

200400321/B

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(H14-長寿-021)

平成14-16年度総合研究報告書

平成17(2005)年3月

主任研究者 高橋 龍太郎

目 次

I.	総合研究報告書	3
	脳卒中患者の失認・失行と生活障害に関する研究	
	高橋龍太郎	
I. (補)	2004.9.25 ワークショップ記録	47
II.	研究成果の刊行に関する一覧表	55
III.	研究成果の刊行物・別冊	57

総合研究報告書

脳卒中患者の失認・失行と生活障害に関する研究

主任研究者 高橋龍太郎 東京都老人総合研究所

研究要旨:脳卒中患者の失認・失行と生活障害の関係を検討するため以下の研究を行った。第一に、ADL や認知機能など生活機能との関連について基礎的調査を行うこと、第二に、失認・失行症例の発症急性期から退院 12 ヶ月後までの追跡研究と本格的リハビリテーション期における生活障害特性分析の研究を行うこと、そして、改善にむけた糸口を見出し、医療ケアの介入の可能性を探ることである。

生活障害特性分析の研究では、発症 1,2 ヶ月を経過した時期でも 35%に失認・失行の両者ないしいずれかが認められること、左側片麻痺例では利き手である右上肢機能が保たれ認知機能も強く障害を受けていないにもかかわらず上肢関連動作が右側片麻痺例よりも劣っていることが示された。失行と失認は認知機能・ADL 低下に影響するが、その影響が加算的増強効果を示さなかったため、失行・失認による生活障害の発生機序には共通の部分がある可能性が示唆された。

急性期からの追跡研究においては、脳卒中重症度指標(NIHSS)が中度以上では、入院時から退院後 3 ヶ月まで生活障害が持続し、その特徴として両上肢動作の「雑」「し残し」「し忘れ」「慌てる」、移動動作の「ぶつける」がみられるとともに、自己の健康障害への認識低下と注視困難に特徴がみられた。Neglect(半側空間無視)の生活障害評価尺度として用いられているスケール CBS(the Catherine Bergego Scale)の日本語版(CBS-J)を作成し、生活障害の特徴を調べた。NIHSS により脳卒中重症度軽度群、中等度群、重度群に分類し、CBS-J-観察得点、CBS-J-自己評価得点、CBS-J-Anosognosia(病態失認)得点について比較したところ、CBS-J-観察得点、CBS-J-Anosognosia(病態失認)得点は脳卒中の重症化とともに高得点となり、Neglect 行動が強くなり、かつ、自身の Neglect 行動を気づくことができなくなることを示唆した。

さらに、自分の障害の認知についてインタビューを行い質的に分析したところ、右大脳半球損傷脳卒中患者の特徴として「現在の健康状態に合わせようとする」というテーマに関する語が多いことが示された。

日常行動障害とそれに対する自覚低下とは対照的に、自分自身の行動を振り返ると(意識の逐次直列処理系、再帰的自己意識)、生活に合わせて行動することができていない自分に疲労し、それを何とかしたい、「再適応、和解させたい(adjust)」という表出がみられた。

【分担研究者】

高橋龍太郎

東京都老人総合研究所・参事研究員

今福 一郎

横浜労災病院神経内科・病棟部長

村嶋 幸代

東京大学大学院医学系研究科・教授

永田 智子

東京大学大学院医学系研究科・助手

A. 研究目的

脳卒中患者の発症後早期から生じる失認・失行は、日常生活動作能力の負の影響要因で、リハビリテーション期にも重要な生活障害である。本研究の目的は、これら脳卒中患者の失認・失行と生活障害の関係を検討するため、ADL や認知機能の程度を標準的な尺度を活用して調べ生活機能との関連について基礎的調査を行うこと、そして実際、急性期から失認・失行の発生状況の特徴とその変化を調べることによって行動の特徴を明らかにすることである。

また、現在わが国では、失認により生活障害評価尺度開発に関する取り組みはなされていない。そこで、失認・失行を有する初発の右大脳半球損傷脳卒中患者を対象に、the Catherine Bergego Scale Japanese version (以下 CBS-J)を用いた生活障害を明らかにし、CBS-J の有用性を検討することとした。

以上の検討から得られる失認・失行をもつ脳卒中患者の生活障害のプロセスを明らかにするため、自分の病や健康体験に関するインタビューを行い、そこで語られた内容を質的に分析し、大脳半球損傷の左右差が病の語りにどのような違いを生むか、

その違いが失認・失行の生活障害とどのように関わるのかを検討することとした。

B. 研究方法

1. 平成 14 年度研究方法の概要

1. 生活障害特性分析の研究

T 医療センターリハビリテーション科に入院した脳血管障害初発例のうち、失行・失認の存在が認められた 228 名を対象として認知機能、基本的 ADL、手段的 ADL を測定し、失行のみの群、失認のみの群、失行と失認の合併した群の 3 群間で比較検討を行った。

2. 急性期からの追跡研究

Y 労災病院、T 医療センターに入院した急性期脳卒中患者のうち、初回発症、右大脳半球損傷、半側空間無視関連症候、の 3 基準を満たし、同意が得られた全例を対象とし、入院後 5 日以内(T1)、退院時(T2)、退院後 1 ヶ月(T3)、退院後 3 ヶ月(T4)の 4 時点において検査、行動観察、面接調査を実施した。脳卒中重症度として The National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)を用い、線分二等分検査、ADL、生活動作や健康障害への認知について検討を加えた。

3. 症例検討

失行・失認の改善が顕著であった症例を臨床的に検討した。

(倫理面への配慮)

臨床データの収集にあたっては、個人名や ID に関するデータは分析から除外し、個人情報漏洩しないよう配慮した。また、急性期の調査にあたっては、調査病院の院内倫理審査委員会の承認を受け、研究の目的、方法、プライバシーの保護、拒否の権利について説明を行い、同意書に署名を得た

上で実施した。

2. 平成 15 年度研究方法の概要

1. 生活障害特性分析の研究

T 老人専門病院リハビリテーション科にリハビリテーション目的で入院した脳血管障害初発例 563 例のうち、麻痺なし、両側麻痺、小脳・脳幹病変、左利きの計 76 名を除外した 487 例を分析対象とした。

2. 急性期からの追跡研究

地域中核病院に入院した全脳卒中患者のうち、初回発症、失認・失行を有する右大脳半球損傷脳卒中患者 9(梗塞 7 名、出血 2 名; 男性 6 名、女性 3 名; 平均年齢 66.2±3.4 歳)名を対象に、入院時の脳卒中の重症度別に、日本語版 CBS(the Catherine Bergego Scale: Azouvi, P. et al. *Neuropsych Rehab*, 6: 133, 1996)、自己の障害への認識などを、入院(T1)、退院時(T2)、退院後 1 ヶ月(T3)、退院後 3 ヶ月(T4)、6 ヶ月(T5)、12 ヶ月(T6)の時経列の変化を分析した。

Neglect 行動観察評価尺度: 日本語版 CBS 作成

日本語版 CBS 作成に当たっては、CBS の作者に許可を得て、医学系専門家による日本語への順翻訳および逆翻訳をおこなった。CBS 得点の研究者観察得点(CBS-J-観察得点)と自己評価得点(CBS-J-自己評価得点)との得点差を CBS-J-Anosognosia (病態失認)得点とした。(表 1、2、3)

3. 平成 16 年度研究方法の概要

1. 生活障害特性分析の研究

地域中核病院に入院した脳卒中患者のうち、初発、失認・失行を有する右大脳半球損傷脳卒中患者 20 名を対象に、退院後 1 ヶ月時に機能評価、CBS—J による行動観

察、面接調査を実施した。

調査時の NIHSS 総得点により対象を 3 群に分類し、3 群間における各変数の関連を検討した。脳卒中の重症度を独立変数とし、CBS-J-観察得点、CBS-J-自己評価得点、CBS-J-Anosognosia (病態失認)得点、Barthel Index(BI)、MMSE 得点について検定をおこなった

2. 脳卒中体験に関する質的研究

T 老人専門病院リハビリテーション科に入院しリハビリテーションを受けている入院中の脳卒中高齢者、ないしリハビリテーション後退院し通院中の脳卒中高齢者 24 名で、右大脳半球損傷左片麻痺例 15 名、左大脳半球損傷右片麻痺例(失語症合併例を除外)7 名、片麻痺なし 1 名、両側麻痺 1 名であった。

各症例に「あなたにとって健康であるとは何を意味しますか」という質問を投げかけ、それに対する対象者の語りをテープレコーダーに録音した。録音内容を文字化した後、質的研究の豊富な経験を持つ米国の研究者と分析を進めるため、文字テキストの英訳を行った。5 人の研究者が van Kaam 法(van Kaam, 1969)に基づいて、週 1 回の電子メール交換と 2 回の直接討論によって分析を進めた。

C. 研究結果

1. 平成 14 年度研究結果の概要

1. 生活障害特性分析の研究

228 名の高次脳機能障害の種類の内訳は、失認のみの患者が 106 名(58.2%)、失行のみの患者が 43 名(23.6%)、失認と失行が合併した患者が 33 名(18.1%)であった。BADL について分析を行ったところ、失行群

における BADL 低下の程度は軽く、失認のみの群、および両方を合併した群のそれぞれと有意な差が認められ、両者を合併している群は失認のみの群と有意差がなく、ほぼ同等のレベルであった。(図1)上肢機能を主に用いる 5 項目の動作(食事摂取、更衣、整容、起居・移乗、トイレ動作)を選定し、3 群間での比較を行ったところ、BADL の総スコアと同様の結果であった。

MMSE について3群間で分析を行ったところ、失認のみの群が最も得点が高く、失行のみの群との間に有意な差が認められ、両方を合併した群は失行のみの群と同等であった。

2. 急性期からの追跡研究

2-1.調査病棟に入院した脳卒中患者全 72 名のうち、失認関連症候有りと診断された患者の割合は 11 名(15.2%)、初回右大脳半球損傷脳卒中患者 14 名に対しては 11 名(78.5%)であった。全対象9名は、梗塞 7 名、出血 2 名、男 6 名、女 3 名、年齢 66.2 ± 3.4 (49~80)歳。Neglect 8 名、半側身体失認 1 名、着衣失行 1 名。NIHSS は 11.3 ± 2.9 (1~26)点で、軽度 2、中度 4、重度 1、超重度 2 名と分類された。BI は 21.6 ± 5.5 (5~55)点だった。

2-2.重症度による経時的変化の特徴 - Neglect に伴う生活障害、注視、健康障害の認知-

- 1) 軽度者 2 名は、失認関連症候が入院後早期に消失し、生活障害がなかった。
- 2) 中度者 4 名は、Baseline から T3 まで、Neglect に伴う生活動作の障害、共同偏視軽度、追視、声掛けへの反応に問題があった。1 名は、Baseline から麻痺側を含む身体の認識障害があり、T3 に障害へ

の気づき(awareness)の出現がみられた。2 名は、Baseline から T3 まで、生活動作障害に自ら気づいていた。更に、T2 に背後空間の認識障害とそれに伴う視線動揺があった。1 名は、T2 でその障害に気づいて、行動修正していた。

3) 重度者は Baseline から T3 まで Neglect を伴う生活動作の障害、共同偏視、追視、視線、声掛けの反応の問題、注視を伴う動作の中断があった。健康障害に対する認識低下があった。

4) 超重度者 2 名は、Baseline から T3 まで Neglect に伴う生活動作、障害共同偏視、追視、視線、声掛けへの反応に問題があり、注視を伴う動作の中断があった。1 名は、Baseline、T1 に麻痺側の認識低下、T2 からそれに対する気づきが生ずるが、生活障害の認識障害があった。

2-3.Neglect に伴う日常生活障害

軽度は、Neglect が入院後すぐに消失し、生活障害を残さなかった。中度から超重度は Neglect と Neglect 関連症候に伴う生活障害が持続し、障害は、整容、移動、食事動作に出現し、その特徴は、動作の「し残し」「し忘れ」「慌てる」「雑」「ぶつける」だった。更に、対象は背後の刺激、空間認識に障害があった。左右だけではなく、背後にも注意が必要で、疲労や恐怖を感じていた。

2-4.注視の特徴

軽度は障害がなかった。中度から超重度は、その程度は変化しながらも Baseline から T3 まで、共同偏視、追視、視線という目の動き、声掛けへの反応に問題が生じていた。

2-5.麻痺側を含む自己の健康障害への認識力低下

自分の悪いところや、麻痺の存在が分からないという麻痺側への認識障害があった。また、麻痺により生じる生活障害、健康障害の認識が不完全であった。T3まで継続する対象がいた。以上麻痺側を含め健康障害の認識障害が明らかになった。

3.症例検討

左内頸動脈に高度狭窄を有し、頭部 MRI 上の所見は乏しいにも関わらず、一過性の右片麻痺と進行性の記銘力障害・失語症状を呈した 73 歳男性(症例1)と、右内頸動脈に高度狭窄を有し、左半側空間無視と左上下肢の失行を呈した 63 歳男性(症例2)において、内頸動脈血栓内膜剥離術術前と術後約2ヶ月に WAIS-R, WAB, 記銘力検査を施行し、脳血流シンチ、脳波と併せて検討した。

症例1では WAIS-R は術前 IQ63(VIQ71, PIQ60)に対し術後 IQ91(VIQ92, PIQ92)と改善した。また、物品呼称、読み、書字、計算の障害が術後ほぼ消失した。記銘力障害は術後も残っていた。症例2では WAIS-R は術前 IQ83(VIQ108, PIQ53)に対し術後 IQ91(VIQ114, PIQ61)と改善した。また左半側空間無視も線分二等分や線分末梢のテストの改善を示したが模写での無視や左上下肢の失行は残った。

2. 平成 15 年度研究結果の概要

1. 生活障害特性分析の研究

対象例の脳血管障害の種類は、脳梗塞が約 7 割、脳内出血が約 3 割を占めていた。麻痺側は右側が 55.2%、左側が 44.8%であった。失行のある者は全体の 14.1%で、失認のある者は全体の 26.5%であった。このうち、28 名(5.7%)は両者を合併していた。すなわち、34.9%が失認・失行の両者ないしい

ずれかが認められた。

対象例は右利きであるので、麻痺側による頻度差、生活障害の違いを検討した。失行は、右側片麻痺では 11%、左側片麻痺では 15%に認められ、麻痺側による有意差は認められなかった。失認は、右側片麻痺では 12%、左側片麻痺では 44%もの高頻度で認められ、有意な左右差が認められた。(図2)ADL、IADL、入院期間の左右差はなく、MMSE は左側片麻痺の方が高値であった。ADL の総合スコアについては右側片麻痺・左側片麻痺間にも、失行・失認のある群・ない群との間に有意な差は認められなかった。

IADL の総合スコアについては、右側片麻痺、左側片麻痺間において、失行・失認のある群とない群の差は認められなかった。しかし、右片麻痺、左片麻痺の両方において失行もしくは失認のある群の IADL 総合スコアが有意に低かった。右側片麻痺、左側片麻痺の両者において失行・失認のある群のほうが MMSE スコアが有意に低く、失行・失認のある群間、失行・失認のない群間でそれぞれ比較すると、失行・失認のある群で有意に MMSE スコアは左側片麻痺群で高かった。

各生活動作、機能障害の比較では、IADL の預金扱い、ADL の起居動作、着脱衣、排泄行為、機能障害の手指・上肢・下肢のすべてについて左側片麻痺群でのみ失行・失認の有無で有意な差が認められた。(表4)

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、失認を伴うトリハビリ

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。(図3)

2. 急性期からの追跡研究

本研究における全脳卒中患者 72 名中失
認・失行の発症頻度は 14.1% (11/72), 初発
の右大脳半球脳卒中患者の 78.5%(11/14)
だった。更に、同意が得られた対象の 9 名
(梗塞 7 名、出血 2 名; 男 6 名、女 3 名; 平均
年齢 66.2±3.4 歳)のは、8 名が Neglect, う
ち 1 名は半側身体失認を有し、1 名は着衣
失行を有していた。NIHSS は平均 11.3±2.9
点、軽度 2、中等度 4、重度 3 名と分類された。
入院時の CBS 平均得点 14.5±7.2 点だった。
初回退院先は、軽度が自宅へ、中等度以
上は転院していた。

【NIHSS 重症度別の CBS 時系列変化】

1) 軽度: 2 名

入院後早期に失認・失行が消失し、退院
後の生活障害は認められなかった。

CBS(観察): T1 で低値、T2 以降 0 点だ
った。

CBS(自己評価): 観察と同様だった。

障害への認識: 全経過を通し
CBS-J-Anosognosia(病態失認)得点は 0
点だった。

2) 中等度: 4 名

全経過を通し Neglect 行動があり、退院
後1ヶ月から6ヶ月では、これら生活障害を
認識し、精神的疲労を示していた。

CBS(観察): 全経過を通し Neglect 行動が
みられ、T3 以降、徐々に改善がみられた。

*CBS 以外の問題: 2 名は T3 で、背後から
の刺激にキョロキョロして振り返れなかつ
た。

障害への認識: 1 名(No3)は、T1 から T3 ま
で CBS-J-Anosognosia(病態失認)得点が

高かった。他の 3 名は、T3 以降自分なりに
障害を認識し、認識の程度に変動があった。
退院後 6 ヶ月前後スコアに変動を示したも
のがあった。

3) 重度者: 3 名

1 名は脳ヘルニアを起こし、発症後 5 ヶ月
後に永眠された。残り 2 名は、全経過を通し
重度な失認が継続し、退院後早期には
CBS 得点の悪化がみられていた。しかしな
がら、自己の病状や障害への気づきが乏し
かった。

CBS(観察): 入院時から高値で、退院後
早期には生活行動の拡大と共に、更に悪
化がみられ、T3 までも中等度だった。

*CBS 項目以外の問題: T0 から T3 まで、
左側からの刺激にキョロキョロと辺りを見回
しては動作の集中途切れていた。また、移
動時、車椅子に体をぶつけてしまうこと、麻
痺側を体幹の下敷きにすることで、肩関節、
膝関節の脱臼、麻痺側の打撲、擦過傷が
絶えなかった。

CBS(自己評価): 入院中は障害を軽度に
評価し、退院後 6 ヶ月までも中等度に評価
し、自分の病状や健康障害への認識、気づ
きが乏しかった。

障害への認識: 全経過を通し CBS-J
-Anosognosia(病態失認)得点が高く、麻痺
や障害への認識が乏しく、T3 では、麻痺側
を脱臼するという健康傷害すら認識できな
かった。

3. 平成 16 年度研究結果の概要

1. 生活障害特性分析の研究

NIHSS は平均 9.1±5.1 点で、それに基づ
き軽度群 6 名、中等度群 10 名、重度群 4
名に分類された。3 群の属性に差はなかつ
た。

CBS-J-観察得点は、重症度が高いと Neglect 行動が高かった ($P=0.000$)。CBS-J-自己評価得点は3群共に低く群間に差はなかった。CBS-J-Anosognosia (病態失認) 得点は、重症度が高いと病態失認が強かった ($P=0.000$)。(図4) CBS-J10 項目の Cronbach α は、観察得点、自己評価得点、Anosognosia (病態失認) 得点は各々 0.98、0.88、0.97 であった。また、重症度が高いと BI 得点が低く、ADL 能力も低かった ($P=0.000$)。重症度が高いと MMSE 得点が低く、全般的認知能力が低かった ($P=0.005$)。

2. 脳卒中体験に関する質的研究

24 名の高齢脳卒中症例に対して健康の意味についてインタビューを行い、その文字テキストの分析の中から合計 103 のトピック要素が選択された。さらにそのトピックから 7 つのテーマが抽出された。それらは、「スムーズに考え、動くこと」「基本的でかけがえのない贈り物」「現在の健康状態に合わせようとする」「現在を定義する過去の体験」「日常生活の健康バロメーターを自覚する」「他者の目を通して自分を判断する」「新しい視点から生活を見通す」の 7 テーマであった。これら 7 つのテーマに還元された 103 のトピックひとつひとつが、左右どちらの大脳半球損傷の高齢者の語りであったかを遡及的に (retrospective) 検討したところ、「新しい視点から生活を見通す」に関するトピックはやや右大脳半球損傷例に多くみられ、「現在の健康状態に合わせようとする」というトピックは計 11 あり(表5)、「食べ物に気をつける」以外残りすべては右大脳半球損傷例のインタビューから得られたトピックであった。

D. 考察

失認と失行を合併した場合、失認単独の認知機能・ADL への影響が加算的に増強されなかったため、失認・失行による生活障害の発生機序には共通の部分があるのかもしれない。また麻痺側別にみると、IADL を中心とする生活機能について強く障害を受け、特に左側片麻痺で失認・失行が存在すると主として上肢を用いる生活機能が障害される。利き手が障害を受けるほうが日常生活動作に不自由を与えるものと考えられるけれども、失認・失行を伴う左側片麻痺の場合、利き手の機能が保持されているにも関わらず上肢を用いる日常生活動作が影響を受けやすいという事実は在宅生活援助の観点から留意すべきである。

失認・失行関連症候を有する患者の急性期から慢性期における生活障害の変化を検討したところ、両上肢動作の「雑」「し残し」「し忘れ」「慌てる」が、移動動作の「ぶつける」がみられ、自己の健康障害への認識、関心が低下していた。また、注視に特徴があることも明らかになった。入院時の脳卒中の重症度分類に基づくと、軽度では Neglect が早期に消失し、中等度以上の場合、慢性期にも Neglect 行動が継続する。CBS 得点の変化でも時期的変化と生活障害の違いが生じうることに着目する必要性がある。

CBS-J-観察得点、CBS-J-Anosognosia (病態失認) 得点は脳卒中の重症度と関連し、重度ほど Neglect 行動が強くなり、患者自身の日々の生活における障害や病態への認識が困難であること示している。中等度群では、全般的認知能力が高く保たれていて

も、自己の Neglect 行動に気づくことができない。

これら研究の結果から、右大脳半球損傷患者の語りの特徴を分析し、左右半球の違いを明らかにするためインタビュー調査を行った。「現在の健康状態に合わせようとする」および「新しい視点から生活を見通す」というテーマに関するトピックが多く含まれていることが示された。「適応させる、和解させる、合わせる」というキーワードで象徴化できよう。

右大脳半球損傷例では病態失認やそれに近い症状、障害や症状の完全否認から自分の身体状況への無関心まで広い範囲の言語表現がみられるとされるが、今回の結果は、反対に失った健康、心身機能でもってなんとか地域生活への復帰、再適応を果たそうとしていることを支持する。この結果をどのように考えればよいのだろうか。最近の認知科学領域の知見によると、意識は階層構造をとっていると考えられるようになった。(図5)このモデルに基づいて今回の結果を考えてみる。覚醒している場合(生物学的意識)、日常生活のほとんどの行動は知覚(視覚情報など)と運動が同時並行処理され瞬時の反応として現れる(アウェアネス; 知覚運動的意識)。この入力情報の一部に欠損(視空間失認など)があると注意力の制御に問題が生じる。その問題に気づく(アウェアネス)はずであるが、事実としては知覚-運動過程がスタートしてしまっただ後に遅れて知覚される。この逆転した前後関係を自分自身ではうまく対処したようにつじつまを合わせるため(時間の繰上げ; B・リベット、1991)よどみない、統一感のある現実として経験される(T・ノーレットランダーシ

ユ、1991)。この後追いのつじつま合わせが、病状や障害の無視、無関心、自己弁明的な言動になるのかもしれない。しかし、いったん反省的に(リカーシブ)自身の言動を意識すると(逐次直列処理系、再帰的自己意識)、生活に合わせて行動することができていない自分に疲労し、それを何とかしたい、「和解させたい(adjust)」という言語的表出が行われるということができるのではないだろうか。

E. 結語

失認・失行を伴う脳卒中患者の生活障害の研究を行い、次のような結果を得た。追跡研究においては、Neglect 患者の評価法として用いられているスケール CBS の日本語版(CBS-J)を作成し、Neglect を有する初発右大脳半球脳卒中患者の重症度別比較を行った結果、CBS-J は重症度に応じて Neglect 行動、病態失認が強くなること、すなわち顕著な Neglect 行動と自身の Neglect 行動自己評価ができない、自身の日常生活における障害を気づくことができない障害を有することがわかった。生活障害特性分析の研究から、左側片麻痺例では利き手である右上肢機能が保たれ認知機能もある程度維持されているにもかかわらず上肢関連動作が右側片麻痺例よりも劣っていることが示された。

右大脳半球損傷例では広範囲のスペクトルをもった失認・失行関連症状が現れるが、日常生活の行動や動作は視覚情報などの知覚と運動が同時並行処理され瞬時の反応として現れるので、この入力情報の一部に欠損や不具合(視空間失認など)があると注意力の制御に問題が生じる。しか

し、それはすでに起こってしまったことであるので、注意を喚起する方法では是正し得ない。わかりやすく正確にこのメカニズムを説明し、自分自身でもうまく対処しているとつじつまを合わせるしか仕方がない状況、その矛盾に疲労している状況、そして再帰的に自己意識を発揮すれば何とか和解させたいと願っている状況、このような障害の起こり方を納得することによって、少なくとも本人と家族のストレスは減弱するであろうし、一部の患者では再帰的な自己意識を刺激することによって実際に行動を是正させることができるかもしれない。

表1. The Catherine Bergego Scale 順翻訳の1. と2.

	0	1	2	3
1. 顔の左側の部分の整容・髭剃りを忘れる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. きちんと左側の袖を整えたりスリッパを履くことがむずかしい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. お皿の左側の料理を食べ忘れる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 食後に左側の口元をきれいにするのを忘れる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 左の方を向くのがむずかしい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 体の左部分を忘れる。(上肢を肘掛けに乗せるのを忘れる、左足を車椅子のフットレストの上に乗せるのを忘れる、必要な時に左上肢を使うのを忘れる。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 左側からの雑音や人の呼びかけに注意を払うのが難しい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 歩行中または車椅子走行中に、左側の人や物(ドアや家具)にぶつかる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. よく知っている場所やリハビリテーション室で移動する時に、左の方向を見つけるのが難しい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 部屋か浴室で身の回りのものが左側にある場合、それを見つけるのがむずかしい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
総得点(/30)				

	0	1	2	3
1. 顔の左部分の身づくろいや髭剃りを忘れる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 左側の袖やスリッパを調整するのが困難である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 皿の左部分にある料理を食べるのを忘れる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 食後に口の左側をきれいにするのを忘れる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 左の方を見るのが困難である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 体の左部分を忘れる(例: 腕を肘掛けにのせるのを忘れる、左足を車椅子のフットレストにのせるのを忘れる、必要な時に左腕を使うのを忘れる)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 左側からくる音や人の呼びかけに対して注意を向けるのが困難である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 歩行時や車椅子での移動時に、左側にある物(ドアや家具など)にぶつかる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. よく知っている場所やリハビリユニットでの移動時に、左側への行き方を見つけるのが困難である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 居室や浴室で、左側にある持ち物を見つけるのが困難である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
総得点(/30)				

表2. The Catherine Bergego Scale 逆翻訳の1. と2.

	0	1	2	3
1. Neglects to wash or shave the left side of the face.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Has difficulty arranging left sleeve [putting left arm in sleeve] or putting on left slipper.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Neglects to eat the food on the left side of the plate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Neglects to wipe the left side of the mouth after eating.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Has difficulty turning to the left.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Does not use the left portions of the body (does not place left arm on armrest, forgets to put left foot on footrest of wheelchair, neglects to use left arm at needed times when necessary).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Has difficulty paying attention to noises or voices coming from the left.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bumps into people or things (doors, furniture) on the left when walking or moving, operating the wheelchair.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Has difficulty finding things to the left when moving to a familiar place or the rehabilitation room.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Has difficulty finding personal belongings in the room or bathroom that are on the left side.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total score(/30)	0	1	2	3
1. Forgets to clean or shave the left side of the face.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Has difficulties in carefully getting in to he left sleeve or putting on the left slipper.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Forgets to eat food the on the left side of the plate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Forgets to wipe off the left side of the mouth after the meal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Has difficulties in turning to the left.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Forgets about the left side of the body. (Forgets to put his arm on the armrest. Forgets to place his left foot on the footrest of the wheelchair. Forgets to use the left arm even when it's recess any.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Has difficulties in paying attention to sound of voices calling from the left.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Collides with people or objects (door, furniture) on his left(side) when walking or moving around by wheel chair.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Has difficulties in finding the left direction when moving around in well known places and rehabilitation room.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Has difficulties in finding objects around him / her in the room or bathroom, if there are to the left of his /her body.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total score(/30)				

表3. The Catherine Bergego Scale 原本

出典 : Azouvi, P. Marchal, F. Samuel, C .et al. Functional Consequences and Awareness of Unilateral Neglect: Study of an Evaluation Scale. *Neuropsychological Rehabilitation*, 1996;6:133-50.

評価基準

- 0点 no spatial bias. 空間偏位なし.
- 1点 a mild neglect, with the patient always exploring right hemispace first, going slowly and hesitatingly toward the left, and showing occasional left-sided omissions.
軽度のneglect,常に最初に右半側空間を探す、ゆっくりそして躊躇しながら左の方へ行くこと、および時々左側の省略を示す患者
- 2点 moderate neglect, if the patient showed clear and constant left-sided omissions or collisions.
中等度のneglect, もし患者が明らかに一定の左側の省略あるいは衝突を示した場合
- 3点 severe neglect, when a patient was totally unable to explore the left hemispace.
重度の neglect, 患者が左半側空間を全く探すことができなかった時

BEHAVIORAL ASSESSMENT OF NEGLECT, Azouvi				
	0	1	2	3
1. Forgets to groom or shave the left part of his/her face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Experiences difficulty in adjusting his/her left sleeve or slipper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Forgets to eat food on the left side of his/her plate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Forgets to clean the left side of his/her mouth after eating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Experiences difficulty in looking towards the left	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Forgets about a left part of his/her body (eg, forgets to put his/her upper limb on the armrest, or his/her left foot on the wheelchair rest, or forgets to use his/her left arm when he/she needs to)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Has difficulty in paying attention to noise or people addressing him/her from the left	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Collides with people or objects on the left side, such as doors or furniture (either while walking or driving a wheelchair)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Experiences difficulty in finding his/her way towards the left when traveling in familiar places or in the rehabilitation unit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Experiences difficulty finding his/her personal belongings in the room or bathroom when they are on the left side	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total score (/30)				
0=no neglect; 1=mild neglect; 2=moderate neglect; 3=severe neglect				

表 4. 失行・失認のある群とない群を比較し、左片麻痺群でのみ差の認められた ADL・IADL の各項目

IADL	ADL	機能障害
預金扱い	起居動作 着脱衣 排泄行為	手指機能障害 上肢機能障害 下肢機能障害

表 5. 右大脳半球損傷例のインタビューから得られた特徴的テーマとそこに含まれるトピック

[テーマ] Trying to adjust to the present health circumstances (現在の健康状態に合わせてようとする)

[トピック] 右大脳半球損傷例から得られたもの

- Being able to do things in the way he wants (何事もやりたいようにできる)
- Trying to get back to a normal life, dealing with his bad left hand while emphasizing readiness to hustle (自分を元氣付けながら動かない左手を操って元の生活に戻ろうとする)
- Balance in walking, eating and daily living itself (運動や食事、生活のバランスをとる)
- Being able to accomplish everyday things like working so his body doesn't become lazy (仕事など毎日の用を済ませることができれば体は鈍らない)
- Never having a major illness until 85 years old (85 歳になるまで大病をしたことがない)
- Persuading himself that he shouldn't be angry (怒ったりしないよう自分に言い聞かせる)
- Her husband becoming sick because of her sickness and being taken care of by her sons instead of her taking care of them (自分の病気のため夫が体調を崩し、息子たちの面倒をみるのではなく面倒をみてもらう)
- Having no choice but to quit smoking and reduce salt as a matter of survival (長生きするためにはタバコをやめ塩の摂取を減らす以外にない)
- Living with his wife who has aphasia by stroke (脳卒中のため失語症になった妻と生きていく)
- To do laundry and cook like other people (炊事洗濯を他の人と同じようにやる)

次のもののみは左大脳半球損傷例から得られたものである

- Paying attention to what she eats (食べ物に気をつける)

図1. 失認のみ、失行のみ、両者合併の3群のBADL比較

点 (20点満点)

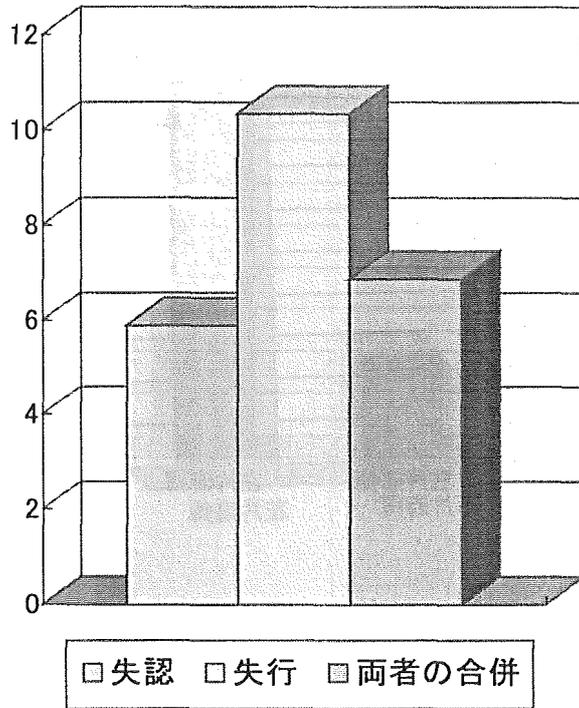


図2. 麻痺側別にみた失行・失認の出現頻度

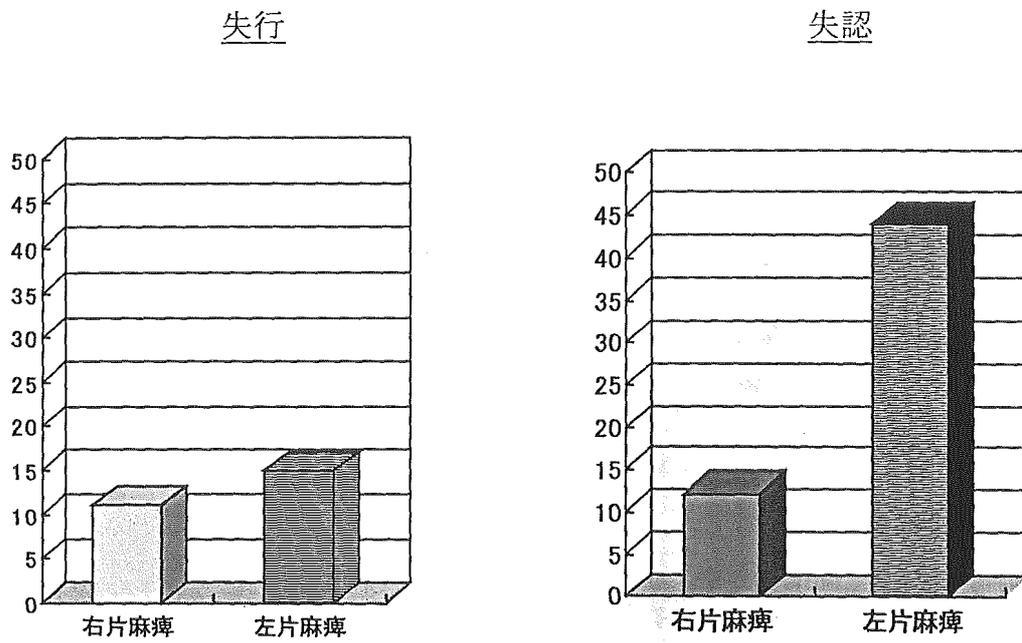


図3. 失認・失行の合併が退院時ADLに与える影響(麻痺の重症度を共変量とし、麻痺側を独立変数とする分散分析)

失認を伴うと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

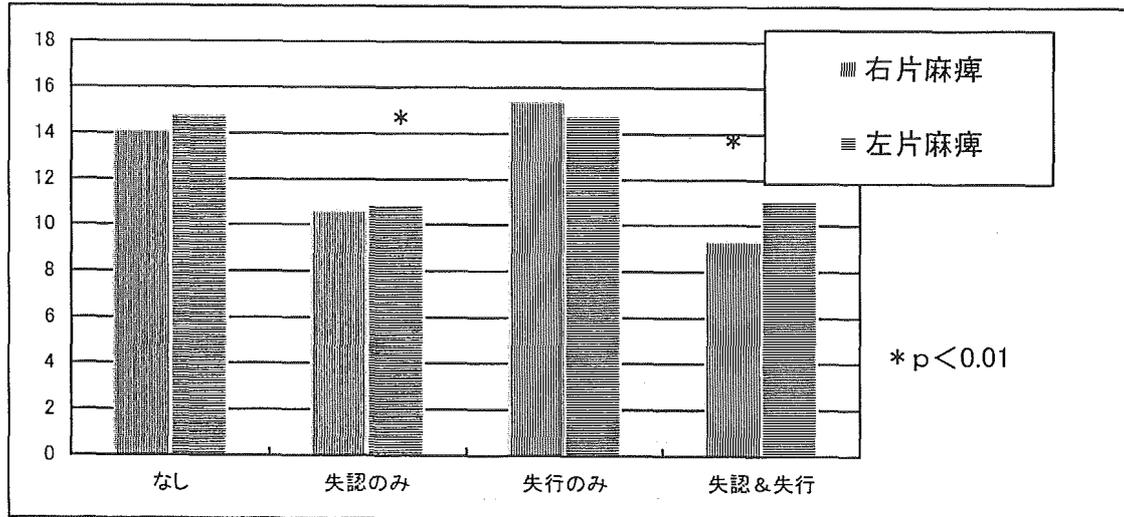


図4. 3群の CBS 観察得点:観察得点・自己評価得点・Anosgnosia 得点

