

ドパミンアゴニストによって幻覚・妄想が誘発されやすく、運動合併症の発現は若年者ほど多くないので L-dopa で治療開始して良い。症状の出現の程度、治療効果、副作用などに応じて薬剤の選択を考慮する。

(2)手術療法

手術は定位脳手術によって行われる。定位脳手術とは頭蓋骨に固定したフレームと、脳深部の目標点の位置関係を三次元化して、外から見ることのできない脳深部の目標点に正確に到達する技術である。手術療法も症状を緩和する対症療法であって、病勢の進行そのものを止める治療法ではないが、服薬とは異なり持続的に治療効果を発現させることができる。

5. 予後

パーキンソン病自体は進行性の疾患である。患者によって進行の速さはそれぞれであるが、一般的に振戦が主症状だと進行は遅く、動作緩慢が主症状だと進行が速い。適切な治療を行えば、通常発症後 10 年程度は普通の生活が可能である。それ以後は個人差があり、介助が必要になることもある。しかし生命予後は決して悪くなく、平均余命は一般より 2～3 年短いだけである。高齢者では、脱水、栄養障害、悪性症候群に陥りやすいので注意する。生命予後は臥床生活となつてからの合併症に左右され、誤嚥性肺炎などの感染症が直接死因になることが多い。

○ 要件の判定に必要な事項

1. 患者数(平成 24 年度医療受給者証保持者数から推計)
約 108,800 人(パーキンソン病関連疾患から推計)
2. 発病の機構
不明
3. 効果的な治療方法
未確立(根治的治療なし)
4. 長期の療養
必要(進行性に増悪する)
5. 診断基準
あり(現行の特定疾患治療研究事業の診断基準を研究班にて改訂)
6. 重症度分類
Hoehn&Yahr 重症度 3 度以上かつ生活機能障害度 2 度以上を対象とする

○ 情報提供元

「神経変性疾患領域における基盤的調査研究班」
研究代表者 鳥取大学脳神経内科 教授 中島健二

<診断基準>

以下の診断基準を満たすものを対象とする。(疑い症例は対象としない。)

- 1 パーキンソニズムがある。※1
- 2 脳 CT 又は MRI に特異的異常がない。※2

3 パーキンソニズムを起こす薬物・毒物への曝露がない。

4 抗パーキンソン病薬にてパーキンソニズムに改善がみられる。※3

以上4項目を満たした場合、パーキンソン病と診断する。

なお、1, 2, 3 は満たすが、薬物反応を未検討の症例は、パーキンソン病疑い症例とする。

※1 パーキンソニズムの定義は、次のいずれかに該当する場合とする。

(1) 典型的な左右差のある安静時振戦(4～6Hz)がある。

(2) 歯車様筋固縮、動作緩慢、姿勢反射障害のうち2つ以上が存在する。

※2 脳CT又はMRIにおける特異的異常とは、多発脳梗塞、被殻萎縮、脳幹萎縮、著明な脳室拡大、著明な大脳萎縮など他の原因によるパーキンソニズムであることを明らかに示す所見の存在をいう。

※3 薬物に対する反応はできるだけドパミン受容体刺激薬又は L-dopa 製剤により判定することが望ましい。

<重症度分類>

Hoehn&Yahr 重症度3度以上かつ生活機能障害度2度以上を対象とする。

Hoehn&Yahr 重症度

- | | |
|-----|----------------------------------|
| 0 度 | パーキンソニズムなし |
| 1 度 | 一側性パーキンソニズム |
| 2 度 | 両側性パーキンソニズム |
| 3 度 | 軽～中等度パーキンソニズム。姿勢反射障害あり。日常生活に介助不要 |
| 4 度 | 高度障害を示すが、歩行は介助なしにどうにか可能 |
| 5 度 | 介助なしにはベッド又は車椅子生活 |

生活機能障害度

- | | |
|-----|--------------------------|
| 1 度 | 日常生活、通院にほとんど介助を要しない |
| 2 度 | 日常生活、通院に部分的介助を要する |
| 3 度 | 日常生活に全面的介助を要し、独立では歩行起立不能 |

※診断基準及び重症度分類の適応における留意事項

1. 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えない（ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限る）。
2. 治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6ヵ月間で最も悪い状態を医師が判断することとする。
3. なお、症状の程度が上記の重症度分類等で一定以上に該当しない者であるが、高額な医療を継続することが必要な者については、医療費助成の対象とする。