



Title	複数の医療施設を経由し、スムーズに福祉施設入所につなげられた前頭側頭型認知症の一例
Author(s)	佐竹, 祐人; 森, 康治; 佐藤, 俊介 他
Citation	精神科治療学. 2019, 34(6), p. 691-697
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/99581
rights	Copyright ©2019 星和書店
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

■臨床経験

複数の医療施設を経由し、スムーズに福祉施設入所につなげられた前頭側頭型認知症の一例

佐竹 祐人^{1,2)} 森 康治¹⁾ 佐藤 俊介¹⁾
 繁信 和恵^{3,4)} 森 悅朗^{3,5)} 池田 学¹⁾

抄録：行動異常型前頭側頭型認知症（behavioral variant of frontotemporal dementia : bvFTD）では、著しい脱抑制行動や常同行動などが社会的逸脱行為に結びつき、精神科病棟での入院加療を要する場合がしばしばある。しかし発症年齢が若く、行動障害に比べて認知障害は軽度であるために認知症としての診断は遅れる傾向がある。また適切に診断されたとしても治療法はエビデンスに乏しく、ややもすると抗精神病薬の多量投与による鎮静や長期にわたる行動制限に結びつきがちである。我々は、著しい行動障害にもかかわらず、個室隔離や身体拘束を行わず、また抗精神病薬の投与で過鎮静にすることなく、複数の医療機関を経て初診から9ヶ月、入院期間5ヶ月でグループホームへの入所につなげられた bvFTD の一例を経験した。比較的初期に診断ができ、複数の医療機関を経由したことで、治療と環境の調整を十分に行うことができたと考えられた。

精神科治療学 34(6) : 691-697, 2019

Key words : frontotemporal dementia, pharmacological therapy, nonpharmacological therapy, routinizing therapy, seamless care

I. はじめに

行動異常型前頭側頭型認知症（bvFTD）は、意味性認知症や進行性非流暢性失語となるぶ前頭側頭葉変性症（frontotemporal lobar degeneration : FTLD）の3つの臨床的サブタイプの一つである。

2019年1月18日受稿、2019年3月4日受理
 Role-sharing of multiple hospitals leading to optimal care in a patient with frontotemporal dementia.

¹⁾大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室
 [〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-2 D3]
 Yuto Satake, M.D., Kohji Mori, M.D., Ph.D., Shunsuke Sato, M.D., Ph.D., Manabu Ikeda, M.D., Ph.D. : Department of Psychiatry, Osaka University Graduate School of Medicine. D3, 2-2, Yamadaoka, Suita-shi, Osaka, 565-0871 Japan.

²⁾大阪急性期・総合医療センター精神科
 Yuto Satake, M.D. : Department of Psychiatry, Osaka General Medical Hospital.

初期には認知機能低下はあまり目立たない。その一方で脱抑制、常同行動、食行動異常など多様な行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD）が早期から出現する。こうした症状に加えて病識や病感は欠如し、介護者たる家族への共感性も失われていることから、介護者の精神的な負担は非常に大きく、我々

³⁾大阪大学大学院連合小児発達学研究科行動神経学・神経精神医学寄附講座

Kazue Shigenobu, M.D., Ph.D., Etsuro Mori, M.D., Ph.D. : Department of Behavioral Neurology and Neuropsychiatry, Osaka University United Graduate School of Child Development.

⁴⁾浅香山病院精神科

Kazue Shigenobu, M.D., Ph.D. : Department of Psychiatry, Asakayama Hospital.

⁵⁾日本生命病院神経科・精神科

Etsuro Mori, M.D., Ph.D. : Department of Psychiatry, Nippon Life Hospital.

の眼前に現れる際にはすでに家族が疲弊しきっていることも少なくない。入院加療が必要になる場合も稀ではないが、薬物治療のエビデンスは確立されていない若年発症例が多く、また激しいBPSDのために短期間で適切な環境調整や介護サービスを導入することが困難な場合が多い。

本稿で紹介する症例は、bvFTDを発症した後、行動障害のために職場から促される形で総合病院専門外来を受診し、精査加療目的で大学病院精神科に紹介入院した後、民間精神科病院へ転院して環境調整を行い、最終的に施設入所に至ったものである。入院を要するほどのbvFTD症例はマネジメントに難渋することが多いが、本症例では目的に合わせた病院間、病院施設間の切れ目のない連携により、本人や家族にとってなるべくQOLを維持する形での治療介入および環境調整を目指し、無理のない形で施設入所へとつなげられた。本症例から得た経験を共有することは有意義であると考えたため、若干の考察を加えて報告する。なお、論文化あたり、患者家族からの同意を書面で得た。また本稿では、個人情報を特定できないよう氏名・日時などの箇所を一部改変した。

II. 症 例

[症例] 50代後半、男性、右利き

既往歴・現病歴：同胞2名の第2子で、周産期・発達歴に異常なし。幼少期にてんかん発作があつたが、成長とともに自然消失した。幼少期、感覚の過敏性や目線が合わないなどの自閉スペクトラム症を疑う所見はなかったが、おとなしめの子どもで友人は少なかった。小中高と成績良好で、国公立大学を卒業後、専門職に就き勤務していた。

X 10年から不眠が出現したため、近医精神科を受診し、適応障害と診断され、抗うつ薬や睡眠薬の処方が開始された。X 5年に、職場で同僚とトラブルを起こして解雇されたため、同業種の違う施設で勤務を開始した。その頃から強い意欲低下を認め、仕事の内容を減らされていた。

X年5月、車の自損事故を複数回起こすなど注意障害を認め、外出時に道に迷うことも出てきた。職場から病院の受診を勧められ、同年6月にA総

合病院の認知症外来を受診した。この頃から、前日の夕食の内容を忘れるといった記憶障害に加え、曜日がわからないといった見当識障害、公然と卑猥な動画を見続けるといった脱抑制、食べ物を口の中に詰め込むなどの食行動異常が出現した。また、同じ頃から明らかな時刻表的生活も認められるようになった。これらの臨床症状に加えて、頭部MRIで前頭葉の萎縮を認めたことから前頭葉機能障害を呈する変性疾患が疑われた。その後も、週に2回タクシーで遠方の決まった場所に行き、数万円の浪費をする様子が見られた。外来通院では逸脱行動の治療的介入に限界があり、診断および治療導入の目的で、同年11月、B大学病院へ入院となった。

家族歴：精神神経疾患の家族歴なし。

生活状況：実母と2人暮らしで、高齢の母が生活全般の面倒を見ている。結婚して2人の娘がいるが、X 9年頃から妻と娘らとは別居している。社会福祉サービスの利用はなく、X年5月以降は妻が頻回に本人の家を訪ねて世話をしている。

仕事は週4回勤務があり、勤務日は朝7時前に起床し、新聞を取りに行き、新聞を見ながらテレビを見る。8時頃にタクシーで出勤するが、12時頃には勝手に帰宅してしまう。帰宅後はほんやりとテレビを見るなどしてすごす。また、勤務日以外は1日中自宅で無為にすごす。

内服薬：ramelteon 15mg

入院時現症：173.5cm, 80.6kg, BMI 26.9

整容は保たれ、アイコンタクトも良好であるが、全体的に落ち着きを欠く。多幸的で、入院の書類に対して考える時間は少なく、躊躇なくサインをする。立ち去り行動や性的逸脱行為は認めなかつた。

神経学的所見：特記すべき異常所見なし。

検査所見：

血液検査：血球、電解質、腎機能に異常なく、肝機能はAST 60U/l, ALT 84U/lと肝酵素の軽度上昇を認めた。中性脂肪254mg/dl, LDLコレステロール200mg/dlと脂質異常を認めた。甲状腺機能・ビタミンB1・ビタミンB12・葉酸・梅毒・HIV検査で異常は認められなかった。その他特記事項はなかった。

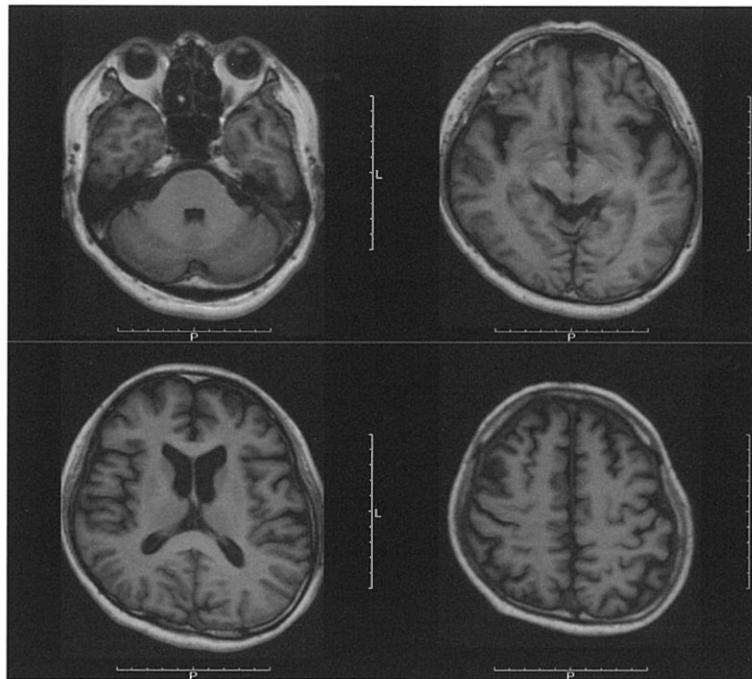


図1 頭部MRI T1強調画像

Knife blade atrophyは認めないが、側脳室前角の軽度開大と円蓋部の前頭部脳溝開大が認められる。

脳波検査：基礎波10~12Hz, 20~40 μ V (てんかん原性波形なし。異常な徐波混入なし)

画像検査：

①頭部MRI（図1）：前頭葉の萎縮ならびに側脳室前角の開大を認めた。Knife blade atrophyはなかった。

②脳血流SPECT（図2）：両側上前頭回～前部帯状回に高度血流低下、両側中前頭回・側頭葉外側に軽度の血流低下を認めた。

③脳ドパミントランスポーターシンチグラフィ：SBR R=4.92, L=4.62 (基底核の軽度の集積低下を認めた)

神経心理検査：

① Mini Mental State Examination (MMSE)：21/30 (見当識-1, Serial 7-4, 三段階命令-3, 遅延再生-1)

② Frontal Assessment Battery (FAB) : 14/18 (語流暢性-1, 運動系列-1, Go/No-Go-

2)

③ Wechsler Memory Scale-Revised (WMS-R) (Index)：言語性記憶64, 視覚性記憶81, 一般的記憶65, 注意／集中力87, 遅延再生<50

入院後経過：入院当初は医療スタッフに対して笑顔で対応し機嫌よくすごしていたが、数日経つと頻回の帰宅要求や検査拒否を認めるようになつた。焦燥感・易怒性も亢進していたため aripiprazole 12mg を開始したところ、これらの症状が緩和され、笑顔が再び見られるようになった。記憶面では、担当医の名前や自室の場所などは記憶できているものの、以前に伝えた検査内容を誤って覚えていることがあった。行動面では、他患に対して暴力的になることはなかったが、女性の入浴日に風呂に入ろうとしたり、担当看護師に若干の性的発言をしたりするなどの性的逸脱行為と、他患所有のペットボトルを病棟の冷蔵庫から収集して自室にため込む行為が認められた。脱抑制と常

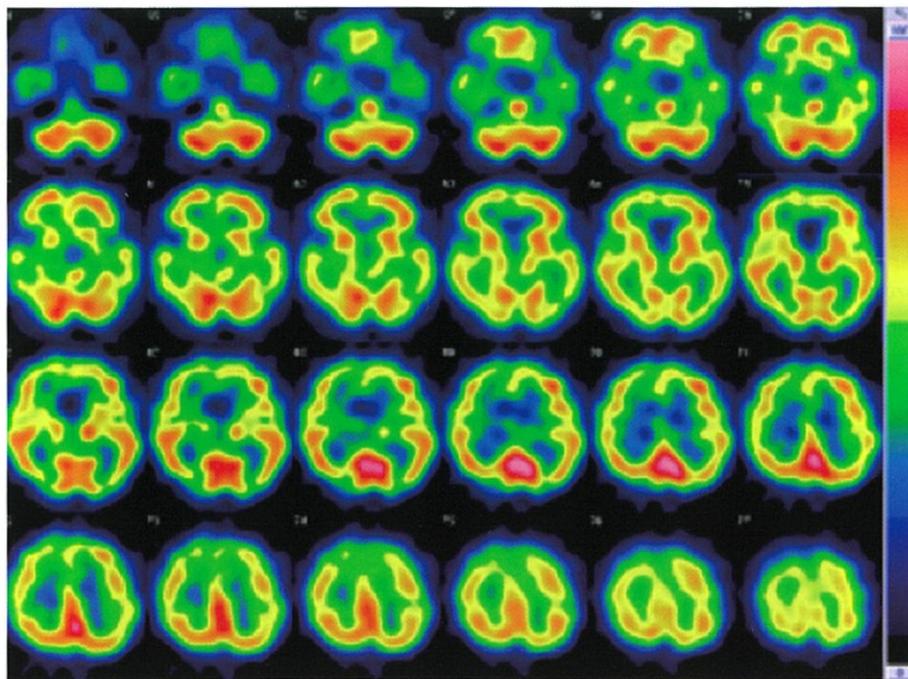


図2 脳血流SPECT画像
前頭葉全体に血流低下を認める。左右差は目立たない。

同行動に対する効果を期待して fluvoxamine を開始し100mgまで增量し、かつ病棟患者の飲食物ができるだけ病棟詰所で預かる、ペットボトルに所有者の名前を書いておくといった措置をとったところ、これらの行動は軽減した。また、基本的には1日中テレビ眺めているか自室で横になっており、無為傾向も認められた。

筋固縮や皮質性感覺障害、失行を認めず、画像所見で左右差を認めなかっため、大脳皮質基底核変性症を除外し、眼球運動障害や嚥下機能障害を認めなかっので進行性核上性麻痺を除外した。また、明らかな気分の波や幻覚妄想は認めず、画像所見で明らかな器質性の異常が認められたため、気分障害や統合失調症を除外した。上記を踏まえ、bvFTD の国際診断基準⁹⁾に照らし合わせて probable bvFTD と診断した。

12月に入り、家人に対して病名告知とパンフレット¹⁰⁾を用いた疾病教育を行った。特に代表的な行動障害の例を挙げ、家人が悩まされてきた異常

言動が疾患によるものであることを強調するとともに、予後について大まかに説明することで、家人の疾病理解を深めることに重点を置いた。この時点では行動障害が残存しており、自宅退院となれば脱抑制により社会的に犯罪とみなされる行為が出現しうると予測されたが、即座の施設入所の調整が困難であったため、転院の選択肢を提示した。すると家人は転院を希望したため、同月C病院へ転院とした。転院後にC病院で非薬物療法を実施することとし、事前に画像検査結果、神経心理検査結果に加え、入院中に観察されたペットボトルを収集する常同行動とそれに対するB大学病院での対応法、家人から得られた「将棋が好き」という情報と、B大学病院でもレクリエーションに将棋を取り入れていたことを申し送った。また、転院前に介護保険申請と、難病申請を行った。

転院後経過：bvFTD 患者は転院直後の環境変化時に新たな常同行動が出現する可能性が高い。そのため転院直後に問題となる非適応的な常同行

動の出現を防ぐために、C病院では受け入れ前に事前情報をもとに多職種で入院前カンファレンスを実施した。B大学病院で事前に得られていた「将棋が好き」という情報から、毎日決まった時間に将棋を行うルーティーン化療法を試みることとした。すでに入院中の患者の中に将棋ができる方がいたため、病棟内での生活機能訓練やレクリエーションが行われていない手持ち無沙汰になりがちな時間に、時間と場所、相手を決めて将棋を行う日課を事前に作成した。転院当日も病棟に入った直後に作業療法士と将棋を行った。入院直後は、作業療法士が決まった時間に将棋盤と駒を用意して、本人と相手の患者に声をかけて見守りのもと実施した。約2週間後には時間になると自らナースステーションに将棋盤を取りに来て、終了時間になると返却しに来るようになった。そのため、転院直後に強かった帰宅欲求はほどなく軽減した。また病棟生活では許容範囲を超えた常同行動が出現することなく経過していた。そのためX+1年1月にaripiprazoleを9mg/日に減量した。すると、女性看護師の体を触るようになったため、元の12mg/日に戻したところ、このような行動は消失した。3月末に、将棋をうまく取り入れたケアが実施できるグループホームへ入所となった。その際には施設スタッフも交えた退院前カンファレンスを行った。その場で作業療法士や看護師から病棟での日課や将棋の内容を申し送り、施設で実施可能な将棋を取り入れた日課を事前に作成してもらった。また、事前に本人と一緒に精神保健福祉士が施設を訪問し、環境の確認を行った。施設入所後もC病院へ定期的に外来通院を継続しているが、数ヵ月経過後も大きな問題なく生活を送っている。

III. 考 察

bvFTDは多彩な行動障害のため、精神科病院では長期にわたり隔離・拘束などの処遇制限を行ったり、抗精神病薬を使用して過鎮静にせざるをえないことがある。本症例では著しい行動障害が出現したにもかかわらず、個室隔離や身体拘束を使用せず、また抗精神病薬の投与で過鎮静に

することなく、5ヵ月間の入院で福祉施設に入所させることができた。本症例では切れ目のない複数の医療機関と施設を経由したマネジメントが有用であったと考える。診断と薬物療法、非薬物療法のそれぞれにおける各施設の役割について考えてみたい。

まず診断についてであるが、bvFTDでは病初期の場合、専門医による診察を受けていても双極性障害などの精神疾患と誤診されることが稀でなく、逆に初老期に症状が顕在化した精神疾患をbvFTDと診断する場合も見受けられる^{3,7)}。本症例では、生育歴や生活歴を詳細に家族から聴取することができ、B大学病院で入院中に脱抑制や常同行動などの行動観察ができたことと、他の精神疾患を疑う所見がないことを確認できたこと、神経画像の詳細な検討ができたことで比較的容易に診断することができた。一般の精神科単科病院には高度な画像検査装置や複雑な神経心理検査を施行できるリソースがない場合があることを考慮すると、行動障害がある程度目立つ場合でも、大学病院等の専門的検査ができ、かつ行動観察が可能な施設での検索から始めるのが望ましいだろう。なお、指定難病の診断書にも、画像所見の記載が求められている。

次にbvFTDに対する薬物療法であるが、認知症の診療ガイドライン2017⁸⁾では、FTLDの行動障害に対して、日本で行われた研究でも有効性が示された、SSRI(selective serotonin reuptake inhibitor)の使用が推奨されている。特に、fluvoxamineは常同・強迫行動に対する有効性が報告されている⁵⁾。また抗精神病薬の使用は認知症患者の死亡率を上昇させうるもの⁶⁾、著しいBPSDが認められる場合に使用せざるを得ない場合がある。中でもaripiprazoleはbvFTD患者の焦燥感などの精神症状を軽減させたという症例報告があり²⁾、同薬の持つセロトニン刺激作用も有効に作用する可能性がある。本症例では上述の研究結果・報告を考慮し、fluvoxamineとaripiprazoleを使用した。B大学病院入院中は薬剤開始とその他のケアの工夫を同時にやっていたため効果判定が難しかったが、aripiprazoleについては、C病院で減量を試みた際に性的脱抑制が出現した経過から、同薬

が奏効していたことが推測された。

そして bvFTD に対する非薬物療法であるが、前述のガイドラインによれば、FTLD の症候学をふまえたケア、行動療法などが推奨されている。具体的なアプローチとしては、注意力低下に対しては気を散らせてしまう雑音の軽減、脱抑制に対しては問題行動につながる物品（クレジットカードや携帯電話など）の除去、外出方法の工夫などが考えられる。また、保たれている機能を利用するという観点も重要である。特に、保たれた手続き記憶と被影響性の亢進、常同行動が形成されやすい特性を利用し、編み物やカラオケといった自由度の高い一連の行動を習慣化させるルーティーン化療法は、実際に日本で数多くの患者に対して施行され奏効している^{4,10}。本症例では、全入院期間を通じてタクシーや卑猥な動画へのアクセスを絶ち、刺激が少ない環境に置かれたことにより逸脱行動は減少した。また C 病院で本患者の趣味である将棋を利用したルーティーン化療法を行った結果、病棟での生活に適応していくことができた。こういった疾患特性を活かしたライフスタイルの確立、またその治療の有効性の確認など、入院環境でしかできないことは多く、非薬物療法の開始時点においてこそ、入院加療が真価を発揮すると考えられる。しかし、大学病院のような専門性の高い病院では環境調整や行動観察を長期間にわたり行なうことが難しい場合が多く、十分な非薬物療法の調整を行うには、C 病院のような認知症専門病床や長期療養病床がある施設での入院が必要になる。特に C 病院には bvFTD の診療に慣れた医師が在籍していたため、コメディカルと協働しながらルーティーン化療法を導入できたと思われ、認知症や bvFTD の治療経験を積んだ施設であることも重要な要素になると考えられた。

bvFTD は前述の通り脱抑制を中心とした BPSD が著しく、自宅で介護をすることが困難な場合が多い¹¹。そのため入院が必要になることがあるが、薬物・非薬物療法の調整は容易ではない。また先を見越した介護保険、難病申請も非常に重要であるが、審査に時間がかかる。これらのことから、精査可能なりソースを持つ入院施設すべてを行い退院させるのは難しい。本症例では A 病院外来

では初期診療、B 大学病院入院中は確定診断と家族への疾病教育、介護保険・難病申請、薬物・非薬物療法の導入、C 病院入院中は薬物・非薬物療法の調整と退院調整といった役割分担がなされ、最終的に BPSD がほとんど消退した状態で施設入所につなげることができた。情報共有を行いつつ複数の施設を経由する形は、BPSD の激しい bvFTD に対する一つのマネジメントモデルとなりうるだろう。

IV. 結 語

入院が必要な bvFTD 患者を、複数の医療施設で役割分担することで、比較的短期間で施設入所につなぐことができた一例の治療経験を報告した。

文 献

- de Vugt, M.E., Riedijk, S.R., Aalten, P. et al.: Impact of behavioural problems on spousal caregivers: A comparison between Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.*, 22; 35–41, 2006.
- Fellgiebel, A., Müller, M.J., Hiemke, C. et al.: Clinical improvement in a case of frontotemporal dementia under aripiprazole treatment corresponds to partial recovery of disturbed frontal glucose metabolism. *World J. Biol. Psychiatry*, 8; 123–126, 2007.
- Gossink, F.T., Dols, A., Kerssens, C.J. et al.: Psychiatric diagnoses underlying the phenotypic syndrome of behavioural variant frontotemporal dementia. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 87; 64–68, 2016.
- 池田学, 田辺敬貴, 堀野敬ほか: Pick 病のケア—保たれている手続き記憶を用いて—. *精神経誌*, 97; 179–192, 1995.
- 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.
- Kales, H.C., Kim, H.M., Zivin, K. et al.: Risk of mortality among individual antipsychotics in patients with dementia. *Am. J. Psychiatry*, 169; 71–79, 2012.
- Krudop, W.A., Dols, A., Kerssens, C.J. et al.: The

- pitfall of behavioral variant frontotemporal dementia mimics despite multidisciplinary application of the FTDC criteria. *J. Alzheimers Dis.*, 60; 959–975, 2017.
- 8) 日本神経学会:認知症疾患診療ガイドライン2017. 医学書院, 東京, 2017.
- 9) Rascovsky, K., Hodges, J.R., Knopman, D. et al.: Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*, 134; 2456–2477, 2011.
- 10) 祖父江元, 池田学, 中島健二監修:前頭側頭葉変性症の療養の手引き, 2017. (<http://plaza.umin.ac.jp/neuro2/ftld.pdf>)
- 11) Tanabe, H., Ikeda, M. and 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; 50–54, 1999.