

最近のトピックス

摂食・嚥下リハビリテーション室での取り組み
Daily Work at the Dysphagia Rehabilitation Clinic

新潟大学大学院医歯学総合研究科
口腔生命科学専攻 摂食環境制御学講座
摂食・嚥下障害学分野
井上 誠

Division of Dysphagia Rehabilitation, Department of Oral Biological Science, Course for Oral Life Science, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences
Makoto Inoue

摂食・嚥下リハビリテーション室（以下リハ室）は、摂食・嚥下機能障害をもつ患者に対して検査・診断・治療を行う診療室として平成 18 年 1 月 4 日に東病棟 2 階の総合リハビリテーションセンター内に設置された。摂食・嚥下障害を担う臨床部門としては、医歯学総合病院加齢歯科診療室内に平成 11 年 10 月に設置された摂食・嚥下リハビリテーション外来があったが、病院の第二期工事に伴い東病棟 2 階に総合リハビリテーションセンターが設置されることとなり、その一部署として産声をあげたリハ室の誕生により、摂食・嚥下障害患者を包括的・専門的な医療をもって治療することが可能となった。

摂食・嚥下機能障害を訴えられてリハ室に来られるほとんどの患者は何らかの原疾患をもっている。平成 18 年上半期の患者数を表に示した（表）。さらに患者情報を詳細にみえてみると、摂食・嚥下機能に関わる神経・筋

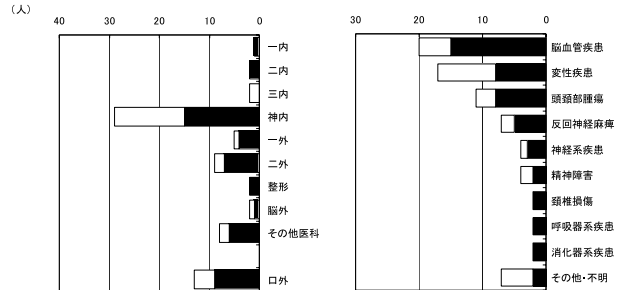


図 1 2006 年上半期の摂食・嚥下機能障害患者新患紹介元（左）と原疾患（右）数。黒い帯は男性、白い帯は女性。

疾患をもつ方、腫瘍などで口腔・咽頭・喉頭領域に器質的な障害をもつ方、脳血管疾患の方など、非常に多岐にわたることが分かる（図 1）。

嚥下障害を主訴にリハ室に来られる患者の訴えを具体的に紹介すると、食べ物が喉につかえる感じがする、飲み込んだ後にむせる、食事後に声がかれた感じになる、食事時間が極端に長くなった、食事後に熱を出した・肺炎になった、などさまざまである。このような患者に対して、全身的・局所的な身体の状態を一般的に診査した上で、摂食、呼吸、構音機能に関わる検査を行う。嚥下機能の簡単なスクリーニング検査として知られているのが、一定時間内に何回の唾のみができるかを調べる RSST（repetitive saliva swallowing test）がある。30 秒以内に 3 回以上の嚥下ができない人は正常な随意嚥下機能に問題あり、と判断する。また、改訂水のみテスト（modified water swallowing test, MWST）と言われる

表 . 2006 年新患実績（人）

	新 患			受診者数		V F 数
	総数	摂食・嚥下	一般歯科	リハ室	往診	
1	28	18	9	73	82	17
2	19	10	9	88	96	21
3	41	13	28	150	121	20
4	30	7	23	123	103	21
5	34	10	24	104	153	16
6	34	10	24	115	173	14
7	33	9	24	104	136	11
8	33	13	20	151	157	16
総計	252	90	161	908	1021	136
平均	31.5	11.3	20.1	113.5	127.6	17

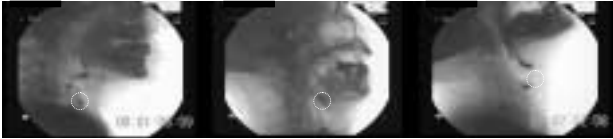


図2 VF検査によって明らかとなった誤嚥例。
左；脳梗塞の患者の例。嚥下反射の惹起が遅いため、披裂部を乗り越えた食塊が喉頭に流れ込んでいる（ ）。中；呼吸不全の患者の例。栄養のための経管チューブが太すぎるために喉頭蓋の反転が妨げられており、喉頭蓋の上に食塊が乗ったままとなっている（ ）。窒息の危険がある。右；進行性失語症の患者の例。舌運動が悪いために、上向きにならないと食塊を送り込めない状態。このため食塊は一気に咽頭に入り込み、喉頭の前壁を伝って誤嚥している（ ）。

少量（3 ml）の水を飲み込んでもらい、その後のムセや呼吸状態の変化をみることにより、誤嚥などの異常がないか、または呼吸機能との協調は守られているかどうかを調べる検査などもある。次に嚥下造影検査といわれるエックス線ビデオ装置を用いた透視検査（videofluorography, VF検査）（図2）や嚥下内視鏡検査を行い、1）嚥下関連機関の形態異常、機能的異常、誤嚥、口腔残留、咽頭残留などを明らかにし、2）食品や体位、一回摂取量などの調節により安全に嚥下し誤嚥や咽頭残留を減少させる方法を考えたり、実際の訓練や摂食場面で用いるための有力な情報を得る。

検査の結果をもって、1）治療的アプローチ、2）代償アプローチ、3）環境改善的アプローチについて検討する。1）としては、機能・形態面へのアプローチとして、麻痺や障害をうけた器官に働きかけて麻痺を改善および軽減させていくための訓練を行う。間接訓練といわれる食物を使わない基礎的訓練や、直接訓練といわれる食物を使用する訓練がある。体内で溶ける性質をもつゼラチンからできたゼリーを用いた嚥下訓練などはいわゆる筋トレに相当するものである。2）は、もともと本

人に備わっている能力を引き出したり、経管栄養（管や点滴）などにより一時な代償をはかる、というものである。脳梗塞などで片麻痺を生じた患者へは、横向き嚥下といって、麻痺側に顔を向けて食べてもらうことで、麻痺側に食塊が落ち込まないように指導することなどもこれに相当する。3）は、患者を取り巻く人や物に働きかけ、食事をするにあたって有利な環境を整えるというものである。食事に適した食材（食品）・食具を考えるといったもので、これらはチェアサイドで行われるのは勿論のこと、ときには移動が困難な障害を抱えている患者に対しては、病室や自宅にまで赴いて、家族や病棟看護師などとの協力体制のもとでも行う。

さまざまな原因で生じる摂食・嚥下障害に対して、リハビリテーションの立場から多職種にわたるチームアプローチの必要性、重要性が強調されている。その中でも口腔内の清潔を保ち誤嚥性肺炎などを防止するための口腔ケア、失った機能を回復・維持するための摂食・嚥下訓練、歯科補綴学的アプローチなど、摂食・嚥下リハビリテーションの根幹をなす場面で、歯科医師、またはその指示のもとで働く歯科衛生士が機能する場面が必要とされている。

一方、摂食・嚥下リハビリテーション室、という名前をもちながらも、ここではもうひとつの業務を担う。すなわち、病棟に入院されている患者の一般歯科治療である（表）。それらは、原疾患に対する治療前に行う歯科のスクリーニング検査であったり、う蝕治療であったり、根管治療であったり、義歯の調整であったり、とさまざまである。疾患を抱えて入院されてきた患者が、一旦病状が落ち着いたとされた時に、この際だから悪いところは全部治してしまおう、ということで歯科受診をされる方もいれば、実は関係ないと思っていた歯科疾患が全身状態を悪くさせる一因となっていた、ということもあることから、その責務は決して小さくないと考えている。