

2. 症状

AD, VaDとDLBは、一般に記憶障害の症状から発症するのに対して、FTLDとAlcoDは行動障害や性格変化から発症する。その結果、初期には、対人関係に関する障害はADには少なく、FTLDやAlcoDに多くみられる。さらに、若年に認知症という疾患の存在自体を知らないことによって、職場とともに家庭でのトラブルがみられたり、精神障害者や犯罪者に間違えられる例も多い。

3. BPSDの特徴^{7,12)}

BPSDは、若年認知症と老年期認知症で内容は異なるが、出現頻度は50～60%とほぼ同じである。若年認知症に多いBPSDは、徘徊、興奮や暴力・暴言、精神症状であるうつ状態や意欲低下である。反面、老年期認知症に多いのは、幻覚や妄想などの精神症状と、夜間せん妄、不潔行為、自他の区別困難である(図1)。また、若年認知症の中でBPSDの内容を比較すると、ADでは徘徊と自他の物の区別が困難が、VaDとAlcoDでは興奮が、それぞれ高頻度にみられた(図2、FTDとDLBについては調査しないので論じなかった)。

なお、筆者は2000年と2001年にオランダとスウェーデンの若年認知症専門施設(デイサービス、グループホームおよびナーシングホームなど)を訪問したが、その施設責任者などと意見交換した時、「興奮」と「暴力」は、若年認知症患者に特徴的なBPSDであると同時に、最も処遇困難な問題であることで意見が一致したことを思い出す。

認知症において、介護の困難や対応が困難になる原因はBPSDの出現である。疾患ごとに発現しやすいBPSDの内容を事前に予測しておくことや、それらの症状が発現する以前、すなわち初期の時点で、家族にその対応法を指導ないし解説しておくことは、介護によって生じる虐待や混乱を未然に防ぐうえで大切な家族教育になろう。すなわち、家族が適正な知識をもつことおよび公的介護の適切な導入は認知症者への虐待を防ぐ有効な手段と思われるからである¹³⁾。

付け加えれば、若年認知症のBPSDに対し有効と思われる対応方法は、退職前の社会的ないし家庭内の立場を配慮しつつ、趣味や能力を考慮したりハビリである。

3 社会学的特徴^{8,9)}

1. 社会面の諸問題

社会面では、認知症が働き盛りに起こることによる社会的損失と家庭・地域の問題がある。社会的損失とは、労働力の喪失で、初期には、作業内容の間違いや情報処理スピードの低下などの形で現れる。若年認知症の場合、几帳面な性格の人が多く発症する印象があり、職場などでのミスは本人の致命的な信頼性の喪失とともに、会社自体のそれにもなり得る。

家庭問題には、経済的困窮、家族全体ないし主たる介護者の燃え尽き徴候、家庭崩壊(子の非行、介護者の精神疾患罹患、主にうつ病やアルコール依存症)、虐待などが含まれる。なお、地域問題は患者と家族を地域でいかに支えるかという今後の課題である。いずれにしても基礎に偏見が隠れている。

2. 家庭生活上の問題

退職や退職による収入減少などの経済面の問題、家庭介護せざる得ないという介護上の問題、患者を取り巻く家族・地域社会環境の問題がある。

1) 経済的困窮

退職や退職によって収入が減じると、家族全体の生活が困難になるため、早期に社会保障に基づく公的支援制度の活用を勧めるべきである。退職による傷病手当金の申請に始まり、退職による失業保険の申請、病・医院での通院のための自立支援医療(90%の公費負担)の申請、精神保健福祉手帳の申請、そして、初診日より1年6カ月の時点以降の障害基礎年金や厚生年金の取得による生活費の支援や介護支援である。

年金に関しては通常65歳以降の支給であるが、20歳以上の国民は、精神疾患や身体疾患に罹り、初診日より1年6カ月を経ても障害が残る(認められる)場合、65歳以前であっても精神障害者または身体障害者年金の申請ができる。しかし、家族の話では、通院中の医療機関が精神科でないので、何もアドバイスがなかったとか、年金の適応がないなどと最初から家族に伝える医療職もいるという。

子どもたちは学生(小中高校, または大学)で、就労していない場合が多い。子どもたちが高校や大学などに進学していれば自立したり、退学して就労する道もあるが、義務教育の場合は不可能である。学費免除は可能であろうが、自ら働いて収入を得る道はない。育英基金制度などの拡大利用が望まれる。

さらに、自宅購入などによる住宅ローンが組まれている例は多い。その結果、支払いができないとして退職金で一括支払いし、その後の生活費に事欠く状態となる事例も多くみられる。病気が進行し、高度障害(障害一級相当)になると生命保険と相殺されることがある。それまで定額払いを続けるか、銀行と相談し支払いの延長を求めるなどして、ローンの支払額を極力少なくして負債の軽減を図れるようなアドバイスも必要である。これらの問題については、認知症専門医やインフォーマルなグループである若年認知症家族会(彩星の会、愛都の会など)への相談を勧めるべきであろう。

2) 家庭生活の破綻

家族、特に主たる介護者(配偶者が多い点、老年期認知症とは異なる)は、介護疲れで燃え尽き状態(うつ状態)になったり、心理面の問題(病気の受容)が解決できずに、アルコール依存症になったり、家庭不和などが生じることが多い。介護は、患者を一人の介護者だけでみないことが原則である。家族同志が役割や介護時間を分担し、介護者相互の燃え尽きをなくすよう指導したり、公的介護による支援をすべきである。

なお、男性の介護者の場合、他の介護者に頼らずに自らが抱え込むことがみられるが、暴力や放置などの虐待に発展することがままある。家庭内介護には、患者本人に対する支援とともに、介護者自身への支援が必要であるが、介護保険にはこの体制はないため、家族会や介護者支援センター等に相談すべきである。

また、燃え尽き状態を見ると、妻が介護者であるより夫が介護者の場合の方が少ないように思える。これは、男性より女性の介護者の方が、対象者への介護に専念することが多いためと考えられる。また、子どもは、母親が病気になった場合、

父親が病気になった場合よりも、遺伝を強く感じる傾向にあるようだ。若年認知症のケースに関しては、子どもたちへの心理的なサポートも必要と思われる。

3) 疾患に対する偏見

疾患の偏見に関して、家族内、近所・親戚など、そして医療・福祉機関など、それぞれに共通な内容がみられる。これは、「認知症は老人がなるもの」として、40～50歳代の認知症の存在を知らなかったり、認知症とはわからず、精神疾患(特にうつ病)や怠け者とみて対応することである。

さらに、家族、特に主な介護者となる配偶者は、それらの偏見のため、他者の目を気にし、家に閉じこめたり、無理を押し付けたりすることで、患者との間にトラブルや虐待がみられることが多い(表2)。

また、地域社会の人々は、病気に対する知識や理解がないために、その家族全体に偏見を持ったり、無関心を装うことも、家族を孤立させる方向に向かわせることになる。

4) 地域社会での支援体制

家庭内の支援とともに、市町村ぐるみの地域支援をどうするかは、今後の認知症における中心的な課題といえる。家庭内や施設内対応でなく、地域内対応が重視され、家族や施設職員だけの介護でなく、地域住民全体による見守りと役割分担が大切になる。まさに、認知症者も含む「住み場所作り」であるが、社会や家庭から切り離された施設隔離でなく、認知症になっても地域の中に暮らせる町づくりといえる。

介護保険の改正の流れを見ると、老人人口の増加、それに伴う認知症者数の増加、そして施設整備が困難となる財政状況などのために、地域の皆に責任転嫁する流れが出たと考えるより、人は皆社会的動物であり、隔離・隠蔽されるべき存在ではなく、ともに社会を構成する存在であることを気づいたと考えた方がよいと思う。私は、認知症を「疾病と捉え、治療するために入院する存在」というより、「障害と捉え、ハンディを持ちながら社会生活する存在」と考えている。また、単に介護され、保護されるものでなく、社会の構成員として、自らの希望と役割を持ちつつ、社会に貢

表1 利用可能な自立支援施設

地域支援	介護給付（生活介護）	訓練等給付（職業訓練）
1. 地域活動支援センター	1. ホームヘルプ	1. グループホーム
2. 移動支援事業	2. ショートステイ	2. 就労継続支援B
3. 福祉ホーム	3. 行動援護	3. 就労移行支援
4. 公共職業安定所 （障害者雇用支援センター、障害者職業センター）	4. デイサービス（生活介護）	4. 自立訓練
5. 精神保健福祉センター（相談・支援事業）	5. ケアホーム（共同生活介護）	
6. 保健所（訪問指導、相談）		

献する存在とも考えたい。認知症者の就労のため、作業所や授産施設を整備すべきというのは、この延長上にある考え方である。

3. 就労の延長ないし再就労

1) 職場の対応

初期の場合、薬物治療などによって職場への復帰が可能になることもあり、この点は老年期認知症と転帰が異なる。しかし、現実的には、職場復帰が困難な事例が多いと思われる。職場に指導する人員はなく、また指導方法もないことも理由かもしれない。ぜひ、高次脳機能障害者の復帰プログラムのような取り組みが行われるべきである。いずれにしても、病休や休職の期間での早期退職は検討課題であろう（医療機関初診後1年6カ月以降に障害年金が取得可能になることを考慮すれば、それまでの期間の雇用継続が最低でもあるべきであろう）。

2) 再就労

本人が再度就労を希望する場合や、医師が就労可能と判断される場合には、福祉就労が勧められるべきである。現時点では、障害者自立支援法の訓練等給付（就労継続支援）や職親制度が利用可能と思われるが、使用する障がい者は少ない（表1）。医療従事者に制度を周知し、利用者を増やすべきであろう。問題点は、自立支援法の主体が市町村単位であるため、数が少ない若年認知症者が利用できる施設はゼロに近いことである。当面はモデル事業などであっても、再就労を目指すために、県単位ないし広域で訓練等給付（職業訓練）が可能な施設を意図的に作る必要があると思われる。

なお、就労の継続や再就労については、職場

の対応がさまざまであり統一的な対応は困難である。今後の重要な課題と位置づけられる。

4. 若年認知症はなぜ早く見つかるか（表2）

認知症は「発達した認知機能が再度低下した状態」であるが、認知機能の低下や行動障害や精神症状に基づく社会生活/日常生活場面での適応障害(Adjustment disorder with cognitive impairment or behaviour disturbance)と考えることもできる。すなわち、環境と人の相互作用の中で生じる疾患である。以下、どのような環境が関連し、また早期に発見されるかを述べたい。

1) 能力面での不適応

作業能力の低下、特に頭脳労働やサービス業に従事していると、単純労働や農業などの第一次産業に従事する場合より、容易に適応障害を引き起こす。記憶障害とともに、企画、応用、実行などの遂行機能や注意・記憶機能などの前頭・側頭葉の機能が初期に障害されやすいためである。それに対して、運転や機器操作などの手続き記憶はADは障害されにくいので、単純労働や第一次産業従事者は気づかれにくいと思われる。混乱などは、サービス業>工業など>農業の順に起きやすいと考えられる。

2) 他者による気づき

定年以前には、多くの人と接触することが多いため、感度の高い人(変化に敏感に反応する人など)に遭遇したり、仕事上の処理速度や正確さなどについて、同じ職場や職種で、他者と客観的に比較し評価される。反面、退職者では交際範囲が少なくなり、周囲が変化に気づく機会が少なくなったり、他者と比較すべき共通の活動内容がなくなったり、評価ができにくくなる。また、家族も近親

表2 早期発見の理由

特徴	若年認知症	老年期認知症	
不適応	対人交流	・上司、同僚、友人によって軽度の 変化で気づかれやすい。	・交流が制限されるため、気づかれ にくい。
	社会活動・ 社会参加	・余暇活動などでも失敗が目につく。	・受動的な社会参加に留まったり、 閉居しているため目立たない。
	職業	・仕事の内容が高度・専門的であれ ば、より軽度の失敗でも目につき やすい。	・退職しているため、判断の場がな い。
生理	・身体疾患との区別は比較的容易で ある。 ・うつ病などの精神疾患などに間違 われることがある。	・ものわすれを老化のためと誤解す る。 ・身体疾患にマスクされる ・精神遅滞や低学歴を否定できない ことがある	
検診	・自発的・能動的である。 ・専門医へも選択して受診すること が可能。	・受け身、家族の感度による。 ・かかりつけ医への受診が中心 (非専門医)	
認知症についての知識(病識)	・情報量が多いため、病識を持ちや すい。	・情報が限定していたり、なかった りするため病識は生じない。	

者も、緩徐に進行する認知症の場合、大きな失敗や場違い行動をしない限り、軽微な変化に気づくことが困難なことも多い。

ただし、初老期に多いFTDは行動障害や性格変化が初期にみられ、記憶障害が目立たないため、うつ病、統合失調症、強迫神経症などの精神疾患や、違法行為のため犯罪者に誤診される可能性は大きい。

3) 検診などの習慣があったり、受診手段や経路が多く、機会が増加する

定年以前には、人間ドックやもの忘れ外来などを能動的に受診する行動をとる。これは、定期検診などの習慣があるためである。他方、老人は、種々の条件(車の免許の制限や禁止による受診手段の欠如、自動車や電車などでの遠距離受診が困難)のため、能動的・自発的な受診は少なく、受動的な受診となりやすい。すなわち、高齢者の認知症の場合、家族や近親者が気づかない限り、放置されることが多かったり、受診してもかかりつけ医などの非専門医受診が多く、診断ができない場合が多いと考えられる。

4) 情報を得て、病識を持つ機会が増える

高齢者は、自らが罹患している疾患に関心があり色々と悩むものの、積極的に情報を収集したり、分析することはしない。若年者は、高齢者に比して、ネットや書物などによる情報を得る手段や機会を多く持て、かつ意欲や関心がある。近年、若年認知症への関心が高いのも、もの忘れ、置き忘れ、と忘れ、などの自覚症状を有する若年期の人口が増加したことや、若年期にも認知症が発症する事実が知られたためでもある。現象があっても、それを表すことばがないと、それは存在しないのと同じである。しかしそれを表すことばや知識があれば、より強い病識が生まれ、早期受診が可能となる。これは、認知症だけでなく、うつ病や統合失調症でも同じである。うつ病や統合失調症の症状を理解し、客観視できていれば、それらの疾患が発症しても、初期ならば病識も持てるし、自発的・能動的な受診がみられるからである。

4 福祉の特徴

1. 福祉制度に対する知識の普及

若年認知症者において、介護保険による施設や

在宅支援などの対応が制限されていることに驚く。介護保険に明記された「初老期の認知症」に関して、「初老期認知症」を一つの疾患と考えたり、アルツハイマー病の適応を可としながら、前頭側頭型認知症(ピック病も含む)やレビー小体型認知症の病名を許可しなかったりと、福祉レベルの知識の貧困さがみられることがある。また、障害者自立支援法の利用施設が普及していないことや、手帳や通院公費制度の活用が知られていないことも問題である。たとえ本人ないし家族の希望がなくても、医療従事者(医師やMSW)は初期から福祉制度の活用を積極的に勧めるべきである。

2. 介護保険と障害者自立支援法の運営上の問題

公的支援制度を利用する場合、家の恥とか、家の中を見られたくないなど、外見を気にして、介護保険や障害者年金の申請をしないことがあるが、①誰でもなる可能性のある「普通の病気(コモン・ディジーズ)」ととらえ、②早期に発見・治療することで悪化を防止し、③適正な介護方法を学び、家庭内で実践するとともに、④公的支援も受け入れて、⑤皆で支え合う、共同で対処する、という意識を持たせることが必要であろう。

発症初期には軽症のため介護対象に含まれない場合が多いが、自立支援では、前述のように、認定調査が必要でない訓練等給付(グループホーム、就労継続支援B)や地域生活支援事業、さらに市町村が独自に行うメニュー事業(地域サポート事業など)も利用可能であるため、軽度であっても、すぐ申請するよう指導すべきである。

なお、若年認知症者に対する偏見(対応が難しい、個別対応で手がかかるなど)のため、施設介護が拒否されて家庭介護せざる得ない場合が多い。これらの場合は、地域包括支援センターや保健所などフォーマルなものとともに、若年認知症家族会やNPO若年認知症サポートセンターなどインフォーマルなものにも早めに相談を勧めるべきである。

5 医療・福祉的特徴

若年認知症を診断したり治療する場所が少ない。われわれの研究班が平成18年度に調査したときには、全国で250カ所ほどの医療機関のみが若年認知症の診断や治療が可能であると回答した。また、家族会の調査では、若年認知症はうつ病や精神障害、強迫神経症と誤診される例が多かった。初期の症状が類似していることもあり、うつ病との鑑別は最低でも必要であろう。

1. 病名・診断告知^{2,4)}

患者本人や家族にとっても、医師が診断を下す前にも種々の反応や気づきがあると思うが、本当に悩むのは診断後ないし告知後であろう。本人の反応について、エリザベス、キューラー・ロスが述べた死に至る病(癌)や難病(筋萎縮性側索硬化症など)の告知を受けた患者と類似した過程をたどるとの前提で、表3にまとめてみた。実際、告知時の認知症の程度(理解度や判断力)により大きく異なるところもあるが、初期の患者や家族との会話を通じて、これらの反応経過をたどるのはほぼ間違いはないと思っている。また、家族の反応についても、患者との間にどの程度一体感を有するか、すなわち、精神的・物質(経済)的依存の程度がどのくらいかによって、患者と類似・共通した反応や患者の代理的な反応を示すようである。なお、若年認知症の場合、子どもたちへの影響も大きく、親の病気を受けられず、思春期などの場合不登校、非行などの適応障害を呈したり、さらには、親の病気の原因について、遺伝でないかと悩んだり、親の病気が逆に自分に原因があるのではと悩むこともあるようだ。

2. 非薬物的治療と介護

介護とは、発症前の社会的立場(職業の種類や地位など)を配慮した対応と、趣味や能力を考慮したりハビリの提供である。具体的には、認知症の障害の程度が影響するが、①日常生活の支援を基本に、②その人らしさを中心に置き、尊厳を支える支援(基本的人権の享有を妨げない、安寧を最優先する、自立し、自ら問題解決して行く能力を高める、自己決定・自己責任を尊重しかつ養護する)、③障害者自身の持つ能力を十分に発揮で

表3 家族と患者本人の反応

	家族の反応	患者本人の反応	
告知前	1) 疑惑	患者の示す日常生活上の行動を異常と気づく。	病感（自分を病気と感ずること）や自覚がある場合に生じる。
	2) 困惑	行動異常について、原因や対応方法がわからない。	記憶の欠損に対して、生活上のことが取り替えず、対応困難なことが生じる。
告知時	病名告知	精神的な準備がない場合、混乱・困惑を引き起こす。	本人の性格特徴、疾患についての知識、告知時の痴呆の程度（理解度や判断力）によって、この反応の内容は異なる。
告知後	1) 否認	診断内容や状態を受け入れられず否定する。また認めない。	
	2) いかり	身近に起こったという不幸な状況に対して、恨みや怒りの感情を表す。この感情は病気になった患者自身に向かうこともある。	
	3) 取引	他の疾患や状況と交代することを望んだり、祈る。	
	4) 抑うつ	疾患のことを理解したり、他の疾患に変更できないことを認めて後、不安感、悲哀感、孤独感、閉じこもり、嫌人感、意欲低下、食欲低下、睡眠障害などの抑うつ反応や状態を示す。	
	5) 受容	疾患の理解が出て、日常の対処方法を獲得する。また、関係する冊子や他者との交流などを通じて、さらに知識を深めることが始まる。また、他者の支援を受け入れるゆとりが出る。	

きるような支援、④障害者と介護者の希望を考慮すること、といえる⁶⁾。さらに、若年認知症には、若年認知症の行動特性を考慮した対応が追加されるべきかもしれない。具体的には、①より社会的(外出・買い物・散歩などの野外活動や社会参加。ただし、数名の小集団の活動)、②より職業的(以前従事していた職業に類似した作業やリハビリ)、③より身体的(運動やスポーツなどの身体的活動)、な視点である⁷⁾。

1) 若年認知症の介護

今までの日本の介護は、老人が中心であり、本人の趣味や能力を考慮せず、一律の押しつけ型で、パターン化し、かつレクリエーション主体の介護であった。しかし、若年認知症の特性である社会的・身体的リハビリ優先に介護者が気づくことによって、発症前の社会的立場を配慮した職業的対応が有効であることがわかってきた。池田らはFTDの常同性を利用し作業、料理、編み物などを一日の日課に組み入れる「ルーチン化療法」を提案し、他の行動障害を軽減させた⁸⁾。このよ

うに、家族ないし介護者が本人が興味を示す他の適当と思われる日課や課題を加えることで、不適切と思われる行動を少なくすることは可能であるし、全体の行動障害を軽減したり、ときに認知機能(記憶、遂行機能、語の流暢性など)を改善する効果がみられる。

若年認知症者は、再度就労を希望する人が多い。この希望を達成するため、筆者らは就労型支援事業として、以前従事していた職業に類似した作業を通じて、介護が可能かを検討すべきモデル事業を平成19年9月より開始した。具体的には、仮想職場を用意し、退職以前の仕事の内容を考慮しつつ、現時点で本人が希望する作業内容ないし皆が話し合いで決めた仕事を提供した。これらの内容は、藤本らの認知症カフェの実践を一部参考とした。5カ月ほど経過したが、7名中悪化した人は2名で、他はほぼ同じ状態を保っている。なお、悪化しなかった2人について、家族の話では、生活上の行動量が増え、意欲低下と気分の波が改善したとの評価があった。介護保険でのデイサービス

表4 FTDの臨床類型と行動障害の対処方法

臨床類型	具体的症状	非薬物療法	薬物療法
1) 脱抑制型	暴力、興奮、万引	刺激の制限、環境整備	抗精神病薬（非定型）
2) 意欲低下型	閉じこもり、無為	リハビリテーション、趣味・レクリエーション	抗うつ薬、脳循環改善薬
3) 常同症型	徘徊・周回	環境整備、他の行動への転化、趣味・レクリエーション	抗うつ薬、抗精神病薬（非定型）
	過食	環境整備	

については、一度行くもその後は拒否して全く行かなかったこともあり、この会社通勤が可能か心配していたという。しかし、今は筆者らの会社に「仕事に行く」といって楽しそうに家を出るとのことである（当然、2症例とも単独での通所は困難で、今も妻同伴で通所しているが、日中は妻は会社にはおらず、夕に迎えにくる形である）。ここに、藤沢らがいう「生活」と「ケア」と「治療」の一体化ないし相互作用を確認することができるかもしれない³⁾。

2) FTDの非薬物的治療⁷⁾

FTDの介護は薬物療法同様に困難という意見はよく聞く。しかし、介護の原則を忠実に実行すれば、すべての患者とはいえないものの軽度から中等度のレベルでは8割程度の患者は行動障害を軽減し、認知機能の改善を図ることは可能と思っている。介護とは障害部分に対する生活レベルでの支援であり、当然のことながら、発症前の社会的立場を配慮した対応と、趣味や本人の希望、残存能力を考慮したりハビリの提供をすることが、基本中の基本である。これらに対する配慮に欠けるからこそ、無用なトラブルが起こるのである。初期のFTD（特に意欲低下型や常同型）には、より社会的、より職業的、より身体的な介護の視点から、デイサービスよりは仮想会社・職場や作業所・授産施設などの労働する環境が提供されるべきであろうし、中等度から重度前半のFTDや脱抑制型FTDでは、不安やパニックを起こさない安心感を与える環境が整備され、ときに介護困難な場合には施設や病院で生活パターンの変更が有効であろうと思っている（表4）。

3) 他の疾患の治療^{7,12,13)}

記憶障害は塩酸ドネペジルで、BPSDは非定型抗精神病薬の組み合わせで大きく改善することがあるが、詳細は他に多くの論文があるので、ここでは省略した。

6 おわりに

認知症を考える場合、中期を過ぎると当事者に十分な判断力がなくなる(?)と理解されているため、無意識のうちに家族中心の対応となってくる。しかし、この時点でも患者を無視してよいわけではなく、本人が訴えたり、欲求しなくても、理解しているとの前提に立て、十分な配慮をすべきである。その視点に立てば、初期である場合には、少なくとも認知症を伴わない健常人と全く同じ対応をすべきであろうと思う。さらに、医療、福祉ともに、治療や介護の押しつけでなく、インフォームド・コンセントのうえで、本人の意思や希望を確認することが第一に必要なことであろう。

最近、老年期の認知症患者が自己主張しないのは、老人の心性ではなく、老年期の人たちが生きてきた時代的背景のためでないかと考えるようになった。70代の認知症患者を診察するとき、若年認知症と同じ意識を感じることもあるからである。近未来に団塊の世代や生涯現役の人々が認知症になったとき、老年期と若年期にどのような区別がつくのかを心配しつつ、今この文章を書いている。

文献

- 1) Eimer M : Management of the behavioral symptoms associated with dementia. *Prim Care* 16 : 431-450, 1989
- 2) エリザベス・キューブラーロス著, 川口正吉訳 : 死ぬ瞬間—死にゆく人々との対話. 読売新聞社, 東京, 1969
- 3) 藤沢嘉勝, 横田 修 : 前頭側頭型認知症の治療. *老年精神医学雑誌* 18 : 616-625, 2007
- 4) 若年認知症家族会編 : 若年認知症—本人・家族が紡ぐ7つの物語—. 中央法規出版, 東京, 2006
- 5) 池田 学 : 前頭側頭型痴呆の臨床症状と現在の治療・ケア. *老年精神医学雑誌* 4 (増刊号) : 45-53, 2003
- 6) 今井幸充 : 認知症ケアの標準化とスキルアップをめざして. *ぐんま認知症アカデミー第2回秋の研究発表会特別講演より* (2007年12月)
- 7) 宮永和夫 : 若年認知症の臨床. 新興出版, 東京, 2007
- 8) 宮永和夫 : 老年期における社会的要因の臨床症状への影響. *精神科治療学* 18 : 543-549, 2003
- 9) 宮永和夫 : 若年認知症の在宅支援. *新医療* 371 : 30-33, 2005
- 10) 宮永和夫 : 認知症は増えているか. *からだの科学*. 日本評論社, 東京, 2006
- 11) 宮永和夫 : 患者家族の心理的サポートを行う—特に外来および若年認知症の家族会などにおいて—. *Cognition and Dementia* 5 : 118-122, 2006
- 12) 世界老年精神医学会, 日本老年精神医学会監訳 : BPSD 痴呆の行動と心理症状. アルタ出版, 東京, 2005
- 13) Wood RL, Fuszey I : *Cognitive Rehabilitation in Perspective*. Taylor & Francis, UK, 1990 (清水一ほか訳 : 認知障害のリハビリテーション. 医歯薬出版, 東京, pp238-265, 1998)

* * *

研究のトピックス

ピック病の病感について

谷向 知¹⁾, 小森 憲治郎¹⁾, 銚石 和彦¹⁾, 福原 竜治¹⁾, 石川 智久¹⁾,
豊田 泰孝¹⁾, 榎林 哲雄¹⁾, 清水 秀明¹⁾, 品川 俊一郎²⁾, 池嶋 千秋³⁾

1) 愛媛大学大学院脳とこころの医学分野

2) 東京慈恵会医科大学精神医学

3) 筑波大学臨床医学系精神医学

Dose Pick disease patient have feeling of illness ?

Satoshi Tanimukai¹⁾, Kenjiro Komori¹⁾, Kazuhiko Hokoishi¹⁾, Ryuji Fukuhara¹⁾,
Tomohisa Ishikawa¹⁾, Yasutaka Toyota¹⁾, Tetsuo Kashibayashi¹⁾, Hideaki Shimizu¹⁾,
Shunichiro Shinagawa²⁾ and Chiaki Ikejima³⁾

1) Department of Neuropsychiatry, Neuroscience, Ehime University Graduate School of Medicine

2) Department of Psychiatry, Jikeikai University

3) Department of Psychiatry, Institute of Clinical Medicine, University of Tsukuba

はじめに

高齢化が進むなかで認知症の診断、治療、予防の必要性は高まりつつある。現時点で正確な統計はないが、65歳以上の認知症高齢者は200万人前後であると推計されており、愛媛県の人口(1,445,340人;平成20年7月1日現在)よりも多くの方が認知症に罹患していることになる。一方、働き盛りの方とその家族に社会的、経済的に多大な損失を与え、社会福祉機関の受け入れも少ない若年発症の認知症に対して大きな関心が寄せられている。若年性認知症の背景疾患としては、高齢発症同様アルツハイマー病が最も多く、2番目にピック病が続く。

ピック病は、平成19年2月26日朝日新聞朝刊の第一面に、「ピック病で万引き」の見出しで大きく取り上げられて以来、本疾患への関心が高まり、多くの報道がされている。しかし、ピック病で見られる欲しいものを勝手にとってくる行為や自動車運転など問題行動は本疾患の一面であり、本疾患について正しくとりあげられ理解されるようになったかという甚だ疑問である。

当講座では、認知症、特にピック病に関する多くのエビデンスを発信してきた^{1)~3)}が、本稿では、前頭葉優位型と側頭葉優位型ピック病の病感について考えた。

ピック病とは

Arnold Pickは、1892~1906年に前頭-側頭葉の限局性萎縮と特徴的な精神症状や言語症状を呈する7例の症例を報告した⁶⁾。その後、Alois Alzheimerの嗜銀性の細胞内封入体(ピック小体)の発見を経て、OnariとSpatzによりピック病と命名された⁷⁾。1994年、前頭側頭葉型認知症(frontotemporal dementia;FTD)の診断基準が示された⁸⁾。FTDは前頭葉優位型ピック病を網羅するものであったが、側頭葉優位型ピック病と呼ばれてきた一群が含まれなかったため、1996年、前頭側頭葉変性症(frontotemporal lobar degeneration;FTLD)という上位概念が提唱され、側頭葉が主として障害される意味性認知症(semantic dementia;SD)として位置づけられた⁹⁾。以下、前頭葉優位型ピック病をFTD、側頭葉優位型ピック病をSDと同義語ととらえ記述する。

SDでは、意味記憶が障害され、左側頭葉に病変を認める場合、物品の使用は出来ても、その名称を答えることが出来ず、語頭音効果もみられないことから、アルツハイマー病で見られる語想起障害、語健忘とは全く異なる言語症状を呈す。一方、右側頭葉の障害では視空間認知の障害がないにもかかわらず、親しい人の顔に既知感がなくなるといった相貌の意味記憶障害がみられる。SDが進行してくると以下の示す、FTDで

みられる精神症状・行動障害が出現する。

FTDでは、社会的対人行動の低下、脱抑制、無関心、考え不精、常同行動、被影響性・注意転導性の亢進など、さまざまな精神症状・行動障害を認める。これらの症状に加え、病初期から病識や「自分の言動を自ら省みる」といった再帰的意識が欠如している。

ピック病に病感はあるか？

認知症では、「自分自身が行った体験自体を忘れてしまっていること」のほかに、「もの忘れの自覚がない」ことが、老化に伴うもの忘れとは異なる特徴として成書には書かれている。しかし、認知症を対象とした外来を行っている時、同伴者はもとより、認知症の方からも「もの忘れが多くなった」という言葉を少なからず耳にする。特に、アルツハイマー病では「もの忘れ」についての自覚を訴えない人においても、抜け落ちた記憶を取り繕いや作話、同伴者に同意を求めるといった、その場を切り抜けようとする言動がみられ、記憶障害に当惑している様子が見られることがある。

一方、ピック病では、取り繕いや作話は全くみられず、ほかの認知症と比べて病識が著しく欠如しているばかりか、病感すら失われていると感じられることが少なくない。FTDでは、無関心や考え不精のために、尋ねられることに「知らん」、「憶えていない」といった発言を耳にする。一方、SDの中には病期が進行した症例で再帰的意識を失った症例においても「頭が悪くなってしまった」、「何もわからない」といった言葉を多く耳にする。

もの忘れの自覚

そこで、もの忘れの自覚について検討する目的で初期 (clinical dementia rating ; CDR 1) のFTD、SD各4例にリバーミード行動記憶検査 (Rivermead Behavioural Memory Test ; RBMT) の生活健忘チェックリストを実施した。生活健忘チェックリストは、最近1ヶ月間の生活 (13場面) の中で、記憶障害がどれくらいの頻度あったかを「全くない」(1点) - 「常にある」(4点) の4段階で回答するリストで、評点 (13-52点) が高いほどもの忘れの自覚が強いことを表す。

FTDでは15.8±2.2であったのに対し、SD群では25.0±3.4と有意に評点が高かった (表1)。ピック病では、実際にもの忘れの訴えが見られても、行動面からエピソード記憶の障害はみられても、ごく軽度であ

表1. ピック病のRBMTの生活健忘チェックリストを用いた「もの忘れ」の自覚

	mean ± s.d.	(min-max)
FTD (n=4)	15.8 ± 2.2	(13-18)
SD (n=4)	25.0 ± 3.4	(20-27)

($p=0.05$ t 検定= -4.59 t 検定)

FTD Frontotemporal Dementia, SD, Semantic Dementia
RBMT Rivermead Behavioural Memory Test

ることが少なくないが、SDで評点が高かったのは、SD患者の日常生活で味わっている何らかの不全感を表しているものと考えられる。

遂行機能障害の自覚

次に、CDR 1のFTD、SD各3名とその主介護者に遂行機能障害症候群の行動評価 (Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome ; BADS) の遂行機能障害の質問表 (Dysexecutive Questionnaire ; DEX) を実施した。DEXは本人用と家族・介護者用があるが、どちらも同じ質問で、誰もが時々経験するような20項目の問題について、「まったくない」(0点) - 「ほとんどいつも」(4点) の5段階で回答するものであり、評点 (0-80点) が高いほど遂行機能障害の自 (他) 覚が強いことを示す。

FTDでは本人8.3±2.5、介護者52.0±12.3と本人と介護者の評点が大きく乖離が見られた (図1-A)。一方、SDでは本人24.0±3.3、介護者13.7±5.7とDEXの評点はむしろ本人で高い傾向にあることが示された (図1-B)。

介護者が本人の遂行機能を正しく評価できているか？ 実際、BADSの成績と本人や介護者のDEXとの

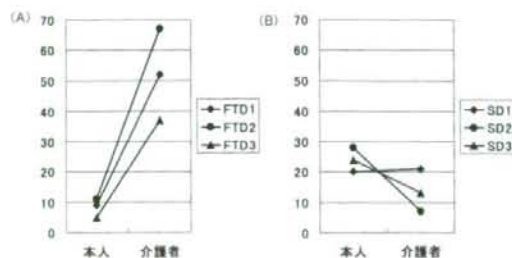


図1. ピック病のDEXを用いた遂行機能障害の自・他覚 (A) FT (B) SD

相関について検討する必要はあるが、少なくともSDはFTDと異なり、自分自身に起きている不調や日常生活に何らかの不自由さを感じながら生活しているものと想像される。

つまり、前頭葉優位型ピック病では、病初期から病識だけでなく病感も著しく欠如しているが、側頭葉優位型ピック病ではいずれは低下するかも知れないが、病初期には病感はあるものと考えられる。

おわりに

ピック病の臨床経過としては、SchneiderやCummingsらの病期分類などがある。しかし、これらは前頭葉優位型と側頭葉優位型を明確に分類したものではない。病感をはじめ病初期に見られる臨床的特徴がFTDとSDとは異なることから、臨床症状の違いや出現頻度の違いだけでなく、それぞれの経過を縦断的な追跡に基づく病期分類が、ピック病の正確な病態の把握、治療、介入を考える上で重要である¹⁰⁾。

現在、当講座は厚生労働科学研究費補助金(長寿医療科学総合研究事業)で「若年性認知症の実態と対応の基盤に関する研究」を行っている。また、今秋からは当講座が中心になって熊本大学、高知大学と共同でFTLDの精神神経症状に対する漢方治療の有効性・安全性の検討を行う予定である。

7月16日、上野修一教授を迎えたが、田邊敬貴前教授、池田学現熊本大学教授が築いてこられた、ピック病をはじめとする認知症の症候に基づく臨床研究を引き続き発展させ、当講座から世界へ発信し続けたいと思う。

文 献

1. Hokoishi K, Ikeda M, Maki N et al: Frontotemporal lobar degeneration: a study in Japan. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2001; 12: 393-9.
2. Shigenobu K, Ikeda M, Fukuhara R et al: The Stereotypy Rating Inventory for frontotemporal lobar degeneration. *Psychiatry Res* 2002; 110: 175-87.
3. Ikeda M, Shigenobu K, Fukuhara R et al: Efficacy of fluvoxamine as a treatment for behavioral symptoms in frontotemporal lobar degeneration patients. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004; 17: 117-21.
4. Ikeda M, Ishikawa T, Tanabe H: Epidemiology of frontotemporal lobar degeneration. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004; 17: 265-8.
5. Shinagawa S, Toyota Y, Ishikawa T et al: Cognitive

- function and psychiatric symptoms in early- and late-onset frontotemporal dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008; 25: 439-44.
6. Pick A: Über einen weiteren Symptomenkomplex im Rahmen der Dementia senilis, bedingt durch umschriebene stärkere Hirnatrophie (gemischte Apraxie). *Monatsschr Psychiatr Neuro* 1906; 19: 97-108.
 7. Onari K, Spatz H: Anatomische Beiträge zur Lehre von der Picken umschriebenen Grosshirnrinden-atrophie ('Pickische Krankheit'). *Ztschr Ges Neurol Psychiatr* 1926; 101: 470-511.
 8. The Lund and Manchester Groups.: Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994; 57: 416-8.
 9. Snowden JS, Neary D, Mann DMA: Fronto-temporal lobar degeneration; Fronto-temporal dementia, progressive aphasia, semantic dementia. New York: Churchill Livingstone, 1996.
 10. 田邊敬貴: 前方型痴呆. 老年期痴呆研究会誌 2007; 14: 89-92.

短報

前頭側頭葉変性症の精神症状に対する抑肝散の使用経験*

石川智久、小森憲治郎、福原竜治、榎林哲雄、清水秀明、谷向 知

*Utility of the traditional Chinese medicine Yi-Gan San for improvement of behavioral and psychological symptoms in frontotemporal lobar degeneration patients

愛媛大学大学院医学系研究科 脳・神経病態制御医学講座 脳とこころの医学分野
(791-0295 愛媛県東温市志津川), ISHIKAWA Tomohisa, KOMORI Kenjiro,
FUKUHARA Ryuji, KASHIBAYASHI Tetsuo, SHIMIZU Hideaki,
TANIMUKAI Satoshi: Department of Neuropsychiatry, Neuroscience,
Ehime University Graduate School of Medicine, Toon, Japan

Key words: Frontotemporal lobar degeneration, Semantic dementia,
Traditional Chinese medicine Yi-Gan San, Neuropsychiatric Inventory

はじめに

近年、認知症患者の精神症状・行動異常の治療薬として、抗精神病薬に比べて錐体外路症状・過鎮静などの副作用が少ない漢方方剤が注目されている。神経症患者に見られる焦燥感や易怒性、不眠症などの治療に用いられる抑肝散(TJ-54)は、代表的な認知症性疾患であるアルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症患者の精神症状・行動異常に対して有用であるとの報告がある⁵⁾。しかし、特有の精神症状・行動異常を呈する前頭側頭葉変性症(frontotemporal lobar degeneration; FTL D)に対する抑肝散の効果については、これまでほとんど報告されていない。

今回我々は、FTLDのサブタイプである意味性認知症(semantic dementia; SD)患者2例を対象に、抑肝散の有用性について日本語版精神症状評価尺度(Neuropsychiatric Inventory; NPI)を用いて検討した。

症例

<症例1> 56歳、男性。右利き、高校卒。

主症状 易怒性、脱抑制、固執傾向、失語。

既往歴 特記事項なし。

臨床経過 53歳頃から喚語困難・了解障害が出現するようになり、54歳時に当院を初診した。エピソード記憶やADLは保たれており、語義失語を中核とする意味記憶障害の存在および画像所見から、SDと診断した。55歳時には常同行動・固執傾向・易怒性が強まったため、fluvoxamineを開始したが奏功しなかった。56歳時、理解力・判断力の低下も認めるようになり、交通事故をひと月で4件起こした。家族や主治医が運転中止を強く勧めるも病識なく、全く受け入れないため、やむを得ず危機回避等の目的で当院入院となった。入院時、デスクトップパソコン・文房具ボックスを病棟内に持ち込もうとし、それを制止すると興奮するなど、固執傾向や易怒性を認めた。症状の軽減を目的にfluvoxamineを増量したが効果はなく、むしろ、退院要求が頻回となり、焦燥感・易怒性が高まった。このため抑肝散7.5g/日を開始したところ、数日後から固執や易怒性の軽減がみられた。血中カリウム値低下などの副作用は観察されなかった。

頭部画像所見 MRIにて左側頭極を中心に側頭葉前方部の限局性萎縮を認め、SPECTにて同部位の血流低下を認める(図1上・中段)。

<症例2> 61歳、女性。右利き、中学校卒。

主症状 易怒性、常同行動、失語。

既往歴 特記事項なし。

臨床経過 53歳頃から、物や人の名前を言い間違えるようになり、易怒性が出現。56歳頃から、毎日同じ献立の料理を作るなどの常同行動を伴うようになったため、58

歳時、当院を受診した。日常生活上のADLやエピソード記憶は保たれており、語義失語像を中核とする意味記憶障害が認められ、臨床症状および画像所見からSDと診断した。その後、認知症症状は急速に進行し、特定の銘柄のあんパンばかり食べる、ジュースを多飲するなどの食行動異常や、来院時に5分と待たず大声を出すなどの不穏状態となったため、fluvoxamine や抗精神病薬などを使用するも状態改善せず、むしろ増悪することもあった。抑肝散 7.5g/日を開始したところ、興奮・易怒性は減少し、外来での立ち去り行動もなくなるなど、症状の改善を認めた。抗精神病薬では過鎮静がみられ、fluvoxamine ではかえって興奮が高まることがあったが、抑肝散では明らかな副作用を認めなかった。

頭部画像所見 CTにて側頭葉下面から側頭極にかけ左優位に葉性萎縮を認める(図1下段)。

検討方法および結果

対象患者の精神症状・行動異常を日本語版NPI¹⁾にてスコアリングし、抑肝散の服用前後で比較した。日本語版NPIは、各項目について頻度(0~4点)×重症度(0~3点)で評価するもので、スコアが高いほど頻度、重症度が高いことを示す。

2症例ともNPIの総点で、抑肝散服用後に症状が改善し、NPIの下位項目では、興奮・脱抑制・行動異常・無為/無関心で改善が認められた(図2)。

考察

FTLDでは常同行動、脱抑制的行動などの特徴的な精神症状・行動異常が出現する⁹⁾。常同行動の神経基盤としては、前頭眼窩面の関与が示唆されており⁷⁾、固執傾向が強まると、強迫的な戸締り確認や手洗い行動、計算や自分の持ち物への儀式的な行動がみられることがある。強迫症状は、下部前頭前野、帯状回前部、線条体領域との関連⁶⁾¹⁰⁾や、脳内セロトニン活性の低下との関連が示唆されている。これらの症状に対し脳内のセロトニン系を活性化するfluvoxamine や trazodone が有効であることから、FTLDの行動異常に対しても有効であるとの報告がある⁴⁾。一方、グルタミン酸作動性ニューロンに対し、神経伝達活性の向上や神経保護作用などをしめすN-メチルDアスパラギン酸受容体拮抗薬(NMDA)の一種である memantine をFTLDに対して用い、無為/無関心、焦燥に効果的であったという報告がある⁸⁾。抑肝散は、セロトニンの合成あるいは遊離促進作用²⁾と、興奮性グルタミン酸上昇抑制作用³⁾を有すると推測されており、これら両面の作用を併せ持つ薬方であると考えられる。興奮などの陽性症状のみならず、無為・無関心などの陰性症状に対する効果がみられたことは興味深い。

FTLDの精神症状・行動異常に対して抑肝散が有用である可能性が示唆されたことから、抑肝散は認知症患者の精神症状・行動異常を治療する薬剤として、広く期待

できるものとする。今後、さらに症例を重ね、検討する必要がある。

文献

- 1) 博野信次, 森 悦朗, 池尻義隆 他: 日本語版Neuropsychiatric Inventory—痴呆の精神症状評価法の有用性の検討. 脳神経 49(3): 266-271, 1997
- 2) 石橋歩美, 江頭伸昭, 合志英美 他: 抑肝散の向精神作用に関する行動薬理学的研究. 第23回日本薬学会九州支部大会講演要旨集 2006.
- 3) 伊東宏昌, 武田厚司, 玉野春南 他: 低亜鉛食飼育したラットの海馬神経伝達に対する抑肝散の作用. 日本薬学会第126年会講演要旨集 3号P151; 2006.
- 4) Ikeda M, Shigenobu K, Fukuhara R et al: Efficacy of fluvoxamine as a treatment for behavioral symptoms in frontotemporal lobar degeneration patients. *Dement Geriatr Cogn Disord* 17: 117-121, 2004.
- 5) Iwasaki K, Satoh-Nakagawa T, Maruyama M et al: A randomized, observer-blind, controlled trial of the traditional Chinese medicine Yi-Gan San for improvement of behavioral and psychological symptoms and activities of daily living in dementia patients. *J.Clin.Psychiatry* 66; 248-252, 2005.
- 6) McGuire PK: The brain in obsessive-compulsive disorder. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 59:457-459, 1995
- 7) 森悦朗 前頭前野病変による行為障害・行動障害 神経心理、12、106-113 1996
- 8) Swanberg MM: Memantine for Behavioral Disturbances in Frontotemporal Dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 21; 164-166, 2007.
- 9) Tanabe H, Ikeda M, Komori K: Behavioral symptomatology and care of patients with frontotemporal lobe degeneration: Based on the aspects of the phylogenetic and ontogenetic processes. *Dement Geriatr Cogn Disord* 10(suppl 1); 50-54, 1999.
- 10) Tonkonogy JM, Smith TW, Barreira PJ: Obsessive-compulsive disorders in Pick's disease. *J Neuropsychiatry*, 6 :176-180 1994.