

利用者もスタッフも★**ハキイキ!**★**ワクワク!**★

通所介護&リハ

会員制 隔月刊誌

日総研グループ / 日総研出版 2013年11月30日発行



www.nissoken.com

TEL ☎ 0120-054977

FAX ☎ 0120-052690

E-mail cs@nissoken.com



脳血管疾患後遺症の在宅支援 ～重度摂食嚥下障害の通所リハのあり方

医療法人正和会 介護老人保健施設ほのぼの苑 施設長 **小林 顕**

1960年生。1985年秋田大学医学部卒業。医学博士。1992年から2年間スウェーデンのルンド大学に留学。1999年から筋ジストロフィー医療、2005年から老年期医療に携わる。2002年より秋田大学大学院非常勤講師。胃運動の電気生理学的解析と半固形栄養材の研究、高齢者福祉および障害者福祉にかかわる活動をしている。2008年から現職。



くも膜下出血後に重度摂食嚥下障害を負ったA氏は、当苑の通所リハビリテーション（以下、通所リハ）によって、1日3食ほぼ常食を経口摂取できるまでに摂食嚥下能力が回復した。在宅療養を続けているA氏を取り巻く家族、医療、リハビリテーション（以下、リハビリ）、ケアマネジメント、そしてこれらの支援の連携に光を当てながら、A氏がたどった歩みを振り返った。さらに、脳血管疾患後遺症の人の在宅支援と通所摂食・嚥下リハビリテーション（以下、通所摂食・嚥下リハ）のあり方について考察を加えた。

A氏の8年間の歩み

A氏の発症後から現在までの摂食・嚥下能力のグレード¹⁾（表）の推移を図示した（図1）。

◎当苑に通所するまでの流れ

A氏は50代の男性で、2005年9月に右椎骨動脈解離性動脈瘤破裂くも膜下出血を発症し、当初は総合病院の脳神経外科にて治療を受けた。気管切開術、両側脳室ドレナージ術およびV-Pシャント術を受けた後、同年12月にリハビリ専門のB病院に入院した。

2006年1月に胃瘻を造設し、気管カニューレを抜去。この頃から現在まで、A氏の主治医はB病院のC先生である。体幹の失調が強く、端座位が困難で、典型的な失調性構音障害を呈していたが、認知機能は正常であった（HDS-R：30点）。

2006年12月（発症から1年3カ月後）にB病

院で行った透視下嚥下造影検査（以下、VF）の結果は嚥下グレード2で、経口摂取が危険な状態であった。この時期は全身状態が安定せず、間接的嚥下訓練もなかなかできない状態であった。2007年3月に胃瘻栄養を続けた状態で自宅に戻り、退院1週間後から当苑の通所リハを開始した。

A氏は、夫思いの献身的な妻と2人暮らしである。妻は、充実した摂食・嚥下リハを行っている当苑を自ら見つけ、通所リハを希望した。

当苑は、1996年に開設された秋田県潟上市の介護老人保健施設で、1999年から言語聴覚士（以下、ST）による入所者の摂食・嚥下訓練を開始した。2003年からSTと管理栄養士を中心として多職種連携による栄養サポート活動（NST）が開始され、2013年で10年目になる。

◎当苑の通所リハ開始当初

自宅で胃瘻栄養を続ける中で、できるだけ早く通所摂食・嚥下リハを開始してもらいたいというA氏と妻の希望があった。しかしこの頃、折しも当苑には短期間であるがSTがおらず、すぐにはSTによる摂食・嚥下訓練ができず、作業療法士（以下、OT）による身体機能のリハビリが通所時に行われた。そして、通所開始から3カ月後に、待ちに待ったSTの菊池が入職した。

菊池は、入職した翌日にA氏の摂食・嚥下機能評価を行い、その結果はやはり重度摂食・嚥下機能障害であった。抽出されたA氏の課題は、①食道入口部の開大不全、②舌・口唇・顎の運動が乏

I 重度（経口不可）

- Gr.1：嚥下困難または不能，嚥下訓練適応なし
- Gr.2：基礎的訓練のみの適応あり
- Gr.3：条件が整えば誤嚥は減り，摂食訓練が可能

II 中等度（経口と補助栄養）

- Gr.4：楽しみとしての摂食は可能
- Gr.5：一部（1～2食）経口摂取
- Gr.6：3食経口摂取＋補助栄養

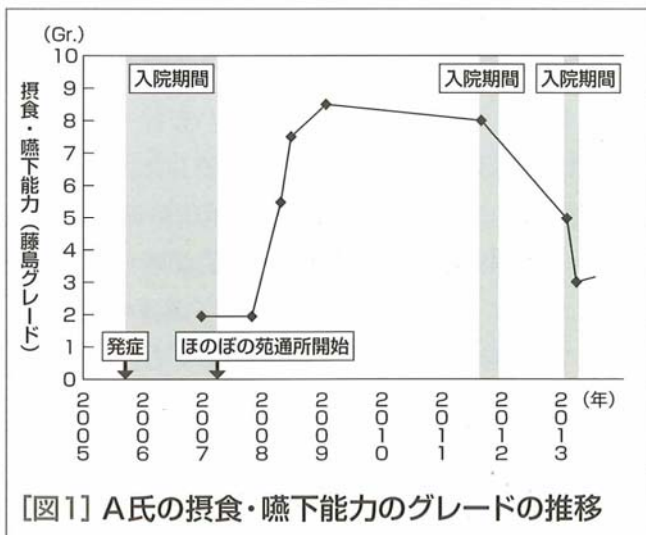
III 軽症（経口のみ）

- Gr.7：嚥下食で3食とも経口摂取
- Gr.8：特別に嚥下しにくい食品を除き，3食経口摂取
- Gr.9：常食の経口摂取可能，臨床的観察と指導要する

IV 正常

- Gr.10：正常の摂食・嚥下能力

（介助が必要な場合はA(assist)：例えば，一部介助で経口摂取なら「Gr.5A」と表記する）



しい，③座位姿勢の安定性・耐久性が低い，④本人・家族の摂食・嚥下機能の現状の理解が不十分ということであった。

菊池はA氏の訓練の目標を「ゼリーの摂取が可能」と設定し，のどのアイスマッサージなどの間接的嚥下訓練と，言語訓練を開始した。そして，各職種で連携して，情報共有にも努めた。まずOTは，座位バランス訓練，立位動作から歩行訓練，頸部・四肢・体幹の筋力訓練と関節可動域訓練を継続した。看護師は，全身状態の把握，胃瘻のケアなどを行った。さらに介護福祉士は，マシント

レーニングなどを実施し，また，A氏と妻が快適に施設を利用でき，気軽に悩みなどを相談できる環境づくりに努めた。

◎エビデンスに基づく

間接的嚥下訓練の大きな効果

2007年10月（発症から2年1カ月後）の当苑の初回VFでは，B病院で2006年に行ったVF結果と同じ嚥下グレード2で，間接的嚥下訓練が何とかできるレベルであった。菊池は，間接的嚥下訓練を継続し，自宅でも口腔器官の運動練習を行ってもらうようにA氏と妻に指導した。食道入口部開大不全に対し，のどのアイスマッサージ時には嚥下前右横向き嚥下を指導した。

2008年2月の菊池の摂食・嚥下評価では，訓練当初に比べて，喉頭挙上距離が伸び，嚥下の力も増し，のどのアイスマッサージ時のむせ込みも軽減した。2008年3月の時点で，①体力が向上，②座位姿勢が安定，③摂食・嚥下機能が改善するなどの効果が現れた。

2008年3月には当苑の2回目のVFが行われ，結果は嚥下グレード3～4と改善していた。菊池がこの結果をB病院の主治医C先生に報告し，2008年4月に，B病院でもVFを行うことになった。

◎待ちに待った直接的嚥下訓練！

2008年4月のB病院でのVFの結果は嚥下グレード5～6と改善しており，この時点で主治医から，直接的嚥下訓練の許可が出た。菊池はすぐさま通所リハで直接的嚥下訓練を始めた。その後，多職種連携を強化して段階的に取り組みを進め，自宅での経口摂取も開始した。家族へのサポートとしては，来苑時に自宅の食事を持参してもらい，菊池と管理栄養士が調理の工夫の指導をしたり，当苑の食事を妻に試食してもらい，自宅での献立の参考にしてもらったりした。

2008年6月にB病院で再びVFが行われ，結果は嚥下グレード7～8でさらに嚥下機能が向上していた。舌の力が増し，食物を嚙んで摂食できる

ようになっていた。その後、食形態を食べやすいように工夫して訓練を継続した結果、摂食・嚥下機能がさらに向上し、安定化した。そしてついに、2008年の秋頃（ちょうど発症から3年後）には、常食はまだ無理だったが、3食とも経口摂食が可能になったのである。

2009年1月の当苑の3回目のVFでは、嚥下機能はさらに改善して、嚥下グレード8～9となった。A氏の要介護度は、最初は5であったのがこの頃には4に改善し、1日3食、それもほぼ常食を経口摂取し、楽しく無理のない範囲で習慣化できた。

◎ゆるやかなADLの低下

その後、2009年から2010年にかけて摂食・嚥下機能は安定し、ほぼ毎日3食を経口摂食していた。ところが2011年に入り、徐々に身体機能の低下が認められるようになり、2011年8月、A氏はB病院に入院（4回目）となった。入院中のVFの結果は嚥下グレード8で、嚥下しづらい食品を除き、3食経口摂取可能であった。B病院のSTは、発語明瞭度の改善と、嚥下機能の維持向上を目指して訓練を行った。

同年11月に自宅に退院し、同月、当苑の通所リハを再開した。B病院での入院治療の後であったため、身体機能に若干の改善が認められ、摂食・嚥下機能にも大きな変化はなく（嚥下グレード8～9）、当苑通所リハでは引き続き、①呼吸訓練、②構音訓練、③口部運動訓練、④間接的嚥下訓練、⑤摂食指導（摂食場面の観察や指導、家族への食事指導）を続けた。

しかし、2012年春頃より嚥下機能が徐々に低下し、同年11月には食事時のむせも目立つようになった。安静時にも唾液によるむせや流涎が認められるようになり、摂食時の体幹バランスが不安定で、捕食動作が悪くなった。妻も、嚥下機能や言語機能だけではなく、全身の機能低下を心配した。

A氏は、2013年1月に再度B病院に入院した（5回目）。入院中のVFは、嚥下グレード5 A（一

部経口摂取できるが介助が必要）と悪化し、3食中1食の経口摂食が介助下に続けられた（ほか2食は胃瘻注入）。その後、入院中に誤嚥性肺炎となったため、嚥下機能はグレード3と見直され、食事レベルの経口摂取は不可とされ、一時は胃瘻栄養のみとなった。

2013年3月末に退院し、本稿を執筆している8月現在、A氏は以前のように当苑の通所リハを利用している。自宅では夫婦水いらず、1日1回ゆっくりと口から食べていると聞いている。

脳血管疾患後遺症の在宅支援を立て直す2つの概念

◎在宅支援の正四面体

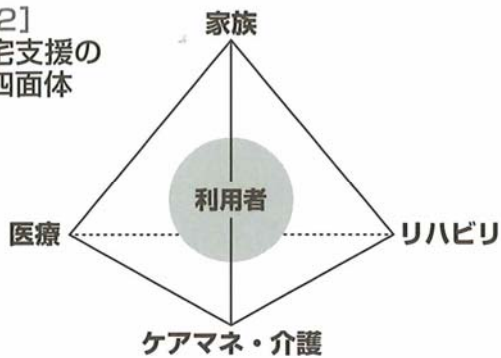
脳血管疾患後遺症の機能改善には長期間の地道な訓練を要し、本人と家族に相当な努力と根気を強いることとなる。そして、不可逆的な廃用症候群の出現と進行をいかにして防ぐかが課題である。

脳血管疾患後遺症の在宅支援においては、症状や機能に影響を及ぼす多くの要因に対して漏らすことなく対応するために、利用者を中心にして、①医療（診療と看護）、②リハビリ（通所あるいは訪問）、③家族、④ケアマネ（ケアマネジメントあるいはケアマネジャー）および介護（通所リハ施設では介護職員、在宅ではホームヘルパーなど）の四者を確保し、かつ、この四者の連携を維持することが重要である。ただし、④のケアマネについては、ケースによっては障害者総合支援法における相談支援専門員が該当する。

利用者本人を中心に置いて、正四面体の各頂点に先述の①～④を置く。どの4つの頂点もほかの3つの頂点と3つの腕でつながっており、重要度は等しい。これを「在宅支援の正四面体」と呼ぶことにする（図2）。在宅支援の正四面体を強固に維持し、利用者の病状の変化に応じたきめ細かい対応を続けていくことが必要である。

この正四面体では、内包された「利用者」の役

【図2】
在宅支援の
正四面体



割も大きい。先述のケースでは、A氏自身がリハビリに大変意欲的であったことが、4つの頂点を動かしてよい効果を生んだ。利用者のよくなりたいたいという意欲が在宅支援全体のレベルを上げ、利用者のADLやQOLにより効果をもたらす。

◎在宅支援のリーダー

在宅支援においては、全人的な視点から深い思慮と思いやりを持ち、何年、何十年にわたる長い療養の中で利用者を見守る忍耐力を持ち、さらに利用者をよりよい状態へ導こうという強い意志を持ったリーダー的な存在が必要である。このようなリーダーを、「在宅支援のリーダー」（以下、支援リーダー）と呼ぶことにする。

「支援リーダー」は、支援の正四面体の各頂点の連携を良好に維持し、利用者を最善の方向に導く存在であり、利用者を取り巻く支援環境全体を見渡す力が必要である。この支援リーダーが先述の「正四面体」の4つの頂点の少なくとも一頂点に存在することが必要である。しかし、1つの頂点だけではやはり寂しく、できることなら複数の頂点にいるのが望ましく、すべての頂点にいるのが最もよい。

正四面体の各頂点のうち、施す側の「医療」「リハビリ」「ケアマネ」の三頂点に関しては、各担当者の努力で支援リーダーになれるし、なるべきである。この三頂点における支援リーダーは、支援正四面体系全体における中心的存在であると共に、各施設・事業所内における多職種連携の中核となる。

在宅支援で支援リーダーが必要な理由は、利用者が入院中は「医療」「リハビリ」が病院内に揃っており、支援体制が比較的整っているのに対し、退院して在宅に戻った後は、主治医が変わることもある。また、リハビリに関しても、通所リハになった時に担当事業所が変わる場合もあり、しかも正四面体を構成する事業所（施設）が距離的にも離れてしまうことが多い。そのため、万全な支援体制を維持するためには支援リーダーというまとめ役が必要なのである。

まとめ役が複数いるほど正四面体が安定し、まとめ役がいないと正四面体のタガが外れて形が歪み、うまく機能しなくなる。

A氏の場合、献身的な妻（家族）、発症当時から主治医（医療）、ケアマネ、当苑のST菊池（リハビリ）が支援リーダーである。この4人の支援リーダーの中で、特に重要な存在が妻である。

脳血管疾患後遺症の摂食・嚥下機能障害に対する通所リハの要点

- ①「在宅支援の正四面体」を確立し、維持すること
- ②「在宅支援のリーダー」が必ず1人以上存在すること
- ③通所リハ施設のSTが自ら「在宅支援のリーダー」になること
通所リハ施設のSTが当該利用者の摂食・嚥下について責任を持ち、中心的に対応する。通所施設内の多職種連携の要として、また、在宅支援の正四面体の各頂点の連携の要として頑張ってもらいたい。
- ④通所リハ施設で
有機的な多職種連携を実現すること
有機的な多職種連携による業務遂行は、通所リハの基本的要件である。多職種連携なしには仕事が進まない。

摂食・嚥下は、口腔・咽頭・喉頭の運動と知覚のみによるものではない。頸部～体幹の骨格筋の

筋力、頸部・座位の安定性、口に入れたものが嚥下可能な状態にあるか否かを識別する認知機能など、多くが関係する。そのため、OTによる身体機能に対するリハビリや、認知症に対する対応も重要である。

⑤エビデンスとPDCAサイクルにのっとり 摂食・嚥下訓練を行うこと

摂食・嚥下評価や、VFやVEなどの検査所見などのエビデンスに基づく適切なリハビリ訓練や介助を行うことが求められる。さらに、摂食・嚥下訓練の手順において、PDCAサイクル(plan〈目標設定〉→do〈実施〉→check〈評価〉→act〈見直し〉)に基づいて実施することが必要であり、このPDCAの各段階においてもエビデンスが求められる。

⑥嚥下機能の回復の可能性を諦めるな! (ネバーギブアップ!)

あるリハビリ職員が、これ以上嚥下機能の回復は望めないと判断しても、手を替え品を替えてリハビリを行うと、できるようになることがある。通所リハでは限界になり、入院リハに移行した後、リハビリの効果が上がることはよくある。逆に、入院中は状態が悪くて十分なリハビリができないまま退院して、通所リハに移行した後、ぐんぐん摂食・嚥下機能やADLが向上する場合もある。A氏がまさにこの例である。

⑦廃用症候群(廃用性変化)に注意すること

廃用症候群は潜行性に生じ、本人も周りも気が付かない間に定着していることが多い。廃用症候群との戦いは、本人・家族・医療・リハビリ・介護職員すべてに課せられる。

⑧直接的嚥下訓練ができないからといって リハビリを諦めないこと

「間接的嚥下訓練+身体的リハビリ」で、摂食・嚥下機能はかなり改善する。

直接的嚥下訓練以前の、STによるのどのアイスマッサージなどの間接的嚥下訓練に加えて、OTによるポジショニング、座位バランス訓練、立位

訓練、歩行訓練、頸部・四肢・体幹の筋力訓練と関節可動域訓練あるいはリラクゼーションなど身体訓練などを行うことが、摂食・嚥下機能を向上させることをA氏が証明した。

⑨職員は利用者や家族の「思い」を受けとめること

「思い」は、「心」あるいは「気持ち」と言い換えられる。利用者は、本意ではない障害が長く続くであろう状況にいるため、本人と家族の心情を職員がくみ取らなければならない。利用者の自身の現状への思いや今後の生活についてのとらえ方、家族の心労などについて、職員が理解する必要がある。これには、療養を受ける側と施す側の心の交流が大事である。職員は、利用者や家族の思いを理解し、共感できる自分を育てていかなければならない。

今後の課題

社会保障全体を見渡す時、急性期医療は患者を死の淵から救い上げるものであり、もちろん重要である。しかし、急場を乗り越えた後に、後遺症と共に長い人生を歩く患者を支援する慢性期医療と福祉は、同じように重要である。

前者は古くから脚光を浴び、診療プロトコルも多くの疾患で確立された。しかし後者は、リハビリテーション医学が進歩し、介護保険法や障害者総合支援法などの法整備が充実してはきたものの、個々の後遺症の病態が複雑であるのに加え、医学、福祉、行政、財政、社会構造など多くの領域がオーバーラップする分野のため、すべてを統合する体制の整備がいまだ十分ではない。

さまざまな課題を内包した慢性期医療と福祉に、道しるべとなるべき概念を付与したいと考え、今回、在宅支援と通所リハを取り上げて思うところを記した。A氏の歩んだ道程と、そこから導き出された教訓が、関係諸氏の参考になれば幸甚である。

引用・参考文献

1) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害，医歯薬出版，1998。