

## 日本赤十字九州国際看護大学学術情報リポジトリ

タイトル	治療上,体位を制限された高齢者の摂食・嚥下障害
著者	福島綾子
掲載誌	臨床看護, 38(11) : pp 1514-1517.
発行年	2012.10
版	publisher
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1127/00000323/">http://id.nii.ac.jp/1127/00000323/</a>

### <利用について>

- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの著作権は、執筆者、出版社(学協会)などが有します。
- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの利用については、著作権法に規定されている私的使用や引用などの範囲内で行ってください。
- ・著作権に規定されている私的使用や引用などの範囲を超える利用を行う場合には、著作権者の許諾を得てください。
- ・ただし、著作権者から著作権等管理事業者(学術著作権協会、日本著作出版権管理システムなど)に権利委託されているコンテンツの利用手続については各著作権等管理事業者に確認してください。

急性期・危機的状況にある高齢者

## ②治療上, 体位を制限された高齢者の摂食・嚥下障害

福島綾子 日本赤十字九州国際看護大学  
Fukushima Ayako

### はじめに

高齢者の嚥下機能の低下は、必要な栄養摂取量の低下、窒息や誤嚥などのさまざまな身体的問題を引き起こすだけでなく、楽しみの喪失によるQOLの低下にもつながる。摂食・嚥下障害のある高齢者が安全に、楽しく食事を行うためには正しい姿勢を保持することも重要なポイントである。

前かがみで軽く顎を引き、踵がしっかりと床についた安定した坐位姿勢が食事の基本姿勢である。これは、ふだん人間が食事をとるときの自然な姿勢であり、嚥下しやすい姿勢であること、口が咽頭より下に位置するため誤嚥を防ぐことができる姿勢でもある。また、前かがみになることで食事をきちんと視界に入れて食事を行うことができる。

しかし、実際には病態や治療上の理由によりやむを得ず体位の制限をされてしまうことも少なくない。体位の制限が高齢者の食事摂取機能にどのような影響をもたらすのか、Bさんの事例をとおして考えてみる。

### 事例紹介

#### 事例

Bさん、69歳、男性。仕事は退職し、現在は妻と愛犬と暮らしている。2人の息子はすでに独立し、近隣の県で家庭を営んでいる。Bさんの日課は犬の散歩や庭の手入れをすることで、ほぼ毎日外で活動していた。検診などで血圧が高いことを指摘されることはあったが内服などはしておらず、毎日の適度な運動と食事管理を行うことでコントロールできている。これまで入院をしたことはなく、健康であることが自慢であった。

ある日、Bさんは庭の物置小屋のトタン屋根を修理しようと梯子を使って6mほどの高さまで登って作業をしていた。しかし、梯子から足を踏み外し庭の芝生に転落してしまう。大きな物音に驚いて庭に出てきた妻に発見され救急車を要請、近くの救命救急センターに搬送された。診断の結果、脳などには異常はないが全身打撲と腰椎破裂骨折があり緊急入院となった。今後は腰椎破裂骨折に対して観血的治療(後方固定術)が必要であろうと説明を受け、1週間後に手術が予定された。

Bさんにとって、これは初めての入院である。救急車内でも「こんなことになってしまって…」とつぶやいていたと妻が看護師に話してくれた。入院後も口数少なく落ち込ん

でいる様子がうかがえた。

Bさんの手術までの安静度の制限は以下のとおりである。

- ・ベッド上安静
- ・ギャッチアップ禁
- ・ログロールのみ可能

医師からは「手術が無事に終了したら、コルセットを作ります。コルセットが完成したらリハビリを開始し、徐々に活動できる範囲を広げていきましょう」との説明があった。手術を行うまでは安静度をしっかりと守り、自力で身体を動かすことは避けるようにとの指示が出された。そのため、日常生活を送るうえでの行動のすべてに家族、もしくは看護師の助けが必要となった。

## 入院後のBさんの様子

これまで自立した生活を送っていたBさんにとって、入院生活は苦痛の始まりであった。何よりもBさんにとって苦痛だったことは、何をするにも家族、もしくは看護師の手を借りなければできない状況にあることだった。手術までの期間、体幹がねじれないように安静を保つ必要があった。そのため、身体を動かす際にはナースコールで看護師を呼ばなければいけなかった。

初めての入院であったことも影響し、Bさんはなかなか看護師に対して思いを表出することができなかった。2～3時間ごとの体位変換が行われたが、同じ体勢を長時間持続しなければいけないことによって筋肉は緊張し徐々に痛みが出てきた。さらに鎮痛薬を使用しているものの、転落した際に打った場所や骨折部は動くたびに痛んだ。Bさんの表情は暗く沈み、活気もなくなっていったが「手術が終われば動けるようになる、リハビリを頑張らない」と前向きな発言も聞かれていた。

食事についても同様に、安静度の指示を守りながら行われた。頭部を拳上することが不可能であるため、家族や看護師が一部介助しながら臥位の姿勢のまま食事することとなった。固形のものとは比較的問題なく飲み込むことができたが、汁物や麺類はしばしばむせ込む様子がみられた。好物であった麺は臥位の姿勢ではすすれず、ぶつ切りにされた状態で看護師により口に運ばれた。

## 入院によりBさんに起こった変化

入院して3日目、看護師が訪室すると、Bさんは「わしはコロの散歩に行かないといけないから…」とつぶやきながら起き上がろうとしていた。点滴は自己抜去され、布団などはすべてベッドから落とされていた。医師の指示にて安定剤を使用するが、「散歩に行かないと、家に帰らない」と、しきりにつぶやいていた。離床センサーが取り付けられ、看護師が見守りできるナースステーションに近い部屋に移動となった。これまでと同様に日常生活の援助を看護師が行ったが、とくに同一体位を保持することができず、しきりに起き上ろうとする様子が観察された。

食事についても、看護師が一口量を口まで運び、咀嚼する様子はみられるが嚥下することができず、口腔内に食物が溜まってしまった。「汁が飲みたい、お茶が欲しい」との要求があり、スプーンで口まで運ぶとむせ込んでしまうこともしばしばあった。食後に咳込みが続く、痰が出やすくなる、声のかすれなども観察されるようになったため、食事はとろみをつけるなどの工夫がなされた。しかし、それでもむせ込む様子は続いていた。2日後に手術を控えていることもあり、Bさんの食事は中止され点滴にて水分補給を行いながら、安全に手術に臨めるよう呼吸状態を整えることが最優先課題とされた。

その後、予定どおりBさんの後方固定術が実施された。手術は問題なく終了し、抜管して帰宅したものの、手術時間が長時間に及んだこと、術前にみられた誤嚥の影響もあってか術後の呼吸状態は注意して観察が必要であった。そのため、術後3日間は食事を開始せず、静脈内輸液のみで様子を見ることとなった。

一時期みられたせん妄状態であるが、環境調整などにより術前には改善していた。術後につじつまの合わない言動が聞かれることもあったが、痛みのコントロールができるようになるとその状態も改善し、「早くリハビリを始めて家に帰りたい」などの言葉が聞かれるようになった。採寸後、Bさんに合わせたコルセットが完成すると安静度の指示も拡大し、少しずつではあるが自分でできることも増えてきた。この頃になると食事也开始となり、頭部を拳上し体位を整えれば自力での食事も可能となっていた。

## Bさんの摂食・嚥下障害の要因

Bさんは入院前、嚥下機能に問題はなかった。しかし、入院したことによって嚥下機能が低下し、誤嚥による呼吸状態の悪化がみられた。事例を振り返りながら、Bさんが摂食・嚥下障害に陥った原因について考えてみたいと思う。

摂食・嚥下のプロセスは先行(認知)期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期の5期に分類することができる。正常な摂食・嚥下はこれらの5期のプロセスが一連の運動として行われるが、このプロセスのいずれかに問題が生じると、摂食・嚥下障害が起こる<sup>1)</sup>。先行(認知)期には、食事を口腔内に取り込むまでの意識レベルや認知機能の問題、体幹や四肢の運動機能の問題、またそれぞれに対する外的・内的要因が影響している<sup>2)</sup>。

Bさんの場合、治療上の理由による体位の制限により臥位の姿勢で食事をしなければならなかった。そのため、食物を口まで運ぶ動作を家族、もしくは看護師の介助によって行わなければいけなかった。体位によって食事内容を把握することも困難となり、自分が主体的に食事をしているという満足感を得ることが不可能な状態となっていた。また、本人の好物であった麺類は食べづらく、メニューから除外されてしまい、楽しみとしての食事ではなくなっていったと推測される。

加えて、転落によって初めて入院することになった後悔による抑うつ状態、年齢の準備因子、環境の変化、治療的理由による体動制限、痛みなど身体的・精神的ストレスの促進因子も影響してせん妄に陥ってしまったことも、Bさんの嚥下機能を低下させた大きな原因である。そのために食事をきちんと認識することができなくなってしまい、咀嚼した食物を咽頭へ送り込む口腔期が障害されてしまったと考えられる。

さらに、体位を制限されていたことから嚥下しやすい体位をとることができず、誤嚥を誘発してしまったのではないかと考えられる。最終的には誤嚥による呼吸状態の悪化をまねいてしまい、術前であったことも関連して食事は中止されてしまった。

## Bさんの摂食・嚥下障害への介入

実際にはBさんの摂食・嚥下障害に対して十分な介入をすることはできなかった。誤嚥による呼吸状態の悪化によって中止されてしまった食事であるが、治療が進み安静度の制限が徐々に拡大していったことで、少しずつではあるが入院前のように問題なく食事をとることができるようになった。しかし、摂食・嚥下のプロセスを十分に理解し、何が原因となってBさんの摂食・嚥下障害が起こっているかを整理することができれば、食事を中止することなく手術を迎えることが可能となったかもしれない。

Bさんの事例を振り返ると、先行(認知)期と口腔期に障害があったために嚥下機能が低下したと考えられる。先行(認知)期の障害は、他のプロセスと比較しても介入によって最も効果が現れやすいといわれている。Bさんが先行(認知)期に障害をきたした理由は2つある。1つめは体位制限による食事の認識が困難となり食事の主体性が奪われてしまったこと、そして2つ目はせん妄に陥ってしまったことである。

1つ目の理由に対しては、食事の配置を工夫するなどの介入は可能であるが、根本的な原因である体位制限に関しては、治療が進み、コルセットを使用することで安静度が介助されなければ解決できない問題である。嚥下機能の低下があることを考慮し、安静度に合わせた体位の工夫が必要となる。臥床時よりやや枕を高くして顎を軽く引き、ベッドを安静度に合わせて可能な高さに調節することで食物の認知から胃までの流れを正常に保つような姿勢となり、誤嚥にくい体位を保持することが可能となるだろう。

2つ目の理由であるせん妄に対しては、私たちの介入によって改善することが可能な問題であるといえよう。不慣れな入院環境を改善し、可能な限り入院前の生活に近いリズムで生活できるような介入が必要となる。せん妄の促進因子を除外し、早期にせん妄状態を改善することで、Bさんの認知機能は改善し先行(認知)期の障害は解決することができたのではないだろうか。

また、認知機能が回復すれば、食物が口腔内に留まらないような声かけによって嚥下を意識することができ、誤嚥の原因となっていた口腔期の障害も改善することができる

のではないだろうか。

## 急性期・危機的状況にある高齢者の摂食・嚥下障害に対する取り組み

これまで摂食・嚥下機能に問題のなかった高齢者であっても、突然の入院によって起こった認知機能の低下や、治療上の理由から行われた絶飲食となることによって加齢的变化が顕在化し、摂食・嚥下障害に陥ることも考えられる。また、感染症や手術などによって免疫力が低下した状態では、全身状態の悪化による長期臥床、絶飲食の延長により、

さらなる摂食・嚥下障害に陥るリスクは高まると考えられる。

急性期・危機的状況にある高齢者とかかわる場合、これまでの生活をもとに摂食・嚥下機能に問題はなかったか情報収集をすることはもちろんのこと、入院・治療によりこれまでなかった摂食・嚥下の問題が起こることを十分に認識しながらかかわる必要があるだろう。

### 引用文献

- 1) 佐藤乃利子：摂食・嚥下障害。芦川和高・編，高齢者の理解とケア：加齢・症状のメカニズムと対応，第1版，学研メディカル秀潤社，東京，2011，pp.48-55.
- 2) 土岐めぐみ：摂食・嚥下障害の評価と治療。北海道作業療法，28(3)：123-130，2012

## 在宅緩和ケア地域連携シンポジウム

■テーマ：安心してわが家に帰るために；病院から在宅へつなぐ現場からの報告

■日時：2012年10月20日(土)14：00～16：00

■会場：すみだリバーサイドホールイベントホール(東京都墨田区)

■内容：

がん診療連携拠点病院や都認定がん診療病院の医師やソーシャルワーカー、在宅緩和医療診療所医師らが、がん患者が病院から在宅医療へ移行する際の連携における各病院のシステムや現状、課題を報告し、今後進むべき方向性などをともに考える。

■シンポジスト：

唐渡敦也(がん研有明病院患者支援センター長)

福内敦(三井記念病院地域医療部長)

川越厚(墨田在宅緩和ケアネットワーク代表)

田中寛子(都立墨東病院医療相談係)

西田知佳子(聖路加国際病院ソーシャルワーカー)

■参加費：無料

■定員：200名(先着順)

■問い合わせ先：

NPO 法人すみだ在宅ホスピス緩和ケア連絡会あこも事務局

e-mail：s-sumida@pallium.co.jp

FAX：03-5669-8310 TEL：03-5669-8302