

言語聴覚士から見た嚥下・言語聴覚リハとリスクマネジメント

Examination by the viewpoint of the speech language hearing therapist about rehabilitation of dysphagia, speech-language-hearing disorder and the risk management

○花家 薫(大阪府 堺市 健康部 健康医療推進課)

Kaoru. HANAIE, Department of Health Promotion, Sakai City Government Office, Sakai, Osaka, Japan

Abstract: There is little speech language hearing therapist(ST) who support the patient with aphasia, presbycusis, dysarthria, dysphagia, stuttering in the local community. The evaluation technique and enforcement method are not established, and it is not yet revealed about the way of thinking to become the base in building support either. On the other hand, pneumonia is it in the change for the stroke in the 3rd position of the Japanese cause of death, and correspondence is an urgent problem. We are convinced that the effective solution to rehabilitation for a long term is collaboration by the many types of job about medical care.

Key Words: speech language hearing therapist(ST), rehabilitation, risk management

【はじめに】

生きがいのある人生を送るためには疾病の早期発見、早期治療とともに、疾病の発生を予防するための生活習慣の改善と健康の保持増進が重要な課題の一つとなっている。目標は住民の健康寿命の延伸“健康で長生きすること”で、達成に向けて生活習慣の改善などを通じて生活習慣病等の疾病を未然に防止し、早死や要介護状態の減少を図る。個人や社会の幸せを実現するためには“健康”は重要な手段であり、心身の健康だけではなく、障害や病気があっても、自分の人生をいかに健康に生きていくかということも重要であると考え。また、健康は自然環境や災害への備え、公害問題の解消、住環境や都市基盤の整備など個人の努力で解決しない問題であることも考慮せねばならない。さまざまな情報提供・環境整備・地域づくり等を推進することで住民自らの健康づくりを支援できる。心身の健康を中心にしながら、多様な健康観を視野に入れ、ライフステージに応じた健康施策を展開し、環境や雰囲気といったことにも着目して住民と社会のQOLの向上を目指していく。住民自らが健康づくりに努めることができる仕組みを作らねばならない。それこそがヘルスプロモーションであると考え。

障害があっても“健康”であるためには、コミュニケーションに関する障害や症状の病識を理解した言語聴覚士が、直接患者に働きかけて言語に関する残存機能を活かすことばかりではなく、その家族や関わる人々の理解、環境整備を深めて、コミュニケーションの障害があっても自然にリハビリになり、快適に生活できるようになることが、地域の生活を支える行政の言語聴覚士の役割と考える。

【言語聴覚士が対応する障害について】

失語症 aphasia

失語症は脳血管疾患の約30%に発症し⁽¹⁾、失語症者の47.3%は退院後、家庭復帰している⁽²⁾。厚生省の2008年度患者調査⁽³⁾によると我が国の脳血管疾患の患者数は1,339,000人といわれ、失語症者は401,700人いると推計されるが、退院後、継続した訓練が必要であるにも関わらず、実施できていない失語症者はその30~47%に昇ると推測される。失語症者が住み慣れた地域で在宅生活をするには介護保険、医療保険のサービスだけでなく、地域住民が主体となったサービスの供給やボランティア活動、自主グ

ループの取り組みなどが必要である。そのためには、失語症の病識を理解した言語聴覚士が、直接失語症者に働きかけて言語に関する残存機能を活かすことばかりではなく、その家族や失語症者と関わる人々の理解を深めて、失語症者とのよい関わりのできる者を増やすことが、地域の失語症者の生活を支える行政の言語聴覚士の役割と考える

嚥下障害 dysphagia

原因としては、脳卒中やパーキンソン病・筋萎縮性側索硬化症などの神経や筋肉の病気、舌・咽頭・喉頭癌など。また加齢の影響も強く受ける。摂食・嚥下障害で生じる問題は肺炎・窒息・低栄養・脱水など生命の危険に直結するだけでなく、食べることの障害は、医学的なリスクだけでなく、食べる楽しみを失うという生活の質(QOL)の低下も招く。全国推計954,560人(要介護認定者の約18%) (2012年3月、要介護(要支援)認定者数5,303,111人)

嚥下訓練には間接(基礎)訓練と直接(摂食)訓練がある。間接訓練とは、「食べ物をを用いない訓練」で、誤嚥の危険が高く直接訓練を行うことのできない場合や経口摂取をしている場合でも、食前の嚥下体操などのように嚥下諸器官の準備運動の目的で行うことも多い。肩・頸部のストレッチ、筋力アップ運動、口腔器官の運動、咽頭アイスマッサージ、発声発語訓練、プッシングエクササイズがある。

直接(摂食)訓練とは、「食べ物をを用いる訓練」で実際の食事を摂取することで機能的訓練を行う。増粘剤を付加したり、調理の工夫での食物の種類・形態の変化、一口量の調整や摂取ペースのコントロールなどを訓練する。

運動障害性構音障害 dysarthria

構音障害は中枢神経の疾患によるもので、その患者数は国内に約70万人⁽⁴⁾と言われており、不明瞭な発声や人との言語コミュニケーションを困難にしている。構音障害とは構音に関与する肺、声帯、軟口蓋、舌、顎、唇の筋系および神経系の疾患に起因する運動機能障害が構音に影響を及ぼした結果としての症状で、発声発語器官の筋疾患、運動麻痺、協調運動障害などに由来する。脳卒中や頭部外傷、パーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症など、神経や筋に生じるさまざまな病変によって発声発語器官の機能が障害される。発音ばかりでなく、呼吸や発声、共鳴、話すリズムなども障害され、聞き手に判りにくい発話となる。具体的には、小声、ガラガラ声やかすれ声、鼻声、呂律が回らな

い、吃様症状などの症状である。

発声発語機能訓練では、息を吐き続ける時間を延ばす練習を行ったり、コップに入れた水をストローで吹く呼吸訓練などがある。鼻咽腔閉鎖不全により発声が開鼻音となる場合、舌圧子を用いて軟口蓋を上へ上げながら母音の発声をしたり、氷刺激を与え軟口蓋の挙上の感覚を刺激する。

構音訓練では、下顎・口唇・頬・舌の運動を誘導し、単音から連続した構音、短文レベルアップを図る。コミュニケーションの他の手段で日常生活で効果的に利用できるのは、メモ帳、ホワイトボード、携帯メール機能を使用したり、簡単な身振り、五十音の指さしなどを代償手段として用いる。

老人性難聴 presbycusis

30歳代から聴力は衰え始め、50歳代～70歳代に進行していく。国内の潜在的な難聴者は2000万人にのぼり、うち900万人は自覚症状がなく、自分が難聴だと気が付いていない人も多い。耳の機能は、音を集める「外耳」と、集音する「中耳」、音を感じる「内耳」から成り立ち、聴神経を経て脳に伝わる。そのいずれかで障害がおこると難聴になる。外耳一中耳の部分の障害である「伝音難聴」、内耳一脳の部分の障害の「感音難聴」などがある。老人性難聴は内耳の細胞が傷む「感音難聴」である。音は有毛細胞を伝わって脳に伝達されるが、その有毛細胞は年を重ねると抜け落ちてしまう。特に高い音域を感じる細胞は常に刺激にさらされており傷みやすい。そのために高齢者は特に高音域が聞き取りづらいという特徴がある。大勢の中で特定の話だけ聞き取るカクテルパーティ効果や快適に聞き取ることができなくなるリクルートメント現象など特に特徴的で、補聴器で聴力を補うことは可能だが、こういった繊細な表現力は困難で、今後の開発が望まれる。聴力の完全な回復は難しいが、適切な環境やコミュニケーション方法で改善を見込めるハード面やソフト面のアプローチが必要である。

吃音 stuttering

WHOでは会話の流暢性、スピーチのリズムの障害と定義されている。3～5歳で発症することが多く、男児に多い。(男女比=3～5:1) 調査の年代、地域、文化の差に関わらず約1%に存在する。発生は4～5%と言われるが、自然に解消することも多い。原因は様々な研究があるのも特定はされていない。それに伴い、治療法・訓練法ともに決定打はない。発吃から半年～7、8か月で自然に治り、70～80%は治る印象がある。働きかけは、発話スピードコントロールや軟起性発声の習得などがある。その他、語頭がブロックされるのか、繰り返してしまうのか等の種類や、頻度や持続性などの観察や心理面へのアプローチなども取り入れる。こうした面にアプローチすることで、吃音という特性をもったまま生活をスムーズにおくることの支援となる。

【リスクマネジメント】

リスクマネジメント：訓練

患者は、回復期であれば1回40分～60分の言語訓練をほぼ毎日行う人がほとんどで、生活期では40分程度を週に1回となる。日常訓練のリスクマネジメントは、この訓練時間の安全性を担保することである。嚥下訓練では、実際に食物を用いる直接嚥下訓練で窒息や誤嚥性肺炎等のアクシデントが起こる可能性がある。生理的変化を適切に評価するシステム、安全な食事形態の供給、姿勢やポジショニングの

決定、それを判断するスタッフの訓練などにより、いかになくすかということになる。

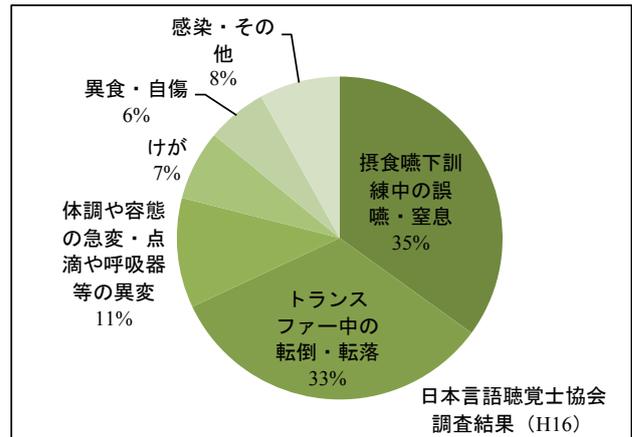


Fig. 1 The accident of speech language hearing therapy

また、失語症の訓練などでは認知神経心理学的方法（言語の処理について現象からモデルを考え、訓練理論を組み立てる方法）、構音障害では口腔機能へのアプローチを用いるが、評価を誤ると訓練効果が得られない。現象から数値化された評価基準があれば、言語聴覚士の経験値による差を減らし、標準化された適切な訓練提供になり、省力化につながり、患者にとって適正な訓練が享受できる。

リスクマネジメント：多職種連携システム

嚥下訓練（ミキサー食レベル）を受けている患者が、病室でお饅頭を食べて喉に詰めるということは少なくない。嚥下障害があり固形物は全て禁止中であることを周囲に示しておくこと、患者の手の届く範囲に食べ物がないようにすること等、危険を予測してチーム内で情報共有することで回避できる。

また、失語症の方と言語聴覚士のやり取りで、言語聴覚士の質問に対して家族や他職種が答えてしまうことが多い。言語聴覚士の意図は質問への応じ方を評価しているのであり、回答を得ることが目的ではない。他者が応じると評価に至らない。失語症の訓練について知識を得ること、言語聴覚士の雑談にも受け取れる会話が、実は評価そのものであることを理解することなどが対策できることである。

訓練の時間だけが訓練のではなく、生活すべてをリハビリと捉えるならば、明確に「目的」「禁忌事項」をチームで共有する必要がある

リスクマネジメント：回復の経過

適切な時期に言語訓練や嚥下訓練を実施すれば確実に効果を期待できるが、実施しなかった場合には回復は大幅に遅れたり、改善した機能が低下する「廃用性症候群」がある。

言語聴覚士は脳血管疾患の後遺症の一つである言語障害に対するリハビリ職であるが、2012年時点の有資格者数は約20,000人と少なく、在宅療養者の通院リハビリ施設、言語聴覚士が所属する介護保険事業所が少ない。そのために失語症者が長期にわたる言語聴覚療法の効果は明らかであるにもかかわらず、生活期において十分な言語リハビリを受け難い現状がある。

長期経過の失語症者を対象にした研究⁽⁵⁾から、非訓練群

に比べ発症から3か月では2倍、3か月から12か月では1.5倍、発症から1年以上では12倍の改善が期待でき、生活期における訓練効果は意義がある⁽⁶⁾とされ、回復期リハビリを終了した後、老人保健施設でも言語訓練を実施した場合にコミュニケーション機能の改善が認められたという報告もある。継続した言語訓練を受ける機会が回復の妨げや廃用性症候群につながる。失語症者が住み慣れた地域で言語リハビリを取り入れながら在宅生活を送るには、医療と介護だけでなく、自分でできる言語リハビリの提案、地域住民主体のサービスやボランティア活動、自主的な取り組み等も含んだリハビリの実施機会を継続することが望ましい。

リスクマネジメント：生活において

長期にわたる在宅生活において、訓練効果などは比較できないため実際どこまでやったら有効かという検証ができていない。また、主たる基礎疾患が脳血管にある場合が多い患者は再発のリスクも伴う。

コミュニケーションの障害、理解不良、書字機能の障害等があれば近所づきあいや外出に消極的になり、介護保険サービスでも利用はするものの孤立したり、選挙に参加しにくい等の社会参加がスムーズにいかない。

特に災害時などはコミュニケーションの障害、聴覚的理解、聴力の問題から情報弱者になったり、摂食・嚥下障害では生命の危険が及ぶ。患者に施設付近の避難場所を周知したり、消防への連絡方法、コミュニケーションボードを準備しておくこと等はコストをかけずに既存のもので対応できるので知識の普及により整備をすすめるべきではない。

個人に対してだけではなく、地域や社会の生活資源のマネジメントを、それぞれの立場から行っていくことがヘルスプロモーションの実効的方法だと考える。

- (1) 厚生労働省統計.都道府県別にみた死亡の状況「都道府県別年齢調整死亡率の概況」2010, 人口動態統計特殊報告
- (2) 厚生労働省統計.身体障害児・者実態調査2010
- (3) 厚生労働省統計.国民医療費の概況, 2008
- (4) 志村英二, 西尾正輝, 国内におけるディサースリアの患者数に関する文献学的調査, 第7回日本言語聴覚士協会総会プログラム・抄録, 214, 2006.
- (5) Randall R.Robey:A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia, Journal of Speech, Language, Hearing, Research, vol41, 172-187, 1998
- (6) 上杉由美:生活適応期における評価と支援:失語症・認知症を含むコミュニケーション障害者に対する老健での取り組み, コミュニケーション障害学, 第27, 第2号, 21-130, 2010