、ソリフェナシンやイミダフェナシンといった膀胱に選択性の高い抗コリン薬を併用することになります。後者は、抗コリン薬であり、中枢神経系の副作用の出現も危惧されますが、有用性と安全性に関する医学的エビデンスもあり、比較的安全に使用出来るものと考えられています。因みに、パーキンソン病治療薬である L-dopa/DCI 製剤によって頻尿となる場合もありますので、トータルでの病態理解および評価が大切となります。なお、男性の場合は前立腺肥大の有無を必ずチェックしておく必要がありますし、男女問わず、下部尿路感染に伴う膀胱刺激症状で頻尿になっていないかも必ずチェックしておく必要があります。

レビー小体病の中でも、レビー小体型認知症の場合、アセチルコリネステラーゼ阻害剤が投与されていることが多いでしょう。じつは、この薬剤が頻尿の原因となっていることも多く、場合によっては減量の検討も必要となるかもしれません。また、BPSD の表現型として頻尿を認めることも多々あり、この場合、非競合的 NMDA 受容体遮断薬（メマンチン）が有効なこともあります。

一番大切なことは、その頻尿が何によって生じているのかを正しく評価することでしょう。

Q16. アルツハイマー型認知症に比べ、レビー小体型認知症でアパシーを伴う頻度が多いか？

Ans)

池田 学先生の熊本大学グループによる135名の認知症性疾患罹患患者の検討では、全患者の65%でアパシーを認め、内訳は、前頭側頭葉変性症 85%＞アルツハイマー型認知症 67%、脳血管性認知症 67%＞レビー小体型認知症 50%といった内容の結果が報告されています（精神神経誌 2012; 114: 276-282.）。海外からの報告でもそうですが、アパシーといえばアルツハイマー病（型認知症）というくらい、アルツハイマー型認知症にしばしば認められる BPSD です。従って、質問の答えは No.です。

Q17. パーキンソン症状にグルタチオン点滴は有効か？

Ans)

グルタチオンは、グルタミンやシステイン、グリシンといったアミノ酸より構成されるペプチドで、抗酸化活動を体内において行っています。

米国を中心に、パーキンソン病に対する治療薬の治験などが行われ、我が国でも自由診療のクリニックなどで治療を受けることが可能です。それなりに医学的根拠を有する治療法ではありますが、L-dopa/DCI 製剤のように奏効率が80%を越える薬剤ではないということを理解しておく必要があります。補助的療法としての意味はあると考えられます。

Q18. 視覚対象物の色に変化する症状は、視空間認知機能障害か？

Ans)

大脳性色覚喪失という現象です。色を認識する中枢（下側頭皮質）にレビー小体が出現し、視覚情報が上手く処理できないことで生じます。広く捉えれば視空間認知機能の問題に含まれます。

Q19. うつ病と診断され修正型電気けいれん療法も行った。その後、画像検査を受け、“認知症”が疑われている。なお、脳 SPECT では後頭葉の血流低下を認めるが、MIBG 心筋シンチグラフィでは MIBG 心臓集積の欠損を認めていない。うつ病、レビー小体型認知症のどちらなのか、治療法、薬物療法の内容に関し相談したい。

Ans)

まず、精神疾患と診断するためには、器質疾患の否定が必須です。抑うつは、レビー小体型病、とくにその中でもレビー小体型認知症の初期症状である場合が多く認められます。まずは、神経学的所見をしっかりと評価し、自律神経障害の有無、嗅覚障害の有無をチェック。認知機能障害のパターンをしっかりと評価することが必要ではないでしょうか。正確な診断の上に治療が成り立つわけですから、しっかりした診断をつけて頂くことがまずは第一歩かと思われます。なお、画像診断は、偽陰性（本当はその病気ですが、検査結果は陰性にでる現象）のことも多々あり、絶対的な真実を示すものではありません。まずは、しっかり所見をとり、病態を評価し、診断をつけて頂くことが肝要と思われます。

【回答：眞鍋雄太先生（顧問医）】

Q20. DLB の患者さんは最後まで在宅生活が可能ですか？

回答：

一概に申し上げることは難しいです。ご本人の意思、ご家族の意思だけではなく、症状が深まり、通所系サービスの利用が困難になった時に、その人に必要なサービスを組み合わせた在宅チーム(訪問診療、訪問看護(看護師や理学療法士)、訪問入浴、訪問介護) がどれくらい連携をとり、チームとして有効に機能していくか、や、ご家族の介護力、家庭の環境が条件に合うかにもよります。

また、ご本人の身体機能に視点をみると、嚥下機能が落ちてきますので、栄養の摂り方、痰などがうまく出せなくなった場合、吸引が頻回になります。誰がそれを担うのか、という点も考えなければなりません。

現在の保険制度では対応しきれないことが、とても多くなりますので、自費で賄うことや家族がやらなければならないことが増大します。とはいえ、制度は変わりますので、情報を求めてケアマネジャーによく相談するとよいでしょう。

自宅介護が難しくなった時は、心身の状態に応じて、施設入所か、病院への入院かを考えます。

しかし、早くから在宅を諦めてしまわずに、「もしこうなったら」といういくつかの選択肢を考えて、セーフティネットを準備し、ご本人やご家族が共に少しでも楽しいひととき、幸せな時間を作ってほしいと思います。

【回答：長澤かほる（代表）】

聞きたいこと・知りたいこと (質問用紙)

■以下の3項目すべて、該当するところに○をつけてください。

お立場	介護家族	医療・ケア 専門職	他（ ）		
ご回答いただきたい 先生	眞鍋雄太 先生	福井俊哉 先生	楢林洋介 先生	高瀬義昌 先生	どなたでも
質問の 카테고리	症状・進行	治療・薬	病院・医師 選び	ケア・対応 施設選び	その他

具体的な質問事項 (できるだけ簡潔にご記入いただくと助かります)

ドネペジルを 3mg から始め 5mg を 食事始め
 15分 12から パーキンソン 症状 (突進) が
 現れ、
 ひとりで、休養中、どう
 今後、どの薬、どの用量が 良いのか？
 また、幻視が あるのか？
 抑肝散は どの程度 効果が ありまうか？
 予後 どうか……
 3月に セカンドオピニオンを
 埼玉 精神神経センター に 受診予定、



■ご記入ご協力お願いいたします。休憩時間に回収いたします。

ドネペジルなどコリンエステラーゼ阻害薬は3種類発売されています。頻度はそれほど多くはありませんが、パーキンソン症状が悪化する場合があります。全く悪化しないこともあり、患者さんごとに最適な薬の種類・量が異なるため一概には言えません。当院ではリバスチグミン貼付剤を使うことも多いですが、他の薬をつかう方も居られます。

抑肝散は幻視に対しては使う価値があると思います。臨床研究でも効果が報告されていますし、私の経験でも一定の効果がありません。

聞きたいこと・知りたいこと (質問用紙)

■以下の3項目すべて、該当するところに○をつけてください。

お立場	介護家族	医療・ケア 専門職	他 ()		
ご回答いただきたい 先生	眞鍋雄太 先生	福井俊哉 先生	檜林洋介 先生	高瀬義昌 先生	どなたでも
質問の 카테고리	症状・進行	治療・薬	病院・医師 選び	ケア・対応 施設選び	その他

具体的な質問事項 (できるだけ簡潔にご記入いただけると助かります)
母からLB

アリセプトをのみはじめ、2週間ちょっと。
5mg になりましたが幻視の病状がよくなりません。
ますますいろいろな重々物、人がふとんの中にはいるかみ、ねむれないと言っています。
幻視をなくすには、どうすればよいですか？
睡眠不足で、うつっぽくなっています。



■ご記入ご協力お願いいたします。休憩時間に回収いたします。

副作用がみられなければ、アリセプトは10mgまでは増量を試してよいと思われますが、それでも効果がない場合は他のコリンエステラーゼ阻害剤も試す価値があります。また、抑肝散や副作用の少ない向精神薬を少量から試みることがあります。

併せて、もし部屋の中に人形や写真など幻視のもとになりそうな物があれば片付けるなどの工夫もしてみてください。

聞きたいこと・知りたいこと (質問用紙)

■以下の3項目すべて、該当するところに○をつけてください。

お立場	☒ 介護家族	医療・ケア 専門職	他 ()		
ご回答いただきたい 先生	眞鍋雄太 先生	福井俊哉 先生	☒ 梶林洋介 先生	高瀬義昌 先生	どなたでも
質問の 카테고리	症状・進行	☒ 治療・薬	病院・医師 選び	ケア・対応 施設選び	その他

具体的な質問事項 (できるだけ簡潔にご記入いただけると助かります)

レビー小体型認知症です。

○頻尿について、現在パシケア錠5mg を使用していますが、症状が緩和したら、中止に様子見がよいのか。

○味覚障害。

ものを食べるとき、「苦い」「すっぱい」と言い、

食べることができない。

これらの治療薬はありますか？ 対処法はありますか？

○夜 2-3 時間寝るが、あとはベッドに横た

わっているだけで寝ていない。

睡眠薬を使用しているのか。

レビー小体型では、どのような症状に対する
対症療法が主になるのか？



■ご記入ご協力お願いいたします。休憩時間に回収いたします。

頻尿は高頻度にみられる症状で、レビー小体型認知症の症状だと思います。一般的には中止で症状が再現することが多いと思います。中止を試してみて、ご本人の苦痛が増すようでしたら再開すれば宜しいかと思います。

味覚障害は認知症の方に時々みられる症状として知られていますが、舌の炎症や亜鉛不足、併用薬の影響など他の病態による場合もありますので、いちど耳鼻科や歯科でも相談されることをお勧めします。そちらの治療により改善できるかもしれません。また、レビー小体型では嗅覚も低下することが多いため、それと合わさった症状かもしれません。

不眠については、単純な不眠のほか、レム睡眠行動障害など特殊な睡眠障害も考慮する必要があります。日中の過眠があれば夜間の睡眠障害の誘因になることもあります。

いずれにせよ、症状を細かく観察しながら適切な治療薬による対症療法が中心となります。

聞きたいこと・知りたいこと (質問用紙)

■以下の3項目すべて、該当するところに○をつけてください。

お立場	介護家族	医療・ケア 専門職	他（ ）		
ご回答いただきたい 先生	眞鍋雄太 先生	福井俊哉 先生	楢林洋介 先生	高瀬義昌 先生	どなたでも
質問の категория	症状・進行	治療・薬	病院・医師 選び	ケア・対応 施設選び	その他

具体的な質問事項 (できるだけ簡潔にご記入いただくと助かります)

5/4 1月初めにレビー小体認知症の
診断あり。(89才 男性)
現在の症状は、
・歩行は、ぎこちない、
・身体の不快感、
・夜間頻尿(1晩5回)
・起立性低血圧
(後方にふり向き)
※歩行の様子をみてもらうこと (5/5)
現在服薬はレボドパ 半錠 1日3回のみですが
他に服薬の必要性は
ないというか。



■ご記入ご協力お願いいたします。休憩時間に回収いたします。

パーキンソン症状は、症状の程度をみながらお薬の量を調節することが治療方法となります。パーキンソン病治療薬の中では、レボドパ製剤が最も効果が高く比較的副作用が少ないので、治療薬の中心になると思います。

頻尿、起立性低血圧については、それぞれの治療薬を必要に応じて使用することがあります。