

下垂体腺腫により全盲とアパシーを呈した症例への 認知リハビリテーション

Cognitive rehabilitation for a case with total blindness and apathy after pituitary adenoma

北條 具仁¹⁾, 船山 道隆²⁾, 中川 良尚³⁾, 佐野 洋子³⁾, 加藤 正弘⁴⁾

要旨：全盲にアパシーが合併するとリハビリは困難になると予測されるが、具体的な症例報告は本邦では認めない。われわれは、下垂体腺腫により全盲に加え、アパシーを呈した30代男性の症例に対して、認知リハビリテーションを約2年間に亘って実施した。本症例に対して、行動目標を外的に定めたスケジュールを基にした枠組みを作り、病院以外にも家族および視覚障害者通所施設と連携する環境調整を行い、一貫したリハビリテーションを実施した。その結果、枠組みを基にした生活の自立が可能となった。しかし、一人暮らしでの外的な枠組みがない生活を開始したところ、生活はすぐに破たんした。本症例からアパシーに対するリハビリテーションとして、枠組みを敷いた訓練と環境調整の有効性が示唆された。

Key Words : apathy, 前頭前野内側面部, 枠組み, 環境調整

はじめに

われわれは、下垂体腺腫によって、全盲に加えて前頭葉内側部と眼窩部の損傷からアパシーが合併した症例の認知リハビリテーションを報告する。

前頭前野、特に内側部は、人の行動の自律性と深く関係し、その損傷により無言無動症 (akinetism), アパシー, 感情表出の減少, 無関心などが生じる (加藤, 2010)。アパシーにより生じる生活上の困難は、脳損傷者および介護者の生活に多くの困難をもたらすが、理論的な介入方法は示されているものの、認知リハビリ的介入方法のエビデンスがないのが現状である (大東, 2008; 生駒, 2008; 先崎ら, 2009)。しかしながら、過去の報告から、臨床場面での介入法の提示や症例報告がいくつかなされている。前田ら (2009) は、発動性が低下した症例に対する復職アプローチと

して、復職に関する質問と提案を与えるという形で復職への計画の立案を介入する方法を報告している。また、アパシーに併発することが少なくない社会行動障害への介入法の中で、三村 (2009) や元木ら (2012) は、患者の機能や気づきのレベルが低い場合は行動的アプローチあるいは外的アプローチを中心に行い、反対に機能や気づきのレベルが高い場合は認知的アプローチあるいは内的アプローチを導入するという、気づきのレベルに応じたりハビリテーションを提唱している。

ところで、人生の途中で視覚に障害を受けた中途失明者は、移動、ADL動作、コミュニケーション能力の低下などの問題の解決を図る目的で、施設で訓練を受け、様々な形で社会復帰を果たしていくことが通常である (植村, 1997)。中途失明者の中でも、下垂体腫瘍や鞍結節部や前頭蓋底

【受理日 2012年6月6日】

- 1) (現) 国立障害者リハビリテーションセンター病院リハビリテーション部, (前) 江戸川病院リハビリテーション科 Tomohito Houjou : (currently) Department of rehabilitation, Hospital, National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities, (formerly) Department of rehabilitation, Edogawa Hospital
- 2) 足利赤十字病院精神神経科 Michitaka Funayama : Department of Neuropsychiatry, Ashikaga Red Cross Hospital
- 3) 江戸川病院リハビリテーション科 Yoshitaka Nakagawa, Yoko Sano : Department of rehabilitation, Edogawa Hospital
- 4) 江戸川病院神経内科 Masahiro Kato : Department of Neuropsychiatry, Edogawa Hospital

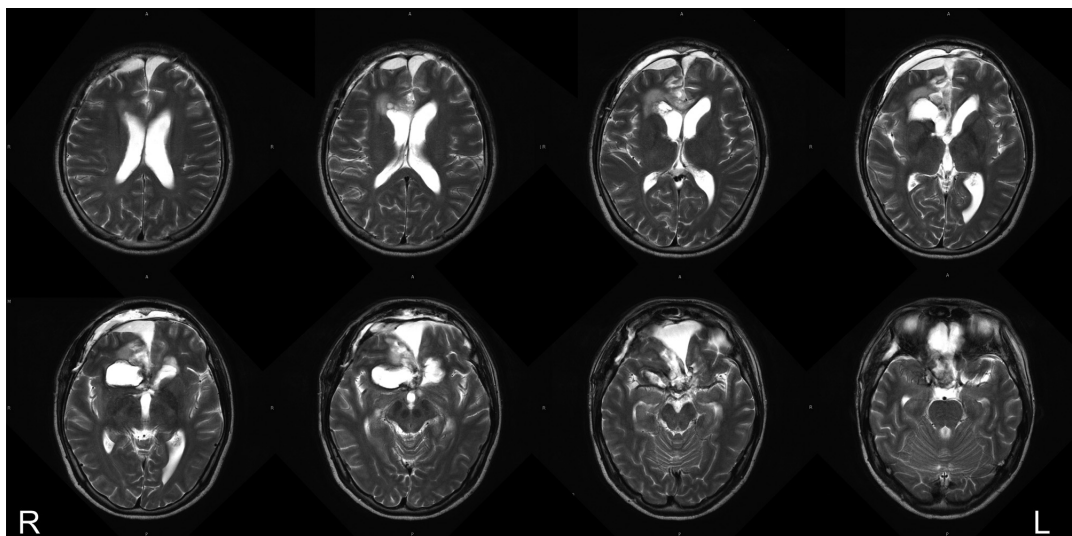


図1 術後の神経放射線学的所見 (MRI T2強調画像)

の髄膜腫によるものでは、その解剖学的部位の特徴により、視力障害や視野障害といった視神経の問題に加えて、記憶障害やアパシーを伴う高次脳機能障害を合併することが少なくない。このような場合、中途失明者の中でも、とりわけ、リハビリを軌道に乗せること、施設訓練での技術習得による生活の自立、社会復帰などに困難が生じることが予測される。しかし、このような報告例は、少なくともわれわれが知る限り、今までにない。

われわれは、下垂体腺腫による中途失明による全盲に加えて、記憶障害はそれほど目立たないものの、アパシーを呈した症例のリハビリ経過を報告する。特に、外的に行動目標を設定する枠組みの有用性について考察する。

1. 症 例

症例は、32歳右手利きの男性。高校では剣道部の主将として活躍し、卒業後は専門学校に進学した。しかし1年で中退し、紙の裁断工場に正社員として勤務を開始した。その会社が倒産すると、その後はアルバイトを転々とした。20歳代の頃に視野障害の自覚はあったが、受診した眼科で問題を指摘されなかったため、視野、視力の低下は

感じながらも放置し、その状態で車を運転していた。

現病歴：200X年Y月、31歳時に全身けいれん発作により発症した。A病院に搬送され入院し、下垂体腺腫と診断されY+1ヵ月後に腫瘍除去術を施行した。術後B病院で4ヵ月のリハビリを実施した。その後、自宅退院し、江戸川病院のリハビリ外来を受診した。

画像所見：術後のMRIのT2強調画像水平断を図1に示す。右側の前脳基底底部から尾状核付近に陳旧性の血腫形成を認め、右側を中心とした前脳基底底部から前頭葉眼窩部、前頭葉内側部にかけて損傷を認めた。

Y+6ヵ月後の神経学的所見：術前術後ともに両上下肢に運動麻痺、感覚低下、失調などは認めなかったが、視力・視野の低下は進行し続け、術後には全盲となった。

Y+6ヵ月後の神経心理学的所見：表1に神経心理学的所見の経時的な変化を示す。注意障害あるいはアパシーによって成績の低下が認められるが、徐々に成績の改善が認められた。

Y+6ヵ月後には、軽度の時間および場所の見当識障害を認めるものの、失語・失行・失認は認めなかった。コミュニケーション場面では、表情の変化に乏しく、ぼんやりとしており、質問に対

表1 神経心理学的所見

検査名		Y + 6m	Y + 12m	Y + 18m	Y + 30m
WAIS-R	言語性 IQ	67	80	80	86
	知識	7	7	9	7
	数唱	1	5	10	9
	単語	7	7	6	9
	算数	2	4	2	6
	理解	2	8	4	4
	類似	10	10	10	12
三宅式記銘力検査	有関係対語	7, 9, 8	6, 10, 10	8, 10, 10	10, 10, 10
	無関係対語	0, 1, 1	0, 4, 8	2, 3, 4	1, 3, 5
WMS-R	言語性記憶	71	64	89	85
CAT	Auditory detection	正答率	100	98.0	98.0
		適中率	96.0	98.0	96.0
	Memory updating	3桁	43.1	81.3	68.8
		4桁	25.0	43.8	56.3
	PASAT	2秒	33.3	47.0	43.3
		1秒	31.6	24.0	28.3
BADS質問紙			6/80	6/80	42/80
CAS臨床的総合評価		段階3		段階2	段階1

して発話するまで停滞を認めた。発話や行動面では退行を認めたが、基本的な礼節はそこそこ保たれていた。この時点では記憶障害は明らかであり、前日の出来事・自分の行動、次の日の予定なども忘れていた。B病院入院中から何度も元々家族と同居していた自宅へ外泊し、家の中の部屋の配置は記憶されているが、目的の場所に行く際に何度も物や壁にぶつかり、迷ってもそこから解決策を見い出せずにぼんやりしているなど、注意障害や思考力の低下が認められた。トイレ、風呂、更衣、食事などの日常生活動作は部分的にはできるものの、完全には一人でできないため、見守りを要した。アパシーは顕著であり、指示や依頼を受けるとそれに対しては拒否や抵抗感なく言われたとおりに行動したが、自分からはほとんど何もせず、喉が渇いたり、空腹を感じても自発的な訴えや行動は認められなかった。標準意欲評価法 Clinical Assessment for Spontaneity (以下CAS) では臨床的総合評価は段階3 (著しい意欲低下) であった。全盲についての病識は乏しく、自らは全盲に対して困っているといった訴えもなかった。上記の症

状のために、B病院退院後のY+5ヵ月後に視覚障害者通所施設 (以下「施設」) で入所面談を受けたが、訓練適応困難と判定された。

2. リハビリテーション

a. 認知リハの経過：第1期 (Y+6ヵ月～Y+18ヵ月) 週2回の病院でのリハビリによって訓練施設に行けることになる過程

施設での訓練を受けることを長期目標とし、自宅内自立を短期目標とした。機能や気づきのレベルが高い場合に用いる認知的アプローチあるいは内的アプローチを導入できるレベルではなかった。そのため、気づきのレベルが低い場合に用いる行動的アプローチあるいは外的アプローチを中心にリハビリを行うこととした。

認知機能全般の改善を図ることを目的として、表2に示す訓練を実施した。中途失明のため、既知の道具でも病前と同様のパフォーマンスが期待できなかったため、使用経験の有無、行為・操作

表2 訓練第1期認知リハビリ課題内容例 (Y+6ヵ月後～Y+18ヵ月後)

ターゲット	記憶・病識	注意・処理速度・ワーキングメモリ	記憶・病識	記憶・病識	注意・ワーキングメモリ
使用材料	携帯電話 (従来から使用)	カセットデッキ	筆記用具	ICレコーダー	音声読み取り・再生機
使用経験	有	有	有	無	無
行為・操作	難	易	易	難	易
訓練内容	① STが症例にメール。 ② メールにある時間と連絡方法(空メール or 空電話)を家族と確認 ③ 指定時間に指定した方法で連絡(ボタンに凹凸シール有)	・聞こえてくる数種類の単音の中から指定した単音の数を記録。 ・暗算(2桁±2桁など) ・指定した数を、聞こえてくる異なる数にその都度加えて記録。 ・次々聞こえてくる単音から○個後の仮名をその都度記録	・一日の自分の行動と気になったテレビ番組を記録。 ・リハビリで内容の再生課題	① 訓練の開始時に録音開始 ② 訓練の終了時に電源off ③ 帰宅後訓練内容・実施上の留意点を確認	・読み取った単語、文の書取 ・読み取った単語、文を50音表の数字変換表に合わせて数字変換。 ・文字数の少ないものから整頓 ・逆呼称

の難易度、訓練内容の難易度を調整し、各課題のバランスを図った。また、アパシーの改善を目的に、表3 (Y+14ヵ月のスケジュール例) に示すように、一週間を通して曜日ごとの日課(宿題、自主学習、外出、通院リハビリ、針灸院など)を決め、毎日STあるいは家族に決まった連絡、課題の提出を行うスケジュールを作成した。家族には初めは日課・連絡の時間、内容に対して援助するが、徐々に時間が来たら自分で行動を起こせるように援助を減らしていくよう指導した。すなわち、初めは課題内容、実施時間等をSTあるいは家族から外的に指示された通りに実行することから開始し、1週間のスケジュールや曜日ごとの課題内容、実施時間が把握されてきたものから本人が自発的に実行できるようにする枠組みを作りあげた。その他、家事を積極的に本人に行っていたこと、外出の機会を多くすることなどで刺激の多い生活を送るよう家族に協力を仰いだ。

両親がリハビリに協力的であったこともあり、訓練当初から課題の未実施はなく、課題遂行は良好であった。週間スケジュールの把握、曜日ごとの課題はY+8ヵ月後までは家族の介助が必要であったが、携帯電話のアラームを課題毎に自発的に設定したことで、Y+9ヵ月後からは各課題の

アラームが鳴る前からおおよそ何の課題をやるかが把握されるようになった。またY+9ヵ月頃から「何か作ってみたい」という発言が出始め、数回練習を行った後にカップラーメンを一人で作って食べることや、冷蔵庫から自分の欲しいものを取って摂取することが可能になった。また同時期に、留守中の郵便や新聞の集金に対応をしたり、自ら運動不足解消に庭先で縄跳びを行うなど自発性に改善が認められた。自発性の改善の兆しが現れはじめた頃から記憶障害は生活上でほとんど目立たなくなっていた。Y+12ヵ月後には食事のセッティングを除いたADLと自宅内移動はすべて自立となった。Y+13ヵ月後に視覚障害者通所施設で面談実施、Y+15ヵ月後に訓練適応ありとの判定を受けるに至った。そしてY+18ヵ月後に施設通所開始となった。CASの臨床的総合評価は段階2(中等度の意欲低下)に改善した。

b. 認知リハの経過：第2期 (Y+19ヵ月～Y+30ヵ月) 視覚障害者施設と病院でのリハビリを併用した枠組み作り

週4回の視覚障害者施設の通所と週1回のリハビリを並行して実施した。リハビリでは携帯電話で日記課題を継続し、定期的な神経心理学的評価

表3 訓練第1期の週間スケジュール例 (Y+14ヵ月後)

	月	火	水	木	金	土	日	
6								6
7	STからのメール確認							7
8								8
9		宿題・自主学習	STへ電話		宿題・自主学習		宿題・自主学習	9
10	STへメール					STへメール		10
11	リハビリ	STへメール	針治療	リハビリ	STへメール	針治療	STへ電話	11
12								12
13				STへメール			家族と買い物	13
14	宿題・自主学習							14
15		家族と買い物			家族と買い物	STへ電話		15
16		STへ電話		STへ電話			STへメール	16
17	宿題・自主学習							17
18	STへ電話		STへメール					18
19					STへ電話			19
20	散歩							20
21								21
22								22

と家族指導を行った。施設では歩行訓練、IADL訓練、点字学習、視覚障害者専用の電子機器訓練、生活指導、進路指導を行った。病院と施設との間で、直接の面談、電話、メールを利用して情報共有を図った。

ここで問題となったのは病識欠如であり、本人の認識と現実の状況に大きな乖離が生じていることであった。本人からの話では、点字や白杖での歩行訓練の厳しさを述べるものの、落ち込んだ様子は認められず、訓練進度も周りの同期生と同じであると述べていた。一方で、客観的な評価としてY+21ヵ月の施設からの情報提供では、本人の話とは異なり、点字や歩行訓練などの新たな技術の習得の顕著な遅れ、IADL訓練で習った技術(調理、洗濯、金銭管理など)の汎化に自発性がみられないことが問題として挙げられた。さらに、パソコンで音楽を媒体に落とす訓練中に、誤って音楽がなくなってしまった際に、謝るどころかその場で音楽に乗って踊りだすなど、場の状況を読めない訓練中のふざけや、点字の自主学習を自宅でない理由として父親が煩いからなどと、その場限りの言い訳など、様々な場面で社会的行動障害が目

立つようになった。また、将来に向けて「自立したい」と発言するものの、具体的には計画性がなく、施設から考えていくように指導しても、「なんとかなります」と真剣に考える様子がなく、現状や将来に対する深刻さが欠如していた。

IADL汎化に対しリハビリで目指した目標は、施設で習った新たなIADLをどこでも利用できるIADLにすることで、自宅外において自立可能な生活能力を確立することであった。そのため、IADLの汎化を目標として枠組みを作り、それを基にアプローチを行った。例として表4に訓練第2期の週間スケジュール・日課を示す。枠組み作りとして、通所施設で電子レンジを用いた調理訓練を行った場合、その日の夜にSTへの日記課題で調理訓練についてメールをする。その内容をリハビリで確認し、実際の調理を宿題とする。そして調理を実践するところを家族が確認し、調理したものを本人が自発的に携帯を使って写真にとり、それをその日の日記課題のメールに添付してSTにメールを送る。このような枠組みを他のIADL、機器の操作などにも当てはめていった。家族には習ったばかりのIADL動作、機器操作が

表4 訓練第2期の週間スケジュール例 (Y+24ヵ月後)

	月	火	水	木	金	土	日	
6								6
7		① IADL 訓練で調理訓練				③ 調理を宿題に		7
8	ガイドヘルパーと移動			ガイドヘルパーと移動				8
9								9
10			宿題・自主学習				宿題・自主学習	10
11					★	リハビリ★		11
12	通所訓練	通所訓練		通所訓練	通所訓練			12
13								13
14						④ 調理の実践 携帯で写真録画		14
15								15
16	自主課題	自主課題	宿題・自主学習	自主課題	自主課題	宿題・自主学習	宿題・自主学習	16
17	白杖歩行で帰宅訓練			白杖歩行で帰宅訓練				17
18						★		18
19			② 調理訓練内容を ST にメール					19
20			日記を ST にメール		★	★		20
21			宿題・自主学習			⑤ 調理写真を添付して ST にメール		21
22								22

定着するまでは見守りを行ってもらい、安定したら徐々に見守りを減らしていくよう指導した。

また、われわれから施設に対して求めた対応は、記憶、注意・ワーキングメモリ、思考力の低下などから通常の学習進度では進み難い可能性についてわれわれから説明し、施設側で通常とは異なる形での進捗・訓練方法も取り入れることであった。また施設でその日に行った訓練内容をパソコンで打ち込み、プリントアウトを本人が行う自主学習の時間を設けて、プリントを基に臨床心理士が訓練への取り組み、内容の理解、問題点の整理などを行うことで、アパシーについて経過をみることとなった。

上記の枠組み作りや施設での訓練調節によって、震災の影響により一時中断期間はあったものの、Y+30ヵ月後の施設卒業までに、新たに習ったIADLはすべて自宅でも可能となった。また、パソコン、携帯電話、録音機器の基礎的な技術を習得し、点字も読みまで終了した。交友面も広がり、施設で知り合った仲間と連絡を取り合い、食事会や意見交換の場に参加することが可能となった。さらに、訓練場面のみならず、他に欲しいもの

のや食べたいものを自分でコンビニやスーパーで買って購入するなど、自己の要求に基づく行動面では自発性の改善を認めた。CASの臨床的総合評価も段階1(軽度の意欲低下)に改善した。

一方で、施設での訓練中のふざけ、深刻さの欠如は軽減されず、STの訓練・評価場面でも同様の傾向がY+23ヵ月後から顕在化し始めた。認知機能の定期的な評価の際に、検査の続きに入ろうとすると「あれ、先週で終わったと思いますよ…いえ、うそです、まだです、わかっていますよ」とふざけたり、また施設での歩行訓練中に点字ブロックを踏むと方向が分かり易くなるため、白杖を使った訓練中は踏まないことになっているが「隙を見て踏んでるんです、でもばれて怒られました」と悪気もなく報告する様子を認めた。また、施設で自主学習として行っていた訓練内容のパソコン入力課題では、誰かが付いていると量・内容ともに適したものを書く一方で、誰も付いていない時は量・内容ともに不足しており、臨床心理士が確認する前に帰ってしまうこともしばしばであった。すなわち必要性はあるとその場では言うものの、実際には外的に与えられた目標の実行につ

いては自発的に取り組むことは困難であった。Y+30ヵ月後に行ったBADS質問紙では、42/80と評価点上悪化を認め、社会性、自発性などの問題が家族の目から見ても浮き彫りになっていたことが確認された。

c. 認知リハの経過：第3期（Y+30ヵ月以降） 枠組み作りから離れ、生活の破綻

経過が順調であり、自活する能力を育み、一人で生活できることが本人と家族の目標となったため、視覚障害者通所施設で得た生活自立の能力を生かした一人暮らしの生活を開始した。家族の強い要望もあり、あん摩鍼灸師の資格取得を目標に盲学校を受験することを決め、本格的な社会復帰に向けた活動を開始した。応用的なパソコンの利用方法の習得と点字の書きを中心とした点字能力のさらなる向上を目指して、週1回のみ点字・パソコン教室に通うこととなった。また時間を見つけて視覚障害者通所センターに出向き、様々な相談をすることとした。一人暮らしとなったため、点字の自主学習、ST課題への取り組みおよび実施時間の設定も本人が決めて行う必要性に迫られた。そのため、これまでのような外的な枠組みのもとで行われていた厳しいスケジュール管理や確実な実行の強制力が薄れ、より自発性に期待する生活が始まった。

ところが、程なくして、一人暮らしの自宅にはほとんどおらず、実家で寝泊まりし、テレビを見て過ごすようになっていた。また難易度の高いST課題に対しては期限を守れない、提出しないといたことが度々起こるようになった。点字・パソコンの使用頻度も減少したことで、施設通所中は文レベルの読みまで到達していた点字も、点字教室に通い始めて間もなく文の読みが困難となっており、点字教室では単語、短文レベルの練習へとレベルダウンしていた。現状の状態の内省と改善を訓練の中で求めても、「仕方がない」「なんとかなります」などその場限りの回答を繰り返した。また受験に向けた勉強の進め方や一人暮らしでの生活を確立するための具体的な改善点や実践のためのステップについて尋ねても、大まかな目標は立てられるものの、具体的な方法、スケジ

ュールは立てられなかった。その結果、目標に向けた一貫した行動をとれず、その場で気づいたことや言われたことをただ実施するような状態であった。そのため日課・スケジュールが日々決められ、実践がすぐに確認されるような外的な枠組みがないと、社会生活の継続が困難となった。

3. 考 察

本症例は、下垂体腺腫による全盲に加えて、訓練初期にはアパシーが既知の技術や知識を利用した生活の自立を妨げ、訓練後期には社会復帰に向けた新たな技術の習得を阻害した。ふざげを中心にした社会的行動障害も認められたが、術前から専門学校の中退やバイトを転々としたことや、視野狭窄を指摘された後も車の運転をしていたことなど、腫瘍の影響が20歳頃から現れていた可能性が考えられた。一方、病識欠如やふざげといった症状に対して行動療法といった直接的な介入は行っていなかったものの、生活能力の改善と一定の社会復帰を果たせたことから、本症例の中核症状はアパシーであったと考えられた。症例の呈した全盲、アパシーに対するアプローチは理論的にはあるものの、重複した場合の具体的な認知リハビリの報告は本邦では認めない。

われわれは本症例に対して、全盲であることに配慮しながらもアパシーへのアプローチを中心にリハビリを展開した。結果として、全盲となる前の知識や生活技術を活用した自宅での生活の自立と、経験の少ない動作・技術を施設での訓練を通して概ね習得することが可能となった。本症例の経過から、全盲にアパシーを重複した場合、リハビリテーションの組み立てとしてはアパシーの改善に焦点を当て、外的な行動目標を設定する枠組みを用いたりハビリが有効であり、枠組みの提供を継続していくことが自立した生活の継続に必須であることが示唆された。また機能や気づきのレベルが低く、認知的アプローチあるいは内的アプローチを導入できない場合、行動的アプローチあるいは外的アプローチを行うことが有効と考えられた。

本症例は発症初期から、前田ら(2009)の報告例と同様に、言われたことにはほとんど抵抗することなくその通りに行動する様子が認められていた。大東(2008)は、アパシーの特徴として、放置すると自ら何かをするという傾向がほとんど見られないreduced self-activationと同時に、外からの働きかけがあると、それには最小限の反応を示すことが稀ではないpreserved hetero-activationを挙げている。このpreserved hetero-activationを利用し、外からの働きかけに対する最小限の反応を、生活の中で最大限に生かすために、行うべき行動目標が決められた強固な枠組みを敷いたりハビリが有効であったと考えられた。

また強固な枠組みが有効に機能した背景には症例を取り囲む環境を調整できた点も重要である。本症例においては家族のみならず、施設など関係者への説明と理解・協力が得られた。これにより机上の狭いレベルにとどまらず、生活全般で自発性の改善を促す環境が整ったことで治療効果が得られたと考えられた。喜綿ら(2008)はアパシーを呈した症例の「環境依存性」の性質を指摘している。アパシーが顕在化するか否かは生活の枠組みや周囲からの促しの有無で変化し、環境をどのように作り上げるかが治療戦略となる。生活全般に現れるアパシーに対しては、介入場面のみならず家庭でも一貫性を持って対応することが効果的な治療効果を生むため、家族との連携および家族への支援の重要性が指摘されている(種村, 2009; 元木ら, 2012)。

一方で、症例がY+30ヵ月以降、日課・スケジュールリングといった行動の枠組みが決められていない一人暮らしでの生活を開始したが、生活はすぐに破たんした。独居の前に試験的に枠組みを外して経過を見ることで、枠組みの無い生活の確立の可能性も考えられたが、一人暮らしでの自立への目標設定の変更の時期的な問題から実際には困難であった。この時期、本症例は盲学校受験に向けた学習、点字・白杖での歩行能力の向上、そして一人暮らしの生活の維持という大まかな目標はたてられたものの、これらを達成するための複数の下位目標を系統的に組み立てることが困難(Shalliceら, 1991; Aldermanら, 2003)であった

可能性がある。アパシーと下位目標を系統的に立てることを明確に分けることは困難であり、本症例ではBADsの評価も十分にはできなかったが、少なくとも軽度のアパシーが残存、あるいは複数の下位目標の設定と実践が困難な状態では、外的に細かな目標を明確に決められた枠組みが必要であることが示唆された。

今回の報告は1症例のみの報告であり、全員にアパシーを呈した症例のすべてにわれわれが用いた訓練手法が適用できるとは言えない。また、外的に行動目標が設定された行動的アプローチから、自らの気づきに基づいて行動目標を設定する認知的アプローチへ移行する方法論が見いだせていないことも今後の問題として挙げられるが、本症例においては実際に行動的アプローチから認知的アプローチへの移行は困難であったと推測された。

アパシーでは患者の興味・関心のある刺激を用いた活動性を上げるアプローチが推奨されているものの、個々の症例の症状、社会状況によっていか様にも変化する性質のため、定型だったアプローチは困難であり、重層的なりハシステムの構築が今後さらに必要となるだろう(岡田ら, 2011; 青木, 2012)。本症例を取り巻く社会環境の変化に応じたリハビリテーションを進める中で、さらに有効な認知リハビリテーションの方法を模索するとともに、同様の症例報告を増やしてアパシーに対する有効なアプローチを今後も検討する必要があると考えられる。

文 献

- 1) 青木重陽：社会的行動障害へのリハビリテーションアプローチ。臨床リハ, 18(12): 1080-1086, 2009.
- 2) Alderman, N., Burgess, P.W., Knight, C., et al. : Ecological validity of a simplified version of the multiple errands shopping test. J Int Neuropsychol Soc, 9(1) : 31-44, 2003.
- 3) 生駒一憲：アパシー(意欲障害)のリハビリテーション。脳疾患によるアパシー(意欲障害)の臨床(小林祥泰, 編)第1版。新興医学出版社, 東京, 2008, pp.162-167.
- 4) 加藤元一郎：前頭葉機能障害のしくみについて。

- 神経心理学, 27 (3) : 196-204, 2010.
- 5) 前田 優, 早川裕子, 吉岡 文, ほか : 発動性が低下した一症例に対する復職アプローチ. 認知リハビリテーション, 2009 : 65-71, 2009.
 - 6) 三村 將 : アパシー (意欲障害) と認知機能検査. 脳疾患によるアパシー (意欲障害) の臨床 (小林祥泰, 編) 第1版. 新興医学出版社, 東京, 2008, pp.120-130.
 - 7) 三村 將 : 社会的行動障害への介入法; 精神医学的観点からの整理. 高次脳機能研究, 29 (1) : 26-33, 2009.
 - 8) 元木順子, 三村 將 : 社会的行動障害のみかた. 臨床リハ, 21 (1) : 63-67, 2012.
 - 9) 村井俊哉 : 社会的行動障害の症候学. 高次脳機能研究, 29 (1) : 18-25, 2009.
 - 10) 永吉美砂子, 黒木俊秀, 上田幸彦, ほか : 脳外傷の包括的・全体論的リハビリテーションプログラムの試み. 認知リハビリテーション, 2005 : 34-43, 2005.
 - 11) 岡田和悟, 山口修平 : うつ, アパシー. 総合リハ, 39 (12) : 1165-1170, 2011.
 - 12) 大東祥孝 : 意欲・発動性の障害. よくわかる失語症セラピーと認知リハビリテーション (鹿島晴雄, 大東祥孝, 種村 純, 編) 第1版. 永井書店, 大阪, 2008, pp.537-543.
 - 13) Shallice, T., Burgess, P.W. : Deficits in strategy application following frontal lobe damage in man. *Brain*, 114 (2) : 727-41, 1991.
 - 14) 先崎 章, 三村 將 : 社会的行動障害への精神医学的アプローチ・治療. 臨床リハ, 12 : 1087-1091, 2009.
 - 15) 種村 純 : 社会的行動障害に対するリハビリテーションの体系とわが国の現状. 高次脳機能研究, 29 (1) : 34-39, 2009.
 - 16) 植村英晴 : 視覚・聴覚障害者の社会・職業生活. 総合リハ, 25 (8) : 716-720, 1997.
 - 17) 喜綿永充, 村井俊哉 : 社会的行動障害の症候学. よくわかる失語症セラピーと認知リハビリテーション (鹿島晴雄, 大東祥孝, 種村 純, 編) 第1版. 永井書店, 大阪, 2008, pp.34-39.