

急性期のアプローチ

急性期は、生命を守るために原因疾患の治療が優先されます。Aさんも、rt-PA 静注療法、メルシーによる血栓回収と、次々に治療が行われました。看護師は、口腔ケアや呼吸ケア、早期離床を行い、誤嚥性肺炎の予防を図ります。このころの家族は、急な出来事に衝撃を受け、現実をすぐには受け入れられない状態です。医師から、今後の経口摂取の見通しや経腸栄養についての説明がありますが、1回では状況を把握できない可能性も考えられます。実際に家族からは、「先生に栄養のことで返事はしたけれど、気が変わるかもしれない」「話は聞いたけれど、まだ想像できない」といった言葉が聞かれます。医師の説明には看護師も同席し、家族の思いを聴き、不明な点はわかりやすく随時説明を行います。患者・家族が、急性期に沸き起こるさまざまな感情を語る事ができるように、看護師が思いを表出できる場を提供します。



急性期のアプローチ

- 医師の説明には看護師も同席し、家族の思いを聴き、不明な点はわかりやすく説明しましょう
- 看護師が、患者・家族が思いを表出できる場を提供しましょう

経口摂取へのアプローチ

発症から1週間が経過し、意識レベルはJCS II -10となり、呼吸・循環状態も安定しました。嚥下機能評価

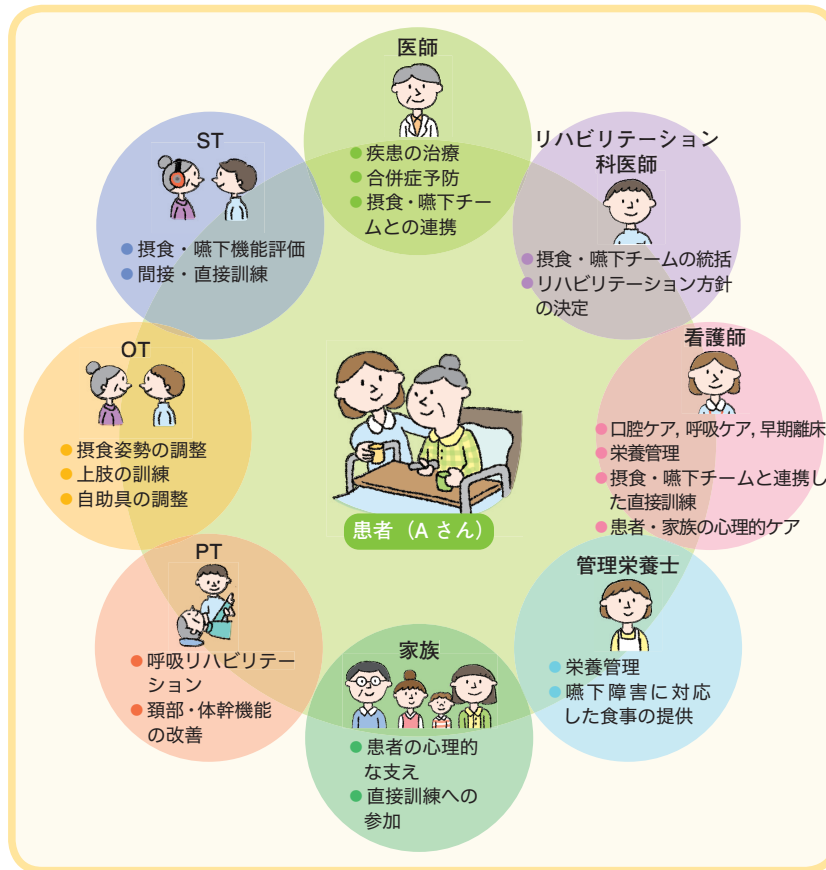


図3 経口摂取に向けたチームアプローチ  
事例の経口摂取に向けたチームアプローチで関わった職種と主な役割を示します。

は、反復唾液嚥下テスト:1回/30秒、改訂水飲みテスト:4点(トロミ付き冷水使用)でした。言語聴覚士(ST)によって直接訓練が開始されましたが、食物を口腔内に貯め、嚥下反射が起きない状態が続きました。この原因は、覚醒不良や失行と予測されました。Aさんは、全失語が徐々に改善し、発声や「イタイ」との発語が聴かれましたが、言語的なコミュニケーションは困難な状態でした。家族は、医師から「経口摂取の確立は難しい可能性がある」と説明を受けており、症状に一喜一憂する不安な日々であったと考えられます。看護師は、患者の日々の状態やリハビリテーションの様子などを家族に情報提供し、時には一緒

にリハビリテーションを見学してもらいました。小さな変化でも喜びを共有する関わりを心がけました。発症から6週間後に胃瘻造設が行われました。この時点で、摂食・嚥下チームの目標は胃瘻栄養と併用して楽しみレベルの経口摂取を行うことでした。担当STと病棟スタッフが協力して、直接訓練を継続しました。また、それぞれの専門職が協働して介入を行いました(図3)。患者の一番の理解者である家族の協力を得て患者の好きなものを準備し、ジュースや棒つきアメ、ゼリーや梅干しなど、さまざまな食品を試しました。経口摂取に挑戦しはじめたころは、食物を手で押し返されることもありまし

たが、アプローチ開始から約1か月後にはスプーンを持って数口のゼリーが摂取できるようになりました。患者・家族はもちろん、担当医や担当ST、病棟スタッフみんなが、「口から食べる」ことを諦めずにチャレンジすることの大切さを実感しました。

摂食・嚥下リハビリテーションには多職種が関わります。本章の事例でも、担当医、リハビリテーション科医、リハビリテーション療法士(作業療法士[OT]、理学療法士[PT]、ST)、看護師、管理栄養士など、多職種がコミュニケーションをとり連携したからこそ、経口摂取へつながったと考えます。それぞれの専門職や患者、家族が異なった目標を持っていては、リハビリテーションはうまくいきません。なにより、患者・家族の混乱を招いてしまいます。患者・家族が安心して摂食・嚥下リハビリテーションに臨めるように、チームで摂食・嚥下のゴールを明確にして、それに向かってそれぞれの専門職が役割を果たすことが大切です。



経口摂取へのアプローチ

- 看護師は、患者の日々の状態やリハビリテーションの様子などを家族に情報提供し、思いを共有しましょう
- 摂食・嚥下リハビリテーションに関わる多職種と患者・家族が同じ目標を持ち、連携しながら、ゴールに向かってそれぞれがそれぞれの役割を果たしましょう

セルフケア拡大に向けたアプローチ

発症から8週間が経過し、Aさん

表1 Aさんの摂食動作に関連した問題点とアプローチ

	自力摂取に向けた問題点	アプローチ
環境調整	● 右側への注意低下 ● 左側にある皿の食物を食べづける	● 右側から話しかけ、注意を促す
姿勢	● 右片麻痺があり体幹が不安定 ● 右片麻痺がある ● 座位により血圧低下がある	● クッションを使用して体幹の安定を図る。右上肢はテーブルの上のせ、姿勢の安定を図る ● バイタルサインに注意し、疲労があれば摂食動作を介助する
食具選択	● 利き手が使えない ● 右片麻痺がある ● 食べこぼしがある	● 滑り止め付きの縁が高くなった皿を使用する
食具操作	● スプーンを適切に使用できない	● 手を添えて、摂食動作を繰り返し練習する

事例の摂食セルフケアの拡大に向けた問題点と、具体的なアプローチを示します。

はSTによる直接的嚥下訓練でゼリー30gを摂取できるようになりました。発熱はなく、呼吸状態にも異常はみられなかったため、担当ST・OTと相談し、摂食動作のセルフケア拡大に向けたアプローチを開始しました。自力摂取開始にあたり、Aさんは表1のような問題点があったため、対処方法に沿ってアプローチをしました。徐々に観念失行の改善がみられ、スプーンを操作して自力摂取ができるようになりました。このころから、Aさんの笑顔が増え、自力摂取を見た家族も「よくなった」と喜ばれました。

脳損傷による摂食・嚥下障害の場合、摂食動作のセルフケア拡大のアプローチは、身体機能に合わせて高次脳機能障害も評価し、アプローチすることが大切です。食事が自分で食べられることは、患者や家族にとって喜びや自信になります。また、自分の食べたいものを自分のペースで食べることは、食事の満足感にもつながります。



セルフケア拡大に向けたアプローチ

- 摂食動作のセルフケア拡大に向けたアプローチは、ST・OTと相談しながら行いましょう
- アプローチにあたって、脳損傷による摂食・嚥下障害では、身体機能に加えて高次脳機能障害も評価しましょう
- 食事が自分で食べられることは、患者や家族にとって喜びや自信になり、また食事の満足感にもつながります

段階的なステップアップ

Aさんは、発症9週目からゼリー食(500kcal/日)を安定して摂取できるようになりました。担当医・リハビリテーション科医、担当STと相談のもと、段階的にステップアップを図りました(図4)。順調にハーフミキサー食(700kcal/日)を、手を添えた摂食動作を行いながら、一部自力で摂取できるようになりました。しかし、食事中にお膳を