

## 心理的支持が気づきを促し、高次脳機能障害の改善につながった 左頭頂葉損傷の一例

### A Case of Subcortical Hemorrhage in Left Parietal Lobe that Promoted Self-awareness of Higher Brain Dysfunction by Mental Supportive Approach

木本 祥子<sup>1,2)</sup>, 酒井 浩<sup>3)</sup>, 清水 賢二<sup>1)</sup>, 田後 裕之<sup>1)</sup>, 高橋 守正<sup>1)</sup>

**要旨**：左頭頂葉病変により、観念失行、観念運動失行、ゲルストマン症候群、視空間認知障害、軽度失語を呈した症例を担当した。訓練場面では、不安の訴えが強く課題遂行が困難な様子を認めていたが、具体的な問題についての気づきは乏しい状態であった。心理的側面に配慮しながら、訓練内容を段階付け、生活場面に即した訓練や、具体的な問題点の指摘とその対応の提案を行った結果、自身の具体的な困難さに対する気づきが徐々に生まれ、セラピストとともに対応策を考え、問題を解決できる状態へと変化した。本症例の症状および病識・心理状態の変化と認知リハビリテーションの詳細について報告する。

**Key Words**：観念運動失行、ゲルストマン症候群、病識、生活支援

#### はじめに

高次脳機能障害を有する患者においては、うつ、不安を呈する場合も多く、それらの心理症状はリハビリテーションに対する理解や進行を妨害するといわれる(橋本ら, 2006)。また、心理的ストレスの環境下においては、歩行動作のパフォーマンスに変化がみられるという報告(小松ら, 2014)もあるように、心理的状态は動作に影響を及ぼすことが知られており、臨床上でも、そのような場面には多く直面する。一方で、患者の心理状態の変化と高次脳機能障害との関連を具体的に示した報告は、筆者が検索した範囲では少ない。

今回、観念失行、観念運動失行、ゲルストマン症候群、視空間認知障害、軽度失語等多彩な高次脳機能障害を呈した症例を経験した。本症例は、問題解決場面において、病識および不安といった心理的状态が課題解決に強く影響を及ぼしていたが、心理的状态に合わせた訓練を行った結果、自身でできる活動が増えたので報告する。

#### 1. 症 例

60代後半の女性、右利き。X日、トイレの流し方がわからない、蚊取り線香が消せない等の症状がありA病院を受診し、左頭頂葉皮質下出血と診断され入院加療となった。X+25日に当院回復期病棟へ転院となった。発症4日目の頭部MRI画像(図1)では左上頭頂小葉、角回を中心とし、中心後回、縁上回まで病巣を認めた。

認知症の70代夫、統合失調症の40代娘と同居しており、キーパーソンは関東在住の息子だが、多忙なため積極的な協力は望めないとのことであった。入院前の日常生活動作(activities of daily living: ADL)は自立しており、主婦業の傍ら、地域の福祉関係の相談員をしていた。当院転院時の主訴としては、右も左もわからない、字が書けない、何もできないとの訴えのほか、元通りになりたい、娘のために早く退院したいとの希望があった。

【受理日 2017年6月13日】

- 1) 京都岡本記念病院 Shoko Kimoto, Kenji Shimizu, Hiroyuki Tago, Morimasa Takahashi : Kyoto Okamoto Memorial Hospital
- 2) 大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究所 Shoko Kimoto : Osaka Prefecture University Graduate School of Comprehensive Rehabilitation
- 3) 藍野大学医療保健技術学部作業療法学科 Hiroshi Sakai : Aino University Department of Occupational Therapy

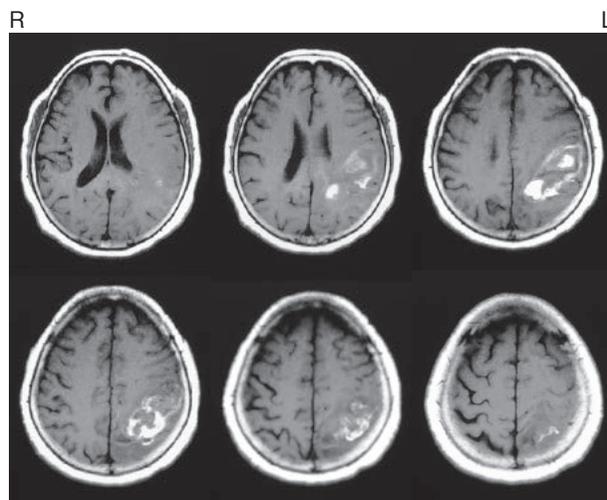


図1 発症4日目の頭部MRI画像

## 2. 転院時所見 (X+1 ヶ月)

### a. 神経学的所見

意識状態はJapan Coma Scale(JCS) I-1と軽度の意識障害を認めていた。麻痺はBrunnstrom recovery stage(BRS)で右上肢IV-手指V-下肢V, 感覚障害は表在・深部感覚ともに軽度鈍麻を認めていた。

### b. 神経心理学的所見

標準失語症検査(Standard Language Test of Aphasia SLTA)は6/10点と軽度の失語症を認めた。また, Trail Making Test (TMT)はPartAの㊸までに17分要していた。行動性無視検査(Behavioural Inattention Test: BIT)では右半側空間無視は認めなかったが, 文字抹消検査は29/40点, 星印抹消検査は52/54点で全般的な見落としを認めていた。また, 左右失認, 手指失認, 失算, 失書といったゲルストマン症候群を認めており, 1桁の加算や写字も困難であった。標準高次動作性検査(Standard Performance Test for Apraxia: SPTA)では道具使用, 模倣ともに困難であり, 観念失行・観念運動失行を認めていた。

### c. ADL

基本動作は見守りで可能であったが, 排泄や歯磨き動作では各工程で次の動作を指示することが必要

であった。更衣動作は衣服の向き等の修正に介助が必要であった。食事動作については, 動作が停滞するため適宜促しが必要であったことに加え, 箸の把持・操作が拙劣であったためスプーンを使用していた。

各動作時において, 緩慢さや停滞を認めた。物品の使用や把持, 動作手順等で誤りを認めたが, 自身では修正困難な状態であった。また, 同時に複数の対象を認識しづらく, 視覚での対象探索が困難で, 右上肢での物品操作は対象からズレを認めた。

### d. 病識・心理状態

「いつものようにできない」ことから不安が非常に強い状態であったが, その具体的な内容については答えられなかった。「何もできない」「自分が悪い」というような自責の発言が多く, 困難な場面では泣きだす様子を多く認めた。

## 3. 経過と結果

X+4~5 ヶ月時に退院前訪問指導および外泊での在宅生活の確認を実施し, X+6 ヶ月で退院となった。退院後は週1回の外来リハビリテーションを実施していたが, 夫の入院のためX+15~23 ヶ月時は外来リハビリテーションを中断しており, 再開後は2週間に1回の頻度で訓練を実施した。

神経学的所見および神経心理学的所見の経過を入院前期(X+1~3 ヶ月), 入院後期(X+4~6 ヶ月),

退院後、にけて表1に示す。

### a. 視空間認知障害の経過

入院前期では、右上肢の操作は対象からズレが認められ、標的を見つけること自体にも時間を要する状態であった。視覚探索や同時処理、目と手の協調訓練を目的とし、アクリルコーンやペグボード等を用いた作業課題を実施した結果、ズレや誤りの軽減、探索範囲の拡大と遂行時間の短縮を認めた。

入院後期では、電話のボタンの押し間違いや電化製品のボタン操作の困難さの訴えが聞かれた。電話に関しては、本人の携帯電話を使用して練習を行った。また、在宅訪問時に撮影した使用困難な電化製品の操作ボタンの写真を元に手順書を作成し、使用するボタンを明確にするように介入した結果、退院後も誤りはあるものの使用できるようになった。なお、訓練時には、電話を掛けるために電話番号を入力するような訓練では、「できない」と言い、遂行できない様子を多く認めていたが、訓練以外の時間では、自身で公衆電話から自宅へ電話をかけたというようなエピソードがきかれた。入院時に困難であったTMTのPart Aは7分19秒にまで改善を認めた。

退院後はレジで財布から小銭を出すことができないことや、電車に乗るために駅で運賃表を見ても、目的の駅を見つけることができず混乱してしまう等のエピソードがあったが、レジ係や駅員に尋ねることで解決をしたり、クレジットカードやプリペイド

カードの使用をしたりすることで対応することができた。なお、TMTのPart Aは3分14秒まで改善を認めた。

### b. 観念・観念運動失行の経過

入院時には、櫛を歯ブラシのように使用することや、排泄時や歯磨き動作の動作手順における混乱といった物品の把持・操作や手順の構築の困難さを認めており、動作訓練を反復し実施していたが、身辺動作については早期に改善を認め、自立へと至った。

把持形態の誤りについては入院後期以降も残存し、はさみの穴にどの手指を通すかわからない等の様子を認めた。自覚も乏しく、包丁の刃の部分を持ってしまうこともあったが、指摘しないと気がつかない状態であった。また、家電の操作も困難であったが、外泊した際には「大丈夫」「できた」との発言のみが聞かれた。そのため、具体的な誤りがあった際に指摘し、気づきを促し、具体的な修正方法を伝えることとした。また、自宅内での問題については、在宅訪問時や作業療法場面で、実際に操作指導をしたり、手順書を作成したりすることを行った。訓練場面では、「わからない」と泣きだし遂行できない場面を最後まで認めていたが、自宅退院直後から「手順書を見ながら時間はかかるけどできた」との発言がきかれた。

退院後も、衣服の畳み方がわからない、缶切りが使えない、エプロンの紐を結べない、切符を券売機

表1 神経学的所見・神経心理学的所見

		入院前期	入院後期	退院後
JCS		I-1	清明	清明
BRS		IV-V-V	V-VI-V	V-VI-V
SLTA 総合評価尺度		6/10	7/10	7/10
TMT PartA		17分 (②まで)	7分19秒	3分14秒
SPTA		慣習的動作・ パントマイム困難	慣習的動作・パントマイム拙劣も可	
ゲルストマン症候群	自己身体の定位	4/10	8/10	8/10
	左右弁別	4/10	9/10	9/10
	筆算	0/8	1/8	2/8
	暗算	0/4	2/4	3/4
	写字	2/5	4/5	5/5

で買えない等の問題が聞かれたので、自宅内の問題については実際の物品での使用練習を行い、自宅外での問題については、人に尋ねたり依頼をしたりすることを推奨した。

### c. ゲルストマン症候群の経過

入院前期には、一桁の計算や名前の写字も困難な状態であった。言語聴覚療法での訓練では、なぞりがき等を実施していたが、「できない」と泣くことも多く、保続や停滞が多かったため、積極的な介入は困難な状態であった。

入院後期になると、名前や仮名の一部は書き取り可能となり、繰り上がりのない加算が可能となった。作業療法場面では、金銭管理を目的に主な訓練を実施したが、指定した金額を机上の小銭から選択する金銭処理課題では不適切な場合もあった。

退院後は、写字はおおむね可能となったが、形態の崩れは依然認めた。計算については、繰り上がりのある加算や、繰り下がりのない一桁の減算が可能となった。作業療法での訓練としては、一桁の加算・減算を中心とした計算課題および、指定金額を財布から支払う課題を実施し、いずれも時間はかかるが可能となったが、実際の生活場面では、買い物の際はレジ係に支払いを依頼したり、クレジットカードやプリペイドカードを使用したりすることで対応することとした。ただし、予め金額のわかるバスの運賃等は、小銭を用意し支払うことができたとのエピソードも聞かれた。

### d. 病識・心理状態の経過

経過全体に共通し、工程が多い、応用力が試される、いつも通りでない課題、では、課題に直面した時点で「できない」と言い、感情が溢れ出してしまい、自己解決をあきらめてしまう様子であった。このような現象は自室や自宅で十分に時間があれば落ち着いて行動することで解決可能となることもあったが、訓練場面や外出時で後ろに人が並んでいるなど、他者の目が気になる場面や急かされるような場面により顕著に認められた。

このような心理面に対して、入院前期は机上での紙面課題を用いず、物品操作等の粗大な活動を通じて高次脳機能障害への介入を実施していた。作業療法場面では問題を認めていたにもかかわらず、入院後期の外泊時には、「大丈夫だった」との発言が聞

かれるようになった。そのため、困難な場面では、その都度指摘することで気づきを促し、具体的な解決策を提示した。その結果、退院前には「できるけれど時間がかかる」「字も計算もできないのに…」というような発言が聞かれ、不安の増強を認めたが、手順書の作成や外来リハビリテーションを実施することを伝え、不安は軽減した。なお、家事の困難さについてはヘルパー利用も提案したが、それについては消極的であった。

退院後は、「できない」ために泣く場面は少なくなったが、泣いてしまった場面では「脳出血の影響である」ため自身が悪いのではないことや、以前の神経心理学的所見や活動と比較し「できるようになったこと」や「具体的な解決策」について伝えることで心理的支持を図った。また、その中で「できない」ことは他者へ依頼することも手段であることを伝えた結果、レジで「手が使いにくいから」と支払いを依頼することや、役所での書類記入時に「時間がかかる」ことを伝えたり、夫の入院等の説明を受けたりする際に「わかりにくい、言葉を話しにくい」ことをセラピスト以外の他者へ伝えることができた。一方で、「人に頼まないといけない」ことへの落ち込みもあるため、依頼をできたこと自体を肯定的に支持した。この頃には、ヘルパー利用も興味を持つようになった。

## 4. 考 察

本症例は、発症後、今までできていたことができなくなったことへの落ち込み・自信の喪失を強く認めていた。刺激の多さおよび複雑さや、動作手順の複雑さ等に関する情報量が増えると、混乱し、泣く等感情的になる様子を認め、冷静な解決思考が困難となっていた。そのような心理状況下では、落ち着いて動作を行えば正確さや速度を向上させることができるはずの視空間認知課題が上手く行えないことや、落ち着いて順序よく探索すれば可能と考えられる探索が困難となる様子が認められた。また、失行の影響があっても落ち着いて十分に注意を向ければ修正可能な物品把持・操作が困難となり、普段は何気なくできている生活機器の使用に際する系列的な手順想起さえもできなくなる様子がみられた。失算や失書により困難となった計算や書字についても、本

症例ができるはずの簡単な計算や氏名書字等が困難となってしまう場面が認められた。このように本症例の場合、場面によって課題遂行の可否が異なり、心理的混乱がこのことに強く影響しているように感じられた。

さらに、このような心理的混乱による失敗経験が繰り返されると、困難さが予測できることで不安が増強し課題自体に取り組もうとせず、さらなる気持ちの落ち込みや、活動範囲の狭小化といった悪循環が生じるものと予測された。

岡村は、心理的な要因が原因である場合は、できないことに直面しないようなアプローチをとること、プログラムの中で自己統制感を強化すること、心理療法を実施して自己を再確立し変化を受け入れる支援をすることなどが必要と述べている(岡村, 2012)。また、長野は、日常生活や訓練場面では、本人ができないことに直面させるようなアプローチが多くなりがちであり、自己評価や、自己効力感が低下することにもつながるが、できないことに対して、どうすればできるかということ、同時にフィードバックし、うまくいったときには成功体験についても話し合うことにより、再び本人の自尊心を回復することができるであろうと述べている(長野, 2012)。本症例に対する介入において、困難さを想起させないような上肢機能訓練用具やADLを作業活動として用いたことに加え、刺激量自体を減らし何度か誘導しながら行うことで慣れを生じさせたことで、慣れによって解決方法を導きやすくなって不安が減少し、自身で解決しようとする構えが成立しやすくなったと考える。また、公共交通機関の利用等、統制困難な外部環境では、人に尋ねる・依頼するという代償方法を提案した。その結果、支援者から解決方法の答えや答えに直結するヒントが提供され、症例自身もそれによって心理的に余裕が生じたことで、自身での行動継続が可能になったのではな

いかと考えられた。

今後の展望として、十分に時間を確保でき、刺激量を減らしたり、適宜ヒントを提示したりすることが可能な自宅や訓練場面では、難易度を下げた取り組みを反復することで、活動の再獲得が期待される。しかし、本人の望む程度までの回復は困難であることも予測される(川原ら, 2002)ため、適宜電卓を使用したり、小銭の視認しやすい財布の使用をしたりする等の代償的な手段の検討も必要であると考えられる。また、時間の確保が困難で、他者の目が気になって心理的混乱が増強しやすい公共場面では、今まで実施している「他者へ依頼する」ことに加え、混乱が予測される状況に備えた準備が必要であると考えられた。例えば、必要金額を予め準備する、名前や住所のような頻回に記入する文字については、メモを持つというようなことである。

一方で、本症例の病識や現実検討に関しては、前述したような心理的混乱に加えて失語症による言語的表象操作の困難さによる影響が考えられるが、これに対しても支持的対応を心掛け、徐々に自身で処理できるように支援していくことが必要である。

## 文 献

- 1) 橋本優花里, 澤田 梢, 鈴木伸一: 高次脳機能障害における認知行動療法の適用について. 福山大学人間文化学部紀要, 6: 23-30, 2006.
- 2) 川原 薫, 清水 一: ゲルストマン症候群と失行症を呈した1症例が5年間で学習できたこととできなかったこと. 作業療法, 21: 552-560, 2002.
- 3) 小松香奈江, 原 千尋, 佐野しおり, ほか: 心理的ストレス環境下における運動パフォーマンス. 理学療法学, 41 (Suppl. 2): 1407, 2014.
- 4) 長野友里: 高次脳機能障害の awareness. 高次脳機能研究, 32 (3): 433-437, 2012.
- 5) 岡村陽子: セルフアウェアネスと心理的ストレス. 高次脳機能研究, 32 (3): 438-445, 2012.