

No. 5 誤嚥性肺炎により入退院を繰り返している

利用者へのリハビリアプローチ

社会福祉法人はるな郷 ひのき荘けやき寮 山田 大樹

1 はじめに

社会福祉法人はるな郷は入所施設 6 施設、通所サービス（生活介護、就労継続支援 B 型、放課後等デイサービス）、グループホーム、居宅介護・訪問介護から構成されており、日々多くの利用者が施設の利用をしている。今回、入所施設の利用者における生活支援員としての視点を含めたリハビリテーションのアプローチを報告する。入所施設（ひのき荘 けやき寮）では男性 25 名、27 歳～88 歳まで幅広い年齢層の利用者が入所しており、それぞれに何らかの疾患を抱えている。服薬や外部受診をしながら寮での生活が継続できるよう支援しているが、嚥下に対する専門的な取り組みはできていなかった。そんな中、誤嚥性肺炎により入退院を繰り返している利用者へのアプローチをした経過をまとめた。

2 プロフィール

【名前】 K・T 【性別】 男性 【年齢】 76 歳

【病歴】 脳血管障害 髄膜炎 脳性麻痺（左片麻痺・構音障害）

誤嚥性肺炎⇒2017 年～2022 年 6 月リハビリ介入時まで 6 度入院

（2017 年／12 月 2021 年／2.8.9 月 2022 年／4.5 月）

※真木病院 Dr. より気管変形あり誤嚥リスクが高いと指示あり。

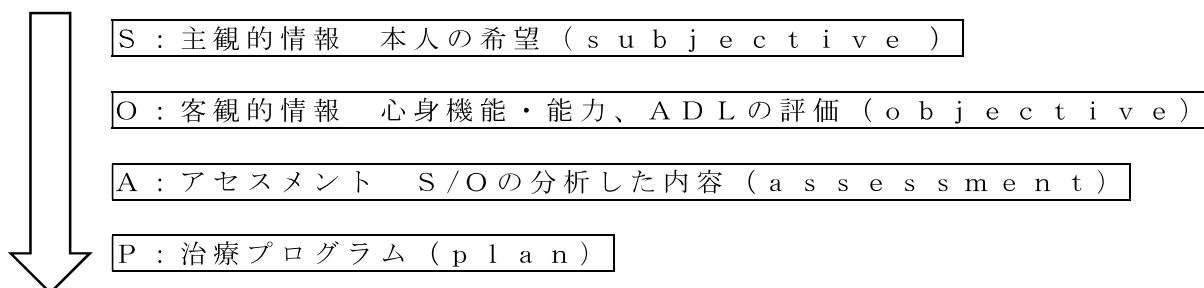
【性格・特徴】 ・温厚で理解力良好（日常会話可能）

・気に入らないことがあると他者の物や自分の物を壊す

3 リハビリテーションの介入に至る経緯

以前は自分で食事を食べていたが、2022 年 5 月の誤嚥性肺炎による 6 度目の入院により、Dr. の指示で退院後は食事介助が必要となってしまった。元々、車椅子にて ADL 動作自立しており、食事に対しても意欲的だったため、自己摂取出来ない事やむせて苦しむ事に対して強いストレスを感じている様子だった。以前のように自己摂取は困難だとしても少しでもご本人のストレス軽減を図りたいと感じ、2022 年 6 月よりリハビリ介入となった。

4 リハビリテーションの展開について（SOAPに基づく）



5 リハビリテーションの介入（初期評価）

① S：主観的情報 本人の希望（s u b j e c t i v e）

「むせずにご飯を食べたい。苦しくなりたくない。」

② O：客観的情報 心身機能・能力、ADLの評価（o b j e c t i v e）

心身機能・能力面 ㉮. 問題点 ㉮. 利点

㉮. 1 舌骨筋固縮 ㉮. 2 頸部周囲筋の筋力低下 ㉮. 3 喉頭隆起可動性低下

㉮. 4 気管変形 ㉮. 5 1口量の違い、スピード、食魂のばらつき

㉮. 6 p t の誤嚥予防への意識低下 ㉮. 7 準備期（－） ㉮. 8 口腔期（－）

㉮. 9 咽頭期（－） ㉮. 10 左片麻痺

㉮. 11 R S S T（反復唾液嚥下テスト）2回

㉮. 1 食事が好き ㉮. 2 先行期（＋） ㉮. 3 食道期（＋） ㉮. 4 理解力あり

ADL（食事動作）

・食形態：ソフト食、お茶ゼリー

・シリコンスプーン、義歯使用

・支援員の介助（本人の右側から）にて食事

・食事の所要時間：約1時間



③ A：アセスメント S/Oの分析した内容（a s s e s s m e n t）

・左片麻痺や気管変形はあるが、日常会話程度の理解力があり、食事への意欲もあるため問題点解決はできる。

- ・大幅な改善は難しいかもしれないが、むせや呼吸苦など症状の軽減を図れ、入院治療に至らずに済むと考える。

④ P：治療プログラム（p l a n）

I 食事前の準備体操

- ・頸部周囲筋ストレッチ（舌骨筋群・喉頭挙上筋群）
- ・頸部の運動（前後・左右・回旋） ・発声練習（パタカラ口腔体操）
- ・舌の運動（出し入れ・左右に振る） ・深呼吸（胸郭挙上）

II 介助方法

- ・シリコンスプーン 1 すくい（並盛：約 3 C C）

→多すぎは 1 嚥下で飲み込めない、少なすぎは嚥下反射のタイミングが合わず気管に流れる。

- ・ 1 口に 1 嚥下の確認（喉頭隆起の挙上を必ず確認）

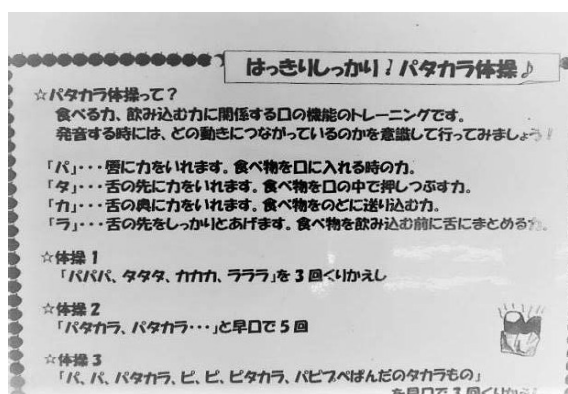
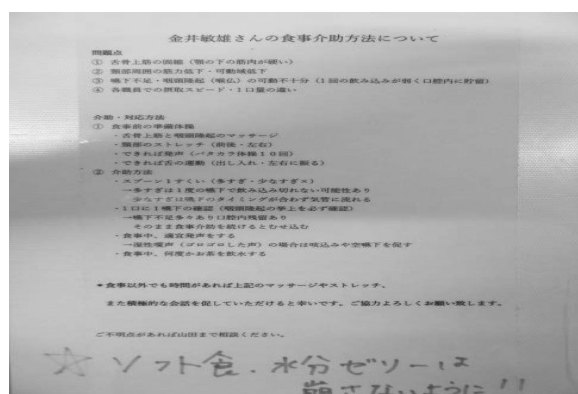
→嚥下不十分多々あり、食物残渣あり。

- ・ 食事中、適宜発声をする

→湿性嗄声（ゴロゴロした声）の場合は咳込みや空嚥下を促す。

- ・ 食事前と食事中にお茶ゼリーを食べる

→咽頭での食塊の流れを良くする、咽頭残留を流す。



↑ S O A P をまとめた資料をけやき寮全支援員へ配布

↓実際の運動と食事の様子



6 介入経過（2022年6月から8月までの変化）

【2022年6月】

p r o g r a mを基に、けやき寮全支援員への講習を行い、介入開始。

【開始～7月中旬】

精神面：リハビリに対するメリットが分かりにくいためか、意欲や積極性はなく行っている様子。

身体機能面：介入前と比較してもむせ込みは軽減せず、機能改善には至らなかった。

【7月中旬～8月】

精神面：体操にしりとりや日常会話を取り入れ、楽しみながら毎食前に行うことで意欲的になった。

身体機能面：むせ込みや湿性嚔声が徐々に減少。

【8月3日～10日】

発熱、呼吸苦、食欲不振あり。同日、誤嚥性肺炎で老年病研究所附属病院に入院。

入院先の S T に電話で現状機能やリハビリ内容の聴き取り、寮で行っている p r o g r a m の説明を実施。退院後、入院先の S T 情報（リハビリサマリー）を基に再評価を計画。

7 リハビリテーションの介入（再評価）

① S：主観的情報 本人の希望（s u b j e c t i v e）

「むせずにご飯を食べたい。苦しくなりたくない。」 初期評価時と変化なし。

② O：客観的情報 心身機能・能力、A D L の評価（o b j e c t i v e）

心身機能・能力面

入院に伴う身体機能の低下はなし。

③ A：アセスメント S / O の分析した内容（a s s e s s m e n t）

入院による身体機能の大きな低下はなく、本人の希望も初期評価時と変わらないため、今後も入院前の治療 p r o g r a m を継続していくことが望ましいと考える。

④ P：治療プログラム（p l a n）

入院前の治療 p r o g r a m の継続

* 初期評価時からの変更点

- ・発声練習はパタカラ体操を含め、しりとりやスポーツの話など本人の好きな会話を取り入れる。

→ p r o g r a m への意欲低下を防ぐ為、楽しみながら本人の意欲を引き出す。

- ・ p r o g r a m の細分化や図をつけ足して、再度けやき寮全支援員へ周知を行う。

→ 支援員に、より分かりやすくより確実に実施できるよう再周知を行う。

A D L（食事動作）

- ・食形態：ソフト食、お茶ゼリー
- ・シリコンスプーン、義歯使用

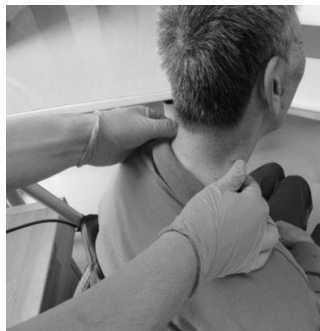
* 初期評価時からの変更点

- ・席替え（本人の右側から→左側へ変更）

→ 本人が左側（麻痺側）を向くことで麻痺側の喉頭から食べ物の通過を防ぎ、非麻痺側の喉頭から食べ物が通過しやすくなるようにする。

↓ p r o g r a m を分かりやすくした図

↓ 実際の運動の様子



↓ 実際の食事の様子



8 介入結果（再評価から現在までの変化）

・精神面

介入初期にみられた p r o g r a m への意欲低下は無く、現在は楽しみながら笑顔で積極的に行えている。むせる回数が減少した事で苦痛がなくなり笑顔が増え、 p r o g r a m の必要性を感じた様子だった。

・身体機能面

頸部・口腔のストレッチや運動の継続により、食事中は明らかにむせて咳込む回数が減少し、嚥下音が増大。咽頭残留（湿性嗝声）も減少。食塊形成や嚥下運動が円滑に行えるようになった。

・支援員の取り組み

programを分かりやすくしたことや2度目の周知を行った事でより確実に
行えるようになった。「入院をしない食事介助」に対して意識付けが出来ており、支
援員間で本人の嚥下状態の情報共有やリスク管理の共有も行えるようになった。

結果⇒2022年8月10日～現在まで、誤嚥性肺炎による入院はなく経過。

9 リハビリテーションの介入（最終評価）

② O：客観的情報 心身機能・能力、ADLの評価（objective）

心身機能・能力、ADL（食事動作）

＃．問題点（太字→初期評価時に比べ最終評価時に改善した箇所）

＃．1 舌骨筋固縮 ＃．2 頸部周囲筋の筋力低下 ＃．3 喉頭隆起可動性低下

＃．4 気管変形 ＃．5 1口量の違い、スピード、食魂のぼらつき

＃．6 p t の誤嚥予防への意識低下 ＃．7 準備期（－） ＃．8 口腔期（－）

＃．9 咽頭期（－） ＃．10 左片麻痺

＃．11 R S S T（反復唾液嚥下テスト）2回

☆改善内容

- * ．＃．1～＃．3：筋緊張改善、筋力向上により喉頭隆起可動性向上
- * ．＃．5：支援員間の統一が可能となった
- * ．＃．6：むせ込む苦しさから徐々に解放されたことによって運動や食事を集中して
行うようになった
- * ．＃．7～＃．9：身体機能改善により摂食嚥下が円滑に行えるようになった
- * ．＃．11：R S S T 2回→3回 cut off：3回未満は嚥下障害の疑いあり
⇒食事の所要時間：約40分前後

③ A：アセスメント S/Oの分析した内容（assessment）

初期評価時のアセスメントで述べた

- ・左片麻痺や気管変形はあるが、日常会話程度の理解力があり、食事への意欲もある
ため問題点の解決はできる。
- ・大幅な改善は難しいかもしれないが、むせや呼吸苦など症状の軽減を図れ、入院治
療に至らずに済むと考える。

⇒初期アセスメント通り達成。

今後も退院後の治療プログラムを継続する事で本人の主訴（S）に寄り添うことができ、入院回数の減少を図ることが出来る考える。

④ P：治療プログラム（p l a n）

退院後の治療プログラム（p l a n）継続。

10 今後の課題とまとめ

今後の課題

- ・ 本人の食事自己摂取に向けて

→看護師と相談し、おやつゼリーとヨーグルトのみ支援員見守りのもと自己摂取可能としたが、かきこみ動作や1口量が多くなりむせてしまうため、自己摂取は現在行っていない。

- ・ 加齢とともに嚥下機能も低下

→体調不良や誤嚥の増加など、本人の変化に対して常に観察を行い、支援員間・看護師と情報共有し改善を行う。

まとめ

施設の問題点として、熱発や呼吸苦などの肺炎症状があっても即時の診断が難しく現状の嚥下評価（VF・VE）の対応が外部へ依頼しないと出来ないため、適切なリハビリプログラムを作成する事が難しい。一方で、病院は利用者の捉え方に各専門性の差異があり生活全般を見た時も全体統一が難しいが、施設では利用者への関わり方や介助方法の統一が迅速に行いやすく、チーム一丸となって利用者のhopeに寄り添うことができると感じた。また、今後も利用者自身がリハビリの必要性を感じ、積極的に運動ができる関わりや環境調整を目指していく。

文献

- ・ 作業療法評価学：標準OT部門 2011年2月 医学書院
- ・ 作業療法マニュアル「摂食嚥下障害と作業療法」 2018年3月 協会刊行物
- ・ 嚥下障害ポケットマニュアル 2018年9月 医歯薬出版株式会社