

[演題 4]

注意障害が脳血管障害者の在宅復帰に及ぼす影響

崎本 史生¹⁾²⁾

1) 神戸リハビリテーション病院

2) 神戸学院大学大学院総合リハビリテーション学研究科

1. はじめに

「家に帰りたい」「前のように生活したい」、作業療法(以下:OT)の初回面接で、多くの患者が口にする言葉である。その言葉を受け、家に帰るには? 前の生活とは? そこにはなにが必要なのかを患者、家族と共に作業療法士(以下:OTR)は熟考し、リハビリテーションを実施する。在宅復帰には、心身機能面の重要性は明らかであるが、とくに注意障害がADLにどのような影響を及ぼすかについても入院中に十分検討しておく必要があると考える。そこで、今回はOTとして関わることが多い、注意障害をもつ患者が在宅復帰に至った3事例を通して検討した。なお、事例報告に関して、本人・当院の了承を得た。

2. 事例紹介

A氏:70歳代男性、妻と同居、無職。診断名は脳梗塞(左片麻痺)。自宅は県外にある。妻は協力的で週3日は病院に訪れるがA氏の介助等は自分からは行わない。B氏:60歳代女性、夫と同居、靴の修理業。診断名は脳出血(右片麻痺)。夫は仕事をしており、自分の事ができるようにと考えていた。C氏:70歳代女性、独居、無職。診断名は脳出血(右片麻痺)。独居だが、隣には妹夫婦宅があり「私がみるしかない」という気持ちが高い。

3. 評価

A氏:コミュニケーション良好、ADLの多くに一部介助を要すが、自分でなんとかできると考えている。立位伴う動作は転倒リスクあり。本人に注意を促すも同じエラーが多く、注意障害、記銘力障害が疑われた。

B氏:運動麻痺は重度で、自分から動き出すことはない。しかし、動作は焦りやすく、それによって痙性が強まりバランスを崩す傾向あり。注意障害が疑われた。

C氏:運動麻痺は重度、ADL全介助、病識低下を認め、早く家に帰りたいとの思いが強い。初期は耐久性も低く、課題への注意も持続不可、車いす座位の状態でも姿勢を崩していた。注意障害、記銘力障害、見当識障害が疑われた。

表に、3名の評価として、片麻痺の機能テストであるBr.stage(以下:BRS)、認知機能・注意機能評価としてHDS-R・MMSE、介助量を測るFunctional Independence Measure(以下:FIM)の初期と最終評価を提示する。

4. 作業療法経過

A氏:麻痺は改善を認め、分離運動も向上した。一方、注意障害に対しての認識は乏しく、ADLは注意障害に起因すると思われる動作の確認不足や、記銘力低下によって動作学習が進みにくい状況であった。OT介入として、上肢へのアプローチに加え、可能な限り病棟ADLに介入し、エラーする部分を具体的に注意喚起し、さ

らに、妻に更衣・トイレ介助への参加を促し、お互いで確認してもらった。また在宅復帰にあたって、歩行の確立が不十分であり家屋調整も実施した。

B氏：麻痺は多少の随意性が出現したが、実用的な使用は困難であった。姿勢不良により痙性が強まったため、姿勢制御へのアプローチを行った。また、無理やり動作を展開していくことで麻痺側の痙性が強まったり、バランスを崩したりすることを認識してもらい、非麻痺側でのADL自立を図った。無理やりに行うこと、動作性急となることは、今回の病気による注意障害が原因の一つである可能性を認識してもらい、気づきを促していったことで、少しずつ注意障害に改善がみられた。市営住宅であったため、神戸市の助成制度も利用して家屋調整を行うことで、自宅でのADL自立となった。

C氏：麻痺に改善はほとんどみられなかったが、起居動作は監視～軽介助レベルとなり、初期時にはなかった病識もみられ、見当識の改善を認めた。そのため、「困った」ときの自己認識が高まり看護師を呼ぶために、ナースコールを利用できるようになった。ADLへの介助量はほとんど変化がないが、適切に協力を求められる事ができるようになり、ADL介助量の軽減に繋がった。当初は独居では在宅復帰は困難であると考えられていたが、本人・妹の在宅復帰への思いも強く、妹への介助指導、デイケア、ヘルパーを可能な限り使用し、家屋調整後に在宅復帰した。3名の情報を表に載せたが、3名ともに、運動麻痺・FIM-Mの項目が改善されてい

る一方、HDS-R、MMSE、FIM-Cの認知・注意機能に関わる項目の改善も認める。

5. 考察

3名の事例に共通した要因の一つとして、高次脳機能障害の一つである注意障害が挙げられた。注意障害は見えない障害で、他者からも気づきかれにくい。しかし、実際のADL場面では、とりわけリスク管理や、動作へ注意を向けることに関わり、作業遂行の阻害となっていた。今回の3名の事例を通じて、注意障害へのアプローチを行うことが、スムーズな作業遂行を生むだけでなく、リスク管理向上、患者が介助者へ協力を適切に依頼出来ることにも繋がるのではないかと考えられる。もちろん、運動麻痺の重症度による介助者への負担や同居家族、住環境も在宅復帰には重要な要素であり、3名全てに家屋訪問、家屋調整を行った。このように、目に見える障害・状態以外へ目を向け、評価・治療を行うことは、家族指導や家屋調整とともに、安全な在宅生活においては重要であると考えられる。

6. 今後の課題

3名の事例には、共通部分もあるが、運動麻痺の重症度の違いや、とりわけADLへの影響については観察によるものが多く、今後は臨床で用いられている注意障害の評価を基に前後比較を行い、事例数を増やし、注意障害が脳血管障害の在宅復帰に関わる影響を検討したいと考える。

表 事例情報 (初期→最終)

	BRS*1 (U・F・L)	HDS-R*2	MMSE*2	FIM-M*3	FIM-C*4
A氏	Ⅲ・Ⅴ・Ⅲ→Ⅳ・Ⅴ・Ⅳ	24→28	24→25	47→52	33→33
B氏	Ⅱ・Ⅱ・Ⅱ→Ⅲ・Ⅲ・Ⅲ	17→26	23→26	39→62	28→28
C氏	Ⅱ・Ⅰ・Ⅱ→Ⅱ・Ⅱ・Ⅲ	～ →16	～ →19	18→23	11→20

*1 U: 上肢 F: 手指 L: 下肢 *2 30点満点 *3 M: 運動項目 *4 C: 認知項目