

リハビリテーション診断学（リハ神経学）

川北慎一郎

恵寿総合病院 リハビリテーション科

【要旨】

リハビリテーション（以下リハ）医療には独自の診断学（神経学）が存在する。リハ医学の対象は「障害」であり、それは往々にして複数の疾患や要因により複雑な内容となっているからである。主疾患に対してリハの視点だけで患者さんを診るのではなく、すべての患者さんを少なくとも内科学的・神経学的・整形外科学的な3つの面から診なければならない。そして診察後には、リハ処方だけでなくADL（Activities of Daily Living, 日常生活動作あるいは活動）を中心とした目標（ゴール）設定がなされる。リハ診断学は奥深い診断学であると感じている。

Key Words : リハビリテーション神経学, ADL, 高次脳機能障害, ゴール設定

【本文】

リハ科に送られる患者は、すでに他科医により診断がつけられていると思われがちだが、決してそうではない。リハ医学には独特の評価法もあり、リハ開始には必ずリハ的診察が行われることが望ましい。リハ医学の対象は「障害」である。これは単一「疾患」によって生じていることは少なく、しばしば複数の疾患、要因により複雑な内容を持っている。脳卒中による運動障害を例にとると、片麻痺だけではなく、感覚障害（特に深部感覚）、痙縮、痛み、高次脳機能障害（失語、失行、半側空間無視、注意障害、記憶障害など）の影響を受ける。再発脳卒中であれば、それらはより複雑となる。さらに関節疾患などの整形疾患、心疾患、肺疾患、代謝疾患などの内科疾患の既往や合併症による影響も大きい。そしてこれらの多要因が、すでに存在する廃用症候群の程度や対策にも関わってくる。このように脳卒中の運動障害による活動を評価するにも、多因子を分析し総括的な評価を行わなければ、的確なゴール設定、リハ治療方針は立てられない。ここにリハ神経学の醍醐味があるとも言える。

リハ神経学には神経学、整形外科学、内科学、老年学、精神医学などの広い知識が必要とされる。1人のリハ医がすべての科をマスターできるわけがない。必要なのはすべての科をマスターするというのではなく、広い視点で疾患を障害・活動・参加の面から評価、診察し、リハスタッフへ問題点や目標を提起できることである¹⁾。リハはチーム医療であるからといって医学的評価以外の機能的評価や心

理・社会的評価をすべてスタッフにまかせることは、リハ医としてあるべき姿ではないと考える。あくまでリハ医は一人一人の患者の医学的・機能的・心理的・社会的問題を把握すべきである。リハ診断学の他科にはない特徴の一つは、健常部分の評価である。代償的なアプローチには健常、残存部分の機能が重要となるからである。また心理的な状態は時期により変化するが、活動へのアプローチの成功には重要な因子であり、家族の協力や薬剤を利用してでも積極的に取り組むべきである場合もしばしば見られる。

病歴は診断にとって極めて重要であることはリハ医学でも同じだが、いくつか独自の特徴もある。主訴は「片麻痺」、「歩行障害」などが一般的になるが、家族の「一人で排泄してほしい」とか、若年者の「今の仕事に復帰したい」なども参考として記載することが望ましい。現病歴では疾患についてだけでなく、発症前の運動能力や生活能力を詳細に確認することが重要である。高齢者では既往歴があることは普通だが、すでに介護保険サービスを利用していることも多いので、これらの情報は役に立つ（しばしばMSWからの情報収集が必要となる）。すでに廃用がある時、その廃用が今回の疾患発症前にどの程度存在したかを考察することは、目標設定をする上で大切となる。そのために入院後の症状変化はもとより、安静期間、活動状況、環境設定なども確認する必要がある。既往歴では、特に活動に関係する疾患は抜けないよう確認する。そして家族歴では、リハ的な視点から患者が家族に及ぼす影響を考えた情報を収集すべきである。また介護を予想される時には、そ

の家族の健康状態の確認も必要になる。社会歴では、職業名ではなく具体的な仕事の内容を確認しないとリハでは役に立たない。この際、肉体的負荷や知的負荷に分けて内容を聞ければなおよい。リハにおける身体所見（理学所見）の診察は初めに述べたように、患者を少なくとも神経学的、整形外科学的、内科学的な3つの面から診るべきである。つまり神経疾患患者を診る際は、骨関節所見や心肺、内臓所見も確認する必要がある。同様に整形外科疾患患者には、神経学的所見（認知機能を含む）や内科疾患の確認が必要になる。このように神経・整形外科疾患患者に運動療法をおこなう上では、内科疾患の分析が必要となり、内科疾患入院患者のリハを行なうには、神経疾患や整形外科疾患の分析も重要となる¹⁾。

ROM (Range of Motion, 関節可動域) 検査は必要な部位でよい。筋力テストは主に下肢で行なわれるが、体幹の筋力評価は重要な情報となるので必須である。脳外科・神経内科では、今でも中枢神経麻痺であってもMMT (Manual Muscle Test, 徒手筋力検査) で評価することが多い。MMTは末梢性麻痺を量的に評価するための評価であり、中枢神経麻痺では、共同運動などの影響を受けるためMMTでの評価では矛盾が生じる。たとえば麻痺下肢の膝を曲げると足関節背屈筋力は4なのに対し、膝を伸ばすと足関節背屈筋力が1となる(図1, 図2)。したがって中枢神経麻痺では、BRS (Brunnstrom Recovery Stage) に代表される質的評価を行なうことが望ましい²⁾。また健側下肢に廃用性筋力低下がどの程度あるか(普通にある)という視点で、非麻痺側下肢を見ることも求められる。高次脳機能障害はADLの予後を決める重要な障害であり、左大脳皮質損傷による失語症、失行症、失認症、ゲルンストマン症候群、右大脳皮質損傷による左半側空間無視、左半側身体無視、地誌的障害などがある(図3)。また2004年に厚生労働省は社会的要請により診療報酬上の診断基準を作成している³⁾(図4)。急性期に高次脳機能障害を評価する時に注意すべきは、精神機能の階層的関係である。つまり意識障害、ついで注意や意欲の評価をした上で認知や記憶、言語障害の評価に進むべきである(図5)。失行検査では、症候の分類が重要ではなく、ADLにどのように影響するかという観察をすべきである。したがって観念失行、観念運動失行よりは、道具の使用失行や身振り失行という表現がわかりやすく、使いやすい。失調は歩行訓練やADLに大きな影響を与えるが、小脳性か

深部感覚性かを鑑別することは、活動時に視覚的フィードバックが役立つかどうかという重要な意味がある。右片麻痺では失語や失行がADL上重要な高次脳機能だが、左片麻痺では左半側空間無視が最も多くみられる重要な症状である。この時その程度とともに左半側身体無視の程度も評価すべきである。その他認知症だけでなく注意障害や記憶障害などがあると、歩行やADLは自立しても、家事や運転などのIADL (Instrumental ADL, 手段的ADL) が制限されることも多い。これらの高次脳機能についても、詳細なルーチン評価の前に、おおまかな程度を認識することが大切である。このように個別の症候を見た後、それらトータルの結果としての「基本的な動作」すなわち背面フリーの座位バランスや「基本的ADL」すなわち経口摂取と尿意のコントロールなどを確認する。まさにこれらの状況がADL自立や歩行自立などの総合的な目標(ゴール)設定を決定する決め手となることも多い。そして必ずゴール設定をして、リハを進めることが望ましいリハ治療のあり方である。

リハ医学に特有のリハ診断学(神経学)があることを述べた。リハ診断学はリハ医学の中でも他医学にはない評価方法を用いる、奥深さと面白さを感じる分野であると考ええる。

【文献】

- 1) 三好 正堂:私の「リハビリテーション診断学」, 臨床リハ3 No8: 683-690,1994
- 2) 上田 敏:目でみるリハビリテーション医学,第2版,1996,p16,東京大学出版会
- 3) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部,国立障害者リハビリテーションセンター:高次脳機能障害者支援の手引き,改訂第2版,2009

図1 末梢神経麻痺と中枢神経麻痺の回復過程の差

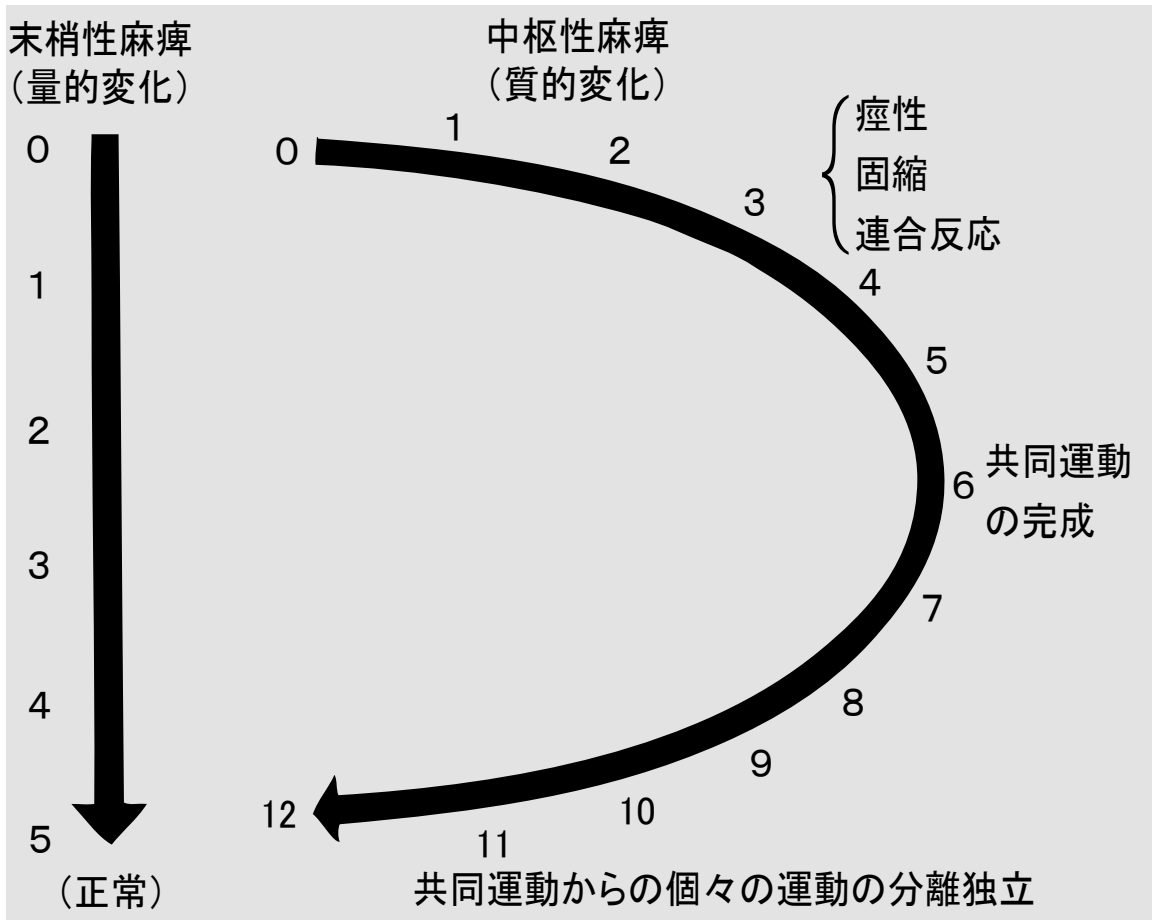


図2 下肢共同運動パターン (BRS4の状態)

共同運動パターン



膝屈曲位で背屈可能



膝伸展位では背屈困難

図 3 左右大脳半球の主な高次脳機能（神経症状）

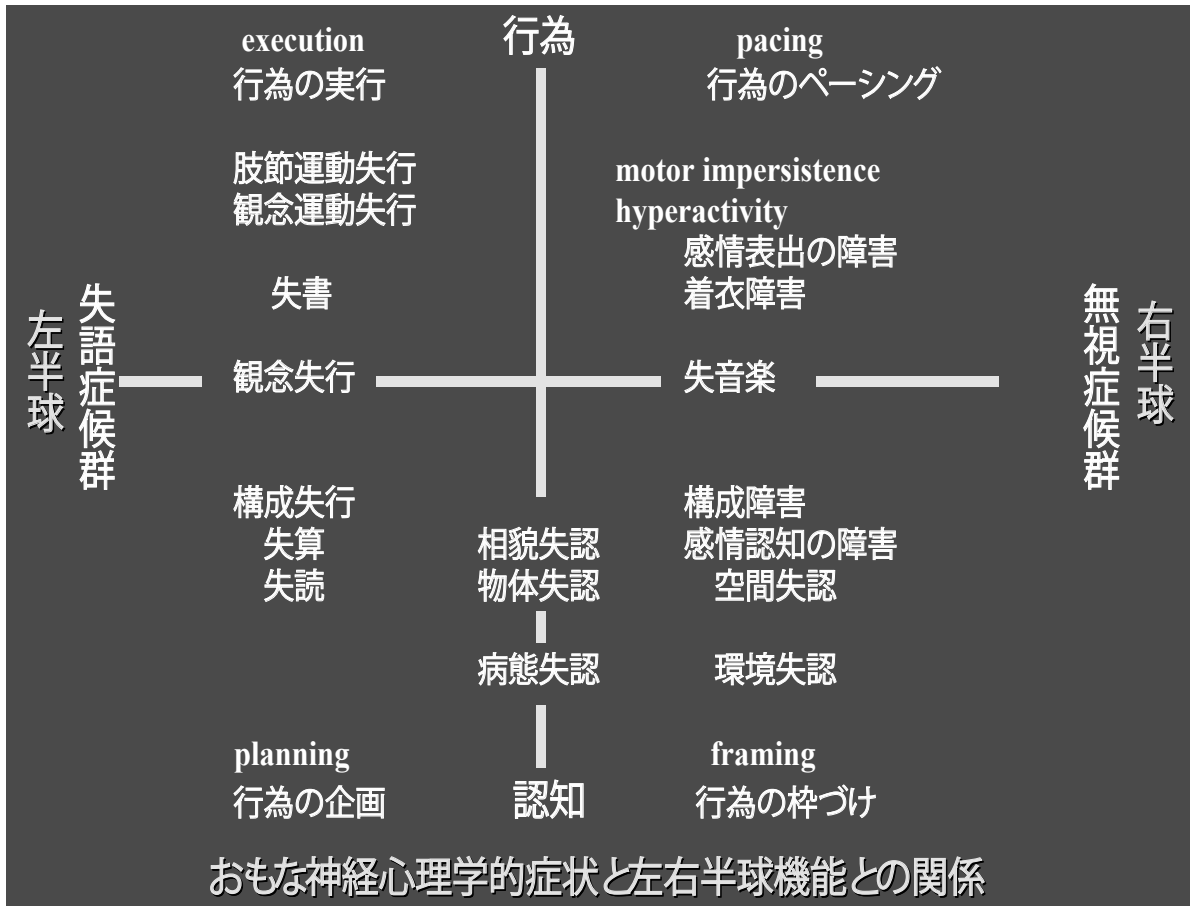


図 4 左右大脳半球の主な高次脳機能（神経症状）

高次脳機能障害の種類

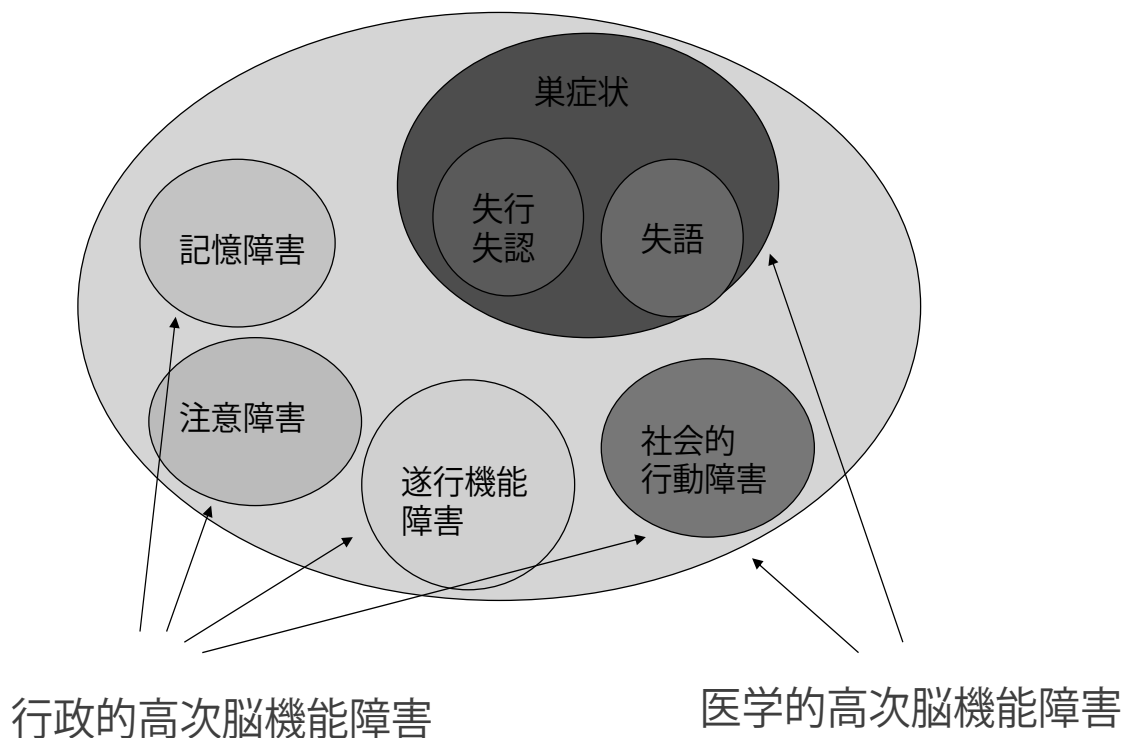


図 5 精神機能の階層的関係

