

## 半側空間無視症例の残存機能を生かした介入

キーワード：半側空間無視，残存機能，代償手段

藤原 菜津希

医療生活協同組合やまがた 鶴岡協立リハビリテーション病院

## 【報告の目的】

右中大脳動脈領域のアテローム血栓性梗塞により、半側空間無視を呈した症例は棟内の生活において道迷いがあった。今回残存機能を生かした介入により、移動の獲得に至った為、以下に報告する。なお演題発表に関し、本人家族からの同意を得ている。

## 【事例紹介】

80歳代男性。診断名：アテローム血栓性脳梗塞(右側頭葉領域に低吸収)障害名：左不全麻痺，高次脳機能障害。現病歴：X日，急性期病院へ搬送。X+19日当院転院。家族構成：妻(キーパーソン)，長男夫婦，孫2人。趣味：盆栽，友人とのお茶飲み，畑作業。ニーズ：歩行の再獲得

## 【初期評価】

意識障害はJCS I-1。運動麻痺は軽度で両上肢左右差なし。STEFは右79/左72点。握力は右23.5 kg/左15.2 kg。神経心理学的検査ではMMSE 20/30点。BIT行動性無視通常検査は44/145点。TMTは左側の数の見落としが多く困難。以上のことから左半側空間無視を認めた。Barthel Index. は35/100点。移動は歩行器使用し，左側にあるトイレや部屋を見落とし，道迷いある為，一部介助要す。「見つけられないことがある」と見落としの自覚はあり。

## 【作業療法方針】

半側空間無視により道迷いを呈する症例に対し，棟内の生活動線の移動を反復することで，道迷いの解消と棟内の生活動線の移動を獲得することを方針とした。短期目標を院内のADL自立，長期目標を自宅内ADL自立とした。

## 【経過】

I期(1,2週)：トイレへの動線中心に介入した時期。番号の学習が可能なることから部屋の入り口で停止し，番号を探索して移動を行うこととした。探索時，指差し確認や番号の読み上げを行うよう指導した。始めは入口からすぐに右側へ向かっていたが，反復にて停止と探索が身につくにつれ，見落としは解消した。

II期(2,3週)：移動範囲を拡大した時期。拡大に伴い，自室入口へは大きく部屋番号を，食事席へは矢印を書いた同色の画用紙を掲示し，移動を反復した。しかし，掲示物の見落としがあった。机上課題の傾向を基に掲示物への注意喚起のタイミングを決定，

他スタッフへ共有し，他場面でも注意喚起のタイミングの統一を図った。徐々に「あそこだ」と自ら確認する様子あり，見落としは解消となった。

III期(4,5週)歩行を導入した時期。導入後は徐々に探索なしで移動可能となり，棟内移動自立となった。自立後は他患との交流も増え，笑顔も多くなりられるようになった。

## 【最終評価】

意識障害はJCS0。運動麻痺は著変なし。STEFは右97/左89点。握力は右25.6 kg/左20.8 kg。神経心理学的検査はMMSE 24/30点，BIT行動性無視通常検査135/145点，TMTはA142秒 B556秒。Barthel Index. 95/100点。階段のみ監視。

## 【考察】

麻痺が軽度であり，歩行でのADLの早期獲得が可能であると考え，阻害因子である道迷いの解消に焦点を当て介入した。

半側空間無視の介入においてADLの反復訓練は「根底にある空間性注意のバイアスに着目した訓練ではない」と述べられており，エビデンスレベルが低い。

棟内の生活動線は左側に部屋やトイレが位置し，視覚探索を必要とした。視覚走査訓練では「視覚走査の訓練課題だけを実施しても効果はなく，患者のレベルに合わせ，実用に近い条件で訓練することが重要」とある。

今回症例の病識が保たれており，記憶や言語理解が良好という残存機能を生かし，視覚走査訓練の要素を取り入れ，ADLの反復訓練を行うことができた。自発的な左空間への反応が得られ，また停止位置の学習という代償手段の獲得に至り，道迷いの解消，棟内の生活動線の移動獲得へ繋がったと考える。

## 【参考文献】

- 1)石合純夫：高次脳機能障害学。医歯薬出版。2012。

## 左片麻痺と半側空間無視を呈した症例に対する在宅生活に向けた排泄への介入

キーワード：在宅生活，排泄，半側空間無視

深持 ありさ 太田 康介  
介護老人保健施設ハートランド

## 【報告の目的】

半側空間無視（USN）とは ADL を獲得する際の重大な障害因子になり得る（平林，1999）。

今回、重度の左片麻痺と USN を呈した症例に対し、自宅復帰に向け排泄への介入を行った結果、遂行状況に改善がみられたため報告する。

## 【事例紹介】

4カ月前に右被殻出血を発症した 60 代男性。自宅復帰の条件は「排泄が軽介助で行える」。尚、症例には研究の趣旨を十分に説明し、同意を得た。

## 【作業療法評価】

重度左片麻痺。MMSE は 23/30, FAB は 14/18. BI は 30/100, FIM は 69/126. 起居動作は左身体の忘れあり。車いす駆動は左側ブレーキの忘れや壁への接触あり。食事は左側の食べ忘れあり。机上検査, ADL とともに重度の USN を認め、病識の欠如あり。排泄は一連の流れを独自に「移動・入退室」「ブレーキ・フットレスト操作」「移乗」「下衣操作」の 4 項目に分類（以下、遂行度評価）した際、自力で可能な動作は USN の影響により 0/4.

## 【4. 介入の基本方針】

症例は USN により排泄に重度介助を要していた。自宅復帰に向けて排泄を軽介助で行えることを目標とし、排泄と USN に介入することとした。

## 【作業療法実施計画】

起居動作訓練：体幹筋の活動の促通を図る。

座位でのワイピング訓練：左側への荷重を誘導し、追視により左側への注意を促す。

立位での輪入れ訓練：体幹の伸展や回旋，左下肢の伸展を促し，左側への荷重を誘導する。

歩行訓練：AFO 装着，T 字杖使用。左下肢の立脚期で臀筋の収縮を介助し，股関節の伸展を促す。

排泄訓練：一連の動作を特定の環境で実施。不十分な動作では動作指導とともに確認行動を促す。

## 【介入経過】

4 週目：食事の食べ忘れが軽減。排泄の遂行度評価は特定の環境で 4/4 となったため，不特定の環境で訓練を開始。不特定の環境で再び USN が顕在化したが，徐々に確認行動が出現し始める。

6 週目：排泄は不特定の環境でも左側のブレーキ操作が可能となる。

## 【結果】

身体機能，USN は著変なし。病識の低下は残存するものの，能力に見合った言動がみられた。

左側のブレーキ操作は完全ではないものの，可能なことが多くなった。排泄の遂行度評価は特定の環境では 4/4，不特定の環境を含めても 2/4 へと向上。視野についての問題意識が芽生え始めた。

## 【考察】

USN は発症 2～5 週で消失しない場合や症状が重度な場合に残存または長期化する傾向がある（豊田，2000）。症例の状態から USN の消失は困難と判断し，USN 軽減の代償手段である確認行動の補強（平林，1999）や，身体機能や全般的認知機能へのアプローチによる ADL への汎化（菅原，2009）を図った。その結果，排泄訓練を行ったトイレでの確認行動は増えたが，他の ADL では依然として左側の見落としが目立っていた。USN の特徴として訓練課題を越えた ADL への汎化が困難とされ（菅原，2010），自宅トイレへの適応に向け，訓練で使用する環境を段階的に増やしていった。特定の環境の訓練では見落としの軽減に約 4 週を要したが，不特定の環境の訓練では約 2 週で見落としが軽減したことから，自宅復帰後は訪問リハビリ等の資源の活用で，自宅においても短期間で動作の習得が可能になると思われる。

今回，直接介入していない食事においても USN が軽減し，左側の見えにくさも自覚されたことから，重度の USN を呈した症例に対しても，確認行動の習慣化が図れる可能性が示唆された。

## Pusher 現象を認めた左片麻痺症例に対する食事自立へ向けた介入

キーワード：Pusher 現象，注意障害，食事

長内 亮 太田 康介  
介護老人保健施設ハートランド

## 【報告の目的】

Pusher 現象は重篤な ADL 障害を呈する（瀧，2014）ため早期の介入が求められる。今回，食事以外の ADL が全介助の症例に Pusher 現象への介入を行い，ADL や QOL が向上したため報告する。

## 【事例紹介】

2 カ月前に右心原性脳塞栓症を発症した 90 代女性。本研究について本人と家族から同意を得た。

## 【作業療法評価】

重度左片麻痺。MMSE は 22/30，FAB は 8/18，かなひろい検査は 2/61，線分二等分試験は 4/9。

BI は 5/100，FIM は 49/126。端座位の保持は困難で，Scale for Contravesive Pushing（SCP）は端座位と立位で押し付けを認め最重度の 6/6。食事は車いすでポジショニングを行うも姿勢が崩れ，むせ込み頻回。入浴は機械浴，排泄はオムツ対応。SS-QOL で病識の低下あり。日中は臥床傾向。

## 【介入の基本方針】

方向性は施設入所。症例は右上下肢での片手動作は可能な状態であったが，基本動作や食事以外の ADL は全介助であった。そこで食事の自立を目的に，他の ADL にも影響している可能性の高い Pusher 現象の軽減を図ることとした。

## 【作業療法実施計画】

1 回 20 分の訓練を週 5 回，10 週間実施した。

症例は端座位での訓練ではポジショニングや注意の導引により数秒間の保持が可能だった。そこで，注意力低下も端座位の保持に影響していると考え，難易度の高い立位での二重課題を行った。

立位訓練として，セラピストが症例の右側に位置し支持基底面となり，右側大殿筋の収縮や胸骨から骨盤と体幹の伸展を促す介助を行い右下肢への荷重を誘導。抵抗感が軽減した段階で，右側上方へのリーチ課題で体幹の伸展活動を促した。

## 【介入経過】

介入 2 週目から徐々に端座位の保持が可能とな

り，介入 4 週目では食事中の姿勢の崩れが軽減し，介入 10 週目では日中の離床時間が増加した。

## 【結果】

線分二等分試験は 7/9，SCP は 2.75/6 と改善。

BI は 10/100，FIM は 56/126 と向上。車いす座位が安定したことで食事中の姿勢修正は不要となり，むせ込みが軽減。入浴は一般浴，排泄は介助でのトイレ誘導。SS-QOL では病識の低下があるが，将来への希望を持つようになった。

## 【考察】

車いす座位の安定による食事の自立や，QOL 向上の要因として，身体機能に著変がないことから，Pusher 現象の軽減による可能性が高い。健常者は体性感覚，前庭感覚，視覚の感覚統合により適切な姿勢制御を行っている（花川，2012）が，この多感覚の統合不全が生じることで，主観的身体垂直位に変異が生じ Pusher 現象が出現する（森岡，2016）と示唆されている。また高次脳機能障害や非麻痺側腹筋群の筋緊張低下も Pusher 現象を重症化する要因とされており，段階的な姿勢コントロールにて非麻痺側への荷重や体幹の伸展活動を促す訓練（田尻，2009 瀧，2014 川口，2018）が散見される。今回は立位での二重課題を選択した結果，注意力に変化はなかったが Pusher 現象や半側空間無視の改善を認めた。半側空間無視には，前庭刺激や視運動性刺激を用いた受動的生理学的刺激という介入方法があり（綱本，2017），今回の介入で多感覚統合が図れたことで，主観的身体垂直位や半側空間無視が改善したと推察する。

今回は ADL の反復訓練よりも先に根本的な問題であった Pusher 現象に焦点を当てた結果，直接介入してない食事等の ADL が改善した。今後は反復訓練を組み合わせた介入を行うことで，より ADL の向上へとつながるのではないだろうか。