

Daily activity rhythms of a FTD patient before and after hospitalization

Miyae Yamakawa*¹, Akiko Nakaoka*², Kazue Shigenobu*³, Taiki Teshima*¹, Shiori Nishikata*¹,
Kiyoko Makimoto*¹, Kaoru Tabushi*³

* 1 *Department of Nursing, School of Medicine, Osaka University*

* 2 *Department of Nursing, Senri Kinran University*

* 3 *Department of Psychiatry, Asakayama General Hospital*

IC tag monitoring system was used to monitor the activity rhythm in patient with frontotemporal dementia before and after hospital admission. She was an 69 year-old female with MMSE score of 17/30. She developed antisocial stereotypic behaviors such as taking a train without paying and leaving a restaurant without paying bill and was agitated when she was stopped antisocial behaviors.

She was observed between 6 : 00 to 24 : 00 for a week shortly after admission. The pattern of activity rhythm after admission corresponded with that of before admission. A strictly fixed daily rhythm, typically seen in FTD patients, retained after admission.

The current study shows that the activity rhythm before admission was maintained despite changes in the activity contents after hospitalization. Collecting detail activity rhythm information before admission could be integrated into care plan for a FTD patient to facilitate the adaptation to the new environments.

Key words : frontotemporal dementia, clock watch, activity rhythm, stereotypy, monitoring

地域のなかの精神科医の役割

精神医療審査会、認知症疾患医療センターにおける業務*

田伏 薫

大阪 浅香山病院 総院長

Key Words** 精神科医の役割、地域精神保健、精神医療審査会、認知症疾患医療センター

はじめに

このたび、日精協誌で「地域における精神科医のさまざまな役割」という特集を組むので、日精協会員が病院を出て地域のなかでどのような働きをしているかを執筆するようにとの依頼を受けた。筆者が実際に行っていることや見聞きしていることを、思いつくままに書かせていただくことにしたい。まず地域においてどのような仕事をしているかを列挙し、そのなかで精神医療審査会と認知症疾患医療センターのことをやや詳しく述べる。

地域における精神科医のさまざまな仕事

病院も地域のなかで診療を行っているのであるから、病院業務も地域活動であると思うが、病院の外での仕事となると、地域におけるボランティア活動とか医師会の休日診療所への出務、断酒会への出席、住民に対する講演など直接に地域の住民や患者に対して行うものがまず挙げられるだろう。学校や職場に出かけることもある。現場のほかに行政の事業に協力して行う地域での診療がある。さらに保健医療福祉に関わる審議や委員会の仕事など、間接的なものにも目を向けると、実に

多種多様な役割を果たしていることに気がつく。

1. 学校現場、産業医、医師会

学校や企業のなかでのメンタルヘルスは大きな分野である。当院の元副院長は児童精神医学が専門で、平成13年の池田小学校の児童殺傷事件のときには児童の心のケアに盛んに出かけていたし、転勤後も学校現場の問題に熱心に取り組んでおられる。筆者自身は、以前に頼まれて近くの養護学校（支援学校）へ2カ月に1回程度の診察（検診）に出かけていたことがある。これは精神科というよりはむしろ小児神経学的な面からの診療であった。筆者のほか小児科の部長や理学療法士もここへ通っていた。重症児が多く、気を遣う仕事であったが、地域貢献と思ってやっていた。

また、ずいぶん昔のことになるが、筆者は総合病院で勤務していたときに地元の某大企業の診療所で嘱託医として、月に3回半日の精神科診療を行っていたことがある。これは大学医局からのパートタイム医の派遣先の1つとしてという面もあったが、筆者にとっては1つのアルバイトであった。病院の外での仕事ではあるが、こういうものまで地域活動と言えるのかどうか。さらに、ある病院とある会社との連携で病院から会社へ診療に行く、つまり病院の地域活動の1つとして、ある組織体のメンタルヘルスを請け負うというような形もあり得るのでなかろうか。

医師会の事業も一種の地域医療活動と言えるだろう。堺市医師会では小児科や内科が医師会の急病診療センターを設置して交代で出務されているが、産業医の部会では一般健康相談と並んでメンタル相談窓口も設けて出務しておられるようだ。医師会や学校のことについては、本特集別稿に譲

* Various roles of psychiatrist in the community – psychiatric review board and medical center for dementia diseases

** psychiatrist's role, community mental health, psychiatric review board, medical center for dementia diseases

ることにしたい。

2. 教育的な活動

地域の住民や医療関係者に対する講演会，研究会で講師として招かれる機会は非常に多い。これには行政が行う住民への啓蒙活動，医師会や病院協会が主催するもの，製薬会社がスポンサーになっている研究会，個々の病院が主催するもの等，いろいろな形態で行われている。筆者の病院の認知症担当の医長は，これらの講師としてあちこちで引っぱりだこになっている。また当院では，浅香山病院精神科症例研究会と称する会を院外の場所で定期的に開催して，地域の開業医の先生方と一緒に勉強する場を作っている。

地域の看護学校や医療関係の学校で講義をすることも多い。現在，筆者は大阪精神科病院協会（大精協）の看護専門学校，堺市医師会の看護専門学校，および自院の浅香山病院看護専門学校で精神科の科目を教えている。近くの国立のリハビリテーション学院で精神科と医の倫理を講義していたこともあった。

関連大学の医学部学生の教育，研修の一環を担う役割もある。筆者の場合，奈良県立医大で精神科の非常勤講師として年に1回であるが神経心理学を講義している。また関連の3大学から医学部学生の精神科実習をお受けしていて，大阪大学医学部臨床教授という称号をいただいている。こういう仕事は嫌いなほうではないので，筆者も医学の進歩に遅れないように勉強しながら楽しんでやらせていただいている。

地域における審査会・委員会，行政機関の嘱託医

もう1つの形は行政が行ういろいろな審議会的な事業への協力で，これも多方面にわたっている。

1. 審査会などの委員

地域で患者や住民に直接に接するのではないが，個々の患者に関わることを精神科医が書類を通して審査・判定する仕事がある。また，地域全体の問題や施策に対して審議し提案するという類の仕事もあり，これには病院の院長クラスの先生方が

かなり関与しておられるだろう。大阪の場合を例にとると，精神科関係には次のようなものがある。なお，大阪府では大阪市と堺市が政令指定都市であるので，この3者が基本的にはそれぞれにこれらの審査会を持っているのであるが，なかには救急の場合のように3者が合同で大阪府精神科救急医療運営委員会として機能しているものもある。

精神保健福祉審議会委員
精神医療審査会委員
自立支援医療・精神障害者保健福祉手帳審査会委員
麻薬中毒審査会委員
麻薬覚せい剤対策本部委員
自殺対策連絡協議会委員
発達障害者支援体制整備検討委員
介護保険審査会委員
社会保険診療報酬支払基金審査会審査委員
国民健康保険診療報酬審査会審査委員
大阪府精神科救急医療運営委員会委員
精神障害者権利擁護連絡協議会委員
医療観察法倫理会議委員

上記のなかには精神保健福祉審議会のように年に1回程度開かれるものと，個別の書類審査を行う毎月または隔月に開かれるものがある。これらの委員がどのように選ばれるのかについては，行政機関が個人に声をかける場合と大精協などに推薦を依頼する場合があるようだ。上記のなかでは，筆者は堺市の精神保健福祉審議会，権利擁護事業契約締結審査会の委員，大阪府の精神医療審査会，精神科救急医療運営委員会の委員を仰せ付かっている。

2. 嘱託医

行政機関の嘱託医という形で，精神科医が診療を行っている場合もある。たとえば堺市では，こちらの健康センターや各保健センターで嘱託医が勤務している。堺市はいのちの相談支援事業を行っており，自殺未遂者の精神医療相談のために嘱託医がその都度出務することになっている。その4名の嘱託医の1人に，当院の女性医師が依頼さ

れているが、女性の先生がよい場合もあるからと彼女が選ばれたそうである。

これとは少し違うが、堺市職員の健康管理にも、精神科病院から数名の医師が出勤している。筆者は堺市非常勤職員（職員の精神衛生管理に関する業務）、職員医療審査会委員という辞令をもらって、市職員の休職・復職の判定の仕事をしている。他科の医師と一緒に合議制で行うのであるが、精神科関連の数が多いので、精神科医の役割は重要になってくる。

精神医療審査会における精神科医の役割

1. 委員の構成

ここでは大阪府の（大阪市、堺市を除く）精神医療審査会について述べる。現在、審査委員は40名で、そのなかから会長は大精協の小阪病院院長の東先生が務められ、副会長は弁護士、事務局は大阪府こころの健康総合センターにおかれている。ご承知のように、個々の審査は合議体によって行われ、1つの合議体は医療に関し学識経験を有する委員（指定医）3名、法律に関し学識経験を有する委員1名、その他の学識経験を有する委員1名の計5名の委員で構成される。大阪府の場合、この合議体がAからHまで8つあるので、医療委員が24名、法律委員が8名、その他の学識委員が8名おられることになる。

筆者も医療委員の1人であるが、24名の内訳は大学から8名、精神科病院から8名、その他8名で、精神科病院は大学と並んでこの審査会で大きな比率を占めている。ちなみに筆者の属する合議体は、医療委員は精神科病院長が2人、もう1人は府職員の医師で、法律委員は大学法学部の教授、その他の学識委員は精神障害者社会復帰促進協会の理事長である。

2. 業務の内容

各合議体ごとに毎月（正確に言うと12カ月のうちの9回の月に）医療保護入院の入院届け、定期報告（措置入院も含む）の書類審査と退院請求、処遇改善要求に対する審査を行っている。書類による審査は、医療委員が各自60～70枚くらいを下読みして、問題点があれば合議体全員で審議し

て、その病院に問い合わせている。病名、症状、対応の判断、整合性などをチェックする。

ここで最も問題が多いのは診断や病状の判断に関わることも、その書き方である。まず、字が乱暴で勝手なくずし方をする方がおられて、判読に苦勞する。ワープロで作られるものでは、何回もの入院歴がある場合に字体を小さくして、前の分にその都度上乘せして書かれるので、全体の量は多いが、肝心の今回入院については極端に短いというようなことになる。

退院や処遇改善の請求があると、その請求者が入院している病院へ実地審査に出向いて行く。医療委員1名、法律委員またはその他の委員のどちらから1名の計2名の委員が事務局の府職員とともにその施設を訪れて面接し、家族や主治医の意見も聴き、持ち帰って合議体で判定する。訪問する前に本人が請求を取り下げて、行く必要がなくなることや、実地審査の時点で入院形態が請求時と変わっている場合もしばしばある。審査の結果は主治医の判断が妥当であるとされることが多いが、付帯事項を付けるときもある。

訪問審査に行くのには時間がかかって困るのだが、大阪府は狭いからまだよい。筆者が奈良の国立精神科病院に在職のとき、県の精神医療審査会長をしていたが、合議体は2チームであった（現在は4チームになっているようだ）。審査はきちんとやっていたと思うが、訪問審査は半日から1日仕事であった。その代わりに帰り道には吉野とか飛鳥とかあちこちの名所旧跡に立ち寄ることができて、それはそれでよかった。

大阪府の精神医療審査会は全国のなかでも審査件数が多い。退院請求を扱う件数は東京都よりも大阪府のほうが多い。委員の人数も大阪府のほうが多い。丁寧で質の高い審査をしていると言えるだろう。ただ、退院請求審査期間（退院請求受理から審査結果通知までの日数）についてはよいとは言えない（全国平均よりやや長い）。

堺市の認知症ネットワークのなかでの認知症疾患医療センターと精神科医の役割

1. 認知症疾患医療センターとは

人口84万人の堺市においては、認知症医療の

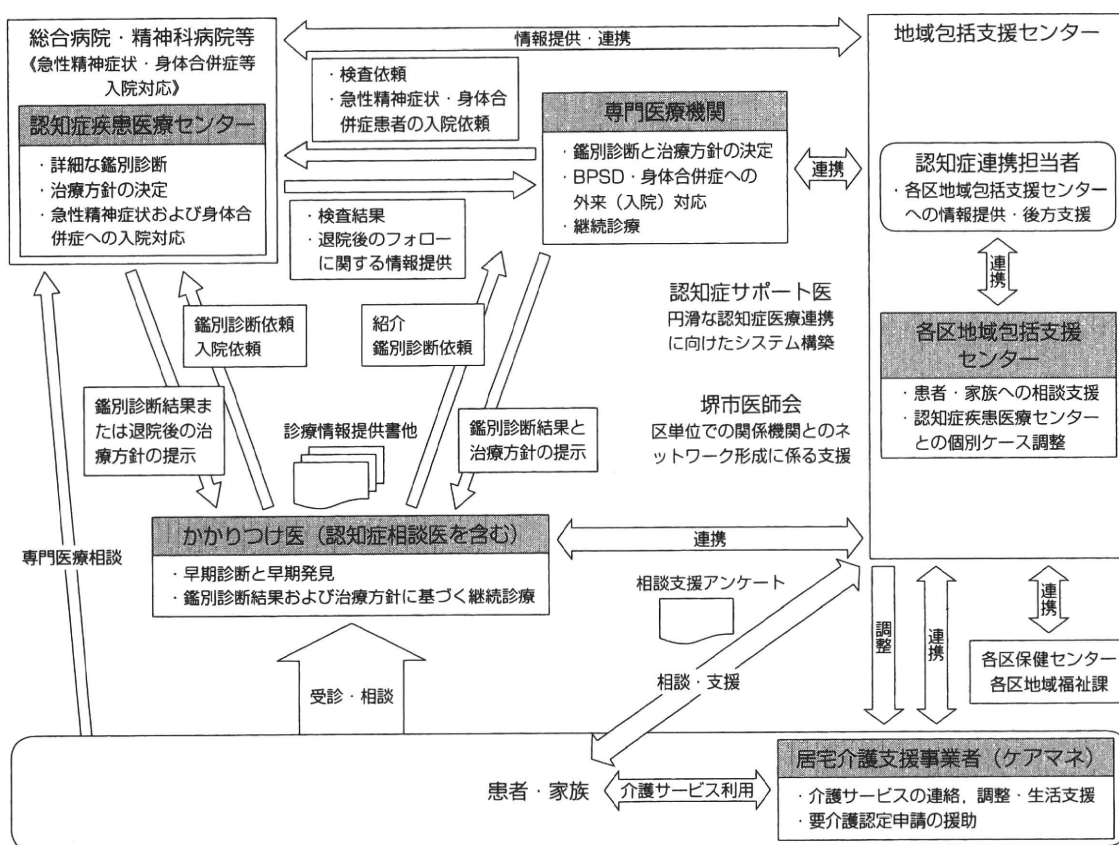


図1 認知症疾患医療連携に関するフロー図

ネットワークが地域に形成されている。ここに堺市における認知症の医療連携に関するフロー図(図1)を示し、そのなかで認知症疾患医療センターと病院精神科医の役割を述べる。

堺市における認知症の実数は、年齢層別の人口から一般的に推計すると18,500人くらいになるらしい(堺市こころの健康センター森川将行所長の試算)。認知症に関わる市の機関は各区内の保健センター、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、地域福祉課、そして医療機関と施設があり、市全体に対して認知症疾患医療センターがある。

認知症疾患医療センターは、国が認知症医療の中核機関として全国に150カ所の設置を目指しているが、まだその半数くらいしか実現されていない。浅香山病院は堺市に指定されて、これを設置している。当院は身体科248床、精神科948床の

うち認知症病棟120床、身体合併症病棟50床。専門医があり、日本老年精神医学会、認知症学会の研修施設であり、PSWも多数おり、体制は整っている。認知症センターの役割は、認知症の専門的医療の提供体制を強化するために、確定診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供を行うとともに、かかりつけ医との連携や連携担当者を配置し介護との連携を行うことである。当センターの平成21年度の実績は、新規相談件数1,107件、鑑別診断数696件、入院者数240名、外来件数3,929件であった。

2. 地域連携における精神科医

フロー図が示すように、認知症疾患医療センターを核として地域においてさまざまな連携が行われている。かかりつけ医から認知症センターへ紹介し、鑑別診断が行われ、かかりつけ医に戻る

という連携、認知症センターと地域包括支援センターとの間の双方向的な情報提供・連携、かかりつけ医と居宅介護支援事業者との間など多角的に連携が結ばれている。地域包括支援センターには地域の開業医や精神科病院から嘱託医として医師が派遣され（当院からも1名参加している）、診察を行い、鑑別診断や治療の必要性についての判断を行っている。図のなかの認知症サポート医とは医師会のなかから認知症相談医として活躍されている開業医である。

おわりに

われわれ精神科医が、病院の外で地域のなかで、どのような働きをしているかについて、思いつくままに記した。実にさまざまな役割があるものだと改めて思う。そして筆者が、あるいは皆さんが、本業のほかにこんないろいろなことをしているのかしらとも少し思うが、別にこのために本業をおろそかにしているわけではないし、職業をいかしての社会的役割だと思っている。

書き忘れていたが、筆者は大阪地方裁判所・高等裁判所の専門委員という職にも任命されている。

これは裁判所の事案について、求められたときに専門家（私の場合は精神医学）として疑問に答え、見解を述べて、争点の整理に資するという役目である。不定期に必要なに応じて出頭を求められる。また、これとは別の仕事であるが、たまに裁判所から、起訴前のときは検察庁から、司法裁判の精神鑑定を請われることもある。これは筆者にとっては自分の全能力を注いで取り組む一種の症例検討のような面があって、その意味では興味深いことなのだが、大変なエネルギーを要する仕事である。これなども精神科医が社会で果たす役割の1つであろう。

「地域」におけるというと地域医療というイメージになってしまうが、これを「社会」という語に置き換えると、精神科医の果たす役割はさらに広いものになるであろう。

参考文献

- 1) 大阪府こころの健康総合センター：所報。
- 2) 堺市こころの健康センター：所報。
- 3) 厚生労働省：我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）平成22年度版。

認知症のケアに必要な書類と専門医療機関紹介

財団法人浅香山病院精神科／認知症疾患医療センター医長 繁信和恵

はじめに

プライマリー・ケア医が最も頻りに記載する認知症関連の書類は介護保険の主治医意見書であろう。しかし認知症ケアにおいては、認知症の鑑別診断や精神症状の治療を専門医療機関に依頼する場合の紹介状、ケアマネジャーとの情報共有のための書類も、認知症患者を医療面から支援していくためには重要なものである。ここでは介護保険主治医意見書に加え、筆者が診療を行っている堺市で使用を開始した認知症専門医療機関宛の紹介状書式、および堺市における医療と介護の連携をすすめる関係者会議(いいともネットさかい)が作成し、使用している「医師と介護支援専門員との連絡票」、「介護支援専門員用診療情報提供書」を紹介し、作成時の要点を示す。

介護保険主治医意見書

介護度の認定においては、主治医意見書(以下「意見書」)や認定調査特記事項の記載内容から特に介護の手間がかかることが具体的に明らかにされている場合などはそれに基づき一次判定結果を変更して最終判定とすることができる。意見書の内容は全国で一律のものが使用されている。意見書の書き方については医師会などより詳細な手

引書が発表されているため、ここでは認知症患者の意見書の記載で注意すべき点を示す。

1. 記載の注意点

要介護認定審査会では、保健・福祉などの医療関係者以外の委員もその内容を理解したうえで審査判定を行うため、難解な医学専門用語や略語を用いることは避け、できるだけ具体的に申請者の状態を記載することが重要である。

2. 傷病に関する意見

1) 症状としての安定性

認知症疾患の場合は一見安定しているようにみえても、レビー小体型認知症のように日内変動や日間変動を示す者や、せん妄の合併による急性増悪もあるため、日頃より家族からその状況を聴取し記載する必要がある。

3. 心身の状態に関する意見

この項目への記入は、申請者の診察場面の状態を観察するだけでは、非常に困難である。より適切な状態把握のためには日々の診察の中で、介護者である家族や利用している介護サービスのスタッフなどから申請者の日常生活動作や運動機能、精神状態などを詳細に聴取しておく必要がある。

1) 認知症の中核症状

家族からの日常生活における情報だけでなく、診察場面でも診察中に主治医の名前を覚えられないか、身近な3つの物品を見せて覚えてもらい、5分後に聞いてみるなどの方法を用いて確認することも重要である。

場合わけ、取り繕い反応が著明なアルツハイマー型認知症患者では、表面的な会話は十分に成り立ち、実際にはできていないことも、いかにもできているかのように話すことが多い。認定調査員が申請者の取り繕いによる返答を鵜呑みにして、実際の状態よりも軽く評価してしまった事例もあり、評価の際には注意を要する。

2) 認知症の周辺症状

ここで取り上げられている行動障害は主に認知症患者に生じる周辺症状として捉えられる。ここでは各項目の有無をチェックするのみであるため、特記事項にはどのような精神症状や行動障害が、どの程度の頻度でみられ、介護上どのような手間や時間がかかっているか、具体的に記載する必要がある。

また、精神症状を含む行動障害として11項目のみが具体的なチェック項目として挙げられているが、認知症患者が示す精神症状は、幻覚や妄想のほか興奮、うつ、不安、多幸、無為・無関心、脱抑制、易刺激性など多彩であり、

(かかりつけ医→専門医)

診 療 情 報 提 供 書

紹介先認知症専門医療機関 平成 年 月 日

科 殿 医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
医 師 氏 名 ㊞

患者	氏名		男・女	要介護認定	無・有	要支援 要介護 []
	住所				電話番号	
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生 (歳)	
	介護支援専門員	無・有 (事業所名と担当者名)				

病 名						
紹介目的						
既往歴及び家族歴						
症状や治療経過 及び 検査結果や方針						
睡眠状況	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり (入眠困難・中途覚醒・早期覚醒・浅眠)	頻度	毎日・時々・なし		
食欲低下	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり	体重減少 ()か月で()Kg 減			
意欲低下	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり	(程度や状況)			
気分の落ち込み	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり	(程度や状況)			
認められる周辺症状 (有のみ○)	<input type="checkbox"/> 幻覚	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 脱抑制	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> その他()
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (MRSA・HBS 抗原・HCV 抗体・梅毒関連血清・他())				
MRIの貸出希望	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 希望する(フィルム ・ CD)				
処方内容				備考		

※最新の血液検査データと実施された脳機能検査や心電図等の諸検査データがあれば添付してください。
※生活支援アンケートおよび集計表があれば添付してください。

図1 診療情報提供書

(いともネットさかい作成)

介護(予防)連絡票

医師と介護支援専門員との連絡票

平成 年 月 日

宛 先	医療機関名	発信元 先生(宛)	介護事業所名	(発信)
	住所		住所	
	医師		TEL FAX 氏名	

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、ご回答をお願いいたします。

*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

- ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 平成 年 月 日
- ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

利用者	氏名		介護度	申請中・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
	住所		TEL	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		男・女
照会目的	<input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の医学的意見について			
	<input type="checkbox"/> 利用者の医療・看護・介護・病状の医学的意見・指示について			
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議における医学的意見について			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)について、医師からの医学的意見について			
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など			
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談			
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶			
<相談内容等>				
担当介護支援専門員名				

医師からの回答(返信)

*この連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします(日時: 月 日 時頃に来院ください)
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします (日時: 月 日 時頃に電話をください・します)
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します <input type="checkbox"/> FAXで回答します
サービス担当者会議に	<input type="checkbox"/> 出席します (<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 出席しません
平成 年 月 日 氏名	

図2 医師と介護支援専門員との連絡票

(いいともネットさかい作成)

その出現頻度も高い。そのため具体的に挙がっていない項目についても、介護者から聴取し、特記事項に記載する必要がある。同じ妄想でも、主介護者が妄想の対象となりやすい物盗られ妄想などは、その存在の有無により大きく介護負担が異なることもある。そのため特記事項に妄想の内容や対象者を記載することも重要である。ピック病を代表とする前頭側頭葉変性症では万引きなどの反社会的行動が常同行動として介護上問題になる場合もあり、この場合も既存の項目には当てはまらず、特記事項に詳細に記載する必要がある。認知症患者の精神症状の頻度、重症度、介護負担度を包括的に評価できる、Neuropsychiatric Inventory Brief Questionnaire Form (NPI-Q)、NPI Caregiver Distress Scale (NPI-D) などの評価尺度を用いて定期的に患者の状態を把握していれば上記のような周辺症状についての詳細な内容の記載が容易になる。またこれらの症状について患者本人と一緒に介護者は主治医に伝えにくい場合も多いため、患者とは別に問診することも大切である。

4. 医学的管理の必要性

認知症の精神症状が激しく介護施設のデイサービスで対応困難な場合などは、「認知症対応型のデイケアが必要である」などと記載する。また予防給付により提供されるサービスも含むため、特に要支援1、2に該当するような初期認知症や軽度認知機能障害の高齢者の場合、高齢者の生活機能障害にに応じて認知症の進行予防に効果的なものを選択する必要がある。

5. 特記すべき事項

主治医として要介護認定審査判定上、あるいは介護サービスを受けるうえで重要と考えられる事項があれば要点を記載する。認知症患者では介護度の低い軽度の時点から頻回のデイサービスの利用が生活リズムを維持するうえで有用である。デイサービス中の活動について症状の特徴などから有効な対応法が考えられる場合などは記載すべきである。

専門医療機関への 診療情報提供書

図1に堺市で使用している、かかりつけ医が認知症専門医療機関へ紹介する場合の「診療情報提供書」を示す。かかりつけ医が専門医療機関を紹介する場合は、初期の認知症の鑑別診断、精神症状の治療、鑑別診断後の定期的なフォローアップが主な目的と考えられる。いずれの場合も診療情報提供書を作成し、患者の日常の様子を一番よく知る者が診察に同伴することを勧める。

1. 鑑別診断

認知症の鑑別診断を依頼するときには、鑑別診断を患者本人が自ら希望したのか、あるいは家族が患者の物忘れなどを心配して、かかりつけ医に相談をしたのかを記載する。物忘れに対する病識が乏しい場合は認知症を疑う重要な指標になるからである。またそのような場合に本人が受診を拒否する場合には、かかりつけ医に受診を促してもらいたいと考えている家族も多い。また脳血管障害の危険因子となるよう

な生活習慣病の既往や、それらの病状が安定しているかも重要な情報である。初期にはうつ病との鑑別を要することが少なくない。認知機能の低下に先行して、うつ病を疑うような意欲低下や気分の落ち込み、食欲の低下や早朝覚醒などがみられていればそれらも記載すべきである。

2. 精神症状の治療

幻覚妄想や興奮などの精神症状が増悪した際に専門医療機関を紹介する場合には、精神症状の悪化が身体疾患の悪化や内服薬の変化に伴って起きているかを時間的経過に沿って記載する。認知症患者では日中の傾眠や夜間不眠、脱水症や、抗コリン作用のある薬剤や抗不安薬、睡眠導入剤、H₂ブロッカー、消炎鎮痛剤などの使用により容易にせん妄状態を併発しやすく、精神症状の増悪を招くからである。そのため内服薬はすべて記載し、精神症状の悪化した前後に開始あるいは中止した薬剤についてはその時期についても記載することが望ましい。他院からも処方がある場合には診療情報提供書があればさらによいが、少なくとも診察時には「お薬手帳」を持参することを介護者に勧める。加えて、睡眠状態については睡眠覚醒リズムのほかに、レビー小体型認知症ではレム睡眠行動障害がみられることも多いため、夜間の寝言がないかなども聴取して記載できれば望ましい。デイサービスなどの介護保険サービスの利用中に最も対応困難な精神症状は、興奮とそれに伴う他者への暴力行為であるといわれている。安定した介護環境の提供のためには介

介護支援専門員用診療情報提供書

介護事業所名称

平成 年 月 日

氏 名

様

医療機関の所在地及び名称

医師氏名

電話番号 () -

FAX () -

患者氏名 性別・生年月日 患者住所	(男・女) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳) 職業 電話番号 () -
-------------------------	---

診療形態	1. 外来 2. 往診 3. 入院(平成 年 月 日)	情報提供回数 回
傷病名 (疑いを含む)	<傷病名>	
	発症年月日	平成 年 月 日
	受診年月日	平成 年 月 日
	初発/再発	1. 初発 2. 再発(年 月 日 初発)

寝たきり度(該当するものに○)

- J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
- A 準寝たきり 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
- B 寝たきり 1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが坐位を保つ。
- C 寝たきり 2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)

移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助	入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助
着替	自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助	整容	自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助

認知症老人の日常生活自立度(該当するものに○)

- I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
- II 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。
- III 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。
- IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。
- M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

<認知症の中核症状>

- ・短期記憶 問題なし 問題あり
- ・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
- ・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

病状・既往症・治療状況・退院の年月日等

訪問診療 有 ・ 無 訪問看護 有 ・ 無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

(介護支援専門員に依頼したい内容や必要と考えられる介護サービス・介護支援専門員が知っておくべき医療情報を記載して下さい。)

上記の患者について、介護(予防)サービス等の診療情報を提供いたします。

依頼内容について、回答(必要 ・ 不要)です。

この診療情報提供書の内容を外部に提供する場合は必ず主治医の同意を得てください。

図3 介護支援専門員用診療情報提供書

(いともネットさかい作成)

診療情報提供書における介護支援専門員からの回答(返信)

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

医 師

先生

介護事業所名

住 所

担当介護支援専門員

氏 名

TEL () -

FAX () -

平成 年 月 日付で、診療情報提供書により情報をいただきました下記利用者につきまして、回答いたします。

利用者氏名	
性別・生年月日	(男・女) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳)
住 所	電話番号() -
<p><回答></p>	

図4 診療情報提供書における介護支援専門員からの回答(返信)

(いいともネットさかい作成)

介護保険サービスの利用は不可欠であるため、そのような症状が出現してきた場合には介護保険サービスが利用困難になる前に早急に専門医療機関を紹介すべきである。

医師と介護支援専門員との連絡

認知症患者の生活を守っていくためには、かかりつけ医や介護支援専門員などの種々の職種が連携し、個々の認知症高齢者の状況やその変化に応じて継続的にフォローアップしていく「包括的・継続的ケアマネジメント」の確立が必要である。しかし、医師の側は知りたい情報でありながらも、担当患者の介護支援専門員が誰であるか、どのような介護保険サービスを利用しているか、生活場面で何が一番問題になっているかなどを十分に把握できていないことも多い。一方で介護支援専門員は担当高齢者の医療的な情報の不足から、ケアプランの内容に偏りが生

じたり、急な症状の変化が生じた場合にどのように連携をとったらよいか苦慮していることが多い。そのため堺市における医療と介護の連携をすすめる関係者会議(いいともネットさかい)では、医師と介護支援専門員との情報交換を円滑に行うために統一した書式を作成しているで紹介する。

図2に「医師と介護支援専門員との連絡票」を示す。これは長野県医療と介護の連携検討会で使用している連絡票を、許可を得て参考のもとに作成したものである。介護支援専門員から医師に照会する場合、その照会を受けて医師から介護支援専門員に返答する場合に使用している。簡単な連絡で済む場合は主治医が連絡法、指示、情報提供を返信欄に記入し回答する。

さらに詳しい情報提供が必要な場合は図3の「介護支援専門員用診療情報提供書」を使用して回答している。この書式は医師から介護支援専門員への

医療的な情報提供や、主治医をしている患者の状態が急に変化し介護サービスを変更してもらいたいときなど、その他依頼したい内容がある場合にも使用している。

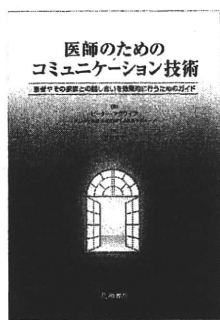
医師から介護支援専門員が回答を求められた際には、図4の「診療情報提供書における介護支援専門員からの回答(返信)」を使用して返信している。

おわりに

認知症患者のケアを支えていくために必要な書類はこれらの他にも訪問看護の指示書、自立支援医療の診断書、精神障害者保健福祉手帳・障害年金の診断書などがある。それらに正確な情報を反映させるためには、日頃の診療の中で認知症に特有の精神症状や行動障害の問診を行うとともに、介護支援専門員や実際に介護にあっている家族、スタッフとの顔の見える連携が大切である。

医師のための コミュニケーション技術

患者やその家族との話し合いを効果的に行うためのガイド



〔著〕ピーター・マグワイア 〔訳〕若林佳史

A5判 並製 256頁 定価3,045円(本体2,900円)

患者さんやその家族とのコミュニケーションの課題に取り組む際の良きガイドとなる書。論理一辺倒でなく、著者が長年の経験で得たコミュニケーションのコツを、経験や人柄がにじみ出るような文体でわかりやすく解説する。主に医学生・若手医師を対象にしているが、多様な応用・適用が可能で、コメディカルにとっても役立つものである。患者との面接ないしはコミュニケーションの重要性が認識され、それを主題とする書物が多数刊行されている中においても必読の一冊。

◆主な内容

第1章 面接を向上させる

面接の重要性/時間を管理する/信頼を築く/患者が訴える問題を慌てて解決しない ほか

第2章 コミュニケーションを妨げる心理的障壁

なぜ患者は重要な問題を語らないのか ほか

第3章 患者が気にかけている問題を引き出す

指針となる原則/面接の始め方/完全な病歴をとる/用いるとよい重要な技術 ほか

第4章 情報を提供する

情報を提供する際に忘れてはならないこと/これから行うことを計画する ほか

第5章 家族と面接する

家族が患者を支える能力に影響を与える要因/難しい問題に対処する ほか

第6章 悪い知らせを伝える

患者がどのくらい知っているか見定める/悪い知らせに対する患者の感情反応を引き出す ほか

第7章 困難な状況にうまく対処する

困難な状況で面接を行う/正常な反応と異常な反応を見分ける/怒りにうまく対処する ほか

第8章 自分の殻に引きこもる患者と話す

患者が自分の殻に引きこもる一般的な理由や原因/自分の殻に引きこもる患者への対応 ほか

第9章 自殺する可能性のある患者と面接する

自殺と関連する主要な精神障害/自殺の危険性を高める一般的な要因 ほか

第10章 遺族を支え、助ける

悲しむことを手助けする/異常ないしは外傷的な悲しみ/異常な悲しみの危険要因 ほか

第11章 実りあるコミュニケーションを行い、精神的に倒れないようにするために

医学生のストレス/自分を見つめなおす必要性/倒れることのないようにするために ほか

星和書店

〒168-0074 東京都杉並区上高井戸1-2-5

URL <http://www.seiwa-pb.co.jp/>

TEL 03-3329-0031

FAX 03-5374-7186

第II部 各論—2. 精神障害別

10) 認知症

1. 行動療法的アプローチ・環境調整

繁信 和恵* 池田 学**

1. はじめに

認知症高齢者は、認知症という障害の現れ方や発病に至るまでの生活背景が千差万別であり、個別的な対応が求められることから、近年ではパーソンセンタードケアが推奨されている。一方では、疾患に特徴的な症状・経過等を考慮し、またその特徴を逆に生かした、疾患別の病態に根ざしたケアの方法も求められている¹⁾。ここでは後者について疾患別に行動療法的アプローチと環境調整を中心に紹介する。

ケアを始める前に、患者の認知機能障害、行為の解体、精神症状などを正確に評価し、ケアを担当する者がそれを十分に理解することが重要である。それによって、残された機能や症状を利用したケアが可能になる。

また在宅介護を支える上での行動療法的アプローチや環境調整には、専門職による訪問指導が有用である。まず、患者の生活・介護環境を十分に把握した上で個別の訪問相談を行う。それにより個々の患者の生活環境における危険因子や行動特徴を把握でき、さらには介入のポイントを明らかにすることができる。またその内容をケアマネージャーや利用する介護サービスのケアスタッフに伝えることで、家庭と介護サービスの両面から支

援することができる。

2. アルツハイマー病

初期に近時記憶障害や時の見当識障害のみが見られる時期には、少しのサポートで日常生活の多くのことを自分自身ですることが可能である。この時期の患者には、失敗や混乱をせず目的を遂行できる環境づくりが重要である。家電の使用手順をその家電のそばに表示したり、材料や調理手順のメモをあらかじめ用意しておくなどすれば、家事や料理の際の混乱や失敗を軽減することができる²⁾。

初期から中期にみられる典型的な精神症状は「物盗られ妄想」である。妄想的対象は長時間介護を行う主介護者であることが多い。症状の出現前に、介護者に対して物盗られ妄想に関する教育を実施しておくことや、デイサービスの利用回数を増やすことにより、主介護者と物理的な接触時間を減らすことで症状を軽減できることも多い。

初老期発症の患者に多くみられる視空間性障害であるバリント症候群のある患者では、行為を行う際に、行為の焦点にいかに関心を集めるかという工夫が必要である。具体的には注意を一点に集中しやすいように食事を一皿盛りにしたり、皿の色をテーブルやお盆の色とコントラストの強い色にししたりすることで、注意が向きやすくなる。階段の奥行きが認識しにくくなり、階段を下りることを怖がるような場合には、階段の段の端に色の違うテープを張ることで奥行きを認識しやすくなる。便器が認識できない場合には便座に目立つ色のカバーをかけたたり、便器の中に色のついた消臭剤を入れたりすることで認識しやすくなる場合もある。

自動性と意図性の解離のみられる患者の傍らで

*財団法人浅香山病院精神科/認知症疾患医療センター
(〒590-0018 大阪府堺市堺区今池町3-3-16)

Kazue Shigenobu, M.D., Ph.D.: Department of Psychiatry, Asakayama General Hospital, 3-3-16, Imai-ke-cho, Sakai-ku, Sakai-shi, Osaka, 590-0018 Japan.

**熊本大学医学部精神神経科

Manabu Ikeda, M.D., Ph.D.: Department of Neuropsychiatry, Kumamoto University School of Medicine.

は、行為の遂行を励ますことは、行為の遂行をより困難にすることにつながる。傍らで介助している時は食事が進まないのに、自然な状況では一人でスプーンを使い食事を口へ運んでいるというのがその例である。スプーンを持つ時に少し介助し、それ以降は本人の後ろで見守り、行為が途絶えた時のみに介助をするというように、行為の始めだけ介助し、行為を意識しない自然な状況を作ることが大切である。

レクリエーションの内容では、視空間性障害の強い患者には、病前に得意であっても、塗り絵や絵画は苦痛や混乱をもたらすため注意が必要である。

3. 脳血管性認知症

重要なことは、脳血管障害そのものによる症状以外の要因、例えばせん妄や廃用症候群などによる認知症の進行を予防することである。多くの脳血管性認知症患者に共通した主要な症状は自発性の低下である。それが高じると昼夜逆転し夜間せん妄をきたすことも多い。そのためまず患者の日中の身体的、精神的活動性を上げ、睡眠・覚醒リズムを改善することが大切である。これには看護、介護者による忍耐強い励ましの繰り返しが必要である。活動性の維持・向上を目的としたデイケアの毎日利用も有効である。本人の強い拒否や身体疾患等により、日中の活動性を上げることができない場合は、午前中に30分から1時間の日光浴をするだけでも、睡眠・覚醒リズムの改善には有効である⁷⁾。精神・身体活動の緩慢さのために、認知機能障害は実際よりも重度にみえる。真の認知機能の程度に適したりハビリテーションやレクリエーションのプログラムを計画することも大切である。そこには、半側空間無視や失語症などに関する神経心理学的知識も必要になる。

4. 前頭側頭葉変性症

激しい精神症状や行動障害によって、家庭介護ならびに病棟ケアにおいて、アルツハイマー病患者と比べてはるかに困難を伴うことが多い。しかしアルツハイマー病と異なり、行為自体の解体がないことや比較的記憶が保たれていることが特徴である。また常同行動や被影響性の亢進等、特徴的な症状をケアに利用することが可能である。

記憶が比較的保たれていることを利用すれば、担当の看護スタッフを決め、一貫して同じ看護スタッフがケアをすることにより、立ち去り行為や考え不精の目立つ例でも、なじみの関係をつくることは可能である。

編物やカラオケなど、本人の趣味を一日の日課に組み入れられれば、被影響性の亢進や常同行動といった固執傾向により、患者はその行為に没頭する。筆者らはそれを“ルーティーン化療法”と名付けて、多くの前頭側頭葉変性症患者で実践し効果を上げている。また万引きや、危険な場所へ立ち寄ることなどの社会的な許容範囲を超えた行動が、時刻表的生活化、常同化している場合は、短期間の入院治療が有効である。その場合、適切な誘導により入院後2～3週間の間に新たに形成されるパターン化された行動を、退院後の患者の生活にとって少しでも適応的で質の高いものにすることが重要である⁵⁾。

ケアの場面では患者の意思に反して常同行動を遮って、食事や排泄の介助を行うと、興奮したり危害を加えるような行動を助長させる可能性がある。例えば、病棟ではデイルームの決まった椅子に座るという常同行動が形成されやすいが、この“決まった椅子”に他の患者が座ってしまった場合に暴力行為が出現することがあるので看護スタッフは注意しておく必要がある。

5. レビー小体型認知症

診断基準の一つにもなっている認知機能の変動、および運動機能や精神症状の変動に伴いADLも変動するため、患者の正確な状態把握が困難なことが多い。これがレビー小体型認知症の治療やケア、在宅介護が難しいとされる所以である。レビー小体型認知症の治療やケアでは、まず患者の症状の変動パターンを把握することが大切である。どの症状がどの程度どのくらいの周期で変動するかを見極め、状態の良い時に治療的介入をすることが望ましい。変動の見極めがつけば、その日の状態に合わせたケアやリハビリテーションの計画を立てることも可能である。具体的には認知機能やADLの状態が良い時に、食事や入浴、身体的なリハビリ等を重点的に行うといった工夫である。状態の悪い時に、無理に食事やリハビリテーショ

ンを勧めることは、誤嚥性肺炎や転倒の危険性を高めることになる。

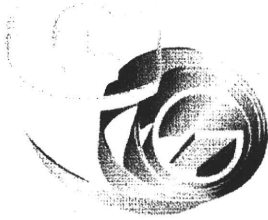
またレビー小体型認知症は他の認知症に比べ転倒しやすいことも知られている²⁾。事前に帽子タイプのヘッドギアやヒッププロテクターを利用することも有用である。床の障害物や段差を取り除き、クッション性のある床材を使用するといった環境づくりも必要である。

6. おわりに

行動療法的アプローチや環境調整を含む認知症の非薬物療法に関するエビデンスは、現時点ではきわめて乏しい。したがって今後は疾患に特徴的な症状の発現メカニズムを理解し、それらへの対応を創意工夫・実践し、有効な対応法を蓄積していくことが大切である。

文 献

- 1) Burns, A., Allen, H., Tomenson, B. et al.: Bright light therapy for agitation in dementia: a randomized controlled trial. *Int. Psychogeriatr.*, 27; 1-11, 2009.
- 2) Imamura, T., Hirono, N., Hashimoto, M. et al.: Fall-related injuries in dementia with Lewy bodies (DLB) and Alzheimer's disease. *Eur. J. Neurol.*, 7; 77-79, 2000.
- 3) 繁信和恵, 池田学: アルツハイマー病の初期のケア, 生活環境の整備. *精神科治療学*, 16; 451-457, 2001.
- 4) 繁信和恵, 池田学: 痴呆症疾患別ケア. *老年精神医学雑誌*, 14; 1101-1108, 2003.
- 5) 繁信和恵, 池田学: 前頭側頭葉変性症のケア. *老年精神医学雑誌*, 16; 1120-1126, 2005.



前頭側頭型認知症のBPSD

繁信和恵

抄録

前頭側頭型認知症（FTD）は脱抑制や常同行動、被影響性の亢進などの特徴的な精神症状や行動障害（BPSD）がみられる。それらの多くは前頭葉、側頭葉の機能低下に由来する。またそれらの症状はFTDの診断基準にも含まれる。そのためFTD患者のBPSDを正確に評価することは、FTDを正確に診断し、治療やケアに生かしていくうえでも重要である。

Key words：前頭側頭型認知症、常同行動、反社会的行動、脱抑制、食行動異常

老年精神医学雑誌 21：867-871, 2010

はじめに

1994年にLundとManchesterの両グループは共同で前頭側頭型認知症（frontotemporal dementia；FTD）という概念を提唱し、臨床診断特徴と病理学的特徴を示した¹⁾。これにより臨床症状と画像所見から脳の前方部に原発性の病変を有する非アルツハイマー型の変性性認知症疾患を包括的にとらえられるようになった。病理学的にはFTDには従来のピック病に特徴とされた強い限局性の脳萎縮を呈するPick型と、脳萎縮はあまり目立たないが機能画像上著明な前頭葉機能低下を示す前頭葉変性型（frontal lobe degeneration type；FLD型）、運動ニューロン症状を伴う運動ニューロン病型（motor neuron disease type；MND型）の3型に分類される。1998年にNeary²⁾はさらに整理された包括的臨床診断基準を示した（表1）。3型ともに病初期から前頭・側頭葉機能の障害による多彩な精神症状や行動障害（be-

havioral and psychological symptoms of dementia；BPSD）が出現するのが特徴である。FTDの臨床診断基準はアルツハイマー病等の他の認知症疾患の臨床診断基準と異なり抽象的でわかりにくい内容になっている。しかしその臨床診断基準に挙げられている症候はまさにFTDのBPSDそのものともいえる。そこで本稿では診断基準に挙げられているBPSDについて具体的に示すこととした。

主要診断特徴

1. 社会的対人行動の早期からの障害、自己行動の統制の早期からの障害、早期からの病識欠如

初期から自己の衛生や整容の無視、社交性の消失、万引きのような軽犯罪、抑制のきかない性衝動、暴力行為、場にそぐわないふざけ、落ち着きのない歩調、感情面の無関心とよそよそしさ、感情移入や共感の欠如がみられる。これらは「我が道を行く行動」と表現される本能のおもむくままの行動として現れる。これらの症状は前方連合野から辺縁系の抑制が外れた結果とも解釈できる。これらの症状が具体的にどのようなかたちで日常

Kazue Shigenobu：財団法人浅香山病院精神科・認知症疾患医療センター
〒590-0018 大阪府堺市堺区今池町3-3-16

表1 前頭側頭型認知症の臨床的診断特徴

性格の変化と社会的行動の障害 (disordered social conduct) が、発症から疾患の経過を通して優位な特徴である。

知覚、空間的能力、行為、記憶といった認知の道具的認知機能 (instrumental function) は損なわれないか、比較的保たれる。

I. 主要診断特徴：必須項目

- A. 潜在的発症と緩徐な進行
- B. 社会的対人行動の早期からの障害
- C. 自己行動の統制の早期からの障害
- D. 早期からの感情鈍麻
- E. 早期からの病識の欠如

II. 支持的特徴

A. 行動障害

- 1. 自己の衛生や身なりの障害
- 2. 精神の硬直化と柔軟性のなさ
- 3. 注意の転導性の亢進と行為の維持困難
- 4. 口唇傾向と食餌嗜好の変化
- 5. 保続的行動と常同行動
- 6. 使用行動

B. 発話・発語

- 1. 発語量の変化
 - a. 自発話の低下と節約的発話
 - b. 促進発話
- 2. 常同言語
- 3. 反響言語
- 4. 保続
- 5. 緘黙症

C. 理学的徴候

- 1. 原始反射
- 2. 失禁
- 3. 寡動、固縮、振戦
- 4. 血圧の低下と不安定さ

D. 検査

- 1. 神経心理：前頭葉課題で障害を示すが、顕著な記憶障害、失語、視空間性障害は伴わない
- 2. 脳波：臨床的に明らかな認知症があるにもかかわらず通常の脳波は正常
- 3. 画像所見（形態的あるいは機能的、ないしその両方）：前頭葉あるいは側頭葉前方部、ないしその両者の異常

(Neary D, Snowden JS, Gustafson L, Passant U, et al.: Frontotemporal lobar degeneration: A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*, 51: 1546-1554, 1998)

生活に現れるかの例を表2に示す。表2に挙げた例は、いずれも患者の家族や周囲の人たちが、最初に気がついた異変である。多くの場合はこのような言動に対して注意を促してもまったく反省する様子はなく、逆に不機嫌になることもみられ、病識は欠如している⁴⁾。

またFTDでは進行期まで近時記憶障害や視空

間認知機能に障害がみられないことから、発病後も自動車運転を継続していることが多い。しかしこれらの脱抑制的症状から、車間距離が保てないことによる追突・接触事故や、停止信号で止まらず運転を続ける、ひき逃げ事故等の反社会的な運転行為等がみられ、アルツハイマー病よりも交通事故や交通違反の危険性が高いとされている¹⁾。

表2 我が道を行く行動

- ・31歳, 男性
前方の車をあおり追突事故を起こす。警察に捕まり、事情聴取中にひげダンスを踊ることがあった。
- ・57歳, 男性
重要な会議中に鼻歌を歌ったり平気で大あくびをしたりするようになった。
- ・55歳, 男性
商談に遅刻をしたり、商談相手に配慮のない発言をして、相手を怒らせることが増えた。
- ・51歳, 男性
それまで熱心に勉強していた昇進試験に興味も示さなくなり、勉強もしなくなった。
- ・62歳, 女性
親族の葬儀で大きな声で笑ったり、はしゃいだりすることがあった。
- ・50歳, 女性
子どもの弁当作りを面倒がり、子どもが頼んでも同じおかずのお弁当が続いた。
- ・58歳, 女性
毎回、菓子パンとコーヒー牛乳を持ってお金を払わずレジを通らずに店を出る。発見され注意されるが、謝罪や言い訳をするでもなく、あっけらかんとしている。平気で同じ店で同じ品物の万引きを繰り返し返す。

2. 早期からの感情鈍麻

情動面では初期には多幸的になることが多くみられ、不適切な場面でニコニコ笑ったり、冗談を言ったりすることがみられる。児童的な性格変化がみられることもある。一方で「我が道を行く行動」を制限されたりした場合には焦燥感や易怒性や不機嫌を呈する場合もある。しかしそのような場合でもFTDでは内的葛藤に欠けることが多い。無表情で情緒的な思いやりや共感性に欠け、冷ややかで疏通性を欠くようになる場合もある。質的な偏りはあるが、FTDでは量的な喜怒哀楽の感情起伏は平板化することが多い。

2 支持的診断特徴

1. 精神の硬直化と柔軟性のなさ、保続的行動と常同行動

病期に関係なく常同行動の頻度を各疾患群別に比較すると、アルツハイマー病群や血管性認知症群に比べて、明らかに脳の前頭葉・側頭葉に病変のあるFTD、意味性認知症 (semantic dementia) 群で常同行動が顕著に目立つBPSDであることがわかる (図1)³⁾。

初期の常同行動で特徴的なものは「時刻表的生活」と表現される、常同行動が時間軸上に展開さ

れる症状である。この場合常同行動は強く時間に規定されるため、強迫性を帯びることが多い。具体例を表3に示す。中期には初期に比べると行動内容のバリエーションの幅がさらに狭まり、同じコースを散歩するといった周遊 (周徊) や、決まった数少ない品目を毎日食べようとする等、単純な繰り返し行動が目立つようになる。必ず同じバッグを持ち歩こうとするなど、収集貯蔵・化粧・身支度などへの儀式的没頭がみられるようになることもある。後期には常同行動はより要素的になり、保続的な行為へ変化する。膝さすり・拍手・鼻歌・踊りなどの型にはまった単純な反復行為で現れる。

2. 注意の転導性の亢進と行為の維持困難

ある行為を持続して続けることができない状態で、注意障害、運動維持困難との関連が考えられる。検査場面では落ち着かずその場を立ち去ろうしているように見えることから、松下らはこれを「立ち去り行動」と名づけた。立ち去り行動が顕著になると、心理検査の実施も困難になる。またデイサービスでの作業活動中や食事中に立ち去り行動が著明になり、活動の継続に環境調節が必要な場合も多い。