


失行症

【概念】

ある運動や動作や行為に関して、指示された内容がわかっている、その運動や動作や行為をやるという意欲があるにも関わらず、指示された簡単な運動を誤って行ったり、手渡された物品（道具など）を誤って扱ったりする動作や行為がみられる場合を「失行症がある」といいます。

失行症と診断するためには、指示された内容が理解できていることと、指示された運動を実行したり物品を扱ったりする側の上肢に、他の運動障害（麻痺、失調など）や感覚障害（感覚の低下や脱失など）がないことが条件になります。あるいはたとえそれらの運動障害や感覚障害があったとしても、それらだけでは運動や動作や行為の困難さや誤りを十分に説明できないと判定される場合です。

失行症は一般に以下のように分類されています。

（1）観念運動失行：

物品を使用しない単純な運動や習慣的な動作（例：バイバイなど、後述）や1つの物品を対象とする動作や行為が口頭命令、模倣、そして実際

に物品（道具）を与えられた条件下（例：かなづちなど、後述）で障害されている状態です。

（2）観念失行：

物品を用いる一連の動作や行為（複数の動作や行為の系列、例：お茶を入れるための一連の動作など、後述）がうまくできない状態です。動作や行為を実行する際に、動作や行為の順番が入れ違ったりします。

上記の分類による失行のほかに、次のような行為の障害があります。以下の障害は、どこまで行為の障害（失行症）で、どこまで認知の障害（失認症）によって生じているのかが判然としない障害です。

（3）構成失行：

構成障害とよばれたりもしています。他の運動や動作や行為はよいのですが、「物を形作ること」がうまくできなくなります。例えば菱形や六角形や立方体などの幾何図形がうまく描けなくなったり、絵が下手になったり、文字の形が崩れたり、積み木をうまく作れなかったりします。

（4）着衣失行：

着衣障害とよばれたりもします。他の運動や動作や行為はよいのですが、服がうまく着られなくなります。服の上下や左右を取り違えたり、裏表を間違えたりします。また服をきちんと整えて着られないために、着方がだらしくみえるようになる場合もあります。

【病巣】

観念運動失行と観念失行は失語症と同様に左半球との結びつきが強いです。観念運動失行については、左半球の頭頂葉、特に下頭頂小葉を含む病巣によって生じます。観念失行は、左頭頂葉後方領域から後頭葉にかけての病巣によって生じます。

構成障害は左半球頭頂葉、または右半球頭頂葉のどちらの病巣によっても生じます。

着衣障害は右半球頭頂葉の病巣によって生じます。

【日常生活の現れ方】

ハサミや歯ブラシなどの日常的な道具をうまく使えなくなったり、不器用になったりします。また形を正確に描けなくなったり、ものをうまく形作れなくなったり、服をうまく着られなくなったりします。

【診療場面での現れ方】

患者さんは運動や動作や行為がうまくできないことを訴えないことが多いようです。また観念失行や観念運動失行は、実際の日常生活で自然な手がかりが整っている状況（その動作や行為を引き起こす自然な手がかりが多い場面）では出現しにくい場合があります。したがって失行症の診断においては、検査する側が積極的に失行症の有無を疑って診察する必要が

あります。まず口頭命令に応じて以下のような動作を行うことができるか調べます。

(1) 慣習的な動作（例：バイバイ、敬礼、おいでおいでなどの習慣的な動作）。

(2) 実際の物品なしに物品を使う動作（例：かなづち、のこぎり、かぎなどの道具の使用動作）。

(3) 一連の動作（例：魔法瓶、急須、茶筒湯飲み茶碗が目の前にあるものとして、お茶を入れるための連続した系列的な動作）。

もし口頭命令が失語症のために理解できない場合には、検査者がこれらの動作を実際に実行してみせて、検査者が行ったその動作をまねしてもらいます（模倣といいます）。また右側の upper limb に麻痺がある場合には、麻痺のない左側の upper limb による動作を調べます。

口頭命令や模倣において、ある動作を他の動作と取り違える誤りを示したり（錯行為といいます。例：クシをかなづちのように使うなど）、無意味な反応（手をぐるぐる回すなど）を示したり、前に行った動作と同じ動作をしたり（保続といいます）した場合、また一連の動作を行う際に運動の順序を取り違えたり（例：急須にお湯を入れる前に、空の急須で湯飲み茶碗に注ぐなど）、中断したりという反応がみられた場合、失行症があると考えてよいでしょう。ただし、意欲低下などのために「運動を行わない」場合は、失行症とは断定できません。

(4) 構成障害は、六角形や立方体などを見本通りに紙に模写してもらって確かめます。構成障害では、描いた形が単純化したり、歪んだり、立体図が平面的になったりします。

(5) 着衣障害は、上着をくしゃくしゃにした状態で患者さんに渡して、着てみてもらいます。上着を裏返しに着たり、左右を間違えて着ようとしたり、雑に着たりなどの様子がないかを確認します。

【診断のポイント】

上記の症状に加えて、脳の画像診断で観念失行、観念運動失行の場合は左大脳半球に損傷があることを確認してください。

着衣障害の場合は、右大脳半球に損傷があることを確認してください。

【鑑別診断】

・失語症

失行症（特に観念失行、観念運動失行）は左半球の損傷によって起こるので、失語症を合併していることが多いのです。しかし、失語症があっても失行症を示さない患者さんは存在します。このため失行症の検査は失語症があっても実施すべきです。動作の口頭命令が理解できない場合は、動作を模倣してもらったり、実際に物品を使ってもらったりして判断しま

す。たとえ失語症があっても、失行症を伴わなければ動作の模倣をすることや、実際に物品を使用することはできます。

・半側空間無視

構成障害や着衣障害は半側空間無視と合併して起きることが少なくありません。しかし、半側空間無視があっても構成障害や着衣障害を示さない患者さんは存在します。また半側空間無視がなくても、構成障害や着衣障害を示す患者さんもいます。半側空間無視の場合の誤り方は、左側あるいは右側といった一方の空間側で障害が出現するのが特徴的です。例えば左半側空間無視の場合は、模写課題で立方体の左の部分を描かない、描いた形の左の部分だけが歪んでいる、服の着方が左側だけ変といった状態です。これらは一方（左側）の空間認知が異常であったり、注意が一方（左側）にうまく向けられなかったりするために起きてきます。

【リハビリテーションの方法】

失行症には、前述のとおり観念失行、観念運動失行、着衣失行、構成失行（構成障害）などがありますが、日常生活上目につくのは、観念失行や着衣失行でしょう。

この項では、主に着衣失行と観念失行について、病院でのリハビリテーションや家庭での対応について紹介します。

(1) 着衣失行

着衣失行は、衣服と身体と空間定位関係で論ぜられることが多いようです。リハビリテーションは、まず、着衣行為が他の認知障害のために顕著に障害されていないことを確認することから始まります。患者さんの症状は微妙に異なりますが、一般に行為パターンを教える、認知的手がかりを教える、例えば前と後にラベルをつける、あるいはシャツを着るときのステップを自己に言い聞かせるように言語化しながら更衣させる方法などが使われています。この方法で、実践的練習を重ね、徐々に更衣パターンを学習してゆくとされています。

衣服の方向付けの障害に対する着衣手順の訓練で、効果をあげた及川らの例を簡単に紹介します。患者さんは、知的低下は少なく物品の使用や模倣動作は可能で入浴や整容、排泄も基本的には自立していました。しかし、毎日着るはずの自分の衣服を着られず介助を要しました。失語症と軽度の右半測空間の認知障害を合併していましたが、これのみでは着衣の困難は説明がつかず着衣失行と診断されました。作業療法士（OT）が主に訓練を行っています。

まず、評価を行います。衣服や患者さん自身の身体が認知できているか確認した上で、着衣動作の分析を行いました。かぶり服、前あき服ともになかなか服をきる動作を開始できず、やっと着衣を開始しても前後が逆になったり、入れる袖が逆になったり服のねじれに気づかなかつたりうまくゆきません。何度も直そうとしますが、結局、着ることはできませんでした。

アプローチとして、まず、着衣手順の設定をおこないました。更衣過程をかぶり服で4過程、前あき服で5過程に分解し、口頭やジェスチャーで順次指示をします。指示なしで可能となったらその指示は削除してゆき、最終的に全く指示なしで着衣が可能となるようにします。

<例>かぶり服の動作過程

服を膝の上に広げる。（後ろ身頃は上、前身頃は下、裾を体側に襟は膝側、左右の袖を膝の両脇に出す）

右袖から左袖に順に手を通す。

後ろ襟から後ろ裾までつかみ頭を入れる。

裾をおろして服を整える。

以上のような訓練を4ヶ月行った結果、この患者さんは、時間はかかりますが一人で服をきることが可能となりました。及川らは、混乱を呈した時にはセラピストが補助して完了させ次の動作を促す、手順を一定にして繰り返し指導をおこなったことが、改善に結びついたと考察しています。

(2) 観念失行

日常物品使用の障害は、生活環境をその患者さんに応じて準備することにより、それが、きっかけで緩解されていくことが多いといわれます。

病院などの作業療法では、改善させたい動作そのものを繰り返し練習することでADLの向上をはかる方法や、日常生活動作の難易度を調べ、難しい動作を回避して可能な動作の中で生活し、徐々に難易度の高い動作へ移行するといった指導などがなされています。

繰り返し練習する動作訓練では、着衣失行のリハビリテーションの例で示したように動作過程を分解し、実際に動作の介助や誘導を行う、ラベルや動作順などを示したものを貼る、写真を提示するなど視覚的手がかりを与えたり、動作を言語化するといった手法が用いられます。こういった方法は、改善させたい動作そのものについて行われますが、訓練室で統制された作業課題の中で行われることもあります。

【日常生活への援助】

(1) 障害の正しい理解と環境整備

鑑別診断で述べましたが、半側空間無視や失語症があると、結果として指示理解が入らなかったり半側空間の無視から着衣動作をおこなえないことがあり、注意が必要です。その上で、何ができてどのような段階が困難かをみましょう。基本的に困難な動作は回避します。複雑な動作を簡素化したり、行なおうとする動作の必要最低限の準備、できなくなったところの誘導、言語や視覚手がかりなどが役立ちます。

(2) 心理面への配慮

患者さんは自分の失敗を自分で修正できず、他人に注意されることにより気付かされているので、ストレスがたまりやすい状況下にあるといえます。指示はできるだけ簡潔にして、機会を適切にとらえ与える必要があります。また、「ダメ」とか「～してはいけない」などの禁止語を使用せず、患者さんの心理的負担をかけないように心掛けることが大切です。