

作業療法士の専門性を活かした 摂食嚥下リハビリテーション

佐藤ことみ[†]

第73回国立病院総合医学会
(2019年11月8日 於 名古屋)

IRYO Vol.76 No.1 (20-23) 2022

要旨

臨床では、摂食嚥下障害により「食」への思いを実現できない患者を多く経験する。摂食嚥下障害の原因は、疾患や加齢による身体障害、高次脳機能障害、認知機能障害など多岐にわたり、これらが複合している場合もある。作業療法士は、対象者の「食」への思いを把握し、思いを達成するにあたって障害となっている摂食嚥下機能の評価と達成するための計画を立て、アプローチを行う。アプローチには、食事姿勢や食具の工夫、食事環境調整、退院後の生活を想定した調理練習や本人・家族指導等がある。

キーワード 作業療法士、摂食嚥下リハビリテーション、食事姿勢、食事環境

はじめに

1. 背景

食事とは、単に生命維持や健康の維持・増進等の生理的な意義のみならず、味わうことや満腹になることで満足感を得る精神的意義、人間関係の形成、家族や仲間とのコミュニケーションの場としての社会的な意義

を含む¹⁾。人々の健康と幸福を促進し、対象となる人々にとって目的や価値を持つ生活行為に焦点を当て、治療、指導、援助を行うことを専門とする作業療法士にとって²⁾、「食」へのアプローチは重要である。

2. 作業療法の過程

作業療法は、対象者の特定、インフォームド・コンセント、評価、目標設定と計画立案、実践といっ

た過程を経て実施され、定期的に成果・効果判定を行う²⁾。この過程において、対象者にとっての「できるようになりたいこと」、「できる必要があること」、「できることが期待されていること」を明確にしておくことが重要である。摂食嚥下リハビリテーションにおいては、何らかの原因によって食事ができない人に対して、その人の目標が「食べること」であるならば、なぜできないのかを評価し、どうすればできるようになるのか計画を立て、さまざまな作業療法アプローチから最適な方法を選択し、実践する。

3. 摂食嚥下障害の作業療法

摂食嚥下は、食べ物を認識してから口腔、咽頭、食道を経て胃まで送られる一連の動作であり、先行期・準備期・口腔期・咽頭期・食道期の5つの期に分類される。このいずれかで障害が生じると、食べ

国立病院機構医王病院 リハビリテーション科 [†]作業療法士

著者連絡先：佐藤ことみ 国立病院機構医王病院 リハビリテーション科 〒920-0192 石川県金沢市岩出町二73-1

e-mail : sato.kotomi.mc@mail.hosp.go.jp

(2020年3月16日受付, 2021年2月19日受理)

Swallowing Rehabilitation Utilizing Occupational Therapist's Expertise

Kotomi Sato, NHO Iou Hospital

(Received Mar. 16, 2020, Accepted Feb. 19, 2021)

Key Words : occupational therapist, swallowing rehabilitation, eating posture, meal environment

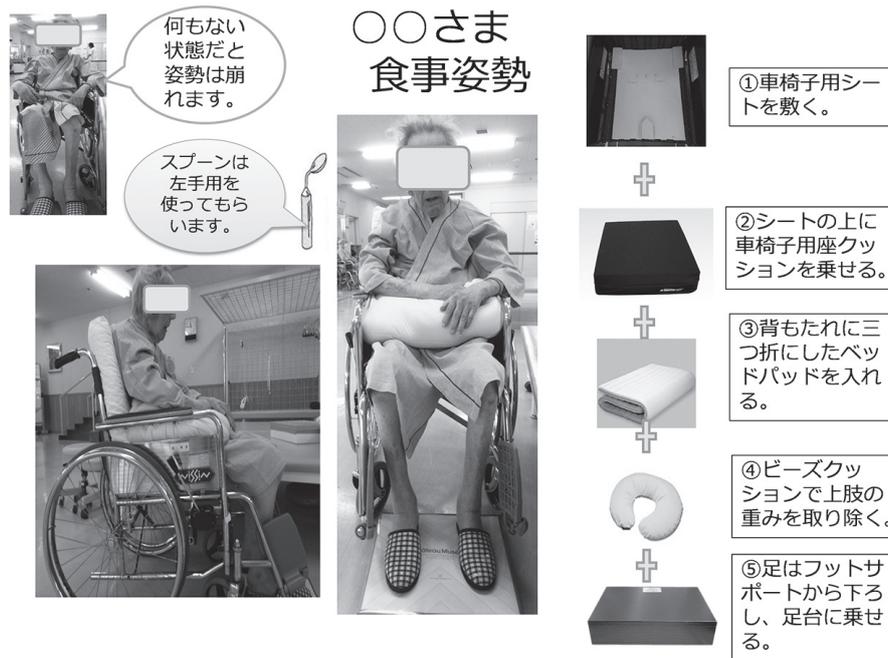


図1 病棟に掲示したポスター

ることに支障をきたす。

摂食嚥下障害の原因は多種多様であり、疾患によるものもあれば、加齢によるもの、そして、嚥下筋や呼吸筋のサルコペニアが原因のこともあり、それらが複合している場合も多い。また、身体機能のみならず、精神機能、心理面、個人因子や環境因子も大きく関係する。臨床現場において、作業療法士は食事を行うための座位姿勢や道具の選定を担うことが多いが、それらは摂食嚥下機能を理解した上で行わなければならない。

摂食嚥下障害の医学的知識や評価方法については、ここでは割愛し、本稿では筆者の臨床経験を基に摂食嚥下障害を有する人に対して実践した作業療法について述べたい。

摂食嚥下障害への作業療法の実際

1. 食事姿勢

・車いす座位姿勢

理想的な座位とは、下半身と体幹を安定させることで上肢や頭頸部などがリラックスした状態になり、食物の取り込み・咀嚼・嚥下がスムーズに行える姿勢である。しかし、臨床では骨盤が後傾し、腰椎が後弯する仙骨座位や斜め座位で過ごしている患者は少なくない。このような姿勢は、飲み込みにくい、呼吸しにくい、食事に集中できない、など負の

効果をもたらす。車いすに人を合わせるのではなく、人の身体に車いすを合わせ、快適な食事用のいすを作る必要がある。食事姿勢の調整でADLが向上した事例を紹介する。

【事例1】70歳代男性。脳梗塞後遺症、右片麻痺。作業療法介入前は、仙骨座位で食事を摂っていた。図1は、実施したポジショニングである。①車いす用シート、②車いす用座クッションでスリングシート吊り具のたわみを補正、③体幹が前傾位をとるよう背もたれにクッションを挿入、④麻痺側上肢全体をクッションで支える、⑤股関節と膝関節が90度に近づくよう足台を使用、そして姿勢調整と左手用に角度調整したスプーンを使用することで、食事は全介助から自力摂取へと向上した。

・机の高さ

作業効率に適している机の高さは、人間工学の考え方に基づき、座高の1/3マイナス1～2cmといわれている。また、前腕が座高の1/3の高さになると、嚥下に関連する舌骨上筋群が働きやすいという報告もあり³⁾、机の高さは食事動作および嚥下両方にとってポイントとなる。ベッドでの背上げ姿勢では、机がベッド柵に引っかかることや仙骨座位になりやすいことが原因で、机の高さが座高の1/2程度になる場合が多い。ベッド上で食事を摂る際には、仙骨座位を防ぐポジショニングが必要である。



図2 洗面動作



図3 食事動作

2. 食事環境

認知症や高次脳機能障害を有する場合、食事を摂る場所や環境要因が、食欲、食事摂取量、嚥下機能に影響を与えることがある。評価のポイントには、①食事の場所（完全個室、大部屋、カーテンの仕切り、食堂）、②照明、③音（静寂、音楽、テレビ、話し声）、④配膳の位置、⑤清潔感、⑥一緒に食べる人等が挙げられる。また、人にはそれぞれの食習慣がある。食事がその人にとってどのような意味合いをもつのか、どこにこだわりがあるのか、それらを無視すると、食事が楽しめず、苦痛な時間になる場合もある。

・食事を楽しめる環境作り

環境調整で食事摂取量が向上した事例を紹介する。

【事例2】80歳代女性。脳梗塞後遺症、認知症、右片麻痺。ベッド上ではほぼ食べられず、低栄養が進行していた。作業療法士が介入し、車いすへ移乗、病室から出て陽当たりのよいロビーへ出ると、笑顔がみられた。そこで、食事の場所を病室からロビーに変更し、身体機能と体格に合わせ、背張り調整付の小型車いすを専用にした。すると、食事摂取量は徐々に増えていき、2週間後には10割摂取が可能となった。姿勢の安定と、栄養状態の改善で活気が出てきたことで、非麻痺側の左手で自力摂取が一部可能となり、ADLも向上した。

・左半側空間無視への作業療法と食事環境調整

作業療法での訓練と環境調整により、食事動作や姿勢に改善がみられた事例を紹介する。

【事例3】70歳代男性。右視床出血後、左片麻痺、左半側空間無視、注意障害、そして意識障害を有していた。首の筋肉は緊張しており、常に右側を向い

ていた。作業療法では、左右対称性の姿勢の獲得に、洗面動作を取り入れた。冷たい水の刺激と、右手で左手を洗うように誘導した結果、注意は左へ向きやすくなった。また、活動中は、右側が壁になるようにセッティングし、病棟のベッドの位置も右を壁にし、看護師に左側から話しかけるよう依頼した。正面～左側に注意が向けられる時間が長くなってきたため、言語聴覚士に相談の上、食事でも右を壁側にした環境として、右手にスプーンを持たせたところ、口元まで運ぶことができた。

3. 調理実習を用いた食事支援

思い出の味を通して、「食」を楽しめた事例を紹介する。

【事例4】70歳代男性。白血病。抗がん剤治療による副作用にて食欲不振を呈しており、食事の時間が苦痛であると話していた。作業療法で話を伺ったところ、パフェで有名な喫茶店のマスターであることがわかった。そして「もう一度あの頃のパフェを作り、みんなに食べさせたい」と話すようになった。そこで、当時のパフェを再現することを作業療法プログラムに取り入れた。メニューを考案し、果物を切り、盛り付けることを本人が積極的に担当した。当時の思い出話をしながら食事をしていると、普段はほとんど食べ物を口にしない男性が、いつの間にかパフェの半分を食べていた。「食」が人生の振り返りの一助を担うこと、そして楽しみや喜びがもたらす力を、この事例から教えてもらったように思う。

4. 摂食嚥下障害を有する人へのセルフマネジメント支援

摂食嚥下障害を有する人が、望む場所で、生き生きと生活を続けるためには、入院中から退院後を見据えた支援が必要である。

自分自身で嚥下調整食を準備できるよう支援した事例を紹介する。

【事例5】70歳代女性。口腔底がん。舌の動きは制限され、食塊形成や送り込みに障害があった。言語聴覚士の評価では、適した食事形態は嚥下調整食1j⁴⁾であった。多職種での話し合いにて、退院後は市販の嚥下調整食を購入することになったが、主食の粥ゼリーは作る必要があった。そこで、粥ゼリー作りを作業療法プログラムとした。院内の管理栄養士からは、酵素入りゼリーの素と粥（またはご飯とお湯）をミキサーでかき混ぜる方法と鍋で粥を作り酵素入りゼリーの素とかき混ぜる方法を学んだ。また院外の栄養士からは、炊飯器で粥を作り、酵素入りゼリーの素とシリコン製泡立て器でご飯粒を潰すようにかき混ぜる方法を教わった。本人は炊飯器を用いた方法を選択・習得し、自宅退院した。

おわりに

冒頭にも述べたが、摂食嚥下障害は身体機能のみならず、精神機能、心理面、パーソナリティ、環境などさまざまな要素が複雑に絡み合っており、リハビリテーションが順調に進まないことも多い。しかし、多職種でアイデアを出し合い、一人の対象者へ関わることで大きな力になることも経験してきた。

摂食嚥下障害のチーム医療では、各職種が相互に役割を補完しあう職種横断的アプローチが有効だと考えられる。それぞれの職種が専門性を持って取り組みつつも、お互いの役割を補い合い、対象者の「食」への願いに応じていく、そのようなチームアプローチの中で、作業療法士がその専門性を発揮し、一員としてますます貢献していくことを期待したい。

〈本論文は第73回国立病院総合医学会シンポジウム「摂食・嚥下リハビリテーションを多職種で考える－新時代に向けて各職種の思いを結ぶ－」において「作業療法士の専門性を活かした摂食嚥下リハビリテーション」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

【文献】

- 1) 桑原紀子. 食事に関する観察. 2016. おはよう21 2016; 27(9): 42-5.
- 2) 日本作業療法士協会: 作業療法ガイドライン2018: <http://www.japt.or.jp/wp-content/uploads/2018/07/OTguideline2018>
- 3) 鈴木 哲. 嚥下時に前腕を置く机の高さが舌骨上筋群の筋活動に与える影響. 日摂食嚥下リハ会誌 2011; 15: 25-30.
- 4) 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013. 日摂食嚥下リハ会誌 2013; 17: 255-67.