

病巣と観察評価から早期より病態を解釈し身体外空間の左半側空間無視に対して介入した症例

神保 華¹⁾

1) 公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院 リハビリテーション部

〔はじめに〕今回、上縦束含む右半球の散在性脳梗塞により左半側空間無視（以下左 USN）と認知機能低下を呈した症例を担当した。認知機能低下により検査・測定が不十分であったが、病巣と観察評価から病態を解釈し訓練場面および ADL 場面に介入した。その結果、食事場面での左 USN の改善を認めたため報告する。

〔事例紹介〕年齢 70 代性別男性診断名アテローム血栓性脳梗塞（上縦束含む右半球の散在性脳梗塞）現病歴 X 年 Y 月 Z 日、運転中に停車中の車と左側の接触事故を起こし、かかりつけ病院にて脳梗塞の診断を受け当院に入院。病前生活姪との 2 人暮らし。ADL・IADL 自立。

〔作業療法評価〕（Z+2～6 日）意識 JCS3BRS 左 V-VI-VI MMSE9/30 点その他机上検査指示の理解不十分のため精査困難 CBS（観察評価）15/30 点観察項目身体空間：麻痺側上下肢の忘却なし。身体外空間：頭部右回旋位・視線右偏位あり、机上の正中位置にある物品の認識困難。歩行時左側の障害物や壁にぶつかる様子みられ介助要す。方向転換時声掛けするも左側へ曲がることできない様子あり。FIM53/126 点（運動項目：43/91 点、認知項目：10/35 点）食事：机上のトレイや食器の認識困難なため全介助。

〔利点・問題点〕脳血管性の認知機能低下により検査・測定を正確に実施することが困難であったが、病巣や観察評価から自己中心性の左 USN を認めた。また、左側の身体空間への認識は比較的保たれていたが、身体外空間への無視は顕著であり、食事場面での頭部正中位保持と机上のトレイや食器へ注意を向けることが困難であった。

〔目標〕左側の身体外空間への認識が向上し、左側の食物を見落としなく自己摂取することができる

〔治療プログラム〕①身体外空間に対する高次脳機能訓練（左空間の探索、左上肢の能動的使用、鏡を使用した視覚情報からの入力）Z+2 日～②食事場面での環境調整（右側の視覚情報の遮断、机上の整頓、左側からの声掛け）Z+4 日～

〔介入経過〕Z+7 日にはトレイの正中～右側の食物のみ手を付け、皿内左側の食べ残しがみられた。Z+8 日には頭部右回旋位・視線右偏位が軽減し、正中～右側に手を付

け左手で食器を持つ様子みられた。Z+9日には左側のティッシュを探索可能となった。Z+10日には左側の飲料を探索可能となった。Z+12日には左側の皿に注意を向け食物を口に運ぶことができたが、皿内左側の食べ残しがみられた。

〔最終評価〕(Z+14~19日) BRS 左 VI-VI-VI MMSE11/30点 BIT 通常検査：58/146点、行動検査：12/81点 CBS (観察評価) 10/30点ダブルデージー右の花のみ模写可能。観察項目身体外空間：頭部・視線正中位保持可能。歩行時左側の障害物を避けられるが、左側の自室が認識できず声掛け要す。FIM59/126点 (運動項目：49/91点、認知項目：10/35点) 食事：全ての皿を認識しトレイ左側の食物の自己摂取可能。

〔考察〕Committeriらは、近位空間および遠位空間といった身体外空間の無視は、右前頭葉と右側頭葉のネットワークが関連している¹⁾と述べている。今回の症例は、前頭葉・側頭葉の連絡経路である上縦束が損傷していることに加えて観察評価から身体外空間への無視が認められたため、身体外空間の認識向上に向け高次脳機能訓練や食事場面の環境調整・介入を行った。

水野らは、半側空間無視は脳卒中リハビリテーションを進めるうえで、機能予後を阻害する重要な因子であり、早期からの診断、治療アプローチが必要である²⁾と述べている。早期から観察場面を元に解釈し介入した結果、左側の身体外空間の認識が拡大し急性期より食事動作の介助量が軽減されたと考える。

〔参考文献〕1) Committeri G, et al, Neural basis of personal and extrapersonal neglect in humans, Brain, 2007, 130, 431-441. 2) 水野勝広, 第三回半側空間無視に対するリハビリテーション, 先端医学社, 2016, 15, 82-86