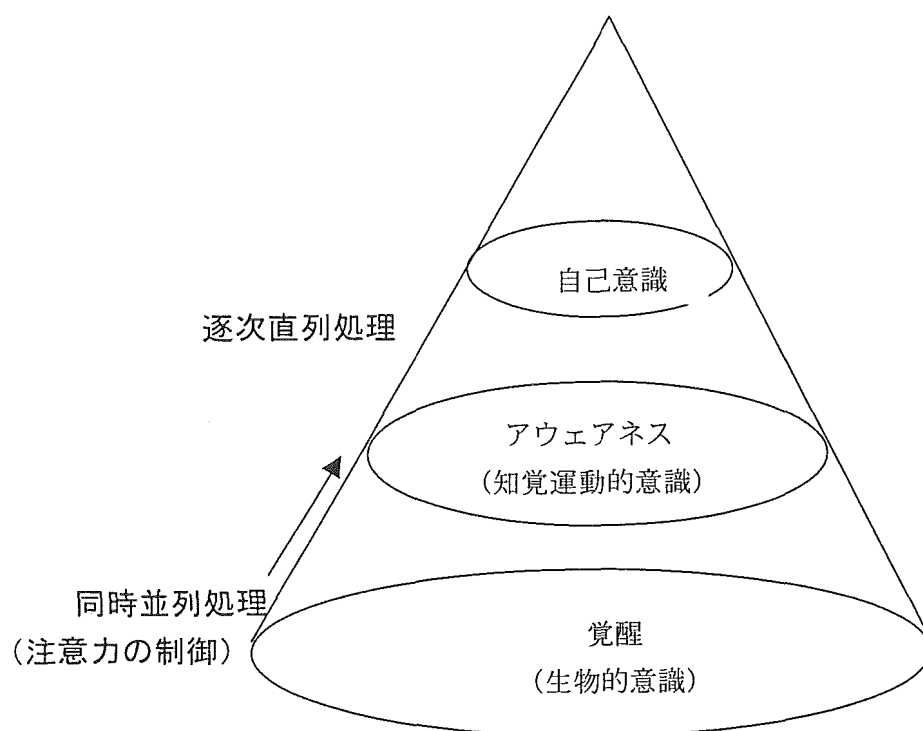


図5. 意識の階層モデル(芋坂直行、2000)



脳卒中患者の失認・失行と生活障害に関する研究

主任研究者 高橋龍太郎 東京都老人総合研究所

研究要旨

脳卒中患者の失認・失行と生活障害の関係を検討するため以下の研究を行った。第一に、ADL や認知機能の程度を標準的な尺度を活用して調べ生活機能との関連について基礎的調査を行うこと、第二に、急性期における失認・失行の発生状況の特徴とその変化を明らかにすること、そして、改善が顕著であった症例を臨床的に検討し、医療ケアの介入の可能性を探ることである。

失行と失認を合併した場合、BADL は失行のみの群と同様に低く、MMSE は失認のみの群と同様に低かったことから、失行と失認が合併した場合には認知機能・ADL ともに低下しているようである。ただしその場合、これら機能障害に関して、それぞれ単独の障害の影響が加算的に増強されなかったため、失行・失認による生活障害の発生機序には共通の部分がある可能性が示唆された。

失行・失認関連症候を有する患者の急性期から慢性期における生活障害の特徴を検討したところ、入院時重症度指標のNIHSSが中度以上では、入院時から退院後3ヶ月まで生活障害が認められ、その特徴は、両上肢動作では「雑」「し残し」「し忘れ」「慌てる」が、移動動作で「ぶつける」がみられ、自己の健康障害への認識が低下していた。また、注視に特徴があることを明らかにした。

内頸動脈が高度狭窄の症例に対しては、内頸動脈血栓内膜剥離術により高次機能が改善する可能性があり、高次機能障害は内頸動脈血栓内膜剥離術による直接的な軽快、長期的なりハビリテーションによる軽快が期待される。

【分担研究者】

高橋龍太郎

東京都老人総合研究所・参事研究員
今福 一郎

横浜労災病院神経内科・病棟部長
村嶋 幸代

東京大学大学院医学系研究科・教授
永田 智子

東京大学大学院医学系研究科・助手

A. 研究目的

本研究の目的は、脳卒中患者の失認・失行と生活障害の関係を検討するため、ADL や認知機能の程度を標準的な尺度を活用して調べ生活機能との関連について基礎的調査を行うこと、そして、急性期における失認・失行の発生状況の特徴とその変化を明らかにすること、さらに、改善が顕著であった症例を臨床的に検討し、医療ケアの介入の可能性を探ることである。

B. 研究方法

1. 生活機能との関連についての基礎的調査

東京都老人医療センターリハビリテーション科に入院した脳血管障害初発例のうち、失行・失認の存在が認められた 228 名を対象として認知機能、基本的 ADL、手段的 ADL を測定し、失行のみの群、失認のみの群、失行と失認の合併した群の 3 群間で比較検討を行った。

2. 急性期における失認・失行の発生状況調査

横浜労災病院、東京都老人医療センターに入院した急性期脳卒中患者のうち、初回発症、右大脳半球損傷、半側空間無視関連症候、の 3 基準を満たし、同意が得られた全例を対象とし、入院後 5 日以内、退院時、退院後 1 ヶ月、退院後 3 ヶ月の 4 時点において検査、行動観察、面接調査を実施した。脳卒中重症度として The National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) を用い、線分二等分検査、ADL、生活動作や健康障害への認知について検討を加えた。

3. 症例検討

失行・失認の改善が顕著であった症例を臨床的に検討した。

(倫理面への配慮)

臨床データの収集にあたっては、個人名や ID に関するデータは分析から除外し、個人情報漏洩しないよう配慮した。また、急性期の調査にあたっては、調査病院の院内倫理審査委員会の承認を受け、研究の目的、方法、プライバシーの保護、拒否の権利について説明を行い、同意書に署名を得た上で実施した。

C. 研究結果

1. 生活機能との関連についての基礎的調査

228 名の高次脳機能障害の種類の内訳は、失認のみの患者が 106 名

(58.2%)、失行のみの患者が43名(23.6%)、失認と失行が合併した患者が33名(18.1%)であった。BADLについて分析を行ったところ、失行群におけるBADL低下の程度は軽く、失認のみの群、および両方を合併した群のそれぞれと有意な差が認められ、両者を合併している群は失認のみの群と有意差がなく、ほぼ同等のレベルであった。(図1)上肢機能を主に用いる5項目の動作(食事摂取、更衣、整容、起居・移乗、トイレ動作)を選定し、3群間での比較を行ったところ、BADLの総スコアと同様の結果であった。(図2)

MMSEについて3群間で分析を行ったところ、失認のみの群が最も得点が高く、失行のみの群との間に有意な差が認められ、両方を合併した群は失行のみの群と同等であった。(図3)

2. 急性期における失認・失行の発生状況調査

2-1. 調査病棟に入院した脳卒中患者全72名のうち、失認関連症候有りと診断された患者の割合は11名(15.2%)、初回右大脳半球損傷脳卒中患者14名に対しては11名(78.5%)であった。全対象9名は、梗塞7名、出血2名、男6名、女3名、年齢 66.2 ± 3.4 (49~80)歳。Neglect 8名、半側身体失認1名、着衣失行1名。NIHSSは 11.3 ± 2.9 (1~26)点で、軽度2、中度4、重度1、超重度2名と分類された。BIは 21.6 ± 5.5 (5~55)点だった。

2-2. 重症度による経時的変化の特徴

- Neglect に伴う生活障害、注視、健康障害の認知 -

- 1) 軽度者2名は、失認関連症候が入院後早期に消失し、生活障害がなかった。
 - 2) 中度者4名は、Baseline から T3 まで、Neglect に伴う生活動作の障害、共同偏視軽度、追視、声掛けへの反応に問題があった。1名は、Baseline から麻痺側を含む身体の認識障害があり、T3 に障害への気づき(awareness)の出現がみられた。2名は、Baseline から T3 まで、生活動作障害に自ら気づいていた。更に、T2 に背後空間の認識障害とそれに伴う視線動揺があった。1名は、T2 でその障害に気づいて、行動修正していた。
 - 3) 重度者は Baseline から T3 まで Neglect を伴う生活動作の障害、共同偏視、追視、視線、声掛けの反応の問題、注視を伴う動作の中断があった。健康障害に対する認識低下があった。
 - 4) 超重度者2名は、Baseline から T3 まで Neglect に伴う生活動作、障害共同偏視、追視、視線、声掛けへの反応に問題があり、注視を伴う動作の中断があった。1名は、Baseline、T1 に麻痺側の認識低下、T2 からそれに対する気づきが出現するが、生活障害の認識障害があった。
- ### 2-3. Neglect に伴う日常生活障害
- 軽度は、Neglect が入院後すぐに消失し、生活障害を残さなかった。中度から超重度は Neglect と Neglect 関

連症候に伴う生活障害が持続し、障害は、整容、移動、食事動作に出現し、その特徴は、動作の「し残し」「し忘れ」「慌てる」「雑」「ぶつける」だった。更に、対象は背後の刺激、空間認識に障害があった。左右だけではなく、背後にも注意が必要で、疲労や恐怖を感じていた。

2-4. 注視の特徴

軽度は障害がなかった。中度から超重度は、その程度は変化しながらも Baseline から T3 まで、共同偏視、追視、視線という目の動き、声掛けへの反応に問題が出現していた。

2-5. 麻痺側を含む自己の健康障害への認識力低下

自分の悪いところや、麻痺の存在が分からないという麻痺側への認識障害があった。また、麻痺により生じる生活障害、健康障害の認識が不完全であった。T3 まで継続する対象がいた。以上麻痺側を含め健康障害の認識障害が明らかになった。

3. 症例検討

左内頸動脈に高度狭窄を有し、頭部 MRI 上の所見は乏しいにも関わらず、一過性の右片麻痺と進行性の記銘力障害・失語症状を呈した 73 歳男性（症例 1）と、右内頸動脈に高度狭窄を有し、左半側空間無視と左上下肢の失行を呈した 63 歳男性（症例 2）において、内頸動脈血栓内膜剥離術術前と術後約 2 ヶ月に WAIS-R, WAB, 記銘力検査を施行し、脳血流シンチ、脳波と併せて検討した。

症例 1 では WAIS-R は術前 IQ63 (VIQ71, PIQ60) に対し術後 IQ91 (VIQ92, PIQ92) と改善した。また、物品呼称、読み、書字、計算の障害が術後ほぼ消失した。記銘力障害は術後も残っていた。症例 2 では WAIS-R は術前 IQ83 (VIQ108, PIQ53) に対し術後 IQ91 (VIQ114, PIQ61) と改善した。また左半側空間無視も線分二等分や線分末梢のテストの改善を示したが模写での無視や左上下肢の失行は残った。

E. 結論

失行と失認を合併した場合、BADL は失行のみの群と同様に低く、MMSE は失認のみの群と同様に低かったことから、失行と失認が合併した場合には認知機能・ADL とともに低下しているようである。その場合、これら機能障害に関して、それぞれ単独の障害の影響が加算的に増強されなかったのので、失行・失認による生活障害の発生機序には共通の部分があるのかもしれない。

失行・失認関連症候を有する患者の急性期から慢性期における生活障害の特徴を検討したところ、入院時 NIHSS が中度以上では、入院時から退院後 3 ヶ月まで生活障害が認められ、その特徴は、両上肢動作では「雑」「し残し」「し忘れ」「慌てる」が、移動動作で「ぶつける」がみられ、自己の健康障害への認識が低下していた。また、注視に特徴があることを明らかにした。

内頸動脈が高度狭窄の症例に対しては、内頸動脈血栓内膜剥離術により高次機能が改善する可能性があり、高次機能障害は内頸動脈血栓内膜剥離術による直接的な軽快、長期的なリハビリテーションによる軽快が期待される。

図1：BADLの3群比較

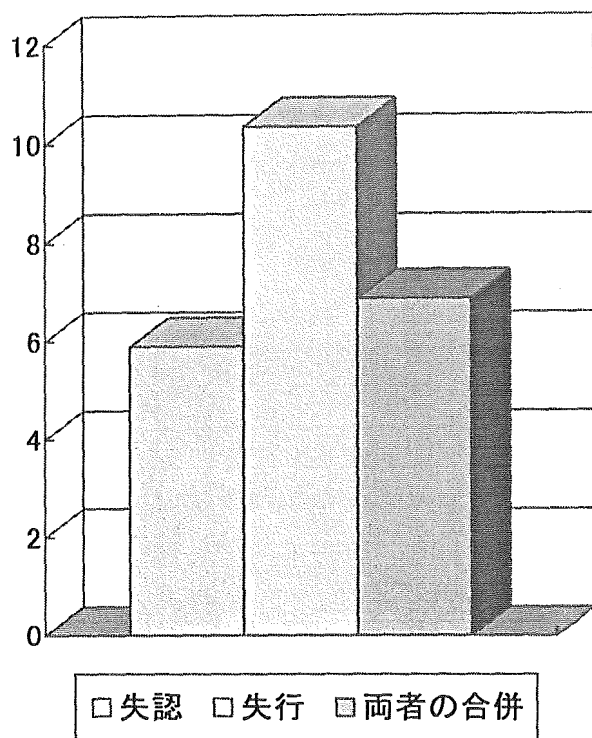


図2：上肢機能中心のBADLの3群比較

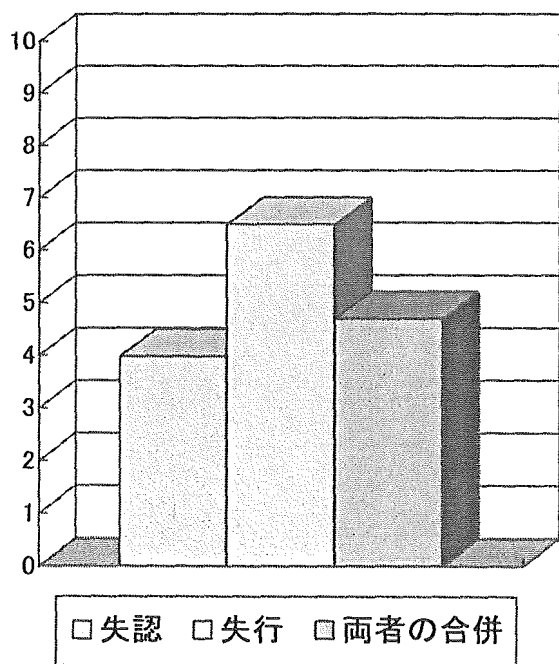
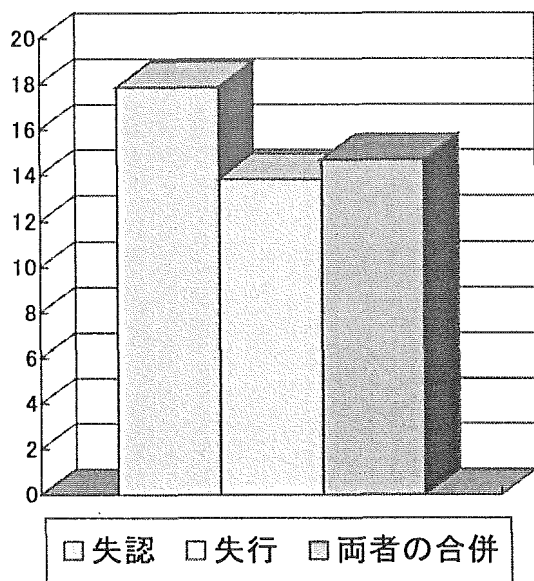


図 3 : MMSE の 3 群比較



厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)

平成15年度 総括研究報告書

脳卒中患者の失認・失行と生活障害に関する研究

主任研究者 高橋龍太郎 東京都老人総合研究所 参事研究員

要旨

初年度に引き続き、脳卒中患者の失認・失行と生活障害の関係を検討するため失認・失行症例の発症急性期から退院12ヵ月後までの追跡研究と本格的リハビリテーション期における生活障害特性分析の研究を行った。

追跡研究においては、主に Neglect 患者の評価法として用いられているスケールである CBS (the Catherine Bergego Scale) の日本語版を作成し、この CBS による Neglect 行動分析を中心にした生活障害の変化を明らかにした。その結果、対象とした初回発症右大脳半球脳卒中患者の急性期 CBS 平均得点は、15点(1~24)で最大スコア30点の中間レベルにあり決して低値ではないこと、中等度以上の症例では12ヵ月後も失認・失行関連障害が持続することが示された。また、行動障害の認識低下が広くみられ、介護関係に影響することがわかった。

リハビリテーション期における生活障害特性分析の研究では、脳卒中初発例のうち、麻痺なし、両側麻痺、小脳・脳幹病変、左利きを除外した487例を対象とし分析したところ、発症1,2ヶ月を経過した脳卒中初発例でも35%に失認・失行の両者ないしいずれかが認められること、左側片麻痺例では利き手である右上肢機能が保たれ認知機能もある程度維持されているにもかかわらず上肢関連動作が右側片麻痺例よりも劣っていることが示された。

右大脳半球脳卒中患者では、急性期から在宅での生活実態を念頭に置いた患者と介護者への援助を計画していくこと、そのために CBS のような簡便な評価法の利用が有用であることが示唆された。

A. 研究目的

本研究の目的は、脳卒中患者の失認・失行と生活障害の関係を検討するため、ADL や認知機能の程度を標準的な尺度を活用して調べ生活機能との関連について基礎的調査を行うこと、そして、急性期における失認・失行の発生状況の特徴とその変化を明らかにすること、さらに、改善が顕著であった症例を臨床的に検討し、医療ケアの介入の可能性を探ることである。

B. 研究方法

1. 脳卒中初発例のリハビリテーション期における生活障害特性の研究

都内の T 老人専門病院リハビリテーション科にリハビリテーション目的で入院した脳血管障害初発例 563 例のうち、麻痺なし、両側麻痺、小脳・脳幹病変、左利きの計 76 名を除外した 487 例を分析対象とした。

2. 失認・失行症例の急性期から 12 ヶ月後までの追跡研究

地域中核病院に入院した全脳卒中患者のうち、初回発症、失認・失行を有する右大脳半球損傷脳卒中患者 9 (梗塞 7 名、出血 2 名；男性 6 名、女性 3 名；平均年齢 66.2 ± 3.4 歳) 名を対象に、入院時の脳卒中の重症度別に、日本語版 CBS (the Catherine Bergego Scale: Azouvi, P. et al. *Neuropsych Rehab*,

6: 133, 1996)、自己の障害への認識などを、入院 (T1)、退院時 (T2)、退院後 1 ヶ月 (T3)、退院後 3 ヶ月 (T4)、6 ヶ月 (T5)、12 ヶ月 (T6) の時経列の変化を分析した。

Neglect 行動観察評価尺度：日本語版 CBS 作成

日本語版 CBS 作成に当たっては、CBS の作者に許可を得て、医学系専門家による日本語への順翻訳および逆翻訳をおこなった。CBS 得点の研究観察と自己評価との得点差を Agnosia とした。

(倫理面への配慮)

臨床データの収集にあたっては、個人名や ID に関するデータは分析から除外し、個人情報が漏洩しないよう配慮した。また、急性期の調査にあたっては、調査病院の院内倫理審査委員会の承認を受け、研究の目的、方法、プライバシーの保護、拒否の権利について説明を行い、同意書に署名を得た上で実施した。

C. 研究結果

1. 脳卒中初発例のリハビリテーション期における生活障害特性の研究

対象例の脳血管障害の種類は、脳梗塞が約 7 割、脳内出血が約 3 割を占めていた。麻痺側は右側が 55.2%、左側が 44.8% であった。失行のある者は全体の 14.1% で、失認のある者は全体の 26.5% であった。このうち、28 名 (5.7%)

は両者を合併していた。すなわち、34.9%が失認・失行の両者ないしいずれかが認められた。

対象例は右利きであるので、麻痺側による頻度差、生活障害の違いを検討した。失行は、右側片麻痺では11%、左側片麻痺では15%に認められ、麻痺側による有意差は認められなかった。失認は、右側片麻痺では12%、左側片麻痺では44%もの高頻度で認められ、有意な左右差が認められた。(図1)ADL、IADL、入院期間の左右差はなく、MMSEは左側片麻痺の方が高値であった。ADLの総合スコアについては右側片麻痺・左側片麻痺間にも、失行・失認のある群・ない群との間に有意な差は認められなかった。(図2)

IADLの総合スコアについては、右側片麻痺、左側片麻痺間において、失行・失認のある群とない群の差は認められなかった。しかし、右片麻痺、左片麻痺の両方において失行もしくは失認のある群のIADL総合スコアが有意に低かった。(図3)右側片麻痺、左側片麻痺の両者において失行・失認のある群のほうがMMSEスコアが有意に低く、失行・失認のある群間、失行・失認のない群間でそれぞれ比較すると、失行・失認のある群で有意にMMSEスコアは左側片麻痺群で高かった。(図4)

各生活動作、機能障害の比較では、IADLの預金扱い、ADLの起居動作、着脱衣、排泄行為、機能障害の手指・上肢・下肢のすべてについて左側片麻痺群でのみ失行・失認の有無で有意な差が認められた。(表1)

2. 失認・失行症例の急性期から12ヵ月後までの追跡研究

本研究における全脳卒中患者72名中失認・失行の発症頻度は14.1%(11/72)、初発の右大脳半球脳卒中患者の78.5%(11/14)だった。更に、同意が得られた対象の9名(梗塞7名、出血2名;男6名、女3名;平均年齢 66.2 ± 3.4 歳)のは、8名がNeglect、うち1名は半側身体失認を有し、1名は着衣失行を有していた。NIHSS(脳卒中の重症度:The National Institutes of Health Stroke Scale)は平均 11.3 ± 2.9 点、軽度2、中等度4、重度3名と分類された。入院時のCBS平均得点 14.5 ± 7.2 点だった。初回退院先は、軽度が自宅へ、中等度以上は転院していた。

【NIHSS重症度別のCBS時系列変化】

1) 軽度: 2名

入院後早期に失認・失行が消失し、退院後の生活障害は認められなかった。

CBS(観察): T1で低値、T2以降0点だった。

CBS(自己評価): 観察と同様だった。

障害への認識: 全経過を通しAgnosiaスコアは0点だった。

2) 中等度: 4名

全経過を通しNeglect行動があり、退院後1ヶ月から6ヶ月では、これら生活障害を認識し、精神的疲労を示していた。

CBS(観察): 全経過を通しNeglect行動がみられ、T3以降、徐々に改善がみられた。

*CBS 以外の問題: 2名は T3 で、背後からの刺激にキョロキョロして振り返れなかった。

障害への認識: 1名 (No3) は、T1 から T5 まで Agnosia スコアが高かった。他の 3名は、T3 以降自分なりに障害を認識し、認識の程度に変動があった。退院後 6ヶ月前後スコアに変動を示したものがあつた。

3) 重度者: 3名

1名は脳ヘルニアを起こし、発症後 5ヶ月後に永眠された。残り 2名は、全経過を通し重度な失認が継続し、退院後早期には CBS 得点の悪化がみられていた。しかしながら、自己の病状や障害への気づきが乏しかった。

CBS (観察): 入院時から高値で、退院後早期には生活行動の拡大と共に、更に悪化がみられ、T6 までも中等度だった。

*CBS 項目以外の問題: T0 から T3 まで、左側からの刺激にキョロキョロと辺りを見回しては動作の集中途切れていた。また、移動時、車椅子に体をぶつけてしまうこと、麻痺側を体幹の下敷きにすることで、肩関節、膝関節の脱臼、麻痺側の打撲、擦過傷が絶えなかった。

CBS (自己評価): 入院中は障害を軽度に評価し、退院後 6ヶ月までも中等度に評価し、自分の病状や健康障害への認識、気づきが乏しかった。

障害への認識: 全経過を通し Agnosia スコアが高く、麻痺や障害への認識が乏しく、T4 では、麻痺側を脱臼するという健康傷害すら認識できなかった。

D. 考察

Pedersen ら (1997) は緊急入院した脳血管障害患者 602 名のうち 23% に半側空間無視 (失認) が認められたが、半側空間無視そのものはアウトカム (Barthel Index や入院期間などを用いて測定) に対して悪影響を及ぼさなかったとしている。我々の研究においても ADL 総合スコアや入院期間については有意な影響は認められなかったが、IADL を中心とする生活機能については強く障害をうけ、特に左側片麻痺で失行・失認が存在する場合には主として上肢を用いる生活機能が障害されることが明らかになった。一般に、利き手が障害を受けるほうが日常生活動作に不自由を与えるものと考えられるけれども、左側片麻痺の場合、利き手の機能が保持されているにも関わらず上肢を用いる日常生活動作が影響を受けやすいという事実は在宅生活援助の観点から留意すべきである。居室での活動を中心とする日常生活においては上肢を使うさまざまな動作が基本となっており、しかも周囲の援助者がその状況を理解しなければ患者、援助者ともに多大なストレスを抱えるのではないだろうか。

脳血管障害患者においては、失行・失認といった症状が稀な症状ではないこと、またこの症状が存在する患者においては、ADL の機能が比較的高く保たれていても上肢を用いる日常生活機能が強く影響を受ける可能性があることをリハビリテーションの看護者が把握することにより、患者、家族が気づきにくいニーズをより正確にアセスメントすることができるようになる

と思われる。

急性期からの失認・失行追跡研究の対象例は 9 例であったが、脳卒中の失認・失行に関する時系列変化研究は先行研究にほとんど見られず、意義あるものとする。

入院時の CBS 平均得点 15 点 (最重度 30 点) は決して低値ではなく、中等度の Neglect 行動を示すことから、右大脳半球損傷脳卒中患者ケアを提供するにあたっては、あるべき障害として考慮すべきだろう。

入院時の脳卒中の重症度分類に基づくと、入院時軽度者は、Neglect が早期に消失するという従来の知見と一致している。入院時中等度以上の場合、急性期から慢性期にも Neglect 行動と生活障害が継続することが考えられる。また、中等度と重度では、その生活障害の変化に違いがあることを示した。退院時早期の生活行動拡大と共に CBS 得点の変化では、中等度は徐々に改善する一方、重度では悪化がみられ、健康障害への認識の違いが出現することから、時期的変化と生活障害の違いが生じることに着目する必要性が考えられる。更に、入院後早期から慢性期までの生活障害を予測し得ると考えられるだろう。

E. 結論

脳卒中患者の失認・失行と生活障害の関係を検討するため失認・失行症例の発症急性期から退院 12 ヶ月後までの追跡研究と本格的リハビリテーション期における生活障害特性分析の研

究を行い、次のような結果を得た。

追跡研究においては、主に Neglect 患者の評価法として用いられているスケール CBS の日本語版を作成し、この CBS による Neglect 行動分析を中心とした生活障害の変化を明らかにした。対象とした初回発症右大脳半球脳卒中患者の急性期 CBS 平均得点は、15 点 (1~24) で最大スコア 30 点の中間レベルにあり決して低値ではないこと、中等度以上の症例では 12 ヶ月後も失認・失行関連障害が持続することが示された。また、行動障害の認識低下が広くみられ、介護関係に影響することがわかった。

リハビリテーション期における生活障害特性分析の研究では、脳卒中初発例 487 例を対象とし分析したところ、発症 1,2 ヶ月を経過した脳卒中初発例でも 35% に失認・失行の両者ないしいずれかが認められること、左側片麻痺例では利き手である右上肢機能が保たれ認知機能もある程度維持されているにもかかわらず上肢関連動作が右側片麻痺例よりも劣っていることが示された。

右大脳半球脳卒中患者では、急性期から在宅での生活実態を念頭に置いた患者と介護者への援助を計画していくこと、そのために CBS のような簡便な評価法の利用が有用であることが示唆された。

図 1. 麻痺側別にみた失行・失認の出現頻度

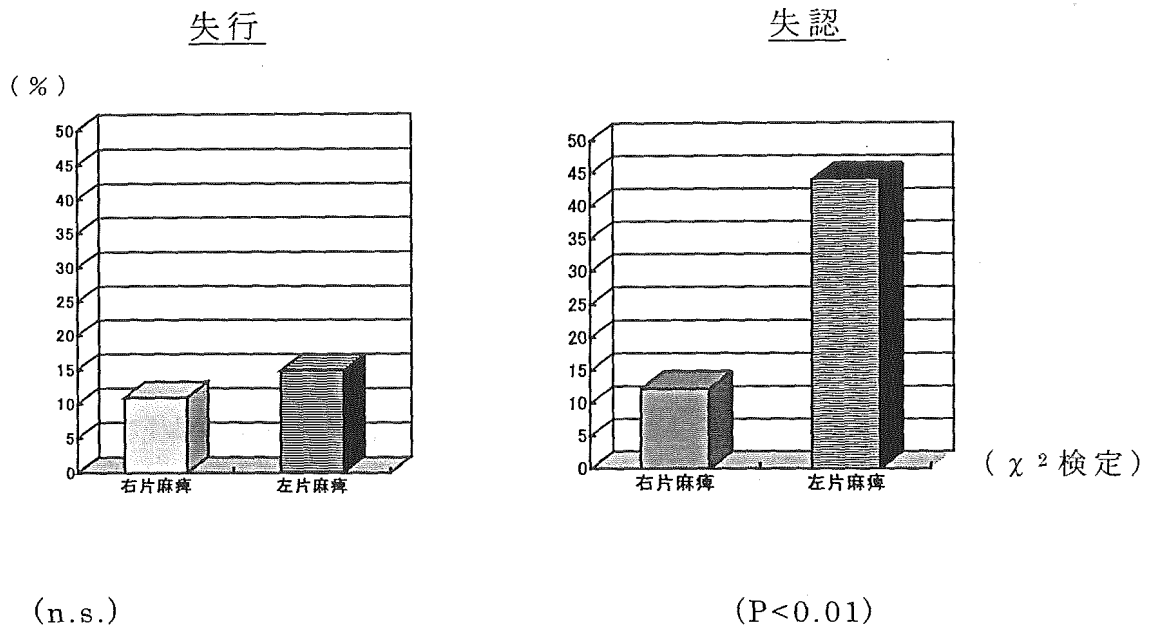


図 2. 麻痺側別にみた失行・失認の有無と ADL との関連

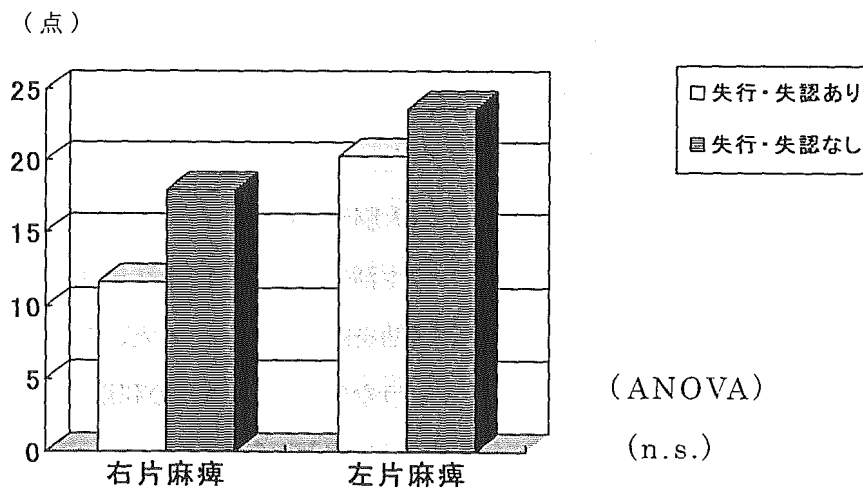


図 3. 麻痺側別にみた失行・失認の有無と IADL との関連

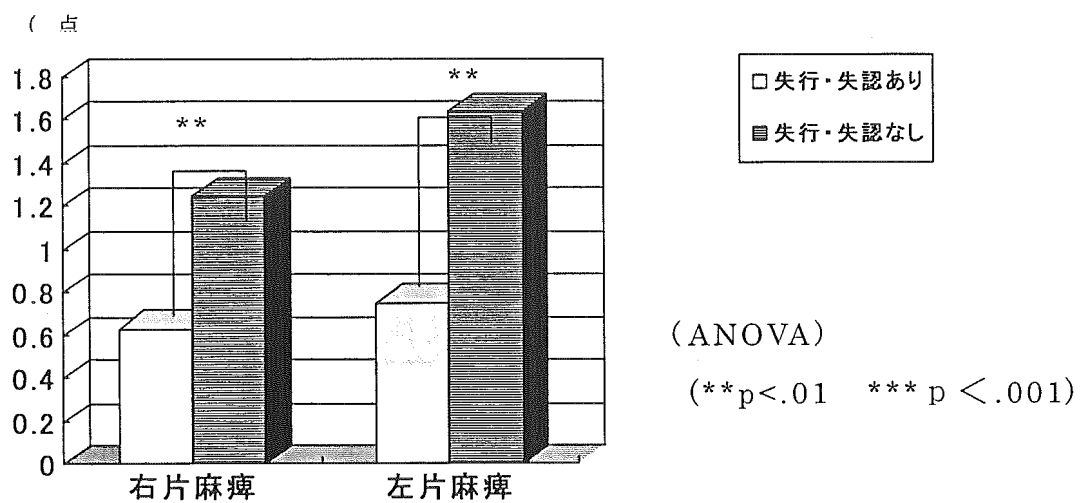


図 4. 麻痺側別にみた失行・失認の有無と MMSE との関連

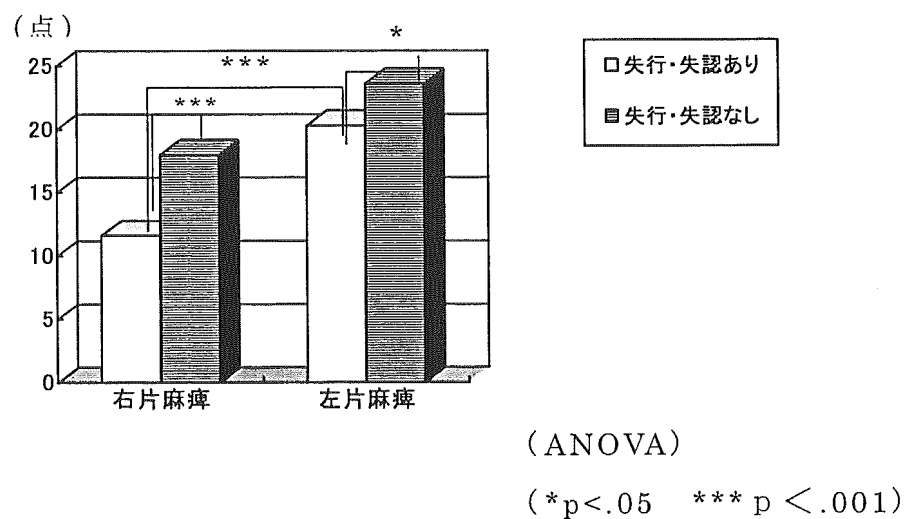


表 1. 失行・失認のある群とない群を比較し、左片麻痺群でのみ差の認められた ADL・IADL の各項目

IADL	ADL	機能障害
預金扱い	起居動作 着脱衣 排泄行為	手指機能障害 上肢機能障害 下肢機能障害

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)

平成16年度 総括研究報告書

脳卒中患者の失認・失行と生活障害に関する研究

主任研究者 高橋龍太郎 東京都老人総合研究所

研究要旨:半側空間無視(以下,Neglect)を有する脳卒中患者の生活障害評価尺度の開発に向け、本邦で初めて the Catherine Bergego Scale 日本語版(以下,CBS-J)による生活障害の評価とその利用可能性を検討した。初発、右大脳半球損傷、Neglect 有りを満たした脳卒中患者 20 名を対象に、脳卒中重症度尺度により軽度群(6 名)、中等度群(10 名)、重度群(4 名)に分類し、CBS-J-観察得点、CBS-J-自己評価得点、CBS-J-Anosognosia(病態失認)得点について比較したところ、CBS-J-観察得点、CBS-J-Anosognosia(病態失認)得点は重症度による有意差があった。脳卒中の重症度に応じて、Neglect 行動、病態失認が共に強くなり、自身の Neglect 行動を気づくことができなくなること示唆している。CBS-J は、Neglect による生活障害とその認識を評価する有用な尺度である。

また、24 名の高齢脳卒中症例に対して健康の意味についてインタビューを行い質的に分析したところ、その文字テキストから 103 のトピック要素が選択され、さらにそのトピックから7つのテーマが抽出された。トピックを左右半球別に検討したところ、右大脳半球損傷では「現在の健康状態に合わせようとする」および「新しい視点から生活を見通す」というテーマに関するトピックが多く含まれていることが示された。反省的に自分自身の行動を意識すると(逐次直列処理系、再帰的自己意識)、生活に合わせて行動することができていない自分に疲労し、それを何とかしたい、「和解させたい(adjust)」という言語的表出が行われることが示唆された。

A. 研究目的

脳卒中患者の発症後早期から生じる失認・失行は、日常生活動作能力の負の影響要因で、リハビリテーション期にも重要な生活障害である。しかし、現在わが国では、失認により生活障害評価尺度開発に関する取り組みはなされていない。そこで、失認・失行を有する初発の右大脳半球損傷脳卒中患者を対象に、the Catherine Bergego Scale Japanese version (以下、CBS-J) を用いた生活障害を明らかにし、CBS-J の有用性を検討する。

また、急性期からの観察によって右大脳半球損傷群では注意力低下に加え自分自身の病や障害への関心低下が高頻度に見られることがわかった。そこで、脳卒中高齢者を対象として、自分の病や健康体験に関するインタビューを行い、そこで語られた内容を質的に分析し、大脳半球損傷の左右差が病の語りにどのような違いを生むかを検討することとした。

B. 研究方法

1. 高次脳機能障害と日常生活機能に関する研究

地域中核病院に入院した脳卒中患者のうち、初発、失認・失行を有する右大脳半球損傷脳卒中患者 20 名を対象に、退院後1ヶ月時に機能評価、CBS-J による行動観察、面接調査を実施した。

調査時の The National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)総得点により対象を3群に分類し、3群間における各変数の関連を検討した。脳卒中の重症度を独立変数とし、CBS-J-観察得点、CBS-J-自己評価得点、

CBS-J-Anosognosia (病態失認)得点、Barthel Index(BI)、MMSE 得点について検定をおこなった

2. 脳卒中高齢者の健康体験に関する研究

T 老人専門病院リハビリテーション科に入院しリハビリテーションを受けている入院中の脳卒中高齢者、ないしリハビリテーション後退院し通院中の脳卒中高齢者 24 名で、右大脳半球損傷左片麻痺例 15 名、左大脳半球損傷右片麻痺例 (失語症合併例を除外)7 名、片麻痺なし 1 名、両側麻痺 1 名であった。

各症例に「あなたにとって健康であるとは何を意味しますか」という質問を投げかけ、それに対する対象者の語りをテープレコーダーに録音した。録音内容を文字化した後、質的研究の豊富な経験を持つ米国の研究者と分析を進めるため、文字テキストの英訳を行った。5 人の研究者が van Kaam 法 (van Kaam, 1969) に基づいて、週 1 回の電子メール交換と 2 回の直接討論によって分析を進めた。

(倫理的配慮)

調査病院における院内倫理審査委員会の承認を受けた。研究者が、研究の目的、方法、プライバシーの保護、拒否の権利を説明し、同意書に署名を得て実施した。

C. 研究結果

1. 高次脳機能障害と日常生活機能に関する研究

NIHSS は平均 9.1 ± 5.1 点で、それに基づき軽度群 6 名、中等度群 10 名、重度群 4 名に分類された。3 群の属性に差はなかった。

CBS-J-観察得点は、重症度が高いと

Neglect 行動が高かった($P=0.000$)。CBS-J-自己評価得点は3群共に低く群間に差はなかった。CBS-J-Anosognosia(病態失認)得点は、重症度が高いと病態失認が強かった($P=0.000$)。(図1)CBS-J10項目のCronbach α は、観察得点、自己評価得点、Anosognosia(病態失認)得点は各々0.98、0.88、0.97であった。また、重症度が高いとBI得点が低く、ADL能力も低かった($P=0.000$)。重症度が高いとMMSE得点が低く、全般的認知能力が低かった($P=0.005$)。

2. 脳卒中高齢者の健康体験に関する研究

24名の高齢脳卒中症例に対して健康の意味についてインタビューを行い、その文字テキストの分析の中から合計103のトピック要素が選択された。さらにそのトピックから7つのテーマが抽出された。それらは、「スムーズに考え、動くこと」「基本的でかけがえのない贈り物」「現在の健康状態に合わせようとする」「現在を定義する過去の体験」「日常生活の健康バロメーターを自覚する」「他者の目を通して自分を判断する」「新しい視点から生活を見通す」の7テーマであった。これら7つのテーマに還元された103のトピックひとつひとつが、左右どちらの脳半球損傷の高齢者の語りであったかを遡及的に(retrospective)検討したところ、「新しい視点から生活を見通す」に関するトピックはやや右脳半球損傷例に多くみられ、「現在の健康状態に合わせようとする」というトピックは計11あり(表1)、「食べ物に気をつける」以外残りすべては右脳半球損傷例のインタビューから得られたトピックであった。

D. 考察

1. 高次脳機能障害と日常生活機能に関する研究

CBS-Jの10項目は、患者を観察し患者に質

問することで評価できる簡便かつ有用な尺度である。

CBS-J-観察得点、CBS-J-Anosognosia(病態失認)得点が脳卒中の重症度との関連から、重症度によりNeglect行動が強く、患者自身の日々の生活における障害や病態への認識が困難であること示している。中等度群では、全般的認知能力が高く保たれていても、自己のNeglect行動を気づくことができない障害を評価し得ることを示唆している。

2. 脳卒中高齢者の健康体験に関する研究

右脳半球損傷(全例左片麻痺あり)の症例の語りには「現在の健康状態に合わせようとする」および「新しい視点から生活を見通す」というテーマに関するトピックが多く含まれていることが示された。「適応させる、和解させる、合わせる」というキーワードで象徴化できよう。

右脳半球損傷例では病態失認やそれに近い症状、障害や症状の完全否認から自分の身体状況への無関心まで広い範囲の言語表現がみられるとされるが、今回の結果は、反対に失った健康、心身機能でもってなんとか地域生活への復帰、再適応を果たそうとしていることを支持する。この結果をどのように考えればよいのだろうか。最近の認知科学領域の知見によると、意識は階層構造をとっていると考えられるようになった。(図2)このモデルに基づいて今回の結果を考えてみる。覚醒している場合(生物的意識)、日常生活のほとんどの行動は知覚(視覚情報など)と運動が同時並行処理され瞬時の反応として現れる(アウェアネス;知覚運動的意識)。この入力情報の一部に欠損(視空間失認など)があると注意力の制御に問題が生じる。その問題に気づく(アウェアネス)はずであるが、事実としては知覚-運動過程がスタートしてしまっただ後に遅れて知覚される。この逆転した前

後関係を自分自身ではうまく対処したようにつじつまを合わせるため(時間の繰上げ;B・リベット、1991)よどみない、統一感のある現実として経験される(T・ノーレットランダーシュ、1991)。この後追いのつじつま合わせが、病状や障害の無視、無関心、自己弁明的な言動になるのかもしれない。しかし、いったん反省的に(リカーシブ)自身の言動を意識すると(逐次直列処理系、再帰的自己意識)、生活に合わせて行動することができていない自分に疲労し、それを何とかしたい、「和解させたい(adjust)」という言語的表出が行われるということができないのではないだろうか。

E. 結論

CBS-J(the Catherine Bergego Scale 日本語版)を用いて Neglect を有する初発右大脳半球脳卒中患者の重症度別比較を行った結果、CBS-J は脳卒中重症度に応じて、Neglect 行動、病態失認が強くなること、脳卒中の重症度が中等度・重度の患者自身は、自身の Neglect 行動があるにもかかわらず、自己評価ができない、即ち、自身の日常生活における障害を気づくことができない障害を有することがわかった。CBS-J は、Neglect による生活障害とその認識を評価する有用な尺度であり、Neglect 行動を評価し、患者の認識を問い、その差に注目する必要性が示唆された。

右大脳半球損傷例では広範囲のスペクトルをもった失認・失行関連症状が現れるが、日常生活の行動や動作は視覚情報などの知覚と運動が同時並行処理され瞬時の反応として現れるので、この入力情報の一部に欠損や不具合(視空間失認など)があると注意力の制御に問題が生じる。しかし、それはすでに起こってしまったことであるので、注意を喚起する方法では

是正し得ない。わかりやすく正確にこのメカニズムを説明し、自分自身でもうまく対処しているとつじつまを合わせるしか仕方がない状況、その矛盾に疲労している状況、そして再帰的に自己意識を発揮すれば何とか和解させたいと願っている状況、このような障害の起こり方を納得することによって、少なくとも本人と家族のストレスは減弱するであろうし、一部の患者では再帰的な自己意識を刺激することによって実際に行動を是正させることができるかもしれない。