

[原著論文]

新潟リハビリテーション病院歯科・歯科口腔外科における 摂食・嚥下障害患者の現況と問題点

今井信行¹⁾、萩田和子¹⁾、小柳三保子¹⁾、藤木千絵¹⁾
佐藤 厚²⁾、青野奈美子²⁾、藤井留衣²⁾
大橋 靖³⁾

キーワード： 要介護高齢者、口腔機能障害、摂食・嚥下障害、嚥下造影、口腔ケア

Current Situation and Problem in Patients with Dysphagia in the Department of Dentistry and Oral Surgery at Niigata Rehabilitation Hospital

Nobuyuki Imai, D.D.S, Ph.D., Kazuko Hagita, D.H., Mihoko Oyanagi, D.H.,
Chie Fujiki, D.H., Atsushi Sato, S.L.P., Namiko Aono, S.L.P., Rui Fujii, S.L.P.,
Yasushi Ohashi, D.D.S., Ph.D.

Key words: bedridden elderly people, oral dysfunction, dysphagia, videofluorography,
oral health care

要旨

健常高齢者や要介護高齢者のQOLを維持、向上させるため、食への社会的関心が高まってきた。特に摂食・嚥下障害に関しては、誤嚥性肺炎と直結する問題のため、医療・福祉・保健の各分野から注目されてきている。2001年4月、本院の開院と同時に歯科・歯科口腔外科が新設され、高齢障害者の口腔環境改善に取り組み、院内他科との連携により、積極的に摂食・嚥下障害の治療に関与してきた。近年、摂食・嚥下障害を主訴として当科を受診する患者もみられるようになってきた。今回、その実態を把握するために臨床的検討を行った。対象患者は28名で、障害期別に分類すると、口

腔期、咽頭期、準備期、先行期、食道期の順で多かった。嚥下訓練としては、間接、直接訓練を組み合わせを行い、口腔ケアや歯科治療も並行して施行していた。治療・訓練後の機能を評価した結果、改善が8名、軽度改善が10名で、機能改善が得られていることが明らかになった。

I 目的

高齢者の疾病や死因の上位にランクされる疾患として肺炎が上げられている。近年、この高齢者肺炎の原因として誤嚥の可能性が高く、誤嚥性肺炎の重症化が死に直結していると指摘されてきている。健常高齢者や、要介護高齢者にとって、好きな物を口

1) 新潟リハビリテーション病院 歯科・歯科口腔外科

2) 新潟リハビリテーション病院 言語聴覚科

3) 新潟医療福祉大学 医療技術学部 言語聴覚学科

今井信行

[連絡先] 〒950-3304 新潟県豊栄市木崎字尾山前761番地

TEL: 025-388-2111

E-mail: nirehp.imai@aiko.or.jp

から食べるという行為は、老後に残された楽しみの一つであり、誤嚥は食事行為と密接に関連する重要な問題である。家族や介護者にとっても、生活の質（QOL）を低下させることなく、最期まで口から食事をしてほしいという切実な願いがある。

人は、加齢に伴い全身的な生理的機能が低下してくることは自明であり、当然ながら摂食・嚥下機能も徐々に低下してくる¹⁾。この機能低下を可能な限り阻止し、食べる楽しみを享受しつつ誤嚥性肺炎を予防することは、QOLの維持につながる。今後は単なる高齢化社会ではない健康長寿社会を樹立することが、福祉医療の責務と考える。このような観点から、近年、摂食・嚥下障害についての社会的関心が高まってきている。

新潟リハビリテーション病院²⁾でも、開院と同時に歯科・歯科口腔外科が新設され、高齢者の口腔環境改善に取り組んできた。

本院に入院される急性期を脱した患者の口腔環境は、疾患発症以来、放置されているのが現状である。その実際は、有歯顎者では、う蝕病原菌や歯周病病原菌が増加し口腔内の汚染が認められる。無歯顎者でも口呼吸で口腔乾燥が強ければ、粘膜剥離物が口蓋や舌に堆積し、固着している。義歯は著しく不適合をきたしている。このような惨状下で、経口摂取を開始したとしても、食欲がわくはずもなく、食物を流し込みながら、口腔内で繁殖した病原性細菌を消化器官に輸送していることになる。ここで誤嚥が起きれば、口腔内の病原性細菌が肺に侵入し、容易に誤嚥性肺炎を惹起させる。これらの現状は全身的なりハビリテーションの出発点でつまづくようなものであると考える。

そこで、当院では開院当初から、歯科スタッフと病棟スタッフとが連携しながら、入院患者への口腔ケアを行ってきた。口腔

内の食物残渣の除去に始まり、ブラッシングによる菌垢や舌苔の除去、口腔ケア用スポンジでの口蓋粘膜、頬粘膜等の清拭、義歯の清掃と化学的洗浄を行い、口腔乾燥者に対しては保湿剤の塗布を行い、また、歯科・歯科口腔外科外来においても、適宜、口腔ケアを行いながら、歯科治療を進めてきた。

このような当科独自の取り組みによって、他科の認識も深まり、病院全体の理解が得られるようになり、積極的に摂食・嚥下障害の治療を目的に、当科へ紹介来院する患者が増加してきている。そこで、摂食・嚥下障害を主訴に歯科・歯科口腔外科を受診した症例の現状を把握するとともに代表例を供覧し、今後の問題点の検討を行ったので報告する。

II 方法

新潟リハビリテーション病院が開院し、外来診療を開始した2001年4月9日から2003年6月末までの2年3か月間に摂食・嚥下障害を主訴に歯科・歯科口腔外科を受診した患者28名を対象とした。

対象患者の摂食・嚥下機能を分析するために、口蓋感覚、舌感覚、口唇閉鎖運動、顎運動、舌運動等を分析し、嚥下反射誘発試験、反復唾液嚥下テスト（RSST）、水飲み検査を施行するとともに、必要に応じて言語聴覚科と連携して嚥下造影検査（VF）及び構音検査、知能・高次機能検査を組み合わせて施行した。摂食・嚥下障害の総合判定として、軽度（経口摂取3食可能）、中等度（経口摂取1～2食可能あるいは、3食可能であるが誤嚥性肺炎の既往あり）、重度（経口摂取不可あるいは限定条件下で経口摂取極少量可能）の3区分に分類した。訓練方法を集計し、治療及び訓練施行後に再評価を行った。2003年6月時点で訓練続行中の場合には、訓練中の最終確認時点で

の評価で判定した。

Ⅲ 結果

歯科・歯科口腔外科の新患者数は642名で、摂食・嚥下障害を主訴に受診した患者の割合は4.4%であった。性別では男性11名、女性17名。年齢は23歳から91歳、平均年齢は72.8歳であった。紹介元は、院内他科からの紹介が18名と最も多く、院外の他医院・施設からの紹介が8名、他の2名は歯科治療のため受診中に、摂食・嚥下障害を訴えた症例であった。

対象症例の摂食・嚥下障害の背景因子、現症、治療経過ならびに結果を表にまとめた。各々の項目について概説すると（延べ数は例、実数は名で表示）、基礎疾患別では、脳血管疾患が11例、痴呆が7例、パーキンソン病が5例、水頭症術後が1例、脳挫傷が1例、頭部顔面外傷術後が1例、動脈炎症候群が1例、糖尿病（I型）が1例、骨異形成症が1例、胃癌術後栄養低下が1例、右股関節人工関節置換後ルーシングが1例、夜間せん妄が1例、特定不能の身体表現性障害が1例であった。

摂食・嚥下障害を障害期別に分類すると、食物の認知が困難な先行期（認知期）障害が5例、食物を口腔内に取り込み、噛み砕く咀嚼行為が困難な準備期障害が14例、舌による食塊の後方への送り込みが困難な口腔期障害が19例、嚥下反射の誘発が遅延し、咽頭通過が悪く咽頭残留が認められる咽頭期障害が16例、食道通過が困難で逆流が認められる食道期障害が1例であった。

障害の重症度を分類すると、重度が8名、中等度が9名、軽度が11名であった。

治療・訓練内容は、う蝕治療が6例、歯周病治療が6例、義歯治療が6例、赤外線・超音波療法が4例、口腔ケアが22例、頸部・顔面・舌リラクゼーションが18例、開閉口訓練が3例、口腔内アイシングが6

例、嚥下反射誘発訓練が5例、食材限定直接訓練が15例、食事指導が21例であった。

2003年6月時点で治療・訓練終了者は21名、継続中は6名、全身疾患の悪化による中止者が1名であった。

訓練施行終了時及び、訓練継続中の対象者は2003年6月時点で評価を行った。

経管栄養からの離脱が1例、むせこみ・誤嚥・誤嚥性肺炎の減少が8例、献立のレベルアップが8例、食事時間、あるいは食事介助時間の短縮が11例、限定条件下で経口摂取少量可能が2例であった。

以上を総合的に判断した結果、複数項目での改善が見られた患者は8名、1項目のみで改善が見られた軽度改善者は10名、全項目で変化が見られなかった患者は8名、悪化者は2名であった。治療・訓練前の機能障害の重症度別に、改善率を比較すると、軽度症例では、11名中9名（81.8%）が改善し、中等度症例では、9名中7名（77.8%）が改善した。一方、重度症例では、改善者は8名中2名（25.0%）と少なかった。

以上の症例の中で、院内医療スタッフや、関連施設職員との連携を行いながら、摂食・嚥下訓練を施行した代表例を以下に示す。

症例1 79歳 女性

初診：2001年5月28日

主訴：好物が食べたい。

紹介元：本院リハビリテーション科医師

既往歴：1999年よりリウマチに罹患。

2000年9月8日 脳梗塞に罹患。左片麻痺を後遺。2001年1月25日胃瘻造設。2001年2月5日本院の旧病院である尾山病院入院。

現病歴：脳梗塞罹患前まで、義歯を使用していたが、罹患後装着困難になり本人及び家族の希望により歯科初診。

現 症：

全身所見：四肢麻痺
口腔外所見：特記事項なし
口腔内所見：上下顎とも無歯顎。下顎顎提は平坦で、舌運動は良好。咬合時上下顎顎提で咀嚼。
食事形態：3食ミキサー食。体調不良時、胃瘻による経管栄養併用。
摂食・嚥下状態：比較的良好に摂取。嚥下反射の誘発も良好でむせこみはない。

臨床診断：軽度の摂食・嚥下障害（準備期）

治療及び訓練経過：上下顎義歯の製作を行い、言語聴覚科と連携しながら、咀嚼訓練、摂食訓練を39回施行した。訓練開始1か月後、御本人の好物であるおでんの大根を箸を使用して自力で摂取することができた。食物形態をアップすることは困難であったが、限定された食材であれば、咀嚼し嚥下することが可能になった。

介護者との連携：少量ずつ好物を持参していただき、経口摂取の介助を依頼した。

症例2 73歳 女性

初診：2001年10月31日

介護者の主訴：少しでも口から何かを食べさせてあげたい。

紹介元：本院併設介護老人保健施設 施設長

既往歴：1999年8月、脳内出血に罹患。四肢麻痺を後遺し寝たきりとなる。重度の意識障害あり、発語なく、摂食困難なため、胃瘻造設を施行された。

現病歴：老人保健施設に入所中であるが、ご主人が頻回に介護されており、少しでも経口摂取させてあげたいという強い要望あり、施設長より当科紹介され初診。

現症：

全身所見：四肢麻痺、頸部硬直し回旋困難。

口腔外所見：自力開口困難で、強制開口にて約30mm開口可能であるが、開口維持は困難。

口腔内所見：上下顎は無歯顎。舌運動は著しく不良。

栄養摂取状態：胃瘻による経管栄養

摂食・嚥下状態：食塊の認知は困難。強制的に食品を口内に挿入すると、食塊の口腔内保持は困難で、舌による後方への送りこみは著しく低下。少量の水のみ検査で、咽頭部からの嚥下反射の誘発が認められた。

VF所見：30度リクライニング姿勢にて食塊を口腔後方部に挿入し、嚥下反射を誘発させて、検査を施行したところ、喉頭挙上は不良で、喉頭蓋谷、梨状窩への残留及び喉頭侵入が認められた。

右側臥位で、頸部をわずかに左回旋してゼリー食の摂取を施行したところ、誤嚥なく咽頭通過した。

臨床診断：重度の摂食・嚥下障害（先行期、準備期、口腔期、咽頭期）

訓練経過：本院言語聴覚科と連携し、併設施設での訪問嚥下リハビリを開始した。口腔ケア、口腔内アイシング、頸部リラクゼーション、等による間接訓練を3か月施行し、VFにて再確認後、直接訓練をさらに3か月施行した。その結果、限定食材で誤嚥なく嚥下することが可能になった。

介護者との連携：ご主人に訓練終了後の嚥下造影検査に同席してもらい、直接摂食場面での介助方法を説明し、指導を行なった。その後、入

所中の老人保健施設でご主人に複数回、摂食介助指導を行った。

紹介元：某病院内科医師

既往歴：1994年11月2日に脳幹出血に罹患。

某病院にて急性期治療とリハビリを施行。左片麻痺、右顔面神経麻痺、摂食・嚥下機能障害、構音障害を後遺した。退院後は同院に通院しリハ

症例3 63歳 男性

初診：2001年12月19日

主訴：肺炎を繰り返さずに食事がしたい。

表 対象症例の一覧（その1）

| 症例 | 年齢 | 性別 | 基礎疾患 | 障害期 | | | | | 摂食・嚥下障害重症度 | | | 歯科・歯科口腔外科治療 | | | | |
|----|----|----|------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-----|----|-------------|------|------|-------------|---|
| | | | | 先行期 | 準備期 | 口腔期 | 咽頭期 | 食道期 | 軽度 | 中等度 | 重度 | う蝕治療 | 歯周治療 | 義歯治療 | 超音波療法・赤外線療法 | |
| 1 | 79 | 女 | 脳梗塞 | ○ | ○ | | | | ○ | | | | | | ○ | |
| 2 | 79 | 男 | パーキンソン病, 水頭症術後 | ○ | ○ | ○ | | | | ○ | | | | | | |
| 3 | 82 | 男 | 脳内出血 | | | ○ | ○ | | ○ | | | | | | | |
| 4 | 87 | 女 | アルツハイマー型痴呆 | | | ○ | | | | | ○ | | | | | |
| 5 | 75 | 女 | パーキンソン病 | | | ○ | | | | ○ | | | | | | |
| 6 | 75 | 男 | 胃癌術後栄養低下 | | ○ | | | | ○ | | | | | | ○ | |
| 7 | 78 | 男 | 器質性痴呆 | | | ○ | ○ | | ○ | | | | | | | |
| 8 | 80 | 女 | パーキンソン病 | | | ○ | | | ○ | | | | | | | |
| 9 | 73 | 女 | 脳内出血 | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | ○ | | | | | |
| 10 | 84 | 女 | 痴呆 | ○ | ○ | ○ | | | | ○ | | | ○ | | | |
| 11 | 79 | 女 | 痴呆 | ○ | ○ | | | | ○ | | | | | | ○ | |
| 12 | 63 | 男 | 脳幹出血 | | ○ | ○ | ○ | | | ○ | | | | | | |
| 13 | 88 | 女 | 混合型痴呆 | | | ○ | ○ | | | | ○ | | | | | |
| 14 | 74 | 男 | 多発性脳梗塞 | | | | ○ | | | | ○ | | | | | |
| 15 | 28 | 女 | 糖尿病 (I型), 特定不能の身体表現性障害 | | ○ | ○ | ○ | | | | ○ | | | | | |
| 16 | 53 | 男 | 多発性脳梗塞 | | ○ | ○ | ○ | | | ○ | | ○ | ○ | | | ○ |
| 17 | 67 | 女 | くも膜下出血 | | ○ | ○ | | | | | ○ | ○ | | | | ○ |
| 18 | 36 | 女 | 動脈炎症候群 | | ○ | ○ | ○ | | ○ | | | | ○ | | | ○ |
| 19 | 91 | 女 | 多発性脳梗塞 | | | ○ | ○ | | | ○ | | | | | | |
| 20 | 86 | 男 | 脳内出血 | | | | ○ | | ○ | | | ○ | ○ | ○ | | |
| 21 | 73 | 男 | 脳内出血, 脳梗塞 | | ○ | | ○ | | | ○ | | ○ | | ○ | | |
| 22 | 86 | 女 | 脳梗塞 | | | ○ | | | | ○ | | | | | | |
| 23 | 23 | 男 | 脳挫傷, 頭部顔面多発外傷術後 | | ○ | ○ | ○ | | ○ | | | ○ | ○ | | | ○ |
| 24 | 76 | 女 | パーキンソン病, ルビー小体を伴う痴呆 | | | | ○ | | | | ○ | | | | | |
| 25 | 75 | 女 | ピック病 (前頭側頭痴呆) | | | ○ | ○ | | | | ○ | ○ | ○ | | | |
| 26 | 88 | 女 | 右股関節人口関節置換後ルーシング | | ○ | | | | ○ | | | | | | ○ | |
| 27 | 77 | 男 | パーキンソン病 | | | ○ | ○ | | | ○ | | | | | | |
| 28 | 83 | 女 | 夜間せん妄, 骨異形成症 | | | | | ○ | ○ | | | | | | | |

ビリを継続した。1999年9月胆石に罹患し入院加療を受けた。退院頃より頻回に誤嚥性肺炎に罹患し、入退院を繰り返した。

現病歴：摂食・嚥下障害改善と嚥下訓練を希望し当科紹介され初診。

現症：

全身所見：左片麻痺

口腔外所見：右眼瞼は閉眼困難。右鼻唇溝は消失。右口角は下垂。安静時口唇閉鎖が不良のため、流涎を認めた。

表 対象症例の一覧（その2）

| 症例 | 摂食・嚥下訓練内容 | | | | | | 施行状況 | | | 改善項目 | | | | | 訓練終了後総合判定 | | | | | |
|----|-----------|---------|----------|-------|----------|----------|----------|------|---------|----------|----|----------|------------------|---------|-----------|------------------|--------|-------|-------|----|
| | 口腔ケア | 頸部・顔面・舌 | リラクゼーション | 閉閉口訓練 | 口腔内アイシング | 嚥下反射誘発訓練 | 食料限定直接訓練 | 食事指導 | 治療・訓練終了 | 治療・訓練継続中 | 中止 | 経管栄養から離脱 | 肺炎減少 むせこみ・誤嚥性 | 食物形態アップ | 食事・介助時間短縮 | 経口摂取可 限定条件下での | 複数項目改善 | 1項目改善 | 全項目不変 | 悪化 |
| 1 | ○ | | | | | ○ | ○ | ○ | | | | | ○ | | | | ○ | | | |
| 2 | | | | | | | ○ | ○ | | | | | | | | | | | ○ | |
| 3 | ○ | ○ | | | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | | | ○ | | | | ○ | | |
| 4 | ○ | ○ | | | | ○ | | | ○ | | | | | | | | | | ○ | |
| 5 | ○ | ○ | | | | | ○ | ○ | ○ | | | | | ○ | | | | ○ | | |
| 6 | | | | | | | | ○ | ○ | | | | ○ | ○ | | | ○ | | | |
| 7 | ○ | ○ | | | ○ | ○ | | | ○ | | | | | | | | | | | ○ |
| 8 | | ○ | | | | | | ○ | ○ | | | | | ○ | | | | ○ | | |
| 9 | ○ | ○ | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | ○ | | | ○ | | |
| 10 | ○ | ○ | | | | | ○ | | ○ | | | | | | | | | | ○ | |
| 11 | ○ | | | | | | | ○ | ○ | | | | | ○ | | | | ○ | | |
| 12 | ○ | ○ | | | | | ○ | ○ | ○ | | | | ○ | ○ | ○ | | ○ | | | |
| 13 | ○ | | | | ○ | | | | ○ | | | | | | | | | | ○ | |
| 14 | ○ | ○ | | | | ○ | | | ○ | | | | | | | | | | ○ | |
| 15 | ○ | ○ | | | | | ○ | | | ○ | | | | | | | | | ○ | |
| 16 | ○ | ○ | | | | | ○ | ○ | | | | ○ | | ○ | | | ○ | | | |
| 17 | ○ | ○ | ○ | | | | | ○ | | | | | | | | | | | | ○ |
| 18 | | ○ | ○ | ○ | | | ○ | ○ | | | | | ○ | ○ | | | ○ | | | |
| 19 | ○ | ○ | | | | | ○ | ○ | ○ | | | | ○ | | ○ | | ○ | | | |
| 20 | ○ | | | | | | ○ | ○ | ○ | | | | ○ | | | | | ○ | | |
| 21 | ○ | ○ | | | | | ○ | ○ | | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ○ | | | |
| 22 | | | | | | | | ○ | ○ | | | | ○ | | | | | ○ | | |
| 23 | ○ | ○ | ○ | | | | | ○ | ○ | | | | ○ | ○ | ○ | | ○ | | | |
| 24 | ○ | | | | | | ○ | ○ | ○ | | | | ○ | | ○ | | | | | |
| 25 | ○ | ○ | | | | | ○ | ○ | | ○ | | | | | | | | | ○ | |
| 26 | ○ | | | | | | | ○ | ○ | | | | ○ | | | | | ○ | | |
| 27 | ○ | ○ | | | ○ | ○ | ○ | | ○ | | | | ○ | | | | | ○ | | |
| 28 | | | | | | | | ○ | ○ | | | | | | | | | | ○ | |

口腔内所見：舌の前後左右への運動が緩慢。唾液分泌は良好。う蝕歯は認められなかったが、全顎的に歯垢の付着が認められた。

食事形態：3食、粥、軟菜食

摂食・嚥下状態：食塊の舌の送りこみが著しく不良で、それを補償するために、頸部を後屈させ、食塊を自然落下させるような嚥下様式を呈していた。反復唾液嚥下試験(RSST)では30秒間で1回。

VF所見：舌の前後運動は頻回に行なわれているが、食塊の口腔内保持が不良で、舌による後方への送り込みが遅延している。液体の摂取時には、頸部を後屈させるために、容易に気管流入が認められる。ゼリー、ヨーグルトでは比較的嚥下しやすいが、摂取1回量が多いと、梨状陥凹からあふれ喉頭侵入が認められた。

臨床診断：中等度の摂食・嚥下障害(準備期、口腔期、咽頭期障害)

訓練経過：本院言語聴覚科と連携し、週1回の通院嚥下リハビリを開始した。口腔ケア、口唇閉鎖訓練、頸部後屈阻止訓練、舌の送り込み訓練を主体とした間接訓練から、嚥下食による直接訓練をのべ38回行った。

訓練開始後6か月頃から摂食・嚥下状態の改善傾向が認められ、それとともに、発熱回数も激減し、体力が向上し、全身状態の改善が認められるようになった。訓練開始前に罹患した肺炎回数は年に2～3回であったのが、開始後は年間で1回に減少していた。

食物形態も、嚥下食から普通食への一部移行が可能になり、麺類

の摂取も可能になった。その結果、外食も可能になり、家族旅行を楽しめるようになった。次の目標として車いす生活からの離脱を希望され、本院リハビリテーション科にて理学療法を開始した。

最終的に2003年3月に摂食・嚥下訓練を終了した。

介護者との連携：訓練開始当初、主介護者である奥様に食事内容の記載とともに、むせこみ回数、体温の経日的な記録を記載してもらった。ご本人が増粘剤の使用により食味、食感が変化することを著しく嫌うため、食材の確認を中心に行い、嚥下しやすい食物形態への献立作成に協力を依頼した。口腔ケアの励行も依頼した。

症例4 86歳 男性

初診：2002年1月29日

紹介元：特別養護老人ホーム併設グループホーム介護職員

主訴：食事中時々むせる

既往歴：2000年6月に脳内出血に罹患し某病院に入院。退院後は某介護老人保健施設を経由して、グループホームに入所。

現病歴：食事時の水分摂取時のむせこみが頻回とのことで、すでに先行して行われていた歯科治療に加え、摂食・嚥下状態の精査を依頼され再診。

現症：

全身所見：右下肢不全麻痺

口腔外所見：両眼球白濁。

口腔内所見：残存歯数が9本と少なく。内7本がう蝕に罹患。中等度の歯周炎を呈していた。義歯は軽度不適合であるも、咀嚼に大きな支障はきたしていなかった。

食事形態：3食、普通食

摂食・嚥下状態：RSSTは3回であり、嚥下状態は比較的円滑。

VF検査所見：口腔期の食塊の移送は円滑。咽頭期の嚥下反射の誘発は良好。ビスケット摂取時、咽頭残留を認めた。分割嚥下を促すことで全量食道へ移送され、喉頭侵入なし。

臨床診断：軽度の摂食・嚥下障害（咽頭期障害）

訓練経過：当科外来通院時に、摂食状態の確認を行なうとともに、口腔ケアの一環として、含嗽の励行とブラッシングを指導した。摂食方法として、一回の捕食量を少なめにさせ、食物を多量に口内に運ばないように指示した。指示内容が十分理解可能であったので、自己訓練主体で訓練の継続を行ってもらった。

嚥下時は頸部を前屈させて嚥下するように指導し、外来通院時に訓練と確認を行なったところ、頻回のむせこみは消失した。

介護者との連携：グループホーム介護職員へは、食後の口腔清掃、義歯清掃の徹底と、食事内容の確認指示。お茶摂取時にとろみをつけるように、各食事の最後には嚥下しやすいデザートを提供するよう協力を依頼。

IV 考察

1 口腔環境と準備期、口腔期、咽頭期の摂食・嚥下障害について

新潟リハビリテーション病院が開院して2年余が経過した。疾病罹患後の口腔環境、口腔機能の改善をはかり、よりよい状況で経口摂取が可能となることを目的に、院内

に歯科・歯科口腔外科が開院と同時に新設され、障害者歯科治療とともに、摂食・嚥下障害患者の受診も増加してきている。

近年、口腔環境の問題は、口腔機能の回復ひいては、栄養状態、全身状態の改善に密接に関連する重要な問題として認識され、リハビリテーション医療の中の一領域³⁾としても、認知されてきている。

今回の摂食・嚥下障害患者を分析した結果、歯科・歯科口腔外科を受診した患者を対象としているため、口腔期障害が最も多く、次いで咽頭期障害、準備期障害の順であった。老人性痴呆や、パーキンソン病患者の場合、口腔期である舌による食塊の後方への送り込みが著しく遅延してくる。脳血管疾患の場合も遅延する症例があり、頻度的には多い障害期と考えられた。

口腔から咽頭を経由して食道に至る食塊の移送過程は、陸上競技のリレーにおけるバトンタッチに似ている。食塊をバトンに例えるなら、口腔期が先行する準備期からバトンをキャッチして移動させ、次の咽頭期へリリースする。咽頭期がバトンをキャッチして移動させ食道期へリリースする。このキャッチアンドリリース、すなわちバトンリレーは円滑に瞬時に行なわなければならないが、連携が不良のために、バトンが落下する。準備期から口腔期でバトンが落下すれば口腔底に停滞し、口腔期から咽頭期でバトンが落下すれば喉頭蓋谷や梨状陥凹に残留し、咽頭期から食道期にかけてバトンが落下すれば喉頭侵入や気管内侵入をきたすことになる。嚥下造影検査でも、喉頭蓋谷や梨状陥凹に残留していた症例が多く、口腔期から咽頭期への機能連携の異常が一つの要因と考えられる。

この各期の連携を円滑にさせる訓練方法に関しては、当院でも症例に応じて間接訓練と直接訓練を組み合わせで行なっているが、障害が重度になればなるほど、決

め手となる有効な訓練方法がなく、訓練効果に乏しい状況が見受けられる。本症例でも重度障害者の改善率は25.0%と低い値を示した。今後は、口腔期・咽頭期における重度の機能障害に対する新たな訓練方法の開発が必要と考えられた。

準備期障害に関しては、歯科的要因が関与していることも多い。咀嚼が円滑に行なわれるためには、かみ合わせることでできる歯が健全でなければならないし、歯がなければ、口腔内に適合し、機能しうる義歯が必要不可欠である。口腔衛生状態が不良であればある程、う蝕が多発し、歯周病が重症化し、歯を失うことで嚙みあわせが不安定となり、十分な咀嚼をすることが困難になる。さらに長期療養中の患者では、不良な口腔環境のまま放置されている者も多く、環境の悪化が増幅されている。今回の症例の中には、義歯の不適合から十分な食事がとれず、栄養状態が不良となった患者（入院患者2名、外来通院患者1名）に対して、義歯の修理・調整、あるいは新しく義歯製作を行ったところ、咀嚼が可能となり、食物形態がレベルアップした結果、体力が回復した症例を3例経験した。このように準備期障害の改善には歯科治療が必須と考えられ、義歯の適合不良に対しては、早急に改善する必要がある。今後、介護者に、要介護高齢者の口腔内の状況を早く認識してもらうような啓蒙活動が必要であろう。

高齢障害者にとって、介護者による口腔ケアの協力⁴⁾が得られなければ、口腔環境は放置され、劣悪な状態になることは明らかである。経口摂取をしていなくとも、舌苔の付着や口腔粘膜の剥離上皮の残存、口腔乾燥による喀痰の固着等が常時認められる。これを放置することは、本来なら生きるために必要不可欠な栄養を摂取するための入り口である口腔が、病原性細菌を容易に増殖させる場と化してしまうことになる。

当然のことながら、誤嚥がおこれば増殖した病原性口腔細菌が気管内に流入し、肺炎を引き起こしやすくなることは明らかであろう。

当科では嚥下訓練の開始時には、ほぼ全例に口腔ケアを実施していた。口腔ケアにより、誤嚥性肺炎が予防されることから^{5,6)}、疾病罹患後早期の口腔ケアの開始と、摂食・嚥下障害における準備期改善のために、歯科治療の早期再開が必須と考えられる。このように口腔環境の改善は、口腔機能、ひいては摂食・嚥下機能と密接に関連することから、全身的なリハビリテーションの出発点と言っても過言ではなからう。

2 摂食・嚥下障害を改善するための医療従事者間及び介護者との連携について

本院は多職種が連携して疾患のケアにあたれるという他院にはない特徴を有している病院¹⁾である。比較的重度な障害であっても、各専門職が残存能力及び代償機能を最大限に引き出し、さらに連携することで訓練効果が有機的に結合し相乗効果が得られやすいというリハビリテーション医療に最適な環境と医療従事者間の連携整備が進められてきている。

摂食・嚥下障害に関しても医師、歯科医師、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士、管理栄養士、看護師、介護士、歯科衛生士、診療放射線技師が連携して診断、治療にあたるというチームアプローチが構築されている。リハビリテーション科においても入院下での総合的なリハビリ医療とともに、摂食・嚥下機能療法に積極的に取り組んでいる。準備期、口腔期障害の改善のために、当科との連携も密に行われている。内科、神経内科、整形外科と当科との連携も円滑であり、医師間の摂食・嚥下障害への共通認識が得られやすいという利点がある。

同疾患の検査においても、口腔期、咽頭

期、食道期障害の診断で最も役立つ検査法は、嚥下造影検査（VF）であるが、本院では主治医あるいは歯科医師、言語聴覚士、診療放射線技師、看護師の立会いのもと、随時行ってきた。病態情報を医療従事者間で共有できるとともに、訓練方針をその場ですぐに検討できることで、検査当日から食事場面での対処法に対する共通認識が生まれることは非常に有意義と考えられる。日常的に他職種が立ち会って検査を行うことが困難とされている病院が多い中で、本院で随時可能であることは、本疾患に取り組む上では好環境と考えられる。

実際の食事の場面においても、看護師、介護士、家族による食事介助に際して、適宜、他の医療スタッフが参加することにより、検査結果や訓練状況をさらに共有することが可能になる。液状食品の粘性の調節には、その場で行わなければならないことも多く、各医療スタッフの共通認識の確立は必要不可欠である。嚥下食に関しては管理栄養士との密接な連携が必要であり、本院でも栄養科の状況に合わせた献立の検討が栄養委員会の中で行われている。すでに2002年より病院給食改善計画がスタートしており、成果があがりつつある。今後は、さらに食事場面での状況が関係スタッフに、随時、円滑にしかも正確に伝達されることが重要になると思われる。

摂食・嚥下訓練においても、間接訓練や直接訓練を組み合わせて行っており、今回の対象例では、歯科・歯科口腔外科と言語聴覚科で連携した訓練を行なった症例も多数例で認められ、訓練の場を増やすとともに、相乗効果を期待して行われていた。今回の28名中、他疾患の悪化により訓練中止となった1例を除いた27名中18名（66.7%）に改善が認められ、摂食・嚥下リハビリテーションの有効性を裏付けるものと考えられた。

今回、提示した4症例はいずれも、本院での摂食・嚥下リハビリテーションの効果も、在宅や施設においても継続していくために、介護者との連携を十分行い良好な経過をたどった症例である。訓練中に限らず、訓練終了後、良い状態を持続していくためには、介護者の十分な理解と協力が不可欠である。入院中や訓練中は良好であったが、退院後あるいは訓練終了後、早期に機能低下をきたしてしまうことが多いのはよくいわれることである。摂食・嚥下障害の場合には、日常の食事場面での問題であるために、介護者が病態を十分理解していないと、健常者と全く同様に考え、誤嚥しやすい食品を安易に提供したり、一口量を守らずに口腔内につめこませたり、適切な介助を行わずに、誤嚥性肺炎や気道閉塞の危険を引き起こす状況を作り、訓練効果を著しく損なうような状況もまれに見られる。このような劣悪な状況を引き起こさないために、医療従事者と介護者との十分な連携が必要であり、その際には、ソーシャルワーカーや、ケアマネージャーが、本疾患に対して十分理解し、配慮していく必要がある。今後は地域リハビリテーションの枠組み⁷⁾の中で、訪問診療や訪問リハビリテーションを通じて、良好な関係を構築できることが切望される。

3 摂食・嚥下障害治療における言語聴覚士の役割

摂食・嚥下障害の治療には、他職種が連携して取り組む必要がある。連携の橋渡しの役割を誰かが担う必要があるわけであるが、病態を把握することができ、主要な訓練に参加する言語聴覚士が、主治医の協力を得ながらその役割を担えば、より円滑に連携が行われると思われる。

さらに摂食・嚥下障害の場合には、単独の疾患であることが少なく、痴呆、失語症

等の高次脳機能障害を合併していることが多い。訓練にも難渋することがあるが、コミュニケーション障害に対する訓練法を習得した言語聴覚士であれば、より取り組みやすいと考えられ、今後、この職種の担う役割は非常に大きいと考えられる。

引用文献

- 1) 山田好秋：よくわかる摂食・嚥下のしくみ，医歯薬出版，東京，116-121，1999.
- 2) 伊藤惣一郎：新潟リハビリテーション病院 -主実習病院紹介-，新潟医療福祉学会誌，1：49-53，2001.
- 3) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害，第2版，医歯薬出版，東京，129-135，1998.
- 4) 植田耕一郎：脳卒中患者の口腔ケア，医歯薬出版，東京，119-123，1999.
- 5) 米山武義，吉田光由，佐々木英忠，他：要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究，日歯医学会誌，20：69-79，2001.
- 6) Yoneyama,T., Yoshida,M., Matsui,T., et al: Oral care and pneumonia, Lancet, 354: 515, 1999.
- 7) 崎村陽子：リハビリテーションの現状と問題点 2，急性期および慢性期リハビリテーション，新潟医学会誌，117：2-7，2003.