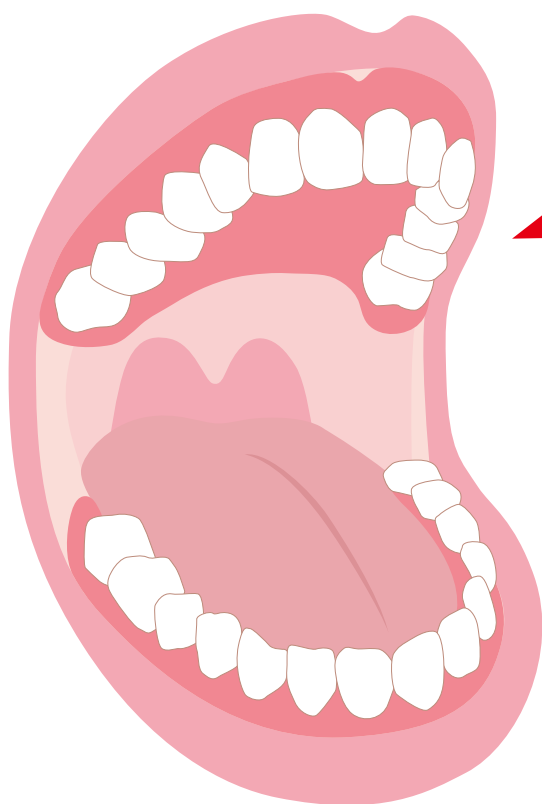


治せる? 治せない?

摂食嚥下障害への 視点と対応



**まだまだ
あるぞ!
できること**



〔編著〕 藤本篤士・野原幹司・小山珠美・金沢英哲・武井典子

Problem 3

患者をトータルでとらえているか

——最もよく行われている間接訓練について考える——

Clinical
Case

3

間接訓練でやや改善したが、別の視点からのアプローチによって
食べられるようになった症例

Topic 間接訓練, 臨床推論

藤本 さて、次に先生方と考えてみたいと思ったのは、摂食嚥下リハにおいて今日広く行われている「間接訓練」のあり方についてです。というのは、小山さんや金沢先生のように、しっかりした知識とアセスメントに基づく診断、患者さんへの深い思い、そして技術を担保したうえでの摂食嚥下障害の患者さんへの治療・支援であればよいのですが、実際には、それらのベースが十分でないままに、「根拠は特にないけれど、こうしたらいいのでは」「こういう方法をセミナーで習ったから」ということで、漫然と間接訓練が行われている現状があると思います。

だけど、摂食嚥下リハというのは、不適切に行くと、下手したら患者さんの死につながりかねないリハなので、携わる歯科衛生士や看護師、多職種にはもっともっと勉強してほしいし、自身が得た特定の視点に基づいて安易に関わることは危険であることを知ってほしいと強く思っています。そこで野原先生には、間接訓練ですべてうまくいくというものではないことを、症例を通してご提言いただきたいと思います。

野原 摂食嚥下障害を間接訓練である程度までは改善できたけれど、食べられるようになったのは他のアプローチからであったという事例を紹介したいと思います。裏テーマとしては、先ほども話題にした「臨床推論」をちゃんとやりましょうということなのですが。

藤本 臨床推論という言葉・概念は、実は私も

あまり聞いたことがないのです。

野原 ささまざまな定義があるようですが、臨床推論というのは、診断や治療方針を決定していくための思考のプロセスで、先ほども申し上げたように、病状から原因を推察して、それに基づいて治療方針を立ててアプローチしていこうというものです。

問題の原因を上まで遡って考えて、その“上”の視点に立って問題全般を見渡して、ではどうするかを検討することが大切で、摂食嚥下障害の患者さんにしても、障害の現症に相対したときに、嚥下の状態だけ見ていると問題の根幹に思い当たらないのです。それが、“上”の視点に立つと、先が見渡せるので〔図5〕、「この病態だったら将来よくなって食べられますよ」とか、「この病態であれば、これからだんだん機能が低下していくので今のうちに食べておきましょう」といった話ができるようになるのです。

*

野原 さて、事例の紹介ですが、「経口摂取を再開したい」ということで紹介された患者さんです。91歳女性で、身長140cm、体重40kgでBMIは20あります。家族と同居していて、ADLは生活自立度B1です。軟菜食をいろいろ工夫して、とろみも多少つけた食事をしていたそうです。それが半年前に誤嚥性肺炎になってしまい、意識レベルも低下したので禁食となり、胃瘻造設されたそうです。

退院後に入所した施設の歯科衛生士が嚥下

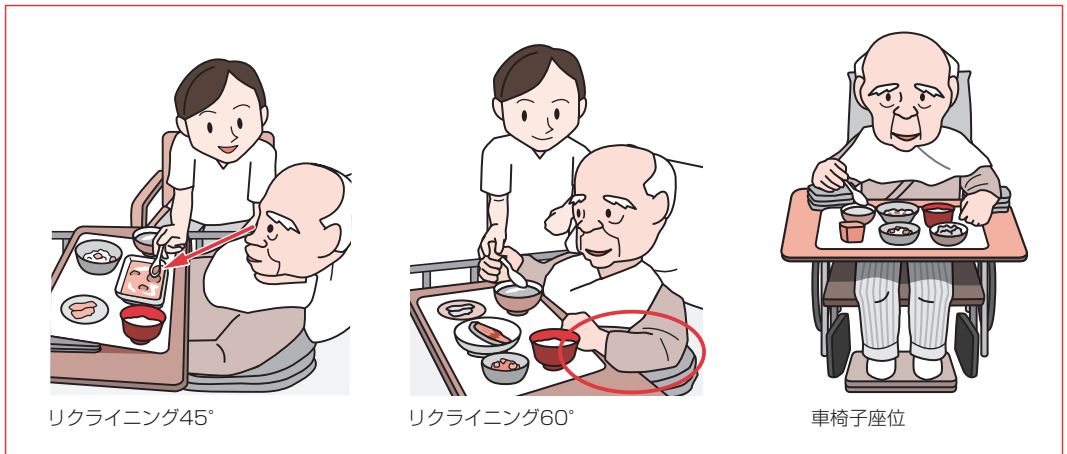


図1 食事時の姿勢調整

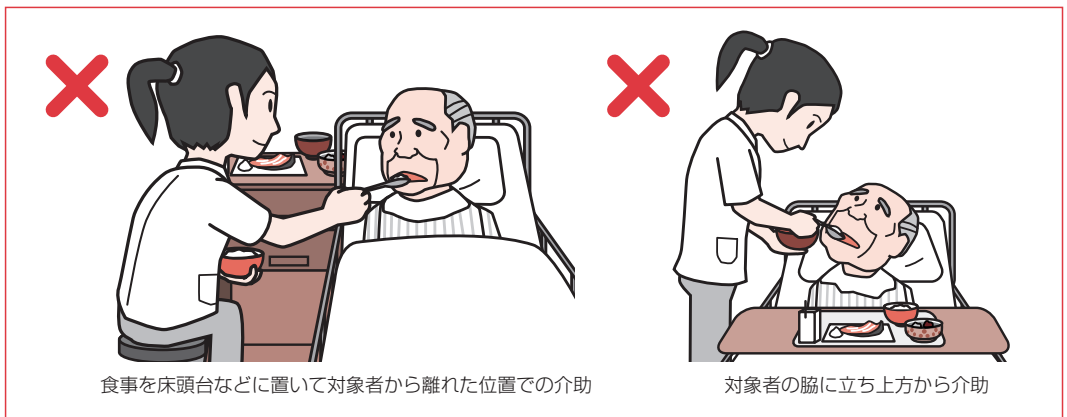


図2 不適切な介助場面

摂取の場合も、麻痺側の上肢がエプロンの中に隠れず、テーブルやクッションなどを用いて肘が安定するようにサポートし、食器に手を添えられるよう環境を整える。加えてポジショニング後はいったん対象者から離れて、安楽な状態であるか、テーブルの食事が見えているかなどを確認し、微調整する。

3 介助者と食事の配置

よくみられる食事介助の光景として、介助者が床頭台などに食事を置き、食事全体が対象者の視界に入らない状態で介助されていることがある(図2左)。また、対象者の目線の上から介助してしまうと、介助を受ける人は横を向き、顎を上げた状態となる(図2右)。

このように、介助を受ける人にとって食物認知ができない状態では、何が口に入るか分からないため、恐怖感や不安が生じ、口を開けたくない、食べたくないなどの症状として現れる。加えて、横を向かせる、顎を上げさせることは、食物の咽頭残留、

19

姿勢が安定しない(不良姿勢)

北出貴則

目 関連する臨床症状

滑り座り、片側に傾く、のけ反る、前かがみ、脱力など

心 関係する疾患

- 脳血管疾患、神経難病、虚弱高齢者、認知症、心疾患や腎疾患および呼吸器疾患など
- 骨関節疾患や拘縮・姿勢変形、長期臥床後の廃用症候群など
- 重度麻痺(片麻痺、四肢麻痺)や筋緊張異常(亢進、低下)
- 重度の関節拘縮や強直、姿勢変形(円背や側彎など)
- 切断
- 全身状態の悪化や変動、自覚症状や訴え
 血圧低下、酸素飽和度低下、息切れ、呼吸困難、めまい、意識障害、不整脈、貧血、
 吐気や嘔吐、痛み(褥瘡痛を含む)、倦怠感、疲労など

ク 治せる・治せないKEY POINT

- 重度麻痺や拘縮、姿勢変形による不良姿勢は**治せない**。
- 循環や呼吸、代謝などの全身状態の悪化や低下による姿勢保持困難は**治せない**(治療優先)。
- 急性発症や疾患増悪で生じた廃用症候群による不良姿勢は、改善できる可能性がある。
- 痛み、創傷などによる不良姿勢は治療で**治せる**可能性がある。
- 車椅子やベッド、移乗方法などの環境面が原因の不良姿勢は、**治せる**可能性がある。
- 服薬が原因の場合は、服薬の減量および中止で**治せる**可能性がある。

麻痺や姿勢変形、拘縮などが不良姿勢の原因なら、姿勢そのものの改善はできない。急性発症や疾患増悪で生じた廃用症候群による不良姿勢は改善できる可能性はあるが、入院前の機能障害や活動状態などの影響が大きいため、十分な情報収集が必要である。

以下、食事姿勢を調整する際のポイントを示す。

- ベッドや車椅子、椅子などでの座位保持が可能か否かを評価する。
- 上記条件で頭部保持、頭頸部の動きや捕食動作、咀嚼や嚥下の動きを評価する。
- ベッドや車椅子など、座るものの機能や構造を理解する。
- 座位姿勢を安定させる身体支持の工夫や調整を行う。
- 食事環境や生活状況が食べることに及ぼす影響を理解し、把握する。

臨床では、理想を求めすぎて本質を見失っている場面に遭遇することがある。本来の目的・目標があるのに、理想的な方法論にこだわり過ぎて、その手技をやり遂げることがゴールになっているというか……。ここでは臨床で実際にあったエピソードをいくつか紹介する。自身を振り返ってみると心当たりがあるのではないだろうか？

食事を食べてくれない

症例：94歳，女性．アルツハイマー型認知症，寝たきり

家族「まったく食事を食べないのですが……，どうしたらいいでしょう？」

筆者『まったくですか？』 **家族**「まったくです．でも，体重は減ってないんですよ」

筆者『食事しないで体重が減らないって……？』 **家族**「栄養剤は1日4本飲んでいきます．でも食事を食べてくれないんですよ」

筆者『栄養剤はお好きなんですか？』 **家族**「はい．大好きで喜んで飲んでます」
??? いいじゃん，それで……．

——食事らしい食事を摂ってほしいのは，家族としてはもっともな願いである．しかし，他で必要栄養量が確保できているのであれば，無理に食べなければならぬのかを冷静に考える必要がある．何より本人が食事を食べたくないのだから……．

口腔ケアができない

症例：91歳，女性．アルツハイマー型認知症，準寝たきり

歯科衛生士 (DH)「Aさん，嫌がって口腔ケアをさせてくれませんか！ 押さえつけて，バイトブロックを使って何とかやっていますが……。どうすればいいでしょう？」

筆者『肺炎の既往はありますか？』 **DH**「いいえ」

筆者『口臭がひどいですか？』 **DH**「いいえ」

筆者『歯周病やう蝕は……？』 **DH**「無歯顎です」

??? 口腔ケア，しなくていいじゃん……．

——整容面からも口腔ケアは必要である．しかし，口腔ケアができていなくても，肺炎の既往がなく，歯科疾患もコントロールできているのであれば……。口腔ケアは手段・方法であり目的ではない．目的がある程度達成されているのであれば，無理矢理押さえつけてまでケアをするべきかをよく考える必要がある．

食べるペースが速い

症例：65歳，男性．前頭側頭型認知症，食事を自己摂取している

介護士「Bさん，食べるペースが異常に速いんです．ゆっくり食べるように声かけをするとものすごく怒るので……。どうしたらいいでしょうか？」

筆者『窒息の既往はありますか？』 **介護士**「いいえ」

筆者『誤嚥性肺炎の既往は？』 **介護士**「いいえ．たまにむせるくらいです」



発熱により施設から病院への 入退院を繰り返した90歳代の症例

小山珠美

施設に入所している要介護高齢者は、徐々に心身の機能が低下し、感染の防御機能が衰えることが多くなる。特に、自力で動くことができない場合は、呼吸、骨・関節、認知、摂食嚥下機能、消化機能などが複合して衰退の一途をたどる。しかしながら、生命体の自然の摂理を受け入れられず、多くの人たちが命の長さを延ばすことに重きを置きがちである。やるべきことをやっても人間の回復力には限界がある。意思表示ができない要介護高齢者の望む生き方と、家族の思いをともに尊重することの難しさを痛感する。

■ 症例 90歳代後半、男性

90歳代前半で特別養護老人ホームに入所しているCさんは要介護5で、ほぼ寝たきり状態となっていた。徐々に自力でのADLが困難となり、前立腺肥大症による尿路感染症と、摂食嚥下機能低下による誤嚥性肺炎を数年前から繰り返していた。80歳代では年に1回程度の入院で対応できていたが、90歳を過ぎると発熱を繰り返すことが多くなり、毎月のように入退院を繰り返した。

ほぼベッドで寝たきり状態で、入退院回数が増すごとに送り込みや嚥下機能は衰え、ゼリー類を口に入れてあげると、少しもぐもぐとした動きをして重力で嚥下ができるレベルであった。発語はないが、周囲の状況は何となく理解できているような印象であった。ベッド上での姿勢は、頭頸部は後屈、上肢・下肢は拘縮し、かなりの姿勢調整が必要であった。施設での食事はリクライニング車椅子にて全介助によるペースト食であったが、入院後は安全のためベッド上での食事とした。義歯はなかった。明らかにやせており、持ち込みの褥瘡もあった。

退院時は施設職員が病院に向いて、姿勢調整や食事介助方法を共有していったが、施設では十分な栄養と水分が摂れないため脱水を引き起こし、尿路感染症と肺炎を繰り返すことになった。家族の意向は施設側と折り合いがつかず、施設で看取することに限界があった。最期となった入院では、退院しても受け入れはできないとの意向が施設側から示された。家族は看取りではなく、具合が悪くなったら病院へ入院させてほしい、食べられなくなったら胃瘻を造ってほしいとの意思があったからである。

しかし、主治医から、この状態で胃瘻を造っても本人にとってあまり幸福ではないこと、胃瘻を造った後も抵抗力が低下しているため、感染症を引き起こしやすいことの説明を受けて、家族は点滴と併用しながら療養型病院で看取することを渋々承諾していた。転院待ちの状態で少量のゼリーを食べ続けられていたが、意識障害、痰貯留の増加、発熱、心拍数低下で病院にて永眠された。