

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会
読み原稿

单元名	摂食嚥下・口腔ケア 講義 1 : 摂食・嚥下への対応の基本
予定時間	講義 40 分

No.	スライド タイトル	内容
1		<ul style="list-style-type: none"> ○ 摂食・嚥下障害の対応の基本的なところ、問題点の辺をお話しします。 ○ まず、訪問診療の中で診たある患者さんの例から見ていただきたいと思います。
2	症例報告 (05年 老年 歯科医学会学 術大会発表)	<ul style="list-style-type: none"> ○ この方は 69 歳の女性で、原疾患としてはクモ膜下出血で、ADL は部分介助レベル。 ○ 発症後に誤嚥性肺炎を 2 回起こして、胃瘻を造設しました。その後は肺炎は起こしていません。 ○ 主訴は、口からもう 1 回食べたいということなので、この人自身は、主訴を出せるレベルぐらいの人です。ですから、例えば意識障害とか、認知症で何を言っても分からないとか、そういった方ではありません。 ○ 平成 15 年 7 月 31 日が初診ですので、発症から大体 8 カ月後に、初めてその方のお宅に伺いました。 ○ その時点で、特別な訓練やリハビリをしているわけではありませんでしたが、結果的に、この方は何でも食べられるようになりました。お餅でも食べられるぐらいで、胃瘻も抜けました。 ○ ですから結果は良かったのですが、振り返って考えると、摂食・嚥下のリハビリに関して、少し足りないところが見えてきた症例でした。
3	初診時	<ul style="list-style-type: none"> ○ こちらは初診時の嚥下の内視鏡検査の映像です。 ○ 下が前で上が後ろです。ここは舌根部で、喉頭蓋が見えています。 ○ これからバナナを食べるところをご覧いただきたいと思います。 ○ この方は 8 カ月間、口から食べていませんので、もちろんいきなりバナナをポンと口に入れるわけにはいきません。ですから、このぐらいの条件を満たしていたら経口はいけるでしょう、という簡単な観察の仕方があります。

		それは後に説明しますので、まずどんな感じに見えるか、ご覧ください。
3	(動画：最初の症例 バナナ)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 口蓋垂、いわゆる喉ちんこが見えて、その奥からバナナが入ってくるのが見えると思います。 ○ この検査をすると誤嚥する、しないというのはもちろんよく分かりますが、もう1つすごく大きい情報があります。入ってきているバナナを見ると、つぶれていて、よくかめていることが分かります。ですから、この人はバナナぐらいかむ程度の機能があるということが分かります。つまり、かむ気の全然ない人に、そのまま形のあるものを入れると、誤嚥というか窒息してしまうかもしれません。ですから、この人はこれぐらいかむ機能は大丈夫だと判断できるのです。これは大きな意味があります。 ○ もう少し進めて、一瞬白くなるところが飲んだところ。飲んだ後、中を確認して、引っ掛かってないですし、誤嚥している様子もありません。 ○ この方の検査結果をまとめると、かめていて、飲めていて、誤嚥していないことが分かります。そうすると、この人は、嚥下の機能はそんなに悪くはないというのがお分かりいただけだと思います。
3	初診時	<ul style="list-style-type: none"> ○ この方は、大きいな異常はないと思われましたが、8ヶ月間口から食べていないので、いきなりお食事に切り替えるわけにはいきません。ですから、練習レベルから開始します。 ○ この方は、この検査、評価で入ることができましたが、訓練で入ってくれる専門職を探すことができませんでした。ですので、実際訓練したのは、娘さんでした。娘さんが訓練、医師が評価という形で進めていきました。
4	3ヶ月後	<ul style="list-style-type: none"> ○ その3カ月後の状況がこちらです。 ○ この方は3カ月で、食べ物など普通に戻っていき、ほぼ常食まで行きました。この3カ月後の時に食べたかつ丼を、どんな感じに食べたかご覧ください。
4	(動画：最初の症例 かつ丼)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 定量的に表現しにくいですが、固いものをかむとき、喉は結構激しく動いています。 ○ この辺は舌ですが、カツ丼が見えますでしょうか。入ってきて、ゴクンと飲んだ後、誤嚥している様子はありません。

		<ul style="list-style-type: none"> ○ よく見ると少しと引っ掛かっています。しかし、自分で気がついてゴクンと飲んでいきます。これは臨床的に異常と判断する必要はありません。といいますのは、食事中に喉に引っ掛かることは誰でもあることです。そういう時は、引っ掛かりっ放しにせず、お茶など飲んでいきます。ですから、引っ掛かりっ放しでなければ異常なしと考えて大丈夫です。 ○ あと、ある程度の年齢以上の特に男性は、食事中に喉に引っ掛かることは大抵あることです。ですから、このぐらいは異常と考える必要は全くありません。 ○ この時点でこの方は、とろみをつけない水分を飲んでも大丈夫ということが分かったので、常食で、液体もとろみなし、ということにしました。
<p>5</p>	<p>栄養摂取方法 および 訓練経過</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ この方の経過の形を示しています。1マスは1ヶ月を表しています。 ○ ここが発症で、クモ膜下出血になったときです。発症から8カ月後が初診で、バナナを食べた時です。 ○ 直接訓練とは、食べ物を使った食べる練習のことで、実際に食べる練習の開始です。 ○ このマスがずれているのは、1週後の時点で、食べる練習を始めて、異常が出ておらず、重要なのは、娘さんの練習の仕方が上手ということ、娘さんが注意点をちゃんと守れており、うまくいってました。それで、そんなにおかしいことにはならないだろうと判断し、食事を開始しました。 ○ そして、少しずつ進めていって、3カ月後が先ほどのカツ丼のところで、常食摂取可能となりました。 ○ しかし、食べられたらいきなり胃瘻を抜くというのはまた別の話です。期間が決まっているわけではありませんが、その後2カ月フォローして、この方はいろいろ考えても大丈夫だろうと判断し、主治医と相談し、胃瘻が抜けました。 ○ この方の例をご覧いただいた理由を申しますと、例えば1回口から食べられなくなった後に、リハビリをすると食べられるようになるかもしれないということ、患者さんはもともと知っているわけではありません。誰かに教えてもらわないと分かりません。

		<ul style="list-style-type: none"> ○ また、ケアマネジャーがリハビリをすると食べられるようになるかもしれないと知っていたとしても、地域で誰につないだらリハビリが始められるかを知っているとは限りません。いいものがあると知っているけども、知り合いがいなかったらつなげないこともあります。 ○ あと、初診時のバナナの時点でかめていて、飲めていて、誤嚥していませんでした。とすると、もちろんこの発症から初診までの間は分かりませんが、少なくとも初診時では嚥下障害はほとんどありませんでした。 ○ 嚥下障害というと、年も上がってくると痩せてきて、むせてきて、ゲボンゲボンになって、食事も取れなくなるというイメージが昔はありましたが、しかしそれは、嚥下障害があったとしても、嚥下障害はずうっと永続的に残っていると思われているだけで、そのままただ食べないだけになっている方が、恐らく世の中には結構いるのではないかというのを気付かせてくれた症例でした。 ○ このような人を見つけてリハビリに乗せていく、という作業がすごく重要になってくると思います。
6	訪問診療による初診時の内視鏡検査結果	<ul style="list-style-type: none"> ○ これは、他の患者さんも含めて、訪問時、初診時に嚥下の内視鏡検査の結果をまとめたものです。 ○ 栄養摂取方法を5段階に分類して、各グラフの左側が初診時の栄養摂取方法になっています。例えば「3食ミキサー食」という方は、ここのレベルです。 ○ 各グラフの右は、内視鏡で見た結果、その患者さんにとって適切な栄養摂取方法を判断した結果です。 ○ ここのように、線が太いところは人数が多くなっています。 ○ まず、左下は、初診時、禁食で口から食べていなかったわけですが、少しぐらい口から食べる機能がありますという方は結構いることを表しています。もちろん、調整は必要です。 ○ 次に、こちらは、初診時は常食ですが、ちょっと調整しないと危ないという人も結構いることを表しています。 ○ つまり、摂食・嚥下というと何か訓練をしないといけないというイメージをお持ちの方もいらっしゃる

		<p>かもしれませんが、訓練の前にこの点を見ることが重要です。実は、食べる機能があるのに食べてないという人もいますし、食べる機能が悪くなっているのに難しい食べ物を食べている方もいます。このアンバランスを整えてあげてから、必要に応じて訓練を行う、という進め方が良いと思います。</p>
7	複数経験した例	<ul style="list-style-type: none"> ○ さて、在宅でよく経験する例をあげます。 ○ 今は禁食という情報をもらって訪問し、検査してみると嚥下障害はほとんどありません、という方です。最初の症例の方も同じです。 ○ よく聞くと、実は家族がこっそり食べさせて、うまくいっているとか、施設では食べてないけど、家に帰ったら食べているとか、そんな方もいます。 ○ あとは、歯科衛生士さんから驚かれてよく相談がありますが、禁食の方の口腔ケア中に、うがいの水を勝手に飲んで、しかも飲めた、という方です。本当に飲めていたとしたら、この人は飲む機能があるのではないかということで、何かにつないでいくべきで、驚くだけではもったいない情報です。 ○ 「唾液を飲んではいけないと指導されましたが、どうしたらいいですか」という相談をされる患者さん、患者さんのご家族がいます。これは、唾液を誤嚥すると危ない、という内容の説明や指導をされたのだとは思いますが、患者さんの理解がこうだとすると、唾をペッペツ吐くしかできないという方もいます。 ○ あと、口から食べている、という情報をもらって訪問すると、全然かめないのに常食の方もいますし、逆に実際今はよくかめるのに、ミキサー食を5年間食べ続けている方もいます。 ○ そして、信じられないほど痩せている患者さん、上腕をつかむと、手が完全に届いてしまうという方、ふくらはぎをつかんでも指がつくという方もいます。そのような方は、本当に正直なことを言うと、もう少し前に何かやるべきことがあったらしておく、もう少し前から何か話題に上げることが大事なのではないかと思えます。 ○ ですから、悪気があって放置されているとは考えづらいですが、そのままになっている人を、この人に何かできるのではないかという話題の場面にあげる

		こと、そこが重要なことなのではないかと思いません。
8	脳血管障害後の摂食・嚥下障害の頻度	<ul style="list-style-type: none"> ○ さて、これは脳血管障害になった後、嚥下障害がどれぐらい起きるかを示した論文です。いずれも初回で一側性の脳血管障害に限っていますので、例えば2回目、3回目とか、小脳とか脳幹が入った場合とか、多発性とかは入っていません。 ○ いずれも、嚥下障害は、早い時期は多いけれども、時間がたつと自然と減るという報告です。 ○ ですから、例えば病院を出るときにはまだ嚥下障害があるので、胃瘻は仕方ありませんが、病院から出た後、その方の嚥下の機能は永続的なわけではありません。もちろん、人によっては悪くなるということもありますが、良くなるという事実もあります。
9	摂食・嚥下の5期	<ul style="list-style-type: none"> ○ さて、摂食・嚥下の5期というのがあります。この5つのステージに分けると考えやすくなります。 ○ まずは、食べ物を見た後、先行期、認知期は、食べるペースをつくります。例えば、食べ物が熱いか冷たいか、甘い辛いのか、おかずかデザートか、もっと根本的には食べ物であるかどうかということを見ながら、我々は自然と食べるペースを作っています。これらがおかしくなったのを先行期障害などと表現をします。 ○ その次、準備期、口腔期と、かんで唾液と混ぜて飲み込めるようにし、飲み込めるものができたら口から喉へ送り込み、それを喉から食道へ送り込み、食道から胃へと送り込みます。 ○ これが摂食・嚥下の5期とされます。 ○ 例えば患者さんを診た時、摂食・嚥下障害ありなしという話だと、対応になかなかつながりません。しかし、摂食・嚥下障害もあるかもしれないけども、先行期はどうか、口腔期はどうか、というふうに見ていけると、対応を考えていくことができます。
10	摂食・嚥下障害とは	<ul style="list-style-type: none"> ○ では、摂食・嚥下障害とは何かというと、今出てきた先行期から食道期までのいずれか、もしくは複数箇所に障害が見られる場合を摂食・嚥下障害と呼びます。 ○ それで、どこに問題があるかと考えていきます。

11	一見して得られる情報	<ul style="list-style-type: none"> ○ さて、これは本日の中で一番知っていただきたい情報です。 ○ 冒頭に内視鏡の検査をご覧いただきましたが、患者さんをよく観察すると、その方の嚥下の状態が割と当たりがついてきます。その観察の仕方の例というか、まず診ていただきたい点です。 ○ まずは、目がはっきり覚めているかどうかです。覚醒の状態が悪い方は、嚥下反射自体が起きづらいことが結構あります。そういう方に検査したらどうかという映像がこちらです。
12	(動画：嚥下反射惹起性低下)	<ul style="list-style-type: none"> ○ この方は意識障害のある方で、今、口の中にバリウムが入っています。この後、喉に送り込んでいきますが、そのときにゴクンと飲む反射が起きるかどうかが、よくご覧ください。飲む反射がうまくできたら、ここの舌骨がゴクンという感じで動きます。 ○ 一応、口から喉へは送り込んでいます。しかし、嚥下反射が起きる気配が全くありません。良く見ると、ここはもう食道の入り口なので、普通は飲むのを我慢できません。 ○ あと、こちらは気管なので、既に誤嚥しています。 ○ もう1つは、この方は全然むせていません。もちろん100%ではないにしろ、意識障害のある方は嚥下反射や咳反射が障害されているのを疑ってかかることが大事です。
13	一見して得られる情報	<ul style="list-style-type: none"> ○ 次は「普通に深い呼吸ができるか？」と書きました。嚥下性無呼吸というのがあり、我々は物を飲んだ後は自然と息を吐いて、飲んだ後は普通ハーツと息を吐きます。 ○ 例えば口や喉の機能ではなくて、呼吸がすごく浅いとか、呼吸が急に乱れるという方は、呼吸との協調の乱れで誤嚥することがあり得るということです。 ○ その次「異常にやせていないか？」と書きました。これはとてもやせている男性に多い所見です。 ○ 飲む動きは、大まかに言うと、喉ぼとけを持ち上げる動きです。喉ぼとけは、大体、下顎骨に対して1横指下くらいにあります。
14	(写真の提示「若年者と高齢者」)	<ul style="list-style-type: none"> ○ こちらは20代の男性です。顎に対して喉ぼとけがここにつき、指1本ゴクンと持ち上げれば飲みます。それに対して、こちらの80代のある男性は、

		顎に対して喉ぼとけがここについていて、恐らく指3本分ぐらい下についています。そうすると、飲み込むとき、指3本分ぐらいゴックンと持ち上げないと飲めないで、飲むのに時間がかかってしまいます。あと、持ち上げ切れない人もいます。そうすると誤嚥や、喉に引っ掛かることにつながります。
15	一見して得られる情報	<ul style="list-style-type: none"> ○ 次に「円背」と書きましたが、これは女性に多くみられます。猫背になってくると、だんだん首が前のほうに出てきます。こういった首が伸びきった姿勢では、結構飲みづらいです。猫背にして、首を限界まで前に突き出して唾を飲もうとすると、結構大変だと思います。ですから、猫背の方は、喉、口というよりも、姿勢のために、うまく飲めていないということがあります。 ○ 次に「首は硬くないか？」と書きましたが、これも姿勢の乱れで生じてくることが多いです。車椅子、ずり下がっている方がよくいらっしゃいますが、ずり下がっていると、自分の頭を自分の首の筋肉で支える必要が出てきます。ウツとカんで支えているような感じです。飲み込みに使う筋肉は首についているので、既に首の筋肉がギュッと収縮していると、飲み込みにくくなります。 ○ 次に「声は普通に出るか？」と書きました。これは声門が閉じず声が出ない方がいたらどうかというのがこちらの映像です。
16	(動画：声門閉鎖不良)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 今「息を吸っていて声を出してください」と言っても、このようにすき間が開いて、完全に閉じていません。声が出なくて何が悪いかというと、もちろん声門が閉じるだけですべて防げるわけではありませんが、閉じているほうが誤嚥しづらいです。あと、咳をするときもちゃんと声門が閉じないとできないので、その辺の条件でも良くありません。
17	一見して得られる情報	<ul style="list-style-type: none"> ○ あと「普通にしゃべれるか？」とあります。言葉をお話するときは、大まかに言うと、舌と上顎の距離を調整できることがすごく大事です。舌を上顎につけずに唾を飲もうとすると、結構厳しいことがお分かりいただけだと思います。また、口に食べ物があつたら食べられるかということ、それもたぶん相当厳しいと思います。つまり、舌とか唇とかが全然動かなく

		て、しゃべりがおかしい方がいたら、飲み込みも結構厳しい状況にあります。
18	(動画：嚥下関連筋障害)	○ この方は ALS で、球麻痺で舌が萎縮しています。ここが上顎のラインで、ここが舌のラインです。これから少し頑張って飲み込もうとしてもらいますが、舌が全然上に届いていません。舌の先っぽだけは微妙に触れていますが、真ん中から奥にかけては全然届いていません。そうすると、さすがに飲めないし、全然しゃべれないというのが同時に起こってきます。
19	一見して得られる情報	○ さて次に「痰が異常に多くないか」とあります。もちろんすべての方が危ないではないにしても、頻回に吸引しないといけない場合は、嚥下や痰の処理をどうにかしなければならぬ場合もあります。
20	(動画：多量の唾液誤嚥)	○ この方は脳出血を4回され、最後の小脳出血の後にこのような状態になりました。全身の失調が強く、栄養は軽微でした。気切も開いていて、唾液で画面が全く見えません。鼻からのぞいても、鼻まで唾液が来てしまっている状態です。これは、嚥下云々という話ではなく、多量の唾液の処理を何とかしないとイケません。よく見ると、喉のけいれんもひどくて、どんどん誤嚥をしています。ですから、嚥下というよりも、唾液の処理とか、手術的な対応、物理的に誤嚥をなくすなどの対応を考えないとイケない人もいます。
21	一見して得られる情報	○ あと「口が異常に汚くないか？」とあります。これは、普通の汚さではなくて、痰がばりばりについているぐらいの汚い方です。そういう方はやはり喉も大変なことになっているというのがこちらの映像です。
22	(動画：口腔咽頭機能低下)	○ これはかなり大変な状態になっています。やはり、口と一緒に喉もどうかと心配してあげる必要があります。 ○ 口腔ケアは最近すごく熱心にされていて、口の中がピカピカの方も増えました。しかし、口がピカピカでも喉だけこういう状況の方もいます。口がピカピカでも、何か変なおいがする場合は、指を喉まで突っ込んでガリガリッと来たら、もしかしたらこういう状況を疑うことも重要だと思います。

23	一見して得られる情報	<ul style="list-style-type: none"> ○ 以上をざっと確認すると、割と様子がつかめてきますので、このあたりから観察していただきたいと思います。
24	摂食・嚥下の主たる悪化要因は？	<ul style="list-style-type: none"> ○ では何でその方の嚥下が悪くなっているかというと、後遺症なのか、進行性の疾患なのか、廃用なのか、あと脱水・低栄養でももちろん悪くなります。あと薬剤の副作用、認知症などの行動の問題、あと口の問題、食事環境や人的環境、心理的な問題があります。 ○ 例えば、うまく食べられないという状態でも、それを引き起こしている原因は様々であるかもしれません。その方の本当の問題点はどこにあるのかというのをさらに改めて考えることが大事です。
25	簡単な訓練（開口訓練）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 簡単な訓練を1つ説明させていただきます。 ○ 先ほど少し申し上げた喉ぼとけを持ち上げる動きというのが飲む動きで、喉ぼとけを持ち上げる筋肉は口を開けるときに使います。細かく言うと、顎舌骨筋とオトガイ舌骨筋と顎二腹筋という筋肉が、甲状軟骨を持ち上げるし、口を開けるとき顎を下に引っ張ります。 ○ 口を本気で10秒開けるというのを訓練として行ったら、嚥下が良くなったという研究報告もあります。 ○ 嚥下訓練はこれだけではありませんが、このように簡単で、取り入れられそうな訓練を患者さんに提供していくことが大事です。
26	介護予防での開口訓練	<ul style="list-style-type: none"> ○ 実際に介護予防教室に参加されている方に、同じ訓練を行った結果で、1カ月やってもらうと、口を開ける筋肉の筋力は強くなりました。つまり、本気で口を開けるとか、本気で舌骨上筋に力を入れるなんて、普通に生活している中では行いません。ですから、本気で力を入れる訓練を入れていくと、口を開ける筋肉を強くすることはできます。
27	摂食・嚥下障害の検査	<ul style="list-style-type: none"> ○ そこまでやってもうまくいかないときは、このような嚥下障害の精査が有効です。 ○ 嚥下障害の精査には2つあって、1つはVF、嚥下造影、透視を使う検査と、もう1つはVE、嚥下内視鏡という検査です。

		<ul style="list-style-type: none"> ○ なかなかうまく方針がつかめない場合は、こういった検査を利用されると良いと思います。 ○ 特にVEは訪問のできるのも、もちろん得意な先生が近隣にいない場合はその限りでないかもしれませんが、VEを利用すると先が見える方もいます。
28	練馬区歯科医師会との連携の例	<ul style="list-style-type: none"> ○ VEが仮に利用できるとして、どのように連携していくかという例です。 ○ まず、歯科医師会の医師が往診でスクリーニングまで行い、怪しい人がいたら、検査ができる医師に連絡してもらい、検査を行うという仕組みです。おおまかに言うと、患者さんを見つける立場の人と、もう少し細かく検査をする立場の人がいれば、嚥下のリハビリは地域で動いていくと思います。
29	豊島区アトリエ村との連携の例	<ul style="list-style-type: none"> ○ こちらは特養との連携の例です。 ○ この特養では、管理栄養士、ケアワーカー、ケアマネジャーがスクリーニングをし、上がった利用者を、歯科医が行く日に精査するという仕組みです。 ○ ですから、ピックアップしてくれる方はどなたでもいいので、この人は怪しいから少し細かく見たほうがいいのではないかと、というのをどこかで話題に上げることが一番大事ではないかなと思います。
30	患者さんの環境	<ul style="list-style-type: none"> ○ さて、最後に患者さんの環境を示します。 ○ 嚥下障害がある方が、人的にも設備的にも整っている大きい病院にいる場合は、いろんなスタッフが普通に関わるだけで、その方の嚥下障害にアプローチできるはずですが。 ○ しかし、この方が嚥下障害が残存したまま家に帰ることはもちろんあります。そうすると、このうちいくつかの職種は関われなくなります。 ○ 例えば、病院の中ではSTが普通訓練をやっていたが、在宅ではSTを見つけられないから訓練は無理としてしまうと、この方に対する、口から食べるというアプローチは終わってしまいます。 ○ ですから、職種が足りないときは足りないなりに考えること、すなわち、チームアプローチの形態としては、Trans-disciplinary team approachという、あまり専門性を高くし過ぎないでアプローチす

		るといったことができる、実際在宅で始めるときに動きやすいのではないかと思います。
		○ チームアプローチは柔軟に行うことが重要です。
		○ 以上です。ありがとうございました。