

回 回復期リハビリテーション病棟はその誕生から20年以上に渡り、多職種協働による強力なチームアプローチを推進してきました。効率的な練習、リスク管理にとってチーム内でのアプローチ方法の統一は必須です。摂食嚥下リハビリテーションの分野はそうしたチームアプローチの最も代表的な例です。近年の回復期リハビリテーション病棟では、摂食嚥下障害に対する教育や情報共有が整備されてきました。その結果、その人に適合した介助方法、嚥下調整食やとろみの選択などが、職種を越えた共通理解として浸透し、だれが対応しても均質なアプローチができるようになりました。

一方、摂食嚥下リハビリテーションでは、集団の中で共有された知識が「なぜしているのか」という理屈を離れ、「必ずしも根拠に基づかない信念」「信念化した言説」となって

半ば独り歩きしている例もみられるように思います。「リクライニング肢位は安全な嚥下姿勢である」「とろみを濃くすればそれだけ誤嚥リスクは下がる」等々。これらは必ずしもすべての症例にあてはまることではないはずですが、とかくそのような思い込みに陥りがちです。見方を変えた場合、確かにとろみをつけたほうが誤嚥リスクは減少しますが、それによって損なわれるであろう患者さんのQOLをどう考えるかはまた別の話ですし、はたして在宅に帰った後も本人が好まないとろみ

を継続できるかはこれもよくわかりません。

水分誤嚥ととろみに関しては、肺炎発症を指標としてとろみ液体摂取群と一定条件下での通常液体摂取群間のRCTが複数存在し、メタアナリシスの結果から有意差は示されませんでした(Kaneoka, 2017)。脱水、尿路感染といった有害事象はとろみ液体摂取群に多く生じており、誤嚥した場合もデンプン系のとろみ剤は純水に比較し炎症発症リスクが高まることが指摘されています。このような事実を受けて、一定条

件下で食間の水分はとろみをつけずに摂取するといったFree Water Protocol(飲水自由プロトコル)も注目されています(倉智, 2019)。

折しも2024年の診療報酬改定において身体的拘束を最小化するための組織的な取り組みが義務化されました。回復期リハビリテーション病棟では転倒・転落防

止に対するリスク管理と患者の活動性・QOL向上の狭間で各施設とも悩みが多いところかと思われます。

いま標準的に行われていることが最善の根拠があつてのことなのか、患者のQOLや退院後のアドヒアランスも含めて検討されているのか、集団の中で信じられている“標準的な方法”を過信することなく再検討していくことが、回復期リハビリテーション病棟が次のステップへ質的に向上していくために必要だと考えます。

巻頭言

“標準化”の先にあるもの



しいな ひでたか
椎名 英貴

当協会理事

(森之宮病院 リハビリテーション部 部長 言語聴覚士)