

東京都立府中療育センター 第37回地域療育講習会
「障害児者の食べることをサポートする～発達と加齢による変化を踏まえて～」
令和7年9月26日（金）開催

ご質問と回答

講習会のご聴講と、アンケートへのご協力をありがとうございました。

11件のご質問がありましたので、各講師より回答させていただきます。

1 ご質問

嚥下の発達は、定頸が不十分でも発達していくものでしょうか。参考文献等があれば教えてください。

<渥美 聰医師 回答>

一般的に、定頸不十分な場合、全身の運動機能障害も重度で寝たきりのことが多く、嚥下障害も重度のことが多いと思われます。頸部の筋群は嚥下にも大いに関りがあり、頸部の筋が有効に働くないと嚥下も上手にできないことが多いからです。また、全身の運動機能障害が重度ということは、舌や顎を動かすための神経支配も障害されていることが多い、動きがスムーズでなく、上手に取り込み・押しつぶし・咀嚼・咽頭への送り込みができず、嚥下に影響を及ぼします。そのようなことは脳性麻痺のパターンが強い時などに見られます。

一方、そのようなケースでも、適切な座位保持装置やヘッドレストなどにより、頭部を安定させ、顎引き体位を取ると、頸部の余計な緊張もなくリラックスした状態になります。食物摂取時に、ある程度口唇閉鎖しながら下顎や舌を動かして食物を処理し、その後比較的スムーズに嚥下できることもあります。また、ケースによっては、頭部を起こしての顎引き体位をとることは困難なこともあります。その場合、完全側臥位法などで開口したまま、多少頸部を伸展させたままを許容しながら嚥下が可能になることもあります。

それを繰り返すうちに誤嚥せずに嚥下することを獲得していくこともあります。姿勢調整にて改善するというのは、教科書や多くの文献に記載されていますが、「定頸不十分なままの脳性麻痺児などでも嚥下は発達していくことがある」ということになると文献はほとんどないかもしれません。これらについては、私が30年以上脳性麻痺などの摂食を診てきた中の経験上のコメントです。経験豊富な摂食専門家に聞くと、同様のコメントをする人もいます。

2 ご質問

食形態のステップアップに関して、講義の中で「誤嚥低下、下顎や頸部が安定したら」とありますが、安定とはどのような状態をさすのでしょうか？重心の方は様々な代償運動も獲得しており、判断に迷うことがあります。それは、食形態を下げる判断や中止する判断時も非常に悩むところです。ご教授願います。

<渥美 聰医師 回答>

最初に、「食形態ステップアップ」についてもう少し丁寧に説明します。正確にいって、いきなり食形態を上げるということではなく、状態が安定してからお楽しみ程度の少量から食べられる量を少しずつ増やしていく、ということになると思います。安定して1食分以上経口摂取が可能となったら、食形態をペーストレベルから押しつぶしレベルに上げていくことを検討する、ということになります。

一般的に、定頸不十分な場合全身の運動機能障害も重度で寝たきりのことが多く、嚥下障害も重度のことが多いと思われます。頸部の筋群は嚥下にも大いに関りがあり、頸部の筋が有効に働くないと嚥下も上手にできないことが多いからです。また、全身の運動機能障害が重度ということは、舌や顎を動かすための神経支配も障害されていることが多い、動きがスムーズでなく、上手に取り込み・押しつぶし・咀嚼・咽頭への送り込みができず、嚥下に影響を及ぼします。そのようなことは脳性麻痺のパターンが強い時などに見られます。

重度であればあるほど、寝たきりから支え無し座位姿勢が可能になることは少ないかもしれません。しかし、たとえ座位姿勢をとれなくても、少しでも頸部が安定し、下顎保持も可能になってくることはあります。その時に、姿勢を整えてみます。体幹を支えることができないので、座位保持装置や車いすなどでリクライニング姿勢をとります。一方頭頸部は少し起こします。この時頭頸部や下顎はまだ不安定なので、ヘッドレストで安定させたり、頸部の後ろにタオルなどを入れたりして、頭頸部や下顎の安定を図ります。体格がより小さい児であれば、母の抱っこが最も安定するかもしれません。

これらの姿勢をとることにより、口唇閉鎖が可能になり、口の動きもより良くなるようなら、食事経口量を増やし、さらに食形態を上げることをトライすることが可能になってきます。また、頸部が安定し、誤嚥予防につながることもあります。しかし、定頸が不十分であれば、この姿勢をとってもなかなかうまくいかないこともあります。

誤嚥が軽減してから、についても同様です。頸部聴診などで呼吸と嚥下の協調が改善してきた、ムセが軽減した、または多少誤嚥してもしっかりむせて出すことができるなどになってきたら、上記方法でトライしてみます。

つまり、少しでも以前より頸部や下顎不安定、誤嚥軽減してきたと思ったら、姿勢を整えていろいろトライしてみる。ダメだったら無理せず元の方法に戻すという対応になるということです。

頸部や下顎が安定しない、反り返ってしまう、開口・舌突出が改善しないなどのケースでも、姿勢を調整し安定することをトライし、それでも困難であれば、その状態を許容しながら安全に楽に食べられる方法を考えていきます。もしベッド上や床マット上で側臥位を取る方法（いわゆる完全側臥位法）が可能なら、その姿勢で行うと、上記のようなケースでもある程度食べることが可能になることもあります。この場合、開口や舌突出を改善させようとして本人が嫌がるのに無理な口唇閉鎖介助を行おうとすると、余計な緊張が入り、かえって摂食嚥下動作を妨げることになるので注意が必要です。舌突出を認める場合は、本人の動きを妨げないよう、舌が口腔に収まるタイミングでスプーンを入れるというような方法を取ります。これにより代償機能を獲得していくことになります。

側臥位法も困難な場合（動いてしまうなど）などは母の抱っこか本人に合った座位保持などで何とか安定を図ります。

いずれにしても、小児でこのようなケースのような場合、将来の見通しを考慮すると早めに胃瘻を作ることをお勧めします。胃瘻にすれば余裕をもって経口摂取が可能となり、胃チューブによる咽頭部の違和感もなくなり嚥下は改善し、さらにミキサー食注入もでき、QOLは格段に上がります。

食形態を下げる、中止する判断について。加齢により運動機能が低下してきた場合に変更が必要になることが多いです。また思春期に急激に悪化することも多いです。この場合はまず姿勢を整えます。前述したように、頸部や下顎の安定を図る、完全側臥位をとってみるなどです。座位保持装置の変更を検討してもよいかもしれません。可能ならVF（嚥下造影検査）を行い、姿勢調整で改善するか、より安全な食形態の方が良いかなどを確認します。VFが困難なら頸部聴診や臨床症状などで判断する場合もあります。胸部CTでの慢性肺炎像の有無も参考になります。誤嚥の許容範囲を超えている場合（発熱肺炎繰り返す、食後喘鳴・呼吸状態悪化繰り返す、VFである程度の量を誤嚥してもむせない、姿勢や食形態を調整しても誤嚥を認める）は、経口中止となることが多いと思います。

しかし染色体異常の一部のケースに、運動機能低下を認めなくとも嚥下機能が急激に低下するケースもあり注意が必要です。その場合は、咀嚼せず丸のみして誤嚥するケースも多いので、咀嚼を促すことをトライします。食感のあるものをかじり取り、臼歯で噛むことを続け、咀嚼がある程度できるようになり、丸のみが改善した、という報告もあります。しかし、肺炎を繰り返すなど緊急対応が必要な場合、VFを行い、ハイリスクならまずはいったん食形態を易しめにしてから、咀嚼を促す方法をトライします。咀嚼を促す方法は、知的障害が重度であるほど、自閉傾向が強いほど受け入れは困難で上手くいかないことも多く、無理のない範囲で行い、対応困難なら食形態変更をせざるを得ないと思われます。

食形態を下げる、経口を中止する、ということについては、ご家族は希望しないことも多いと思います。その場合、できればVFやCTなどで客観的データを見せなが

ら、リスクの共通認識を持つということが大切です。共通認識が無ければ、話はなかなか進みません。また、リスクがあるから中止します、とご家族に指示するのではなく、まずはリスクがある、このままでは本人が苦しむことになる、と言ふことを伝えます。考えてもらい、一緒に考えていくということです。それでも経口を続けたい、経管や喉頭気管分離は行わないという選択をとる方もいらっしゃいます。その場合は大変になるので、「覚悟」も必要になります。それも確認していきます。

3 ご質問

この度はとても参考になるお話をいただきありがとうございました。

3歳の娘が進行性の症状がある遺伝子疾患をもっている重度心身障害児です。

現在は幼児食を細かく刻み、とろみ餡などでまとめてお口から食べております。

娘は食欲にムラがあり、昨年11月から今年7月まで半年以上、あまり口を開けず、食事を嫌がる素ぶりをみせる期間がありました。体重も落ちてしまい、主治医からはこれが続けば経管も検討した方がいい。と言われました。分食にすること、食事中、好きな音楽を聴かせること、たくさん褒めながら食べさせること、STさんにみてもらいたい形態を調整すること、お口の周りをマッサージすること、様々試しましたが食欲向上にはつながりませんでした。

しかし、7月のある日を境にとても食べてくれるようになりました。特別その日に何かしたわけではありません。

そのため、何が原因で食欲がなくなり何が原因で食欲が戻ったのか自分自身わからず、今後食欲がまたなくなるのが不安で仕方ありません。今回、発達遅滞のある子の体重基準を教えていただき、少し安心ができたのですが、万が一今後また食欲が落ちてしまった時、どんなことを試したら良いでしょうか。アドバイス頂けますと幸いで

<渥美 聰医師 回答>

疾患名がもう少し具体的にわかると今後についてのことを考えていきやすいと思います。また、本人の状態について不明なところがあり、少しコメントするのが難しいかもしれません。わかる範囲でコメントしていきます。

まず、進行性疾患ということですが、早期に急速に退行する疾患か、成人期以降緩徐に退行していく疾患か、様々です。それによって注意点は異なります。いずれにしても、退行時期を予測して早めに対応していくことが必要です。また、けいれんが多いと、そのコントロール状況により、摂食嚥下機能は悪化します。さらに薬の副作用が多い時も同様です。夜間不眠が続いている時も、日中の食欲に影響します。夜間不眠が強いようなら、薬でコントロールが必要なこともあります。便秘も食欲に影響するので、高度便秘の時はやはりそのコントロールが必要です。

運動機能はどれくらいでしょうか？寝たきりなのか、首はしっかりと座っているのか、支えが無くても座位がとれるのか、などによって対応は異なります。もし、頭を支えられない、首の座りが不安定なら、安定した座位保持装置などにより、頭頸部をしっかりと保持することが必要です。そうすれば、口の動きも良くなり、楽に食事をとることができます。3歳で抱っこが可能なら、抱っこ姿勢も安定します。しかし抱っこが難しい場合や介助側が疲れてしまう場合はお勧めできません。

重度心身障害児でも、幼児食を刻んでトロミ餡でまとめて食べられる、ということは、ある程度の摂食嚥下機能を持っているということになります。どのような食べ方でしょ

うか？頸や舌の左右の動きを認め、奥歯ですりつぶすような動作を認めているようなら、咀嚼はできているということで、機能は高いと思います。口を閉じて咀嚼できていればよいですが、そうでなくとも舌や頸がしっかり動いていれば問題はありません。口の動きが少なく、丸のみしてしまう、上手く噛めていないなどの時は食べやすい食形態に変更するとよく食べてくれることがあります。しかし、現在はその形態で食べられており、以前STさんに食形態を調整してもらっても食べなかつたということは、現在の形状を継続してよいのかもしれません。食形態を易しめにすると、かえって食べなくなってしまう子どももいます。

重症心身障害児ということは、自分で食べるのではなく、おそらく介助食べでしょうか？もし介助食べであれば、体重を健常児と同じレベルに増やそうとして、頑張って食べさせることにより食べることが嫌いになってしまった児もいます。ある程度痩せた状態で初めて食欲が出てくることもあります。また本人が好きでないものを頑張って食べさせようとすると拒食になることもあります。さらに、たとえ好みのものでも、食べる意欲がない時に無理強いすると増え食べなくなってしまうこともあります。

本人が食べるかどうかについては、まず見た目で確認し、次に匂いで受け入れるかどうかを決めるともいわれています。見た目で慣れさせるには、何回も見せ、それを本人の目の前で食べてみると、そのうち本人はそれを触るようになります。それでOKです。その時「食べてみようね」と強いることはあまり望ましくありません。上肢機能がどれくらいかわからないのですが、もし手を伸ばしてさわることができなければ、見て慣れるだけでも良いと思います。次に匂いをかがせます。匂いに慣れる、さらにその匂いを好きになれば口に入れても拒否しなくなります。

味は、甘味、うま味、塩味、酸味、苦味、辛味などがあります。その中で受け入れられそうな味を中心に考えていくことも大切です。

次に食感・食形態を考えます。障害を持った多くの子どもたちは、食べ物をまとめるのが苦手です。食べる時は、ただ歯を使って上下に噛むだけでなく、舌を上手に使い唾液と混ぜながら、飲み込みしやすい形にまとめます。一般の離乳食はまとまりが少なく、粘性が強いものもあり、適さないことが多いと思います。刻んだものをトロミ餡でまとめているものを食べている、ということですが、これが本人に適した食形態なのかもしれません。また、少し食感のあるもので安全なものを食べた経験はありますか？例えば赤ちゃんせんべいや幼児用スナック菓子、カールなどです。それを噛むと、何とか処理しようと舌が左右に動き、丸のみなどが改善することにつながっていきます。比較的早く口の中で溶けるので安全です。

環境が本人を変えることもあります。保育園で同年齢の友達が食べているのを見ると、安心して、自分も食べられるんだと思います。また、友達に負けたくないというライバル心で食べることもあります。楽しい雰囲気で食べる意欲が増すこともあります。できるだけ多くの人と一緒に食べることは良いことです。

こだわりが強い、音や光などの刺激に弱いなどの特性はありますか？これらが偏食・拒食につながることもあります。その時は、本人の特性に沿って対応します。食べ物の色や形などにこだわりがあればそれに合わせる。また、このような児では、多くの人と一緒に食べる、うるさい環境が苦手なこともあります。その時は個別対応することが

必要です。また、苦手な味の食べ物を無理に食べさせることはだめですが、例えば本人にわからないよう、極少しづつ混ぜていくという方法を取れば慣れていくこともあります。

現在身長と体重はどれくらいでしょうか？それから痩せ度を計算します。また、多少痩せていても、元気で食べる意欲が維持されていれば問題が無いことも多いと思います。しかし、程度によっては血液検査で微量元素などを評価する必要があります。講義では痩せの許容範囲を数値で示しましたが、本人の全体像を見て、数値だけにとらわれずに考えていくことが大切です。

今後再び食べなくなった時どうしたらよいのか、についてです。前述したいろいろな方法でも改善困難な場合は胃瘻を考えても良いと思います。胃瘻にすれば食べなくてもミキサー食を注入することが可能です。ミキサー食は経口でなく胃瘻から注入しても多くの利点があると言われています。単一の注入剤よりミキサー食の方が胃が動くようになり、腸内環境も整います。腸内環境が整うと、体力・気力・免疫力もつき、良い方向に進むことが多いと思います。また、胃瘻にして、経口摂取も同時に進めなければよいと思います。食べられないのに苦しんで頑張って食べなくても良い。食べられるだけ食べ、あとは注入すれば良い、という方法をとることができれば、本人も介助者も、お互にとても楽になります。

最も大切なことは、他人と比べるのでなく、本人にとって一番良いと思われるることは何か、本人が幸せになるためにはどうしたらよいか、を考えていくことです。そのために本人の状態を丁寧に把握し、何が問題なのか、その問題に対してどうしていったらより良いのかを考えます。さらに、この先どのように進めていったらよいか、も考えていきます。一方、もし進行性疾患であるならば、先のことはあまり考えすぎず、今を精一杯生きるということを考えることが大切になるかもしれません。

4 ご質問

渥美先生のお話の中で、「丸のみ・早食い・詰め込み→窒息を防ぐために」のスライドで、「臼歯で噛む、舌左右の動きを引き出す」とありますが、具体的にはどのような咀嚼訓練を行っていますか。練習方法を教えてください。

上記質問の続きです。咀嚼訓練の中で、かたいものであれば咀嚼はできるものの、少しやわらかいものになると咀嚼の動きが出ない方がいらっしゃるかと思います。その場合に取り入れている練習がありましたら教えてください。

<渥美 聰医師 回答>

噛むことができるのは、食べ物には、少なくとも飲むものと噛むものの2種類がある、ということを認識できていないためということが考えられます。そこで噛んで砕かないと処理できないようなものを左右どちらかの臼歯に置くと、それを何とかしようとして噛んでくれる場合があります。かみ砕いたものは、バラバラなのでそれをまた舌で反対側にもっていこうとする動作が生じ、まとめようとしていきます。最初に使う食材は、サクッという食感はあるが噛まないと処理できず、なおかつ一度噛めば多少バラバラになっても溶けやすい安全なものが良いでしょう。メレンゲ菓子、赤ちゃんせんべい、カール、小児用カッパえびせんなどです。自分でかじり取ると、より良い動きが出ることがあります。経口摂取は食べさせられるよりも、自分で食べたほうが意欲が増し、何とかしようという動作が起こりやすいとも考えられます。スーパーで売っている「うまい棒」は縦に割くと細くなり、自分で持つてかじり取りやすくなります。もう少ししっかり咀嚼の動きを出そうとすれば、トーストパン、柔らかくゆでたニンジン、ラップで包んでスティック状にした棒おにぎりは、手づかみしやすい食材です。硬くて噛み切れないもの（するめ、硬いドライフルーツなど）は、臼歯で噛むきっかけを作るには悪くはないのですが、左右の動きを引き出すことには、必ずしもつながらないかもしれません。いずれにしても、本人が受け入れ、それを楽しめなければ身につきません。嫌がるのに強制的に行ってもなかなか上手にならないと思います。

硬いものであれば咀嚼はできるが少し柔らかいものになると咀嚼の動きが出ない場合の対応について。まず、本当に硬いものを咀嚼できているのでしょうか？臼歯でかみ砕くことはできても、その後十分にすり潰したりまとめたりすることができず、丸のみしてしまっているのかもしれません。その場合咀嚼ができているとは言えません。また、もし硬いものを上手にすり潰し、食塊形成して問題なく嚥下できているのなら、咀嚼ができていると判断できます。そのようなケースで少し柔らかいものは咀嚼出来なくて丸のみになってしまい、という場合は、感覚鈍麻（噛む必要があるものでも多少柔らかければ噛まなくてよいと判断してしまう）や食物をまとめる（食塊形成する）力が不十分ということになると思います。その場合、摂食リハ学会で推奨している「発達期障害児者のための嚥下調整食」の中の「まとまりマッシュ」を試すと上手いく場合があります。調べれば載っていますので詳細は確認して下さい。これを実際に作るのは少し大変

ですが、簡単まとまりマッシュ食を作る方法もあります。軟飯と柔らかめ普通食のおかずを手動のハンドミキサー（OXO ペーストメーカーがおすすめ）を使って混ぜご飯状のおにぎりが出来上がります。まとまっていますがある程度噛んで咀嚼する必要があるので、まとめることが苦手なケースでもこれを咀嚼してくれることもあります。

ただし、いろいろ工夫してもどうしても十分な咀嚼ができない、丸のみし窒息のリスクが高いと思われた場合は、地道に練習しながら、その間はリスクの低い易しめの食形態に変更せざるを得ないこともあります。知的に重度、または自閉傾向が強いケースではなかなか上手くいかないことも多い印象です。一方、知的障害軽度、自閉傾向も強くない場合は、地道に練習していけば少し咀嚼ができるようになります。

5 ご質問

側弯が口腔の構造に影響する、というお話がありましたが、どんな影響があるのでしょうか。

<大房 航歯科医師 回答>

ヒトの口腔構造（歯列やかみ合わせ、舌位置など）は口腔周囲筋の活動バランスや重力方向（直立二足歩行がヒトの特徴）、習癖、話す・食べる機能など、様々な要因によって日々変化することが知られています。例えば、成長期の頬杖癖による顎変形症などは健康な方でも見られます。重度側弯症は姿勢保持困難をもたらすため、通常の座位保持や仰臥位維持などが困難になります。また、顎運動や嚥下にも影響する頸部筋も可動域制限や左右差が生じることもあります。これらの問題は口腔構造の変化を引き起こす要因となります。日常生活に支障のない程度の軽度側弯症でも歯列不正や不正咬合を生じることがあるという報告もあります。

6 ご質問

口腔機能管理について、口腔マッサージ等を嫌がる場合、他にできるリハビリはありますでしょうか。また、遊び感覚で出来るような楽しいリハビリがあればご教示いただきたいです。

<大房 航歯科医師 回答>

口腔を触られることが嫌な方は多くいらっしゃいます。神経学的な問題や知的能力発達など様々な要因があるようです。ご質問のリハビリについて明示できる手法はありませんが、「口や顔を動かす遊び」をするとよいと思います。例えば、吹き戻しなどの口を使うおもちゃ、歌う・しゃべる、笑う、にらめっこ、顔真似、などでしょうか。嫌がる場合でも指や歯ブラシなどで口腔を触ることを繰り返すことも重要です（脱感作）。その際には身体の遠位から徐々に口腔へ近づいて触るようにすると良いといわれています。

7 ご質問

脳性麻痺のタイプ別姿勢の特徴の項目で、低緊張の方の場合の姿勢筋緊張が高まるようなサポート例や、アテトーゼタイプの体幹を前傾にする適切な支持面の設定例等教えて頂きたいです。当施設では、股関節の屈曲制限が強い方が多いので、姿勢の工夫に悩んでおります。

<吉本真矢言語聴覚士 回答>

同じタイプの方でもご本人の疾患の特徴や合併症、重症度、摂食嚥下機能等により個別性が高いため、PT、OT 等多職種で連携し、食事の姿勢評価をしてもらうことが望ましいですが、一つの考え方として以下をご参照ください。

①低緊張の方の場合の姿勢筋緊張が高まるようなサポート例

体幹と頭部の安定性を図りつつ口腔周辺の活動性を高める姿勢を検討します。そのために体の位置関係を整え、体に沿った座位保持装置等を使って支持面（背面、座面）を作り、抗重力運動により筋緊張を高めます。その中で食べやすい体幹の角度と頭部の角度を検討します。

②アテトーゼタイプの体幹を前傾にする適切な支持面の設定例

体幹を起こした垂直位に近い姿勢をとれる方であれば、肘受けや机などを使う等で体の前面に適切な支持面を設定し、体幹を少し前傾させることで口腔周辺の運動性を高めます。

体幹を起こした垂直位をとることは難しいが反り返って頭頸部過伸展にならないような方であれば、リクライニングやティルト機能を使って体幹を後傾し、背面、座面を支持面として頭部の安定性を図ると良いと思われます。

<渥美 聰医師 補足説明>

低緊張；背部は隙間がないよう、臀部は前方にずれないようにして、リクライニング姿勢とします。頭頸部は起こして顎引き体位にします。頭頸部を安定させるため、ヘッドレストの調整、後頸部に枕を当てるなどの工夫をします。このように姿勢を整えると、頸部は安定してリラックスし、口腔や嚥下筋の有効な動きが引き出され、口唇閉鎖可能となり、誤嚥も予防できます。理想は、本人に合った座位保持装置を作成することです。

低緊張が著明な場合は、頭頸部を支持することが困難なケースもあり、その場合は床上やベッド上で側臥位姿勢をとる完全側臥位法で摂食介助を行なうと、比較的安全に経口摂取を継続できることがあります。

しかし、頭頸部を安定させることができず、リクライニング姿勢で顎が上がったままの経口を継続せざるを得ないケースもあります。開口したまま反り返りながら、ペ

ースト食を流し込むように摂取するパターンとなります、これを継続しているとある時期に誤嚥著明となり、経口摂取継続が困難になってしまうリスクが生じることも考えられます。

アテトーゼ；後頸部、背部、上肢を支点に、過緊張が全身に広がり、上下肢過伸展、頸部の著明な反り返りを認めます。左右非対称の姿勢をとることもあります。アテトーゼタイプで対応が困難な理由は、突然過緊張を認めてしまうということです。その誘因は様々ですが、空腹や精神的緊張などが多いと思われます。その場合、過緊張が全身に広がらないよう、まず後頸部～背部の筋緊張亢進の改善をはかります。手で軽く押さえるだけでも改善することがありますが、それでも困難な場合、介助者の手で後頸部などに軽くバイブルーションをかけます。そうすると過緊張が緩んでくることが多いので、その後伸展位を取らないよう、頸部、背部、股関節などを屈曲させるようにします。車椅子上では、股関節が屈曲するようティルトリクライニングタイプで調整します。上肢伸展が過緊張を誘発するので、車いすの手すりなどを握ってもらう、または手首を車いすの手すりにバンドで軽く抑制する、などの方法をとることもあります。（嫌がるような時は上肢はそのままフリーにします）一旦落ち着いた後、空腹を改善させるため、経口させます。精神的緊張を取り除くため声掛けなどでリラクゼーションさせます。アテトーゼタイプの場合、いったん落ち着くとリラックスし、リズムよくスムーズに経口できることが多いと思います。それでも過緊張を繰り返す場合は、上記の方法を再度行い、取り落ち着くまでいったんリセットさせる必要があります。あまりに過緊張が強い場合は、本人の対応に慣れている介助者に限定して介助せざるを得ないこともあります。

股関節の屈曲制限を認める場合は、股関節伸展のまま姿勢を調整せざるを得ません。その場合でも、上記の方法で後頸部～背部の過緊張を改善させると落ち着くことがあります。完全側臥位法または車いす上で頭頸部を横向きに向かせるだけでも安定する場合があります。さらに、介助者の膝枕の上に本人の頭部を載せ、多少の頸部過伸展は許容しながら経口を継続できている例もあります。膝枕だと本人の安心感が高まり、また緊張の変動に対し介助者が微調整しやすいという利点があります。体重が軽い小児では、母が抱っこすると安定を取りやすいというのも同様な理由です。ただしこれは介助者の負担が大きく、なかなか大変な方法ではあります。

キャスパー・アプローチという方法がありアテトーゼに適した車いす作成が可能です。（静岡や関西で普及しています）抱っこ姿勢などで最も安定した姿勢を決め、そこから車いすを作っていきます。可能なら、それで進めるという方法もあります。

一方、どのように工夫しても困難なケースがあり、その場合、ボトックスやバクロフェンシャントで過緊張改善を図ります。この方法で落ち着き、経口摂取が再開可能になったケースもあります。さらにコントロール困難な場合は、胃チューブ留置、胃瘻造設するなどで経管栄養中心にせざるを得ません。また、経口摂取継続しても過緊張が続く場合は、窒息や重度誤嚥のリスクが常にあるため、喉頭気管分離が必要になることもあります。

8 ご質問

現在中央区立福祉センターでは普通食（常食・一口大カット・一口半カット）とペースト食を提供しています。ペースト食にした際にかさが増えて、栄養価やエネルギー量が半分ほどに減少しているのですが、講義内でご紹介された真薯については、エネルギー量や栄養価は普通食の何割程度になるのでしょうか。また、真薯は大体大和芋を利用するなどつなぎ食材を必ず使用しているのでしょうか。教えていただけると幸いです。

<竹内典子管理栄養士 回答>

一般的に、ペースト食は出来上がった普通食を加工して調製していることが多いと思いますが、当センターでは、一般食（一口大食等）と嚥下調整食（ペースト食等）はそれぞれ別で調理しています。基本的に一般食と嚥下調整食は同じ食材を同程度の量使用しており、ペーストへ加工する際は加水を極力行わないため、かさが増えすぎずに仕上げることができます。そのため、一般食と同程度の量で、エネルギー量、栄養価ともに同程度の提供ができます。

真薯も同様で、つなぎの食材が入る分嚥下調整食の方がかさは多少多くはなりますが、栄養価的には同程度は確保しています。真薯のつなぎは大和芋、たまねぎ、片栗粉、サラダ油、食材によってはねぎや生姜が入ることもあります。

また、主食のパンがゆ、ミキサーパンがゆは材料として粉あめやスキムミルクを使用して、エネルギー強化を図っています。

<渥美 聰医師 補足説明と追加コメント>

日本摂食嚥下リハビリテーション学会が推奨している「発達期障害児者のための嚥下調整食」というものがあります。まとまりペーストやまとまりマッシュなどがあります。詳細は検索すれば載っていますので確認して下さい。これは簡単に説明すると以下です。

障害児者の口腔機能は、「まとめる」動作が困難なことが多く、「まとまり」をつけて苦手な機能を補完するということが必要です。また、粘性が強すぎると処理も困難になるので、粘性が低い（適度には粘性を持った）食形態を選択することも必要です。苦手な機能を補完するだけでなく、口腔の発達を促し、口に入れたら口を動かすようになることも必要です。それにより食べる意欲も増すと考えられます。そのため適度な食感、まとまりや適度な粘性も必要です。例えばまとまりがないと、上手に処理できず、ただ丸のみになってしまうことがあるかもしれません。これらの条件をそろえたものがまとまり食です。さらに栄養価にも配慮し均質な形態でも充分な栄養が摂取できるよう栄養密度の高い加工法を取っています。例えば、主食はスペラカー

ゼ粥またはスペラカーゼを添加しないペースト粥、次にお粥を離水する前に潰した潰し粥、次に軟飯が熱いうちに潰した潰し軟飯などです。副食は加水を最小限にとどめて作っています。まとまりペーストやまとまりマッシュを作成するのが難しいようなら、簡単に作成できる方法（簡単まとまりペースト、簡単まとまりマッシュ）もあります。

9 ご質問

酵素がゆで使用する「酵素入りゲル化剤」は何を使用しているのか教えてください。

<竹内典子管理栄養士 回答>

フードケアのスペラカーゼを使用しています。

10 ご質問

貴院の嚥下調整食のエネルギー設定を教えていただきたいです。（1日または1食あたり等）

<竹内典子管理栄養士 回答>

1日あたり 1500kcal、1200kcal、900kcal の3段階を設定しています。

11 ご質問

成人の方のそれぞれの摂食スタイルの動画がとても印象に残りました。それぞれのスタイルを尊重したいと思う反面、あまりに個性的だと介助できるスタッフが限られる、または新しいスタッフが介助の方法を習得するのに時間がかかるという問題が発生すると思いますが、スタッフ間で介助方法を伝達する際にどのように伝達されているのか教えていただけますと幸いです。

<谷野町子看護師 回答>

伝達の方法としては実際に利用者さんへの介助と一緒に実施しながら伝えていくことが多いですが、合わせて姿勢や留意点を記載した写真をベッドサイドに置いて共有することもあります。また、『摂食介助シート』という情報シート(専門職による摂食機能評価・食事形態・姿勢・介助方法の留意点等を記載したもの)もあるのでそれを使用することもあります。

介助スタッフが限られてしまったり、介助の方法を習得するのに時間を要することも多々あります。人と人の関わりなので、苦手な方もいるし、食事に関してはあまり相性が良くないという方もいるかもしれません。食事以外の場面で少しづつ関係性を構築していき、『口腔ケアだけさせてもらえた』とか『お茶だけ飲んでもらえた』などといった経験を積みながら食事介助に入れるよう、職員も無理をせずスマイルステップを踏みながら関わっています。