

脳炎後に重度健忘を呈した症例の回復過程 —— とくに病識欠如と自発性低下の改善について ——

Recovery Process of a case with severe amnesia after encephalitis

斎藤 文恵*, 穴水 幸子*, 加藤元一郎*

要旨：原因不明の非ヘルペス性脳炎後に重篤な健忘症候群を呈した30歳代女性の症例に対して認知リハビリテーションを長期的に実施した。その過程を、神経心理学的所見の変化を含めて報告する。症例は記憶障害のみならず病識欠如と自発性低下を伴い、発症後1年半の間は日常行動や認知リハビリテーションが困難な状態が続いた。しかし環境の変化をひとつの契機として自発性の向上がみられ、記憶障害も自覚するようになった。さらに発症後2年以上経過した時期からは、認知リハビリテーションにも積極的に取り組み始め、エピソード記憶も徐々に改善し、代償的手段も利用できるようになった。日常記憶チェックリストでは、本人の評価が経過を通して一貫しているのに対して、家族の客観的評価では改善がみられた。発症後4年において、健忘症状と病識に問題は残すものの、自発性の向上は明らかに認められ、記憶障害に対する代償的手段の利用も良好なレベルに至った。

Key Words：脳炎、記憶障害、自発性低下、病識欠如、認知リハビリテーション

はじめに

健忘症候群、とくにコルサコフ症候群や前脳基底部健忘では、自らの記憶障害に対する病識が欠如することがあり、「物忘れすること」に一応の自覚があっても深刻味がないことが多い。一方、側頭葉性健忘の慢性期では、病識が認められ、時にはそれが深刻で物忘れに自らが悩むこともある(加藤, 2002)。すなわち健忘症候群に伴う病識欠如のあり方は多様であり、その重症度や変化(改善)については不明の点が多い。また病識欠如と自発性の低下や人格変化との関係についても不明な部分が多い。

我々は原因不明の非ヘルペス性脳炎後に明らかな病識欠如を伴う重篤な健忘症候群を呈した症例を経験した。発症初期は記憶障害に対する病識欠如が顕著であり、自発性も低下していた。認知リハビリテーションを通して長期的に関与していくなかで、症状の変化・改善を認めたのでその経過を報告する。

1. 症 例

30歳代女性、右利き、大学卒。特記すべき既往歴なし。夫、子どもと3人暮らし。病前性格は穏やかで、計画的に物事に取り組むタイプであったという。

X年11月下旬から何度も同じことを尋ねるなど健忘症状が観察され、1週間後、頭痛・高熱に続いて意識障害を呈したため近医に入院した。入院時、MRIで両側側頭葉内側部に高信号域を認めた。髄液検査では軽度の細胞数増加を認め、ウイルス性脳炎、とくに単純ヘルペス脳炎が疑われ、点滴静注にてアシクロビル1500mg/dayの投与が開始された。しかし、入院日に提出した髄液及び血清の単純ヘルペスIgG、IgM(FA)ともに陰性であり、PCR法によっても髄液の単純ヘルペスDNAフラグメントが検出されなかった。その他、Japanese encephalitis, varicera-zoster,

【受理日 2010年6月14日】

*慶應義塾大学医学部精神神経科 Fumie Saito, Sachiko Anamizu, Motoichiro Kato : Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine

cytomegalo, EB, Echoなどの病原検索を行うも、特定不能であった。髄液の細菌培養、真菌培養、PCR法を含む結核菌培養は陰性であった。髄液細胞診では明らかな異型細胞は認められなかった。最終的に、ヘルペスをはじめウイルスは特定されず、原因不明の非ヘルペス性脳炎と診断された。発症より2ヵ月経過した翌年1月に、精査およびリハビリ目的で当院を受診した。

当院初診時は、数分前のことを忘れる重篤な前向健忘と見当識の障害を認めた。一方、逆向健忘は明らかでなく、作話も生じなかった。病識は欠

如し、「自分はまったく問題ない」「なんでここ(病院)に来なければならないのか」と拒否的態度を示しやすい性格変化も伴っていると思われた。また、促されなければ何もせずに横になっていることが多く、自発性の低下を認めた。

この時点で初回神経心理検査を実施したが、「必要ないです」と繰り返し退席するなど、評価は困難な状態であった。とくに記憶検査でその傾向が強く、WMS-Rの記憶指標を算出する下位検査は実施できなかった(表1)。

表1 神経心理検査結果

		1回目: X+1年1月 (発症より2ヵ月)	2回目: X+2年8月 (発症より1年9ヵ月)	3回目: X+4年1月 (発症より3年2ヵ月)
WAIS-R	言語性IQ	74	110	—
	動作性IQ	92	111	—
	全検査IQ	80	112	—
RCPM	/36	29	36	—
MMSE	/30	22	23	—
WMS-R	言語性記憶	算出不可	76	74
	視覚性記憶	算出不可	94	113
	一般的記憶	算出不可	78	83
	遅延再生	算出不可	50 未満	50 未満
	注意/集中力	106	127	132
ROCFT	模写 /36	33	36	36
	3分後再生 /36	不可	6	9.5
RAVLT	直後再生 /15	4-6-6-7-5	6-7-7-10-9	7-9-13-9-11
	干渉リスト /15	3	7	6
	干渉後再生 /15	2	0	0
	再認 /15	11 FN4 FP5	13 FN2 FP5	12 FN3 FP0
WCST	達成カテゴリー数	0	5	—
	ネルソン型保続	42	3	—
Stroop	I	11sec. error 0	15sec. error 0	—
	II	19sec. error 0	14sec. error 0	—
	III	26sec. error 1	24sec. error 2	—
Word Fluency	initial letter /3min.	21	30	—
	category /3min.	35	50	—
RBMT	標準プロフィール点	—	5	8
	スクリーニング点	—	1	3
BADS	年齢補正標準化得点	—	70	86

WAIS-R : Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised, RCPM : Raven's Coloured Progressive Matrices, MMSE : Mini-Mental State Examination, WMS-R : Wechsler Memory Scale-Revised, ROCFT : Rey-Osterrieth Complex Figure Test, RAVLT:Ray Auditory Verbal Learning Test, WCST : Wisconsin Card Sorting Test (Keio version), Stroop : Modified Stroop Test, RBMT : Rivermead Behavioural Memory Test, BADS : Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome

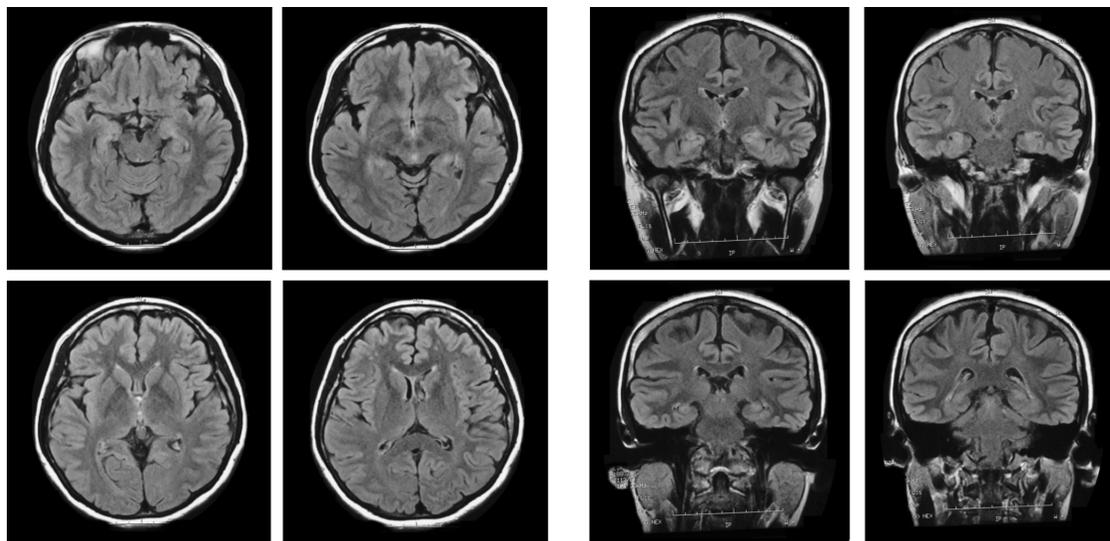


図1 MRI FLAIR画像
両側側頭葉内側部領域に高信号域を認める

画像所見

X+1年5月（発症より半年時点）のMRI FLAIR画像では、両側側頭葉内側部領域に高信号域を認めた（図1）。また、同時期のECD-SPECT e-zis解析では、両側の前頭葉極部とその内側部、前部帯状回、後部帯状回、頭頂葉内側部に血流低下を認めた（図2）。

2. 治療・リハビリテーション

薬物療法（ドネペジル、アマンタジン）と並行して、認知リハビリテーション（以下認知リハ）を開始した。毎週1回家族に連れられて来院したが、本人には病識がないため通院や認知リハの必要性を認めず、疎通性は不良で無表情であることが多く、問われたことにだけ最低限答えるといった反応性が低い状態が続いた。

家庭では実家の両親のもとに夫、子どもとともに住み、家族の全面的サポートを得ながら生活していた。促さなければ何もしない状態だったので、家族は本人の友人の協力も得ながら、曜日変わりでスケジュールを作り、音楽活動やスイミングなどできるだけ外に出る機会をもつよう積極的に働

きかけていた。

以下、認知リハの経過について3段階の時期に分けて述べる（表2）。

a. 認知リハの経過：第1期 —X+1年2月～X+2年6月…両親と同居の時期—

自ら積極的に認知リハに取り組むことはないものの、与えられた課題については概ね応じることができた。リハ場面では“Hanoiの塔”のような手続記憶課題や、場面画の書字描写から直後再生、物語文の筆写からキーワードの想起などの課題を使って進めていった。X+1年4月、認知リハ開始後2ヵ月時点で、視覚刺激によりエピソード記憶を強化するため、日常生活場面をデジタルカメラで撮り日記風にコメントをつける“フォトダイアリー”を家族の協力を得て開始した。写真の撮影は家族または促されて本人が行い、編集は家族、コメントは促されて本人が書いていた。しかし認知リハの際に写真のエピソードについて尋ねても、書かれたコメント以上のことは答えられない場合が多かった。同年7月からは、筆写の題材を新聞コラムに変更し、3ヵ月後、ホームワークとして導入した。筆写は家族の促しによって週3～4回のペースで取り組み、外来日に書いたものを

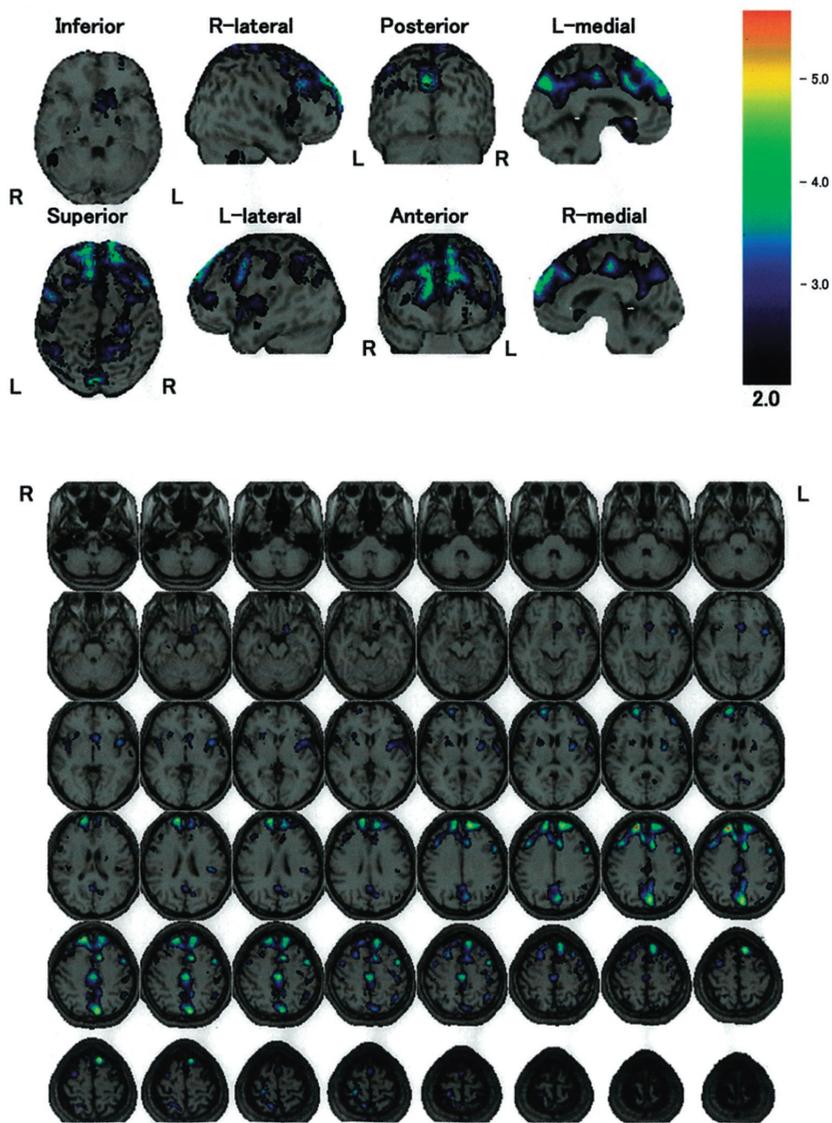


図2 ECD-SPECT e-zis 解析

両側前頭葉極部とその内側部，前部帯状回，後部帯状回，頭頂葉内側部に血流低下を認める

持参した。

表3は日常記憶チェックリスト(数井ら, 2003)による記憶障害の評価である。X+1年2月の評価では，本人10(／39)点に対して家族は29(／36)点と差が著しく，記憶障害に対する本人の過小評価(病識欠如)傾向が示された。また

図3は同年9月に行ったCAS標準意欲評価法(2006)による意欲・自発性低下のレベルの評価である。〔質問紙法〕による自己評価は同年齢群の平均範囲内であるのに対して，客観的な評価である〔面接評価〕および〔日常生活行動評価〕では明らかな意欲低下が認められており，記憶だけ

表2 認知リハビリテーションの経過

X年	11月	…発症	
X+1年	1月	…初診	神経心理評価(1回目)
	2月	…認知リハ開始	
	4月		フォトダイアリー導入
	7月	第1期	コラム筆写開始
X+2年	10月		コラム筆写ホームワーク導入
	7月	…転居	
	8月		神経心理評価(2回目)
X+3年	11月	第2期	記憶サポート帳導入 フォトダイアリー終了
	1月		展望記憶リハ開始
	3月	…認知リハ方針転換	展望記憶リハ中止 筆写ホームワーク任意実施へ
	11月		想起用ノート導入
X+4年	12月		記憶サポート帳からA5判ノートへの移行準備
	1月	第3期	神経心理評価(3回目) サポート帳終了
	6月		携帯メールリハ開始

表3 日常記憶チェックリスト

		下位項目(全13項目)					
		得点 (/max)	全くない	時々ある	よくある	常にある	不明
X+1年 2月 (発症より3ヵ月)	本人	10 (/39)	3	10	0	0	
	家族	29 (/36)	2	0	1	9	1
X+3年 1月 (発症より2年2ヵ月)	本人	9 (/39)	4	9	0	0	
	家族	26 (/33)	0	0	7	4	2
X+4年 11月 (発症より4年)	本人	9 (/39)	4	9	0	0	
	家族	17 (/39)	2	5	6	0	

*家族の評価で“不明”の項目があるため、得点にはそれぞれ項目数×3点のmax値を記載している
健常群 53.0±19.7歳の平均得点 10.3±4.0 (文献8より)

でなく意欲・自発性の面でも本人の問題意識が低い(通常程度の意欲・自発性があると認識している)ことがうかがわれた。〔日常生活行動評価〕の下位分類では、食事や入浴など「身の回りの動作に対する自発性・活動性」に相当する項目がいずれも0点、すなわち“ほぼいつも自発的に行動できる”であるのに対して、服薬するなど「自己の病気の認識に伴う意欲状態」、他者と話をするなど「他者・周囲・社会への関心、およびQOLに関する意欲状態」の項目の得点が高く、基本的な日常行動は問題ないのに対して、より病識や認

知機能に関わる行動面での自発性が乏しいことが示された。以上のように、この時期には、病識欠如と自発性の低下、および訓練に対する拒否的な態度が目立っていた。

発症から1年を経過する頃には、疎通性不良の状態は続いているものの、今日は1回笑った、自分から質問した、など状態の改善傾向が若干みられるようになってきた。家族からも、少しずつ良い報告を得た。例えば、X+1年2月には「何か変だと感じているらしい」、4月「少し記憶が残ることがある」、5月「自分から家事をやる時が

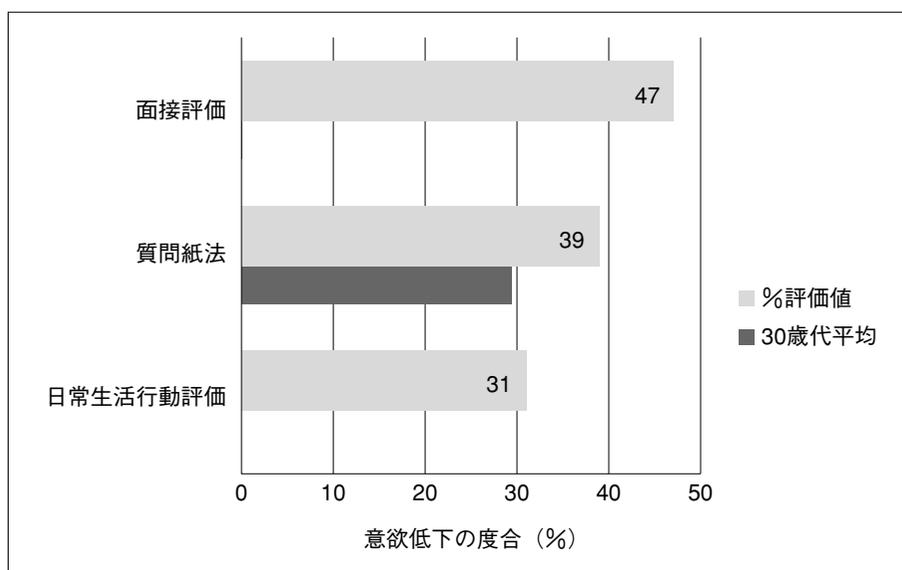


図3 標準意欲評価法

* 30歳代平均は、面接評価 0.4 ± 1.3 、質問紙法 29.4 ± 11.6 、日常生活行動評価 0.0 ± 0.0 である。評価はX+1年9月（発症より10ヵ月）に行った。質問紙法は平均範囲内であるのに対して、面接評価・日常生活行動評価の低下が著しい。

ある」, 6月「1人で近所の店に買い物に行けた」, 10月「昼間あまり寝なくなった」などである。発症から約1年の時点で、夫が核家族で独立して住みたいという意向を示し、本人もそれに同意した。しかし、改善傾向にあるとはいえ依然として指示されなければ行動できず、記憶障害も重篤であることから両親の反対は強く、医療サイドとしても両親との別居を積極的に勧められない状況であった。

その後、8ヵ月ほどの調整期間を経て、実家に近いところにアパートを借り、昼間は子供を連れて実家に居て、夕方帰宅した夫に連れられてアパートに戻るといった環境を整え、「これまでの生活パターンを維持する、1人にしない、症状が悪化したらすぐもともにもどす」という条件で、X+2年7月から夫と子どもと3人で住むことになった。親元を離れたことは結果的に良い方向に作用し、その後の改善に大きく寄与することになる。

b. 認知リハの経過：第2期 —X+2年7月～ X+3年3月…両親と別居後約9ヵ月間—

両親と別居してからの最も大きな変化は、自発性の向上であった。X+2年の秋頃からは外来通院も1人で可能になった。また、ある程度の記憶障害の自覚も出現した。しかし疎通性は依然として不良であった。

X+2年8月から、認知リハと並行して神経心理検査を実施し再評価した（表1）。知的機能、前頭葉機能の検査成績は平均を上回り、注意集中力も非常に高い水準にあるのに対して、記憶検査の成績は不良であり、純粋な健忘症候群の病像を呈していた。RBMTリバーミード行動記憶検査も不良、BADs遂行機能障害症候群の行動評価法もIQの水準に比し顕著に低下し、記憶障害とともに遂行機能障害が示唆された。この時期の検査においては初回のような強い拒否は示さなかったが、とくに記憶検査に対しては「こんなことを機械的に覚えるのは意味がない」との姿勢

をくずさず、またBADSでは自由度の高い課題に対して「どうやったらいいのかわからない」「めんどくさい」「わからない」などの発言があった。

X+2年11月、発症より2年を経過する頃から、「記憶サポート帳」(安田, 2008)を導入した。記憶サポート帳はA4サイズで、見開きの左側がフリースペース、右側は「今日やること」「やったことと会った人のこと」「覚えておきたいこと」などと具体的に書き分けるように構成されている。メモリーノートは過去にもいろいろな方法を試みてなかなか定着しなかったが、この記憶サポート帳は、買い物のレシートや出かけたところのパンフレットなどをフリースペースに貼付してすべての情報を一元化し、また、今日やること、やったこと、覚えておきたいこと、今後の予定などを同じパターンで繰り返し書くことにより利用が定着していった。なお、記憶サポート帳の導入以降、フォトダイアリーは終了した。

X+3年1月からは、南雲による“展望記憶課題”(南雲ら, 2001)をもとに、展望記憶の強化を目的とした直接訓練を開始した。この課題は、たとえば“絵葉書を返す”というトライアル課題を学習し次のセッションで自らが意図的に実行する、といったもので、12回のセッションを予定して進めていた。しかし、9回目のセッション開始時に決然と「今日の課題(前回セッションで学習した課題の想起)はありません」と述べ、さらに「もっと自分に関係のあること、意味のあることにしてほしい、たとえば“先生の鍵を借りる”という課題だったら、返さないと先生が困ると思うから覚えようと努力する」と自らの治療への意欲を初めて具体的に述べた。それまでは疎通性が十分でないことから、セラピストが患者自身の個人的な生活面に踏み込むことは控えていたが、認知リハを全面的に見直し、直接訓練は中止、サポート帳の記載を確認して日常生活を詳細に把握する中で、次回までに確認しておくこと、など必要な課題をそのつど設定するように切り替えた。また継続してきたホームワークの筆写については任意実施とした。

c. 認知リハビリテーションの経過：第3期

—その後の回復期—

X+3年3月以後は、外来場面での態度が明らかに変化した。疎通性が良好になり、ごく自然な会話が可能になった。また、サポート帳の記載についてセラピストが質問するとエピソード記憶が定着していることがうかがわれた。例えば5月の連休に行った旅行について、メモを見ないで時系列に沿って思い出して話すことも可能だった。

X+3年11月、発症より3年の時点で、「日常でできる記憶の課題を出してください」との要請があり、“想起用ノート”を導入した。これは前日の出来事を次の日に思い出して書き、サポート帳で確認するためのノートであり、これに加えて認知リハ当日の朝には、過去1週間のトピックスと今後の重要な予定を3つずつ書き、リハの場面で確認した。前日の出来事の想起はかなり良好であり、エピソード記憶の定着がうかがわれた。今後の予定についても重要なことは想起可能であった。記憶サポート帳は1年ほど継続して、かなり有効に活用できていたが、本人より、持ち運びが不便なので小さいサイズのノートを試みたい、という希望があった。本人が選んだ見開き1週間のA5判ノートを使用することに決め、1ヵ月間の移行期間を経てX+4年1月には記憶サポート帳を終了した。このA5判ノートはその後にも有効に機能している。

良好な疎通性やエピソード記憶の定着から臨床症状の改善が期待されたため、X+4年1月に記憶課題を中心に3回目の神経心理検査を実施した(表1)。しかし、視覚性即時記憶には改善をみとめるものの、多くは2回目(X+2年8月)の結果と著変なく、検査上は依然として重度健忘症状を呈していた。BADSではやや改善がみられたが、課題の新奇性が低下して取り組み易くなったことによる得点上昇は否定できないと思われた。なおCASの〔面接評価〕による意欲評価はこの時点で6%であり、意欲・自発性の面ではほとんど問題がないと考えられた。

X+4年6月からは、携帯メールを使った認知リハを開始した。携帯メールは元々使用していたため課題の導入には問題がなかった。試行期間を

経た後に、主たる課題を、①送信期限時刻を設定し（午後10時まで）、②タイトルを毎日変えて（「〇月△日の予定」）、③翌日の予定を書く、と固定して展望記憶の強化を図った。送信期限時刻超過や、タイトル変更をしていないことが稀にはあるが、送信自体を忘れることはほとんどなかった。

携帯メールを開始してからは、外来通院を週1回から段階的に減らして月1回としている。家庭では、家族の支援を受けながら大きな問題なく日常生活を送っている。X+4年11月の日常記憶チェックリストでは、本人の自己評価が経過を通して一貫しているのに対して、家族の評価は、X+1年2月には9項目あった「常にある」が0項目になり、うち「常にある」から「時々ある」へ2段階改善したのは5項目と、大きく改善していた（表3）。

3. 考 察

本症例は、中核症状である重篤な健忘症候群に病識欠如と自発性の低下が加わり、日常行動やリハビリテーションが困難な状態が続いていた。発症より4年以上が経過した現段階では、神経心理検査上の記憶障害の重症度が変化せず、健忘症状は残存しているにもかかわらず、自発性は明らかに向上し、深刻味はないものの記憶障害に対する日常生活上の病識も出現し、メモリーノートを用いることで家庭生活を送る上では大きな支障がない程度に改善している。

改善の要因のひとつとしては、家族、友人、医療サイドの長期にわたる支援の継続が挙げられる。さらに発症から1年8ヵ月時点では親元からの独立という環境的な変化があり、それが良好に作用した。大東（2009）は、記憶障害の強い症例に障害それ自体を気づかせることは難しく、むしろ行動の結果に自身で気づくようにすることや、気づきを促すような代償的手段を使用することなどの手法がより有効である場合が多いと述べている。本症例の家族は、自発性の低下が著しい時期でも“その場に連れていけば何とか活動でき

る”という行動特性を利用して、比較的早期から症例が家庭の外で活動する様々な機会を設定した。親元からの独立後は、症例自身にある程度の責任が課せられる状態にもなった。これらのことは、自発性の向上とともに病態の認識を促し、代償手段の活用を意識させる結果になったと考える。また、曜日ごとのスケジュールを決めて生活をパターン化する、項目を細分化した記憶サポート帳を使用する、というように行動の枠組みを設定して長期間反復継続したことも、障害を補う意味で重要であったと考える（加藤, 2006）。

認知リハ第1期～第2期に相当する時期の改善は、主に自然治癒と外的な働きかけや環境変化によるものと考えられるが、第2期から第3期に至る過程では、症例が自らの意思で認知リハに積極的に取り組み始めるという内的な動機が作用している。この時期は日常生活上の自発性向上が認められた時期であり、この変化と並行してリハビリに対する動機の改善が出現した。すなわち、直接の契機は不明だが、発症より2年半ほど経過した時点で、「リハビリはやりたい」（記憶障害の認識）が「このやり方では嫌だ」（自発性の表れ）という急激な態度の変化が生じ、自己認識が変化したとも考えられる状態が現れた。この変化の背景には、長期間の関わりの中でセラピストとの間に生じていた潜在的な安定関係があったと想定される。

病識については、日常記憶チェックリストによる自己評価と家族など第三者評価のスコアの差がひとつの指標となると考えられている（数井ら, 2003, 羽生, 2007）。本症例は本人と家族のスコアに大きな差があったが、発症より4年の時点では、家族の評価に改善がみられた。しかし自己評価は、記憶障害に対する病識欠如が重度な時期もその後の経過のなかでも一貫しており、いずれの時期においても健常群の平均に相当した。「自分は問題ない」と言っていた時期に健常者平均と同様であることは理解できる。しかし、症例が生活上の記憶障害をある程度認識するようになってからもこの自己評価には変化がなかった。なぜチェックリストによる自己評価が変化しないのであろうか。これは、日常生活場面や臨床的印象が改善

したようにみえるのは自発性の向上や拒否的態度の消失によるところが大きく、記憶障害やそれに対する自己認識は本質的にはあまり変化していないということの意味しているのかもしれない。一方、自己評価能力を評価する方法の問題も存在する可能性がある。たとえば日常記憶チェックリストの尺度構成の問題である。このチェックリストでは「全くない」「時々ある」「よくある」「常にある」の4段階で評価を行うが、このうち3つが「ある」と記憶障害を肯定する表現となっている。「全くない」と「時々ある」の間に「ほとんどない」のような否定表現があれば、病識の微妙な変化が反映された可能性も考えられる。

本例では、発症後重度の自発性欠如が認められた。そして、記憶障害が残存する一方、この自発性欠如には明らかな改善が認められた。Levy (2006) はアパシーを情動的処理の障害によるもの、認知処理の障害によるもの、心的自己賦活の障害によるもの、の3型に分けそれぞれの脳基盤に言及している。このうち心的自己賦活の障害によるアパシーは基底核、帯状回前部を含む前頭葉内側面、白質を含む広範な前頭葉の損傷とされ、外界からの刺激や誘導に対する正常な反応と自己賦活の減少という解離が特徴である (加藤, 2008)。本症例はSPECT画像上、両側前頭葉の内側部、前部帯状回、後部帯状回、頭頂葉内側部に血流低下が認められ、また自発的な活動は低下していたが促されれば活動できる、すなわち、外的刺激により行動が誘発されるという行動特徴がみられたため、病像の主因は心的自己賦活の障害による自発性の低下と考えられた。なお、帯状回を含む大脳皮質正中内側部構造は、近年、自己の認識や自己をとりまく状況に関与する部位として注目されている (Gusnardら, 2001, Bucknerら, 2008)。病識欠如が著しかった本症例で、前部帯状回、後部帯状回、頭頂葉内側部という大脳皮質正中内側部構造に血流低下が認められたことは注目すべきであるかもしれない。本邦の羽生 (2010) も、アルツハイマー病の記憶障害に対する病識の責任病巣について脳血流SPECTを用いて検討し、前頭前野の内側部と帯状回の前部から後部を含む大脳皮質正中内側部構造の一部

がアルツハイマー病の記憶障害の病識低下に関与していると述べている。なおアパシーと病識に関連する脳部位が一部オーバーラップすることは興味深い現象と思われる。本症例は基本的な身の回りの動作は良好でありながら病識や認知機能と関連した活動において明らかに自発性の低下を認めた。これは、アパシーと病識が相互に影響しあうことの臨床的な一例と考えられる。アパシーと病識の関連については今後も見当が必要であろう。

最後に、類似の脳炎後の症例について若干の考察を行いたい。中川ら (2006) は、著明な記憶障害を呈し、病識も欠如しているEBウイルス脳炎症例について報告している。彼らの症例は、WMS-R上の成績はリハビリテーション後に比較的改善したが、病識欠如の影響で周囲との関係が悪化してしまう傾向にあり、職場復帰も困難であった。我々の症例でも2年以上にわたり著しい病識欠如の状態が続き、生活上の困難が持続した。両症例の共通点として、病識欠如が脳炎後の回復過程に大きな影響を与えることは重要である。一方、前田ら (2009) は非ヘルペス脳炎後に発動性が低下した症例を報告している。彼らの症例は、検査上は知能・記憶・遂行機能の障害を認めなかったが、発動性の低下により復職が困難であった。しかし作業療法により改善がみられ発症後5ヵ月で復職を果たしている。我々の症例は自発性低下のみならず健忘症候群を呈しているという点で異なるが、脳炎後の回復過程に病識欠如のみならず、自発性の低下が大きく関与することも重要であろう。

本症例の今後の展望として、現状の家庭生活が変化した場合に適応的行動をとれるかという問題がある。もっとも考えられるのは展望記憶と関連した遂行機能障害の顕在化である。展望記憶の障害がある場合、遂行機能における最初の段階すなわち目標設定や行動開始に至らないことが予想される。発症より4年以上となる現在は、心理的サポートの意味も加わり認知リハビリテーションを続けているが、今後、携帯メールによる展望記憶のサポートと記憶的代償を用いて、本症例の活動の多様化に沿うような認知リハビリテーションの考案が重要であると考えている。

文 献

- 1) Buckner RL, Andrews-Hanna JR, Schacter DL: The brain's default network; anatomy, function, and relevance to disease. *Ann N Y Acad Sci*, 1124:1-38, 2008
- 2) Gusnard DA, Raichle ME: Searching for a baseline; functional imaging and the resting human brain. *Nat Rev Neurosci*, 2: 685-694, 2001
- 3) 羽生春夫: 認知症と病識. *Dementia Japan*, 21 : 205-214, 2007
- 4) 羽生春夫: アルツハイマー病の病識と Cortical Midline Structures. *神経心理学*, 26 (1) : 59-64, 2010
- 5) 加藤元一郎: 記憶障害と健忘症のリハビリテーションはここまで変わった. 高次脳機能障害の臨床はここまで変わった (宇野彰, 波多野和夫, 編). 医学書院, 東京, 2002, 67-92
- 6) 加藤元一郎, 穴水幸子: 精神障害リハビリテーションの目標とゴール—生物学的視点から—, *精神科治療学*, 21 (1) : 27-35, 2006
- 7) 加藤元一郎: アパシー (意欲障害) とは—精神科の立場から—. 脳疾患によるアパシー (意欲障害) の臨床 (小林祥泰, 編). 新興医学出版社, 東京, 2008, 9-16
- 8) 数井裕光, 綿森淑子, 本多留美, ほか: 日本版日常記憶チェックリストの有用性の検討. *脳と神経*, 55 (4) : 317-325, 2003
- 9) Levy R, Dubois B: Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex-basal ganglia circuits. *Cerebral Cortex*, 16 (7) : 916-928, 2006
- 10) 前田優, 早川裕子, 吉岡文, ほか: 発動性が低下した一症例に対する復職アプローチ. *認知リハビリテーション*, 14 (1) : 65-71, 2009
- 11) 南雲祐美, 加藤元一郎, 梅田聡, ほか: ヘルペス脳炎後遺症による健忘例に対する展望記憶訓練の効果について. *認知リハビリテーション* 2001. 新興医学出版社, 東京, 2001, 74-80
- 12) 中川良尚, 五十嵐浩子, 小嶋知幸, ほか: 著明な記憶障害を呈した EB ウイルス脳炎症例に対する認知リハビリテーション—機能回復と病識欠如—. *認知リハビリテーション* 2006. 新興医学出版社, 東京, 2006, 113-119
- 13) 日本高次脳機能障害学会 Brain Function Test 委員会: 標準注意検査法・標準意欲評価法. 新興医学出版社, 東京, 2006
- 14) 大東祥孝: 病態失認の捉え方. *高次脳機能研究*, 29 (3) : 295-303, 2009
- 15) 安田清: 記憶サポート帳. エスコアール, 千葉, 2007