

高知県口のリハビリテーション研究会

「各職種のガイドライン」

第1部 試案

高知県口のリハビリテーション研究会
代表 栗原 正紀

はじめに

高知県口のリハビリテーション研究会（以下、本会）は、食べる機能の全てについて情報交換を行い、チーム医療の一環として、救急から在宅に至る関係職種の口のリハビリテーションに対する知識・技術の向上と、地域への普及を図ることを目的に、2001年に発足した。

現在、会員は約1,400名（内、学生80名）で、会員が勤務している施設では、病院関連が最も多く、開業医、そして福祉関連などで（図1）、職種では、医師・歯科医師、看護師、言語聴覚士（以下、ST）、理学療法士（以下、PT）、作業療法士（以下、OT）、歯科衛生士、栄養士、介護職員など（図1）、多くの職種が参加している。

現在、本会では、“食べる機能”に関する取り組みが多く、この理由として、“食べる機能”である“嚥下”の問題が、医療・福祉の領域で取り上げられるようになって約20年が経とうとしているが、障害を持ち困っている方々が多いことと、各専門職のアプローチについて、摂食・嚥下障害関連の諸書で取り上げられているものの、未だ明確なものはないことが挙げられる。しかし、本来の“口のリハビリテーション”は、“呼吸・嚥下・構音”といった口が関与する3つの行為を対象としており、本会では、本来の“呼吸・嚥下・構音”の問題に対する、各職種の取り組みについてのガイドラインを作成することにした。

本会「ガイドライン」では、本会員が勤務する施設、また、職種が、“呼吸・嚥下・構音”の機能に障害を持つ方々に対し、何を行えばよいのかについてのいわばたたき台を示していきたいと考えている。

そこで、今回、本会の最も多くの会員が所属する医療の現場におけるリハビリテーションについて、その第1部として、

- ① “口のリハビリテーション” とは何か
- ② 医療におけるリハビリテーションの流れ特
- ③ ST、PT、OT の3 職種のアプローチ

についてまとめてみることにした。あくまでも、試案であり、今後引き続き検討を行なう予定である。

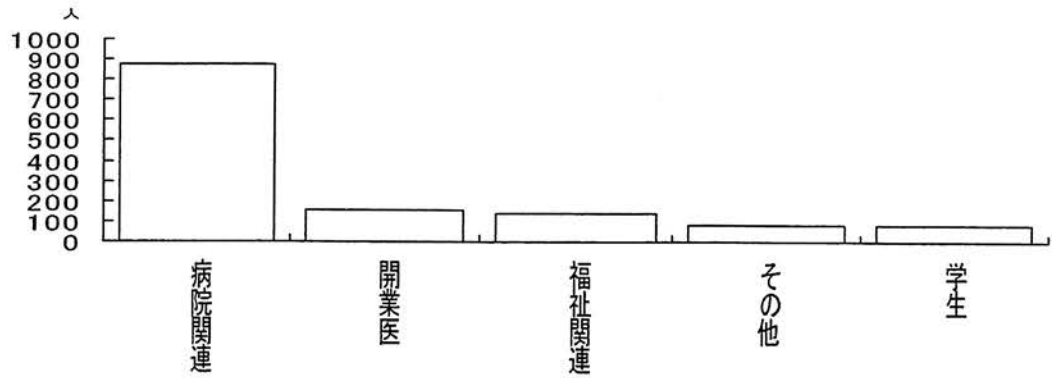


図1 勤務する施設

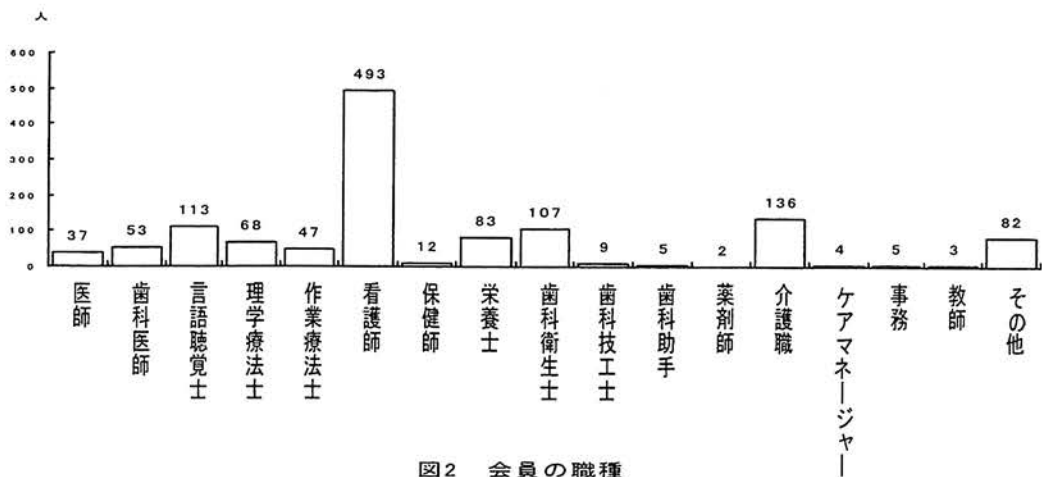


図2 会員の職種

第1部 試案

医療における口のリハビリテーション

第1章 口のリハビリテーションとは

第2章 医療におけるリハビリテーションの流れ

第3章 ST、PT、OTのアプローチ

第1章

口のリハビリテーションとは

口のリハビリテーションというと、大方が食事や構音の障害について行われるものをイメージすると思われる。口を単に解剖学的部分としてとらえるのではなく、口を介して営まれる生命から社会の関わりまで包括的に考えるものである。

“呼吸・嚥下・構音”を三本柱とし、無意識下のレベルから意識下におけるレベルへと高いものに、生命の源から社会の関わりに至るものまで口という器官は多機能な働きを持っている。

つまり、口のリハビリテーションとは、“呼吸・嚥下・構音”など口を介して行われる全ての機能に対してのリハビリテーションを総称するものであり、年齢、疾患を問わず全てに関わるというリハビリテーション本来の意味に沿うもので、そこに関わるスタッフも多様である。

I. 呼吸・嚥下・構音の意味

急性期——呼吸——息をする

回復期——嚥下——食べる・栄養

維持期——構音——話す・コミュニケーション

II. 口のリハビリテーションが必要なとき

1. 口腔衛生

歯咬不全（義歯不適合、顎異常、歯痛など）、口腔汚染（痰、食物残渣、出血など）、唾液分泌低下により口腔内クリアランスが低下し、細菌の繁殖や嚥下機能の低下により肺炎を併発しやすくなる。

2. 栄養バランス

嚥下困難になることでバランスの取れた栄養管理が難しくなり、脱水や免疫力低下が起きる。

3. 活動性

体力の低下により身体的・精神的機能ともに低下し悪循環のループを形成する

第2章

医療におけるリハビリテーションの流れ

リハビリテーションを行なう際、診断・評価の結果や収集された患者情報に基づいて、指示を出す医師・歯科医師と、指示を受けるその他の職種との相互理解が大切である。

医療の現場、特に病院では、主治医が中心として、治療、看護、リハビリテーションが行なわれるが、主治医は、他の診療科医師の応援、協力を求めるとともに、看護師、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、管理栄養士、診療放射線技師等に指示を出すことになる。

リハビリテーションの中心となる主治医の役割は、

- ①障害であることを診断し、重症度を評価する
- ②リハビリテーションが行える全身状態か否かを判断する
- ③リハビリテーションを指示する
- ④リハ進行中の全身管理・リスク管理に当たる
- ⑤重要な課題について患者・家族と話し合い決定する

であり、表1のように、この業務の中心に、他職種がそれぞれの専門性を用いて関わっていくものである。

実際のリハビリテーションの流れでは、図1のように、医師・歯科医師による初診が行なわれた後、各職種が各々の専門領域に関する初期評価を行い、カンファレンス等の場で、報告を行い、診断名（障害名）、重症度等の決定を行なった後、予後の判定、治療等の目標、内容等の確認が行なわれる。そして、一定期間経過した後に、再評価が行なわれ、継続、終了等の決定が行なわれる。

表1 主治医の役割と他職種の位置づけ

主治医 (医師・歯科医師)	①障害であることを診断し、重症度を評価する ②リハビリテーションが行える全身状態か否かを判断する ③リハビリテーションを指示する ④リハ進行中の全身管理・リスク管理に当たる ⑤重要な課題について患者・家族と話し合い決定する
看護師	看護
介護職員	介護
ST、PT、OT	リハビリテーション
その他	その他

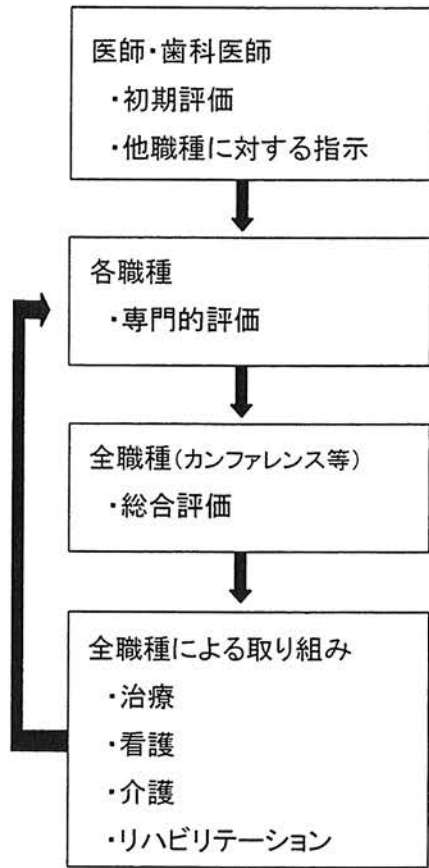


図1 リハビリテーションの流れ

第3章

ST、PT、OTのアプローチ

I. 言語聴覚士（ST）の役割と業務内容

平成9年に制定された言語聴覚士法には、STは、「音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする（第2条）」と規定され、また、「言語聴覚士は、診療の補助として、医師または歯科医師の指示の下に、嚥下訓練を行うことを業とすることができる（第42条）」と、リハビリテーションに関わる専門職のなかでは初めて嚥下障害を対象とすることを始めて明記された職種でもある。

このように、STは、音声機能である、発声・発語は、呼吸や嚥下といった生命維持に不可欠な解剖学的・生理学的機構に付加された機能であるため、“口のリハビリテーション”の対称である、“呼吸・嚥下・構音”そのものを対象とする職種であるといえる。

1. 評価に関して

- 1) 担当症例における障害の問題の発見（問診や情報より）
- 2) 障害の疑いがある時、主治医（医師・歯科医師）へ精査の提言
- 3) 呼吸・嚥下・構音に関する検査の実施と評価
- 4) 関連機能（認知・精神・言語・聴覚）の評価
- 5) 呼吸・嚥下・構音障害の総合評価への参加（医師・歯科医師とともに）
 - ・重症度判定
 - ・予後推定
 - ・障害のゴール設定
 - ・適切な訓練法の選択を含む訓練計画の立案（他職種への提案）

2. リハビリテーションに関して

- 1) 初期評価と訓練効果の測定・評価
- 2) 言語聴覚・摂食機能療法の実施（発声・発語、嚥下関連器官の運動（他動・自動）等）
- 3) 医師・看護師及びリハビリテーションスタッフへの認知・言語面の情報提供（報告書）

3. リスク管理に関して

- 1) 検査・訓練前の患者の全身状態・体調の確認
- 2) 訓練時、患者の変化（バイタルサイン、むせ、声質の変化等）の観察と報告
- 3) 検査・訓練時のマスク・手袋着用と事後の手洗いの励行
- 4) 検査・訓練に使用する物品や機器の管理
- 5) 必要に応じて嚥下訓練時の吸引
- 6) VF検査に立ち会う場合、過剰な放射線被曝の回避

4. “口のリハビリテーション”に関して

人間の口から発せられる、「ことば」は、肺から押し出された空気（呼気）が、気管を通り喉頭内にある左右の声帯の閉じたところにあたり、声帯を振動させることにより生じる気流音（喉頭原音）が、鼻腔や口腔などの共鳴腔で響きを得、歯や舌で装飾されることによって作り出される。この過程は、呼吸、音声、構音の3つ大別され、STの対象障害としてである音声機能（発声・発語機能）に含まれるものである。また、これらの機能は、摂食・嚥下を行なう領域と共有するところが多いため、嚥下障害がSTの対象となった竜でもある。

1) 呼吸

声を出すため、また、ある一定量の会話をするためには、それだけの呼吸量が必要となる。また、発声時の呼吸法に問題があると、声質に異常が生じることもあり、正しい発声時呼吸法の獲得を身に付ける訓練を行なう。

- ①呼吸法の評価（安静時・深呼吸時・発声時）
- ②最大発声持続時間の測定
- ③正しい発声時呼吸（横隔膜）の獲得訓練の実施

2) 嚥下

STは、医師・歯科医師から指示（紹介・依頼）のあった症例に対し、診療補助としての嚥下訓練とそれに必要な評価・観察・指導・助言を行なう。

- ①担当症例における嚥下の問題の発見（問診や情報より）
- ②口腔（音声・嚥下）器官（形態・随意運動・反射運動）の観察と評価
- ③喉頭機能検査（発声・咳嗽）の実施と評価 *呼吸機能も関与する
- ④関連機能（認知・精神・言語・聴覚）の評価
- ⑤摂食・嚥下機能の総合評価（医師・歯科医師とともに）
 - ・重症度判定と予後推定
 - ・摂食・嚥下障害のゴール設定
 - ・適切な訓練法の選択を含む訓練計画の立案（主治医・リハ担当医への提案）
 - ・基礎（間接的）訓練の実施
 - ・嚥下関連器官の運動（他動・自動）、空嚥下、気道防御法、冷圧刺激等
 - ・摂食（直接的）訓練の実施
 - ・訓練効果の測定・評価

3) 構音

運動麻痺等により、運動の制限（可動域、パワー、スピード、正確性、協調性）が原因で構音に異常が生じる場合がある。誤り方では、子音の省略、転置、歪みなどであり、STは、構音の評価と構音の獲得を目標とした言語聴覚療法を行なう。

- ①構音器官（共鳴・音声・呼吸を含む）の運動性の評価
- ②構音の評価
- ③構音の獲得と代償手段獲得を目的とする言語聴覚療法を実施する。

呼吸・嚥下・構音機能に関与する神経や筋は、全く同じとは言えないが共通するところが多い。つまり、呼吸機能が低下すれば、嚥下、構音機能に支障が生じ、また、嚥下機能が低下すれば、構音、呼吸機能が低下することが多いのである。ST は、このことから、発声発語機能を評価することにより、呼吸や嚥下機能のような見えない箇所の機能を評価することが可能な場合が多く、また、発声発語機能の訓練を用いることにより、嚥下機能の改善をはかること目指すのである。

II. 理学療法士 (PT) の役割と業務内容

口を介して営まれる呼吸、嚥下、構音の機能に対しての理学療法の役割として、全身状態の生理的正常化に対しては、支援的リハビリテーションから始まる。循環・呼吸器のアプローチを行いながら、徐々に自力での体動を促し、動作の自立を目指す。動作や行為の負担が少なく効率的に行われるには、四肢・体幹の柔軟性があることと筋活動が良好な状態を準備することである。その準備として

- ①換気改善
- ②筋緊張の緩和と促通
- ③姿勢保持
- ④痛みのコントロール

などが挙げられる。

さらに 動作・行為の自立に向けて①～④の準備の上に呼吸法を組み合わせた動作パターンの指導を行う（動作を行うときは呼気にあわせて動くことや回旋を取り入れることなど）。

また 状態は落ち着いていても、体力が低下していると少し動くだけで息切れや呼吸苦を訴えることが多い。そのような場合は、動作・行為前に酸素の投与について医師に相談する。

1. 動作・行為の準備段階に行う理学療法

1) 換気改善

- ・呼吸法の指導介助——横隔膜呼吸、深呼吸、口すぼめ呼吸など
- ・呼吸筋活動の促通——主動作筋、呼吸補助筋
- ・関節可動域の維持——頸部、肩甲帯、胸郭を中心に
- ・ポジショニング ——安楽肢位（リラクゼーション）
- ・喀痰介助 ——唾液分泌即通、口腔ケアなど

2) 筋緊張のコントロール（緩和と促通）

- ・リラクゼーション
- ・ストレッチ
- ・感覚刺激によるもの

3) 姿勢保持

- ・アライメント調整——頸部体幹の位置関係の正常化
- ・坐面のシーティング

4) 痛みのコントロール

- ・物理療法や徒手療法のほかに精神面への関わり

Ⅲ. 作業療法士（OT）の役割と業務内容

作業療法士の主な役割は、心と体と生活の調和や再構築である。対象は障害を持たれた方や予測される方で、年齢性別状態は問わない。作業療法の実施については、法的に医師の指示が必要であることが明記してある。

作業療法は日常生活活動に対して、その障害を評価して対応可能な機能的障害については機能訓練や治療的介入を行なう。さらに機能が改善せず目的活動上の不都合（活動制限）が生じた場合は自己の残存能力の向上や自助具をはじめとした各種福祉用具や補装具等の検討や作製や改良などの支援を行なう。口のリハビリテーションに関連する呼吸・摂食・構音についても基本的な役割は同じである。以下に作業療法士の基本的役割と口のリハビリテーションに関する役割を述べる。

1. 評価に関して

- 1) 身体機能として、関節可動域、筋力、麻痺の程度、感覚・知覚、脳神経、体力、身体バランスなどを評価する。
- 2) 知的精神心理機能として、意識、知的能力、高次脳機能、認知症症状、意欲、理解、情意・情動などを評価する。
- 3) 日常生活活動として、起居移動、食事、排泄、更衣、整容、入浴などのセルフケアや日常生活関連活動（APDL）や手段的日常生活活動（IADL）などについても評価する。
- 4) 背景因子として、転帰先の環境や条件、経済状況、介護者の実態、社会資源、ライフスタイル、ストレスコーピング、性格特性など環境因子や個人因子についても評価する。

以上の情報から評価結果を整理し、ネガティブポイント（問題点）やポジティブポイント（残存機能・能力）の焦点化、予後予測、リスク、治療目標・方針・計画立案などを行なう。

2. リハビリテーションに関して

- 1) 身体機能に関しては、上記評価で問題となっているところへの治療的介入・訓練・指導・援助等を行なう。
- 2) 知的精神心理面に関しては、意欲・発動性など精神活動力の賦活や維持などの対応を

行なう。

- 3) 日常生活活動に関しては、上記評価で問題となっているところへ、本人の行為や動作とその環境・用具などとのマッチングを含めて治療的介入・訓練・指導・援助等を行なう。さらにより良い環境の検討や残存機能・能力を発揮できるような各種調整・支援を行なう。
- 4) 背景因子に関しては各関係方面との情報交換・意見調整などを行い、本人・家族への助言・提言・介入などを行なう。

これらの評価からの一連の流れは、滞ることなく円滑に、本人やその他の変化等に即しながら再評価・再検討を重ねつつ、対応していく。

3. “口のリハビリテーション” に関して

1) 呼吸

急性期から生命の維持には欠かせない項目なので、作業療法においても積極的に支援していく。基本的な呼吸機能についてはもちろんであるが、少しでも本人が楽に呼吸できるような対応も必要である。

- ① 主に理学療法士と共に体幹筋や肺など基本的な呼吸機能への対応と強化を行なう。
- ② 臥位や坐位でのポジショニング・シーティングの検討を用具や環境も含めて行なう。
- ③ 全身的な筋緊張の調整を上記の項目と組み合わせて対応していく。

2) 嚥下

食事の総合能力として、摂食能力（咀嚼力、口腔保持力、送り込み力）、嚥下機能（嚥下反射の状況）、食事動作が考えられる。これらのうち作業療法士は食事動作場面に関わることが多いと思われるが、その際には摂食能力、嚥下機能も含めた対応が重要である。

- ① 食事の種類や方法について、他職種と情報交換しながら検討する。
- ② 姿勢保持や食事に使用する用具・道具類の検討を行います。本人に合わせた選択・調整を行なう。
- ③ 座位耐久性、自助具や補装具類の検討と作製、箸やスプーンや食器などの操作、食塊形成と口への運搬動作など、食事という行為を構成しているパーツに分解して、パーツごとの対応を行なう。さらに利き手の機能が低下した方に対しては利き手の交換への介入を行なう。これらは食物だけでなく、非食物も併用して行なう。
- ④ 認知・行為・記憶・注意などの高次脳機能障害に対しても食物・非食物を併用して治療的に介入していく。
- ⑤ 個々の対象者に適した食事姿勢や食事環境（自助具や補装具類や食事場所など）を設定して、実際の食物を用いて、食事動作と摂食・嚥下能力と食事環境などを統合した条件の下での治療的介入を行なう。

3) 構音

コミュニケーション能力として重要なだけでなく、知的・精神面の賦活という観点からも重要な項目である。残存機能からの発声・発語に支援すると同時に必要に応じ代替コミュニケーション手段を模索・検討していきます。その際に各種機器や自助具類の検討・対応も重要になる。

- ① 主に言語聴覚士と共に発声発語機能とコミュニケーションパターンの評価を行なう。
- ② 個々の対象者に最適なコミュニケーション手段の開発を行なう。
- ③ 福祉用具などコミュニケーション支援機器の評価・選定・治療的介入を、必要な自助具・補装具とともに行なう。
- ④ 発声発語に必要な呼吸に関する機能については1)呼吸のところと共に対応していく。

作業療法士は口のリハビリテーションに関連するところでは、以上のような役割を中心に対応しています。単一の役割でなく、幅広く対象者の生活に関わることが作業療法士の役割であると考えられるため、関係他職種と共に、常に情報交換をしながら、対象者の主体的な生活に対する総合的な支援を行っていく。