

在宅での嚥下リハビリテーションの実際

藤島クリニック院長 藤島百合子

聖隷三方原病院リハビリテーションセンター長 藤島 一郎

各地で嚥下障害への取り組みが始まっており、在宅も例外ではない。しかし、在宅で取り組む嚥下障害は病院や施設にも増して数々の困難が伴う。ここでは筆者らの取り組みをご紹介します。ご参考になれば幸いです。

1. 在宅で嚥下リハビリテーションに取り組む場合の問題点

在宅で嚥下リハビリテーション（以下嚥下リハと略す）に取り組む場合、病院や施設内とはいくつかの点で異なっていることに注意が必要である。まず、危機管理の点からは、患者宅と離れているため24時間完全管理や緊急時の即応性に無理があり、合併症である窒息・誤嚥性肺炎に対し慎重にならざるを得ない。第2に様々な施設・事業者を利用するため、各介護者や施設毎の介護レベルの差を考えねばならない。第3に在宅ならではの問題点がある。それは「家族と患者が主人公」であって、医療者はそのサポーター役にすぎないということである。在宅ではどちらかというと患者はわがままになり、指導を守れない。病院ではスタッフが分業していたものを介護者一人がやらなくてはならないため家族の介護負担は非常に重い。介護者により理解力・実行力・問題解決能力も大きく異なる。従って在宅の場合は一層、本人・家族への特別な配慮が必要であり、その対応には医療側の柔軟性・忍耐力が求められる。第4はサポート病院の有無による違いである。精密検査、あるいは急変時の入院を引き受けてくれる病院と連携できるかどうかは在宅での嚥下リハの成功の鍵を握っているといっても過言ではない。

2. 地域での嚥下チームという考え方

在宅においても介護家族、介護保険サービス事業者、各医療機関、各職種の連携が大切であり、地域での嚥下チーム^①作りの考え方は重要であるが、一つの医療機関で完結しないだけに難しい点も多い。嚥下食^②作り、嚥下リハスタッフ、食事介助の人員配置、リスク管理の状況など、各施設により大きく異なり、どの施設でどこまでやれるかの情報の整理も在宅医の大切な仕事となる。

実際には在宅主治医がどこまでリーダーシップを発揮してリスクに対する責任をとるかによって、嚥下リハのレベルは変わってくる。

病診連携としては、できれば退院前に病院での様子を見せてもらい、今後の方針について意思統一をして患者情報をなるべく詳しく入手する。急変時の対応についても相談しておくとなお良い。介護保険サービス事業者との連携では、各事業所、各職種により知識・技術等ケアレベルが異なるので注意が必要である。基礎疾患・障害の状態・予後・リスク・今後の方針・家族への説明などについての共通理解を図り、口腔ケア・食事内容・食事介助の方法・指導内容について統一し、文書・写真などで確認する。場合によっては自宅へ出向いてヘルパーの作った介護食を見せてもらったり、食事介助の様子を実際に見て指導する。その時々^③の病状変化についても情報交換を密にし、急変時の対応、連絡方法についても決めておかねばならない。

3. 在宅における嚥下リハの実際

在宅における嚥下リハの実際としては①嚥下障害予備軍への啓蒙・指導②新規患者の診断と治療（軽症・中等症・重症）③退院患者の全身管理・嚥下能力の維持・改善④ターミナルケア^④があげられる。この中で、中等・重症者に関してどこまで診ていけるかは在宅医の実力・やる気・方針、診療所の体制・経済力も含めた体力・能力、サポート病院のバックアップ体制によってかなり異なってくる。重症者の場合は嚥下造影が必要となり、スタッフ・設備の整った中で集中的に訓練を行う方が有効であるが、入院による専門治療を受けた方がよい患者かどうかを見極めることも在宅医の大切な役割の一つである。重症者の中で在宅だけのリハ適応となるのは①入院により痴呆悪化が予測される②慢性期ターミナル③本人・家族の入院拒否がある④近隣にサポート病院がなく自院で行わなければならない、などの場合であろう。

4. 嚥下障害予備軍・軽症者への啓蒙・指導の実際

医療側の心構えとして①嚥下障害への知識と興味を持つ②嚥下障害の兆候を早く見つけて指導する③お金や手間のかからない方法を工夫することが重要である。指導内容は①正常嚥下・嚥下障害についての説明 ②口腔ケア③嚥下の準備体操（嚥下体操）④嚥下に意識を集中する⑤食べた後すぐ横にならない⑥長く食べ続けるための10箇条³⁾などである。

5. 中等症・重症患者の診断・評価・治療

4でも述べたとおり、リスク管理、治療効率から考えるとできれば設備の整った病院での診断・治療が望ましい。あえて在宅でオフチューブに手を出せる条件は以下の通りである⁴⁾。①入院しないで口から食べたいという患者側の希望が強い②痴呆がない（あっても軽度）③嚥下反射が比較的強固である④誤嚥性肺炎を反復していない⑤家族の理解力が良く、協力が得られる⑥緊急時に対応し、しかも嚥下リハに理解のあるサポート病院が存在する。

経管栄養者の段階的摂食訓練の進め方は以下の通りである⁵⁾。

ポイント：①摂食量、摂食時間、誤嚥の有無を見る。②条件を変えたときは特に誤嚥に注意する ③摂食時のチューブは可能な限りはずす ④はずせないときは12F以下のチューブを使用し喉頭蓋をブロックしていないことを確認する。

アップ基準：30分以内に7割以上の摂食量を、3日間（3～9食）連続して摂取できた時かつ、誤嚥兆候（発熱、痰増量、むせ、呼吸数、パルスオキシメーター異常）なし

中止基準：誤嚥兆候が明らかな場合

ダウン基準：食事時間が30分以上かかって5割以下の場合、摂食量・レベルを一段階戻す

アップしない基準：食事時間、摂食量が基準を満たさない時

6. 退院した患者の機能維持・管理のポイント

慢性期は基礎疾患と障害を正しく理解し、嚥下リハの知識・技術を駆使して肺炎・脱水・低栄養を予防することにつぎ。1日に必要な摂取カロリーは20～25kcal/kg、水分量は30ml/kg以上、タンパク質 60～70gを目標とする。低栄養や脱水そのものが嚥下障害を悪化させるため、経口摂取のみにこだわらず早めに補液や補食・補助栄養剤を導入することも大切である。基礎疾患の悪化、嚥下障害以外の合併症併発にも注意することは当然であろう。家族との連携が在宅管理の成否を決めるため、現在の病態・障害・予後・患者心理について

よく説明し、今後の方針についても適宜よく話し合う。家族の介護負担を常に意識し、支持的に接するように心がけ、医療・福祉側の価値観・目標を押しつけない。具体的には在宅の実情にあわせて指導を行い、嚥下食の作り方と介助法、毎日の観察事項についても繰り返し、きめ細かく説明する。特に「いつもと違う」ことに気付いたとき何でも報告・相談してもらえ関係・体制を作ることが大切である。障害の状態は一定ではないため、その時々々の病状に合わせてきめ細かく食事形態や体位を調節し、誤嚥予防テクニック、介助法などを工夫すると良い。

7. 終末期リハビリテーション⁶⁾

在宅での嚥下リハにおいては、特に高齢者の場合、必ず機能・能力は次第に低下していくことを考えておかなければならない。一度は集約的リハによって経口的に摂取できるようになっても、嚥下障害の進行、基礎疾患自体の悪化、他疾患・痴呆の合併、介護力の低下などにより、再び口から食べられなくなる日がやってくる。こうした場合、在宅のみで対応しなければならないことも多く、QOLに配慮した「終末期」の視点が必要となる。特に次第に症状が悪化していく場合、どこからを「終末期」と線引きするかは困難であるが、高齢・痴呆という理由だけで「治療適応なし」としないように注意する。その上でどこで「口から食べることを諦めるかは状況によって異なる。病態を正確に把握し、情報提供をした上で本人・家族とも何度も話し合って、柔軟に考えていく。医療側はAll or Noneという考え方をしがちであるが、ゼリー一口でも食べる「楽しみとしての経口摂取」という考え方もあることを忘れないことも重要である。

8. 痴呆患者への対応

痴呆患者は入院などの環境変化によって嚥下障害が悪化すること、訓練指示が守れないことなどもあるため、入院リハの適応とならず、在宅のみで対応を迫られることも多い。特に嚥下訓練の対象にならないとして帰された患者に対するアプローチは在宅で最も求められている。検査ができず、症状を自分から訴えることも少なく、典型的でないことも多いため、摂食場面での注意深い観察が非常に大切となる。他疾患の合併、うつ状態などにも注意し、痴呆症状悪化のウラにある肺炎・脱水など全身状態の変化を見逃さないようにする。嚥下リハとしては嚥下のみならずアプローチするのではなく、痴呆そのもののアプローチも行う。痴呆だからといって簡単に諦めてはいけませんが、あまり必死になりすぎないことも大切である。拒食が考えられる場合、厳格な誤嚥予防対策や、一般的な嚥下しやすい食品・摂食法はうまくいかない場合が多く、リスクの評価が重要となる。譲れるぎりぎりまで譲って、食べる意欲を誘い出すしかない。正攻法に

とられることなく家族の観察、介護・看護職の意見も参考にした方がよい。好きな食べ物・人・場所・時間・空腹な時間を見つけてアプローチする。入院を契機に食べられなくなった患者は、在宅の方が食べられるようになる場合もあるが、重度痴呆があって次第に嚥下障害が進行した場合は非常に困難である。本人の意思が確認できないので、家族と今後の方針についてよく話し合い、痴呆患者の人権・尊厳が守られるように配慮する。嚥下障害一般に対するテクニックの応用としては①口のため込んだままではある場合、咀嚼刺激のある物や好きな物との交互嚥下などが奏効することもある。②いつまでも咀嚼している場合、ミキサー食や、ゼリー食など嚥下しやすい食形態にすると食べられるようになることがある。痴呆患者に対し、なるべく普通の食形態のものを食べさせたい、その方が食べられると確信している家族もあるので、教育や話し合いが必要である。最後に重要なのが③栄養状態を改善することである。痴呆患者は長い偏食や拒食のため血液検査上は正常値でも、潜在的な低栄養状態に陥っていることがある。「食べている」といっても家族全体が偏食のこともあり、年寄りの食事は少なくても当然と思っている場合もあるので、質・量も介護者の主観に左右される危険がある。正確な摂取量の把握・病態理解が大切であり、補助栄養を用いて栄養状態を改善させると嚥下障害が改善してくることがある。

9. 嚥下障害と通所リハビリテーション

嚥下障害の在宅リハを支えるには、訪問活動と通所サービスの利用が必須であるが、通所サービスは長時間患者を観察できるとともに、幅広い対応が可能であり介護負担も減らせる利点があり、非常に有用である。しかし実際には、誤嚥による窒息や肺炎の危険が大きく、特別な食事の準備や、食事の介助時間が長く介護量が多いため、重度障害者の場合、通所サービスの利用が限定されることがある。引き受ける側としては、吸引の問題や送迎時間・食事時間と入浴など他のプログラムとの調整等、他の身体障害に比べサービス提供上特別な配慮を必要としている。重度者が病院から在宅に帰る場合、環境変化により病状も不安定となりやすい為、家族も不安に思うことが多い。退院直後から通所リハを導入すると在宅生活へスムーズに移行できる。

重度者への対応ばかりでなく、啓蒙活動、及び軽度嚥下障害者への指導・管理の点からも通所リハは重要度が高い。在宅高齢者は全員嚥下障害予備軍といっても過言ではなく、昼食時、あるいは水分補給時の嚥下状態の観察から軽度障害者を早期に発見して適切な指導を行うことは、高齢者の肺炎予防・栄養管理の面からも大切である。

10. 当院通所リハビリテーションにおける嚥下障害への取り組み

1) 概要

当院は診療所が開設する小規模通所リハビリテーション施設であり、定員は1単位10人、法的には利用者：職員は5：1の人員配置基準だが、実際には2単位20人に対し、看護師3、ヘルパー4、PT1、リハビリ助手1と利用者2、2人に対し職員1人と2倍以上の職員を配置、特に看護師を手厚く配置している。通所リハは2階で行っているが、1階は外来診察室となっており、緊急時はすぐに医師の対応が可能である。小規模施設であり、かつ常に医療的対応が可能という特徴を生かし、様々な嚥下障害者を積極的に引き受けている。平成16年6月20日現在、登録患者46名中、嚥下障害者は18名と39.1%を占めている。その内訳は気管切開3名、ミキサー食・全介助5名、ミキサー食・見守り2名、経管栄養4名、吸引5名、増粘剤使用者14名、見守り・一部介助8名である。重度の嚥下障害者は身体的にも重度の方が多く、当院では要介護4/5で登録患者の43.4%、延べ人数では53.6%を占めている。

2) 嚥下障害に対する対応の実例

当院は嚥下障害者が非常に多いため、昼食は基本的に移行食³⁾(嚥下しにくい食品を使わず、バサバサした物・口の中でバラバラになりやすい物はトロミでまとめるなど咀嚼・嚥下しやすく調理してある食事)レベルが「常食」となっている。お茶ゼリーも常備し、必要な人にはいつでもいくらかでも使えるように用意している。アイスマッサージ棒・増粘剤・栄養補助ゼリー(アイソカルジェリー⁴⁾)以外に市販のアイスキャンデー・アイスクリーム・プリン・ゼリー・赤ちゃんせんべいなども常備し、食事摂取が不十分な場合や、痴呆・拒食の患者さんに対応している⁵⁾。食事の前には全員必ず嚥下の準備体操、食後は口腔ケアを行う。食事全介助の場合は嚥下体操、または他動的にマッサージなどを行い、口腔ケア、アイスマッサージ、必要に応じてバルーン法などを行う⁶⁾。全介助の場合、利用者一人に30分から45分の介助時間が必要となり、口腔ケアも入れると1時間以上かかる。

3) 実際の症例

症例1 通所リハにおける段階的摂食訓練及び退院後の機能の維持
63歳 男性 脳出血(反復)、多発性脳梗塞、両側片麻痺、要介護5

3度目の脳出血にて両側片麻痺、嚥下障害、構音障害となる。退院時は体幹60度、ミキサー・ゼリー食交互嚥下、全介助であったが、約6ヶ月の週2回通所リハにて、

車いす90度座位・全粥軟菜食、ゼリー交互嚥下による咽頭残留除去必要だが、自力摂取（見守り）可能となった。しかしその1ヶ月後、再び脳梗塞再発、嚥下障害悪化し37日間入院、体幹45度、ミキサー食・ゼリーとの交互嚥下、喀痰吸引が必要な状態での退院となった。通所リハ週3回に増やし、機能を維持していたが、1年3ヶ月後、嚥下性肺炎にて入院。嚥下状態はさらに悪化し、1食はOE法、2食経口摂取、一側嚥下、体幹45度、ミキサー食・ゼリーの交互嚥下、喀痰吸引時々必要というレベルでの退院となった。通所リハを週4回に増やして対応。9ヶ月後3食経口摂取可能となったが、栄養ゼリーの補食は必要としており、2、3ヶ月に1回発熱あり、軽度の誤嚥性肺炎が疑われるものの、外来治療で済んでいる。

症例2 痴呆患者の摂食訓練

75歳 女性 多発性脳梗塞、痴呆、糖尿病、要介護5

肺炎にて病院に入院。嚥下障害にて経管栄養となる。家族が胃瘻作成に難色を示し、拒食も考えられるとのこととチューブを抜去して退院。退院したその日から通所リハで預かり、1日4回の摂食訓練を開始。当初、嚥下反射も起きず、口腔内の送り込みもないため難渋したが、アイスマッサージなど間接的嚥下訓練を行うと共に、車いす座位をとらせ、刺激を与えていった。男性と甘い物が好きのため、男性職員が「アイスクャンデーと一緒に食べよう」と誘ったところ、突然食べるようになった。アイスクャンデーとの交互嚥下を取り入れ、軽度痴呆の夫にミキサー食の作り方を指導し、補助栄養を積極的に取り入れた食事を提案して行き、2ヶ月後には3食経口摂取可能となった。

症例3 通所リハでの段階的摂食訓練

84歳 男性 多発性脳梗塞、パーキンソン病、痴呆なし、無気肺、要介護4

他院主治医にて、肺炎・嘔吐を反復、嚥下障害で胃瘻栄養になっていた。体力増強・歩行訓練・介護負担軽減目的にて通所リハ利用となったが、診察したところ経口摂取可能と思われた。体力、歩行が改善しADL自立したところで、改めて専門病院にて嚥下造影施行、嚥下障害は軽度、胃食道逆流が問題とわかり、通所リハ週3回の中で、ゆっくり休みながら食べることで、一口量の調節等指導しながら段階的摂食訓練を行った。通所リハの昼食で問題なく食べられるようになったら、家庭でも1食を経口摂取することとし、家族に嚥下食の作り方・1食の量など細かく指導。最終的に軟飯軟菜食を2食経口摂取できるようになった。

症例4 水分・ゼリーが飲み込めなかった女性、摂食法

の工夫と提案

74歳 女性。くも膜下出血後遺症 両側片麻痺 車いすレベル全介助、要介護5

コミュニケーション良好、右手摂食動作はできる。嚥下障害は固形物は嚥下できるが、水分あるいはトロミ物・ゼリーだと嚥下ができないため経鼻チューブ使用して水分のみ補っていた。固形物の咀嚼による嚥下開始刺激が必要と考え、赤ちゃんせんべい等バリバリしたものを食べさせながらお茶ゼリーなどで水分摂取させることを提案、通所時に練習していき、最終的に水分の為だけに入っていたチューブを抜去できた。

症例5 超高齢者の食欲不振に潜んでいた嚥下障害へのアプローチ

96歳 男性 肺結核後遺症、在宅酸素療法中、軽度痴呆

食欲不振あり、肺炎を反復し寝たきりとなっていたため通所リハ導入したところ、本人の咳・痰という訴えは実は嚥下障害によるものであり、拒食、偏食も伴って低栄養、脱水、感染を反復していることが判明した。脱水を補正すると若干は食べられるようになったが、偏食が激しく栄養補助ゼリーにも飽きてすぐ嫌ってしまった。アイスなら食べるということでエンシュアリキッドを凍らせて、シャーベット状にして食べさせたり、市販のアイスと栄養補助ゼリーの交互嚥下、スタッフの昼食やおやつも見せて物珍しさで食べてもらったりを試みた。スルピリド50mg/日も奏効し、3ヶ月で体重が3Kg増加。車いすレベルから見守り歩行レベルまで回復。尿失禁も消失し、排尿は自立した。栄養状態の改善と共に発熱も減り、食事量も増えたが、時々嚥下状態が悪化し、唾液が飲み込めず、ひたすらティッシュで「痰」をぬぐうという行動が認められ、そのような場合は早めに補液し、無理な摂食は勧めないようにしている。

参考文献

- 1) 藤島百合子：開業医における摂食・嚥下への対応。千野直一、金子芳洋（監）、才藤栄一、田山二朗、藤島一郎、向井美恵（編）：摂食・嚥下リハビリテーション。医歯薬出版、
- 2) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害、第2版。医歯薬出版、東京、1998。
- 3) 聖隷三方原病院嚥下チーム：嚥下障害ポケットマニュアル 第2版 医歯薬出版、東京、2003
- 4) 藤島百合子：在宅嚥下障害者への対応。第24回中伊豆医師卒後研修会テキスト61-74、2003
- 5) 大田仁史：終末期リハビリテーション。荘道社、東京、p246-251、2002
- 6) 藤島一郎：摂食・嚥下障害者の補助食品。難病と在

宅ケア 9(6): 58-60, 2003

- 7) 大熊るり, 宮野佐年, 藤島一郎: 在宅医療につなげる摂食・嚥下アプローチ: 直接的嚥下訓練の実際. 臨床リハ 9(9):877-884, 2000
- 8) 藤島一郎: 嚥下障害と在宅リハビリテーション. 日在医会誌 4(2):17-22, 2003.

