

症例報告

バリント症候群を呈した事例に対する食事動作への急性期作業療法介入

藤井遥<sup>1)</sup> 高間達也<sup>1)</sup> 小川正人<sup>1)</sup> 川上直子<sup>1)</sup> 川北慎一郎<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 恵寿総合病院 リハビリテーションセンター 作業療法課 <sup>2)</sup> 恵寿総合病院 リハビリテーション科

【要旨】

バリント症候群とは両側頭頂・後頭葉の損傷に伴う顕著な視空間の障害であり、精神性注視麻痺、視覚性運動失調、視覚性注意障害の3つの症状がある。今回、右前頭側頭葉と右後頭葉の脳出血を発症しバリント症候群と左半側空間無視を呈した事例を担当した。麻痺や感覚障害はなかったが、失語により意思疎通は困難であった。食事場面においてバリント症候群と左半側空間無視が顕著に現れており、左側の皿を認識しない、1皿しか見ない、食物とずれた場所にフォークを刺す様子が観察されていた。Activities of Daily Living (以下ADL) 場面での行動と症状を整理し視空間認知障害に対してpeg操作を用いた基礎練習と、繰り返し動作が多く症状が顕著に現れていた食事場面での介入を行った。視線の移動や対象物へのリーチを声掛けと徒手誘導を行い、作業療法士による修正は徐々に減少した。結果として自己修正しながら全量自力摂取可能となった。聴覚や触覚を利用した基礎練習や食事場面でのアプローチを行い、環境設定や声掛けを統一し反復練習を行ったことでバリント症候群や左半側空間無視が早期改善し、排泄動作など他のADLの獲得にもつながったと考えられた。

Key Words : 視空間認知障害, 食事動作, 急性期

【はじめに】

バリント症候群とは両側の頭頂・後頭葉の損傷による障害であり主に3つの症状からなる。精神性注視麻痺とは、視線が視野内の一方向(あるいはその方向にある対象)に固着し、他の方向(対象)を自発的に注視しない現象である。視覚性注意障害とは、1つの対象物を注視すると他の対象物が認知できず、一度に視野内の1つの対象しか認知できない現象である。視覚性運動失調とは、注視下(中心視野)で対象物を手でつかむことができない現象である<sup>1)</sup>。視覚前野から頭頂連合野に至る背側経路の障害であり物体の位置情報など空間知覚に関連している<sup>2)</sup>。

今回、バリント症候群と左半側空間無視の視空間認知障害の患者に対して、症状改善を目指し急性期に食事動作への介入を行った。ADL 場面での行動や症状を整理し、pegを用いた基礎練習と食事場面でのアプローチを行ったことで自力摂取獲得と症状改

善につながったため報告する。報告にあたり同意を得ている。

【症例】

70歳代男性。X年Y月Z日に右前頭側頭葉と右後頭葉の脳出血を発症し入院、保存加療となった。左後頭葉には陳旧性脳梗塞を認めた。図1に入院時の頭部CT画像所見を示す。Z+1日から理学療法・

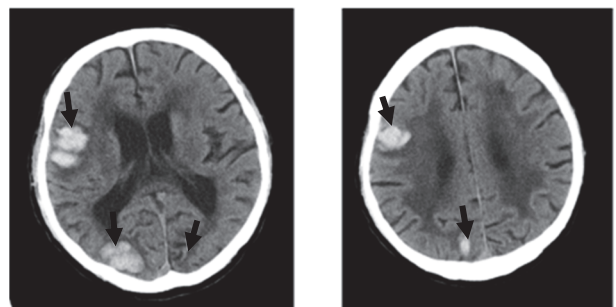


図1 入院時の頭部CT画像(矢印は出血部位と陳旧性梗塞部位)

作業療法・言語聴覚療法開始となった。生活歴として、X-1年に妻を亡くし独居。この頃より物忘れが多くなっていた。自動車の運転をしていたが入院前から自損事故を繰り返していた。

【作業療法評価(Z+1~12日)】

意識レベルは Japan Coma Scale 1桁、点滴の自己抜去や夜間の興奮が続いていた。注意障害が重度であり刺激が多いリハビリ室では歩き回り座っていることができなかった。復唱とごく簡単な指示のみ理解可能で、発語の流暢性に乏しくコミュニケーションが困難であり失語が考えられた。身体機能は明らかな麻痺や感覚障害はなく精査は困難であったが左同名半盲の可能性があった。紙面検査は実施困難であったが、常に頸部が右回旋しておりドアやエレベーターに体の左側をぶつけることが多く、行動観察より左半側空間無視があり、自身の体の部位を差し示すことは可能であったことから身体失認はないと考えた。

Z+10日頃には排泄はトイレの便器からずれたところに座ろうとする、蛇口からずれたところで手を洗おうとする様子が見られ以下に示す評価よりバリエーション症候群と、模倣動作は可能であるが道具の使用が困難であることから失行があると考えられた。

【食事評価】

Z+12日頃より意識レベル、注意障害は改善し始め、リハビリ室でも落ち着いて座っていることができるようになった。この時期に食事を工程に分けて評価した。

食事姿勢はベッド上端座位、同室者がいる環境では食事中に何度もフォークを置き周りを見渡した。箸は使用できず、フォークは上下を反対にしたり裏返しに持つため、持ち直しに介助が必要であった。食器は毎食5皿ほどあったが左側に位置する皿には手を付けず、右側1皿のみ摂取していた。皿の中に食物があるところより右にずれた場所をフォークで何度もさそうとする様子が観察された。

行動と症状を整理し、視覚性注意障害により視野内の1皿にしか注意が向かない、精神性注視麻痺により1皿を注視してしまい他の皿へ視線移動ができない、視覚性運動失調により目的の皿や食物へのリ

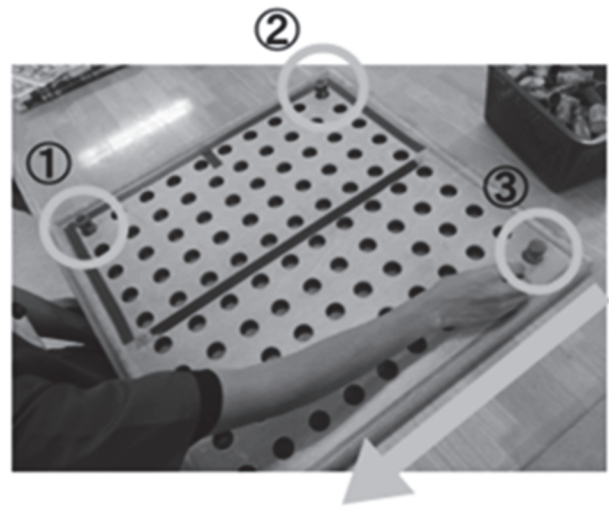


図2 基礎練習でのペグ操作の方法（数字はペグを挿す順番、矢印はペグを挿す方向）

ーチがずれてしまう、左半側空間無視により左側の皿を見落とすと考えた。また、失行によりフォークを正しく使用できなかったが部屋のカーテンを閉め周囲が見えないように環境調整し、介助者がフォークを正しく持たせるとしばらく使用できたことから食事の自力摂取を妨げている要因はバリエーション症候群と左半側空間無視であると考えた。

【介入方針】

一般的に ADL の中でも早期の自立が見込みやすく、症状が顕著に出現し繰り返し動作が多い食事動作へ介入することでバリエーション症候群と左半側空間無視の改善を図り、ADL 介助量軽減を目指した。

まずは、左半側空間無視の改善を目指して皿を右に寄せてセッティングし環境調整を行った。次にバリエーション症候群による1皿の注視とリーチのずれの改善を目指して、リハビリ室では食事場面を想定した基礎練習としてペグ操作と、実際の食事場面では徒手誘導と声掛けによるフィードバックを行った。

【介入経過】

Z+12日からアプローチを開始した。視覚性注意障害と精神性注視麻痺に対しては、物品の探索練習としてペグ操作を行い、視線移動の促しとリーチのずれの改善を目指した。

ペグは DLM 大形ペグボード(60 cm×60 cm)を用いた。椅子座位の事例の正中にペグボードを設置しボードの左下(図2①)と左上(図2②)にペグをあら



図3 皿のセッティングと徒手誘導の方法（数字は皿数を確認する順番）

かじめ挿しておく。①②の順に右手でペグを触って数える。その後作業療法士が左側から新たなペグを渡し、右端の列に上から順に1本挿していく（図2③）。徒手誘導と声掛けでフィードバックしながら①②③を繰り返すことを行った。視線移動は、触るペグと視線が統一せず、見る方向を声かけし徒手誘導が必要であった。Z+15日から後は徒手誘導や声掛けなしで正しい方向に視線移動しながら課題遂行できるようになった。リーチのずれに関しては、ペグより右側に数cmずれた場所を触ろうとしていたため正しい位置を声掛けと徒手誘導で修正しながら実施した。徐々に探りながら修正することが増え、Z+24日頃より徒手誘導は必要なくなり声掛けのみで修正可能となった。

基礎練習と並行して昼食時に食事動作練習を行った。図3に皿のセッティングと徒手誘導の方法を示す。左半側空間無視に対してすべての皿を右に寄せてセッティングした。まずは徒手誘導ですべての皿を触ってもらい、その時に皿数を声に出して数えてもらった。食事中に1皿のみ食べ続けるようになったら、再度前に戻り皿数を確認するようにして皿の注視の改善を目指した。リーチのずれに対しては正しい位置まで徒手誘導し方向を声掛けで修正した。皿の注視に関しては、Z+24日までは一皿のみに手を付けることが顕著で、食事中の皿のカウントは5回以上行っていたが、Z+24日からは2・3回に減少し、Z+30日には食前のカウント一回のみで満遍なくすべての皿に手を付け、全量自力で摂取可能とな

った。リーチのずれに関しては、徒手誘導が必要であったが、徐々に減少し自ら探って修正しようとする様子も見られZ+15日からは声掛けのみで修正可能となった。

#### 【最終評価(Z+35日)】

身体機能の変化はなかった。コミュニケーションは簡単な会話ができるようになった。高次脳機能面において紙面検査は変わらず実施困難であった。食事に関して、左半側空間無視は残存したため、右側へ皿を寄せるセッティングは継続した。失行は改善し箸を使用できるようになった。精神性注視麻痺や視覚性注意障害は改善し1皿のみに手を付けることはなくなり、食前の皿数の確認が不要になった。視覚性運動失調は残存し食物や皿へのリーチのずれはあったが、自己修正可能となり、自力摂取可能となった。また、排泄でも便器からずれることなく座れ、見守りのもと排泄可能となるなど、ADL全般に改善がみられた。

#### 【考察】

事例は意識障害や注意障害、失語の影響もあり高次脳機能評価の精査が困難であった。食事動作を工程に分けて動作を評価したことで複雑な高次脳機能障害の症状を整理することができ、バリエーションと左半側空間無視がADLを阻害していることが分かった。

北潟らは、バリエーションのアプローチには対象物の位置関係の簡略化、体性感覚や聴覚の積極的な利用、動作のパターン化と反復などによる介入も奏功したと考えられたと述べている<sup>1)</sup>。本症例は身体失認や感覚障害がなかったことから声掛けや徒手誘導で方向の誘導が可能であると考えられ、バリエーション症候群に対して、触覚や聴覚に働きかけた訓練によって視覚の代償ができた。その際に同一の環境設定や声掛けで反復練習を行ったことで一連の動作をパターン化し手続き記憶に働きかけることができ、ADL向上につながったと考えられる。

また着衣動作や道具の使用など自ら対象物を持って操作する行為では、対象物に対する視点自体は大きく変化しないため、比較的早期に改善を認めると

報告されている<sup>2)</sup>。便器へ座るなど排泄動作は視点の移動に応じて対象物との位置関係が大きく変化するが、今回アプローチした食事動作は皿や食物に対する視点自体の大きな変化はないため早期に改善を認めたと考えられる。さらに、ADLの中でも自立の優先度が高い食事動作へ介入した結果、排泄やその他のADLの早期改善がみられたのは、バリエーション症候群や左半側空間無視が改善したためと考えられた。

### 【結語】

今回、食事動作自立の阻害要因となっていたバリエーション症候群や左半側空間無視にアプローチした。食事動作を工程に分けて評価したことで行動と症状を整理することができた。統一した環境下での反復練習や触覚・聴覚を利用しフィードバックを行った結果、食事動作が獲得できた。身体失認や感覚障害がなかったことが症例の強みでありアプローチの一助となった。食事動作を通じた視空間認知障害への介入が排泄など食事以外のADL改善にもつながったと考えられた。

### 【参考文献】

- 1)高橋伸佳:バリエーション症候群. 臨精医 44:169-174, 2015
- 2)北瀉純子, 青木晶子, 小嶋知幸, 他:両側後頭葉・頭頂葉病変により, 水平性下半盲, 空間失認, ADL障害を呈した症例-障害メカニズムと訓練法-. 認知リハ: 85-92, 2006