

認知症と発達障害

第4回認知症治療研究会から

「精神病・発達障害を知らずして認知症外来をやってはいけなかった」—3月25日に都内で開かれた第4回認知症治療研究会で、認知症専門医として30年以上の実績を誇る医師が心情を吐露した。軽度認知症がなぜ治るのか。その疑問を突き詰めたときに、それは認知症ではなくててんかんや発達障害だったことが分かったのだ。認知症治療の新しい地平を聞いた。

取材 ● 田川丈二郎



講演

認知症専門医の死角、 大人の発達障害について

名古屋フォレストクリニック 院長 河野和彦氏

認知症しか知らない医師が MCIを診てはいけない

コウノメソッドの提唱者である名古屋フォレストクリニック院長の河野和彦氏は、認知症と大人の発達障害の関係について講演した。

2016年ごろから軽度認知症(MCI)の約1割が注意欠陥多動性障害(ADHD)との報告がなされるようになってきた。

河野氏によれば、昨年9月から12月の4カ月間、名古屋フォレストクリニックに来院した患者のうち、もの忘れを主訴していた患者が1172人。そのうち2回以上長谷川式スケールを行った人が733人いて、長谷川式が27点以上をMCIと定義すると98人(13.4%)がMCIだった。これは一般的な数値とされるが、そこで河野氏は非常に気になることがあったという。それはMCIとされながら治る人(リバース)がいるということだ。なぜ治るのかというのが疑

問だったというが、その謎がいつに分かったという。

ある医師が行う「この1週間で気になるニュースを1つ挙げなさい」という検査では、アルツハイマーの人は100人中2人しか思い出せないという結果が出た。MCIの人も36%の人しか思い出せない。河野氏は、この部分がおそらく、アルツハイマーの予備軍といえるとするが、逆に「ニュースを思い出せるMCIの人たちは一体何なのか」(河野氏)。

実は河野氏は、ここにうつ病やADHDの人が隠れているのではないかと思ったという。

河野氏は今年になって、河野氏のクリニックの初診患者で長谷川式が27点以上だったものの遠方居住者のために1回しか通院して来ていない患者について、その後の聞き取り調査を行ったという。

それによると例えば長野県の女性に電話すると、「抗認知症薬はもう飲んでいない。実はうつ病



河野和彦氏

だったらしく、抗うつ薬を服用することで、すごく元気になった」との回答があった。

河野氏はその結果を聞き、「認知症しか知らない医師が、MCIを診てはいけないという結論となった」という。つまりMCIでリバースする患者を診ていくと、認知症ではなく、うつ病圏、ADHD、てんかんの3つなんだろうと考えている。

ここで河野氏は、河野フォレストクリニックでの認知症と精神病・発達障害における長谷川式スコアの年間変化量の調査の結果を示した。それによると認知症患者のスコアの変化は、マイナス0.71点。しかし精神病・発達障害の患者はプラス0.36点。「認知症ではないので、当然長谷川式の結果はプラスに変化する」

また去年12月に26人のMCIを再診したところ、MCIの内容は認知症圏が11例、精神・発達圏が15例(ADHD11件、うつ圏3件、神経圏1件)だった。つまりMCIの半分以上は、認知症ではなかったのだ。河野氏は自戒を込めて、「この人たちは私は認知症と誤診していたことになる」と述べた。その上で河野氏は、認知症専門医として「高齢者てんかんと発達障害については、絶対に覚えてお



MCIがなぜ治るのかとの問題意識から発達障害などを結びつけた

なければならない」と強調した。

初診時で側頭葉てんかんを診断することが可能に

続いて河野氏は、てんかんについて話をした。高齢者が車で事故を起こしたとき、「アクセルとブレーキを踏み間違えたような気がする」との発言があったときは、てんかんを疑うべきだという。

運転手がてんかんの症状を発症したまま車は40キロメートル進む事例もある。これは居眠り運転ではなく意識障害、つまり目は開けているが意識はない。さらに倒れない、口をもぐもぐしているなどの症状が表れる。

特に側頭葉てんかんを発症すると記憶がなくなるなどの症状が出る。ただし高齢者になると誰でも起き得ることであり、長谷川式のスコアも落ちる。そうするとまず認知症と誤診されやすい。さらにはアルツハイマーの5%がてんかんを併発し、また家族がてんかんの症状を目撃するまで5年以上かかるケースもあるという。

てんかん患者の場合、数秒動きが止まって口がもぐもぐ動く(自動症)。一般の認知症とも違い、▽側頭部が腫れぼったい▽海馬が石灰化▽HDS-Rが低下しない、急激に経過することもある一などの症状が見られるという。

この1年間で河野氏は、初診時で側頭葉てんかんを診断することが可能となった。そのポイントは、▽要点をついた問診：脳波が異常なしといわれたことがあることは無視、動作が数秒止まって口をもぐもぐすることはないか▽患者の特徴：レビーのように医師の前で傾眠を示さない、神経学的な異常はない▽改訂長谷川式：長考する

患者はいるが満点に近い▽時計描画テスト：意識障害系の絵を描く場合がある▽頭部CT：冠状態で海馬萎縮なし、海馬の石灰化や腫脹一などの確認が必要だという。

精神病・発達障害を知らずに認知症外来をしてはいけない

発達障害には学習障害やADHDなどがあるが、河野氏によれば「ADHDだけを知っていれば何とかかなる」という。どういうことかということ、92%は定型発育で8%が発達障害として発育する。その8%のうち知的障害となるのは4分の1だけだという。今問題になる大人の発達障害は、高機能といわれる4分の3の中の3割までが大人まで持ち越して、そこに認知症と合併するか、認知症と誤診されるかのどちらかだ。現在では知的障害のある自閉症はカナリー型自閉症と呼ばれ、アスペルガー症候群は高機能自閉症と呼ばれるために、自閉症という言葉は使うべきではないと河野氏は語った。

また河野氏は認知症患者に、「あなたの周囲に引きこもりの人はいないか」「整理整頓ができない人はいないか」と尋ねるようにしている。すると、かなりの確率で発達障害と思われる家族が存在しているという。実際に発達障害の娘に虐

待されていた女性が、自治体の強制執行でグループホームに避難したという例もある。その娘が発達障害になったのは、女性が発達障害であったため、女性からの遺伝子で始まったということだ。

「家の中で最も治療しなければならないのは実は娘さんだったという事例だ」(河野氏)

実はこのような例は多く、暴力で妻に外傷性くも膜下出血を起こした夫は、実はADHDだった。その暴力から逃れるために、妻は措置入院をしていたが、ここでも一番入院しなければならないのは、ADHDの夫だった。

河野氏としては、これら多くの事例を見ていくと、発達障害の治療をせざるを得ないという結論になった。ただ精神科の看板を掲げた病院には受診しないので、認知症を診る際も、自宅にいる発達障害の患者も連れてきてもらって一



コウノメソッドを介護の現場で広める小坂健太氏



介護の現場の実態を語った三俣喜儀氏



「発達障害を知らずに認知症外来をしては駄目だ」と河野氏

緒に治すことを目指している。

発達障害が大人になるまで発見されない理由は、軽度の発達障害

の7割以上は不登校・非行などの2次障害でやっと発見されるからだという。

河野氏が認知症専門医として33年目にして気づいたのは、精神病・

発達障害を知らずに認知症外来をしてはいけないということ。MCIの10%はADHD、ADH

講演

**認知症治療薬の使いこなし
レビー小体病からせん妄まで**

医療法人社団誠弘会池袋病院 副院長 **平川 亘氏**

高齢になるほど症状はレビー化、ピック化していく

脳神経外科医として、最前線で認知症治療にあたる平川亘氏は、レビー小体型認知症ならびにせん妄の治療について語った。

平川氏は冒頭、自身が昨年レビー小体型認知症の患者をどの薬剤で治療をしたかの結果を示した。それによると、圧倒的に多いのがリバスチグミン(68%)、その次にプレタール(16%)、そしてアリセプト(8%)、レミニール(8%)と続く。なぜこのような内容になったかということ、レビーにはリバスチグミン、プレタールがよく効くということにほかならない。

レビーに対する治療量は、リバスチグミンでは1日4.5mg以下、アリセプトでは同2.5mg以下、レミニールは同8mg以下、プレタールは同100mg以下となっている。

平川氏によれば、神経伝達物質からみた認知症のイメージは、アルツハイマー型認知症はアセチルコリンが低下し、パーキンソン病はドパミンが低下。レビー小体型認知症はその双方が低下する。病理学的な差異もあるが、アセチルコリン、ドパミンの低下には加齢要素も加わるという(図参照)。

認知症は歳を取れば合併することが多いが、高齢になればなるほど症状はレビー化、ピック化していく。超高齢者では記憶障害を主とするアルツハイマー症状は徐々に目立たなくなり、レビーやピックの症状が目立つようになるというのだ。

また平川氏は、レビー小体型には若い人に多い純粋型と高齢者に多く見られる通常型の2つのタイプがあることを紹介。純粋型は発症年齢が若く、脳の中にアルツハイマー病変がないのが特徴で、記憶障害よりも幻視や妄想などの陽

D+認知症は、皆ピック病に思えてしまうが、ピック病の一部はADHD+レビーだという。

河野氏は、発達障害の知識があれば、初診時に見抜けるようになるという。例えば、▽IQがとてつもなく高い(大卒、高校で好成绩)▽ストレスに弱い▽視線を合わせない▽HDS-Rの満点が近いのに本人に記憶が悪い▽聴覚過敏▽海馬萎縮がない、頭頂葉は少し萎縮▽笑わない、宴会が大嫌い▽雑談ができない一などが顕著な症状だ。



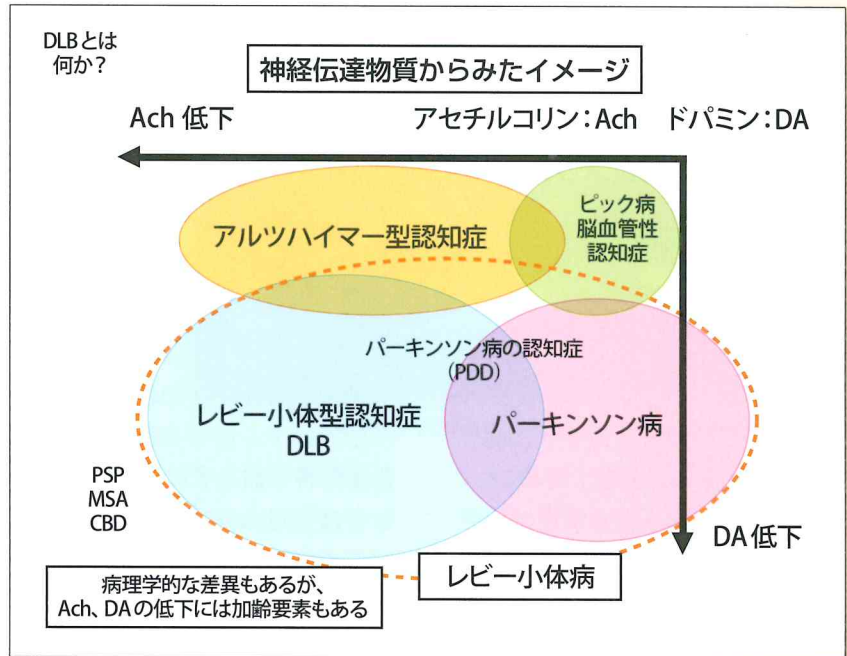
平川亘氏

性症状やパーキンソン症状などが初発症状として表れるのが特徴だという。一方通常型は高齢者に多いのが特徴で、脳の中にアルツハイマー病変がある。初発症状としては記憶障害が多い。

困っていなければ薬は増やさないそれが認知症治療の鉄則

平川氏はその後、レビー小体型認知症とアセチルコリン神経の在り方を解説。アセチルコリンの低下によるさまざまな症状は、リバスチグミンの適量処方によって改善できる事例を示した。なかでも重症のレビー小体型認知症をリバスチグミンの即効作用で、外来によって改善することも指摘した。

その上で平林氏は、レビー小体型認知症に対するリバスチグミン治療のコツを提示。▽開始量は必ず4.5mg以下、高齢者や低体重者、また高レスポnderと思われる場合には、2.25mgで開始する▽増減の判断ポイントは、姿勢障害と歩行障害（認知機能ではない）▽幻視を消そうと増量すると運動が悪化する。記憶力をよくしようと増量すると運動が悪化する▽増量しても差がなかったらもとに戻す（減量する）。そのほうが長期の治療成績がよい▽困っていなければ薬は増やさない（認知症治療の鉄則）—などを挙げた。



抗認知症薬の少量投与容認の周知を望む

長尾クリニック院長 長尾 和宏 氏



長尾クリニック院長の長尾和宏氏は、「抗認知症薬の適量処方を実現する会」代表の立場として講演した。

現在4種類の抗認知症薬があるが、かつては段階的に増量をしていかなくはならないという規定があった。例えばドネペジルであれば3mgから投与を開始し、2週間経ったら5mgにしなければならない。たとえ3mgで調子がよくても5mgにしなければならないし、5mgから3mgに戻すことはできなかったのだ。

この増量規定について、長尾氏は「車で例えれば、アクセルしかない状態だ。バックもできなければ、止まることもできない」。規定通りに投与すると、患者によっては興奮や歩行障害などの副作用がでて、介護が困難になる場合も多い。

そこで長尾氏は抗認知症薬の少量投与（適量処方）を求める運動を展開。2016年6月に、厚生労働省が添付文書で定めた規定量未満での少量投与が容認した。

しかし残念なことに、その周知徹底はまだされておらず、一方で製薬メーカーによる増量規定を促すセミナーなども開催され、増量規定をしなければならないと信じ

る医師が多くいるのが実情だという。

例えば長尾氏によれば、10年以上にわたって介護審査に携わっているが、現場の医師から挙がってくる書類には、認知症で興奮し、暴行、歩行障害があるから要介護度を上げてほしいとの要望が多くあるという。つまり抗認知症薬の投与により、それら症状が出るとの認識はないということだ。長尾氏は、「少量投与容認の通知は出されたが、現場は誰も知らないのが実情だ」とする。

その上で、少量投与のエビデンスがないことが医療界で認められない要因であると指摘。しかし実際には、1998年に行われたドネペジルの治験の中で、1mg、2mgの投与においても症状が改善されたと書かれていることを紹介した。「これも立派なエビデンスといえないか」とし、ぜひ自信を持って抗認知症薬の適量処方を実践してほしいと訴えた。

さらに介護施設の職員などには、適量処方などの話は全く知られておらず、長尾氏は自らの地域において勉強会を開催していることを紹介した。