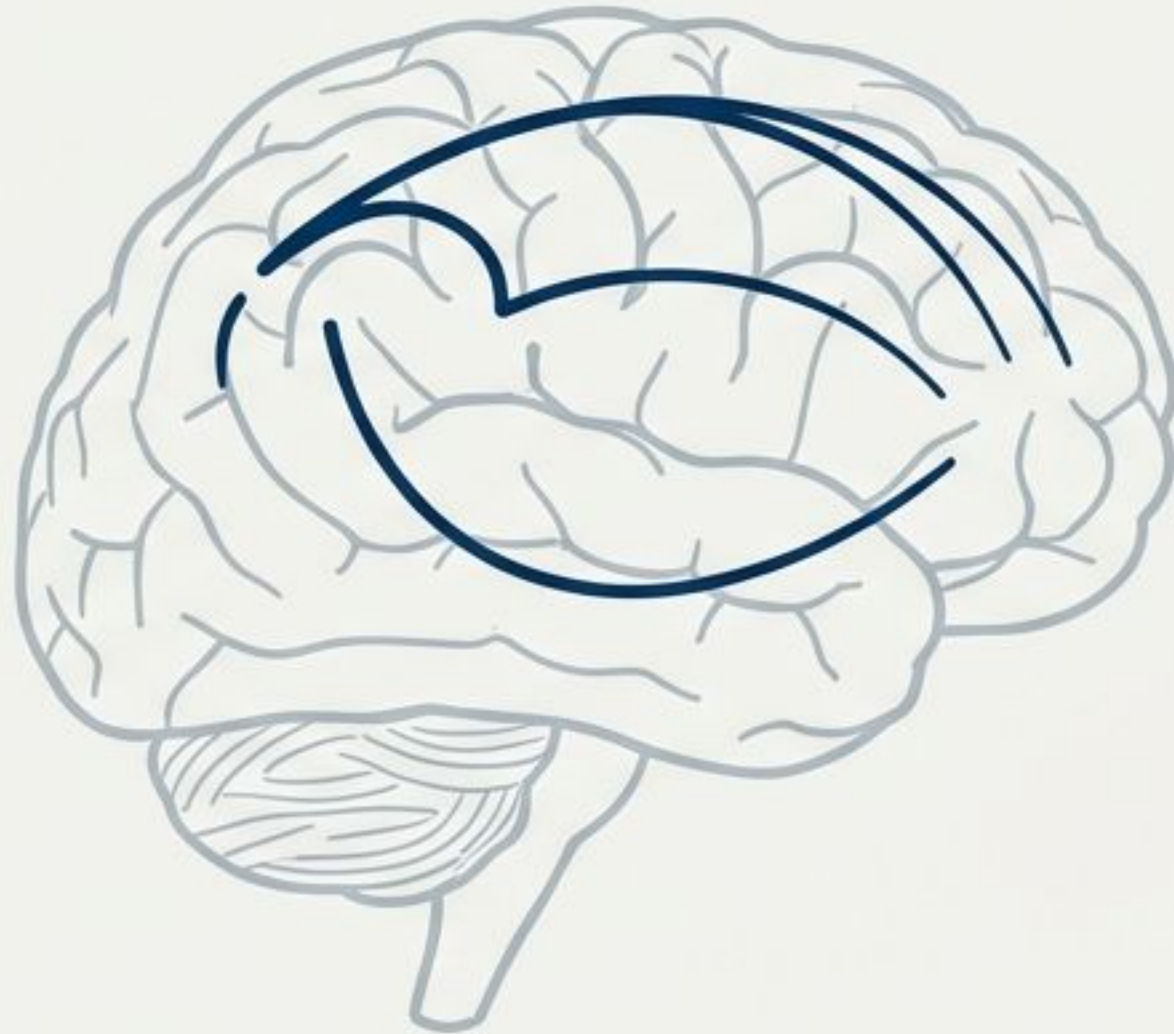


観念運動失行：臨床マスターガイド

麻痺ではないのに、意図した熟練動作が組み立てられない。
「なぜ？」に答える病態理解とベッドサイド評価のすべて



観念運動失行（IMA）とは何か？—見落とされがちなADLの阻害因子

筋力低下、失調、感覚障害といった要素的な問題では説明できない、学習された熟練動作（ジェスチャーや道具使用の身ぶり）の意図的な遂行障害。



Key Clinical Context

- Commonly Encountered: 脳卒中、特に左半球病変で頻発。
- Frequently Missed: 失語や半側空間無視に併存すると見落とされやすい。
- Critical Impact: ADLの自立度とリハビリテーションの到達点に直結する。

失行の分類：観念運動失行はどこに位置づけられるか

観念運動失行 (Ideomotor Apraxia - IMA)	観念失行／概念失行 (Ideational/Conceptual Apraxia)	肢節運動失行 (Limb-Kinetic Apraxia)
障害の核：運動プログラムの組み立て (How to do it) 典型エラー：タイミング、順序、空間配置の誤り 概念：比較的保たれる (歯ブラシが何かは分かる)	障害の核：行為や道具の意味理解 (What to do) 典型エラー：道具の取り違い、手順の誤り (内容エラー) 関連疾患：認知症 (特にアルツハイマー病)	障害の核：手指の巧緻性 (Clumsiness) 典型エラー：ぎこちなさ、不器用さ 併存：IMAと併存することも多い

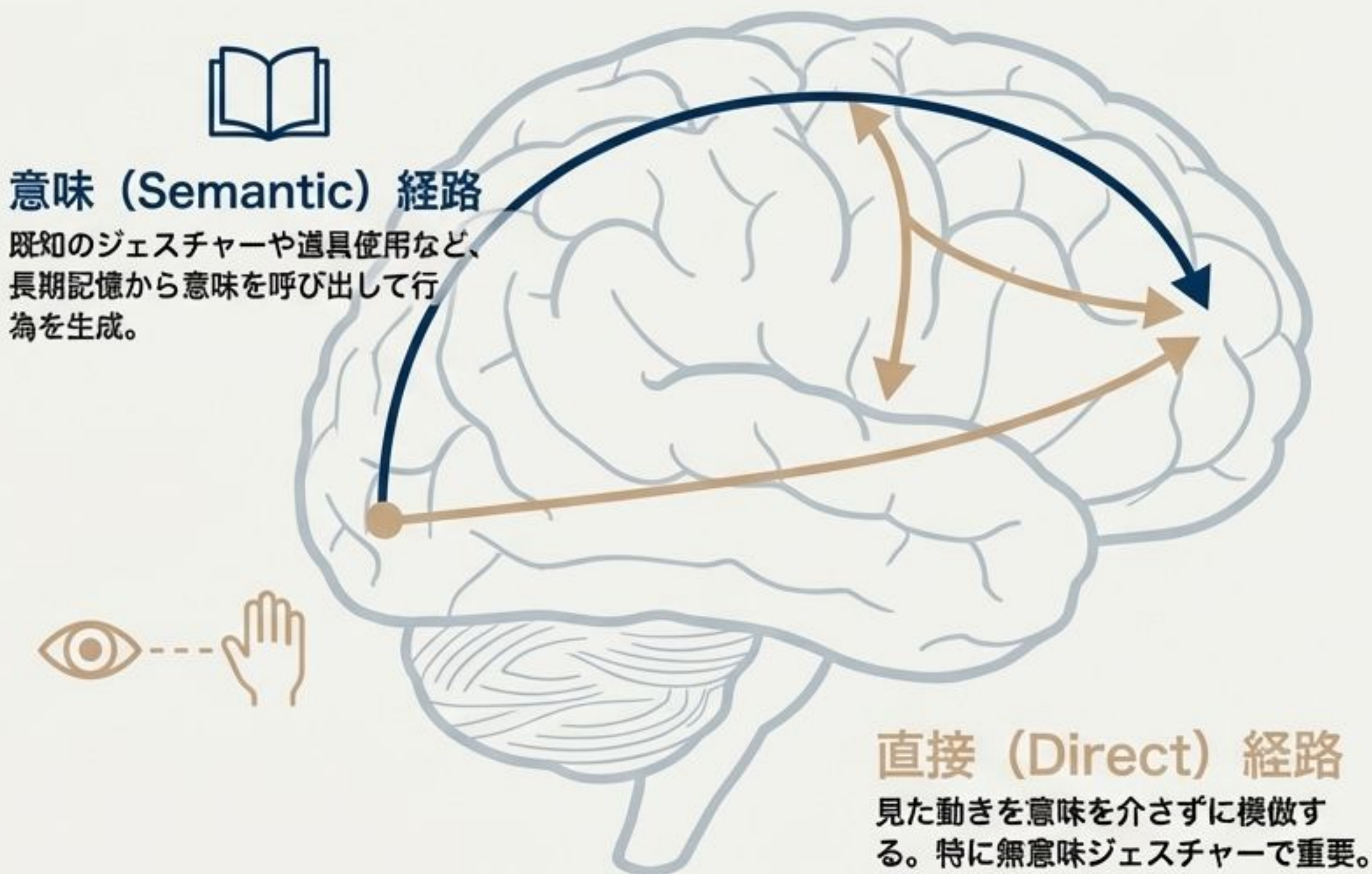
臨床の金言 - Clinical Pearl

「課題と入力様式（口頭命令 vs 模倣 vs 実物）で成績が変わる"解離"こそが、失行診断の最も重要な手がかりである。」

なぜ起こるのか？—行為を支える2つの神経経路モデル

IMAは左半球優位の「行為（praxis）ネットワーク」の障害。特定の部位だけでなく、ネットワーク全体の機能不全として捉える。

- **Key Brain Regions:** 左頭頂葉（特に下頭頂小葉）、前頭葉、補足運動野、白質連絡線維など。



「どちらの経路が主に障害されるかで、臨床像や検査での反応パターンが変わってくる。」

経路障害がもたらす臨床像の違い

主に「意味経路」の障害

- 口頭命令でのジェスチャー産生が困難。
- 一方で、模倣は比較的良好なことがある。
- 「歯を磨く真似をして」→ できない
- 「（検者の動きを見て）真似して」→ できる

主に「直接経路」の障害

- 模倣が特に困難、特に無意味ジェスチャーの模倣が壊滅的。
- "見ているのにできない"状態。
- 口頭命令での慣れた動作は、比較的保たれることがある。

「口頭命令と模倣の成績の"差"をみることが、病態を推測する鍵となる。」

臨床像：どのような"誤り"として現れるか

「IMAの本質は筋力低下ではなく、動作の形・方向・軌道・タイミング・順序が目的に合わないことである。」

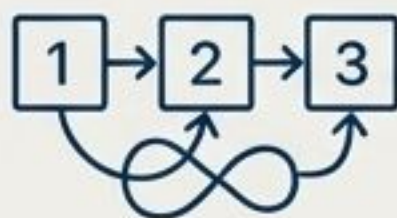


空間エラー (Spatial Errors) :

手の形が違う、道具の向きが逆、身体との位置関係がずれる。



時間エラー (Temporal Errors) : 動作が遅すぎる／速すぎる、リズムが崩れる。



系列エラー (Sequential Errors) : 動作の順番が入れ替わる、途中で止まる。



Body-part-as-object (BPO) : 最も典型的。歯磨きの真似で、指を歯ブラシそのものとして使う。



無定形な動き (Amorphous Movements) : 何をしているか不明瞭な"それらしい"動きに終始する(重症例)。

最重要の臨床徴候：「随意-自動解離」

診察室で「やってください」と指示されると失敗するが、日常場面では無意識に正しくできていることがある現象。

診察室



「さようなら、と手を振ってください」
→ ぎこちない、誤った動きになる。

帰り際



無意識に、滑らかに手を振って「さようなら」と言う。

Clinical Pearl

なぜ解離が起こるのか？

意図的な行為（随意運動）を支える皮質ネットワークが障害される一方、より自動化された行為を支える皮質下経路（基底核など）が保たれているためと考えられている。環境からの手がかり（実物の道具など）で改善するのもこのため。

鑑別診断：失行に見えて失行でないもの

「観念運動失行の診断は『除外』が重要。これらの要因が混在すると、失行を過大／過小評価するリスクがある。」

- ☐ 筋力低下・関節可動域制限：そもそも動かせない。
- ☐ 半側空間無視：提示された刺激自体を認識・探索できない。
- ☐ 失調・パーキンソニズム：軌道は乱れるが、動作の"設計図"は保たれやすい。
- ☐ 失語・理解障害：口頭命令が不利になる。模倣で成績が変わるか確認。
- ☐ 深部感覚障害：姿勢や手の形が定位しない。
- ☐ 遂行機能障害：課題の維持が困難、継続が目立つ。



鑑別のコツ

「入力様式を変える（口頭→模倣）、実物を持たせる、指示を短くするなど、条件を操作して成績の変動を見ることが最も有効。」

実践プロトコル：ベッドサイド評価 3つのステップ

この手順で、IMAの核心に迫る

0

Step 0: 事前チェック (The 3-Minute Pre-Check)

評価の前提条件を整え、解釈を誤らないために。

Checklist for the Evaluating Limb (usually non-paretic side):

- ☒ 筋力・関節可動域・痛み
- ☒ 失調の有無（指鼻試験など）
- ☒ 粗大な感覚（触覚・位置覚）
- ☒ 視野・半側空間無視
- ☒ 簡単な口頭理解（1段階命令が通るか）

「この段階で明らかな要素障害が強ければ、失行課題の結果の解釈は慎重に行う。」

1

Step 1: まずは"意味のある身ぶり"を口頭命令で

患者に道具を持たせず、「〇〇する真似をしてください」と指示する（Pantomime to command）。

課題例（Example Tasks）	観察ポイント（What to Observe）
• 歯を磨く真似 • 鍵で鍵穴を開ける真似 • ハサミで切る真似 • 敬礼する、手を振る	• 手の形: 把持の形は正しいか？ • 向きと位置関係: 歯ブラシは口に向かうか？ 身体との距離は適切か？ • 動き: 軌道やリズムは滑らかか？ • 特有のエラー: Body-part-as-object (BPO) は出現するか？ • 反応: 「分からない」と言うか？ 無定形な動きでごまかすか？

2

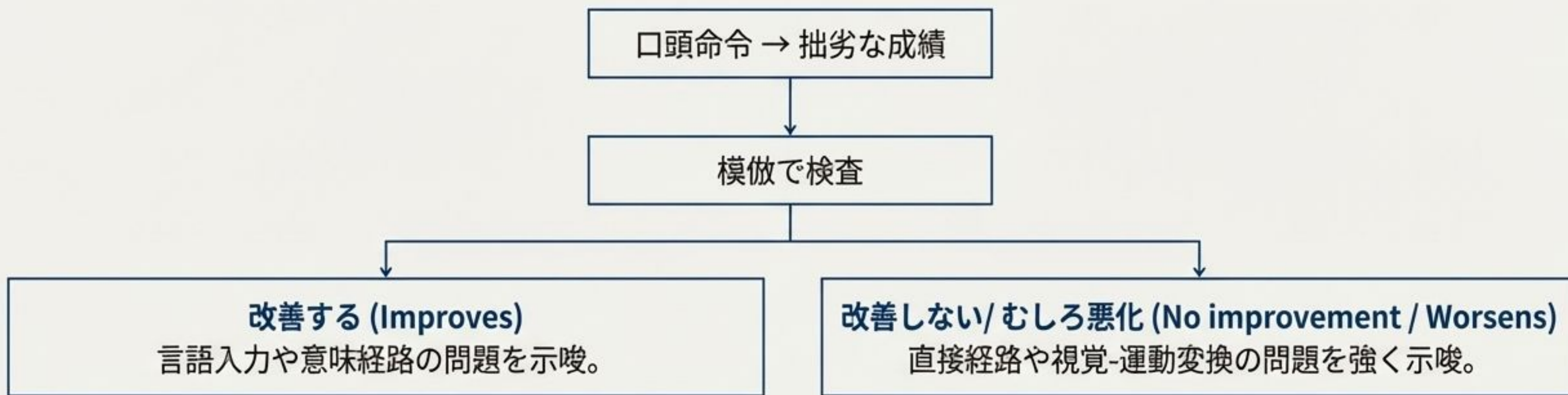
Step 2: 次に"模倣"で経路の解離をみる

口頭命令で拙劣だった場合、模倣で改善するかどうかは病態理解の鍵となる。

- 意味ありジェスチャーの模倣: (例: 検者が手を振るのを見て真似させる)
- 無意味ジェスチャーの模倣: (例: 検者が作った特定の指の形を真似させる) ← 直接経路への負荷が高い



検者は患者の正面で、
鏡映（左右を合わせた見せ方）で提示すると分かりやすい。



3

Step 3: "実物使用"と"理解"で最終確認



実物使用 (Actual Object Use)

IMAでは、身ぶりは下手でも実物を持つと改善することがある。逆に実物でも誤用が目立てば、観念失行や遂行機能障害の可能性が高まる。

病棟にあるもので良い。

「鍵と鍵穴」「歯ブラシ」
「ハサミ」など。



ジェスチャー理解 (Gesture Comprehension)

産生だけでなく理解も見ることで、ジェスチャー失認などを鑑別する。

検者がジェスチャーをし、「これは何をしている動きですか？」と問う。失語がある場合は2-3択の選択肢で答えてもらう。

より客観的な評価のために：標準化検査の選択

Test Name	Purpose	Features/Scoring
AST (Apraxia Screen of TULIA)	ベッドサイド用スクリーニング	12項目。模倣7+パントマイム5。短時間（5分程度）。 Scoring: カットオフ <9点 (異常)、<5点 (重度)
TULIA (Test for Upper Limb Apraxia)	系統的・包括的評価	48項目。信頼性・妥当性が高い。 Scoring: 0-240点。所要時間20分程度。
De Renzi's Test	古典的評価法	模倣が中心。実物使用を含む手続きもある。
STIMA	経路モデルに基づく評価	「意味経路」と「直接経路」を分けて評価。リハビリ方針の示唆に富む。

治療とリハビリテーション：学習の再設計

IMAに特異的な薬物療法はなく、作業療法を中心としたリハビリテーションが介入の核となる。

1.

課題特異的な訓練 (Gesture Training)

正しい手の形・向き・軌道を外部からの手がかりで示し、反復学習。生活場面（洗面、食事など）に直結する動作を優先する。

2.

ストラテジー訓練 (Strategy Training)

手順の言語化（「次は○○」）、写真やメモによる視覚的支援で遂行を補助。

3.

環境調整 (Environmental Modification)

道具は一目で分かるように配置し、選択肢を減らして混乱を防ぐ。

⚠ 家族・スタッフへの重要伝達事項

「『やる気がない』『ふざけている』と誤解されやすい。『命令されるとできなくなる』という失行の特性をチームで共有し、本人の尊厳を守ることが極めて重要。」

まとめ：観念運動失行 臨床の"押さえどころ"

- ✓ **What it is:** IMAは、麻痺では説明できない「熟練動作の組み立て不良」。空間・時間・順序のエラーが核。
- ✓ **The Diagnostic Key:** 「口頭命令」「模倣」「実物使用」で成績が変動する"解離"が診断の鍵。
- ✓ **The Assessment Pathway:** 「意味ありパントマイム → 模倣 (意味あり/なし) → 実物使用」の順で、経路の弱点まで見立てる。
- ✓ **The Right Tools:** スクリーニングにはAST、系統的評価にはTULIAなど、目的に応じた標準化検査を使い分ける。
- ✓ **The Management Focus:** 介入はリハビリが中心。生活に根差した課題設定、手手がかりの工夫、環境調整が治療の柱となる。