

過敏の除去（脱感作）の図の変更について

学会誌第 18 巻・第 1 号 通巻 42 号の「訓練法のまとめ」に掲載されている I-22 過敏除去（脱感作）の過敏の除去の流れが手からではなく、肩から手の順番で書かれている理由について。

解説

1987 年 「食べる機能の障害 その考え方とリハビリテーション」医歯薬出版にて、金子芳洋 先生によって、口腔感覚の異常（過敏）が紹介され（p 56-57）、「障害児集団に対する筆者らの調査結果でも、身体の他の部分と比較して顔面口腔領域での過敏の発生率が高くなっています。」との記載があり、その根拠となる 1986 年の尾本・金子らの「障害児の口腔機能評価」小児歯科学雑誌 24（1）138-145, 1986. では 73 名の重度心身障害児者の研究報告に口腔周囲での過敏が多く、全身・手指は 1%（人数からは 1 名？）と報告されています。また、その結果をもとに尾本和彦 先生によって過敏を取り除く訓練（脱感作）が初めて本邦で紹介されています（p 89-91）（引用文献なし）。これまで、この本の図表を用いた成書が多く出版されました。摂食・嚥下リハビリテーション（初版・第 2 版）・小児の摂食・嚥下リハビリテーション等（医歯薬出版）。

ところが、近年、小児領域だけではなく、医療関係者・リハ担当者・高齢者看護・理作業の分野からも過敏の除去について、何故「手」からなのかとの問い合わせがあり、検討を行いました。

1) 過敏と心理的拒否・感覚偏倚が混同されやすい

これに関しては、多くの書籍で述べられており、また金子先生、尾本先生も注意すべきであると言及しております。また田角先生は、田角勝 編：トータルケアで理解する 子どもの摂食嚥下リハビリテーション 診断と治療社、p 151-153（過敏除去と歯肉マッサージ）では、これまでの方法とは異なり、不快刺激を入れないという方法論を展開しており、「早く諦めることを学ばせるようなもの」と方法自体を否定しています。感覚偏倚については、自閉症関連の書籍・研究でも述べられていますが、本症状を過敏症状と捉え、食事指導に無駄な刺激（訓練）を行うケースも多いことも田角先生は言及しています。

2) 神経診察に「手の病的表在反射」があり、過敏症状との鑑別が難しい

a) 手掌頤反射 (palmomental reflex)

手掌とくに母指球を強く圧迫すると、同側の下顎の頤筋が収縮するもの。脳幹より上部の錘体路障害で生じる。水頭症、多発性硬化症、頭部外傷やパーキンソン病、アルツハイマー病に見られることが多く、手の刺激から過敏の除去に繋がらない臨床像を多く経験する。

(参考)

- 1) Owen, G; Mulley, GP. "The palmomental reflex: a useful clinical sign?". J Neurol Neurosurg Psychiatry 73 (2): 113-115.2002.
- 2) 日本小児神経学会 「小児神経学的検査チャート作成の手引き」
<http://child-neuro-jp.org/chart/charttebiki.html>

b) 把握反射 (palmar grasping reflex)

患者の手掌に物が触れると握りしめる現象。生後 4-6 か月で消失するが、中枢神経系の障害児では遷延する。障害児では過敏と間違えることは少ないが、成人で出現するのは前頭葉障害の重要な兆候であり、脳卒中発症直後では強い把握で過敏（嫌がっている）と間違われることが多い。

(参考)

- 1) 小峰幸弘：神経診察ビジュアルテキスト。医学書院，2002。一部改変

上記の疑問点から、今回、医療検討委員会ではこれまでの訓練法を見直す観点から、本方法について、検討しました。

まず、最初に「食べる機能の障害」の過敏の項を担当された尾本先生に、メールで問い合わせしてみましたところ（木下憲治先生が対応）、「食べる機能の障害」の図の表現は、金子先生が研修会等でお話しされた内容が元になっているとのことでした。尾本先生が推察するには、金子先生のこの表現は、マリー C クリックメイ著「ボバース法による言語治療」医歯薬出版（昭和 48 年発行）の p 92 にある表現「口からもっとも遠く離れた部位から始める」を参考にしたのではないかとのことでした（あくまでも推察で、金子先生にも確認はしたことが無いとのことでした）。いままで、疑うことなく使用してきた表現の理論的根拠を問われると、この引用先からは不明ということになります。

また感覚野が大きい方が刺激に対して敏感というのは周知の事実（penfield & rasmussen 1950）で、身体部位に過敏が認められたときにも同様に感覚野が大きい方が、より過敏性が高くなるというのは当然の帰結と思われ、「食べる機能の障害」の方法よりも、神経学的に、理にかなっていると結論付けられます。また同様の観点から、神経系のメカニズム：

特に、視床から大脳皮質への知覚投射において、最も敏感な場所は神経細胞の配列から、口・顔→手→上肢→体幹という配列になっています。(馬場元毅：絵でみる脳と神経 第3版 p146 医学書院) 上記2つの理由から、過敏を末梢から体の中心に向かって除去するという科学的根拠はなく、除去の順序は感覚野領域の大きさを考慮するとともに、体幹から対象部位へ脱感作すれば良いとの帰結に至り、図中の矢印の方向を変更しました。

本訓練法の前稿に、この長文は入れることが出来なかったため、本経緯が入稿できなかった事で混乱が生じたことに関してお詫びいたします。しかしながら、多くの臨床の先生からこれまでに疑問があったことも事実ですし、逆に全身の多くの部位に過敏症状があっても、最終的に口腔周囲と手掌には過敏症状が残りやすい事も経験します(田村文誉ら：摂食・嚥下障害児3名の触感覚過敏に対する脱感作療法の検討. 日摂食嚥下リハ会誌, 13(3):237-242, 2009.)。そのため、適切な脱感作法(療法)の確立は重要だと考えます。

繰り返しますが手に関しては過敏・心理的拒否・感覚偏倚の鑑別が難しく、また異常反射もあることから、本学会(日本摂食嚥下リハビリテーション学会)の「食べる・飲みこむ」を原点とし、口腔周囲の過敏除去を目的とした方法に関して、これまでの「手・腕」の矢印の方向以外に変更はなく、逆に「手掌」の脱感作法を加筆したのみであります。「手掌」に過敏がなければ、実際的にはこれまでと同様の対処法で問題なく、矢印を二重にも思いましたが、やはり会員またはリハ担当者が混乱を来たす事を避けたため、担当委員と検討し、あえて二重の線は作成しておりません。