

認知症の医療・介護に関わる専門職のための

「前頭側頭型認知症 & 意味性認知症」

こんなときどうする！

改訂版



大阪市

監 修

中西 亜紀 市立弘済院附属病院副病院長兼神経内科部長・認知症疾患医療センター長
福祉局高齢者施策部医務主幹
健康局健康推進部医務主幹

編集者

中村 里江 市立弘済院附属病院 主任看護師・認知症看護認定看護師
長谷川 美智子 市立弘済院第2特別養護老人ホーム 介護福祉士
介護支援専門員・認知症介護指導者

執筆者（50音順）

金本 元勝 市立弘済院附属病院 神経内科医長
河原田 洋次郎 市立弘済院附属病院 精神神経科部長・認知症疾患医療センター副センター長
市立弘済院第2特別養護老人ホーム 管理医師
坂尾 恭介 市立弘済院第2特別養護老人ホーム 作業療法士・認知症介護指導者
関岡 直江 (元) 市立弘済院附属病院 言語聴覚士
中西 亜紀 前掲
中村 里江 前掲
長谷川 美智子 前掲
福井 美穂 市立弘済院第2特別養護老人ホーム 介護福祉士・介護支援専門員
元田 克巳 市立弘済院第2特別養護老人ホーム 介護福祉士
森本 早苗 市立弘済院附属病院 認知症看護認定看護師
山田 真 福祉局 障がい者施策部 障がい支援課
(前) 市立弘済院第2特別養護老人ホーム 介護福祉士

イラスト

奥中 隆文 市立弘済院第2特別養護老人ホーム 介護福祉士

はじめに

65歳以上の認知症の方については、2012(平成24)年で462万人と推計されており、「団塊の世代」が75歳を迎える2025(平成37)年には、65歳以上の高齢者の約5人に1人である700万人が認知症となることが見込まれています。

大阪市においては、2015(平成27)年3月末現在で何らかの介護支援を必要とする認知症の方は66,880人で、この数字は介護認定を受けた人に限っていることから、潜在的ニーズはもっと多いものと考えられます。認知症の方は今後さらに増加すると予測され、大阪市では認知症の方への支援を重点的課題の一つと位置づけ、種々の施策に取り組んでいるところです。

大阪市立弘済院には、認知症専用棟の特別養護老人ホーム、また病院に認知症疾患医療センターが設置され、認知症の専門的医療・介護機能の一体的な提供をおこなってきており、多くの前頭側頭型認知症や意味性認知症の方を診断・治療・支援してまいりました。認知症の中でも、前頭側頭型認知症と意味性認知症は集団生活になじみにくく、ケア方法も未だ手探りの状況で、標準的な教科書類もまだまだ少ない状況です。そこで、これまでに弘済院で得られた知見を、認知症の方を支援する医療・介護の専門職の方の「こんなときどうする!」というときの参考にしていただきたいと考え、平成25年度に冊子を作成いたしました。その後の時間の経過の中で、新たに改訂が必要な事項が生じてまいりましたので、このたび改訂版を発行いたしました。

認知症の方が、その人らしく安心して暮らしていけるために、医療・介護の関係者の一人でも多くの方に、認知症ケアの参考にしていただければ幸いです。

平成28年 3月

大阪市福祉局高齢者施策部高齢福祉課
大阪市立弘済院

目次

はじめに

1 病気について	1
1) 前頭側頭葉変性症	中西 亜紀	
2) 前頭側頭型認知症	金本 元勝	
3) 意味性認知症	関岡 直江・中西 亜紀	
4) 薬物療法	河原田 洋次郎	
5) 非薬物療法：作業療法	坂尾 恭介	
2 接し方の基本	7
1) 前頭側頭型認知症	長谷川 美智子	
2) 意味性認知症	関岡 直江・坂尾 恭介	
3 こんなとき	10
1) 前頭側頭型認知症		
(1) 周 徊		
歩かずにはいられない!	長谷川 美智子	
(2) 常同行動		
同じことを繰り返してしまう!	元 田 克 巳	
(3) 被影響性の亢進		
見たこと・聴こえたことに反応してしまう!	元 田 克 巳	
(4) 食行動異常		
甘いものばかり食べたい!	森 本 早 苗	
(5) 自発性の低下		
あっという間に動けなくなってしまった!	森 本 早 苗	
2) 意味性認知症	15
(1) 語義失語		
話していることが伝わらない!	中 村 里 江	
(2) 口唇傾向		
何でも口に入れてしまう!	山 田 真	
4 ケアマネジメント	福 井 美 穂	17

略語一覧

参考文献・資料

*事例の本文中の名前は仮名です

1) 前頭側頭葉変性症 (FTLD)

前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration:FTLD) は、神経変性疾患*1の1つで前頭葉から側頭葉前方を中心にして病気がおこり、主に行動障害や言語障害を生じてくる認知症です。病気の中心がどこにあるかによって、前頭側頭型認知症(frontotemporal dementia: FTD)、意味性認知症 (semantic dementia: SD)、進行性非流暢性失語症(progressive non-fluent aphasia: PNFA)の3型に分類されています。1892年のArnold Pickの報告による「前頭葉、側頭葉に著明な限局性萎縮を呈する緩徐進行性の認知症疾患『Pick病』」はFTDに含まれます。FTDでは精神症状や行動障害が前景にたち、SD、PNFAでは発症早期に言語障害が中心にみられます。近年、FTDをbvFTD: behavioral variant frontotemporal dementiaと表すこともあります (p3表2)。

この病気の1群 (FTLD) で脳内に生じていることは、アルツハイマー型認知症 (Alzheimer disease:AD) とは全く異なります。神経病理学的には蓄積する主なたんぱく質はタウおよびTDP-43 (43kDa TAR DNA結合蛋白) で、病理と臨床症状はうまく一致しておらず、未解明な部分が多いのが現状です^{1, 2, 3)}。

発症年齢は、ADと比較して特にFTDとSDには比較的若いとする報告が多くみられています。性差は、FTDで男性に多いという報告が散見されますが、男女差はないという報告もあり、明らかではありません^{3, 4)}。

罹病期間はADと比較して比較的短いと考えられていますが、特に運動ニューロン疾患を伴う前頭側頭葉変性症 (frontotemporal dementia with motor neuron disease: FTD-MND; 《認知症を伴う筋萎縮性側索硬化症: ALS-Dは同義》) の進行は早いと考えられています²⁾。

*1 神経変性疾患: 中枢神経の特定の神経細胞の1群が変化をきたして死滅していくことにより病気が進行していく脳神経系の病気をいう。認知症をきたす病気だけではない。

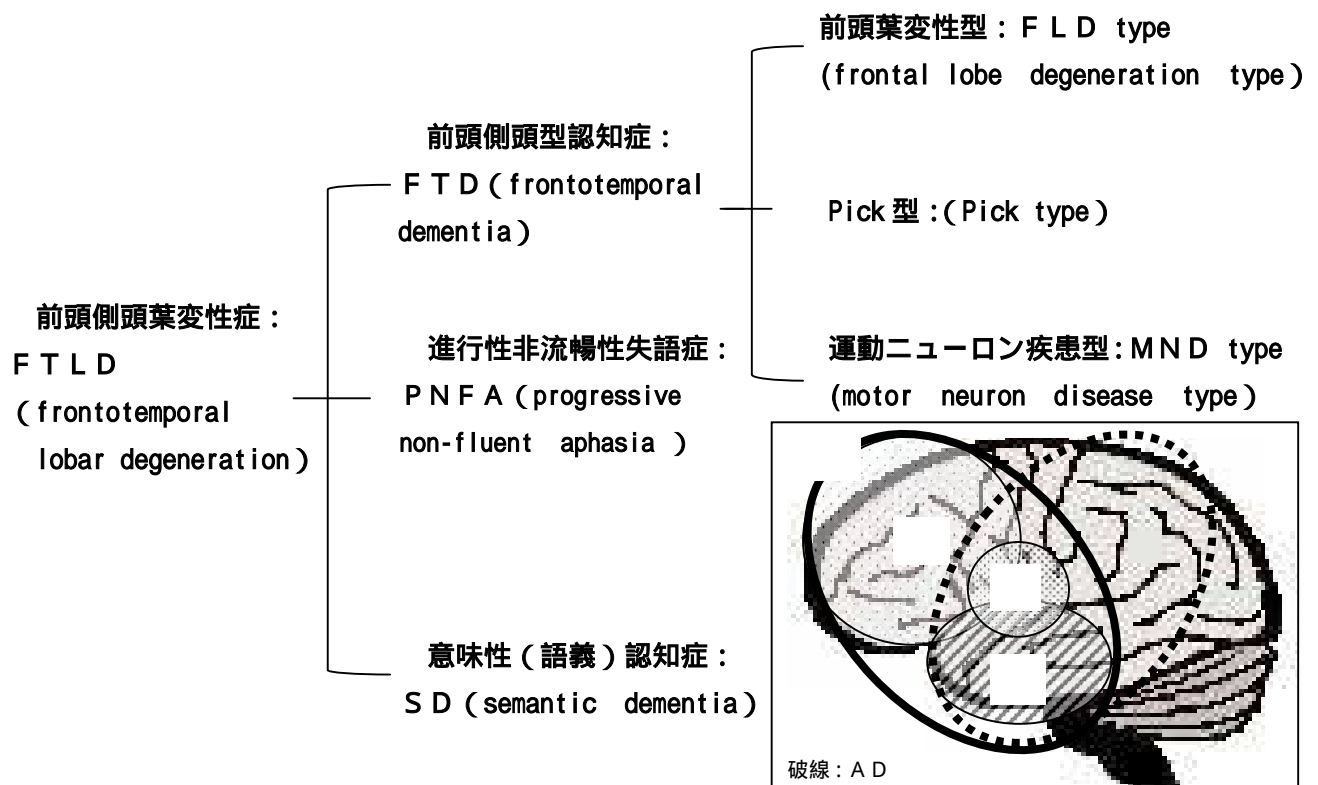


図1. 前頭側頭葉変性症の概念 日本認知症学会編: 認知症テキストブック 中外医学社 p290 より改変

2) 前頭側頭型認知症 (FTD) |

(1) 病気の概念

前頭側頭型認知症 (Frontotemporal Dementia : FTD) は FTLD の 1 型で、有名な Pick 病もここに分類されます。様々な研究成果を取り入れながら分類や診断基準の改訂が繰り返されており、現在診断に最も汎用されているものを、次ページに掲載する表 1、最も新しい診断基準を表 2 に示しました²⁾。

(2) 症状の特徴

主として、徐々に進行する行動の異変や認知機能障害などで気づかれることが多く、アルツハイマー型認知症 (AD) に比べると幻覚・妄想などは明らかに少なく、記憶障害や視空間認知障害は目立ちません。これらの多様な症状は、大きく 2 つのパターン「前頭葉・側頭葉の萎縮による機能低下」の場合と「前頭葉から大脳の各部へかかっている抑制が解放される」場合とに分けると理解しやすいでしょう⁵⁾。特徴的な行動をまとめた下記に掲載する「**前頭側頭型認知症を疑う症状**」を基に考えてみます。「前頭葉・側頭葉の機能低下」では、病識の欠如・self-awareness の障害()・自発性の低下(、)・喚語困難() 等が当てはまります。「抑制の解放」では、周回や時刻表的生活などの常同行為(、 、) 模倣行為や反響言語・強迫的音読などの被影響性の亢進、悪びれない万引きや立ち去り行為などのわが道を行く行動(、 、) 等が当てはまります。

また、自己および他者の心を読むこと、すなわち他者の心の状態や考え・感情を推測したり共感することが困難になるために、他者との関係を築くことが困難になります。

(3) 治療

この病気は未だ十分に解明されていないため、根本的な治療薬はなく対症療法が中心となります。薬物療法については p5 を参照してください。非薬物療法の検討も多数例を重ねた系統的な研究は乏しいですが、まずは注意深くなじみの関係を形成すること、特に初期にはマンツーマンの対応が望ましいと考えられています。その上で、FTD の特徴を利用した行動療法的アプローチや行動変容技術を用いて、社会的に許容可能な行動 / 常同行動化への置き換え (ルーティン化療法 routinizing behavior、p6 参照) が提唱されています^{1,7)}。FTD に限りませんが、家族への啓発・教育を行うことで、家族の接し方が寛容的 / 受容的に変化していきます。それは、本人の精神状態が穏やかに安定することに寄与し、BPSD の軽減へと繋がり、結果的には家族の介護負担感も軽減されます。本人らしい生活や質の高い介護への好循環が期待できることから、家族への教育や啓発は非常に重要です。

前頭側頭型認知症を疑う症状

- 同じことを繰り返す：同じ行動や同じ言葉を繰り返す
- 時刻表的な生活：毎日同じ時間に同様の行動をとり、制止すると怒る
- 食べ物へのこだわり：同じ食べ物、特に甘いものばかり際限なく食べる
- 立ち去り行動：周囲の状況に関わらず、突然立ち去ってしまう
- 状況に合わない行動：無遠慮で身勝手にも思える行動をとる
- 無関心：周囲の出来事や自己 (衛生、容姿など) へも無関心である
- 逸脱行為：万引きのような反社会的行動、性的な行動などを繰り返す
- 意欲減退：ぼんやりと何もしない、引きこもりが続く
- 言語障害：言葉の意味がわからない、言葉が出にくい
- 記憶障害が軽い：はじめの頃は比較的記憶障害が目立たない

(行動障害や言語障害が目立つ割にはよく解っている)

大阪市立弘済院 中西 亜紀、坂尾 恭介、長谷川 美智子、北沢 啓子 平成 18 年作成

表1 最も汎用されている FTD の臨床診断の特徴 (Neary et al. Neurology 1998;51 p1546-1554)(JAAD より改変)

性格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有意な特徴である。知覚、空間的能力、行為、記憶といった道具的認知機能は正常か、比較的良好に保たれる。

. 主要診断特徴 (すべて必要)

- A . 潜行性の発症と緩徐進行
- B . 早期からの社会的対人行動 (interpersonal conduct) の障害
- C . 早期からの自己行動の統制 (regulation of personal conduct) 障害
- D . 早期からの感情鈍麻 (emotional blunting)
- E . 早期からの病識の欠如

. 支持的診断特徴

- | | |
|---|--|
| <p>A. 行動異常</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 自己の衛生/整容の障害 2. 精神の硬直化、柔軟性の欠如 3. 易転導性 (distractibility) と維持困難 (impersistence) 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 | <p>C. 身体所見</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 原始反射 2. 失禁 3. 無動、筋強剛、振戦 4. 変動する低めの血圧 |
| <p>B. 発語と言語</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 発語の変化 2. 常同的発語 3. 反響言語 4. 保続 5. 無言 | <p>D. 検査所見</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 神経心理検査
前頭葉機能障害に比べて、記憶障害や視空間認知障害は高度ではない 2. 脳波検査
症状として認知症でも脳波は正常 3. 形態的・機能的画像
前頭葉や側頭葉前部で異常 |

. FTLD に共通する支持的診断特徴

- A . 65 歳以前の発症、親兄弟に同症の家族
- B . 球麻痺、筋力低下と萎縮、筋繊維束攣縮

表2 新しい FTD (behavioural variant FTD: bvFTD) の診断基準 (Rascovsky K et al. Brain 2011;134 p2456-2477)

. 神経変性疾患 (必須): それまでの病歴から、行動/認知機能障害の緩徐進行性の悪化が示される

. Possible bv FTD (3項目以上)

- A . 早期からの脱抑制行動
- B . 早期からの無気力、アパシー
- C . 早期からの共感や感情移入の欠如
- D . 早期からの保続的、常同的、強迫的/儀式的行動
- E . 口唇傾向、食行動の変化
- F . 遂行機能は障害されるが記憶や視空間認知機能は比較的保持

. Probable bv FTD

- A . Possible bv FTD を満たす
- B . 明らかに ADL が低下
- C . 前頭葉や側頭葉前部で大脳萎縮 / 血流低下 / 代謝低下

. 病理所見を伴う Definite bv FTD

Probable bv FTD または Possible bv FTD を満たす
解剖された脳で FTLD の病理所見、または FTLD の遺伝子変異

. 除外項目

他の疾患、精神疾患、バイオマーカーが AD などの神経変性疾患を示唆

3) 意味性認知症 (SD) |

(1) 病気の概念 ~ 意味の記憶が消えていく ~

FTLD の1型で、脳の側頭葉前部の限局性萎縮に伴い、意味記憶(語義² 理解または物品の同定)の選択的かつ進行性の障害が特徴的です。言葉は、音声や文法や意味などの要素から成り立ちますが、その中の「意味」が徐々に消えていくため、「語義失語」と呼ばれる特徴ある言語症状を呈します。病初期には、語義の障害が中心ですが、進行に伴って、相貌、物品、環境音などあらゆる感覚様式からの同定障害という意味記憶障害に移行していきませんが⁸⁾、病気が脳の左右どちらが優勢であるかによって、症状の出方が異なり、右優位では初期から相貌失認などが認められます。 ² 語義：言葉の意味

(2) 病期の分類 ~ 言葉の症状で発見され、FTD と類似した行動パターンへ ~

田邊敬貴による「臨床病期分類」によると、病初期は言葉の症状で気づかれることが多く、中期では、具体語の意味理解が障害されますが、病感があります。後期になると、病識は失せ、語義失語像が顕著となり、わが道を行く行動、被影響性の亢進、言語・行動面での固執・常同症など、徐々に前頭側頭型認知症と類似した人格、行動障害も目立ってきます。そして後期になると、限られたいくつかの単語が繰り返し出てくる残語状態となり、自発性が低下してきます⁹⁾。

(3) 症状の特徴 ~ 「 エ プ ロ ン っ て 何 ？ 」 と 言 っ て 、 相 手 を 驚 か す ~ 特徴的な言語症状

「語義失語」：「エプロンは？」と聞くと、「『エプロン』って何？」と逆に聞き返して、相手を驚かせます。「エプロン」がどんなものか、呼称できず、聞いたこともないという既知感のない反応を示すのが特徴です。そのため語頭音効果³も効果がありません。

³ 語頭音効果のない例：ヒント「エ」 「エですか？」 ヒント「エプ」 「エプですか？」

その他の言語症状：「団子」を「だんし」と読む表層性錯読や、「ちりも積もれば」の後が続けられないことわざの補完障害も特徴として挙げられます¹⁰⁾。会話の情報量は少なくとも発話量は多く、流暢で滑らかに言葉も出て復唱も可能です。文法的な誤りもありません。

強迫的な常同行動

意味性認知症でみられる常同行動は、前頭側頭型認知症と比べ目的を持って行動するとされ¹¹⁾、同じ方法で細かく繰り返し、決めた順序に執着します。そして、時刻表的傾向が目立ってくると強迫性を帯びてきます。発話は同じ内容を繰り返し、休みなく話し続けます。

口唇傾向を示す食行動の異常

進行期にみられる症状で、物を口に入れて確かめようとします。大きなダルマの人形や虫を口に入れようとしたという報告もあります。

(4) 治療

この病気については未だ十分に解明されていないため、根本的な治療薬はなく対症療法が中心となります。その対症療法も薬物療法が十分に検討された大規模な研究はありません。FTD に準じて、常同性や食行動異常に対して選択的セロトニン再取り込み阻害剤 (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors(SSRI：フルボキサミン、セルトラリンなど)) という抗うつ薬を用いることがあります。確立された方法は未だありませんが、語彙が減りコミュニケーションが難しくなり、やがて自発性が低下していくことを防ぐために、語彙再獲得訓練の有用性が報告されてきています¹²⁾。

4) 薬物療法

(1) 抗認知症薬が効くのか？

アルツハイマー型認知症（AD）の進行を遅らせる薬であるドネペジル、ガランタミン、リバスチグミンを投与しても、前頭側頭型認知症（FTD）の進行を遅らせる効果があるかどうか、今のところわかっておらず、むしろ精神症状を悪化させるという報告もあります。メマンチン（中等度～高度 AD に適応）には神経保護作用があり、前頭側頭型認知症の精神症状などに有効という報告もありますが、まだ十分な検討はなされていません。したがって現時点では、FTD の認知機能障害を改善する薬剤はありません^{1,3)}。

(2) 精神症状に対して

FTD は、脱抑制、衝動性、攻撃性、抑うつ状態など、さまざまな精神症状を呈することが少なくありません。介護者側が対応に困り、本人自身も疲弊することになるため、それらの症状を緩和する必要がでてきます。転倒・骨折など身体的に具合が悪くなるまで何時間も常同的に歩き続けたり、スイッチが入ったかのように怒り出し攻撃的になる、破壊的な行動をする、あるいは不眠などの症状がみられ⁷⁾、ケアの工夫ではなかなか軽減しない時に抗精神病薬や睡眠薬の投与が必要になります。ただ、それらの症状を全くゼロにすることは困難で、薬物療法により症状を緩和する、出現する頻度を減らすと考える必要があります。こういう薬物療法を行う際には、眠気やふらつきによる転倒に注意が必要で、特に抗精神病薬では便秘、口渇、呂律がまわりにくい、嚥下しにくい、パーキンソン症状などの副作用が出る可能性があります。副作用をむやみに怖がる必要はないですが、きちんと服薬管理し病状の変化を観察して、主治医にしっかり伝えることが必要です。副作用の発現を最小限にとどめ治療効果を上げるためには、介護者と医師が十分に情報を共有することが大切です。

(3) 常同行動に対して

反復する行動（常同行動）や食行動異常などに対しては、SSRI（p4(4)）が有効であるという報告が増えてきています^{1),3)}。この薬剤は、急に中断すると頭痛やめまいなどを引き起こす（抗うつ薬離脱症候群）ことがあるので、減量は徐々に行う必要があります。

(4) 薬の服用も介護負担を減らす方法の 1 つ。副作用を恐れないで！

以上のように、FTD に対する薬物療法は対症療法であり、根本的な病気そのものに対する治療は今のところ存在しません。2005 年に米国食品医薬品局(FDA)が「認知症高齢者の行動異常に対する非定型抗精神病薬の使用は死亡率を約 1.6～1.7 倍上昇させる」と警告を出していることをふまえ¹⁴⁾、非定型抗精神病薬の使用に際しては適応外使用であることや警告がでていることについて、家族への十分な注意や説明が必要になります。2013 年に厚生労働省も「かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン（ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=130724>）」を策定し、認知症に伴う様々な精神症状に対して、「対応の第 1 選択は非薬物的介入を原則とし、抗精神病薬の使用は適応外であり基本的には使用しないが、使用する場合は低用量から開始し症状を見ながら漸増する」という姿勢を表明しています。目的を明確にした上で、十分に観察しながら薬物を使用していくことは、よりよいケアを実践するためにも重要です。

5) 非薬物療法

作業療法

(1) ルーティン化療法の活用

ルーティン化療法とは、FTD の症状である「何かにこだわり」、同じことを繰り返す「常同行動」を利用して毎日のスケジュールを固定し、「困った習慣」を「問題のない習慣」に変えていく作業療法的アプローチの1つです。FTD は AD に比べ見当識（時間・場所・人）、体験記憶（エピソード記憶）、習慣的動作（手続き記憶）、視空間認知力は比較的よく保たれており、多くの作業活動を行うことができます。しかし、ご本人自身ではその「持っている能力」を上手く使うことができません。そのため援助者は、ご本人の「持っている能力」と「こだわる」という特徴を活かしたルーティン化療法を活用した日課作りをし、生活習慣が安定するよう働きかけます。その効果的が現れてくると、精神状態が穏やかになり、介護負担が軽減することが見受けられます。

(2) 作業療法の実際

目的：生活習慣を安定させ、なじみの関係作りや役割作り、楽しみ作りを行い、その人らしい生活作りを目指します。感情の安定、意欲の向上とともに、認知機能・運動機能の維持を図ります。

作業活動の選択：日々の暮らしの気づきから、本人の興味・関心事・能力を知り、家族から得た生活史、職歴・趣味・性格・価値観等を参考とします。作業活動時の反応を観察し、良い反応（表情・言動）が得られた活動を選びます。なじみがあり、視覚的に理解しやすく、単純で失敗の少ない作業活動が良いようです。我々は、以下のような作業活動を簡単にアレンジし、組み合わせて日課としています。

- 手作業：着物ほどこき、毛糸巻き、編み物、牛乳パック切り、切手はがし、折り紙、ぬり絵
- 家事：タオルたたみ、掃除、ごみ出し、茶碗洗い、献立書き、配膳準備
- 視聴覚・運動：雑誌、漫画、ビデオ、音楽、踊り、体操、散歩、ボール遊び、パズル
- 趣味・楽しみ：書道、生け花、茶道、園芸、カルタ、喫茶、おやつ作り、マッサージ

実施手順： 準備 場所への誘導 作業活動への導入 作業活動の実施

道具・物を目に入りやすい場所に準備

簡潔な言葉かけと、手招きなどのジェスチャーで目的の場所に自然に誘導

道具を手渡し、作業方法を見せ、動作を促す

気が散る刺激を避け、集中できる刺激を使い、作業活動を継続

ワンポイントアドバイス(症状の利用・環境調整・関係作りを工夫して…)

- * 場所・人・時間・作業活動を固定（なじみの場・なじみの人・ルーティン化）しましょう。
- * 影響されやすさ（視覚刺激の利用：道具を見せる、動作を見せる）を利用しましょう。
- * 立ち去りには、関係のない刺激（転導性の利用：違う話題、歌いかけ、道具使用）を与えましょう。
- * 環境（居場所作り：小さな、静かな、家庭的な空間）を整えましょう。
- * 個別活動と集団活動（個別の配慮によって集団活動も徐々に可能になります）を併用しましょう。

コミュニケーションの方法を工夫しましょう

言語メッセージだけでは思いを伝えることが難しくなります。手招きなどのジェスチャーや目の前で椅子を後ろに引く、ドアを開ける、直接物を見せるなど視覚に訴える非言語メッセージを活用しましょう。

環境を整えましょう

認知症の人は、周囲の人の行動・声やざわめきなどに刺激をうけ、食事や活動に集中しにくくなります。そのため、静かな場所、集中できるスペース作りが必要になります。また、最初は特定の介護者が続けて担当するなど、なじみの関係を作り安心感を得てもらふことや、混乱を招かないようにするためにケアの手法や関わりについて、スタッフ間で意思統一が必要になります。

無理強いや強引な制止をしてはいけません

手を引っ張る、前に立ちふさがる、しつこく誘うなどは、良い結果が得られません。記憶力は保たれているのでイヤな事をされた記憶は残り、その後の介護をしにくくさせてしまいます。

持っている力を活用しましょう

記憶力は保たれているので、顔見知りになりなじみの関係ができると、一緒に行動することができますようになります。また、昔にしていたような仕事や得意だったこと、なじみの道具を使う手続き記憶も残っています。

食の欲求、食行動の変化を見落とさずに対応しましょう

甘いもの、濃い味のものに好みが変わるなどの嗜好変化や、同じ料理や食品にこだわる食への執着、過食が見られるようになってきます。食の偏りや過食は身体疾患を招く原因となります。さらに症状が進むと、何でも口に入れてしまう口唇傾向がみられたり、食べ物をどんどん口に詰め込みうまく嚥下することができずに誤嚥や窒息を招いてしまうこともあります。出現するであろう問題を予測した対応が必要になります。



1) 前頭側頭型認知症 (FTD) |

(1) 周回(常同的周遊) ~ 歩かずにはいられない! ~

周回は、FTDの中核症状である繰り返し行動の一種で、毎日同じコースを同じパターンで繰り返し歩くことであり、アルツハイマー病の「徘徊」と違って道に迷うことはほとんどありません。「徘徊」は、記憶障害や見当識障害を背景に、不安や淋しさなどの心理的要因が重なって起こり、本人にとって居心地の良い場所にいる時は少なくなります。これに対して「周回」は、意図的に行われているではありませんが、その行動に執着やこだわりを持っているため、説得や寄り添うこと自体が難しく、環境を整えることについても「徘徊」とは異なった対応が求められます。

みちおさん 76歳 男性

みちおさんは、毎朝同じ時間にビニール袋と植木鋏を持って自転車で出かけ、公園の木を切ってはビニール袋に入れて自宅に持ち帰ることを繰り返していました。誰が注意しても聞き入れずに周りの皆を困らせていたある日、自転車で転倒し怪我をしたのを機に施設に入所しました。

入所後のみちおさんは回廊式の廊下をいつまでも歩き続け、「非常口」と書かれた緑の誘導灯の前に来ると、誘導灯を指差し「ヒージョウグチ」と独特の節回しで声に出して確認し((3)被影響性の亢進参照)また歩き始めます。他の利用者とは出くわしても顔色一つ変えずにひたすら歩き続けていました。休息をとってもらおうとスタッフが声をかけても知らん顔で、手をつなごうとしても払いのけて歩き続けます。このまま歩き続けると体力を消耗してしまうのはもちろんのこと、転倒や疲労骨折に繋がるリスクも高くなります。みちおさんに休息をとってもらうためにはどうすればよいのでしょうか？

ケアの試みと効果

みちおさんの行動を観察していると、見たものをすぐに読み上げたり、非常ベルに書いてある「押す」を読んだら押してみたりと、視覚からの刺激に容易に影響を受けて行動していることがわかりました。また、言葉でのコミュニケーションは難しいのですが、ジェスチャーや手招き、物を見せるなどの非言語的コミュニケーションを使うと、効果的に伝わることもわかりました。何事にも無関心だと思われていたみちおさんが、食べ物には興味を示すことを活用して「お茶を飲む」「おやつを食べる」ことで休息を促すきっかけづくりを試みました。すると激しい周回の最中でも、お茶やおやつを見ると椅子に座って休息をとることができるようになりました。

認知症の人は、自分の行動を自分でコントロールすることができなくなります。特に周回の場合は、肉体が疲れ果てても歩き続け、バランスを崩して転倒したり、本人も気づかないうちに踵などを疲労骨折していることもあります。「本人は機嫌よく歩いている」と思い込み、いつまでも放置してはいけません。

ワンポイントアドバイス

周回を繰り返す人には適宜休息が取れるように調整することが必要です。みちおさんにとっての食べ物のように、何か興味を示す物品を提示するなど、小道具を活用すると効果的です。

(2) 常同行動 ～同じことを繰り返してしまう！～

常同行動とは、同じ動作や行動、発話などを何度も繰り返すことであり、FTDにおける初発症状として出現する精神症状の一つです。歩き回る“周回”のほか、日課・食行動・会話・音を出すなどさまざまな場面で繰り返される行動として気づかれます。この事例では、特定の人物への嫌がらせが繰り返されていますが、相手を困らせることを目的としているわけではありません。その行動に執着やこだわりを持ってしまい止められなくなっているのです。この常同性をケアに活用することが可能です。

かつ子さん 80歳 女性

かつさんは、道行く人に「ブス」「オバケ」「デブ」など無遠慮な言葉を投げかけるため、近隣から苦情が頻りに寄せられていました。施設入所後は、廊下を歩きながら特定の利用者に対して「はげちゃびん」「ばけもの」などの言葉を繰り返し、トラブルが絶えませんでした。姿が見えないと思うと、トイレにこもってトイレットペーパーを巻き直しているため、他の利用者から苦情が出るようになりました。さらに、日増しに攻撃的な言動やトイレにこもることが増えてきました。かつさんはなぜこうしたことをするのでしょうか？ どうしたらやめることができるのでしょうか？

ケアの試みと効果

かつさん的一天を観察していると、特定の人の身体的特徴について攻撃的なことを言いますが、それが目立つのは日中の何もすることがない時であることに気づきました。何もすることがないとそわそわしだし、対象者を探しだしては攻撃してまた座るというパターンを繰り返していることが分かってきました。また、同時期にご家族から得た情報から、かつさんは「イケメン」好きで若い外国人スターやアイドルに興味があったこと、ビデオ観賞を好んでいたことが分かりました。

そこで、フロアの一角にかつさんが好きなスターのプロマイドを貼り、好きなビデオを1人で見られる場所を作ってみました。日課の合間の何もすることがない時には、この場所で過ごすよう働きかけ続けた結果、一日の生活状態が安定してきました。かつさんは、この場所で過ごすことを楽しみにするようになり、特定の利用者への攻撃的な言動やトイレにこもることが減り、他のレクリエーションにも参加できるようになっていきました。かつさんは、身の置きどころのないイライラした不安な感情を、他者を攻撃するというで解消して心の安定をはかろうとしていたのかもしれない。

ワンポイントアドバイス

常同的な行動は意図して行われているものではなく、自らその行動を止めることができません。特に攻撃的な言動の場合は、攻撃性を引き起こす要因が必ずあるものです。行動を観察するとともにご本人の生活歴を知ることが、ケアの工夫へと繋がります。



(3) 被影響性の亢進 ～ 見えたこと・聴こえたことに反応してしまう！ ～

被影響性の亢進とは、例えばスタッフが立ち上がるとつられて立ち上がる、看板や張り紙などの文字を見ると声を出して読みだすなど、周囲からの刺激に対して容易に影響されることを言います。前頭葉には、行動の「開始」「判断」「抑制」などの機能がありますが、この機能が障害されるため刺激に即応して行動してしまいます。この影響されやすい特徴がトラブルをおこすマイナス面に繋がることもあります。作業の導入、立ち去り行動の防止、マイナス感情をプラス感情に切り替える時などに有効活用できます。

あき子さん 49歳 女性

あきさんは温厚で礼儀正しく世話好きな人でしたが、夫の入院をきっかけに異変に気づかれました。徐々に一方的に話し続けたり、質問されると怒りをあらわにして家を出ていくなどの行動が激しくなり、在宅療養が困難となりました。

入所後のあきさんは、特定の利用者の顔や聞こえてくる会話に反応し、急に「バカヤロー」と叫び出しました。対象となる人がいつもと違う服装をしていてもみつけ出してしまいます。一日中怒り続けていることが多く、日が経つにつれその対象となる人を見つけると叩くようになりました。攻撃は徐々にエスカレートして対象となる人に対してだけではなく、視界に入った人も対象となってきたため、スタッフはあきさんから目を離すことができなくなりました。あきさんに穏やかに暮らしてもらうためにはどうすればよいのでしょうか？

ケアの試みと効果

あきさんの行動を観察していると、大きな音がするとイライラしだすことがわかってきました。そのため、扉の近くや騒がしい所から離れて過ごしてもらうようにしました。また、怒っている時でも違うことに気が向くと、怒っていたことを忘れてしまったかのように態度が変わることを活かして、面白い顔やジェスチャーを見せて気分を変えるようにしました。

集団活動には参加することができないのではないかと思われていましたが、徐々に怒らずに過ごせるようになり、穏やかな表情の時には顔なじみの利用者を見つけて会話を楽しむようになってきました。しかし、その会話をじゃまするような刺激が入ると、とたんに激しく怒り出すため、穏やかに会話を楽しんでいる時には、他の人が近づかないように環境を調整しました。また、生活史を振り返る中で、あきさんは世話好きで子ども好きということもわかりました。赤ちゃん人形の世話をお願いすると、椅子に座りほほ笑みながら人形を抱いて過ごすようになりました。

ワンポイントアドバイス

私達には何気ないことが、認知症の人にとっては不快や苦痛をもたらす要因となっていることがあります。認知症の人は、自身の力で適した場所を見つけたり環境調整することが難しいので、不快な刺激は取り除くよう心がけましょう。また、あきさんは不快な刺激と同じように快適な刺激にもすぐに反応します。この「影響を受けやすい」という病気の特徴をいかにケアに活かしていくかが、私達の腕の見せどころです。



(4) 食行動異常 ～甘いものばかり食べたい！～

FTD でしばしば経験する急激な体重の増加を伴うほどの大食は、AD ではあまり認められません。また、甘い物・濃い味付けの物ばかりを好むという嗜好の変化がみられることが多く、特定の料理ばかり作る、同じ物ばかりを食べようとする「常同的食行動異常」がしばしば認められます。病状の進行にともない、口一杯になるまで詰め込むことや、逆に全く食事をしようとしなない、遊び食べをするなどがみられる場合もあります。特に意味性認知症では、目についたものを何でも口に入れてしまう口唇傾向がみられることがあります。

さなえさん 68 歳 女性

さなえさんは、同じ時刻に同じ喫茶店で同じフルーツサンドを注文し、食べ終わると悪びれる様子もなくお金を払わずに喫茶店を立ち去ることを繰り返したため、警察に保護され病院を受診しました。近所の人達からは、いつもスーパーで買うのは飴玉 1 袋、緑茶アイス 3 本、特定のメーカーのあんパン、カニ蒲鉾であること、同居する孫からは、毎日買ってきたおやつを全て食べてしまうことがわかりました。近隣からの苦情も出ており、体重はどんどん増加しています。どうしたらよいのでしょうか？

ケアの試みと効果

さなえさんのように、「特定の物を見ると食べる」という被影響性の亢進、同じ時間に同様の行動を繰り返す常同行動により、全く悪気なく無銭飲食をしてそれが繰り返されることがあります。事前に店にお金を支払っておくことで協力を得て、認知症の人の行動を見守ることができた事例もありますが、それも認知症の進行とともに難しくなっていきます。

甘い物・味の濃い物を好む嗜好変化や大食により生活習慣病が悪化します。いつもより元気がないと思っていたら糖尿病が悪化していて、通院や入院治療が必要となった事例もあり、症状の進行にともない身体管理が重要になります。しかし、特定の食品へのこだわりや過食は、入院や入所を機に目の前から対象物が消えてしまうと、リセットされてその後は全く欲しがらなくなることがあります。さなえさんは、入所当時は甘い物をとても欲しがったため、「施設の食事を食べたなら甘いものを少し渡す」という手順を徹底したところ、以前のこだわりなど全く意に介さないかのように、施設の食事をおいしそうに食べて過ごせるようになりました。

ワンポイントアドバイス

食の偏りや過食が続くと、生活習慣病を発症・悪化させる危険があります。しかし、環境を変えることで、特定の食品へのこだわりがすっかりなくなることがあります。



(5) 自発性の低下 ~ あっという間に動けなくなりました! ~

激しく歩き回る周徊や常同行動などの症状とともに、ボーッとしている時間が早くからみられ、やがて自発性の低下した動かない時間が目立つ時期が訪れます。特に若年期の発症例では、自発性の低下が急速に進むことが少なくありません。身だしなみに無頓着になったり、他者に関心を示さなくなったり、質問をしてもよく考えもせず、すぐに「わかりません」と即答するような言動の背景にも、この自発性の低下が考えられます。

さとえさん 75歳 女性

さとえさんは、施設の居室のドアをリズムカルに「ガタガタ」「ガタガタ」と繰り返し音を鳴らしながら、毎日長い時間歩きまわっていました。あるとき、風邪をこじらせて入院すると、当初は安静を保てずにしきりに廊下を歩き回っていました。しかし10日ほど経つと、内科的には順調に治癒したにも関わらずベッドから起き上がろうとしなくなり、食事介助が必要でおむつが必要になってしまいました。

入院前、ADLが自立していたさとえさんの歩行能力は、特に問題はありませんでした。でも自ら動こう、歩こうとする意欲が全くみられなくなっていました。元の生活レベルに戻ることは可能でしょうか？

ケアの試みと効果

自発性の低下により歩かなくなってくると、椅子に座ったり寝転んだりする時間が増えていき、次第に活動範囲も狭くなっていきます。そうしていると四肢の筋力が低下していき、本当に動けなくなってしまうという困った状態を度々経験します。激しい周徊が治まってきたと安心するのではなく、歩行しなくなるのは自発性の低下によるものと受けとめ、体を起こし、靴を履き、歩行するための準備や働きかけを継続して行うことが重要です。

さとえさんの場合は、まず生活リズムを整えるケアを継続して行いました。「時刻表的な日課」を作り、失禁をしていても必ずトイレまで誘導する、寝ていても起きるよう促して、洗面に誘導する、食事は同じ場所で食べる、新聞は同じ場所で読むなど、生活パターンを一定にしました。これはFTDの特徴である「常同性」を活用したケアです。ルーティン化された生活が次第に自分の生活パターンになっていくと、自らトイレや洗面に行くようになり、再び毎日同じコースを同じ段取りで歩く「周徊」が始まりました。

歩行訓練に関しては、付き添って歩くよりも、道具を使えることや「被影響性の亢進」を利用して、平行棒や歩行器を使用すると順調に歩行することができました。食事は、食べ物に関心を示さず口に含んでも飲み込もうともしませんでした。アイスクリームなど冷たい甘い物を勧めたり、食事をワンプレートに盛り付けるなど変化を加えて関心をもてるように工夫をしました。周徊が再開された頃には、特別な盛り付けをしなくても自ら食事を食べることができるようになりました。

ワンポイントアドバイス

周徊などの常同行動が急に消失して動こうとしなくなったとき、身体面の問題がなければ、自発性の低下によるものではないかと気づくことが大切です。FTDでは急速に自発性低下が進行することがあります。いかなる能力も、使わなければあっという間に失われてしまいます。

2) 意味性認知症(SD) |

(1) 語義失語 ~話していることが伝わらない!~

意味性認知症の言語症状には「〇〇って何ですか?」と言う聞き返しが特徴として認められます。言葉は、音声や文法や意味などの要素から成り立ちますが、その中の「意味」だけが徐々に消えていく病気です。言葉の音は聞こえていてもその意味が理解できないため、発話は流暢でも一方的に話し続けてしまい、会話は成立しなくなってしまう。語彙の減少とともにコミュニケーションに対する意欲も低下していきます。普段あまり使わない言葉から失われていき、進行すると発話は数語の繰り返しになっていきます。

まことさん 57歳 男性

まことさんは、仕事で聞き間違えることが増えトラブルを起こすようになり、若年性認知症を疑われ、精査目的で入院となりました。ご本人は、今回の入院は脳梗塞の治療のためと思い込んでいて、何を聞いても頭の左側をおさえながら「このせいでわかりません。すみません」を繰り返していました。

まことさんは入院したその日から、トイレや病室を間違えることもなく、食欲もあり、夜も眠れていました。しかし、言葉が通じないため他の入院患者と交流することができず、何もすることが無い退屈な時間を独りで過ごしていました。気分転換を兼ねた理学療法や木工作業を取り入れましたが、その作業は継続して行うことはできませんでした。まことさんは「治療をしてもらっていない」という不満を募らせ、時間を持て余すことが多くなるにしたがって帰宅願望が強くなり、入院を継続していくことが困難になってしまいました。どうしたらよいのでしょうか?

ケアの試みと効果

入院という特異な環境の中で、認知症の人の気持ちを安定させる関わりは難しいものです。特に言葉の意味が失われていくSDは、ジェスチャーを用いた非言語的コミュニケーションも取りにくくなるため、本人の思いを確認することが難しく、発する言葉や行動からその思いを察していかなければなりません。道具使用においても言葉と同様で、身近にある物品は使えるけれどなじみの少ない物品は使えなくなっていきます。木工作業はまことさんが得意としていたことでしたが、用意された道具はなじみの少ない物であったのかもしれませんが、また、頭の左側をおさえながら「このせいでわかりません」と繰り返していたのは、病初期に言語障害は脳梗塞によるものと診断されたことを覚えていて、脳梗塞の治療が入院目的と考えているまことさんには、作業療法や理学療法は意味のある活動にならなかったのだと考えました。

まことさんは日が経つごとに帰宅願望が強くなっていきました。そこで、ノートに言葉を書き写す作業を取り入れました。進行性の疾患であるSDには、脳卒中の言語訓練のような回復を目的とした訓練は適していません。この作業を、まことさんが「言葉」に関係した「治療」の一つと感じてくれること、病気の特徴である常同性を利用し作業が生活の一部となって安定すること、覚えている言葉の確認と保持、作業を共有しコミュニケーションの場とすることを期待しました。短期間の入院であったため効果を確認することはできませんでしたが、作業場面の共有は、スタッフとのコミュニケーションに役立ちました。

ワンポイントアドバイス

コミュニケーションは、言葉そのものよりも声の調子や表情で伝わるものが大きいです。場面を共有しながら、感情のこもった声かけを続けることがコミュニケーション意欲の維持に繋がります。また、保たれている「伝わる言葉」を見つけ、その言葉が失われずに維持できるように発話を促していく努力も必要です。

(2) 口唇傾向 ～何でも口に入れてしまう！～

口唇傾向とは、目についたものを何でも口に入れてしまう行為のことで、手よりも口を用いて物を確かめようとすることです。常同化すると、危険なものや不潔なものでもかまわず口に入れてしまうため、介護者は目が離せず、介護が非常に困難になることもあります。赤ちゃんが手に取ったものを何でも口に入れて確かめようとする行動を想像してもらえればわかりやすいかもしれません。口唇傾向は病気が進行してきた時期に出現することが多く、その時期は食物を十分に咀嚼せずに呑み込むこともあるため、むせや窒息にも注意が必要です。

みほさん 80 歳 女性

みほさんは、ビスケットやアイスクリームなど甘いものばかりを好み、さらに砂糖 1 kgを一気に食べるなどの偏食や過食が続き、体重増加と高血糖が認められていました。入所後のみほさんは、食事の時間が少しでも遅れると早くするようにせかして、スタッフの説明も聞き入れないため対応に苦慮していました。そこで、食事準備の手伝いを日課にしてみると、焦燥感や混乱はおさまって感情表現も豊かになり、しばらくの間安定して生活することができました。

しかし、病気の進行にともない、排泄や整容など身の回りのことが段々とできなくなり、生活リズムが崩れてきた頃新しい症状が現われてきました。床や地面に落ちているごみや、紙・壁の飾り・落ち葉など、何でもなめたり、口に入れてしまいます。スタッフが気をつけて片付けると、壁紙やソファの布を破っては口に入れ、部屋では布団や枕の端を吸い続けるようになりました。どうしたらよいでしょうか？

ケアの試みと効果

みほさんが口に入れたら危険な物を、スタッフが気をつけて片付け、こまめに掃除をしました。一時的には口に入れる機会が減りましたが、「口に入れる」行動はおさまらず、再び頻繁になっていきました。そこで「拾った物を口にしないでいいようにするには、拾わないようにしたらどうだろうか」と考えました。カバンを持って歩く、赤ちゃん人形を抱く、散歩の時には手をつないで歩くようにしたところ、「物を拾って口にすること」は改善されました。そして、アクティビティへの参加を積極的に促し、見守りができる時間を増やしました。また、みほさんには糖尿病があるので、低カロリーの食べ物を利用して少しでも食欲が満たされるように工夫したところ、部屋で布団や枕の端を吸っている姿は見かけなくなりました。

ワンポイントアドバイス

対応が困難な事例に対して、早急に良い結果を求めることは難しいことです。諦めずに試行錯誤をしながらケアを見直し、組み立てていくという過程が、結果として『その人のケア』に繋がっていきます。

既に起こってしまったことを叱ったり制止するのではなく、前もってきっかけを除いたり、その行為が行われないよう工夫することが大切です。つまり、拾った物を口にすることを叱るのではなく、物を拾って口に入れないためには、どうしたらよいかを考えましょう。

1) 「病気の特徴の理解」がはじめの一步

お店の物を無断で食べる、いきなり他人を叩くなど抑えがきかず、「我が道を行く」行動をとってしまうことがこの病気の特徴です。しかし、会話は普通にできて嫌なことはしっかり覚えています。1人で電車やタクシーに乗って行きたい場所へ行き、帰ってくるすることができます。一見しっかりしているように見えるため、周りの人は「認知症」とは思わず、理解され難い病気です。

家族は、本人がしてしまった行動を周りから責められて悩み、病気のためなのに心ないことを言われ、理解されない悲しみ・苦しみを抱えきれずに心を閉ざしてしまいます。本人の行動を何とかしたいと思うのに行動を止めるとさらに激しくなるため、悩みはさらに深くなっていきます。デイサービスなどの施設から利用を断られる度に落ち込み、自暴自棄になってしまうこともあります。本人・家族を支える立場のケアマネジャー自身こそが、FTDについてよく知り、理解することが何よりも大切です。

2) 家族の目線で心を傾けて聴き、言葉にできない本当の思いを知る

病気が理解できるようになると、認知症のご本人や家族の苦しみ・悲しみがよく分かり、家族の声にならない思いを汲み取りながら話を聞くことができるようになります。病気の特徴を踏まえたケアの工夫を助言することもできるようになり、理解されない辛さから心を閉ざしてしまっていた家族も、ケアの可能性を考えることができるようになっていきます。その際、専門用語は家族にわかる言葉へ置き換えて伝えるようにします。家族の力で決断できるように、また、決断したことを肯定し後押しすることは大切な役割です。

- 「本人をよく知ること」が大切です -

- * 「頼りにしている人は誰か」「よく話していること・好きなこと・興味があることは何か」「怒る時の状況・気持ちを切り替えるきっかけになる言葉・関わり方は何か」を限られた場面・時間で観察します。
- * 嫌なことはしっかり覚えています。関わりの中で「その場しのぎ」にはしないように気をつけましょう。
- * 例えば、「みんなで一緒に楽しく食べる」よりも、刺激の少ない静かな環境で食べた方が多い場合が多いこと。デイサービスの利用を週1から徐々に慣らしていくよりも、初めから1週間毎日同じ時間に、(慣れるまではできるだけ)同じ人が対応して同じ作業を用意する。といったように、病気の特徴を活かしたケアマネジメントが必要です。ADで良いとされるケアが、FTDにも良いケアとは限りません。
- * 行動の変わり目は症状の変化のサイン！見逃さずに早い時点で気づき、変化と共に関わり方も変えるスピードを！
- * 「できないこと = ADLの低下」ではなく、身体は十分に動かせるのに「自ら動かす意欲が低下している」ことが多いので要注意！自ら動かそうとするきっかけとなる関わり方を検討します。



～医療と介護・在宅とサービス先でささいなことでも伝え合って連携を！！～

ケアマネジャー

- *本人の暮らし方・情報を得る
- *サービス先の詳しい状況を知る
- *サービス先へ情報提供・報告をする
- *医療機関（認知症専門医）での的確な診断へ繋ぐ

病院受診は同席して情報提供する
嫌がる時は「健康診断に行こう」「私の検査について来て」などの理由で診察中に立ち去った時は、気分転換を図る

医師・家族とのやり取りがスムーズに行えるように関わる

- *家族の判断を後押し・代弁をする

サービス先

- *自宅やサービス先での詳しい様子について、ケアマネジャーから情報を得る
- *本人が困っている時に、メインで関わるスタッフを決めておく
- *できることから一つずつ関わる
- *ささいな変化を見逃さずに観察・報告をする

医療機関・サービス先医療スタッフ

- *サービス先の医療スタッフは、小さな変化の発見を見逃さずに、医療へ繋げる
- *医療機関は、家族・ケアマネジャー・サービス先からの情報を元に的確な診断へ繋げる

*2015年7月から、FTDとSDは、一定の条件を満たした場合に難病医療費助成制度を利用できる難病に指定されました。お問い合わせはお住まいの市町村窓口まで。



略語一覧

A D	アルツハイマー病	alzheimer disease
A D L	日常生活動作	activities of daily living
A L S	筋萎縮性側索硬化症	amyotrophic lateral sclerosis
B P S D	認知症に伴う心理・行動障害	behavioral and psychological symptoms of dementia
F T D	前頭側頭型認知症	frontotemporal dementia
F T L D	前頭側頭葉変性症	frontotemporal lobar degeneration
M N D type	運動ニューロン疾患型	motor neuron disease type
P N F A / P A	進行性非流暢性失語症	progressive non-fluent aphasia
S D	意味性認知症	semantic dementia



参考文献・資料

- 1) 日本認知症学会(編) 「認知症テキストブック」 中外医学社, 290-315, 309, 2008
- 2) 中島健二、和田健二(編) 「認知症診療Q & A 92」 中外医学社 81-85, 89-93, 2012
- 3) 織田辰郎 「前頭側頭葉変性症「FTLD」の診断と治療」 弘文堂 7-17, 88-89, 2008
- 4) 宇高不可志(編) 「認知症診療ハンドブック」 医薬ジャーナル 185-188, 2012
- 5) 池田 学 「前頭側頭型認知症の症候学」 臨床神経学 48(11):1002-1004, 2008
- 6) 日本神経学会監修 「認知症疾患治療ガイドライン 2010」 医学書院 316-329, 2010
- 7) 高橋 智(編) 「いきなり名医! 日常診療で診る・見守る認知症」 日本医事新報社 40-45, 2010
- 8) 小森憲治郎 「Semantic Dementia と語義失語」 高次脳機能研究 29 :34-42, 2009
- 9) 田邊敬貴 「ピック病の位置づけー前頭側頭型認知症との関連」 老年精神医学雑誌 18:585-590, 2007
- 10) 数井裕光, 武田雅俊 「意味性認知症」 BRAIN and NERVE 63(10):1047-1055, 2011
- 11) J S Snowden, D Neary, et al 「Distinct behavioural profiles in frontotemporal dementia and semantic dementia」 J Neurol Neurosurg Psychiatry 70 :323-332, 2001
- 12) 一美美奈子ほか 「意味性認知症における言語訓練の意義」 高次脳機能研究 32 : 417-425, 2012
- 13) 池田 学 「前頭側頭型認知症の臨床」 中山書店 74-78, 2010
- 14) 工藤 喬 「認知症に伴う精神症状問題行動に対する薬物療法」 老年期認知症研究会誌 16:72-75, 2010
- 15) 小森憲治郎ほか 「Semantic dementia 例に対する語彙再獲得訓練」 認知リハビリテーション 2004: 86-94, 2004

認知症の医療・介護に関わる専門職のための
「前頭側頭型認知症&意味性認知症」こんなときどうする！

平成 25 年 3 月 初版 第 1 刷発行

平成 26 年 3 月 初版 第 2 刷発行

平成 28 年 3 月 第 2 版 第 1 刷発行

監 修 中西 亜紀

編集者 中村 里江 長谷川 美智子

企 画 大阪市福祉局高齢者施策部高齢福祉課（認知症施策グループ）
大阪市立弘済院

発 行 大阪市福祉局高齢者施策部高齢福祉課（認知症施策グループ）
大阪市北区中之島 1-3-20

* 本書の無断転載・転用を禁じます（非売品）

* 本書に関するお問い合わせ先

大 阪 市

TEL 06-6208-8051
