

# 多職種連携により食事拒否から全量経口摂取へ移行した症例

公益財団法人 脳血管研究所 美原記念病院

野口沙紀

## I.はじめに

今回、失語症と認知機能低下を認め、経口摂取に拒否がみられた患者に対し、評価・訓練を行う機会を得たため、考察を加え報告する。

## II.症例紹介

【症例】80歳代女性（右利き）

【医学的診断名】右側頭葉皮質下出血

【放射線学的所見】CT 画像にて右側頭葉に高吸収域を認める。また、脳室の拡大を認める。

【神経学的所見】陳旧性右片麻痺（Brs II-II-II）、左片麻痺（Brs V-V-V）、構音障害

【神経心理学的所見】失語症、認知機能低下、右半側空間無視

【既往歴】左前頭葉皮質下出血（平成 20 年）、左急性硬膜下血腫（平成 23 年）、左前頭葉脳挫傷・脳出血 外傷性くも膜下出血（平成 28 年）

【現病歴】平成 28 年 X 月左片麻痺出現し救急搬送。右側頭葉皮質下出血の診断で当院一般病棟へ入院。10 病日目、当院回復期リハビリテーション病棟へ転床。

【家族構成】本人、長男の 2 人暮らし。近隣に次男家族が在住しており、次男は長男から頼まれたときに本人の介護をしていた。

【病前の生活・ADL】今回で 4 回目の発症。入院前から要介護 5 を取得しており、デイサービス、ヘルパーを利用しながら自宅で生活していた。前回退院後から一日をほぼベッド上で過ごし、食事もベッド上で米飯と一口大の副食を自己摂取していた。初発の左前頭葉皮質下出血で失語症状が出現し、理解は短文レベル、表出は話し手の発話を一部利用することで単語～短文レベルで可能であった。家族によると、今回入院直前は頷き等の反応が曖昧になり、忘れっぽくなったように感じていたとのこと。

## III.初回評価（10 病日目に実施）

【意識レベル】JCS II-10

【コミュニケーション】重度の運動性失語を認める。意識障害もあり、簡単な従命から困難。単語レベルで

の発話がみられるが、構音障害や発語失行の影響により内容の推測が困難。頷き・首振りによる応答が一部可能。

【高次脳機能】認知機能の著明な低下を認める。介護拒否がみられ、病棟スタッフが本人の身体に触れると奇声を上げる場面がみられる。

【発声発語機能】発話明瞭度：4 発話の自然度：3 左右の口唇、舌の運動範囲制限を認める。呼吸・発声機能は異常なし。総義歯使用。

【摂食嚥下機能】RSST、改訂水飲みテスト（3ml）、水飲みテスト（30ml）：指示入力困難につき実施せず。藤島式摂食嚥下グレード Gr.9、摂食状況のレベル Lv.4。

## IV.問題点

#1 覚醒不良 #2 易疲労性 #3 食事意欲の低下  
#4 認知機能低下 #5 失語症

## V.目標

短期目標：

1.覚醒向上 2.耐久性向上 3.食事意欲の向上  
4.認知機能の維持向上 5.言語機能維持向上

長期目標：

全量経口摂取へ移行

## VI.訓練プログラム

1.経口摂取訓練 2.精神賦活訓練

## VII.経過

介入当初、主な栄養は経鼻経管から摂取していた。昼食時のみ粥ミキサーと栄養補助食品（ゼリー状）を提供し、訓練を実施した。経鼻経管の自己抜管のリスクがあるため、麻痺が軽度である左手にミトンを装着していた。ST 介入当初は覚醒のムラや認知機能の低下により、傾眠や拒否がみられ、摂取困難なことが多かった。介助により摂取を促しても、首を大きく振ったり、強く閉口し食事を拒否する場面が多くみられた。

そのため昼食時のみミトンを解除し、自己摂取を促した。摂取開始から 10 分程度は覚醒を維持しスプーンを用いて自己摂取可能だが、徐々に傾眠がみられ、口腔内に溜め込みがみられた。覚醒不良時には、ST

の介助に強い拒否を示し、摂取量にムラがみられた。

そこで食事形態を粥ミキサーから全粥へ調整した。自己摂取を促すも、食事形態調整前と同様に食器やSTの手を払いのける等の拒否がみられた。取り込み可能な時であっても口腔内の溜め込みがみられ、空スプーンを挿入して送り込み動作を促すも、改善はみられなかった。傾眠がみられ、15分から20分かけて全粥50gと水分30ml前後を摂取していた。

疲労により食事時の傾眠がみられるため、PT・OTに訓練時間の調整を依頼した。また、水分摂取に拒否を示すことが多いため、病棟スタッフへもこまめに水分摂取を促してもらうよう依頼した。カンファレンスでは本人の興味・関心のある活動を情報共有し、訓練に取り入れ、精神的安定を図るよう努めた。

その後生活リズムが安定し、奇声を上げる場面が次第に減少し、笑顔がみられるようになった。食事では覚醒のムラが減少し、摂取ペース・喫食量に改善がみられた。そのため、主食を50gから100gに増量、副食を刻み食にて3品（半量ずつ）追加し提供した。取り込みから嚥下まではスムーズであった。時折、傾眠や離席がみられたが、40分程度で全量摂取可能となる日が増加した。31病日目には昼食のみの食事提供から3食提供に変更した。また、副食を刻み食半量から一口大全量に変更した。摂取量も良好であったため、同日全量経口摂取へ移行となった。

全量経口摂取へ移行後も時折食事拒否がみられるものの、概ね9割から全量摂取が可能であった。58病日目に特別養護老人ホームに入所となった。

## VII.最終評価（57病日目に実施）

【意識レベル】JCS I-3

【コミュニケーション】重度の運動性失語を認める。極簡単な内容の理解が可能。表出は挨拶や相槌で反響言語あり。自発話では単語レベルで発話があるが、構音障害や発話失行により、発話内容の推測が困難。

【高次脳機能】認知機能の著明な低下を認める。

【発声発語機能】発話明瞭度：3 発話の自然度：2 左右の口唇、舌の運動範囲制限を認める。呼吸・発声機能は異常なし。総義歯使用。

【摂食嚥下機能】RSST、改訂水飲みテスト（3ml）：指示入力困難につき実施せず。水飲みテスト（30ml）：

プロフィール 5。藤島式摂食嚥下グレード Gr.10、摂食状況のレベル Lv.8。全量経口摂取へ移行し、全粥、一口大の副食、とろみなし水分、栄養補助食品（液状）を40分程度で全量自己摂取可能。水分量確保の為、主食の形態は全粥のまま。

## IX.考察

認知機能低下により経口摂取に拒否がみられた症例に対し、食事形態や量の調整を行うだけでなく、他職種とも連携することで全量経口摂取へ移行することができた。

介入当初は食事時の傾眠や食事拒否がみられた。その原因として、易疲労性や食事意欲の低下、精神不安定により、生活リズムの獲得が不十分だったことが挙げられる。

易疲労性に対しては、PT・OTに訓練時間の調整を依頼し、昼食直前の介入を避けることで、食事時の覚醒維持に繋がったと考えられる。

食事意欲の低下は、当初の食事形態が認知機能低下のために粥ミキサーであったことが原因の一つと推測される。そのため、食事形態を全粥・刻み食へ変更し、食事意欲向上を図った。また、経鼻経管自己抜管防止用の抑制によるストレスや、食事介助に対する拒否がみられていたため、食事時の抑制を解除し、自己摂取を促すことで食事意欲の向上を図った。

経口摂取量の増加と並行し、食事時間以外の水分摂取を病棟スタッフで協力し、積極的に促したことで、経鼻経管の抜管に必要な水分量の確保が比較的早期に達成された。

食事以外にも、日々の関わりの中で本人が興味を示したことを病棟スタッフ間で情報共有した。訓練やケアに取り入れることで、意欲的に活動に取り組む場面が増加し、生活リズムの安定に寄与した。

これらの取り組みにより、食事時の疲労が軽減され、食事意欲の向上や摂取量の増加につながったと考えられる。

以上から、認知機能低下により食事拒否のある患者の経口摂取移行には、食事内容を調整するだけでなく、他職種と連携し、患者の尊厳に配慮し、生活リズムの安定を図ることも重要であると実感することができた。