

場所の重複記憶錯誤の病態と発症機序

—地理的的定位錯誤を生じた2例の検討から—

The pathophysiology and the etiology of the reduplicative paramnesia of the place : From two cases of the geographical mislocation

松田 佳奈^{1,2)} 佐藤 正之²⁾ 西村 春菜³⁾
 Kana Matsuda^{1,2)} Masayuki Sato²⁾ Haruna Nishimura³⁾
 上田 有紀人¹⁾ 当麻 直樹⁴⁾ 鈴木 秀謙⁴⁾
 Yukito Ueda¹⁾ Naoki Toma⁴⁾ Hidenori Suzuki⁴⁾

地理的的定位錯誤を生じた脳血管障害の2例を報告する。そのうち1例では地理的的定位錯誤に加えて、重複記憶錯誤を認めた。地理的的定位錯誤の成立には、非優位半球の前頭葉機能障害が関与していると考えられた。既報告を含め、重複記憶錯誤を呈した症例はすべて地理的的定位錯誤も生じていた。地理的的定位錯誤に加えて重複記憶錯誤を生じるには、視覚性記憶障害の関与が示唆された。また、視空間認知機能が保たれていれば、各認知機能が改善してきたタイミングで外泊を行うことで、地理的的定位錯誤が消失し、これにより重複記憶錯誤の解消も期待できると考えられた。

キーワード：重複記憶錯誤、地理的的定位錯誤、前頭葉機能障害、視覚性記憶、視空間認知

We report two cases of geographical mislocation caused by cerebrovascular disease. One patient had reduplicative paramnesia in addition to geographical mislocation. Geographical mislocation was thought to be involved with the frontal lobe dysfunction of the minor hemisphere. In common with cases reported in previous literature, the patient who presented reduplicative paramnesia also exhibited geographical mislocation. The contribution of visual memory impairment was suggested for reduplicative paramnesia. As for the treatment of symptoms, if the patients' visuospatial ability is preserved, trying an overnight stay at home when their cognitive functions recover may be helpful for complete recovery from these symptoms.

Key Words : reduplicative paramnesia, geographical mislocation, frontal lobe dysfunction, visual memory, visuospatial ability

¹⁾ 三重大学医学部附属病院リハビリテーション部(〒514-8507 三重県津市江戸橋2-174) Department of Rehabilitation, Mie University Hospital (2-174 Edobashi, Tsu-shi, Mie, 514-8507)
²⁾ 三重大学大学院医学系研究科認知症医療学(〒514-8507 三重県津市江戸橋2-174) Department of Dementia Prevention and Therapeutics, Mie University Graduate School of Medicine (2-174 Edobashi, Tsu-shi, Mie, 514-8507)
³⁾ 鈴鹿中央総合病院リハビリテーション科(〒513-8630 三重県鈴鹿市安塚町山之花1275-53) Department of Rehabilitation, Suzuka General Hospital (1275-53 Yamanohana, Yasuzuka-cho, Suzuka-shi, Mie, 513-8630)
⁴⁾ 三重大学大学院医学系研究科脳神経外科学(〒514-8507 三重県津市江戸橋2-174) Department of Neurosurgery, Mie University Graduate School of Medicine (2-174 Edobashi, Tsu-shi, Mie, 514-8507)
 [連絡先] 松田佳奈：三重大学医学部附属病院リハビリテーション部(〒514-8507 三重県津市江戸橋2-174)

(I)フェイスシート

性別 男 女 現在の年齢 ()歳
 吃音による学生生活の困難度 非常に小さい やや小さい どちらでもない やや大きい 非常に大きい
 学生時の主観的な吃音症状の重さ 非常に軽い やや軽い どちらでもない やや重い 非常に重い
 学生時の心理的な悩み 非常に小さい やや小さい どちらでもない やや大きい 非常に大きい
 在学・卒業の有無 在学している 卒業している その他
 在学期間 4年制 3年制 2年制 1年制 その他
 入試形態 一般 推薦 その他
 学校形態 大学 短期大学 専門学校 大学院 その他

(II)学生生活に関する設問

- i) 困難を感じる内容を自由に記入してください。
 ii) どのような支援や配慮が必要であるかを自由に記入してください。
 iii) 吃音による困難さをどの程度感じるのかを5段階で記入してください(1:困難さはまったくない, 2:困難さはあまりない, 3:場合によっては困難である, 4:やや困難である, 5:とても困難である)。
 iv) 周囲からの支援や配慮がどの程度必要であるかを5段階で記入してください(1:まったく必要ない, 2:あまり必要ない, 3:場合によっては必要である, 4:やや必要である, 5:非常に必要である)。

場面	i)吃音による困難	ii)必要な支援や配慮	iii)困難の程度	iv)配慮の必要度
1) 入試	()	()	()	()
2) 授業(内部講師)	()	()	()	()
3) 授業(外部講師)	()	()	()	()
4) 試験	()	()	()	()
5) 学習	()	()	()	()
6) 対人関係	()	()	()	()
7) 演習・グループワーク	()	()	()	()
8) 報告会・ゼミ等発表	()	()	()	()
9) 検査演習	()	()	()	()
10) 就職活動	()	()	()	()
11) 内部実習	()	()	()	()
12) 外部実習	()	()	()	()
13) その他	()	()	()	()

(III)養成校について

言語聴覚士を目指したきっかけをご記入下さい。()
 入学後に感じたことを自由に記入下さい。()
 「吃音」の授業を受けた感想などをご記入下さい。()
 「吃音」の授業後に身の回りで変化などがあればご記入下さい。()

(IV)吃音の相談について

吃音による学生生活の困難について、相談経験がある場合はご記入下さい。
 相談をした相手 () 相談した内容 ()
 相談の結果、自身や周囲にどのような変化があったか。()

(V)就職後について(現職のみ回答)

言語聴覚士として働くうえでの困難をご記入下さい。()
 吃音に対する向き合い方の変化などをご記入下さい。()
 養成校のときにおきたかったことをご記入下さい。()
 養成校教員に吃音の対応・配慮について求めるものをご記入下さい。()

I. はじめに

重複記憶錯誤 (reduplicative paramnesia) は、同一の場所や人物が2つ以上存在すると主張する現象で、Pick¹⁾によって報告され、特定の場所に自己の定位ができない地理的定位錯誤との関連が指摘されている²⁾。重複記憶錯誤に関連する神経心理学的所見としては、前頭葉機能障害、記憶障害、視空間認知障害などが挙げられているが、その成立過程は明らかになっていない³⁾。

今回われわれは、場所に関連した錯誤を生じ、症状の消失までを追うことができた2例を経験し、重複記憶錯誤と地理的定位錯誤の病態機序について検討したため報告する。

II. 症例 1

症例：68歳，女性，右利き，短大卒，自営業

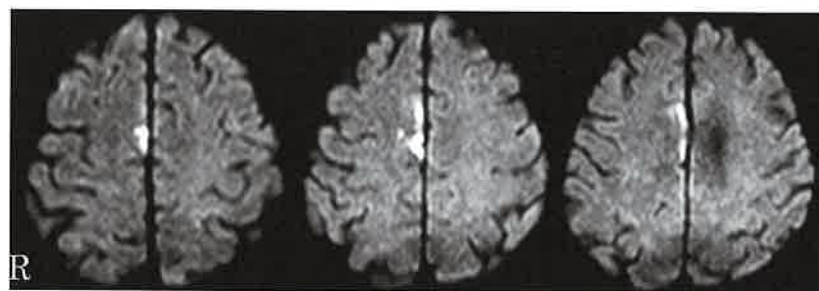
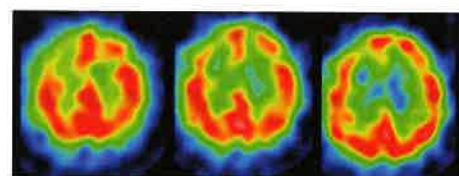


図1 症例1：脳MRI 拡散強調画像(第5病日)



	extent	severity
Lt	10.9%	2.56
Rt	20.8%	2.90



図2 症例1：脳血流シンチ (¹²³I-IMP-SPECT), stereotactic extraction estimation (SEE)解析(第50病日)

主訴：頭痛

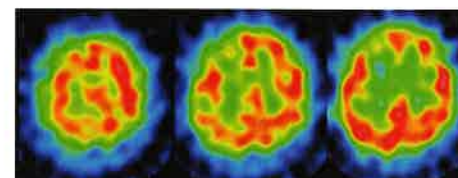
既往歴：2003年10月に左内頸動脈-後交通動脈分岐部(IC-PC)動脈瘤破裂によるくも膜下出血(subarachnoid hemorrhage; SAH)を発症，A病院脳神経外科でコイル塞栓術が施行され，後遺症なく11月に独歩退院した。その後，A病院で年に1回フォローされていた。

現病歴：2015年1月，入浴前に突然の頭痛がありA病院を受診した。頭部CTで左IC-PC動脈瘤破裂によるSAH再発を認め，同日，コイル塞栓術を施行した。第30病日に，併発した水頭症に対し脳室-腹腔(V-P)シャント術を施行した。

画像所見：

脳MRI 拡散強調画像(diffusion weighted image, DWI)(第5病日)では，右前頭葉内側に急性期の脳梗塞を示す高信号域を認めた(図1)。

脳血流シンチ(¹²³I-IMP SPECT)(第50病日)では，右前頭葉に血流低下を認めた(図2)。血行力学的脳虚血の定量的重症度とその経時的変化を



	extent	severity
Lt	9.0%	2.59
Rt	13.9%	2.69



図3 症例1：¹²³I-IMP-SPECT, SEE解析(第183病日)

定位的に評価する stereotactic extraction estimation (SEE)解析を行うと，異常の占める割合(extent)，重症度(severity)はともに，右前頭葉で高値であった(図2)。第183病日のSEE解析では，右前頭葉の extent, severity の値はともに改善を認めた(図3)。

神経心理学的所見：神経心理学的検査所見を表1に示す。

V-P シャント術前(第24~28病日)：覚醒状態が安定せず評価は困難であった。

V-P シャント術後(第32~39病日)：覚醒度は改善し，評価が可能になった。トレイルメイキングテスト(TMT)と語想起の結果から，前頭葉機能低下を認めた。リバーミード行動記憶検査(RBMT)の結果からは記銘力低下を認め，言語性記憶，視覚性記憶ともに低下していた。また，レーヴン色彩マトリシス検査(RCPM)の施行時間が延長しており，psychomotor speed(思考速度)の低下を認めた。その他，知的機能，構成機能は保たれていた。

外泊前(第50~51病日)：いずれの検査でも正常範囲内へ改善がみられたが，語の流暢性の軽度低下が残存していた。より高次の評価が可能となり，BIT 行動性無視検査(BIT)，遂行機能障害症候群の行動評価(BADS)でいずれも異常はみられなかった。また，構成機能が保たれていること，標準高次視知覚検査(VPTA)の結果から，視空間認知障害は認められなかった。RBMTでは，言

語性記憶(物語，姓名，約束の項目)が改善したが，視覚性記憶(絵，顔写真の項目)の低下は残存していた。

6か月後評価：視覚性記憶，語の流暢性ともに改善し，各機能とも問題はみられなくなった。

神経学的所見(第39病日)：左上下肢の筋緊張亢進，左膝蓋腱反射の亢進を認めた。感覚系・協調運動・自律神経系に異常はみられず，独歩は可能であった。

症例の発言(第18病日~51病日まで一貫して)：

「A病院は三重県と沖縄県にある。今は沖縄のA病院にいる」

〈人物について〉

「先生(初回発症時から担当医)がこんなに遠くまで通っているとは思えないからおかしい。この近く(沖縄)に住んでみえるのかな」「主人に毎日こんな遠いところ(沖縄)まで来てもらって悪い」というように，人物に対する重複の訴えはみられなかった。

〈建物について〉

「三重も沖縄も両方とも建物は同じA病院なのに場所が違うからおかしい」

〈症状について〉

「おかしなこと言って恥ずかしいから先生には言わないで」「本当は三重とわかっているのに，どうしても沖縄から離れられない」と訴えた。

表1 神経心理学的検査所見

		症例1				症例2	
		術前 24~28 病日	術後 32~39 病日	外泊前 50~51 病日	6か月後	初回 4~11 病日	退院前 20~26 病日
MMSE (/30)		15	21	28	29	21	25
RCPM	(/36)	—	27	28	27	20	27
	施行時間	—	1,340 秒	251 秒	179 秒		
RBMT	SPS (/24)		—	10	19	21	
	視覚性	絵	—	0	0	2	
		顔写真	—	0	1	2	
	言語性	物語 即時・遅延	—	2・0	2・2	2・2	
		姓名	—	0	1	2	
		約束	—	0	1	1	
BVRT-MC (/14)					8	13	
三宅式記 銘力検査	有関係					8・9・10	5・7・9
	無関係					2・3・4	3・4・6
FAB (/18)					12	14	
数唱	順唱					4桁	3桁
	逆唱					3~4桁	3~4桁
TMT	A	—	中止	203 秒	137 秒		
	B	—	中止	256 秒	158 秒		
語想起	動物	2	6	12	16	13	16
	語頭音	0	3	6	8	7	9
BIT (/146)		—	—	145	145	135	139
構成 (立方体・透視立方体)		—	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし
BADS (/24)		—	—	23	22		
VPTA		—	—	異常なし	異常なし		

—: 評価実施困難

BADS: behavioural assessment of the dysexecutive syndrome, BIT: Behavioural Inattention Test, BVRT-MC: Benton Visual Retention Test-Multiple Choice, FAB: Frontal Assessment Battery, MMSE: Mini Mental State Examination, RBMT: The Rivermead Behavioral Memory Test, RCPM: Raven's coloured Progressive Matrices, SPS: Standardized Profile Score, TMT: Trail Making Test, VPTA: Visual Perception Test for Agnosia

〈その他〉

場所に関連した錯誤以外には作話や妄想と捉え得る発言は認めなかった。

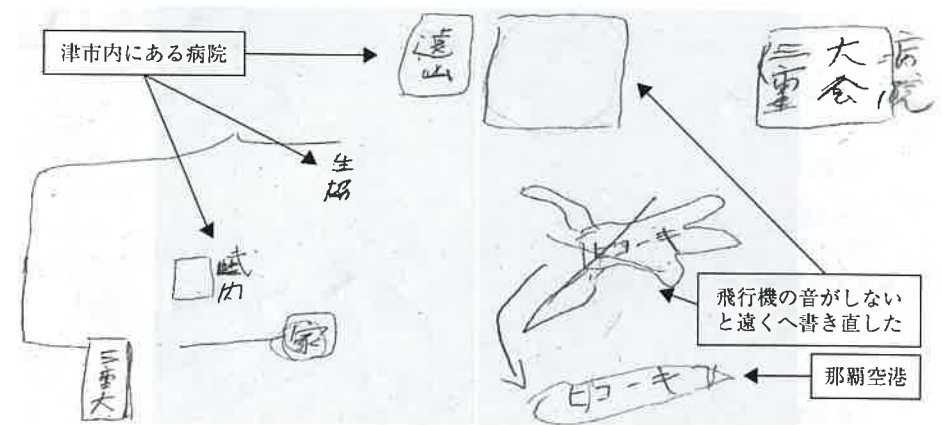
2つのA病院の図示: 2つのA病院の図示を図4に示す。

三重県のA病院: A病院, 自宅, 津市内にある病院名を正しく表記した。

沖縄県のA病院: 「A病院は那覇空港の近くにある」と書き始めたが、「飛行機の音がしないからもう少し離れている」と病院と空港をそれぞれ遠くへ離して書き直した。

症例と沖縄との関係について(本人・夫から聴取):

旅行が趣味で、沖縄へ2度出掛けたことがある



a: 三重のA病院 b: 那覇空港の近くにあるA病院

図4 症例1による2つのA病院の図示

が特別な思い入れはない。何度も出掛けている場所は沖縄以外にもある。次の旅行地に沖縄を計画していたが、友人の予定が合わず、入院の約2か月前にキャンセルした。旅行を楽しみにしていたが大きな落ち込みはなく、沖縄の代わりに近場の旅行を計画することになっていた。

症状の経過: 初回介入時(18病日)~外泊前(51病日)まで一貫して上記の発言は続いた。経過中に12年間外来で通っていた診察室・受付の人を見てもらうと、「まったく同じ部屋だけここは沖縄で、受付の人もこっち(沖縄)に引っ越したのではないか」と答えた。外泊前には、「自宅(大学病院と同じ市内)まで飛行機で行くのか」と心配していた。

外泊時に、院外で自家用車を見た瞬間に、「飛行機じゃなくて車で帰る。やっぱり沖縄じゃなかった」と了解した。帰宅後も自宅にまったく違和感はなく、「今までの自宅と変わりなかった」と答えた。帰院後、「本当に三重のA病院だった。もう沖縄の感じはなく、沖縄ってなんだったのか」と発言した。試験外泊で問題はなく、翌日に退院した。その後は沖縄に感じたことは一度もなく、「あのときはおかしいとわかっていても沖縄にいたと思った。今、考えても不思議」と発言している。

Ⅲ. 症例2

症例: 85歳, 女性, 右利き

主訴: シャベりにくい。

既往歴: 頸椎症, 腰椎症, 振戦, 黄疸にて入院歴あり。

現病歴: 2009年11月7日, 昼頃より言葉が聞き取りにくいことに家族が気づいた。反応が鈍く流涎もあり, 食事中もご飯をこぼしたため, 同日夕方B病院を救急受診し入院した。

神経学的所見: 意識は清明で, 左上肢優位の振戦と, Brunnstrom stage(BRS)6とごく軽度の左上下肢麻痺を認めた。

画像所見:

頭部MRI: 右大脳基底核~前頭葉にDWIで急性期の脳梗塞を示す高信号域を認めた(図5)。

脳波: 基礎波は40 μV 8~9 Hzのα波で規則性良好, 閉眼によるα attenuationは良好で, 光刺激によるdrivingは認めず。左右半球の非対称を認め, 右半球では8 Hzのslow α波, 左半球では9 Hzのα波が多かった。

神経心理学的所見: 神経心理学的検査所見を表1に示す。

初回(第4~11病日): 三宅式記銘力検査の結果から, 言語性記憶は明らかな低下を認めなかつ

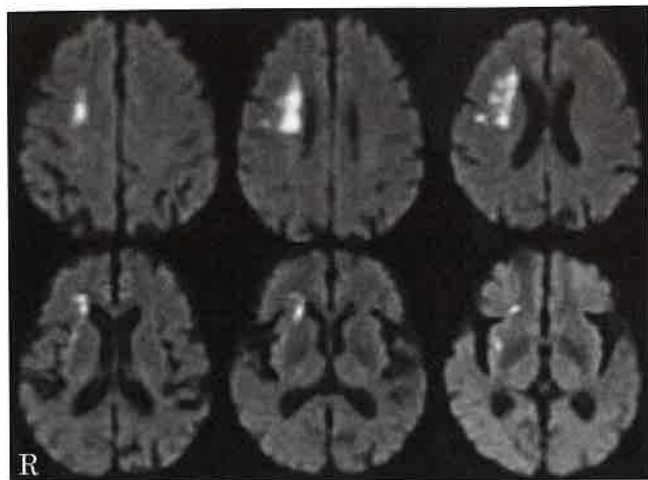


図5 症例2: 脳MRI 拡散強調画像(第2病日)

た。その他、知的機能、構成は保たれていた。FAB、語想起の結果からは前頭葉機能低下が認められた。評価・訓練場面で左側を見落とすことがあり左半側空間無視が疑われたが、BITの得点はカットオフ値を上回っており、左半側空間無視はないかあっても軽度と判断した。視覚性記憶は、ベントン視覚記銘検査(BVRT)の施行M(Multiple choice: 4つの図から選択)で実施し、検査得点上はカットオフ点であったが、誤り方からは左側への注意力低下や前頭葉機能障害による集中力の低下が原因と考えられ、視覚性記憶は保たれていると判断した。RCPM, BIT, 構成の評価で問題はなく、視空間認知機能障害はないと考えられた。

退院前(第20~26病日): 前頭葉機能障害の残存を認めた。

症例の発言(第4~11病日):

「ここは〇〇クリニック(自宅から車で5分程度のかかりつけ医)」

〈人物について〉

「先生は下で診察をしていて病棟までは上がって来ていないから、ここには〇〇クリニックの先生はいない」と人物に対する重複性は認めなかった。

〈建物について〉

病前に来たことがある院内1階部分を見て、

「このあたりはB病院みたい」「B病院であればこっちに救急車の入り口がある」「こっちに行くと婦人科があって、その向かいが泌尿器」など院内の造りを覚えていた。しかし、リハビリ室に戻ると「〇〇クリニックだ」と発言した。

〈症状について〉

「本当は〇〇クリニックと思っているが、B病院と答えると皆がOKという。家族までどうして混乱させることを言うのか、私はここで生まれてここら辺の景色とかを知っているから、そんなこと本気になれない」「〇〇クリニックという気がするのに、皆がB病院と思わせようとしている気がする」と訴えた。

症状の経過: 症状は介入当初からみられた。第13~14病日に一時的に帰宅した。帰宅時は、車から景色をよく見てもらい、〇〇クリニック経路で帰ってもらった。帰院後、「B病院みたいな配置、B病院の建て方ということがわかったが、〇〇クリニックと違って入ったので〇〇クリニックとっていた。病院に帰ってくる時はB病院へ来る道だった。それらのことから今は〇〇クリニックであるという気はしなくなったが、B病院という気もしない」と発言した。第20病日に再度、一時帰宅した後は、「B病院に来たことはわかる。ここはB病院なのだろうと思う」と発言した。第27病日には、「どうしてあんなに〇〇クリ

表2 脳血管障害を原因疾患とした地理的的定位錯誤や重複記憶錯誤の報告例のまとめ

	利き手	重複記憶錯誤	地理的的定位錯誤	病変	原因疾患	前頭葉障害	記憶障害	視空間認知障害
船山ら ²⁾ (2008)	右	+	+	右前頭葉	脳出血	+	視覚性: 軽度低下	-
清水ら ¹³⁾ (2012)	右	+	+	右被殻	脳出血	+	言語性: 遅延再生低下 視覚性: 顕著な低下	+
林ら ¹⁵⁾ (2000)	右	-	+	右前頭葉, 両側尾状核, 脳梁一部	脳梗塞	+	言語性: 遅延再生低下, 視覚性: 記載なし	記載なし
Budsonら ¹⁴⁾ (2000)	左	+	+	左後頭葉	脳梗塞	+	視覚性: 軽度遅延再生低下	+
Moserら ¹¹⁾ (1998)	右	+	+	右前頭葉	脳梗塞	+	言語性: 重度低下, 視覚性: 軽度低下	軽度
Leeら ¹²⁾ (2011)	右	+	+	右前頭葉	脳梗塞	+	視覚性: 重度遅延再生低下	-
症例1	右	+	+	右前頭葉	SAH, 水頭症	+	言語性: 低下, 視覚性: 低下	-
症例2	右	-	+	右基底核, 右前頭葉	脳梗塞	+	-	-

ニックさんと思ったのかな」との発言にみられるように、症状は消失した。第28病日に自宅退院したが、退院後に場所に関する違和感を感じたことはない。

IV. 考察

症例1は、「今いる場所は沖縄である」と自分が現在いる場所の同定の錯誤があり、地理的的定位錯誤と診断した。しかし、その時々で居場所が変わることはなく、場所は沖縄に一貫していた。また、「A病院が沖縄と三重にある」「建物もスタッフも三重のA病院とまったく同じ」と単なる場所の誤定位ではなく、同一の場所の重複を明言しており、重複記憶錯誤も存在した。症状の成立機序として、既報告と同様に前頭葉機能障害、記憶障害、意識障害からの回復期段階、環境因子など複数の因子が重なって重複記憶錯誤が出現したと考えられた。患者は症状について矛盾は感じていたが、確信が揺らぐことはなかった。複数の因子が改善してきても重複記憶錯誤は残存したが、各認

知機能が改善してきたタイミングで行った外泊後に症状が消失した。

症例2は、「ここは〇〇クリニック」と地理的的定位錯誤を認めたが、場所の重複性の訴えはみられなかった。症例1と同様に外泊により症状は改善し、回を重ねるにしたがって、〇〇クリニックからB病院に次第に確信が移行していった。

これらのことから、認知機能障害が改善した頃に、周囲からの情報量が増えたことや院外に出て実際に自己が置かれている場所を確認したことが、症状の消失につながったと考えられた。

重複記憶錯誤や地理的的定位錯誤は、脳血管障害、頭部外傷や変性疾患などで報告があり、報告されている症状の内容に差があるため、その概念・定義上の多義性が症状解明の混乱の一因となっている¹⁾。以下、脳血管障害により地理的的定位錯誤や重複記憶錯誤が出現した既報告と比較し(表2)、考察を行う。

症状の成立については、これまで半球間離断説⁵⁾や右半球間障害説^{6,7)}などの仮説が提唱されているが、十分に解明されていない⁸⁾。今回の症

例を含め既報告のすべての症例で前頭葉機能障害が認められた。SPECT 所見は、船山ら²⁾の1例と今回の症例1でのみ記載があり、2例とも症状を有する時期に右前頭前野の血流低下が認められた。症例1に関しては、症状消失後のSPECTでのSEE解析で右前頭葉のextent, severityの値が改善していた。これらのことから、重複記憶錯誤が前頭葉機能障害の陽性症状として現れている可能性が考えられる。Finkら⁹⁾, Goelら¹⁰⁾の健常被験者を対象としたニューロイメージによる研究では、思考における葛藤状況が探知され、その葛藤状況が解消される際には、右前頭前野が中心的な役割を果たしていると報告されている。村井³⁾は、これらの研究結果から、重複記憶錯誤は思考過程で偶然生じてきた矛盾する2つの信念が、右前頭前野を中心とした損傷があるために、矛盾が解消されることなく併置したまま信念体系に組み込まれた状態と述べている。このことは、今回の症例1や、既報告例の多くが前頭前野の病変や前頭葉機能障害を呈していたことと矛盾しない。しかし、地理的的定位錯誤のみで重複記憶錯誤を生じなかった既報告例、症例2とも前頭葉機能障害を呈しており、重複記憶錯誤を生じなかった理由を以下で考察する。

重複記憶錯誤と地理的的定位錯誤の関連については、船山ら²⁾が指摘したように、今回の症例を含め重複記憶錯誤を呈したすべての症例で、地理的的定位錯誤も生じていた。地理的的定位錯誤のみの症例と、それに加えて重複記憶錯誤も生じた症例を比較すると、重複記憶錯誤を合併した症例は全例で記憶障害を認めており、地理的的定位錯誤に加えて重複記憶錯誤を生じるには、記憶障害が関与している可能性が考えられた。症例1は言語性記憶に比し視覚性記憶が低下しており、また既報告でも軽度^{2,4,11)}もしくは重度に視覚性記憶が低下した報告があり^{12,13)}、視覚性記憶との関連が示唆された。重複記憶錯誤に関する報告が少なく、病巣も様々なため推測の域を出ないが、視覚性記憶と重複記憶錯誤の関係について考察をしていく。既報告も含め重複記憶錯誤を呈した全症例が地理的

定位錯誤を併発しており、特定の場所に自己の定位ができない状態にあると考えられる。その状態に視覚性記憶低下が加わることにより場所の既知感が曖昧になり、既報告も含め全症例が呈していた前頭葉機能障害の影響により、同一の場所が2つあるという矛盾が解決されることなく併置したまま信念体系に組み込まれ、重複記憶錯誤が生じる可能性が考えられる。

重複記憶錯誤を呈した症例の脳損傷部位としては、右半球に病変を持つ報告が多く、左半球病変を有したBudsonの症例¹⁴⁾は左利きであり、非優位半球の脳損傷により症状が出現する可能性が考えられた。

症状の消失についての報告は少ないが、今回の症例1, 2はともに、認知機能が改善してきた頃に外泊を行うことで症状が消失した。入院中の単調な刺激から、前頭葉機能をはじめとする認知機能が改善してきた頃に周囲の環境からの情報量が増えることにより、村井³⁾のいう矛盾の解消が可能となり、症状が改善したと考えられた。また、既報告の多くと同様に(表2)、今回の2症例も視空間認知障害を認めなかった。視空間認知障害を認めた清水ら¹³⁾の症例は、2年8か月後に重複記憶錯誤の症状が消失し、Budsonら¹⁴⁾の症例は詳細が不明であるが入院中は重複記憶錯誤の症状が続き、退院後に外来で来院した際に症状が消失していた。つまり、視空間認知障害を有する症例は症状が長引く可能性が考えられる。

重複記憶錯誤は同じ部位に病変があっても必ずしも出現するものではなく、発症に関与する要因は、特定の認知機能障害、意識状態、環境要因など複数の要因が重なった場合に出現する、かなり特異な症状なのではないかという意見もある⁸⁾。今回の症例や既報告から、症状の出現には非優位半球の前頭葉機能障害や視覚性記憶障害が関連しており、症状の消失には視空間認知障害のないことが関与していると考えられた。また、治療に関する報告は少ないが、的確な認知機能評価を行って外泊を計画することや、可能な限り転院を避けて混乱を防ぐなどの対応が必要と考えられる。

地理的的定位錯誤や場所の重複記憶錯誤の報告例は少ない。その原因として、発症頻度が低いことだけでなく、今回の症例でもみられたように、患者自身が矛盾を感じており、それを表出することへのためらいがあり、周囲に気付かれないまま経過する場合もあると思われる。医療者による丁寧な聞き取りと診察が大切である。

倫理的配慮：発表・報告に対しての主旨・個人情報保護の保護についてなど当院倫理委員会の指針に則った項目を患者本人に口頭・文書で説明し同意を得た。

(2017年9月23日受理)

文献

- 1) Pick A : On reduplicative paramnesia. Brain, 26 : 242-267, 1903
- 2) 船山道隆, 加藤元一郎, 三村 将 : 地理的的定位錯誤から重複記憶錯誤に発展した右前頭葉出血の1例—重複記憶錯誤の成立過程について. 高次脳機能研究, 28 : 383-390, 2008
- 3) 村井俊哉 : 重複記憶錯誤. 稀で特異な精神症候群ないし状態像(中安信夫編). 星和書店, 東京, 73-78, 2004
- 4) 濱中淑彦 : 記憶錯誤, 作話と妄想のあいだ. 幻覚妄想の臨床(濱中淑彦, 河合逸雄, 三好暁光編). 医学書院, 東京, 135-168, 1992
- 5) Joseph AB : Focal central nervous system abnormal-

ities in patients with misidentification syndromes. *Bibl Psychiatr*, 164 : 68-79, 1986

- 6) Staton RD, Brumback RA, Wilson H : Reduplicative paramnesia : A disconnection syndrome of memory. *Cortex*, 18 : 23-36, 1982
- 7) Alexander MP, Stuss DT, Benson DF : Capgrass syndrome a reduplicative phenomenon. *Neurology*, 29 : 334-339, 1979
- 8) 大東祥孝, 山田真希子 : 重複記憶錯誤に関する最近の話題. *臨床精神医学*, 32 : 1507-1512, 2003
- 9) Fink GR, Marchall JC, Halligan PW, et al. : The neural consequences of conflict between intention and the sense. *Brain*, 122 : 497-512, 1999
- 10) Goel V, Buchel C, Frith C, et al. : Dissociation of mechanisms underlying syllogistic reasoning. *Neuroimage*, 12 : 504-514, 2000
- 11) Moser DJ, Cohen R A, Malloy PF, et al. : Reduplicative paramnesia : longitudinal neurobehavioral and neuroimaging analysis. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 11 : 174-180, 1998
- 12) Lee K, Shinbo M, Kanai H, et al. : Reduplicative paramnesia after a right frontal lesion. *Cogn Behav Neurol*, 24 : 35-39, 2011
- 13) 清水賢二, 酒井 浩, 種村留美ら : 右被殻から前頭葉に及ぶ病変により場所と所有物の重複性記憶錯誤を呈した一例. *認知リハビリテーション*, 17 : 26-34, 2012
- 14) Budson AE, Roth HL, Rentz DM, et al. : Disruption of the ventral visual stream in a case of reduplicative paramnesia. *Ann NY Acad Sci*, 911 : 447-452, 2000
- 15) 林竜一郎, 渡辺 良, 三村 将ら : 地理的的定位錯誤, 人物誤認, 空想作話を呈したもやもや病の1例. *脳神経*, 52 : 1091-1096, 2000