

第4回レビー小体型認知症研究会

日時◆平成22年11月20日 [土]

場所◆新横浜プリンスホテル

会長◆小阪憲司 [横浜ほうゆう病院]

ご挨拶

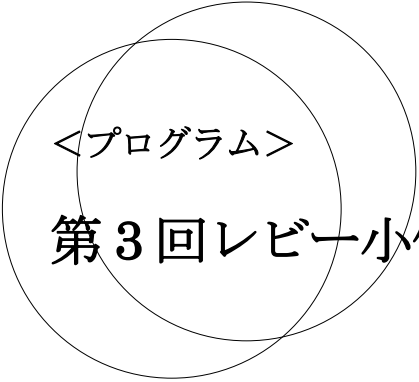
2006年11月に私が横浜で第4回DLB・PDD国際ワークショップを主催したのを機会に、日本でのDLBの臨床と研究のレベルの向上を願って2007年11月に第1回DLB研究会を開催し、その後毎年11月にDLB研究会を開催してきました。第2回研究会の時にDLB家族を支える会を発足させ、この会を研究会と同じ日に、両者の密接な関係を維持しながら発展させるために、総会を開催することにし、午前中に家族を支える会を、午後に研究会を開催しています。

今回の第4回DLB研究会でも、従来と同じように、午前中に家族を支える会を、午後に研究会を開催します。いずれの会員も両方の会に出席することができるので、研究会に出席する医師の方々も午前中の家族を支える会にも出席していただきたいものです。

家族会の活動は活発で、全国的にDLBの啓蒙活動を行い、全国的に北海道から九州まで13支部が結成され、介護の領域でもDLBへの関心が高まり、DLBがよく知られるようになってきました。

DLBがさらに世に知られ、その医療・介護レベルが向上することを願っています。

2010年吉日 小阪憲司



<プログラム>

第3回レビー小体型認知症家族を支える会総会

9:30-9:40 開会挨拶◆宮田真由美（レビー小体型認知症家族を支える会会長）

9:40-9:50 挨拶◆小阪憲司（同会顧問）

9:50-10:10 一年間の活動報告と会計報告◆宮田真由美

10:10-11:50 懇談会◆[司会] 長澤かほる（同会副会長）、尾崎純郎（同会顧問）

11:50-11:55 閉会挨拶◆武田純子（同会副会長）

<プログラム>

第4回レビー小体型認知症研究会

11:10-11:50 世話人会 (40階・羽衣)

12:05-12:15 代表世話人挨拶・総会◆小阪憲司 (横浜ほうゆう病院)

12:15-13:15 ランチョン・セミナー (エーザイ・ファイザー共催)

「DLB の治療とケア」

座長◆葛原茂樹 (鈴鹿医療科学大)

- 1) 薬物治療◆小田原俊成 (横浜市大精神医療センター)
- 2) ケア◆羽田野政治 (横浜福祉研究所)

13:20-15:30 シンポジウム (日本メジフィジックス共催)

「DLB の症候と脳画像」

座長◆井関栄三 (順天堂東京江東高齢者医療センター)、天野直二 (信州大精神科)

- 1) 視覚認知障害と PET 所見◆藤城弘樹、井関栄三 (順天堂東京江東高齢者医療センター)
- 2) early depression について◆高橋晶、水上勝義、朝田隆 (筑波大精神科)

(14:20-14:30) コーヒーブレイク)

3) DLB の形態画像と機能画像◆羽生春夫 (東京医大老年病科)

4) DLB の臨床的症候学と生理学的機序◆長濱康弘 (滋賀県立成人病センター
老年内科)

15:30-16:00 パネルディスカッション

16:05-16:50 一般演題

座長◆布村明彦 (山梨大精神科)

1) DLB における視覚認知機能テストについて◆藤井博子、二橋那美子、
小阪憲司 (横浜ほうゆう病院)

2) 幻視に対して心理的介入が有効であった DLB の症例検討◆大田一実、
村山憲男、藤城弘樹、佐藤潔、新井平伊、井関栄三 (順天堂東京江東高齢者医療
センター、順大精神科)

3) DLB における MIBG 心筋シンチの有用性——DLB に他の器質性疾患
を合併した 3 例◆矢田部祐介、橋本衛、池田学 (熊本大精神科)

16:55-17:00 挨拶◆前田潔 (神戸学院)

ランチョン・セミナー

DLB の薬物療法と介護

1) DLB の薬物療法

小田原俊成（横浜市大精神医療センター）

1year-rule に則った狭義の DLB 症例は、精神症状（幻視やうつ状態）の発現が認知機能障害や運動障害の顕在化に先行する場合があります、しばしば向精神薬に対し過感受性を有することから、診断および治療に難渋するケースが少なくない。

診断時点で薬物療法が開始されていない DLB 症例に対しては、認知機能障害および行動障害・精神症状（BPSD）に対する有用性の観点から、アセチルコリンエステラーゼ阻害薬（AchE-I、本邦では塩酸ドネペジル）が第一選択薬として推奨されている。随伴症状として頻度の高いレム睡眠行動障害には、クロナゼパムの有用性が報告されている。うつ状態に対しては、SSRI や SNRI などの抗うつ薬の有用性が指摘されている。非薬物療法の無効な BPSD に対しては、少量の非定型抗精神病薬（AP）や漢方の抑肝散の有用性が報告されている。AP では錐体外路症状惹起作用の弱いクエチアピンのないしオランザピンの少量投与が推奨されているが、FDA 勧告を踏まえ、

一定期間ごとに使用の継続を慎重に検討する必要がある。運動障害に対しては、レボドパの有用性が指摘されているが、パーキンソン病に比較して改善および持続効果が十分でないとする報告が多い。わが国でパーキンソン病治療薬として追加承認されたゾニサミドの DLB に対する使用経験について若干の考察を含めて報告する。

2) DLB の介護

羽田野政治（横浜福祉研究所）

DLB は、幻視や誤認妄想、抑うつなどの BPSD が中核症状としてみられるという点で看護・介護が難しい認知症と言える。これらの進行状態を確認するため、われわれの施設の介護ではスクリーニングテストを用いている。スクリーニングテストは介護者が観察では捉えにくい知的能力を客観的に評価でき、この知的機能検査法と対象者の観察や介護者の情報を基に評価する行動観察評価表を組み合わせることで、介護者は一定の客観的な理解を得られる。

DLB の進行の特徴に合わせた行動パターンを理解し、看護・介護を行うことが重要である。看護・介護従事者が理解すべき特徴と行動パターンは以

下の通りである。

*DLB はレビー小体病理変化により脳幹型と辺縁型と新皮質型に大別され、AD 病理変化により純粋型、通常型、AD 型の 3 つに分けられる。

*DLB の経過や予後は AD と比較すると多様である。

*前駆期では夜間睡眠時に悪夢を伴う REM 睡眠行動障害がしばしばみられる。これは骨格筋緊張の抑制を欠くので、夢で見た精神活動が行動面に表出され、寝言や大声で叫ぶ奇声や夢幻様行動から体動を起こし立ち上がりなどの激しい動作から転倒を起こすので十分な見守りが必要になる。

*REM 睡眠行動障害時には、睡眠の周期性を利用し、転倒予防する。具体的には、睡眠の周期（約 90 分間周期）で、朝近くになると REM 睡眠が長くなることを理解する。つまり最初の REM 睡眠行動異常は就寝してから 90 分後に約 7 分程度起こるが、この時は寝言や奇声をあげても比較的激しい動作は起こらない。この段階で起こしてしまうと 90 分後に再び REM 睡眠行動異常が続発してしまうので見守る。しかし、朝方には REM 睡眠行動異常が長く続くので、逆に早朝覚醒をさせてしまうほうが転倒防止に繋がる。

◆DLB の前駆症状

抑うつ症状、心気症状やアパシーが認められ、茫呼とした状態で、繰り返し転倒する。このため、転倒予防にパーキンソン体操や歩行訓練を意識的に行ったり、運動療法と組み合わせて音楽を用いたリハビリテーションや音楽

の持つリラクゼーション効果・ヒーリング効果に加えて歩行訓練の伴わない音リズムの刺激により、歩行障害小刻み歩行や歩行速度の低下が改善したという報告がある。

◆DLBの初期症状

AD と比べ、DLB では記銘や保持よりも想起再生の障害が目立つ。注意障害や構成障害、視空間障害など前頭葉・側頭葉障害が目立ち遂行能力や問題解決能力の低下が顕著に現われるのも特徴である。このことから頭の中が混乱し物事が常軌を逸した振舞いや注意・覚醒レベルの変動から認知機能の動揺が数分から数時間、時には数週から数ヶ月続くようになる。茫呼とした状態や日中の傾眠、覚醒時の混乱など家庭や職場でさまざまな問題が生じてくる。このため、認知がはっきりしているときに大事なことを伝えたり、折り紙や塗り絵などの簡単な動作を普段から繰り返すだけでも効果がみられる。

パーキンソニズムが先行する場合には、認知機能障害が発症してくると幻視が出現してくる。新皮質型では先行する認知機能障害が軽度でパーキンソニズムが明らかでない時期にも幻視が出現する。DLB の幻視は、幻視を見た後でも家族や医師に詳細に語ることもできるのも特徴である。この時点では薬物の過敏性から幻視や妄想などの症状が悪化してしまうことに注意が必要である。

幻視の前後でめまいを訴える場合がある。幻視以外に視覚認知障害の出現が認められ、洋服や影が幻視として見える錯視や物の大きさが変化する変形視、気配として感じる実体的意識性がある。幻視や視覚認知障害は、室内の環境が誘発している場合が少なくない。このため、介護では環境的誘因の除去を行う。具体的には部屋や廊下の照明の調整である。蛍光灯を避け白熱灯に変えるだけでも幻視は軽減する。床面では150～300ルクスに照度を統一して光と影のコントラストに注意する。室温は25℃程度に維持し湿度は40～60%に保つだけでも頻度は軽減する。また、壁や畳、カーペットの染みを取り除くなどの環境整備が幻視の予防にもなる。介護者は、幻視が現れたときでも否定せず表情や言動を確認して相手の世界に合わせるよう対応することが求められる。幻視を怖がっているようであれば別の部屋に移動して話を聞き、怖がらないようであれば本人と一緒に近づいたり触ったりするだけでも幻視は消滅する。また、人の顔が分からなくなる誤認も初期から認められる。自律神経症状も認められ、尿失禁や便秘、起立性低血圧もしばしば認められる。

◆DLBの中期

中期に入ると、DLBもADと同様の記憶障害や見当識障害を呈してくる。しかし、DLBではADのような物盗られ妄想ではなく認知機能の動揺や抑うつ、幻視や誤認から生じる二次性妄想が起こり、被害妄想や嫉妬妄想が中

心である。妄想を本人は頑なに思い込んだり確信しているので否定は禁物である。また、いらいら感なども伴っているので声掛けよりも手を握ったり心拍数に合わせて背中を軽く叩くように関わるのが有効である。妄想を起こされた介護者は否定せずに別の介護者と変わるのも妄想の軽減になる。

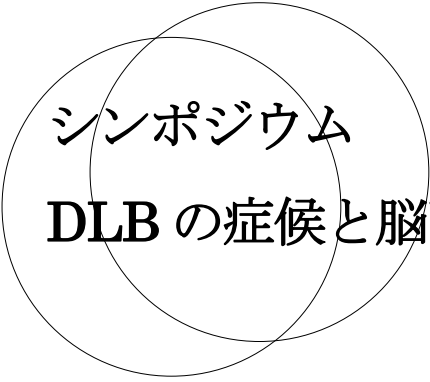
中期では視空間障害や認知機能の動揺、REM 睡眠行動障害、起立性低血圧などにより転倒のリスクはAD に比べて遥かに高い。この時期の転倒は薬物に過敏に反応することと関連する。食欲低下や睡眠障害などの状態を観察し薬の副作用にも留意することが大切である。

◆DLB の末期

末期にはDLB とAD では大きな差はないといわれる。認知機能障害が高度になると自立性が顕著に障害され意思の疎通が困難になる。認知機能の動揺や幻視はほとんどみられなくなる。AD 同様、免疫機能の低下から頻繁に感染症になり呼吸器疾患や循環器疾患から死亡に至る。

◆考察

認知症の治療や介護に際しては、時期によって病態が異なることを忘れてはならない。的確な診断と、適切な薬物療法や経過に添った適切な看護・介護により予後が左右されると考えられる。したがって、症状の特徴に合わせた治療や看護・介護を行なうことが今後の認知症ケアには必要となる。現在、介護者のDLB への興味・関心は高まっている。



シンポジウム

DLB の症候と脳画像

1) 視覚認知障害と PET 所見 (^{18}F -FDG PET において一次視覚野の糖代謝低下を示す患者の臨床症状について——DLB の前駆状態に関する検討)

藤城弘樹、井関栄三 (順天堂東京江東高齢者医療センターPET-CT 認知症研究センター)

◆背景

^{18}F -FDG PET における一次視覚野 (Brodmann area 17: BA17) の糖代謝低下は、DLB に特異的であることが報告されている。しかし、DLB の臨床経過の中でどの病期において BA17 の糖代謝低下が出現するかは明らかとなっていない。また、軽度認知機能障害を示す患者における BA17 の糖代謝低下の臨床的意義は明らかではない。

◆目的

BA17 の糖代謝低下が、DLB の前駆状態における ^{18}F -FDG PET 画像所見に特異的であるかを検討すること。

◆方法

2008年1月から2009年12月までに当PET-CT認知症研究センターで ^{18}F -FDG PETを施行した145名について後方視的にその臨床症状を検討し

た。77名の正常データベースと比較し、3D-SSP解析でZ-score > 1.00で BA17においてExtent > 50%の糖代謝低下を示した症例を抽出した。その後、抽出された症例の臨床症状を検討し、BA17に糖代謝低下を認めなかった群と比較した。また、BA17に糖代謝低下を示した群において、糖代謝低下の程度と臨床所見の相関について検討した。統計解析は、Sigma Stat 3.5 (Systat Software, Point Richmond, CA, USA)を用いて、 $p < 0.05$ を有意水準として検定を行った。

◆結果

145 例中 25 症例で BA17 に糖代謝低下を認めた。11 例が probable DLB の臨床診断基準を満たし、1 例が Parkinson's disease with dementia (PDD) であった (48%) (Probable DLB group)。6 例にレム睡眠行動障害が認められたが、認知症の臨床診断基準を満たしていなかった (24%) (Possible DLB group)。残りの 7 例では、DLB の主要症状と示唆症状のいずれも認めなかった (28%) (Non-DLB group)。7 例中 2 例は probable Alzheimer disease (AD) の診断基準を満たし、そのうちの 1 例は右眼を幼少期から失明していた。他の 5 例のうち 2 例で後頭葉領域に血管病変を認め、3 例が健忘型軽度認知機能障害であった。一方、BA17 に糖代謝低下を認めなかった 120 例では、5 例が probable DLB の臨床診断基準を満たした (4%)。5 例にレム睡眠行動障害が認められ、possible DLB の臨床診断基準を満たした (4%)。

また、5例が Parkinson's disease (PD)の診断基準を満たした(4%)。すべてのレム睡眠行動障害患者(11例)において、MIBG心筋シンチグラフィで心筋に有意な取り込みの低下が認められ、レビー小体病に関連する症状と考えられた。BA17に糖代謝低下を認める群と認めない群で、Probable DLB group + Possible DLB groupの頻度を比較すると、BA17に糖代謝低下を認める群で有意に高値を示した(72% vs 8%)。また、Non-DLB groupにおいてもMIBG心筋シンチグラフィの低値を示す症例が認められた。

◆考察

¹⁸F-FDG PETにおけるBA17に糖代謝低下を示す患者の認知機能障害は多様であった。また、BA17の糖代謝低下所見がDLBのみならず、Possible + Non-DLB groupのようなDLBの前駆状態と考えられる症例でも特異的な所見である可能性が示唆された。

2) DLBの初期精神症状

高橋晶、水上勝義、朝田隆

(筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻精神病態医学)

◆背景

DLBはアルツハイマー病(AD)に続く罹患率の多い変性性認知症である。

臨床症状は特徴的であり、DLB の診断基準にあるように、認知機能の低下に加えて、幻視、パーキンソン症状、自律神経障害などの多彩な症状がみられる。DLB では幻視のほかにもさまざまな精神症状がみられ、とくに病初期の認知機能障害が目立たない時期には、精神疾患と診断されることが少なくない。

◆目的

DLB の前駆、初期にみられる精神症状の特徴を検討することは重要であるが、いまだに報告が少ないのが現状である。そこで今回 DLB の前駆期、初期の精神症状の特徴を明らかにするために 当科に入院した DLB 患者あるいは大うつ病患者を対象に以下の検討を行った。

◆対象と方法

- ① 当科に入院した 50 歳以上の DLB 患者 55 例について、診療録から後方視的に検討し、DLB と診断される前の初期診断名について検討した。
- ② 当科に入院した 50 歳以上の、入院時診断が大うつ病 (DSM-IV-TR) であった 167 名の連続臨床例を対象に、入院後、病歴や症候を詳細に検討し、画像検査 (頭部 MRI、脳血流 SPECT)、神経心理検査、自律神経検査 (MIBG シンチ、高炭酸換気応答検査 : VRH) などを行い検討した結果、DLB へ診断変更した例を検討した。

◆結果

- ① 初期診断名としては、大うつ病が 46% (Major depressive Disorder (MDD) 35%、MDD 精神病性の特徴を伴うもの 11%) で最も多く、最初から DLB と診断されたものは 22%にすぎなかった。それ以外にも双極性障害、妄想性障害など診断名は多岐に及んでいた。
- ② 入院後の検査の結果 DLB へ診断変更になったものは 13.8% (23 例) 存在した。DLB に移行した 23 例と、移行しなかった大うつ病 144 名から、年齢、性、HAMD スコアを一致させた 23 例を対照とし、2 群間で HAM-D24 の下位項目のスコアを比較検討すると、激越、妄想症状、現実感喪失・離人症、精神運動抑制、心気症、病識欠如が DLB 群では有意に高値であった。

◆考察

今回の検討から、DLB の前駆・初期段階では、うつ病をはじめとし、多岐に亘る精神疾患の診断が下される可能性があることが示唆された。このため高齢発症の精神症状に対しては、DLB の可能性を常に念頭において診療を進める必要があるといえる。

3) DLB の形態画像と機能画像

羽生春夫 (東京医科大学老年病科)

DLB は変性型認知症の中では AD に次いで多く、物忘れ外来では比較的高頻度にみられる疾患である。本病は、ドネペジルが効果的である一方、抗精神病薬により副作用が出現しやすいという特徴を有し、転倒から骨折、誤嚥から肺炎を併発し臨床経過がより短いことから、AD とは異なる治療やケアが求められる。しかし、臨床的には AD との鑑別が容易ではない場合もあり、この点で補助検査としての画像診断の役割が期待されている。本シンポジウムでは DLB の診断における形態画像と機能画像の役割について述べる。

(1) 形態画像

従来 CT や MRI は認知症をきたす頭蓋内病変 (例えば、梗塞、血腫、水頭症、腫瘍など) の検出に利用されてきたが、特に最近の統計学的画像解析法を用いると、客観的な脳萎縮パターンの評価から、認知症の早期診断や鑑別が可能となりつつある。概して、DLB では海馬を含む側頭葉内側構造の萎縮は AD と比較して軽度である一方、中脳や脳幹の被蓋、前脳基底部の高度な萎縮が観察されやすい。海馬領域の萎縮が軽度な点は記憶障害が AD よりも軽度である臨床特徴に符合し、脳幹被蓋の萎縮はコリン系、モノアミン系、セロトニン系ニューロンの病理学的変性分布とも一致する。早期のパ

キンソン病ではこの領域が萎縮し、DLB やパーキンソン病の前駆症状として関連の深い REM 睡眠行動障害の責任病巣部位とも一致する。またマイネルト核を含む前脳基底部は AD より高度な変性をきたし、コリン作動系ニューロンの特徴的な障害に対応するとともにドネペジル治療の反応性とも関連する。

(2) 機能画像

後頭葉内側から外側の血流や代謝の低下が特徴的であるが、さらに頭頂葉や後部帯状回領域にも広がり、この点で AD の血流、代謝低下パターンに類似する。これは AD の病理学的変性を同時に認めることが多いためと推察される。後頭葉の血流や代謝の低下は DLB のせいぜい 70~80%程度にしか認められないため、この所見が認められないからといって DLB を否定することはできない。一方、深部灰白質（線状体など）の血流や代謝は保たれることが多く、統計画像解析の two-tail view（相対的な血流低下と血流上昇を画像表示する方法）では、線状体領域の相対的な上昇が認められることが多い。これはドーパミン代謝異常の代償性変化とも考えられており、AD との鑑別点にもなる。

(3) その他

線条体のドーパミントランスポーター（FP-CIT、β-CIT）が DLB で低下し、本邦で広く利用されている MIBG 心筋シンチによる集積低下が DLB の

発症前からみられ、補助診断に利用されている。

4) DLB の臨床症候学と生理学的機序

長濱康弘（滋賀県立成人病センター老年内科）

認知症を機能障害機序の面から大別すると、皮質型と皮質下型に分けることができる。皮質型認知症の代表はADであり、皮質下型認知症の代表は進行性核上性麻痺やパーキンソン病である。両者を比較すると皮質型ではエピソード記憶の記銘・貯蔵障害、言語障害、意味記憶障害などが目立ち、皮質下型では遂行機能障害、注意機能障害が前景に立つ傾向にある。皮質下型認知症でも記憶障害はみられるが、皮質型認知症に比べるとエピソード記憶障害、意味記憶障害ともに想起困難の関与が大きい点でその性質が異なっている。視知覚・視空間機能障害は両者で認められる。

DLBではADに比べると病初期～中期まではエピソード記憶障害が軽く、遅延想起、再認、時間見当識が良好であり、手がかりによる再生も成績が良い。それに対して、注意障害、遂行機能障害、構成障害、視知覚機能障害はADよりも目立つ。意味記憶障害は両者でほぼ同等とされる。すなわちDLBは皮質下型と皮質型の特徴を併せ持つ皮質 - 皮質下型認知症である[長濱康

弘、老年精神医学雑誌 17, 400-407, 2006]。

一つの例として、Clock Drawing Test(CDT)のような簡便な検査においても AD と DLB では障害機序が異なっている。AD では口頭命令での時計描画に比べて copy では CDT が顕著に改善するが、DLB では copy でも CDT の改善は不良である。この事実は CDT 障害のメカニズムが両者で異なることを示唆している。AD では“時計”と言う単語で誘発される知識（表象や意味）、あるいは知識へのアクセスの障害が CDT 障害に関連しており、それに対して DLB では構成能力や注意、視空間機能などの障害が影響していることが推察される。脳血流 SPECT を用いた生理学的検討でも両者の違いが確認されている。AD では意味記憶処理に重要な部位である左側頭葉後部皮質の血流低下が CDT 障害と関連していた[Nagahama Y et al, Dement Geriatr Cogn Disord 19, 390-396, 2005]。それに対して、DLB では両側前頭眼野、両側補足眼野、右視床、右被殻で CDT 障害に関連して血流低下がみられた。すなわち DLB の CDT 障害には前頭葉および皮質下核(frontal-subcortical network)の機能低下に由来する視空間性注意障害や覚醒調節障害が関与していることが推察され、AD とは障害機序が異なることが示唆された[Nagahama Y et al, Dement Geriatr Cogn Disord 25, 524-530, 2008]。

また、DLB では多彩な精神症状がみられることも大きな特徴であるが、

精神症状の症候学的分類に関しては未解決な点が多かった。例えば“他人が家に住んでいる”と訴える「幻の同居人」は妄想か、誤認か、それとも幻覚だろうか？ Capgras 症状に代表されるいわゆる妄想性誤認症候群は DLB によくみられるが、それは本質的に妄想だろうか、それとも誤認であろうか？

私たちは、DLB の精神症状、特に Capgras 症状、幻の同居人、重複記憶錯誤、実体意識性の症候学的特性を決定するために、因子分析を用いて各種精神症状を分類・整理した(Am J Geriatr Psychiatry 15, 961-967, 2007 ; 老年精神医学雑誌 21 増刊号- I , 2010)。その結果、DLB の精神症状は“幻覚”、“誤認”、“妄想”に大きく分けられることがわかった。また、DLB において「誤認および関連症状」がかなり高率(51%)にみられることが明らかとなった。妄想性誤認症候群に属する Capgras 症状や幻の同居人、重複記憶錯誤は、単純性人物誤認とともに“誤認”の範疇に分類され、それに対して実体意識性は“幻覚”の近縁症状であった。さらに、既に亡くなっている家族など「親しい人物が家に居る」という症状は、幻の同居人とは独立した因子に分類されることが明らかとなり、少なくとも DLB の症候学を考えるうえでは両者を区別すべきであることがわかった。

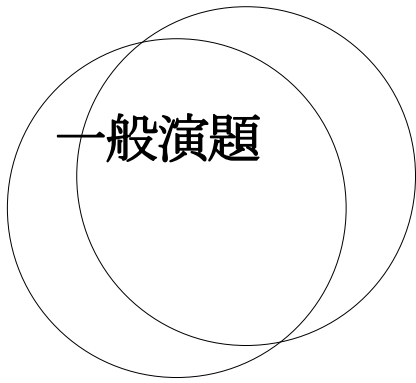
私たちはさらに、これら精神症状の神経生理学的基盤を探る目的で、100 例の DLB の安静時脳血流と各因子に含まれる症状との関連を調べた

(Nagahama Y et al, Brain 133, 557-567, 2010)。その結果、因子3の症状(“人物幻視”)は視覚連合野(両側頭頂葉、左腹側後頭葉)の低血流に、因子1の症状(“誤認”)は辺縁-傍辺縁系(左海馬、島皮質、側坐核、両側前頭弁蓋部)の低血流に、“妄想”は前頭葉(右吻内側部、左上内側、両側背外側)の相対的高血流にそれぞれ有意に関連することがわかった。これらの結果から以下のことが推察された。

(1) DLBの幻視が生き生きと動きのあるリアルな人物、物体、情景を特徴とすることからも示唆される通り、DLBでみられる有形幻視は、視覚連合野背側路(空間位置や動きの認知)および腹側路(顔、物体の認知)両方の機能障害に関連していると考えられる。

(2) 辺縁系および傍辺縁系はエピソード記憶・自伝的記憶や情動の処理に関連することが知られており、DLBの誤認症状のベースには辺縁-傍辺縁系の機能不全に伴う記憶-情動連関の変容・障害があるのではないかと考えられる。

(3) DLBの妄想形成のベースには、前頭葉機能不全に伴う不完全なエピソード記憶や誤った社会的判断(他人への責任転嫁や短絡的結論など)が関連しているのではないかと考えられる。



1) DLBにおける視覚認知検査について

藤井博子、二橋那美子、小阪憲司（横浜ほうゆう病院）

◆背景

DLBにおける視覚認知検査結果の特徴をAD、MCI、健常者と比較することにより明らかにし、DLBの鑑別にこれが利用できる可能性を検討した。

◆目的

被験者が理解しやすい簡単な心理検査を用いて短時間でDLBを鑑別する。

◆方法

横浜ほうゆう病院の外来通院患者を対象とし、以下の4群について以下の検査を行った。

	CDR	平均年齢	患者数（男性：女性）
DLB群:	1~2	79.0歳	48名（23：25）
AD群：	1~2	77.4	20（11：9）
MCI群:	0.5	84.5	8（3：5）
健常群:	0	76.6	10（4：6）

検査に関して、患者および家族に文書で説明と同意を得たうえで、錯綜図検査（Visual Perception Test for Agnosia:VPTA）と Clock Drawing Test(CDT)、MMSE、HDS-Rなどを施行した。また、可能な限り、経過観察を行い、臨床症状、特に幻視の経過による検査結果の変化も検討した。

◆結果

DLB群の48例中36例（75%）でVPTAに異常が認められ、CDTによってさらに7例（計43例）で低得点が認められた。この2検査を行うことで89.6%の症例でDLBを鑑別できた。その他の結果については当日に発表する。

2) 幻視を伴うDLBの心理的要因と介入

太田一実¹⁾、村山憲男¹⁾、藤城弘樹^{1,2)}、佐藤潔¹⁾、新井平伊²⁾、井関栄三^{1,2)}

1) 順天堂東京江東高齢者医療センターPET-CT認知症研究センター

2) 順天堂大学医学部精神医学教室

◆背景

幻視はDLBの中核症状の一つであり、患者および介護者にとってなじみがなく了解困難であることが多い。また、幻視に伴う二次的な妄想により行動化することも多く、介護負担を増大させる要因の一つとなっている。しか

し、すべての DLB 患者において、常に幻視あるいは二次的な妄想がみられるわけではないため、脳の器質的要因だけでなく、心理的要因の関与が示唆されるが、DLB 患者の心理的要因についての報告は少ない。

◆目的

本研究では、DLB 患者における幻視の出現時の心理的要因の検討を行い、DLB の幻視に対して認知症を専門とする精神科医と臨床心理士が実際に介入した 2 症例の検討を行なった。

◆方法

当院物忘れ外来において probable DLB の診断基準を満たし、明らかな幻視を訴える 36 例を対象とした。妄想を伴い行動化がある 12 例（行動化群；男性 8 例、女性 4 例、平均年齢 80.6 ± 6.5 歳）と行動化がない 24 例（非行動化群；男性 11 例、女性 13 例、平均年齢 79.8 ± 6.7 歳）の 2 群について比較検討した。初診時に本人または介護者が記入する形式化された質問紙をもとにして、病前性格としての神経症傾向（神経質、心配性、几帳面など）の有無、症状出現のきっかけの有無、居住形態を調査した。

また、幻視を訴える DLB の 2 症例に対して、以下のような心理的介入を行なった。まず、見えたものを症例が幻視と認識しているかを査定し、病識がない場合には病識の獲得を目標にした介入を行なった。次いで、幻視の受

容や予防・軽減、付随する不安などの軽減を目標に日常生活上の工夫や環境調整を促す介入を行なった。

◆結果

行動化群と非行動化群における神経症傾向の有無を χ^2 検定で比較した結果、行動化群は非行動化群よりも有意傾向ながら神経症傾向が多かった ($p<.10$)。居住形態、症状発生のきっかけの有無については両群間に有意な偏りはなかった。

心理的介入を行なった 2 症例の結果は以下の通りである。

症例 1：男性、74 歳、右利き、妻と 2 人暮らし、神経症傾向あり

72 歳、痔核の手術のために入院した際、「部屋の中で宗教団体の人が儀式をしている」などの幻視が出現した。退院後も自宅の玄関に犬や猫が見えるなど、幻視は継続しており、当院物忘れ外来を受診した。初診時には表情が硬く緊張し、何かに対しておびえているような印象であった。MMSE は 24 点。薬物療法と同時に心理的介入を開始した。認知機能がある程度保たれており、病識獲得の可能性が見込まれたため、治療者は幻視やそれに伴う不安などを共感的に傾聴しながら、幻視の機序を丁寧に説明した。また、幻視には実害はないので安心するように伝えた。それにより、徐々に幻視を冷静に受け止められるようになり、幻視に接近して確認することで混乱がなくなった。幻視の内容も、恐怖を与えるものから猫などの無害なものが見える程度

になった。さらに、初診時に比べて表情も明るくなり、硬さや緊張が和らいだ。

症例 2：女性、86 歳、右利き、独居、神経症傾向あり

85 歳頃より、テレビや冷蔵庫などに見知らぬ人が映って見えるようになり、老翁が手招きしているなどの幻視も出現した。また、幻視や妄想に基づく行動化も始まり、当院物忘れ外来を受診した。初診時には幻視と現実との区別がつかず混乱している様子であった。MMSE は 18 点。薬物療法と同時に心理的介入を開始した。病識獲得が困難であったが、治療者から幻視には実害がないと説明を受けると、徐々に安心するようになり、幻視発生を予防する工夫を始めた。これにより幻視の出現頻度が減少し、幻視の内容も本人があまり気にしなくなるような内容へと変化した。表情や話し方も初診時に比べて穏やかになった。さらに、初診時には幻視の訴えに対して否定的であった家族は、治療者から幻視の機序などについて丁寧な説明を受けたことで、症状を受け入れるようになり、幻視出現の予防に積極的に取り組むようになった。

◆考察

幻視に伴う行動化が認められる DLB 患者の特徴として、病前性格として神経症傾向がある場合が比較的多いことが示唆された。また、このような神経症傾向を持つ DLB 患者には心理的介入が有効であると考えられた。しか

し、症例数が少なく、患者の認知機能や病識の有無によって介入方法が異なる可能性もあり、さらなる検討が必要である。

3) DLB の診断における MIBG 心筋シンチグラフィの有用性

——DLB に他の脳器質性疾患を合併した 3 例

矢田部裕介、橋本衛、池田学（熊本大学医学部神経精神科）

認知症の診断では症候を説明し得る局所脳病変（脳血管障害など）の存在は変性性認知症を除外すべき根拠となる。特に脳損傷後に認知症が起こった場合、長期的な臨床経過を観察しない限り変性性認知症の合併を捉えることはきわめて困難である。今回、局所脳病変に伴い DLB に特徴的な症状を呈した 3 例に対して MIBG 心筋シンチが鑑別診断に有用であったので報告する。

◆症例 1

75 歳女性。X-1 年頃から物忘れがみられた。同年 11 月某日朝から歩行不能となり昼頃には回復したが、以降家事ができなくなり、幻視が出現した。X 年 2 月、突然構音障害と右半身の脱力が起こり、徐々に軽快したが、転倒を繰り返すようになった。認知症の精査目的に X 年 3 月当科受診となった。

パーキンソニズム、認知の変動を認め、MRI では右内包膝部の陳旧性ラクナ梗塞、左被殻にラクナ梗塞が確認された。SPECT では右前頭葉、両側頭頂葉に血流低下を認めた。X+1 年に実施した SPECT では後頭葉血流低下を認め、心筋シンチでは MIBG 集積低下がみられた。

◆症例 2

74 歳女性。X-2 年から意欲低下や幻視が出現し、物忘れが徐々に目立った。X 年 1 月、A 病院物忘れ外来を受診。MRI で右前頭葉に圧排を伴う髄膜腫を認め、翌月に摘出術が施行された。術後、活発な幻視や興奮が持続し、3 月当科転院となった。パーキンソニズムは認められず、変動性の記憶・見当識障害、幻視、錯視、興奮を認めた。MRI、SPECT では髄膜腫術後変化に相当する所見のみであったが、心筋シンチでは MIBG の集積低下を認めた。

◆症例 3

79 歳男性。X-1 年 11 月、自転車走行中に自動車との接触事故で頭部を殴打し、意識を消失した。救急搬送後の頭部 CT では異常なく、事故後 4 日目に意識が回復したが、物忘れや幻視が出現した。退院後も夜中に出かけようとするなどの行動があり、X 年 2 月当科入院となった。パーキンソニズム、全般的な認知機能障害、幻視、変像視、人物誤認を認めた。MRI では前頭葉優位の軽度の萎縮、右後頭葉の微小出血を認め、SPECT では側頭頭頂葉、後部帯状回から楔前部の血流低下を認めた。心筋シンチでは MIBG の集積

低下を認めた。

◆考察

3例は幻視やパーキンソニズム、誤認といったDLBに特徴的な症候を呈した。これらの症候は他の脳局所病変でも説明可能であったが、MIBG心筋シンチによってDLB病理の合併が示唆された。DLBは全身性疾患であり、MIBG心筋シンチは脳局所病変の影響を受けないため、他の脳器質性疾患との合併が疑われるケースの鑑別に有用である。

世話人会

代表世話人	小阪憲司	
副代表世話人	水野美邦	岩坪 威
世話人	朝田 隆	天野直二
	新井平伊	荒井啓行
	池田 学	井関栄三
	岩田 誠	内海久美子
	織茂智史	木之下徹
	葛原茂樹	篠遠 仁
	東海林幹夫	田北昌史
	中島健二	長濱康弘
	布村明彦	羽生春夫
	福井俊哉	堀口 淳
	前田 潔	村山繁雄
	森 悦郎	森 秀雄
	山口晴保	山田正仁
	山田達夫	
監事	水上勝義	都甲 崇

賛助会員

エーザイ株式会社ジャパン／アジアクリニカルリサーチ

創薬ユニット推進部および臨床開発部

エーザイジャパン医薬マーケティング部

株式会社ツムラ医薬営業部および学術企画部

ヤンセンファーマ株式会社 CN マーケティング部

明治製菓株式会社

グラクソスミスクライン株式会社臨床開発部

ノバルティスファーマ株式会社中枢神経領域ビジネス

フランチャイズ部 PD・MS マーケティング

エフピー株式会社

富士フイルム RI ファーマ株式会社学術企画部脳グループ

日本メジフィジックス製品企画第一部中枢領域グループ

寄付

エーザイ株式会社 (ランチョンセミナー共催)

日本メジフィジックス (シンポジウム共催)

ファイザー株式会社