

III-7 脳卒中患者における構成障害評価スケール作成の試み

清水 直美¹⁾ 青柳陽一郎²⁾ 辻 哲也³⁾ 辻内 和人³⁾
 先崎 章⁴⁾ 後藤 悦子¹⁾ 里宇 明元³⁾

【はじめに】構成障害は、Benton¹⁾によると、細部を明確に知覚し、対象の構成部分の関係を把握して正しく合成することを要する、組み合わせまたは構成の活動の障害と定義されている。しかしながら、既存のスケールは、検者の主観によって判断される部分が多く、質の評価をするには必ずしも十分とはいえない。今回、我々は、視覚構成機能テストとして、簡便かつ鋭敏で、構成行為のプロセスを知りうるといった利点がある立方体模写²⁾を用いて、客観的に構成障害を評価するスケールを試作し、その信頼性・妥当性を検討した。さらに今回のスケールを用いて、脳卒中患者の機能障害の特徴、他の構成障害との関係を検討したので報告する。

【対象】対象は、初回発作後5カ月以内に当センターにリハビリテーション目的で入院したテント上損傷の脳卒中患者で、明らかな知的機能の低下を認めない113例である。脳卒中の発症原因別

では脳梗塞48例、脳出血58例、くも膜下出血7例であった。半球損傷別では右半球損傷58例、左半球損傷55例であった。入院時平均年齢は53.0歳(13-79歳)であった。

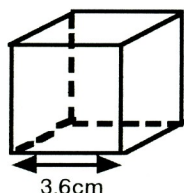
【方法】図1に、立方体図形と今回作成した立方体模写の評価スケール(Cube Copy Scale, 以下CCS)を示す。これは5つの評価項目(辺の大きさ、回転、頂点、実線と破線の辺の数、バランス)からなり、それぞれを3段階、計10点満点で評価するものとした。

“辺の大きさ”は、手前の面上の辺の長さで測定した。その長さが0.5cm以内のズレであれば2点、0.5cmより大きいズレであれば1点、見落とし等で測定不能の場合は0点とした。

“回転”は“辺の大きさ”と同じ辺を用いて測定した。それと正常位置の辺とを比較し、角度を測った。10°以内の傾きならば2点、10°を越えれば1点、見落とし等で測定不能の場合0点とした。“頂点”は3辺が接している点がいくつあるかを数えた。頂点の数が8個すべてある場合は2点、欠損がある場合は1点、まったく頂点がない場合は0点とした。

“実線と破線の辺の数”は、辺の数を実線と破

- 1) 埼玉県総合リハビリテーションセンター 言語科
- 2) 慶應義塾大学医学部 リハビリテーション医学教室
- 3) 埼玉県総合リハビリテーションセンター リハビリテーション科
- 4) 同 神経・精神科



得点	0	1	2
辺の大きさ	測定不能	0.5cm以上のズレ	0.5cm以内のズレ
回転	測定不能	10°の範囲外	10°の範囲内
頂点	0	1~7	8
実線と破線の辺の数	辺の数が12でない	辺の数は12だが実線・破線3でない	実線9・破線3
バランス	左右上下ともに脱落	左右上下のどちらか脱落	脱落なし

図1 立方体図形とCube Copy Scale (CCS)

