

症例報告

## 間接的嚥下訓練に参加が得られにくい摂食嚥下障害の1症例 — 直接的嚥下訓練を通して介入方法を探る —

### Approaches for a Patient with Dysphagia Refusing Indirect Swallowing Training — Through Direct Swallowing Training —

和田 英嗣

**要約**：従来、摂食・嚥下障害に関する訓練法には、基礎訓練（間接的嚥下訓練）と摂食訓練（直接的嚥下訓練）がある。間接的訓練は症例にとっては単調な感覚・運動訓練を強いられることになりがちで、達成感や効果を感じにくく、訓練意欲を保つことが難しい。今回、両側脳幹・小脳梗塞を発症後、重度の構音障害、摂食・嚥下障害と高次脳機能障害を呈した症例を経験した。入院当初から間接的嚥下訓練の参加は得られにくく、主に直接的嚥下訓練を通して機能の向上を目指した。食事場面の介入には拒否がなく、口唇・舌への刺激や感覚入力を行った。また、可能な範囲で間接的嚥下訓練も実施し全介助から自己摂取へと移行できた。直接的嚥下訓練を行う際にも、間接的嚥下訓練の要素を意識して促すことが、機能向上や動作獲得の一助となることを再認識できた。

**キーワード**：間接的嚥下訓練、訓練拒否、摂食嚥下障害、直接的嚥下訓練、アンカー機能

## 1 はじめに

摂食嚥下障害に対する訓練は、基礎訓練（間接的嚥下訓練）と摂食訓練（直接的嚥下訓練）に大きく分類される。間接的嚥下訓練とは食物を用いず、嚥下器官へ刺激や運動を加え嚥下機能を改善させる基礎訓練であり、直接的嚥下訓練とは実際に食物を飲み込むことで嚥

下に関する筋力増強、協調性改善を図る摂食訓練である<sup>1)</sup>。食物を用いない間接的嚥下訓練は誤嚥などのリスクが少ないため、急性期や重度の誤嚥を呈する場合にも行うことができる。しかし、嚥下関連筋群を強化し、適切な運動ができるようになるためには、十分な負荷と訓練量、数週間の集中的な訓練が必要となる。今日、意欲全般の低下を示す症例や指示理解が困難な症例が多く、間接的訓練の実施に難渋する例は少なくない<sup>2)</sup>。

今回、両側脳幹・小脳梗塞を発症後、重度の

---

Hidetsugu Wada  
E-mail: wadahi@kawasakigakuen.ac.jp  
大阪河崎リハビリテーション大学  
リハビリテーション学部 言語聴覚学専攻  
2018年9月20日受付、2018年11月19日受理

構音障害、摂食・嚥下障害と高次脳機能障害を呈した症例を経験した。入院当初から間接的嚥下訓練には参加が得られにくく、主に直接的嚥下訓練を通して介入した経過を報告する。

## 2 症例

今回の症例呈示に際し、個人情報保護に対する配慮を説明し、同意を得た上で介入した。

**【症例】** 70歳代、男性、右利き。

**主訴:**喋りにくい、(食べ物が)口からこぼれる。

**現病歴:** X年Y月Z日、眩暈出現。2週間後に複視、嘔吐、尿失禁、歩行障害を認めたため緊急入院となった。頭部MRI所見より両側椎骨動脈閉塞による脳幹・小脳が多発性脳梗塞を認めた。また、4病日目に症状の増悪を認めた。保存加療後、25病日目に回復期病棟に転棟した。

**既往歴:** 高血圧。

**放射線学的所見:** 頭部MRI拡散強調画像にて両側脳幹、小脳に高信号域(図1)を認め、頭部MRAにて両側の椎骨動脈の描出不良(図2)を認めた。

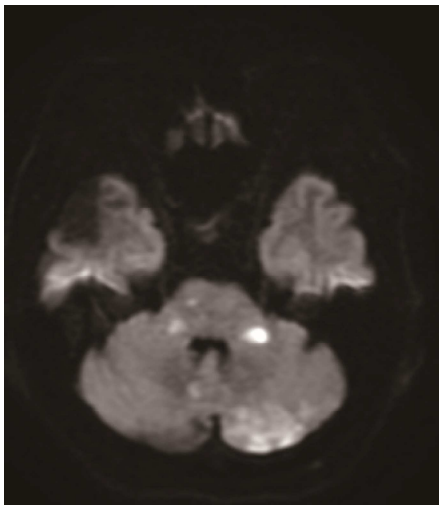


図1 頭部MRI拡散強調画像

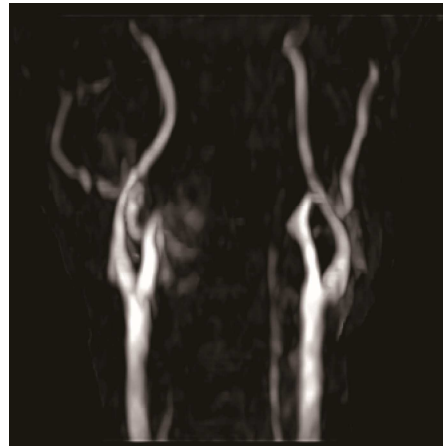


図2 頭部MRA画像

## 3 経過

入院時はJCS I - 1、会話時に視線が合いにくく周囲を見渡す等の注意の散漫さや易疲労性を認めた。また、入院後の出来事の記憶が定着しないことやADL・訓練全般の促しに拒否を示し、毎日のように怒っていた。歩行や更衣は軽介助で可能も注意障害や病識低下のため、ADL全般も含めて見守りは外せない状態であった。

発声発語器官は口唇・舌ともに右側に強い麻痺症状があり、軟口蓋挙上不全も認め発語明瞭度は4レベル(時々、わかる語がある)であった。摂食嚥下機能は口唇閉鎖不全、食塊形成や送り込み不良、右口腔前庭の食物残渣、喉頭挙上速度の低下など準備期～咽頭期の障害を認めた。藤島式摂食嚥下グレード<sup>3)</sup>(以下、嚥下Gr)7(嚥下食で、3食とも経口摂取可能)、食事形態は刻みにあんをかけ・全粥・中間のとろみであった。そのため、姿勢はベッドアップ45度左側臥位、全介助で摂取を促した。摂食中にも注意障害の影響が観察され、間接的嚥下訓練に対しては参加が得られにくい状態であったため、直接的嚥下訓練を通して機能向上を図ることを検討した。

具体的な内容としては、食事時に自室でカー

テンを閉めて周囲の視覚刺激を遮断する等の環境調整や嚥下の意識化<sup>4)</sup>、取り込み～嚥下に至る間の口唇閉鎖の意識化を促しながら介助<sup>4)</sup>、取り込み時に舌尖の固定を強調するアンカー機能を意識した嚥下を促すことにより舌への刺激や感覚入力などを行った<sup>5)</sup>。経過とともに口唇からの漏出は軽減し、46 病日目にはベッド角度を座位に調節し側臥位から仰臥位へと姿勢を変更した。それに加えて、間接的嚥下訓練も可能な範囲で実施した。経過中に実施した嚥下造影 (Videofluorography : VF) 検査 (図 3) では、咀嚼・食塊形成・送り込みの不良は残存しており、固形物は粉碎されないまま嚥下に至る状態であった。106 病日目には口唇閉鎖や舌運動、軟口蓋の拳上にも改善が見られた。また、発話明瞭度は 2 (時々わからない語がある) ～ 3 (聞き手が話題を知っていればわかる) レベルに改善した。食事形態は VF 検査の結果も考慮し、粗刻み・全粥・薄めのとろみに変更した。その後、嚥下 Gr.8 (特別に嚥下しにくい食品を除き、3 食経口摂取可能)、車椅子座位での自己摂取が可能となった。



図 3 Videofluorography (VF) 施行時の透視画像

#### 4 考察

今回、両側脳幹・小脳梗塞を発症後、重度の構音障害、摂食・嚥下障害と高次脳機能障害を呈した症例を経験した。本症例は、発話明瞭度が 4 レベルで食事形態や食事姿勢にも配慮を要

す状態であった。そのため、構音訓練や間接的嚥下訓練等の必要性も考えられたが、注意障害や病識低下の影響でリハビリテーション全般に対して参加が得られにくく、上記の訓練の実施は難しかった。高次脳機能や認知機能に著しい低下がある場合、間接的嚥下訓練のような十分な負荷と訓練量、数週間の集中的な訓練は困難なことが多い<sup>2)</sup>。そこで、注意障害の影響に配慮しながら実際の食事場面に介入する直接的嚥下訓練から開始した<sup>6)</sup>。

注意障害の訓練法には環境調整や行動療法的介入等が挙げられる<sup>7)</sup>。実際、自室のカーテンを閉めることで視覚刺激の遮断となり、注意の散漫さは軽減したと考えられる。

また、具体的な食事場面の介入として口唇閉鎖の意識化を促しながらの介助<sup>4)</sup>や舌尖のアンカー機能を意識した嚥下を促すことにより舌への刺激や感覚入力を行った。これらは、一般の嚥下訓練で行われる努力嚥下の方法を取り入れている。努力嚥下法は、力を入れて飲みこむことにより、口唇閉鎖や舌根部の後退運動を強め、喉頭蓋谷への残留を減少させる等を目的としている。上記の 2 つの介入を継続的に実施した結果、口唇からの漏出は軽減し、ベッド角度も座位まで上げることが可能となった。また、入院当初には拒否のあった歩行訓練や ADL 訓練にも徐々に参加することができたため、直接的嚥下訓練に併行して、間接的嚥下訓練も実施することができた。患者の意欲が比較的高かった食事に合わせて介入したことにより、ラポールを形成することができ、間接的嚥下訓練の参加にも繋がったと考えられる。経過中に実施した VF 検査では咀嚼・食塊形成・送り込みの不良は残存しており、固形物は粉碎されないまま嚥下に至る状態は続いたため、食事形態は粗刻み・全粥・薄めのとろみへの変更は留めた。しかし、入院時より口唇や舌の運動機能や嚥下機能は向上し、発話明瞭度は 2 ～ 3 レベル、車椅子座位での自

己摂取が可能となった。

従来、間接的嚥下訓練と直接的嚥下訓練は並行して実施することが多いが<sup>1)</sup>、本症例のように間接的嚥下訓練に参加が得られにくい場合でも患者の意欲が保たれているものから介入することで、機能向上や動作獲得に繋がる可能性が示唆された。

## 5 結論

本症例のように意欲全般の低下を示す場合や指示理解が困難なことは多く、間接的嚥下訓練は症例にとっては単調な感覚・運動訓練を強いられることになりがちで、達成感や効果を感じにくく、訓練意欲を保つことは難しい。しかし、直接的嚥下訓練のような実際の食事場面に介入できるものは患者の意欲が保たれていることがあり、比較的参加が得られやすい。直接的嚥下訓練を行う際にも、間接的嚥下訓練の要素を意識して促すことが、機能向上や動作獲得の一助となることを再認識できた。

本論文の要旨は、第16回日本言語聴覚士学会で口演した。

### [参考文献]

- 1) 倉智雅子 “言語聴覚士のための摂食・嚥下障害学” 医歯薬出版, 東京, 2013, p.124.
- 2) 清水充子 “改訂摂食・嚥下障害学” 建帛社, 東京, 2004, p.84.
- 3) 藤島一郎、谷口洋 “脳卒中の摂食嚥下障害 第3版” 医歯薬出版, 東京, 2017, p.149.
- 4) 平野哲雄、長谷川賢一、立石恒雄、他 “言語聴覚療法臨床マニュアル 改訂第3版” 協同医書出版社, 東京, 2014, p.486-492.
- 5) 中島純子、唐帆健浩、佐藤泰則：舌接触補助床装着が咽頭期嚥下に及ぼす影響－健常者における検討．日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 14(3):244-250, 2010.
- 6) 才藤栄一、植田耕一郎 “摂食嚥下リハビリテーション 第3版” 医歯薬出版, 東京, 2016, p.194-195.
- 7) 豊倉穰：注意障害の臨床．高次脳機能研究, 28:320-328, 2008.