

研究講座

「食医のススメ 日常臨床に役立つ 摂食・嚥下障害の診断と治療」③

大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部 医長 野原 幹司

第3回 訪問歯科診療でできる嚥下リハ

はじめに

第2回では、これまで歯科が行ってきた歯科治療や口腔ケアが嚥下治療に繋がっていること、すなわち歯科治療は嚥下治療である、ということを説明しました。この第3回では、もう少し掘り下げて訪問歯科診療でできる嚥下リハを説明していきます。

最近のわれわれの調査では、訪問歯科診療を受けている症例の約半数に何らかの嚥下障害が認められることが明らかになりました。加えて、それら嚥下障害例のほとんどは、嚥下障害の医学的フォローを受けていないという状態でした。この記事を読まれた先生方が、嚥下リハを身につけて「食医」となることにより、在宅や施設の嚥下臨床が充実することを望みます。

1. 訪問歯科が行う嚥下リハ

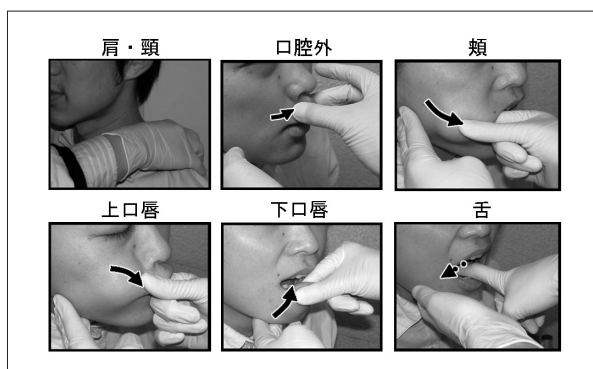
1. 間接訓練

間接訓練とは食物を用いない嚥下訓練のことをいいます。スポーツでいうところの筋力トレーニングや柔軟体操に相当するイメージです。比較的风险が少なく簡単に施行できるものが多く、適応症も多いので訪問歯科で行う訓練として適しています。ただ、効果判定が難しいことや、食物を用いないため症例のモチベーションを持続しにくいという欠点もあるので注意が必要です。

1) マッサージ

嚥下動作のためには嚥下関連筋が適度に緊張していることが必要です¹⁾。過度の緊張も弛緩も嚥下にとっては良くありません。そういう部分を見つけたら、硬いところは「ほぐす」、弛緩しているところは「刺激する」ようにマッサージするのが有効です。その時、歯科は口腔内のマッサージだけになりがちですが、嚥下にとっては口腔外も重要です(図1)。とくに嚥下障害例では肩や頸に過緊張が見られることが多く、その過緊張が嚥下障害の原因になっていることがあります。そういう場合には電気を併用するなどして、「ほぐす」マッサージをしましょう。

図1 マッサージの方法の一例



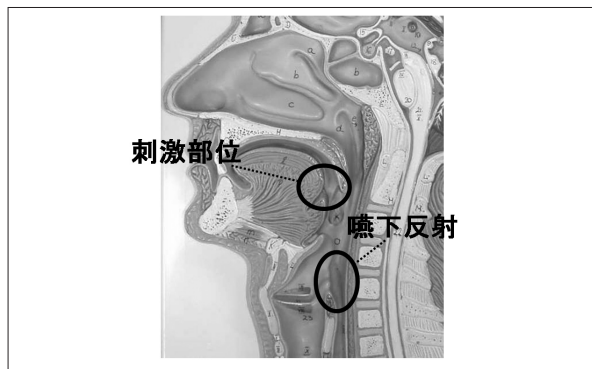
マッサージには、唾液分泌促進や意識レベル改善の効果もあります。なかには発話もほぼなく、嚥下の時以外は口腔をはじめとする嚥下関連筋をまったく動かしていない症例があります。そのような症例に対しては、食事の準備運動として食前のマッサージが効果的です。

2) アイスマッサージ

アイスマッサージはもっとも有名な嚥下訓練かも知れません。「冷えた綿棒を口蓋弓などに当てて、その刺激後に嚥下を指示する」という方法です。この方法は嚥下反射を改善するための訓練として広まりました。しかしながら、最近はその効果を疑問視する報告が多くあります²⁾。その根拠としてはマッサージ部位と嚥下反射が惹起される部位が異なるということが言われています(図2)。

確かに、臨床ではアイスマッサージで嚥下機能が改善する症例があります。その時は、アイスマッサージが直接的に嚥下反射を改善したというより、単に口腔を刺激することで(アイスでなくても)、意識レベルが改善し、その結果として嚥下反射が改善したのかも知れません。アイスマッサージは効果を過信するのではなく、口腔を刺激する手段の一つ、と捉えておいた方がいいでしょう。

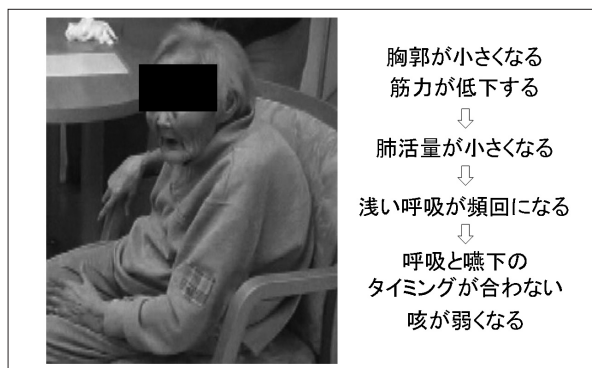
図2 アイスマッサージの刺激部位と嚥下反射惹起部位



3) 呼吸訓練

嚥下と呼吸は密接に関係しています。呼吸が浅くて頻回であれば、嚥下のタイミングが取れないため誤嚥の危険性が高まります。また、呼吸が浅いと誤嚥をしたときに効果的な咳が出できません。高齢者では、呼吸筋の筋力低下や円背などのために、年単位で徐々に呼吸が浅くなっていきます(図3)。したがって、間接訓練として1日数回でいいので深呼吸することが有効になります。そのときに笛を吹いたりしてblowing訓練も兼ねるといいでしょう。

図3 高齢者の呼吸の特徴



4) 咳訓練

誤嚥をしても効果的な咳が出せると肺炎にはなりません。咳も筋力が低下すると弱くなってしまいますので、その予防のためにも意識して強い咳を出せるように訓練しておくとういでしょう。

以上が、訪問歯科で比較的行いやすい間接訓練です。これら4つで多くの症例をカバーできると思いますが、訓練の種類を増やしたいときは、他にも方法がありますので成書³⁾を参考にしてください。

II. 直接訓練

直接訓練は脳卒中後の急性期や回復期に入院中の症例に対して用いられることが多い方法です。イメージは、安全な嚥下方法を指導することで、嚥下頻度を増やす方法です。訪問歯科でも適応がないわけではありませんが、症例としては限られますので詳細は成書³⁾に譲ります。

III. 食事介助

訓練ではありませんが「食事介助」も重要です。指示が通らない認知症の症例や、在宅・施設などの維持期(脳卒中から回復する時期が過ぎた慢性期)の症例に対して、非常に重要な嚥下リハになります。イメージは「訓練」ではなく、「安全に効率良く食事が出来るような環境・食事内容を提供すること」です。手技は直接訓練の応用が多いですが、臨床では「交互嚥下」、「姿勢調節」、「食事内容変更」、などをよく用います(図4)。成書⁴⁾に詳しく書いてありますので、参考にしてください。ただ、食事介助も直接訓練と同様、誤嚥や肺炎のリスクをとまないと。在宅や施設で指示を出すときは、極めて慎重な判断が必要であり、緊急時に対応できるようにシステムを調整しておく必要があります。

図4 食事介助の方法(詳細は文献4を参照)

<<先行期>> ・食事の時間帯 ・食事に要する時間 ・マッサージ ・食事の温度・嗜好 ・食事時の姿勢 ・食器の工夫	<<準備期>> ・マッサージ ・食事内容の決定 ・歯科治療 ・増粘剤の使用 ・口腔乾燥への対応 ・一口量の調整	<<口腔期>> ・リクライニング ・嚥下を促す介助
<<咽頭期>> ・頸部の緊張改善 a) 頸部のマッサージ b) 姿勢の調整 ・食事時の姿勢 ・食事ペースの調整 ・交互嚥下	<<食道期>> ・食後の姿勢 ・食事内容	

以上の嚥下リハを進めていくときは、必ず主治医の許可を得てください。嚥下治療の基本はチーム医療です。歯科医師は歯科疾患の主治医にはなり得ますが、嚥下治療では主治医ではありません。嚥下専門医、歯科専門医としてチームに参加する必要があります。専門医の立場から、主治医、看護師、療法士とコミュニケーションをとりつつ診療を進めるのが嚥下治療を成功させるポイントです。

2. 摂食機能療法

嚥下訓練をしたときは「摂食機能療法185点」という保険算定が可能です。この講座の第1回で説明したように、摂食機能療法は歯科から発信された項目です。ただ、この摂食機能療法は医科からほとんどで、歯科からはあまり請求されていないという現実もあるようです。歯科から発信した保険点数が、歯科から消えてしまわないように、歯科としても今以上に嚥下臨床に取り組む必要があると思います。

3. さいごに～食医のススメ～

今、歯科に対する嚥下治療のニーズが高まっています。患者さんや介護者からだけでなく、他科からも社会からも「歯科が嚥下を診る」ということが広く認められ、求められつつあります。そこで、歯科としての嚥下の受け皿が確立されていないと、この流れが止まりかねません。私が参加するNPO法人(摂食介護支援プロジェクト<http://www.npo-dhp.org>)では、とくに歯科医療者に重点を置いて嚥下の卒後教育に力を入れています。昨年度から始めた歯科衛生士対象の嚥下研修では、19名の「NPO認定嚥下トレーナー」が誕生しました。また、歯科医師対象の嚥下研修(初級、中級)、嚥下内視鏡研修も行い修了証を発行しています。私は嚥下を専門で診療をしています。私の受ける印象は、嚥下障害例に対して歯科が出来ることはもっと多くあるはずであり、その対応のためには歯科医師は絶対的に不足しているということです。NPOの研修をきっかけに、そのようなニーズに応えられるような歯科医師、歯科衛生士が増えることを望みます。昔の中国では医師は4種類しかなかったそうです。その4つとは外科医と内科医と獣医、そして「食医」という医者でした。食医は食べることを全般に診る医者であり、他の3つの医者よりも重要な医者とされていました。現在の医療では外科と内科が重視され、本来重要であったはずの食医が不在になっているのが現状です。超高齢社会を目前として嚥下障害の症例が増加し、社会では「食医」が求められています。歯科医が食医となり、嚥下障害で苦しんでおられる患者さんが一人でも多く救われることを願います。

(終わり)

参考文献

1) 太田清人: 頸部・体幹・姿勢のコントロール, 摂食・嚥下リハビリテーション実践マニュアル, 全日本病院出版, 東京, 2005.
 2) Rosenbek JC, et al.: Thermal application reduces the duration of stage transition in dysphagia after stroke. Dysphagia, 11: 225-33, 1996.
 3) 野本恵司: 訪問で行う嚥下訓練とその指導, 訪問で行う摂食・嚥下リハビリテーションのチームアプローチ 戸原玄編集, 全日本病院出版, 東京, 2007.
 4) 野原幹司: 食事介助・支援, 訪問歯科ではじめる摂食・嚥下障害へのアプローチ 植松宏監修, 医歯薬出版, 東京, 60-77, 2007.