

## 2. 緩和ケア主体の時期のがんのリハビリテーションを充実させるために

### D. 言語聴覚士からの視点

安藤牧子

(慶應義塾大学病院 リハビリテーション科)

がんのリハビリテーションにおける言語聴覚療法の内容を表1に示した。介入時期は術前の予防期から周術期、回復・維持期、そして終末期にまで及ぶ。周術期や回復期のアプローチに比べると終末期には環境調整や代償手段の導入が多くなる。余命1年未満の進行がん患者に言語聴覚士としてどのようなアプローチを行うのかを、摂食嚥下障害とコミュニケーション障害の面から述べていきたい。

#### 摂食嚥下障害に対するアプローチ

##### 1. 関わる疾患や介入時期

周術期において摂食嚥下訓練を積極的に行う頭頸部がんよりも、終末期ではほかの臓器がん、例えば脳腫瘍、肺がん、食道がんなどの疾患において、意識障害や悪液質によるサルコペニアで嚥下器官の筋力低下を生じたり、縦郭転移による反回神経麻痺の進行により声門閉鎖不全を生じ、誤嚥に至っている症例への介入を行うことが多い。ま

た、人工呼吸器装着下での介入を行うこともある。

介入時期は症例により異なるが、看取り前日まで介入することもある。

##### 2. アプローチ内容

###### 1) 一定期間全身状態が安定している症例に対して

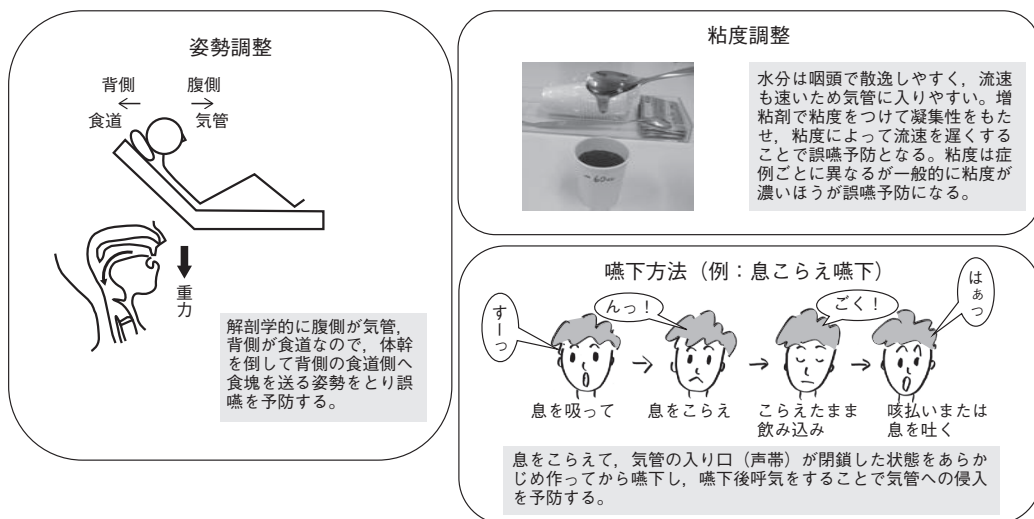
低負荷の嚥下筋の筋力増強訓練など機能訓練を継続的に行う。経口摂取に際しては、スクリーニング検査や必要に応じて嚥下造影検査もしくは嚥下内視鏡検査を行い、誤嚥予防の姿勢調整や適切な食形態を評価する。一般的に誤嚥予防のアプローチとして行うのは、①姿勢調整、②粘度調整、③嚥下方法の工夫などである(図1)。

###### 2) 予後が週単位の症例に対して

本人や家族の意思を確認しながら、「食べる」「味わう」ことを安全に行えるよう、環境調整やどのような手段を用いるかの選定をサポートする。「食べる」ためのアプローチでは誤嚥のリス

表1 がんのリハビリテーションにおける言語聴覚療法

障害	原因疾患	言語聴覚療法内容
摂食嚥下障害	脳腫瘍、頭頸部がん、食道がん、肺がんなど	嚥下訓練(前頸筋筋力増強、声門閉鎖訓練や嚥下方法の習得など)、姿勢や食形態調整などの環境調整の評価・指導
失語など高次脳機能障害	脳腫瘍	脳血管障害に準じた失語・高次脳機能訓練、音声言語によらないコミュニケーション代替手段の選定と習得のための訓練
構音障害	脳腫瘍、頭頸部がん	代償構音習得も含めた構音訓練、補綴物の評価・訓練(頭頸部がんの場合)
音声障害、音声喪失	喉頭がん、反回神経麻痺	声門閉鎖を目的とした音声訓練、代用音声訓練(電気式人工喉頭使用、食道発声、シャント発声)



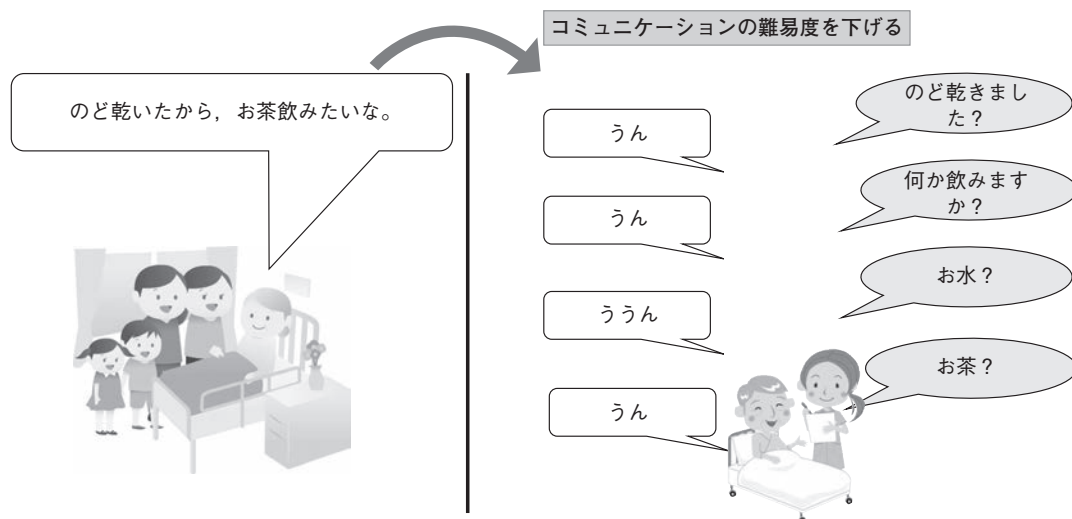


図3 コミュニケーションレベルの調整

ション障害に対するアプローチ内容を述べる。

## 1. 失語症

### 1) 関わる疾患や介入時期

原発・転移性脳腫瘍やトルソー症候群による脳卒中により失語症や高次脳機能障害を生じる。終末期では、これらの症状が段階的に増悪することが多く、症状が変化したタイミングでコミュニケーションのレベルを変更するなどの介入が必要である。積極的な介入から支持的介入、また家族への指導も適宜必要であり、介入時期も症例によりさまざまである。

### 2) アプローチ内容

言語機能評価から患者のコミュニケーション障害の程度を正確に把握したうえで、よりストレスが少ないコミュニケーション手段、つまり代償手段を提示する。代表的なものはコミュニケーション

ノートである(図2)。代償手段は、本人だけでなく、家族など周囲の人が使用方法を的確に理解していないと有効に使えないため、適宜指導・介入を行う。

症状が進行した場合はより難易度の低いコミュニケーションの取り方、つまりクローズドクエスチョンで本人の反応を引き出すなど、働きかけ方を変えるよう指導する(図3)。

## 2. 音声喪失

食道発声やシャント発声を用いている場合、状態が悪化してくると声量低下や発声が困難になる場合がある。その時は、電気式人工喉頭へ切り替えて体力に負担がかからない発声方法へ変更を促す。また自身で電気式人工喉頭を保持することが困難な場合は、介助して使用するよう家族やスタッフへ指導する。