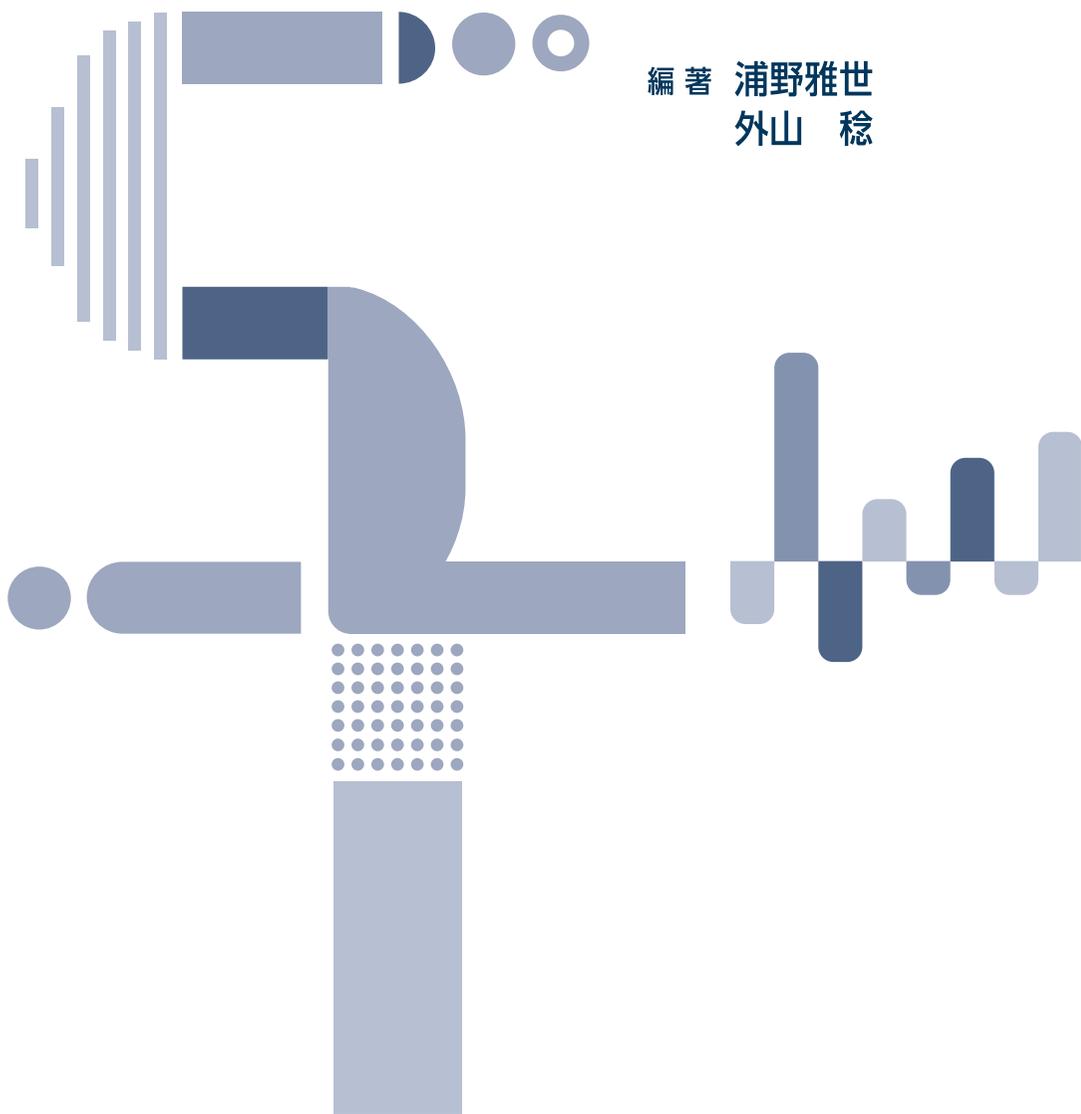


ST クリア言語聴覚療法 3

高次脳機能障害

編著 浦野雅世
外山 稔



建帛社
KENPAKUSHA

〔シリーズ監修者〕

うち やま かず し
内 山 量 史 一般社団法人日本言語聴覚士協会 会長

うち やま ち づ こ
内 山 千 鶴 子 新潟リハビリテーション大学大学院 特任教授

いけ だ やす こ
池 田 泰 子 東京工科大学医療保健学部 准教授

たか の あさ み
高 野 麻 美 船橋市立リハビリテーション病院 副院長

〔編著者〕

うら の まさ よ
浦 野 雅 世 東京工科大学医療保健学部 准教授

と やま み の る
外 山 稔 東京工科大学医療保健学部 准教授

〔執筆者〕（五十音順）

いち かわ まさる
市 川 勝 北里大学医療衛生学部 講師

い とう たけし
伊 東 毅 横浜市立大学大学院医学研究科神経内科学・脳卒中医学

こ ばやし えれ な
小 林 絵礼奈 横浜市立大学大学院医学研究科神経内科学・脳卒中医学 客員研究員

たつ み いく こ
辰 巳 郁 子 関西福祉科学大学保健医療学部 助教

た なか ふみ あき
田 中 章 景 横浜市立大学大学院医学研究科神経内科学・脳卒中医学 教授

なか たに けん
中 谷 謙 森ノ宮医療大学総合リハビリテーション学部 教授

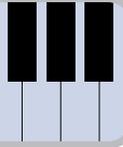
はま だ とも や
浜 田 智 哉 横浜新都市脳神経外科病院リハビリテーションセンター
横浜市立大学大学院医学研究科 客員研究員
日本福祉教育専門学校言語聴覚療法学科 専任教員

はやし りゅう いち ろう
林 竜 一郎 横浜市立市民病院脳神経内科

はら だ まどか
原 田 円 帝京平成大学健康メディカル学部 講師

ひがしやま ゆう いち
東 山 雄 一 横浜市立大学医学部神経内科学・脳卒中医学 講師

クリア言語聴覚療法 刊行にあたって



本シリーズは2000（平成12）年に建帛社より発行された「言語聴覚療法シリーズ」（企画委員：笠井新一郎，倉内紀子，山田弘幸）の内容を大幅に見直し，新たに「クリア言語聴覚療法」として発行するものである。

1999（平成11）年に第1回言語聴覚士国家試験が実施され，4,003名の言語聴覚士がわが国に誕生してから25年が経過した。2023（令和5）年現在，言語聴覚士の資格保有者は約4万名にまで増加した。日本人の急速な高齢化による人口構造の変化に伴い，社会保障制度，医療・介護保険制度，障害者福祉など多くの分野で言語聴覚士は求められているが，必要とされる対象障害領域の拡大に対応した言語聴覚士の不足はますます深刻である。多様化・複雑化しながら拡大する対象領域に対応したよりよい言語聴覚療法を提供するためには，資格保有者の確保と併せて，卒前教育の充実もまた必須である。

本シリーズは，言語聴覚士を目指す学生を主な読者対象として，①初学者でもスムーズに学習できるよう理解しやすいテキストとすること，②「言語聴覚士国家試験出題基準」「言語聴覚士養成教育ガイドライン」に準拠して，国家試験に必須の項目を網羅した上で，臨床現場につながる内容とすることを心掛けて編纂した。

各巻を構成する主な特徴として，以下の工夫がなされている。

- ・章のポイントとして，各章の冒頭に当該章で学習する内容を提示
- ・章のまとめとして，各章の末尾にまとめ学習ができるような課題を提示
- ・側注を多用することで，本文の補足的内容やキーワードを解説
- ・適宜コラムを掲載し，最新の話題や実践的内容を取り上げることで，学生が知識だけでなくそれを臨床へと結びつける興味をもって学習できるようにした

また本シリーズは，学生だけでなく既に現場で活躍されている言語聴覚士の振り返りの書としても活用できる内容となっていると確信している。

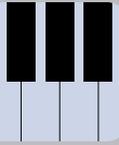
言語聴覚士が主に接するのは，コミュニケーションや高次脳機能，嚥下などに障害を抱える方々である。病院では「患者さん」と呼ばれるわけだが，来院以前は，誰もが家庭や地域で生活を送る「生活者」であったことを忘れてはいけない。リハビリテーションとは単なる機能訓練でなく，その目的は在宅復帰するまでを目指すものではない。リハビリテーションを終えて家庭に戻るときには，各々が役割をもち，その後の人生を「生活者」として満喫できるような支援を目指して，言語聴覚士として成長を続けていただきたい。

社会保障制度の変革によってリハビリテーションの意義が誤解されつつある昨今、全人的復権（障害のある人が身体的・精神的・社会的・職業的・経済的に能力を発揮し、人間らしく生きる権利）を目指したリハビリテーションが展開できる人材が現場に多く輩出されることを切に望んでいる。

2023年12月

内山量史・内山千鶴子・池田泰子・高野麻美

まえがき



高次脳機能障害とは、脳損傷により生じる言語、思考、行為、記憶、注意、認知などの障害を指す。厚生労働省の「令和4年生活のしづらさなどに関する調査」（全国在宅障害児・者等実態調査）によれば、医師から高次脳機能障害と診断された者の数は227,000人と推計されている。実際の臨床場面でも、重症度こそ様々であり、ひとつないしはそれ以上の高次脳機能障害を有している対象者がたくさんいることは、多くの臨床家が痛感するところである。「対象者の症状を何とか軽減し、生活の質（Quality of Life：QOL）を高めたい」「何とかして対象者のお役に立ちたい」と思わない臨床家はおそらく1人もいない。しかしながら、臨床以前に養成校の講義や演習の時点で症状の難解さと複雑さに打ちひしがれ、アレルギー反応を起こす学生が残念ながら少なくない。この現状を何とかしたいという思いは、どの言語聴覚士養成校の教員でも抱いていることであろう。

本書は、言語聴覚士養成校に通う学生や、免許取得後数年以内の初学者にもわかりやすい言葉や図表で解説し、そして養成校で学修する関連科目との対応や整理がつきやすくなるよう心掛けた。第2章Ⅱ節では神経系の基本構造や機能、画像診断に関する概説、Ⅲ節では高次脳機能障害の原因疾患に関しても詳しく示し、神経学や神経内科学に関する知識を整理した。また、第3章Ⅰ節～Ⅹ節では様々な高次脳機能障害の概念、症状、評価に加え、リハビリテーションについても言及した。さらに、第3章Ⅹ節では「右半球損傷と認知コミュニケーション障害」とし、近年特に注目されている、注意・記憶・組織化・情報処理・問題解決・遂行機能などの認知機能障害によって生じるコミュニケーション障害について概説した。

執筆者らはいずれも豊富な臨床経験をもつ言語聴覚士、医師である。本書には基本的な知識はもとより、最新の知見や研究成果、そして症例提示も豊富に含まれているので、経験年数のある臨床家にとっても、日々の臨床に役立つ1冊になることと思われる。

本書が高次脳機能障害の入門書として、そして臨床の友として活用されることにより、高次脳機能障害のリハビリテーションの発展、そして言語聴覚士の臨床の質の向上に貢献することができるなら、これに勝る幸いはない。

最後に、執筆者の先生方に心より御礼申し上げます。また、多大なるご支援をいただいた建帛社編集部の方々に深謝申し上げます。

2025年2月

浦野雅世・外山 稔

もくじ



第1章 高次脳機能障害

I 高次脳機能障害とは	1
II 高次脳機能障害の主要症状と背景症状	2
1 主要症状	3
2 背景症状	3
1) 意識障害/3	
2) 見当識障害（失見当識）/5	
3) 感情・情動・気分の障害/5	
III 行政的高次脳機能障害	7
1 高次脳機能障害と障害認定	7
2 行政的支援対策としての高次脳機能障害	7

第2章 脳の構造と機能, 疾患

I 脳の構造と機能	11
1 神経系とは	11
2 神経系の基本構造	13
1) 中枢神経系/13	
2) 末梢神経系/17	
3 神経系の細胞と電気的・化学的性質	18
1) ニューロンとグリア細胞/18	
2) 活動電位/19	
3) シナプス/19	
4) 神経伝達物質/20	
4 神経系の構造と機能の関係	20
1) 神経伝導路と神経システム/20	
2) 特殊感覚系/24	
3) 大脳の構造と機能/27	
5 神経系を支える2つの構造	29
1) 脳脊髄液系/29	
2) 脳血管系/30	

II	高次脳機能障害と画像診断	32
	① 画像診断法の種類	32
	② 脳画像を見るための基本	32
III	高次脳機能障害の原因疾患	35
	① 総論	35
	② 脳血管障害	36
	③ 頭部外傷	37
	④ 変性疾患	38
	⑤ 認知症	39
	⑥ 代謝疾患	39
	⑦ 感染症と炎症性疾患	40
	⑧ 脳腫瘍	41
	⑨ てんかん	41
IV	神経心理学の基本概念	42
	① 神経心理学とは	42
	② 階層性	42
	③ 局在と側性化	42
	④ 陰性症状と陽性症状	43
	⑤ 二重解離と離断	43
	⑥ 高次脳機能の神経ネットワーク	44
	⑦ 神経心理学的検査と臨床	45

第3章 高次脳機能障害の症状とリハビリテーション

I	注意と注意障害	47
	① 注意の概念と構成要素	47
	② 注意障害の分類	48
	1) 持続性注意の障害／49 2) 選択性注意の障害／49	
	3) 分配性注意（注意の配分）の障害／49	
	③ 注意障害の評価	49
	1) インテーク面接，スクリーニング検査／50	
	2) 行動観察評価／50 3) 机上評価／52	
	④ 注意障害のリハビリテーション	56

1) 直接的注意訓練／56	2) 代償・再組織化の訓練／56	
3) 環境調整（外的補助手段を含む）／58	4) その他／58	
⑤ 症例提示		58
Ⅱ 記憶障害		61
① 記憶の概念と処理過程		61
1) 記憶の概念／61	2) 記憶の処理過程／61	
② 記憶の分類		61
1) 記憶の保持時間による分類／62		
2) 記憶の内容による分類／64	3) その他の分類／65	
③ 記憶障害の原因疾患と症状		65
1) 健忘症候群を引き起こす脳部位／65		
2) 前向性健忘と逆行性健忘／67	3) 作話／67	
4) 意味記憶障害／67	5) 見当識障害（失見当識）／68	
④ 記憶障害の評価		68
1) 言語性の記憶検査／68	2) 視覚性の記憶検査／69	
3) 総合的な記憶検査／69	3) その他の検査／70	
⑤ 記憶障害のリハビリテーション		72
1) 直接的介入／72	2) 代償的介入／73	3) 環境調整／74
⑥ 症例提示（自験例）		74
Ⅲ 失認		78
① 視覚性失認		79
1) 視覚の情報処理過程／79	2) 視知覚障害と視覚性失認／81	
3) 視覚性失認の分類／83	4) 視覚性失認の評価／86	
5) 視覚性失認のリハビリテーション／90	6) 症例提示／92	
② 聴覚性失認		95
1) 聴覚の情報処理過程／95		
2) 聴覚認知障害と聴覚性失認／99	3) 聴覚性失認の評価／103	
4) 聴覚性失認のリハビリテーション／105	5) 症例提示／105	
③ 触覚性失認		107
1) 体性感覚の情報処理過程／107	2) 触覚性失認の分類／108	
3) 触覚性失認の評価／111		
4) 触覚性失認のリハビリテーション／113		
④ 相貌失認		113
1) 相貌失認とは／113	2) 相貌失認の評価／114	

⑤ 身体失認	115
1) Gerstmann (ゲルストマン) 症候群/115	
2) 病態失認/117	
IV 視空間障害	124
① 半側空間無視	124
1) 半側空間無視の概念/124	2) 半側空間無視の評価/131
3) 半側空間無視のリハビリテーション/135	4) 症 例/136
② 構成障害	137
1) 構成障害の概念/137	2) 構成障害の評価/138
3) 構成障害のリハビリテーション/138	4) 症 例/139
③ バリント (Bálint) 症候群	139
1) バリント症候群の概念/139	2) 症状と責任病巣/139
④ 地誌的見当識障害	140
1) 地誌的見当識障害 (地誌的失見当) の分類/140	
2) 地誌的見当識障害の評価/141	
3) 地誌的見当識障害のリハビリテーション/141	
V 動作・行為の障害	145
① 失行症の概念と行為の分類	145
1) 失行症の概念/145	2) 行為の分類/146
② 失行症の分類	146
1) 観念運動失行/148	2) 観念失行/148
3) 肢節運動失行 (大脳性拙劣症)/148	
4) 口舌顔面失行/148	5) 着衣障害/149
③ 失行症の評価	149
1) 生活場面の観察/149	
2) 標準高次動作性検査 (SPTA)/150	
3) WAB失語症検査・「行為」の項目/151	4) 結果の解釈/151
④ 失行症のリハビリテーション	153
1) 難しい課題からやさしい課題へ/153	
2) 誤反応に合わせた介入方法/154	3) 誤りなし学習/155
4) 代償的訓練/155	5) 環境調整/156
⑤ 症例提示	156
1) 左中大脳動脈梗塞の高齢男性の例/156	
2) 左前頭一頭頂領域の脳梗塞の中年女性の例/158	

VI	前頭葉機能障害	160
1	前頭葉の構造と機能	160
	1) 解剖/160 2) 機能/161	
2	前頭葉機能障害の分類	162
	1) 遂行機能障害/163 2) 作業記憶障害/165	
	3) セットの転換障害/166 4) 前頭葉性行為障害/167	
	5) 社会的行動障害/169	
3	前頭葉機能の評価	171
	1) FAB/171 2) CAT-R (改訂版標準注意検査法)/171	
	3) 遂行機能障害症候群の行動評価 (BADs)/171	
	4) TMT日本版 (TMT-J)/172 5) Stroop Test/172	
	6) WCST/172 7) ハノイの塔/172	
	8) Tinkertoy Test/173 9) 標準意欲評価法 (CAS)/173	
4	前頭葉機能障害のリハビリテーション	174
	1) 遂行機能障害に対するリハビリテーション/174	
	2) 前頭葉性行為障害に対するリハビリテーション/175	
	3) 社会的行動障害のリハビリテーション/176	
5	症例提示	177
6	最後に	178
VII	脳梁離断症候群 (半球離断症候群)	184
1	脳梁の構造と機能	184
2	脳梁離断症状の分類	185
3	脳梁離断症状の評価	187
	1) 一側大脳半球に側性化する機能の障害/187	
	2) 両側大脳半球に対称性に存在する機能の障害/192	
	3) 左右半球の相互制御の障害/193	
4	脳梁離断症状のリハビリテーション	195
5	症例提示	196
6	最後に	199
VIII	認知症	202
1	認知症の定義	202
2	認知症の原因疾患と症候	204
	1) 認知症の原因疾患/204 2) 認知症の症候/204	

③ 認知症の種類	206
1) アルツハイマー型認知症 (AD)	206
2) レビー小体型認知症	209
3) 前頭側頭葉変性症	209
4) 血管性認知症	210
5) 原発性進行性失語	210
6) 若年性認知症	211
④ 認知症の評価	211
1) 評価時の留意点	212
2) 評価の流れ	213
3) 情報収集	213
4) スクリーニング検査	219
5) 掘り下げ検査	221
⑤ 認知症のリハビリテーション	222
1) パーソン・センタード・ケア	222
2) 目標設定	222
3) 認知症の非薬物療法	223
4) 各種社会資源の活用	225
⑥ 事例紹介	226
IX 脳損傷による高次脳機能障害	230
① 脳外傷の分類	230
1) 病態による分類	230
2) 局所性脳損傷	230
3) びまん性脳損傷	232
② 脳外傷における高次脳機能障害の特徴	233
③ 脳外傷による高次脳機能障害の評価	234
1) 記憶障害	235
2) 行動と情緒の障害	235
3) 注意障害	235
4) 遂行機能障害	237
5) 認知コミュニケーション障害	237
④ 脳外傷による高次脳機能障害のリハビリテーション	237
1) 脳外傷のリハビリテーション	237
2) 社会福祉制度との連携	237
⑤ 症例提示	239
X 右半球損傷と認知コミュニケーション障害	241
① 認知コミュニケーション障害の概念	241
1) 認知コミュニケーション障害とは	241
2) 右半球損傷に伴う認知コミュニケーション障害	241
3) 右半球損傷に伴う認知コミュニケーション障害の症状	242
② 認知コミュニケーション障害の評価	243
1) 言語・コミュニケーションの評価	244
2) 非言語面の神経心理学的検査 (高次脳機能障害の評価)	246

③ 認知コミュニケーション障害のリハビリテーション 246

④ 症例提示 248

索引 251

第 1 章

高次脳機能障害

【本章で学ぶべきポイント】

- 高次脳機能とは、高次元の複雑な脳機能の総称である。
- 高次脳機能障害の症状は、主要症状と背景症状に分けられる。
- 運動麻痺・感覚障害・失調などの身体症状によるものは高次脳機能障害から除外される。
- 用語としての高次脳機能障害は、学術的な意味と行政的な意味の2つがある。

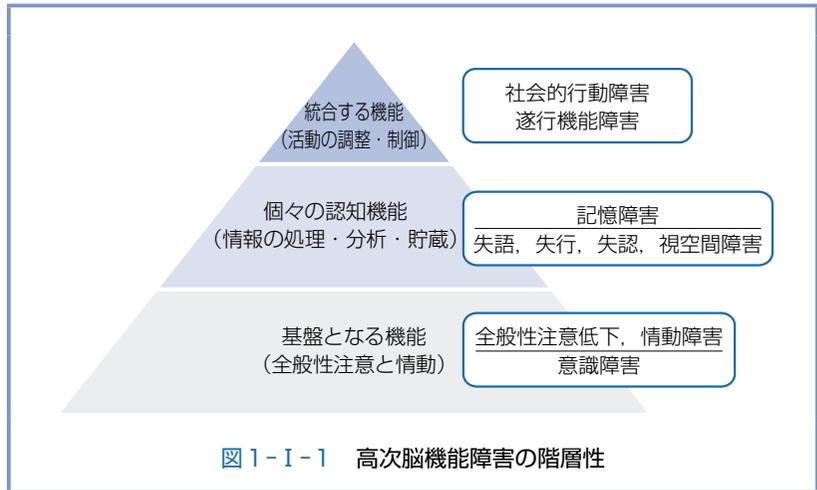
I

高次脳機能障害とは



高次脳機能障害とは、脳の器質的病変によって生じた「運動麻痺・感覚障害・失調などの要素的身体症状に依拠できない多様な認知障害」である。すなわち、要素的身体症状に依拠できない言語・認知・行為・記憶その他様々な知的能力の障害、およびそれらの土台となる機能（注意障害、作業記憶、いわゆる前頭葉機能と称される機能）などの背景にある障害である。

高次脳機能には階層性があり、①基盤となる機能（全般性注意と情動）、②個々の認知機能（情報の処理・分析・貯蔵）、③それらを統合する機能（活動の調整・制御）となる。そして、これらに対応して、①意識障害、全般性注意の低下、情動障害、②失語、失行、失認、記憶障害、③遂行機能障害、社会的行動障害などが出現する（図1-I-1）。



なお、高次脳機能障害から除外されるものとして、①身体機能の障害として認定されるもの、②発症以前からすでに症状があるもの、③先天性疾患もしくは周産期に生じた脳損傷によるもの、④進行性疾患を原因とするものがある。

♪ 「高次脳」とは ♪♪

高次脳機能や高次脳機能障害は、しばしば「高次脳」と略され、特定の脳部位があるような誤解を与える表現が用いられることがある。

高次脳機能は、「高次元の複雑な機能＝高次の脳機能」であり、「高次脳」という特定の脳部位をさし示すものではない。それと同じく、高次脳機能障害も「高次脳」の機能障害ではなく、「高次」の「脳機能」の障害を意味している。高次の脳機能は、大脳の様々な部位によって分担・統合され、機能している。

II

高次脳機能障害の主要症状と背景症状



加齢性難聴

加齢に伴って生じる難聴のうち、年齢以外に特別な原因がなく、聴力閾値の上昇に比して語音明瞭度が低下する進行性の感音難聴。

高次脳機能障害を診るには、認知的な課題や活動をするための運動と知覚の機能が保たれていることを確認する必要がある。特に高齢者では、手指の巧緻性（細かな動き）の低下、**加齢性難聴**、視力の低下をしばしば合併する。高次脳機能障害の判断にあたっては、刺激の大きさと反応様式、補聴器のフィッティング、メガネの使用などに配慮しなければならない。

1 主要症状

高次脳機能障害の症状は、失語、失行、失認がその代表とされてきた。近年では、注意障害、記憶障害、視空間障害、前頭葉機能障害、脳梁離断症状、認知症、脳外傷による高次脳機能障害、右半球損傷に伴う認知コミュニケーション障害なども知られるようになった（表1-II-1）。

これらの高次脳機能障害は、1つあるいは複数の症状が重なり合って出現することも多く、身体機能の障害が軽微であっても、日常生活や社会生活への適応困難をきたすことがある。

2 背景症状

1) 意識障害

意識障害は、高次脳機能検査の成績と解釈に大きな影響を及ぼす。たとえ開眼していても、問診で反応が遅い、聞き返しが多い（もしくは集中して聞いていない）、今ひとつ反応がはっきりしない、反応の一貫性に欠けるような場合は、高次脳機能の上位機能である個々の認知機能（情報の処理・分析・貯蔵）、および統合する機能（活動の調整・制御）の検査成績が必然的に低下する。

意識障害がみられると、複雑な刺激を把持したり、正確に反応したりすることが難しくなり、高次脳機能検査に集中して取り組むことが困難になる。そのため、高次脳機能障害の有無の判断にあたっては、検査成績の低

表1-II-1 高次脳機能障害の主要な症状

種類	概要
失語	大脳の損傷によって、いったん獲得された言語記号の操作能力が低下する病態である。「聞く」、「話す」、「読む」、「書く」の4つの能力が障害される。
失行	日常生活で習慣化した行為・動作を意図的に行うことができない病態である。運動麻痺、感覚障害、失調などの要素的身体症状、他の高次脳機能障害では説明できない誤りが生じる。
失認	視覚、聴覚、触覚などの感覚障害がないにもかかわらず、対象が何であるか認識できない病態である。
注意障害	ある刺激（対象）に注意を向け続ける、数ある刺激の中から特定の刺激に注意を向ける、複数の刺激に対する注意を必要に応じて切り替える、一度に複数の刺激に注意を向けることなどができない病態である。
記憶障害	過去に経験した出来事や学んだことを覚えたり、必要なときにそれを思い出したりすることができない病態である。
視空間障害	目で見た対象の位置関係や空間の全体像の把握ができない病態である。
前頭葉機能障害	前頭葉の損傷によって様々な病態が出現する。運動・動作・行為に関するもの、言語に関するもの、注意に関するもの、感情・性格・情動に関するもの、保続、社会的行動障害に大別される。

くも膜下出血

くも膜下腔内に発生した脳動脈瘤が破裂することで起こる。脳動脈解離、脳動脈奇形、もやもや病、脳静脈血栓症が原因となることもある。

表1-II-2 Japan Coma Scale (JCS)

I. 刺激しないでも覚醒している状態
1. だいたい意識清明であるが、今ひとつはっきりしない
2. 見当識障害がある
3. 自分の名前、生年月日が言えない
II. 刺激すると覚醒する状態（刺激をやめると眠り込む状態）
10. 普通の呼びかけで容易に開眼する
20. 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する
30. 痛み刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すとかろうじて開眼する
III. 刺激をしても覚醒しない状態
100. 痛み刺激に対し、払いのけるような動作をする
200. 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめたりする
300. 痛み刺激にまったく反応しない

下が意識障害によるものではないことが重要である。

(1) Japan Coma Scale (JCS)

わが国で広く用いられている意識水準の評価法であり、くも膜下出血や頭部外傷における急性期の脳ヘルニアの進行を評価することを目的とした指標である(表1-II-2)。

JCSは、意識水準をI(1桁)、II(2桁)、III(3桁)の3群に分け、さらにその中を3段階に分類することで、9段階で評価する。I群は刺激しないでも覚醒している状態、II群は刺激すると覚醒する状態(刺激をやめると眠り込む状態)、III群は刺激をしても覚醒しない状態を表している。

JCSの表記は、「20」や「300」で示され、数値が大きいほど意識障害が重度となる。また、不穏(restlessness)、失禁(incontinence)、無動性無言症/失外套状態(akinetic mutism/apallic state)がみられる場合は、それぞれの頭文字を付して「20-R」や「300-I」として示される。

JCSは簡便な指標ではあるが、言語的反応や身体動作が評価に含まれる。したがって、言語による指示理解が不十分な場合や、言い誤りがみられる場合は、非言語的反応を観察し、失語症との鑑別に注意する必要がある。

(2) Glasgow Coma Scale (GCS)

世界的に用いられている意識水準の評価法であり、外傷性脳損傷による意識障害を評価することを目的とした指標である(表1-II-3)。

GCSは、意識水準について開眼(E)を4段階、言語反応(V)を5段階、運動反応(M)を6段階に分け、それぞれ最良反応で評価する。GCSの表記は、例えば「GCS7(E1/V2/M4)」と示され、3項目の合計得点が意識水準の重症度・緊急度を表している。合計得点15点が正常、3点は深昏睡とされ、得点が低いほど意識障害が重度となる。一般的には合計得点8点以下が重症に分類される。

なお、気管切開や気管挿管などで発声ができない場合は、言語反応(V)

表1-II-3 Glasgow Coma Scale (GCS)

開眼 (E : eye opening)	
自発的に開眼	E4
言語による指示, 呼びかけ, または大声により開眼 (刺激をやめると閉眼)	E3
四肢または胸骨に加えた痛み刺激により開眼	E2
無反応/開眼なし	E1
最良言語反応 (V : best verbal response)	
見当識あり; 今日の日付, 現在の場所, 周りの人が言える	V5
混乱した会話; 見当識障害はあるが, 数語以上の文章が言える	V4
不適切な発語	V3
理解不明の発声	V2
無反応/言語反応なし	V1
最良運動反応 (M : best motor response)	
運動指示に従う	M6
痛み刺激に対して意図的な動きで反応する; 疼痛部位の認識	M5
痛み刺激から逃避する; 正常屈曲反応	M4
痛み刺激に対して異常な屈曲反応を示す; 除皮質肢位	M3
痛み刺激に対して異常な伸展反応を示す; 除脳肢位	M2
無反応/運動反応なし	M1

に「T」と表記し, その取り扱いが1点となる。

2) 見当識障害 (失見当識)

見当識障害は, 自分が何者であるか (自己認識), 時間の認識, 場所の認識, 話しかけてくる相手への正確な気づきが障害されている状態である。特に時間と場所の認識が障害されやすく, 人に関する見当識が障害されることはまずない。

見当識障害は, 意識障害や記憶障害に伴って出現するほか, 思考能力の低下によっても出現する。認知症や認知障害のスクリーニングとして広く用いられるMMSE-J (精神状態短時間検査 改訂日本版), HDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) では, 最初の設問で「今日は何年の何月何日ですか」, 「ここはどこですか」, 「ここは何県ですか」などの聞き方で見当識を確認する (表1-II-4)。

3) 感情・情動・気分の障害

脳損傷後は, 様々な精神症状がみられることがある。その中でも感情障害は, 感情のコントロールができなくなり, 情動失禁 (感情失禁) という状態が生じる。情動失禁は, 外的刺激に対して容易に泣いたり笑ったりして自己の抑制が効かない状態とされる。

精神症状は感情障害だけでなく, 不安, 意欲の低下, 自発性の低下, 抑うつ状態など, 多岐にわたる。脳血管障害後の抑うつ状態は, 脳の器質的病変によって生じる抑うつ気分, 回復期に一過性に生じる抑うつ気分, 生