



O4-5 胃瘻造設後、KTバランスチャート (KTBC) による評価と包括的な食支援により完全経口摂取が可能となったくも膜下出血の一症例

丸山 佳佑 (まるやま けいすけ)¹、福尾 好英¹、梶原 敏夫¹、富田 裕^{1,2}

¹ 医療法人木南舎 富田病院 リハビリテーション科

² 医療法人木南舎 富田病院 神経内科

【はじめに】摂食嚥下障害に対する代替的な栄養摂取方法として胃瘻が挙げられる。一般に胃瘻を造設した患者の経口摂取再開は困難なことが多い。今回、KTBC (小山, 2017) を用いて経口摂取再開を目的とした介入を行った症例について報告する。【症例】80歳代男性。くも膜下出血を発症。四肢の運動麻痺は出現しなかったが摂食嚥下障害臨床的重症度分類 (DSS) 2の摂食嚥下障害を呈し、急性期病院にて17病日に胃瘻を造設。誤嚥性肺炎を併発。その後当院にてリハビリテーションを実施。【経過】入院時のDSSは急性期と同様2、KTBCは27/65点。認知機能も低下していたが、「食べたい」という欲求は残存していた。四肢の運動麻痺がなかったことからKTBCの「姿勢・活動的視点」で介入を開始。STでの嚥下機能訓練と並行して離床やセルフケア拡大を多職種で支援し、入院生活全体を通して活動量の向上を図った。84病日に昼食のみ経口摂取を開始。119病日に栄養は胃瘻から3食経口摂取へ移行し、座位で全量自己摂取が可能となった。経過の中で誤嚥性肺炎を疑う症状は出現せず。KTBCは退院時55/65点と改善。【考察】摂食嚥下障害に対する介入では、VFを始めとした嚥下動態に特化した評価を行うことが多い。本症例ではこうした評価に加えKTBCを用いて身体の耐久性や活動といった側面にも評価の視点を拡大し、「口から食べる」に係る多方面の問題点をとり漏らさずに介入対象を設定できた。また、その評価結果を可視化し、担当者間で共有したことで、経口摂取再開に対して効果的な介入ができたと考えられる。