

表3. 脳卒中重症度別 CBS-J 得点の3群比較 - 観察得点、自己評価得点、Anosognosia得点

| 項目 | 軽度群 (n=6) | | | 中等度群(n=10) | | | 重度群(n=4) | | | 3群比較 | |
|-------------------|-----------|-----------|-------------|------------|-----------|-------------|-----------|-----------|-------------|------|------|
| | 観察 | 自己評価 | Anosognosia | 観察 | 自己評価 | Anosognosia | 観察 | 自己評価 | Anosognosia | 観察 | 自己評価 |
| 1. 整容動作 | 0.5 ± 0.8 | 0.0 ± 0.0 | 0.5 ± 0.6 | 2.1 ± 0.7 | 0.3 ± 0.5 | 1.8 ± 1.0 | 3.0 ± 0.0 | 0.0 ± 0.0 | 3.0 ± 0.0 | * | ns |
| 2. 着衣 | 0.3 ± 0.5 | 0.3 ± 0.5 | 0.0 ± 0.0 | 2.1 ± 0.7 | 0.2 ± 0.4 | 2.0 ± 0.9 | 3.0 ± 0.0 | 0.0 ± 0.0 | 3.0 ± 0.0 | * | ns |
| 3. 食事 | 0.2 ± 0.4 | 0.0 ± 0.0 | 0.2 ± 0.4 | 2.1 ± 0.7 | 0.1 ± 0.3 | 1.0 ± 0.9 | 3.0 ± 0.0 | 0.0 ± 0.0 | 2.0 ± 0.0 | * | ns |
| 4. 歯磨き | 0.2 ± 0.4 | 0.2 ± 0.4 | 0.0 ± 0.0 | 1.1 ± 0.8 | 0.2 ± 0.4 | 1.5 ± 1.0 | 2.0 ± 0.0 | 0.0 ± 0.0 | 2.7 ± 0.6 | * | ns |
| 5. 左側への注視 | 0.3 ± 0.5 | 0.5 ± 0.5 | 0.3 ± 0.5 | 1.7 ± 0.8 | 0.5 ± 0.5 | 1.8 ± 1.0 | 2.8 ± 0.5 | 0.0 ± 0.0 | 2.3 ± 1.2 | * | ns |
| 6. 左上下肢への認識 | 0.3 ± 0.5 | 0.3 ± 0.5 | 0.0 ± 0.0 | 2.3 ± 0.7 | 0.6 ± 0.5 | 1.7 ± 1.0 | 2.5 ± 0.6 | 0.3 ± 0.5 | 1.7 ± 0.6 | * | ns |
| 7. 左側への聴性注意 | 0.5 ± 0.8 | 0.3 ± 0.5 | 0.2 ± 0.4 | 2.3 ± 0.8 | 0.8 ± 0.8 | 1.3 ± 1.3 | 2.8 ± 0.5 | 0.5 ± 0.6 | 2.3 ± 1.2 | * | ns |
| 8. 移動時の左側への衝突 | 1.0 ± 0.9 | 0.3 ± 0.5 | 0.7 ± 0.8 | 2.2 ± 0.6 | 1.0 ± 0.7 | 1.6 ± 1.2 | 3.0 ± 0.0 | 0.3 ± 0.5 | 2.7 ± 0.6 | * | ns |
| 9. 移動時の左側空間見当識 | 0.5 ± 0.5 | 0.3 ± 0.5 | 0.2 ± 0.4 | 2.6 ± 0.7 | 0.6 ± 0.8 | 0.9 ± 1.0 | 2.8 ± 0.5 | 0.8 ± 1.0 | 2.0 ± 0.0 | * | ns |
| 10. 左側の身のまわりの物を探す | 0.3 ± 0.5 | 0.2 ± 0.4 | 0.2 ± 0.4 | 1.5 ± 0.7 | 0.7 ± 0.7 | 1.3 ± 1.2 | 3.0 ± 0.0 | 0.5 ± 0.6 | 2.7 ± 0.6 | * | ns |

n=20; 数字は平均 ± 標準偏差; 各項目得点範囲: 0~3点(0:困難なし; 1:時々あり; 2:明らかあり; 3:左側の探求ができない)

注: ns: Not Significant (χ²検定); 一元配置分散分析Sheffe post-poch 検定による3群比較 (*: 有意水準 α < 0.05)

「脳卒中患者の失認・失行と生活障害に関する研究:ワークショップ」

- テーマ : 失認・失行のリハビリテーション・看護・ケア ～ 脳卒中患者を中心に ～
- 内容 : 脳卒中患者の約 3 割に合併する失認・失行について、
医学、心理学、看護学などの立場から、ケア・研究の方向性を検討する
- 日時 : 2004 年 9 月 25 日(土) 14:00～17:00 (13:30 開場)
- 場所 : 東京大学山上会館 小会議室(201)
- 参加費 : 無料
- 司会 : 江藤 文夫 (東京大学大学院医学系研究科 リハビリテーション部 教授)

● プログラム

| | | | |
|-------|-------------------------|--------|-----------------------------------|
| 13:30 | 開場 / 受付 | | |
| 14:00 | 開会挨拶 | 村嶋 幸代 | 東京大学大学院医学系研究科 地域看護学分野 教授 |
| 14:10 | 失認・失行の頻度および生活 障害との関連 | 高橋 龍太郎 | 東京都老人総合研究所 参事研究員 |
| 14:20 | 半側空間無視を中心に | 石合 純夫 | 東京都神経科学総合研究所 リハビリテーション研究部門長 |
| 14:40 | 心理の臨床から | 尾関 誠 | 特定医療法人慈泉会 相澤病院 総合リハビリテーションセンター |
| 15:00 | 高次神経障害と作業療法 | 鈴木 孝治 | 茨城県立医療大学 保健医療学部作業療法学科 助教授 |
| 15:20 | 失認・失行と看護ケア | 大島 浩子 | 東京大学大学院医学系研究科 地域看護学分野 博士課程 |
| 15:40 | 討議 | | |
| | | 今福 一郎 | 横浜労災病院 神経内科部長 |
| | 指定発言 | 金丸 和富 | 東京都老人医療センター 神経内科医長 |
| | | 小林 明美 | 七沢リハビリテーション病院 看護師長 |
| 16:20 | まとめ | 江藤 文夫 | 東京大学大学院医学系研究科 リハビリテーション部 教授 |
| 16:30 | 閉会 | | |
| 17:00 | 閉場 | | |
| 17:30 | 懇親会 | | |

皆様の参加を心よりお待ちしております

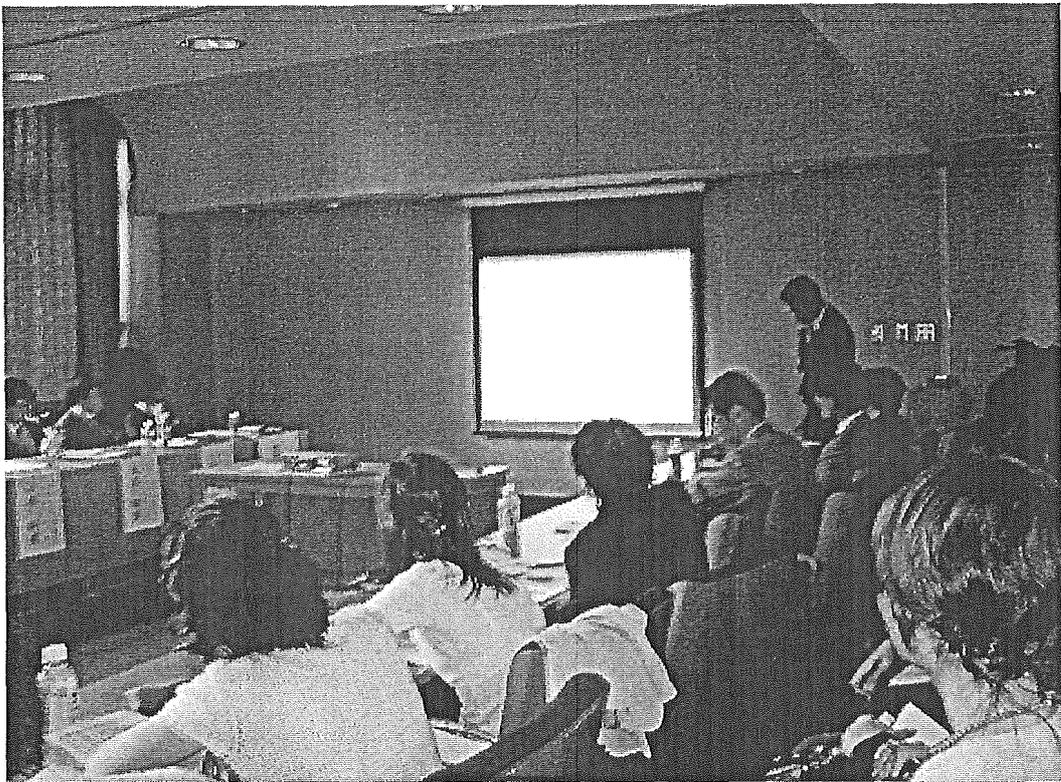
問い合わせ先 : 東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 地域看護学分野
大島 浩子(oosima-tky@umin.ac.jp), 村嶋 幸代, 長弘 佳恵.

〒113-0033 文京区本郷 7-3-1 医学部 5 号館1階 Tel & Fax: 03-5841-3597

本ワークショップは、「平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金・長寿科学総合研究事業・脳卒中患者の失認・失行と生活障害に関する研究」の一環である



脳卒中患者の失認・失行と生活障害に関する研究：ワークショップ
東京大学山上会館，2005. 9.25.



脳卒中患者の失認・失行と生活障害に関する研究：ワークショップ
東京大学山上会館，2005. 9.25.

**脳卒中患者の失認・失行と
生活障害に関する研究
ワークショップ**

抄録

- テーマ : 失認・失行のリハビリテーション・看護・ケア
～ 脳卒中患者を中心に ～
- 内容 : 脳卒中患者の約 3 割に合併する失認・失行について、
 - 医学、心理学、看護学などの立場から、
ケア・研究の方向性を検討する
- 日時 : 2004 年 9 月 25 日(土)14:00～17:00 (13:30 開場)
- 場所 : 東京大学山上会館 小会議室(201)
- 参加費 : 無料
- 司会 : 江藤 文夫 東京大学大学院医学系研究科 リハビリテーション部教授

- プログラム

| 発表者 | 内容 | P |
|--------|---------------------|---|
| 高橋 龍太郎 | 失認・失行の頻度および生活障害との関連 | 2 |
| 石合 純夫 | 半側空間無視を中心に | 3 |
| 尾関 誠 | 心理の臨床から | 4 |
| 鈴木 孝治 | 高次神経障害と作業療法 | 5 |
| 大島 浩子 | 失認・失行と看護ケア | 6 |

失認・失行の頻度および生活障害との関連

東京都老人総合研究所

高橋龍太郎

[目的]

脳血管障害初発症例を対象に、失認・失行の頻度を求めると共に生活機能との関連を明らかにする。

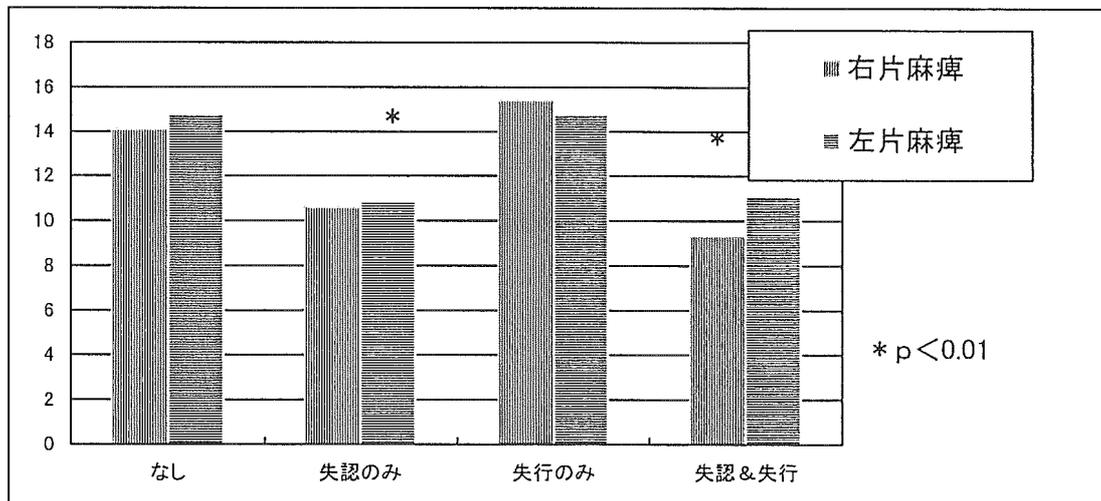
[対象と方法]

対象は、1997年6月から5年間にTセンターリハビリテーション科に入院した脳血管障害連続587例のうち、再発17例、麻痺なし・両側麻痺47例、小脳・脳幹病変13例、左利き1例計78例を除く509例で、失認・失行・失語の判定は、医師と理学・作業療法士・言語聴覚士・臨床心理士が入院3週間後までに評価と観察によって判定した。また、認知機能評価はMMSE、基本的ADL評価はBarthel 20点法、手段的ADL評価はLawton8点法を用いた。統計学的分析は、 χ^2 検定、t検定、および分散分析（一般線型モデルGLM）によって行った。

[結果]

対象者の平均年齢は73.8歳(50-93)、男性と女性はそれぞれ283例、226例(55.6% vs. 44.4%)だった。脳血管障害の内訳は、脳梗塞351例(69%)、脳内出血134例(26%)、クモ膜下出血24例(5%)だった。全症例についての失認・失行の頻度は、失認のみ108例(21%)、失行のみ48例(9%)、失認と失行両者の合併33例(6%)、いずれもなし320例(64%)で脳血管障害初発症例の36%に失認・失行いずれかの合併がみられた。失認・失行は麻痺側と関連することが知られているので、この点を分析してみると、右片麻痺279例では13.7%に失認を18.0%に失行を合併し、左片麻痺230例では44.8%に失認を13.4%に失行を合併していた。

さて、失認・失行の合併が退院時ADLに与える影響を調べるため、麻痺の重症度を共変量とし、麻痺側を独立変数とする分散分析を行ったところ、失認を伴うリハビリテーション後のADLは低レベルにとどまることが示された。(下図)



また、リハビリテーションによるADL改善度と失認・失行の関連を、同様に麻痺の重症度と麻痺側を調整して分析したところ、ADLの改善度は、利き手である右上肢が麻痺しているにも関わらず右片麻痺群のほうが勝っていた。これらの結果は、失語83例を除いた分析でも同様であった。

半側空間無視を中心に

半側空間無視

東京都神経科学総合研究所リハビリテーション研究部門
石合 純夫

定義：大脳半球病巣と対側の刺激を発見して反応したり、その方向を向くことの障害
(Heilman et al, 1985)

脳血管障害によりリハ入院を要する患者：右半球損傷:3~4割/左半球損傷:まれ
基本的に頭部や視線の動きを自由にした状況で生じる症状である。

病巣：右半球の多彩な部位の損傷で起こりうる。

右側頭-頭頂葉（下頭頂小葉）を含む大病巣に多い：中大脳動脈領域梗塞が代表
その他、前頭葉梗塞、後大脳動脈領域梗塞（側頭葉内側部に梗塞が及ぶ場合、視床穿
通枝梗塞を伴う場合）、前脈絡動脈領域梗塞
大きな被殻出血、視床出血

本人は問題点を認識できない！

- 「食事やリハビリテーションで左側の物を見落とすことがありますか？」と問うと、「左側に不注意なので注意するようにしています」と言う。
- しかし、「自分で左側に不注意と思いますか？」と問うと、「自分ではしっかりと見ているつもりだが、先生に注意される」という態度である。

幅広い日常生活に問題と危険が！

- 食事で左側の品物を見落とす
- 車いすとベッドとの移乗で転倒
- ものや人にぶつかる
- 道に迷う
- 服をうまく着られない

検査：BIT 行動性無視検査日本版

BIT 通常検査：最高点とカットオフ点

| 通常検査 | 最高点 | カットオフ点* |
|-----------|-----|---------|
| 線分抹消試験 | 36 | 34 |
| 文字抹消試験 | 40 | 34 |
| 星印抹消試験 | 54 | 51 |
| 模写試験 | 4 | 3 |
| 線分二等分試験** | 9 | 7 |
| 描画試験 | 3 | 2 |
| 合計 | 146 | 131 |

*カットオフ点以下を異常とする。

高次脳機能障害への心理士の対応

特定医療法人慈泉会 相澤病院 総合リハビリテーションセンター

臨床神経心理士 尾関 誠

はじめに

神経心理学的リハビリテーションを進める上でまず大切なことは、患者が感じる挫折感、困惑、不安などに対して援助することである。高次脳機能障害は身体の障害と比較した場合、目に見えない障害であり、理解が困難なものである。その上、失行失認は記憶障害や注意障害にくらべ直感的に理解が難しいため、この傾向が一層強いといえる。脳損傷を負った患者はもちろん家族にとっても理解が難しいために、不安をはじめとする心理面へのケアや家族の患者への対応方法の指導も重要と思われる。このような観点から今回、患者および家族の心理面と家族指導に焦点を当て、2つの症例を提示し、検討していく。

一症例1一

M.S. 60歳 男性

診断名: くも膜下出血術後後遺症 5/24 高次脳機能障害診断 **現病歴:** H15.12.7 くも膜下出血(脳底動脈瘤破裂)発症し、T病院に入院。H16.5.26 リハビリ目的にて当院へ転院。**入院時所見:** 前医からの情報によれば、作話にもとづき離棟・離院を何度も繰り返すなどの問題行動があり日中一人になる自宅へは帰せない状態。実際転院初日より離棟の言動を繰り返していた。またRBMT SPS 7/24をはじめとする神経心理学的評価は重度であった。その一方で現実的な対応がとれることがある、一部の見当識の入力は比較的早期に可能であるなど、評価点ほどの低下ではないと思われた。**問題点:** 記憶障害を中心とする認知障害と作話にもとづく離棟・離院などの問題行動。**対応:** 認知障害に対して認知リハビリテーションを実施(環境調整、RO訓練、スケジュール設定、メモリーノート訓練、注意訓練など)。脱抑制的な言動に対してはタイムアウト法。作話に基づく離棟言動に対して緊急時連絡カードの装着と病棟及びリハスタッフによる統一对応(①現実見当識入力、②訴えを傾聴しつつ話題を逸らす対応)。**結果:** 作話は残存したものの転院後2週間で離棟・離院言動は消失した。そのため落ち着いた病棟生活を送り、訓練を実施できるようになり、自宅でも日中1人で過ごすことができるようになった。また神経心理学的評価の上では、退院時のRBMT SPS 14/24と大幅な改善が認められた。**考察:** 問題行動であっても患者の訴えに傾聴するこ

と、そして認知障害や認知機能を考慮した心理的対応が効を奏し、落ち着いた生活を送れるようになった。

一症例2一

M.M. 33歳 女性 一児の母

診断名: ウェルニッケ脳症 **現病歴:** H14.1.22 妊娠悪阻により近医に入院。同 2.17 意識障害が発現。救急病院に転院し、ビタミン B1 投与後に意識改善したが、失調症、記憶障害など残存。同 4.1 にリハ目的にて当院へ転院。**画像所見:** MRIでは入院時に左側扁桃体に高信号域が、発症から1年後には年齢に相当しないび漫性の脳萎縮が認められた。**主訴:** 発動性の低下、重度の記憶障害を中心とする認知障害、体幹失調症 四肢のしびれ。**経過:** これまで合計4回の入院と外来対応が行われた。設定したスケジュールであっても、病棟生活ではスケジュールの参照を含めてほぼ全ての行動に促しが必要な状態だった。しかし徐々に自立行動が増えた段階で自宅(義父母宅)退院をし、自宅では介護しきれない状態まで悪化すると再び入院をしていた。**問題点:** 重度の記憶障害と発動性の低下により自ら行動することはほとんどなく、自宅ではほぼ全ての行動に促しが必要であった。また家族の障害理解が不十分であり、適切な対応がとれなかった。

対応: 本人への認知リハビリテーション(特にスケジュールを参照しそれに沿った行動)の継続を義父母、特にキーパーソンである義母に依頼した。このとき介護による悩みを傾聴し、困難さを汲み取り、相談の上で可能と思われる具体的な目標を設定し、対応方法を指導した。**結果:** 発症から2年半経過した段階で、予め設定されたスケジュール内容を何も見ずに実施し、空き時間には自ら手芸を行うなどの積極性も出てきた。**考察:** て外来時においては、家族がセラピストとしての役割を担う。この家族の苦勞、不安を汲み取るなどの心理的対応をすることが、当事者・家族の不安や苦痛を低減させ、また最終的には患者の回復に大きく影響することになる。

結論

上記2例を通して、高次脳機能障害のリハビリテーションにおいて、患者のみならず家族の心理的なケアを考慮した対応が重要であると思われる。

振動覚刺激による移乗動作時の確認行為の変化

茨城県立医療大学保健医療学部
作業療法学科 鈴木孝治

【目的】 どの方向からの振動覚刺激が移乗動作時の視覚的な安全確認に効果を及ぼしているかを検討する。

【対象】 76歳、男性。脳梗塞、左片麻痺、左半側無視。発症後1年半経過した時点から実験開始。

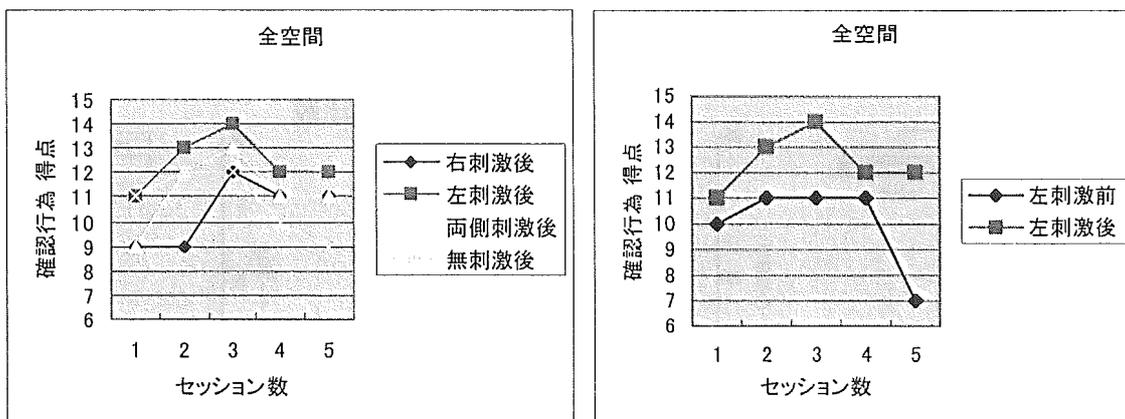
【方法】 単一事例研究法。独立変数を4種の振動覚刺激（右・左・両側・無）とし、従属変数に移乗動作時の確認行為16項目の得点をあてた。

【手続】 4種の振動覚刺激は各5セッションづつとし、計20セッションとしたが、その順序はランダムに配列させた。各セッションのプログラムは、

- (1) cancellation testによる半側無視、聴覚刺激による汎性注意、車椅子と椅子との間の移乗動作時での確認行為のチェック
- (2) サンディング・ペグ移動訓練・関節可動域訓練
- (3) バイブレーターでの振動覚刺激
- (4) 即時効果の検討…(1)のチェックを再度施行

【結果】

- ① 刺激の入力側による比較では、刺激入力後での4種の刺激間で検討すると、左刺激が効果大であった(図1)。
- ② 刺激入力の前後の比較では、左刺激は刺激前後で明らかに変化が認められた(図2)。
- ③ 各刺激が確認行為に及ぼす方向的な影響では、左刺激は左空間に対して視覚的な確認行為を促通するというよりも、右空間および①で示したように、全方向に対して確認行為を促通した。
- ④ 刺激の入力側と半側無視との関係では、左刺激でも cancellation score にはあまり影響を与えなかった。



【結論】 左尺骨頸状突起に与えた振動覚刺激は、骨伝導により右体性感覚野に入力され、右頭頂連合野を活性化させ、視覚的な確認行為に変化を与えたと考える。このため、左一側性の方向性注意を向上させるというより、汎性注意を向上させたと推察される。

半側空間無視 (Neglect) を有する患者の生活障害
- the Catherine Bergego Scale(CBS)による評価の試み -

東京大学大学院 医学系研究科 地域看護学分野

大島 浩子

【はじめに】半側空間無視 (以下, Neglect) を有する脳卒中患者の生活障害評価尺度は見当らない。
看護師がケアを提供するうえで、患者の生活障害の特徴を評価する尺度が必要である。
the Catherine Bergego Scale (以下, CBS)が開発された → Neglectを有する脳卒中患者の
リハビリテーション期の日常生活における10項目のNeglect行動評価尺度

評価者の観察を観察得点、患者の自身の評価を自己評価得点、両得点の差をAnosgnosia得点とし評価

【目的】CBS を用いて患者の Neglect 行動の評価と重症度による CBS 各得点の関連を検討する。

【対象】CBS の作者から CBS 日本語版 (以下, CBS-J) の作成と使用、発表の許可を得て翻訳を実施。

地域中核病院に入院した全脳卒中患者のうち、①初発、②右大脳半球損傷、③失認・失行有り、
の3基準を満たし、同意が得られた20名(平均年齢70.4歳,男性16名,女性4名;梗塞16名,出
血4名,発症後週数 10.7 ± 6.3 週,12名:Neglectのみ、4名:Neglectと病態失認、2名:Neglect・
病態失認・左右失認・身体失認、1名:Neglect・病態失認・身体失認、1名:着衣失行を有していた)。

【方法】ADLにBarthel Index (以下, BI)、認知能力にMini-Mental State Examination(以下, MMSE)
を用いた機能評価、およびCBS-Jを用いたNeglect行動観察と面接調査を実施した。分析はThe
National Institutes of Health Stroke Scale (以下, NIHSS)を用いた脳卒中重症度により3群、
即ち、軽度、中等度、重度に分類し、群間における患者の特性とCBSの関連を検討した。

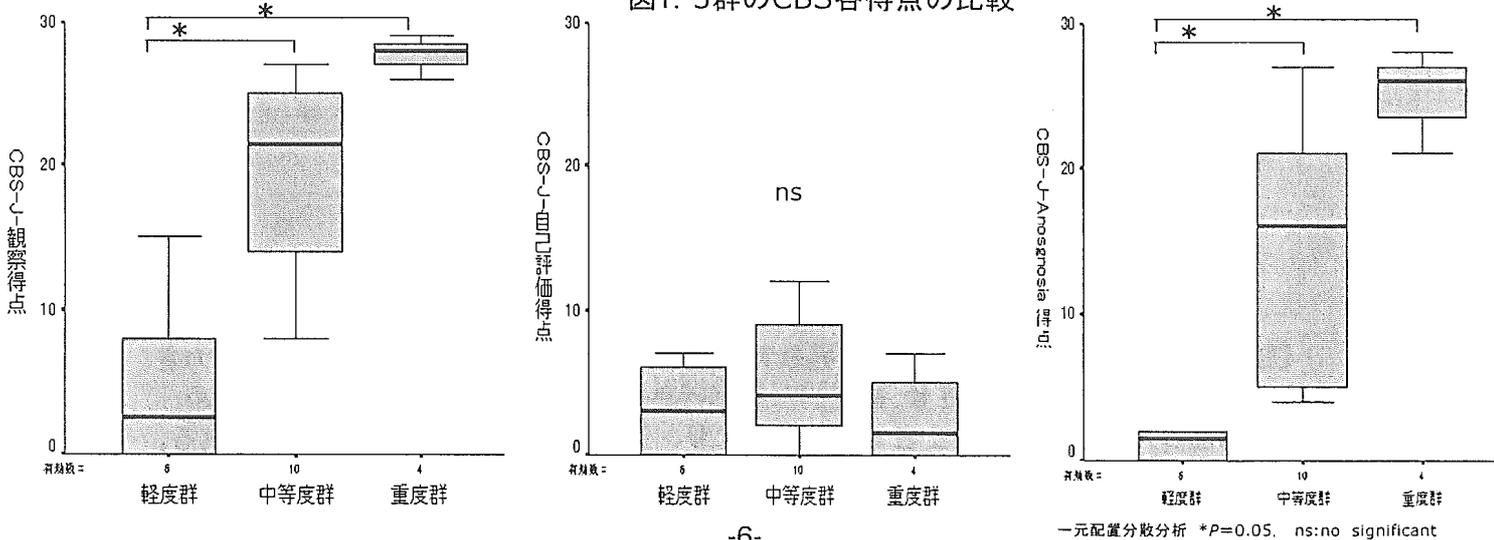
【結果】脳卒中重症度が高いとCBS-J-観察得点CBS-J-Anosgnosia得点が高く、BI, MMSEは低かった。
一方、CBS-J-自己評価得点には重症度との関連がみられなかった (図1)。

【考察】3群間の属性に差はなかった。重症度に応じてCBS-観察得点、CBS-Anosgnosia得点が高いこ
とは、Neglect行動、病態失認が共に高いことを示し、CBS-自己評価得点と重症度に関連がない
ことは、患者が日常生活のNeglect行動を認識できないことを示していると考えられる。

【結論】CBSは、脳卒中患者の日常生活におけるNeglect行動を充分観察・評価し、患者の認識の差に
注目して評価することができる有用な尺度である。

CBS-Jの活用は、Neglectを有する脳卒中患者の生活評価と看護ケアを検討する一助となる。

図1. 3群のCBS各得点の比較



失認・失行の頻度 および生活障害との関連

東京都老人総合研究所
高橋龍太郎

目的

脳血管障害初発症例を対象に、失認・失行の頻度を求めると共に生活機能との関連を明らかにする

対象

1997年6月から5年間にTセンターリハビリテーション科に入院した脳血管障害連続587例のうち、

再発17例、麻痺なし・両側麻痺47例、小脳・脳幹病変13例、左利き1例計78例を除く
509例

方法

失認・失行・失語の判定: 医師と理学・作業療法士・言語聴覚士・臨床心理士が入院3週間後までに評価と観察によって判定

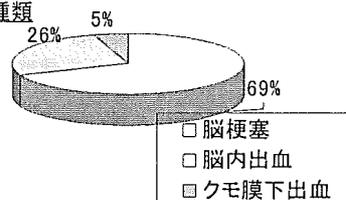
認知機能: MMSE、基本的ADL: Barthel 20点法、手段的ADL: Lawton 8点法

分析: χ^2 検定、t検定、分散分析(GLM)

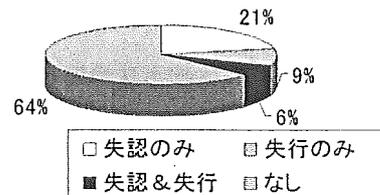
対象者の概要

- 平均年齢: 73.8歳(50-93)
- 男性/女性: 283/226(55.6%/44.4%)

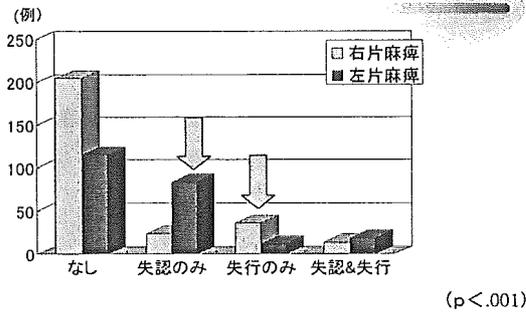
脳血管障害の種類



失認・失行の頻度



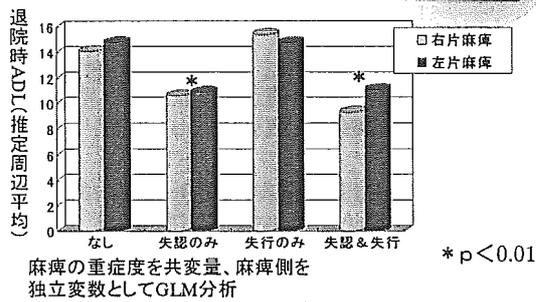
麻痺側と失認・失行の関連-1



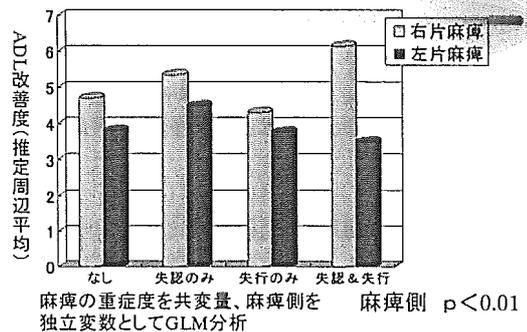
麻痺側と失認・失行の関連-2

- 右片麻痺例では
 - 13.7%に失認を合併
 - 18.0%に失行を合併
- 左片麻痺例では
 - 44.8%に失認を合併
 - 13.4%に失行を合併

退院時ADLと失認・失行の関連



ADL改善度と失認・失行の関連



まとめ-1

- 脳血管障害初発例において、37%に失認または失行の合併が認められた
- 特に、左片麻痺(右大脳半球損傷)例では45%に失認を合併した

まとめ-2

- 麻痺の重症度と麻痺側を調整して分析すると、退院時ADLは失行の合併とは関係せず、失認を合併した場合低値にとどまる
- 一方、ADLの「改善度」は、利き手である右上肢が麻痺しているにも関わらず右片麻痺群のほうが勝っていた
- これらの結果は、失語83例を除いた分析でも同様であった

考察

- 狭義の高次脳機能障害の中で、なぜ失認の合併だけがリハビリテーション後のADLを低くさせるか
- 左右の大脳半球はADLの制御について等しくないのでは(左大脳半球のほうが優位ではないか—たとえば動脈血流や大脳容積の左右差)

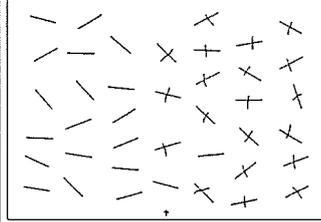
半側空間無視を中心に

脳卒中患者の失認・失行と生活障害
に関するワークショップ

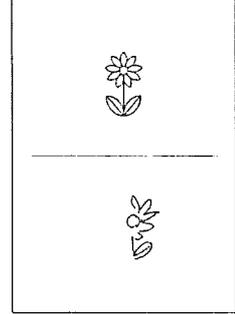
東京都神経科学総合研究所
リハビリテーション研究部門
石合純夫

典型的な左半側空間無視

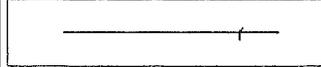
線分抹消試験



模写試験



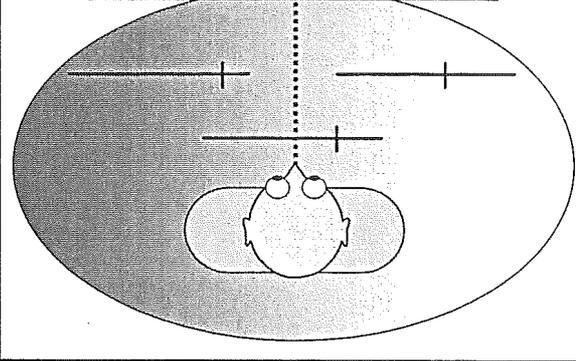
線分二等分試験



半側空間無視

- 大脳半球病巣と対側の刺激を発見して反応したり, その方向を向くことの障害
(Heilman et al, 1985)
- 脳卒中によるリハ入院患者での頻度:
右半球損傷: 約 4 割 / 左半球損傷: まれ
- 頭部や視線の動きを自由にした状況で生じる症状である.

どこを無視するのか?



半側空間無視と同名半盲は (一応)独立した症状である

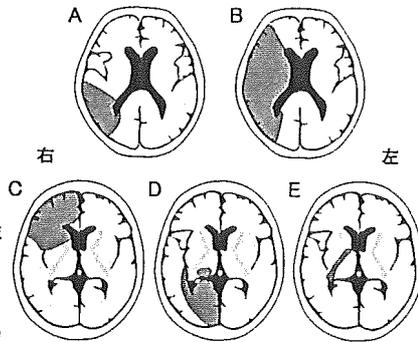
- 同名半盲だけでは半側空間無視は起こらない.
- 視野障害のない半側空間無視患者が存在する.
この場合, 無視側視野の視覚消去現象を伴うことが多いが必発ではない.

半側空間無視の病巣

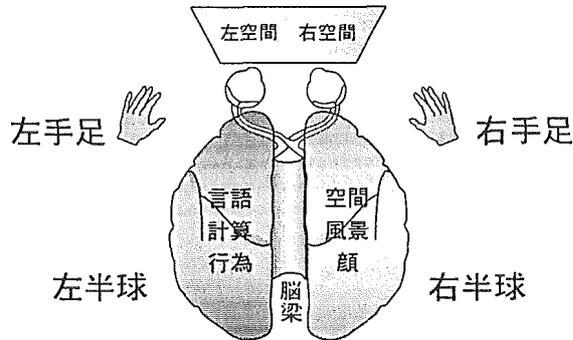
右側頭-頭頂葉
下頭頂小葉を含む
病巣が多い
(A, B).

その他の病巣

- 前頭葉 (C)
- 後大脳動脈領域
梗塞, 視床穿通枝
梗塞 + (D)
- 前脈絡叢動脈領域
梗塞 (E)
- 被殻出血, 視床出血,
皮質下出血



左右の大腦半球と高次脳機能



半側空間無視の診断・評価

無視ありと診断するのは容易だが、
無視なしと断言することは難しい。

ただし、検査の観察方法の甘さも問題

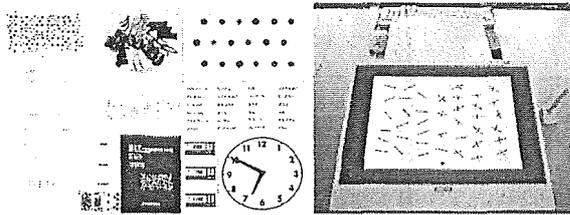
BIT 行動性無視検査日本版

Behavioural Inattention Test

BIT日本版作製委員会

新興医学出版社(1999)

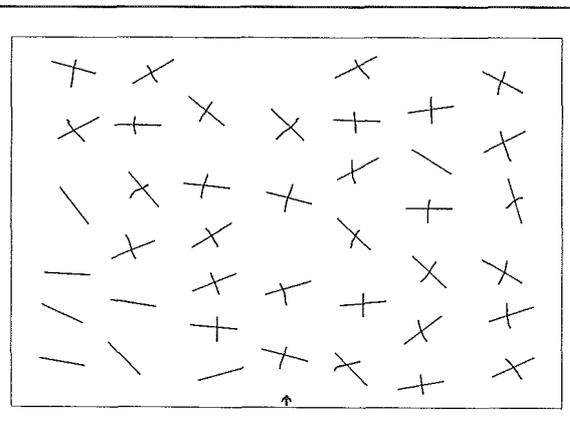
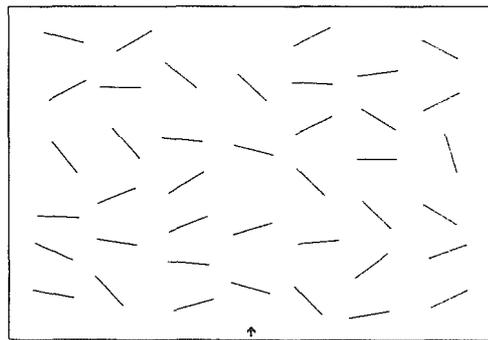
代表 石合 純夫



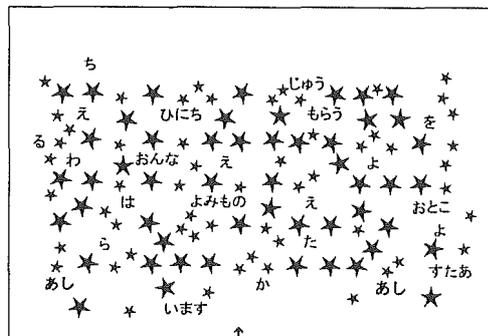
セット内容

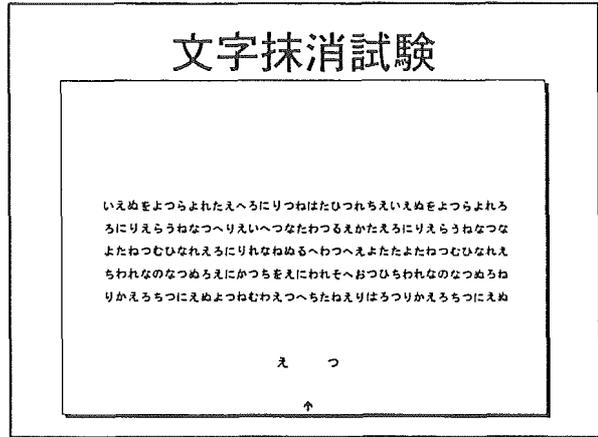
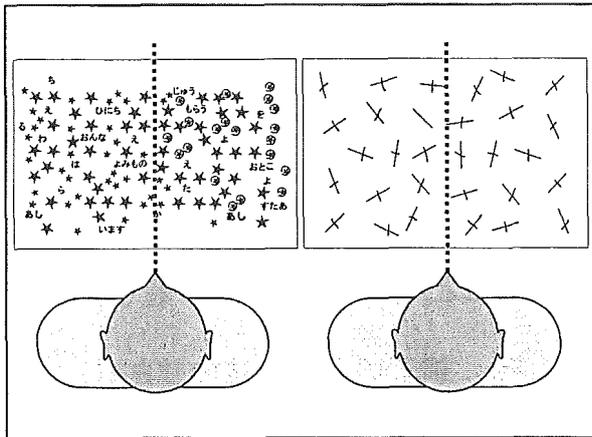
BITパソコン版

線分抹消試験



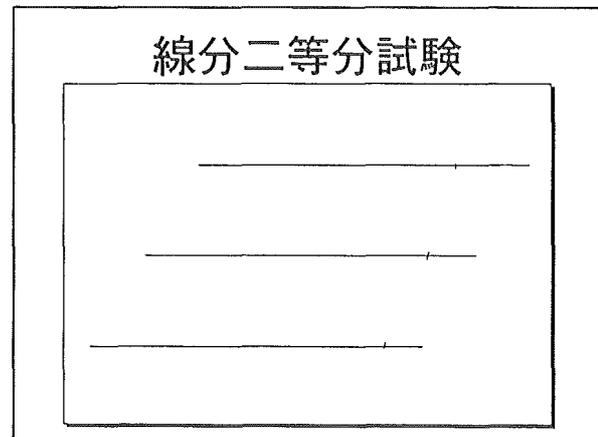
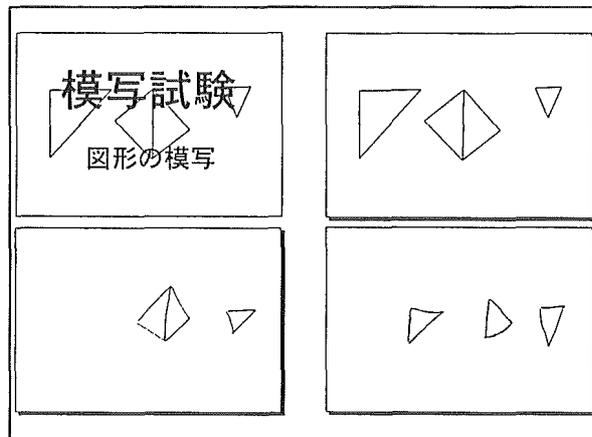
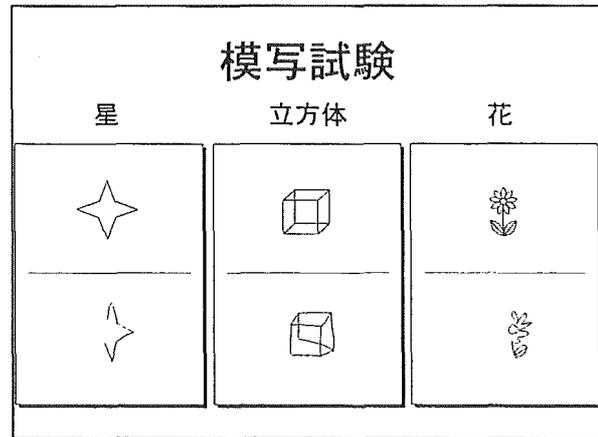
星印抹消試験





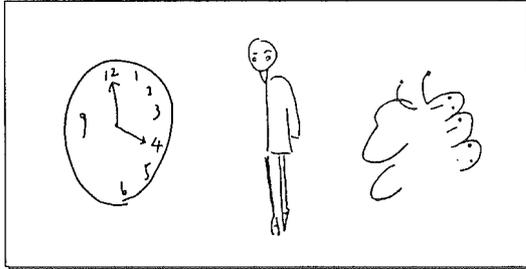
結果: 健常人45名の抹消試験所要時間(秒)

| | 平均 | SD | 範囲 | 平均+2SD | 所要時間 上限 |
|------|------|------|--------------|--------|------------|
| 線分抹消 | 32.0 | 9.9 | 16.9 - 60.1 | 51.7 | 55 |
| 文字抹消 | 99.2 | 29.9 | 48.3 - 175.9 | 158.8 | 160 |
| 星印抹消 | 61.5 | 18.1 | 37.9 - 125.2 | 97.6 | 100 |



描画試験

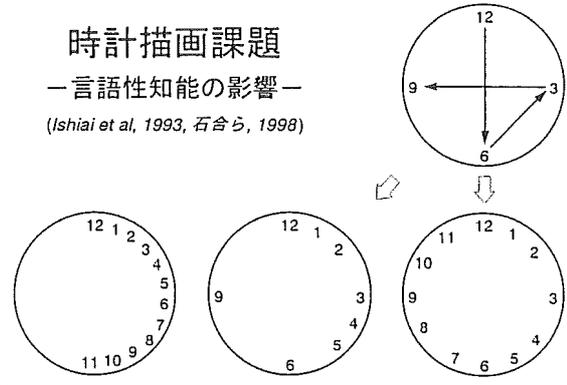
時計 人 蝶



時計描画課題

—言語性知能の影響—

(Ishiai et al, 1993, 石倉ら, 1998)



通常検査

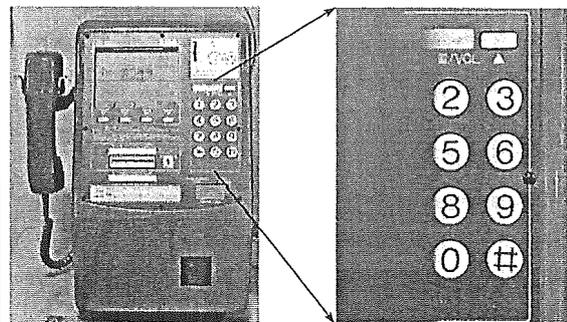
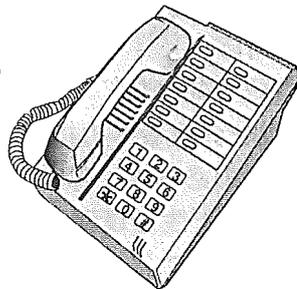
| | 最高点 | 正常範囲 | カットオフ点 |
|------------|-----|-------|--------|
| 1. 線分抹消試験 | 36 | 35-36 | 34 |
| 2. 文字抹消試験 | 40 | 35-40 | 34 |
| 3. 星印抹消試験 | 54 | 52-54 | 51 |
| 4. 模写試験 | 4 | 4 | 3 |
| 5. 線分二等分試験 | 9 | 8-9 | 7 |
| 6. 描画試験 | 3 | 3 | 2 |
| 合計 | 146 | | 131 |

行動検査

| | 最高点 | 正常範囲 | カットオフ点 |
|-----------|-----|------|--------|
| 1. 写真課題 | 9 | 7-9 | 6 |
| 2. 電話課題 | 9 | 8-9 | 7 |
| 3. メー課題 | 9 | 9 | 8 |
| 4. 音読課題 | 9 | 9 | 8 |
| 5. 時計課題 | 9 | 8-9 | 7 |
| 6. 硬貨課題 | 9 | 9 | 8 |
| 7. 書写課題 | 9 | 9 | 8 |
| 8. 地図課題 | 9 | 9 | 8 |
| 9. トランプ課題 | 9 | 9 | 8 |
| 合計 | 81 | | 68 |

電話課題

6139475



メニュー課題

| | | | |
|---------|--------|--------|--------|
| トマトジュース | 夏みかん | 紅茶 | 鳥のから揚げ |
| ポークカレー | のりとたまご | ハンバーガー | ビーフカレー |
| ミートパイ | 海老フライ | サラダ | 天ぷら |
| かしわもち | チーズ | 牛乳 | 刺身 |
| アイスクリーム | おにぎり | さくらもち | ゆでたまご |
| コーヒー | アップルパイ | サンドイッチ | メロン |

BIT日本版による診断

1. BIT通常検査合計得点が131点以下の場合には、半側空間無視があり、ADL、リハ場面においても無視による障害が現れる。
2. 下位検査の1つ以上でカットオフ点以下があるが、通常検査合計得点が132点以上の時には、半側空間無視の可能性を考え、検査結果やADL、リハ場面を注意深く観察する必要がある。
3. BIT全下位検査が正常範囲の時には、ADL、リハ場面で半側空間無視を示すことはまれである。

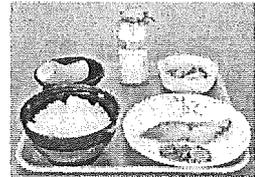
ADL、リハ場面における半側空間無視症状の評価(ADL、リハ評価)

- 1) 会話・コミュニケーション
(話しかけた相手の方を向かない、など)
- 2) ベッド上動作
(眼鏡やナースコールが見つからない、など)
- 3) 摂食場面
(患側の皿を見落す、お茶碗の患側を食べ残す、など)
- 4) 整容(整髪、髭剃りなどにおける患側の不備、など)
- 5) 着衣(患側の着そこない、など)
- 6) トランスファー(車椅子ブレーキのかけ／はずし忘れ、など)
- 7) 移動(1)(患側をぶつかる、など)
- 8) 移動(2)(患側に曲がりそこなう、など)
- 9) PTにおける無視傾向
- 10) OTにおける無視傾向

幅広い日常生活に 問題と危険が!

- 食事で左側の品を見落す
- 車いすとベッドとの移乗で転倒
- ものや人にぶつかる
- 道に迷う
- 服をうまく着られない

自分の食事



向かいの人の食事



本人は問題点を認識できない

- 「食事やリハビリテーションで左側の物を見落とすことがありますか？」と問うと、「左側に不注意なので注意するようにしています」と言う。
- 「自分で左側に不注意と意思いますか？」と問うと、「自分ではしっかりと見ているつもりだが、先生に注意される」という態度である。

半側空間無視を伴う場合 のリハビリテーション

1. 医師、リハスタッフ、看護師等が連携して対応
2. 言語や知識などの能力を活用
3. 家族・介護者への指導
4. 患者の必要性に応じた場面に重点
5. 自宅など生活環境への早期適応
6. 行動範囲の拡大は慎重に