

項目	内容
Cohen's $\kappa$	名義尺度・順序尺度を使用した質問紙の信頼性や二者間の診断の一致度などを評価する指標である。観察された一致から偶然による一致を差し引いたもので、真の一致度を示す割合のこと。0~1の値をとり、1に近いほど一致度は高いと判断される。
Cronbach's $\alpha$	内的整合性の度合いを表すための係数。それぞれの項目の相関で内的整合性を評価するため、すべて組み合わせる項目対について相関を平均する作業を近似した係数で、0~1の値をとり、1に近いほど内的整合性が高い信頼性の高い検査といえる。
FLAIR画像	FLAIR画像(FLAIR: Fluid Attenuated Inversion Recovery)は、「液体の信号を減弱させたIR法の画像」という意味である。T2強調画像は水を高信号(白)として映すため、脳脊髄液は高信号域となる。一方、FLAIR画像は脳脊髄液の信号のみを抑制して低信号(黒)にする撮像法である。脳脊髄液と隣接する部位では、T2強調画像は脳脊髄液と病変のいずれも高信号域となるが、FLAIR画像は脳脊髄液を低信号とすることで脳室周囲や脳表面などの病変の同定に優れている。
freezing gait (すくみ足)	パーキンソン病の特徴的な歩行様式に「freezing of gait(すくみ足)」、小刻み歩行、加速歩行があげられる。すくみ足とは、運動麻痺などにより足底が床面に接着剤で張り付けられたようになって歩けなくなる状態である。パーキンソン病の罹病期間、重症度と相関を示し、パーキンソン病でのすくみ足の86%は歩行開始した時、45%が方向転換をする時、25%が狭い場所を通る時、18%が目標に近づいた時に生じるとされている。
lateropulsion	Wallenberg症候群で観察される症状の一つで、側方突進と和訳される。一側へ身体が傾斜してしまう点はPusher現象と同じだが、lateropulsionが原因の場合は姿勢傾斜を自覚していることが多く、非麻痺側上肢で自ら修正することも可能である。また、介助者による姿勢修正に抵抗することもない。脊髄小脳路や前庭脊髄路の関わるシステムの損傷が原因として推察されている。
MDC95	最小可検変化量(MDC: Minimal Detectable Change)の95%信頼区間の略。MDCは繰り返しの測定によって得られた測定値の変化量が、測定誤差であるという限界域を示したものであり、この変化量がMDC95によって得られた値以下であれば測定誤差、MDC95よりも変化量の値が大きければ、介入の効果や継続的変化において真の変化が得られたと判断できる。
post pusher behavior	Pusher現象が消失した後(SCP下位項目>0点)にも持続する姿勢制御の困難性について、本書で定義した用語である。正中位での姿勢保持が可能となった後も、歩行などの動的場面において非麻痺側の荷重が十分でない状況、すなわち下肢を外転させて押すことはいらないもの、非麻痺側の股関節を柔軟に使用した姿勢制御の困難性が持続する症状を指す。本書内では1事例の重心動揺図を紹介し、post pusher behaviorに対する介助方法の工夫についても考察している。
カリリック反応	前庭神経の検査として温度眼振試験(カリリック試験)が知られ、外耳道に冷水(30℃)または温水(44℃)を入れて、前庭神経に温度刺激を与える。一側への冷水の注入により、同方向への眼球偏位と反対側の眼振、温水であれば同方向への眼振がみられる反応である。以前より前庭系に刺激を与える方法としても用いられてきたが、半側空間無視症状に対して冷水を左耳に注入すると改善を確認した研究やSIVの先行研究でも多く報告されている。
サブトラクション法	Subtractionは、直訳で「引き算」「減法」を意味する。放射線診断機器などの医療分野では、画像に重なって記録される様々な陰影のうち、不要な画像を消去して目的とする画像の識別を高める手法をいう。脳の関連領域を特定するためには、なんらかの条件や課題の有無による画像の違いを差し引きすることにより、どの脳部位が関連しているかを抽出することができる。
運動麻痺回復のステージ理論	Swayne OBR(2008)により報告された運動麻痺回復における再組織化過程を背景とし、原(2012)により図式化された理論である。発症からの時間経過に応じて1st stageから3rd stageに分けられ、1st stage(発症後3カ月まで)の回復には残存した皮質脊髄路を刺激することが重要とされている。2nd stage(3~6カ月)では皮質間の抑制が解除されることにより回復する時期とされ、3rd stage(発症後6カ月以降)ではシナプス伝達の効率性が回復に繋がるとされている。
拡散強調画像(DWI)	拡散強調画像(DWI: Diffusion Weighted Image)は、水分子の自己拡散(ブラウン運動)の程度を画像化したもので、運動の大きい(拡散しやすい)ものは低信号、運動の小さい(拡散しにくい)ものは高信号で描出される。正常な組織では間質の水分子は自由に動けるが、脳梗塞の急性期ではエネルギー供給の途絶に伴い細胞膜のNa <sup>+</sup> /K <sup>+</sup> ポンプが停止する結果、細胞内への水の流入により細胞が膨張し、間質の水分子の自由度が低下する。つまり、DWIは脳梗塞初期における細胞性浮腫の段階から梗塞巣を検出することができる。
感覚緊張場(sensory-tonic field)理論	Werner & Wapnerは、感覚と運動とを結びつける共通因子は身体緊張(tonicity)であり、知覚空間は純粋な感覚領域ではなく「感覚-緊張場(sensory-tonic field)」であるとし、その相互依存関係を明らかにしようと試みた。この2つの交互作用は、運動の自己受容感覚と外受容感覚との交互作用という形で生起する。例えば、暗室中でロッドを垂直に定位させる時、一側性の頭部電気刺激を加えると、垂直定位は反対方向に傾斜する。このように種々の刺激が身体にある動的状態をつくり、知覚の偏位を生ずることが知られている。
感受性(感度)	疾患や特定の状態を有する対照群(患者群)において、ある検査を行った場合に、真の患者に対してその検査が正しく陽性となる確率を表す語であり、感度が高いとは「陽性と判定されるべきものを正しく陽性と判定する可能性が高い」とあるいは「陽性と判定されるべきものを間違えて陰性と判定する可能性が低い」という意味である。
緊張性迷路反射(TLR)	緊張性迷路反射(TLR: Tonic Labyrinthine Reflex)は背臥位では伸筋群が促進(屈筋群が抑制)され、反対に腹臥位では屈筋群が促進(伸筋群が抑制)される反応をいう。一般的にTLRは、胎児後期から出現し、生後5~6カ月程度で統合されるが、中脳性麻痺によりこの姿勢反射が陽性徴候として出現するとされる。
耳石機能	耳石器は卵形嚢と球形嚢により構成されている。卵形嚢は主に水平方向の直線加速度を認知するために働いており、球形嚢は垂直方向の直線加速度を認知するために働いている。前庭機能とは身体の重力に対する頭部や身体の向き・動き、加速度の認知を指すが、その中で特に身体軸の偏倚に関わる加速度の認知を耳石機能という。
重心(COG)	重心(COG: Center of Gravity)の略。重心とは、空間的広がりをもって質量が分布する空間で、その質量に対して他の物体から働く万有引力の合力の作用点を意味する。質量中心(COM: Center of Mass)ともいう。
出発点効果	前額面上の垂直認知を例にあげると、一般的に垂直認知の値は左から回転させた場合と右から回転させた場合に得られた角度の平均値として算出される。一方、出発点効果とは垂直認知を測定の開始方向、すなわち出発点別に垂直認知の値を算出し、出発点によって垂直認知が影響を受けることを意味する。
絶対誤差(absolute error)	偏倚の方向は無視して、垂直からの偏倚の大きさを合計して試行回数で除したものを絶対誤差と表現する。この方法では偏倚がどちらに偏っているかということは無視して、偏倚自体の大きさを表すのに用いられ、身体内部の垂直認知のずれの大きさを測定するのに適している。
全般的注意(障害)	注意機能は全般的注意(generalized attention)と方向性注意(directed attention)に大別される。全般的注意は多くの側面をもった高次脳機能であり、その定義も研究者により諸説あるが、一般的には「多くの情報の中から課題進行に合わせて必要な情報を抽出し、行動に特異性・一貫性・柔軟性をたせる機能」として捉えられている。
頭頂前頭皮質(PIVC)	前庭感覚信号は、半規管と耳石器(卵形嚢、球形嚢)の有毛細胞によって検出され、前庭神経を介して同側の前庭神経核に入力する。前庭神経核からは小脳、脊髄、脳運動中枢および視床が出力を受け、視床から前庭入力を受ける大脳皮質領域は、前庭感覚に加えて視覚や体性感覚など複数の感覚情報を統合する領域であり、鳥回から頭頂葉にかけての領域は特に頭頂前頭皮質(PIVC: Parieto-insular Vestibular Cortex)として知られている。
特異性(特異度)	疾患や特定の状態がない対照群(健常者群)に対してその検査を行った場合に、正しく陰性となる確率を表す語であり、特異度が高いとは「陰性のものを正しく陰性と判定する可能性が高い」とあるいは「陰性のものを間違えて陽性と判定する可能性が低い」という意味である。
内臓感覚	人の垂直(鉛直)認知には、主たる知覚として平衡感覚や視覚の関与があげられる。Karnathら(2000)は、これ他にsecond graviceptive systemとして体幹体性感覚、尿管壁、内臓感覚が垂直認知に寄与すると報告している。尿管壁内圧や内臓(腎臓、なかでも前腎)における体液流動の動態、内圧の状態やそれらの変化が垂直認知構成の一要素であると考えられるため、これらに対する感覚入力の状態を考慮した評価や治療が必要である。
内的整合性	検査の等質性ともいわれ、ある特定の状態を測定するために用意された一連の項目群が、全体として同じ概念を測定しているといえるかどうかを表す指標である。それぞれの項目の間に高い相関関係が認められれば、項目の内的整合性があるという。各項目は同一の状態が反映しているはずであるから、相関が高ければデータの信頼性が高いといえる。
脳灌流強調画像(PWI)	脳灌流強調画像(PWI: Perfusion Weighted Image)は、脳血流動態を表す指標である。虚血性ペナシラは、PWIにより評価した血流低下部位と拡散強調画像による高信号領域(不可逆的な部位)の差と定義され、拡散強調画像を用いた組織の状態と、PWIによる灌流異常領域の同定を組み合わせたdiffusion-perfusion mismatchが有用な情報となる。また、脳梗塞に陥った部位以外にも局所あるいは広範な脳血流低下領域が存在することがあり、PWIの見解は脳損傷部位以外の機能的異常の把握・解釈に活用できることが示唆されている。
半側身体失調	身体の片側性に出現する失調には、半側身体失調と病態失調が知られており、いずれも右半球損傷(特に頭頂葉、側頭葉、鳥回)によって生じる右半球症候群の一つである。半側空間無視と合併することも多い症状である。半側身体失調は自己の半身に対する気づきが低下した状態のことを指し、自らの上肢(多くが左側)を自分の上肢と認めない(非所属感)、他人の上肢と感じる(他人帰属化)、上肢そのものが「○○ちゃん」と人格化される(擬人化)ことがある。
標準化反応平均(SRM)	ある群や対象者の一定期間の変化を正確に評価するための指標の一つで、変化の平均をその標準偏差で除した値で示される。平均が大きく変化しているようにみえてもばらつき(標準偏差)が大きければ値は小さくなり、逆に小さな変化のようにみえてもばらつきが小さければ値は大きくなる。すなわち、平均値の変化がばらつきに埋もれている程度なのか、ばらつきを超えて変化しているのかを知るための指標となる。
病態失調(anosognosia)	明らかな運動麻痺がなくても、その存在を言語的に否認する症状を指す。身体に関連した失認症の一つであり、右半球の広範な損傷で出現しやすい。半身への気づきが低下する半側身体失調や、半身を自分のものとは認めない、もしくは他人のものだと主張する、または麻痺肢に憎しみの感情を抱く身体パラフレニアと合併することが多い。
平均誤差(average error)	垂直性の測定では前額面、矢状面、水平面での偏倚の方向を示す必要がある。時計回りの偏倚を正の数値、反時計回りの偏倚を負の数値として、すべての試行回数の結果の合計を試行回数で除したものを平均誤差と表現する。偏倚の方向とその大きさを表す数値である。