

02-2 広範な左半球損傷を認めた重症例に対する食事活動に 焦点を当てたアプローチの経験

○福山 千愛(OT)¹⁾, 平田 篤志(OT)¹⁾, 山口 理恵(OT)¹⁾, 島田 眞一(MD)²⁾

1)伊丹恒生脳神経外科病院 リハビリテーション部

2)伊丹恒生脳神経外科病院 脳神経外科

Key word : 食事, 活動, 高次脳機能障害

【はじめに】食事動作は自宅退院に影響する重要な因子の一つである。しかし、脳卒中により複合的な症状を呈した重症例の食事動作に対する実践は、病態解釈のための定量的な評価が困難となり、介入に難渋するケースが少なくない。今回、脳出血による広範な左半球損傷の重症例に対して、食事の観察評価から症状の分析を行い、介入を行なった。結果、代償方略の獲得や活動能力の改善を認めたため、考察を加え報告する。尚、本報告に際し、家族より書面にて同意を得た。

【事例紹介】70歳代女性。診断名は左脳室内出血(左側頭葉, 左前頭葉~脳梁, 左頭頂後頭葉), 第4病日左脳室ドレナージ術施行。初期評価時, JCS100, 右上下肢重度運動麻痺, ADLは全介助。第51病日後に当院回復期病棟へ転棟。JCS3-10, 右上下肢中等度運動麻痺, 斜視, 多彩な高次脳機能障害を認めた。ADLは全~中等度介助。FIMは18/126点, うち食事は全介助1/7点。重度失語症であり, 神経心理学的検査は精査困難。家族希望は食事の3食経口摂取と自宅退院であった。

【食事活動評価(第153病日)】動画撮影を併用した観察評価を実施。スプーン操作では, 視線が対象に合わず, 食器ヘリーチしてすくう際に食器の外へずれ, 食塊にスプーンの面を合わせられない状況であった。咀嚼回数は一口ごとに約20回と嚥下までの時間を要し, 疲労や食思によっても摂食スピードに影響した。摂食時間は約60分。自己摂取量は1-8割であった。観察評価より(1)情動の問題, (2)斜視, 中心視, 注視の困難さなど視覚の問題, (3)道具の使用障害, (4)注意障害や運動開始困難による動作開始, 持続の問題, (5)右半側空間無視と姿勢の問題, と問題点を挙げた。

【介入方法】(1)に対して, 食事メニューの検討や食事前に休憩を入れる生活スケジュール調整を行った。(2)~(5)に対しては, 食物を注視し, 食器ヘリーチできることを目的に環境調整を行った。使用するテ-

ブルの種類や高さ, 皿の位置や高さ設定, 眼帯装着による視野制限の有無, スプーンの種類や柄の太さの調整など詳細な設定の模索・検討を繰り返し調整した。また, 適時ハンドリングによる動作練習を反復した。評価指標は自己摂取量, 摂取時間に加えて, 開始5分間のスプーン操作エラーの回数, 食べこぼしの回数, 咀嚼回数を測定した。

【結果(第181病日)】JCS3, 右上下肢中等度~軽度運動麻痺, ADLは中等度~軽介助。FIMは42/126点, うち食事は軽介助~見守り4/7点。食事観察評価より, 道具の把持方法が改善され, スプーン操作エラーの回数は, 初期の約7回から最終は2回へと改善。食べこぼしの回数は約2回から0回へと改善。咀嚼回数は約22回から19回へと改善。摂食時間は30-50分, 自己摂取量は4-8割と改善を認めた。

【考察】Siriguら(1995)は物品操作の把持・到達エラーに対しては体性感覚を用いた動作誘導が有効と報告し, Royら(1991)は, 失行の訓練は適宜声かけや動作誘導を行う「誤りなし学習」が原則であると報告した。本介入の環境調整は注視の感度と環境認識に影響を及ぼし, さらにハンドリングによる視覚-体性感覚フィードバックと運動のマッチング促進を反復することで, 一連の食事活動を円滑に行うための代償方略を獲得する契機となった可能性がある。また, 意識障害と重度失語を呈した本事例にとっての食事は, 情動に伴う報酬につながる活動であったことも影響したかもしれない。また, 今回の事例については, 適合する検査バッテリーも少なく, 改善自体が本介入によるものというよりは, 自然回復の可能性もある。従って, 今後は類似事例について活動へのアプローチや活動観察評価指標の検討を重ね, 検証していきたい。