食べこぼしをなくすために

柏崎孝輔　作業療法士　宮本病院機能訓練室

【はじめに】

食事は生命維持に欠かせない. また, 食習慣は極めて社会的なもので食べこぼしがあると周囲を不愉快にさせるだけでなく, 服や周囲を汚し不衛生でありそれらを処理する介助者に負担をかける. 当院で作業療法を実施, 食べこぼしがなくなるまでの経過を報告する. 尚, 症例には発表の趣旨を説明し同意を得た.

【症例】

60 代女性. 61 歳時にくも膜下出血発症（破裂前交通動脈）, クリッピング術施行. 翌月に脳底動脈脳梗塞発症・右上下肢に強い両片麻痺. 当初は閉じ込め症候群に近く気切等全身管理が必要であったが軽快し, 62 歳時に当院へ転院.

【評価と経過】

覚醒レベル: 日差あり. 寝返り・起き上がり・移乗動作全介助, 端座位: 要介助, 全後弯で頚部伸展位. 全身的に関節可動域制限あり. 構音障害, 表情の変化が乏しい, 発動性が低下し口頭指示に非協力的であった. 覚醒レベルが安定すると, 寝返り: 自立, 起き上がり: 軽介助, 端坐位保持可, 麻痺や表情に改善が見られた. 構音障害が改善してくると, 高次脳機能障害・作話・複視・両耳側性半盲が認められた. 軟口蓋麻痺のため開鼻声, 口腔内圧を上げられず嚥下に問題あり（胃瘻）. ST で嚥下訓練開始, OT はデザートスプーン（以下：スプーン）の操作訓練を開始. ゼリー摂取ではゼリーを掬えるが口まで運べずこぼした. 身体機能が改善し口まで運べるようになったがこぼした. 症例はスプーンに掬ったゼリーを啜って口に入れようとするため口に入りきらずこぼす. 流涎, うがいで水をこぼすなど口唇閉鎖に問題あり. 呼吸: 浅く胸郭の可動性不良. 口腔―顔面運動と呼吸の協調性が失われていた.

【治療】

当院では主に固有受容性神経筋促通概念（PNF）に基づいて治療を行っている. 座位で全身のアライメントを整え, スタビライジングリバーサルで体幹の安定性を促通. 口唇周囲の過緊張の顔面筋をリラクゼーションし, リズミックイニシエーションで運動の協調性を促通. 鏡で視覚的なフィードバックも用いた. 胸郭を伸長しながら呼吸を介助し, 顔面運動と呼吸が協調するように口呼吸を中心に促通. 自主練習として歯磨きとストローを使った呼吸訓練を実施.

【結果】

食べこぼしがなくなり栄養が経口から摂取できるようになった.

【考察】

安藤は摂食動作を 4 期に分類している. 症例は「口に入れて食べる」4 期が障害されていた. 4 期は手と口の協調動作が必要で, 上肢機能・口腔―顔面運動・口腔反射などが協調的に機能する. ところが, 症例の摂食はゼリーを啜って口に入れるため手と口の協調性だけでは不十分で吸気も必要であった. 呼吸と嚥下の関連性は周知の通りだが, 口に入れる過程（啜る）においても呼吸の関連性が示唆された. 口腔―顔面運動と呼吸の協調性の改善が食べこぼしがなくなった要因であったと考える. 食べこぼしがなくなったことにより食べる喜びの再獲得ができ, 食堂で対人交流の機会も増えた.