

右半球損傷症例の臨床展開を通して

—右中大脳動脈領域の脳梗塞症例における病態解釈の一検討—

江戸川病院 理学療法士 森俊明

キーワード：身体、感じ取り、注意、左半側空間無視、体性感覚

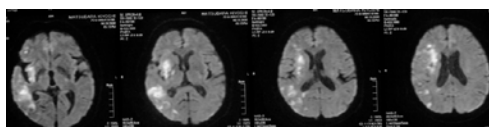
脳はその性質上、神経システムとして作動している。症状の本質は神経システムの結果表出されるもので特定化されるのではなく、そのプロセスから紐解かれていかなければならない。この観点から認知運動療法では外部観察だけでなく内部観察の重要性をもとに治療が展開されている。内部観察とは患者がどのような世界を生きているのかを患者側の視点で考えていくセラピスト側の思考である。外部観察における特異的病理（異常な伸張反射、放散反応、原始的運動スキーマ、運動単位動員異常）の出現に対して、内部観察を行うことで、神経システムにおける情報変換のエラーがどのように起こっているかを解釈しようというものである。以下にその展開を、症例を通して呈示する。

1. 症例紹介

氏名 K. M 様、73 歳男性。医学的所見として平成 20 年 6 月 18 日に脳梗塞発症。画像所見は MRI 上右中大脳動脈領域に多発する梗塞巣を認め抗凝固療法による加療施行。その後、急性期の治療が落ち着いたので 7 月 30 日に当院回復期リハビリテーション病棟へ転院となる。発症初期の MRI 画像では右中大脳動脈灌流域に散在性に皮質を含む高信号域の出現を認める。

この症例と出会ってまず一番気になったのが、頭頸部の向きと視線である。中央の写真（写真 2 中央）の

MRI DWI



MRI
T1強調画像

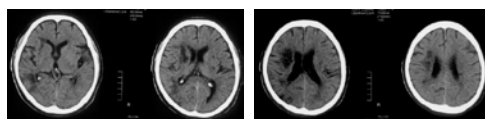


写真1. MRI画像。上段はDWI、下段はT1強調画像を示す



写真2.
症例の写真。中央の写真から右に向きやすい傾向が伺われる。

通り顔を右に向けていることが多く、当院に転院してきた時点では、既に頭頸部回旋の左右差を認めていた。初回評価時も会話中ほとんど右を向いており、真正面に立って会話をしているときは目が合うこともあったが、左側に立って会話をしているときはほとんど目が合わない状態であった。また、会話中に人が歩いたり、周りから声が聞こえるとその刺激に反応してしまうなど、どのような刺激にも反応してしまう傾向があり、それが左からの刺激であっても右を向くという現状であった。

初回評価時の身体状況は、運動麻痺は Br. stage で上肢Ⅳ、手指Ⅳ、下肢Ⅳで比較的運動性は保たれているようであった。実際に麻痺側の手指を動かしてもらうようにお願いしたところ、手指を動かすことは出来るが、その際に肘関節の屈曲や肩甲帯の挙上を伴っていた。同様な現象が他の関節を動かすときにもみられ、共同運動パターンの要素が認められた。

感覚については、感覚検査上はほとんど答えることが出来ず重度鈍麻という状態であった。ただし検査時に左上肢が痺れるなどの左上肢に関する記述が聞かれたことから、左上肢の存在は変質してはいるものを感じているという印象を受けた。

次に基本動作であるが、起居動作、静的坐位、動的坐位、立ち上がり、立位、移乗は見守りレベルであった。感覚障害や左半側空間無視を呈していても麻痺側上下肢の運動性が比較的保たれていたこともあり、連合反応や共同運動を強く認めながらも基本動作を行うことが出来ていた。ただ、左上下肢がどのような状態かということに関係なく、とにかく起き上がる、立つといった状態であった。

2. 評価

本症例の障害には運動感覚麻痺だけでなく、左半側空間無視や注意の選択性・持続性などの高次脳機能障害も大きく関与している。そのため、ただ関節可動域訓練、基本動作訓練、歩行訓練を行うだけでは対応できない部分があるといえる。本症例で観察された特徴的な場面をもとに、どのようにセラピストとして考えて治療に及んだかを以下に報告する。今回の症例報告では歩行場面と食事場面をあげ、その時の状況を考察することでどのように治療に展開したかを検討していく。

2.1 特徴的な場面－歩行

歩行時どちらに倒れそうかの質問に対して

「左側を無視するといわれたから左かな？」

↓

介助レベル(独歩)
重心は右に偏位し頭部右回旋、体幹左回旋し視線は右に向いている。
頭部の向きに合わせて進むため、右斜め前方に突進していく。右に倒れそうになるので2～3m程度で介助しなければならない状態である。

補足:
歩行器使用では歩行器ごと右へ倒れそうになる。また方向は右へ突進しそうになるため方向の自己修正は困難。

図1. 特徴的な場面－歩行

初期の状態では歩行時どちらに倒れそうかを聞いても「左側を無視するといわれたから左かな」と答えていた。

実際の歩行では、重心は右に偏位し頭部右回旋・体幹左回旋し視線は右に向く、頭部の向きに合わせて進むため右斜め前方に突進していく、右に倒れそうになるので2～3m程度で介助しなければ

らないという状態で独歩介助レベルであった。通常であれば「どちらに倒れるか」と聞かれたら、多少なりとも身体を揺れ動かしたりするなどの身体的反応がみられたり、「麻痺している脚が力が入りづらいから麻痺した方に倒れる」などの自己身体の状態から答えることがほとんどである。しかし本症例は自己身体を基準にして思考するという過程を取らない傾向にあったといえる。

補足であるが、杖や歩行器などの歩行補助器具を使うと逆にバランスを保つことが困難であった。一般的に運動麻痺が主で歩行できない場合は歩行器・杖・独歩と難易度が上がると考えられている。本症例では歩行補助器具の操作という身体的なコントロールが加わると逆に歩行が困難であり、身体機能以外に注意障害や左半側空間無視などの高次脳機能の影響が含まれているといえると考えられた。また、これまでお話しした通り歩行に介助を要する状態であったが、本症例は退院についての話になると「家に帰れば大丈夫。何とかなる」と状況にそぐわない発言をしていた。このことから特に運動に関しての病識が低いと思われた。

2.2 特徴的な場面—食事

次に歩行場面に対して食事場面ではどうであったかを示す。

「そういえば左を無視しているといわれたよ。だから自分で一応は左側を気を付けているんだ」

↓

実際場面でも食べ残しはほとんどない。

比較的安定した坐位という姿勢で、食べるという目的意識が持ちやすい食事場面では、「左側を無視するから気を付ける」という知識で対応できている。

図2. 特徴的な場面—食事

前院でのリハビリテーション時の状況を質問すると「そういえば左を無視しているといわれたよ。だから自分で一応は左側を気を付けてるんだ」と答えていた。そして実際の食事では、ほとんど食べ残しなく摂取可能であった。

比較的安定した坐位という姿勢で、食べるという目的意識が持ちやすい食事場面では、「左側を無視するから気を付け

る」という知識で対応できていたといえる。ちなみに前の病院で左の食べ残しを多々指摘されたらしく、本人はかなり食事場面では気を付けているとも言っていた。

2.3 歩行と食事場面の違い

ここで食事場面と歩行場面の違いについて考察する。

<p>【食事場面】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 身体外空間への注意が必要 • 障害された視空間認識でも知識での対応が可能な状態 • 坐位という安定した姿勢で運動要素少ない 	<p>【歩行場面】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 自己身体への注意が必要 • 体性感覚に対する記述が少ない • 運動要素が多く、視覚情報だけでは対応できない
--	--

食事場面と歩行場面では必要となる要素が異なる。

図3. 歩行と食事場面での比較

食事場面では利き手が麻痺していないので動作上の問題は少なく、身体外空間への注意つまりトレーに乗っている主菜・副菜などを視覚的に確認できるかどうかの主になるといえる。歩行場面では、視覚的に進行方向や障害物を認識することは大切であるが、まず床に対して身体をコントロールして歩かなければなら

い。そういう意味では自己身体への注意が可能かどうかということが大切となる。

食事はほぼ全量摂取できていることから、視空間認識に障害はあるが、知識や食事するという目的意識によって可能となっているといえる。しかし、歩行では自己身体に対する注意が乏しく、体性感覚に対する発言もあまり認められていない。このことがどちらに転びそうになっているか分からない原因の一要因となっていると予想される。

また、食事場面と比べて歩行では動的要素が多く含まれている。歩行という動的な運動では移動に合わせて視覚などの外部刺激も変化するため、視覚情報だけでは対応が非常に困難である。つまり、体性感覚に注意を向けることがなく、障害された視覚からの情報をもとに行動することが、より歩行を困難とさせていると考えることが出来る。

ここまで食事場面と歩行場面を比較したが、その場面に応じて必要となる要素が異なる。本症例については動的場面つまり身体的要素が多く含まれる状況では動作が難しくなり、そしてその原因として体性感覚に対して注意がいかないことが大きな要因と考えられた。

3. 症例の病態

今まで歩行場面と食事場面で考えてきた。そこから見えてくる病態として、体性感覚への注意が乏しく、動的場面においても体性感覚以外の人から聞いた知識や障害された視空間認識を基準に行動するという症例の特徴が挙げられる。

症例紹介で報告したように感覚検査ではほとんど本症例は答えることが出来ていない。「どこが動いていますか」と聞いても「わからない」と答えるのみであった。しかし、「触られると痺れているから嫌だ」とも答えていたので何かしらの刺激は伝わっていて、それを体性感覚として知覚していないと考えることも出来る。

「歩行時どちらに倒れそうですか？」と質問しても「左側を無視するといわれたから左かな」と答えているが、本来なら人から聞いた話や、左側を無視するというような視覚的な要素から答えるべき質問ではないはずである。そこから、体性感覚への注意が乏しい状態と解釈できる。もちろん左半側空間無視のような身体外部の空間認識にも問題があるが、どちらかというとき自己身体つまり体性感覚に注意が行かず知覚すること出来ないというのが本症例で気になる症状である。

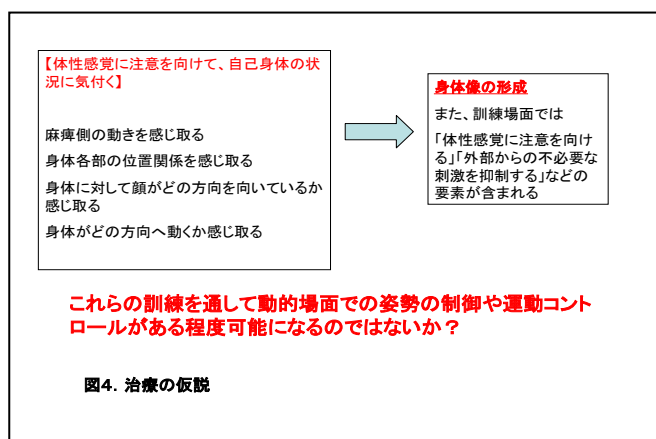
本症例に対する解釈として「麻痺側では体性感覚に注意を向けることが困難」ということを主の問題とした。ちなみにこれはセラピストとしての視点である。症例本人は自分の行為・行動にエラーがあるとは感じていないように振る舞っている。自分が間違っただけで行為・行動しているとは気付いていないのであれば、「気を付ける」ということだけでは対応としては不十分である。実際「左を無視しているから左に気を付ける」と症例本人も話しているので、症例自身は「気を付けて」いるわけである。であるので、体性感覚に注意を向けることによって今の身体の問題を把握することで、初めて自分の身体に起こっている現象に目を向けることが出来るのではないかと考えられる。

体性感覚に注意を向けることが出来ないつまり知覚できないと考えると、感覚検査上答えられない、食事場面などの動的要素が少ない場面では食事が可能、歩行で倒れそうになる、自宅での生活では「家に帰れば何とかなる」と行った発言もある程度説明可能だと思

われる。自宅での生活に関しては自己身体に注意が行かないことによって、身体的にどのような危険があるかイメージできないというか、しないということが問題となっているとも捉えることが出来る。

4. 治療仮説

次に治療の仮説について報告する。本症例は「左半側空間無視、構成障害」などの視覚情報に関わるや「注意障害・病態無関心」などの病識や志向性に関わる問題など病態が多岐にわたるため、病態を解釈する時点で多種多様な解釈が出来る。今回は本症例に対して体性感覚に注意が向かず身体像の形成が難しいという視点に立ち治療を検討した。



どの病態を主軸に治療を展開するかは様々な意見の出るところではあるが、治療を行う上では病態をある側面から解釈してそこから治療の可能性を探していくことが大切である。であるので、今回の報告では症例を治療する私というセラピストが、症例と接する中で考えたプロセスとして報告する。

治療仮説であるが、歩行の場面でさえ記述として取ることが出来なかった体性感覚に注意を向けさせることがまず必要といえる。左半身の各関節が動いているか動いていないかというレベルでも「痺れている」としか記述されない状態であるので、具体的に非麻痺側の動きと比較したり、麻痺側上肢の中でも手関節と肘関節でどのような違いがあるかを感じ取ってもらうなどを行い、麻痺側に注意を向けることを学習してもらう必要がある。ある程度体性感覚から身体各部に注意を向けることが可能になった時点で、麻痺側上肢と体幹がどのような位置関係にあるかなどの感じ取ることを訓練し、身体像の形成を図る。次に両肩を基準とした鼻や顎の向きの感じ取り、身体の状態からどちらに倒れそうかの感じ取りなど、体性感覚から顔の向きや左右の感じ取りを訓練課題として実施し、体性感覚に基づき、身体がどのような状態かを把握することが出来るように促す。ちなみに訓練全体では体性感覚に注意を向けなければならない課題を通して行われるので、不必要な刺激この場合は周囲の話し声や人の往来などになりますが、それらの外部刺激に注意を向けないつまり不必要な外部刺激を抑制するという事も含まれている。

訓練課題を通して自己身体の状態を感じ取り、知覚することで、結果的に動的場面での姿勢の制御や運動コントロールがある程度可能になるのではないかと仮説を立て訓練へ移行した。

5. 治療立案・実施から想定される症例の目標

入院患者は必然的に自宅退院を臨まれる。そのため目標は在宅生活に必要な移動能力の改善となる。本症例では歩行能力の改善を求められることとなる。入院当初の症例の歩行能力は独歩 2～3m 程度で右側にバランスを崩してしまい介助を必要とする状態であった。いわゆる介助が必要なレベルである。その状況に対して、「歩行動作中どちらに倒れているかを感じ修正できる」「身体と顔の向きから進行方向をある程度把握できる」などの能力の学習を通して歩行が改善されるのではないかと考え、その結果近位見守りのレベルになることを初期の目標とした。

6. 治療

6.1 治療課題①「身体の動きの感じ取り」

治療の仮説で考えた、体性感覚に注意を向けることにより身体像を形成という視点で治療課題を実施。基本的に本症例は体性感覚に対する注意が不十分で、知識や視覚情報で対応していた。治療の大枠は体性感覚へ注意を向けることと訓練課題に不必要な外部刺激を抑制するという点に主眼をおいて実施した。



写真3. 身体の動きの感じ取り

本症例は触られたり、動かされたりすることに対してほとんど意味のある知覚はなされず、「痺れる」とのみ答えていた。こういう状況であると、麻痺側上下肢の運動を教えることは困難になる。まず、はじめに行ったこととして麻痺した身体が「動いているのか」、「どこが動いてそうか」などの比較的難易度がやさしい課題を選択した。それが、写真3で示している課題「身体の動きの感じ取り」ということになる。麻痺側上下肢の他動運動

での感じ取りや非麻痺側上下肢との比較という形で行った。実際場面でどのような遣り取りが合ったかを以下に示す。

「身体の動きの感じ取り」(T=セラピスト、P=患者)

T: 左手を触りますよ。

P: 左手は痺れているからあまり触られたくないんだよ。

(「触る」という言葉に敏感に反応を示す)

T: 左手をゆっくり動かしますのでどんな感じが教えてください。(動かすという言葉では特に拒否はなし)

P: 腕が痛い。痺れがひどいんだよ。

T: それでは、少し右手で動きを確認してみましょう。

(右上肢の手・肘・肩を他動的に動かし確認してもらう)

次に左手を動かしますので、右で感じて頂いた手首・肘・肩のどの動きに近いか教えてください。

(実際に手関節の底背屈を他動的に実施)

P: 手首かな。そこら辺が痛いから...

T: 痛み以外に何か感じがありますか?

P: 手首が詰まったり、ゆるんだりするよ。何となくけど...

(この言葉が出てくる時は自発的に手首の緊張を調節する反応を認める。動きに注意する事で痺れ以外の発言も聞かれる)

T: ではこれはどうですか(左の肩関節屈曲を他動的に誘導)

P: 腕が動いたよ(腕という表現で答える。先ほどの手首・肘・肩から選択することは出来ない)

T: 先ほど右手で確認しましたが、手首・肘・肩ではどこが動いたと感じますか?

P: 手が上がったと思うんだけどな、肘が動いてんのかな?よくわかんないよ。

T: では、右手で同じ動きをしてみますね。(実際に右肩関節屈曲を他動的に誘導)

P: これは肩が動いてるな...左ではよくわからなかったよ。

T: では、もう一度左手で確認してみましょう...

このように、最初は動いているかどうか、それはどこが動いているかという形で、大雑把ではあるが感じ取る訓練から開始している。しかし、この大雑把な情報の感じ取りすら出来ないというのが症例の初期の状態であった。ROM訓練の様に症例が受動的に受ける訓練では、例えその場で身体の筋緊張がゆるんでも、脳内の身体像に対するアプローチとしては不十分といえる。他動的に身体を動かされたとしてもその状態を感じ取るように注意を向けさせることが訓練場面で必要である。

6.2 治療課題②「身体の位置覚の訓練」

先ほどの治療課題①で大まかにどの関節が動かされたかを感じ取ったり、注意を必要な分部へ向けることが部分的に出来てきてきたのを確認し、次の課題に移行。



写真4. 身体の位置覚の訓練

身体の位置覚の訓練であるが、身体が静止した状態で身体各部がどのような位置関係にあるかを感じ取ることは健常人でもかなり難しく、完全に正解することが訓練の主たる目的ではない。麻痺した身体の体性感覚に注意を向けることが出来ない本症例が、どのような刺激に注意をすれば状況にあった知覚が出来るかということを学習していく過程であるといえる。例えば、端坐位で左右の足部のどちらが前にあるかという課題を設定したとする。よく

あることなのだが、どのように判断したかを問うと「足の裏で判断した」とか「右の足先が前にあるから」など答える。しかしこの場合、足部からの感覚だけでは判断が不十分である。この際に必要なのは膝の曲がり具合と膝関節が屈曲したときに足部が膝関節に対してどのような位置関係にあるかを把握する、つまり感じ取ることでありと考えられる。

このように、身体に対してどのような感覚に注意を向けて知覚する必要があるかを学習していくように訓練を実施。難易度設定に関しては、「非麻痺側ではどこで判断したか」「どのような感じを感じたら判断できたのか」をオリエンテーションしたり、セラピストが見本を見せて、自分であればどこに注意すれば判断できそうか考えてもらったり、その都度症例の状況を観察しながら調整した。

6.3 治療課題③「接触面から身体の姿勢を感じ取る」(接触課題を通して)

左右の非対称性や左右の身体像の変質を認めていたので、身体や顔が向いている向きを空間で判断させることが難しい状況であった。そのため接触面を利用した課題も実施した。



写真5. 「接触面から身体の姿勢を感じ取る」(接触課題を通して)

ベッド上背臥位姿勢で肩甲帯を中心に背部の接触刺激を比較。はじめは固さの異なるスポンジなどの道具を利用して、左右でのスポンジの材質の感じ取りの違いや麻痺側肩甲帯でベッドとの間にある固さの違うスポンジの感触の違いを感じ取る訓練などを実施した。経過の中でベッドに対して両側肩甲帯を接地した形で背臥位が可能になったので、その状態で両肩関節と顎や鼻の位置を判別する訓練へと移行。体幹に対して頭頸部の向きがどのようにになっているかを空間で感じ取る

ことが非常に難しかったので、身体的な筋緊張の異常の少ない背臥位でベッドという接触情報から体幹などの状態を整えて、それに対して頭頸部の向きを感じ取ってもらうという様に考えて実施した。

また体性感覚をもとに修正した頭頸部の向きを、目を開けて確認する事も実施。その際にベッドに対して天井に目線が向いていることを基準に体性感覚で修正された姿勢を、視覚情報をもとに確認するという事も実施した。訓練前は右に顔が向いていた状態で、天井に目印を付けていたが開眼すると真上にあるその目印が見えない状態であった。その後は大雑把に天井の目印へ顔を向けることが可能となった。

6.4 治療課題④「接触面の少ない状況での身体と頭頸部の向きを感じ取る」



写真6. 接触面の少ない状況での身体と頭頸部の向きを感じ取る

接触面を利用した状態では、坐位・立位での再現が不十分なので、治療課題④として接触面の少ない状況での身体と頭頸部の向きを感じ取る訓練も実施。

はじめは坐位で後ろの壁に寄り掛かってもらい、先の治療課題③で感じ取った接触刺激を利用する形で訓練を進めている。その課題がある程度可能になったら、壁という接触刺激がない状態で空間での身体の位置関係をもとに頭頸部の向きを感じ取る訓練へ移行した。

7. 治療経過（当院入院から約2ヶ月の段階。週5回、一回40～60分実施）

7.1 頭頸部の向きについて

この時期には身体に対する頭頸部の向きを意識している時はほぼ正中位を保つことが出来ようになってきている。また意識していない状態でも以前より右へ向く傾向が軽減した。

初期では「右に顔が向いていても気にしない状態」が「気付くと顔が右に引っ張られているんだよな」「自分が真っ直ぐ向いているときに、左を見てといわれなくなってきた」という記述に変化した。



写真7. 当院での治療開始約2ヶ月の状態

左上の写真（写真7）が何もいわずに横になって頂いた写真である。入院当初は、頭頸部はもっと右を向いていて、また麻痺側上肢に屈筋痙性を認めていたが、この時点では頭頸部の向きや麻痺側上肢の状態がある程度落ち着いてきている。左下の写真（写真7）は「顔を真っ直ぐにしましょう」とのみ声を掛けたあとの写真である。意識的には正中位に向けることが可能となっている。

また右の写真（写真7）が当院入院後約2ヶ月経過した時点の坐位の状態である。姿勢の非対称は残存しているが、一応写真に対して顔を真直ぐ向けることが出来るようになってきている。

7.2 歩行状況

この時点では自分がどちらの方向へ傾いているか記述できるようになっている。写真（写真8）は症例の立位姿勢である。体幹がわずかに左回旋し、麻痺側上肢に軽度筋緊張異常が認められるが、静的な立位保持は比較的安定した状態となっている。動的状態つまり歩



写真 8. 立位姿勢

行時に右へ傾く傾向は残存しているものの独歩可能と歩行状況も改善がみられた。

しかし外部から呼びかけられたり、人が横切るなどの外部刺激が伴うと右へ頭頸部が引かれ、転倒しそうになるなど、不必要な刺激を選択してしまう傾向が残存しており、見守りが必要というのも実際の状況である。

はじめの時点で歩行時にどちらに倒れそうかと質問したが、その時は「左側を無視すると言われたから左かな」（実際には右）と答えていた。その後の記述であるが「以前は左を無視しているといわれてたので左に倒れていると思っていたけど、自分の身体を意識してから右に倒れやすいことや今どっちに倒れているかは分かるようになったよ」と変化してきている。

まだ右を向いてしまい進行方向に対して注意がいかなかったり、左側のものにぶつかりやすいなどの問題はありますが、入院当初の状況より改善を認め、独歩可能となってきた。

ここで訓練内容と歩行の改善について考えてみたい。訓練内容として、歩けない本症例に歩行練習を中心に行ってきたわけではないということが、ここでは重要なように思われる。歩行訓練中心でもある程度の改善はあると予想されるが、「どちらに倒れているかわからない」本症例では、非常に難しい状況であったともいえる。歩行が出来ない原因として身体像の障害を挙げ、身体を感じ取り、その感じ取った内容からどのように対処するかを症例と一緒に検証してきた。このように、歩行そのものではなく、歩行できなくなっている原因に治療していくことが大切ではないかと感じている。

8. 歩行状況と退院についての記述の変化

表1. 歩行状況と退院についての記述の変化

時期	退院に対する記述	状況
訓練開始当初 (歩行介助)	「家に帰れば大丈夫」	身体に対する記述に乏しい
訓練後約2ヶ月 (歩行見守り)	「歩けるしまあ何とかなる」	訓練時は体性感覚情報からの記述可能
外泊後 (歩行見守り)	「家に帰って立ち上がるのが大変だった」 「上手く歩いてないんだろうか？両脚が筋肉痛になった。このままでは退院したら大変そうだ」 「左足が引っ掛かるときがあったけどどうしてだろう？」	体性感覚情報に基づいた外泊時の状況の説明可能

訓練を通して自己身体へ注意を向けることを学習



外泊時、自己身体に基づいた困難な場面への気づき

ここで、本症例を違う側面からも検討する。表1では、歩行状況と退院についての記述の変化を示している。

入院当初ひとりでは歩けない時点でも、「家に帰れば大丈夫」と病態に対する自己認識が非常に低い状態であった。臨床場面で右半球損傷患者ではよくそのような場面に遭遇する。自分の身体に注意が行

かず身体像が形成できないことで歩行が出来ない実感がもてなかったと推測される。

訓練開始後、歩行見守りレベルとなっている。訓練中は課題内容を意識することで身体に対する注意が不十分ながら可能となっていたが、決して自立という状況ではない。それでもまだ「歩けるしまあ何とかかな」と考えていたようである。

その後、御家族で介助可能な状態になったこともあり、外泊訓練を実施した。外泊から戻ってきたときに症例に話を聞いたのであるが「家に帰って立ち上がるのが大変だった」「上手く歩いてないんだろうか？両脚が筋肉痛になった。このままでは退院したら大変そうだ」「左足が引っ掛かるときがあったけどどうしてだろう？」という記述が認められるようになっていた。今の病態になってからは自宅で生活したことがないため、今の障害されている身体像で家庭に帰るとどのように大変かはあまり想像できていなかったと思われる。病棟生活上は病棟スタッフにより安全面を管理されているので特に危険だという場面を経験することがないのも一要因といえるかもしれない。

ここで考えてみたいのであるが、初期の歩けなかったのに大丈夫と考えていた症例が、そのまま外泊していたらどうだったのであろうかということである。患者本人は「別に大丈夫だった」と答え、御家族が「いえいえ、本当に大変で…」と答えるようことが臨床によくある。外泊後の発言は身体に関する発言となっている。そういう意味でも、体性感覚に注意を向けることがある程度可能になったこの時期の本症例の発言となっていると感じられた。外泊後は病棟でも動作時「気を付ける」という姿を以前より多く認められるようになった。具体的には、今まで反動を利用して無頓着に立つことでよろけることがあったが、足の位置を修正してゆっくり立ち上がる場面も認められるようになってきていた。

外泊時、今の身体状況では大変であったという経験が、退院に対して何が出来なければならぬかということを確認にし、「気を付ける」という意識を持たしたではないかと思われた。また、その背景には自己身体へ注意を向けることを、訓練を通して学習していったことが大きく関与しているのではないかと考えられた。

その後、当院での治療を開始して約4ヶ月の時点であるが、外泊の時に床から立ち上がる場面でのエピソードを症例から伺った。「床から立つとき、うまくいかない左の後ろに倒れそうになるからよ〜。娘に念のために後ろに立っててくれと言ったんだよ。実際は倒れずにうまくいったけどね。」と得意満面で話していた。また、御家族からは「段差など危ない場面では、壁や机を触ったり本人が気を付けるようになったんで、前より安心してみられます。」とも伺っている。

初期に歩けない状況にもかかわらず「大丈夫」と発言していた本症例を考えると、このエピソードは歩ける歩けないという歩行機能以上の変化なのではないかと思われる。自己身体を感じ取り、環境に対して自己身体の状態を調整するという事は、非常に高度な能力である。歩行状況と退院についての記述を通して、自己身体を感じ取りや外部環境との関わりの変化などの一部を概観できたと思われる。

9. おわりに

従来の身体機能評価を中心とした治療計画では中枢神経疾患の複雑な病態に対するアプローチでは不十分である。本症例は、左半側空間無視や注意障害など様々な脳機能の問題

を抱えていた。そのため、どのように治療を計画していいか個人的に非常に悩んだ症例でもある。今回、自分を振り返っていえることとしては「患者自身がどのような過程を得てそのような現象に行き着いたか」を真剣に考えたということにつきると思われる。

認知運動療法の研修では、患者の内部観察や病態解釈を重要な視点としてあげている。ここが非常に難しいところであるが、少しでも患者の病態を把握し、改善の可能性を探していくセラピストの努力や姿勢が大切であると感じた。