

第 3 章 先進的な事例に学ぶ

1 厚木市を中心とした摂食・嚥下機能支援の地域支援

厚木医療福祉連絡会では、平成12年介護保険の導入と同時に厚木医師会、厚木歯科医師会、厚木薬剤師会、社会福祉法人、民間介護保険事業者、厚木市、愛川町、清川村が中心になり、医療福祉の連携を目的に立ち上げられた。この連絡会は、ケアマネジャー部会、訪問看護部会、リハビリ部会、摂食・嚥下部会の4つの部会により構成され、年に1回の連絡会全体の行事である介護フォーラムに加え、各部会の研修会や交流活動が盛んに行われている。

中でも摂食・嚥下部会は、他の部会とは異なり、多職種が集まる部会である。年に数回行われているセミナーでは、地域の多職種の知的支援を借りながら、「摂食・嚥下障害」「食支援」をキーワードに開催し、表を目的にお互いが顔のみえるネットワークづくりを構築している。

表 摂食・嚥下部会の活動の目的

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) 医療・福祉従事者において、摂食・嚥下に関する知識・技術とともに治療やケアに対する意識の向上に努める 2) 厚木医療福祉連絡会におけるチームアプローチの活動推進を図る 3) 摂食・嚥下障害をもつサービス利用者が、安全に楽しく食べられるための支援を行う 4) 一般地域住民に対する摂食・嚥下障害の対応や誤嚥性肺炎に関する予防の啓蒙を図る |
|--|

また、厚木栄養サポート研究会は、病院や施設、在宅という地域一体型NSTを進めていくために、栄養管理に関する知識や技術の向上や同職種または関連職種のネットワーク作りを目的とし、定期的に研修会を開催してきた。毎月行ってきた定期研修会は、平成15年6月より開催され、平成22年7月には7年目（回数にして約72回）を迎えた。毎月の研修会の企画・運営は容易ではないが、毎月継続して集まることで、栄養士同士の顔のみえる関係や地域でのネットワーク構築への貢献は大きいと考える。また、他職種の参加も多く、摂食・嚥下障害や褥瘡、胃瘻管理など、栄養管理が多職種協働で行われるための共通知識の確認やさらなる地域のレベルアップを目指している。

一方で、神奈川県全体では、神奈川摂食・嚥下リハ研究会や、神奈川PDNセミナー、神奈川NSTフォーラムなど、さまざまな研究会やセミナーを通して、全県に関わる医療福祉関係者が栄養管理に高く関心を持ってきている。神奈川県内を8地区に分けてそれぞれの地区での世話人や代表者を中心に各地区でもネットワークを作り上げつつある。

神奈川摂食・嚥下リハ研究会では、病院から施設、在宅へ、または在宅から施設へ、摂食・嚥下機能に関する情報をスムーズに流すために、平成21年度にNST・嚥下連絡票（神奈川Ver.1）

を作成した（図1）。この連絡票には、診断名、既往歴などの個人情報とともに、栄養管理、嚥下機能評価・経過等、投薬方法、摂取方法、自助具、食事姿勢、食物形態、水分増粘剤、摂食注意事項・リハビリテーションテクニック、口腔ケア等、その他などの10項目が挙げられている。病院などでは、退院時に看護サマリーなどとともに記入し、転院先や施設、在宅関係者へ送っている。記入と読み方には、ある程度摂食・嚥下障害に関する知識が必要であり、同時に読み方マニュアルも作成された（現在 Ver. 2も作成中）。

このような中、地域栄養ケア PEACH 厚木*は、厚木医師会在宅医療研究会の協力のもと、平成12年7月より訪問栄養指導を開始した。訪問栄養指導は医師の指示に基づき実施され、在宅療養者の多くは高齢者であり、介護保険の居宅療養管理指導が対象であることが多い。

*地域栄養ケア PEACH 厚木：平成12年管理栄養士により設立された地域栄養ケア団体。神奈川県厚木市を中心とした地域栄養ケアの取組、研修会・講演会への講師の派遣等の活動を展開

NST・嚥下連絡票（神奈川Ver.1）		平成 年 月 日	
主治医・担当者御机下：下記患者様の栄養管理、摂食嚥下機能など、現状をご報告させていただきます。		20091128ver	
患者氏名	（ID: 様）	性別	M・F
診断名	（年 月 日発症）		
既往歴	摂食・嚥下関連のみ：脳血管疾患・神経筋疾患・誤嚥性肺炎・COPD・認知症・頭頸部術後・		
栄養管理	身長	cm	体重 kg（ / 測定・自称・推定） Alb値 g/dl
	摂取	kcal（目標 kcal）	水分 ml（目標 ml）
嚥下機能評価経過等	嚥下障害Gr. 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 VF（実施日 / ）・VE（実施日 / ）・別紙記載（有・無）・画像（有・無）		
投薬方法	水・トロミ・ゼリー挿入・経管投与・粉碎後食へ物に混ぜる		
摂取方法	全介助・一部介助・見守り・自立		
自助具	無・有（ ）		
食事姿勢	フリー・車椅子（リライナグ）・（ °）		
食物形態	嚥下食ピラミッド：L0・L1・L2・L3・L4・L5 主食（米飯・全粥・ミキサー・ ） 副食（ ） 嗜好・禁止食品等		
水分増粘剤	増粘剤は（不要・必要）です。（ ）を使用し、 100mlに（0.5・1・ ）g 使用していました。		
摂食注意事項リハビリテクニックなど	食事への集中・嚥下体操・のどのアイスマッサージ・一口量（小・中・大スプーン） 複数回嚥下・交互嚥下・食後1～2時間座位（褥瘡に注意） 他		
口腔ケア等	うがい（可・不可）清掃器具（ ） 義歯 無・有（使用・未使用）		
その他			

良い例 ○頸部前屈：リラックス 悪い例 ×頸部伸張：緊張する

図：『嚥下訓練のための摂食・嚥下アセスメントマニュアル』より引用

ポワーゼリー コンデンスミルク ヨーグルト粒

状態は変化する可能性があります。何かご不明な点は下記連絡先までお問い合わせください。よろしくお願ひ申し上げます。
記入担当者名（職種）： （ ）

図1 NST・嚥下連絡票（神奈川 Ver. 1）

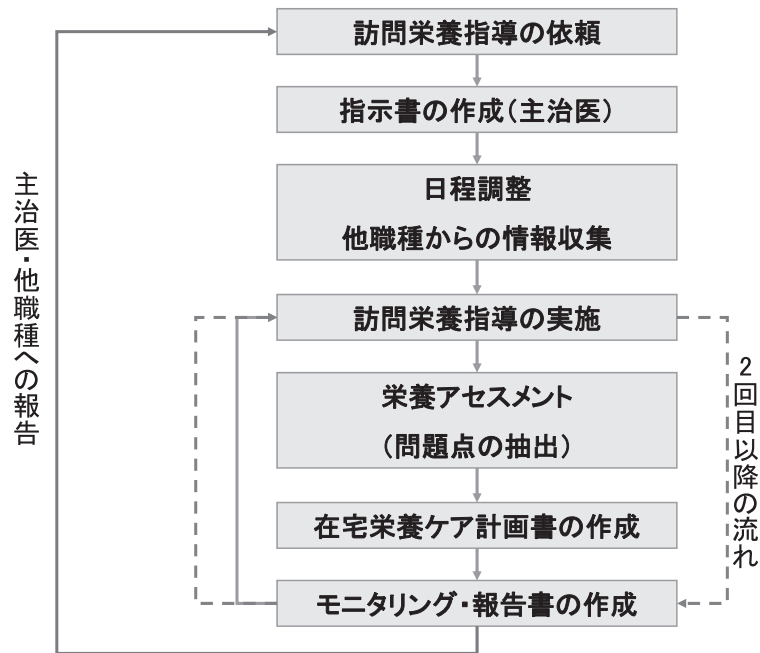


図2 在宅での栄養ケア・マネジメントの流れ

実施方法は栄養ケア・マネジメントの手順に沿って進められる(図2)。栄養スクリーニングは、病院や施設での栄養ケアと異なり、依頼のあった時点で他職種が行っていることになる。特に低栄養状態のキーワードとしてあげられるのは、摂食・嚥下障害、低栄養、褥瘡等であり、いかに他職種が栄養管理の必要性を理解し、摂食・嚥下障害等に関心が高いかということが重要となる。他職種から多くの情報を得るためにも、お互いの情報発信を惜しむことなく、活発に活動しアピールすることも必要である(図3)。

神奈川県厚木市近隣において平成12年7月から19年6月までに訪問栄養指導を行った対象者222名について、依頼者は、介護支援専門員が最も多く94名(42.3%)であり、ついで医師83名(37.4%)、看護師36名(16.2%)であった。主病名の内訳は、脳血管疾患99名(44.6%)、神経筋疾患33名(14.9%)、糖尿病22名(9.9%)の順であり、依頼内容は摂食・嚥下障害に関連したものが最も多く158名(71.2%)であった。ついで、食欲不振など低栄養に関するものが21名(9.5%)、糖尿病に関連した食事指導は18名(8.1%)であった。対象者のうち、介護認定を受けている者は215名(96.9%)であり、要介護度については、要支援12名(5.4%)、要介護1 29名(13.1%)、要介護2 26名(11.7%)、要介護3 21名(9.5%)、要介護4 39名(17.6%)、要介護5 88名(39.6%)であり、要介護4と5で57.2%と過半数を占めている。

摂食・嚥下障害者への栄養管理には、1)適切な栄養補給と、2)誤嚥を予防する食事(食形態)の提供、3)食環境の調整がある。摂食・嚥下障害は食べることの障害であるがゆえに、十分に口から栄養や水分を補うことができず、低栄養や脱水などに陥りやすい。また経口から十分栄養補給できないということで、胃ろうなどの経管栄養管理を行っている場合も少なくなく、経管栄養に関する知識も求められる。

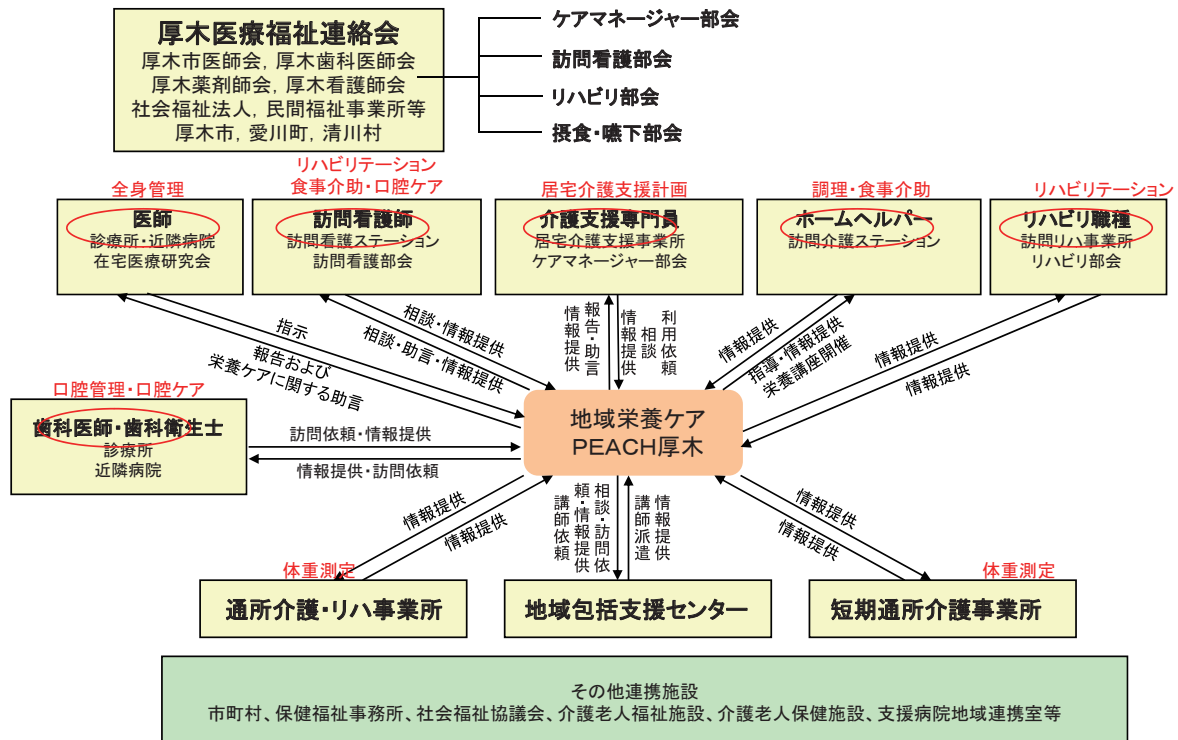


図3 食支援からみた管理栄養士と地域での多職種の関係

誤嚥を防ぐための食事とは、個々の咀嚼や嚥下機能に対応した食形態である。きざみ食は嚥下調整食として不適切であり、ベタベタとした濃い濃度のとろみの液体も口腔や咽頭残留を助長し、適切であるとはいえない(写真)。食材の特徴を理解し、加熱する、パサパサしたものに水分を加える、油脂を加えて滑らかにする、つなぎを入れてまとまりやすくする、など、調理の工夫が必要となる(図4)。また、ミキサーの使い方次第で滑らかさも変わる。ゲル化剤であるゼラチンや寒天、市販ゲル化剤などその特徴を理解しておく必要もある。



写真 とろみがつきすぎた不適切なお茶

食環境の調整とは、口腔ケアをはじめとし、食べる場面での姿勢や食具、一口量や食べるペースなどの調整のことである。在宅の介護者にとって、通常とは異なる嚥下調整食作りは大きな手間となり、食形態を整えることは簡単なようで案外難しい。とろみ調整食品一つとっても、なかなか使ってもらえないのが現状である。したがって、食形態の調整よりも、食環境を整えることを優先させることも少なくない。誤嚥しにくい姿勢や介助方法を理解し、飲み込みやすいものとそうでないものを確認しながら、交互嚥下を促し、介助してもらう。

食支援は、生活に密接に関連している。特別な食事ではなく、「継続できる食事」を目指して介入していかなければならない。それは、1) 個々の身体及び生活状況に対応している、2) 簡単である、3)

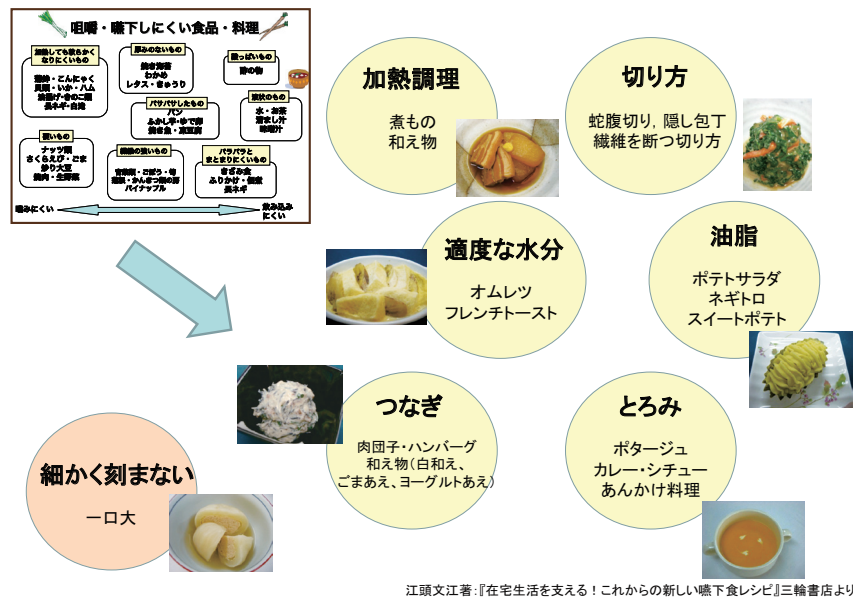


図 4 嚥下調整食の調理の工夫

おいしい、4) 誤嚥や窒息なく安全であることが求められる。そこで、電子レンジの利用やまとめて作る冷凍保存の方法、簡単にできる調理の技、レトルト食品や加工食品など市販食品の活用、パックスッキング（家庭版真空調理法）の活用など、手抜き調理の技術も必要な情報となる（図 5, 6）。

在宅療養者に対する栄養ケアは、実際に居宅に訪問し実施されるため、病院や施設で行われる栄養指導とは異なり、生活や介護環境が率直にみることができ、特に台所の環境や調理の得手不得手など、さまざまな情報を得ることができ、介護生活を長く継続していくためにより実践的なサポートが求められる。

地域栄養ネットワークは、まさに地域一体型 NST（Nutrition Support Team = 栄養サポートチーム）を強化する。先に紹介した NST・嚥下連絡票の効果もあり、病院から在宅への摂食・嚥下障害に関する情報の流れができ、入院中の嚥下造影検査（VF）へ参加・同席したり、退院前の合同カンファレンスに参加したりする機会も増えてきた。退院前の合同カンファレンスでは、在宅での介護環境や生活状況をお伝えすることで、退院時計画の修正を行うこともできるようになった。食は、退院直後から必要な支援のひとつであり、特に摂食・嚥下障害者に対する介護者の食事ケアに関する不安は大きい。しかしこのような連携の動きは、不安の多い退院の事項を少しでも減らし、本人や介護者が安心して在宅療養生活に踏み出す一歩につなげることができるのではないかとと思われる。

人とは、働き場所を求めて動くものである。一定の地域においても、ある一定の期間がたてば、病院や施設の職員、在宅関係者なども、また入れ変わってしまうこともしばしば見受けられる。しかし、地域による医療・福祉の連携を推進するためには、研修や顔合わせの機会などを通して、継続的な地域活動を積み重ね、摂食・嚥下障害に関する知識や技術の共有など、最初に述べた目的を見失うことなく、努めていかなければならない。

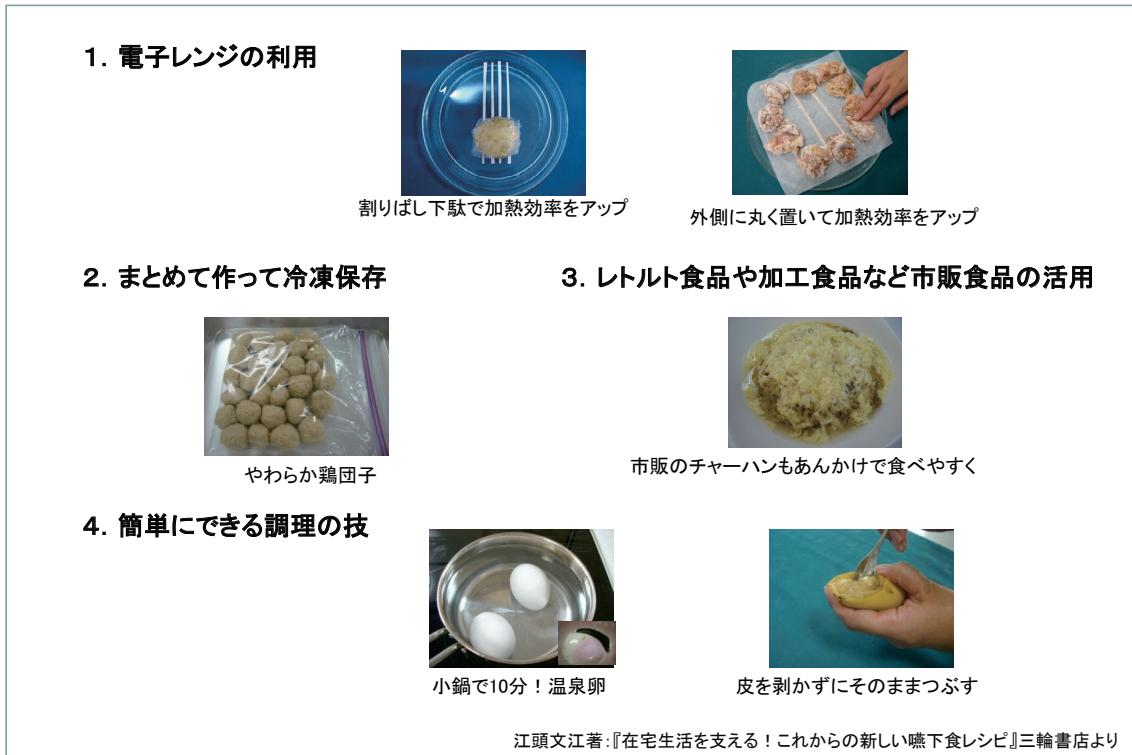
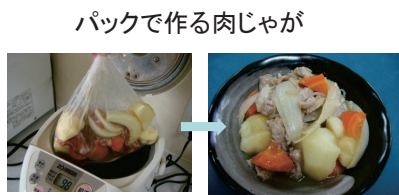


図5 時短，手抜きの一工夫



パックで作るかぼちゃ煮

- * 電気ポットは容量に合わせて**1/3の水**を入れます。3リットルの電気ポットなら水は1リットルです。
- * ポリ袋(「高密度ポリエチレン製」「食品包装用」の無地でマチのないもの)を使います。
- * **1袋に入れる量は1~2人分**を目安にします。
- * ポリ袋に食材を入れて中の**空気をしっかり抜きます**。(袋ごと水をはったボールに入ると水圧で中の空気が抜ける)
- * 加熱すると袋がふくらむので、**入り口の方でしっかりと結び**、中の**食材を均一に広げます**。
- * 1台の電気ポットに入れるパックの数は、3パックまでです。3リットルの電気ポットでは600gまでが目安です。**まずは1パックから**やってみましょう。
- * 出し入れの際は**やけどに注意**しましょう。



パックで作る肉じゃが



袋の結び方(料理は全粥)

袋のまま
つぶすこともできる

図6 パック・クッキング

【参考文献】

- 1) 在宅生活を支える！これからの新しい嚙下食レシピ，江頭文江著，三輪書店，2008年
- 2) パッククッキング応用レシピ88，タバダス編集部編，タバダス別冊，風人社，2006年

(江頭文江)

2 豊島区口腔保健センター「あぜりあ歯科診療所」が核となって進める摂食・嚥下機能支援

豊島区では、これまでも口腔保健センター「あぜりあ歯科診療所」を拠点にした在宅訪問歯科診療、高齢者介護施設訪問歯科診療及び歯科衛生士による訪問口腔衛生指導を歯科医師会主導で地域展開してきた。そうした中で歯科診療や口腔ケアだけでなく、在宅や高齢者介護施設からの高齢者の摂食・嚥下機能障害に対する対応を迫られていた。特に施設においては平成21年度介護保険改正の中で「経口維持加算」、「経口移行加算」といった項目が設けられたことで摂食・嚥下機能障害に対する関心が高まり、要望が増していた。

そこで当センターでは平成21年6月より摂食・嚥下機能障害に対応できる歯科医師を常勤職員として雇用し、さらに平成20年度より東京都福祉保健局より豊島区医師会に委託された在宅医療ネットワーク推進事業の中で、摂食・嚥下機能障害分科会を立ち上げ、豊島区医師会、歯科医師会とで協議を重ね、また高齢者介護施設側への周知を経て、豊島区独自のシステムを構築して在宅および各高齢者介護施設での多職種連携によるVEおよび機能訓練、食事介助指導を施行している。

そのシステムとは、各高齢者介護施設、在宅等より摂食・嚥下機能障害が疑われ、VEが必要と思われる方がいる場合、「あぜりあ歯科診療所」がコーディネーターとなり、高齢者介護施設、家族および囑託医の承諾を得て、豊島区耳鼻咽喉科医会に連絡して耳鼻咽喉科専門医と患者、「あぜりあ歯科診療所」スタッフ等との日程調整を行い、VEを施行している。VEを施行する際には耳鼻咽喉科専門医が内視鏡を操作し、画像を耳鼻咽喉科専門医、歯科医師、歯科衛生士、栄養士、家族等で確認しながら耳鼻咽喉科専門医及び歯科医師とで協議し、診断・評価を行い、訓練プログラムを立案している。プログラムの作成については耳鼻咽喉科専門医が観察した状態を東京都耳鼻咽喉科医会作成のチェックリストに記載し、摂食・嚥下指導計画書を歯科医師と一緒に作成する（図1）。

診療報酬の請求については耳鼻科医が訪問診療・VE項目について行い、歯科医が訪問診療、摂食・嚥下機能訓練等について行っている。また、VEでは判断しかなる症例や通院できる場合については区内医師会所属の病院にて行われている摂食・嚥下外来にてVFを実施してもらっている。

その他にも必要に応じて大学病院との共同

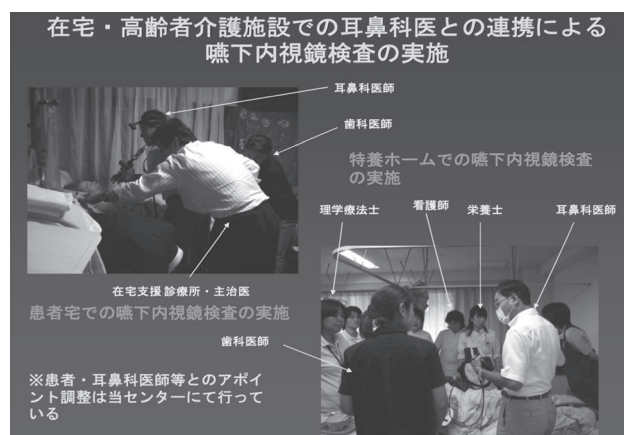


図1



図2

診療，指導・訓練を実施している場合もある（図2）。

口腔ケア，間接・直接訓練については「あぜりあ歯科診療所」の歯科医師および歯科衛生士が直接指導するだけでなく生活状況や介護能力などを勘案して施設の看護師，栄養士，PT，家族，ケアマネージャー等に指導している。

実際の訓練はこうしたコメディカルスタッフにより行われ，定期的に再評価やプログラムの見直しを行っている。訓練プログラムを立案する際には介護度別の対応を考慮しながらメニューを提示している。また，実施する際には介護職，家族に負担にならない範囲で行ってもらうことによりできるだけ訓練回数を増やすことで効果が上がるような工夫をしている（図3，4）。

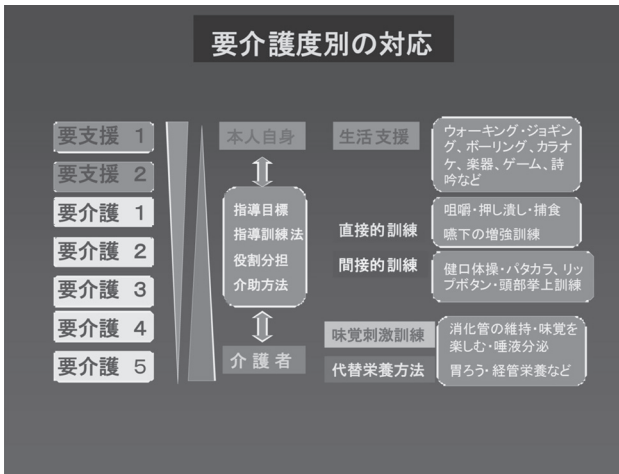


図3

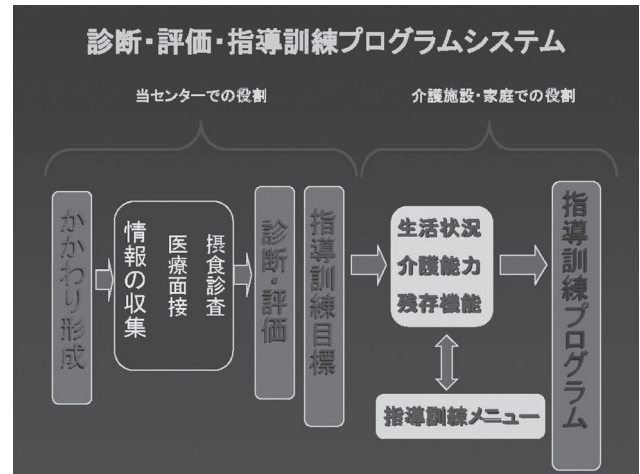


図4

以上のシステムを構築してVE，指導訓練を施行している。VE時の咽喉頭内内視鏡所見だけでなく，検査時の利用者の外観として，嚥下時の姿勢や頭位の変化を一緒に撮影しているため，あとで両者を時間的に同期させた画像をPCで合成し，多職種間，家族と一緒に供覧することでより一層理解を深められている。

また，実際の訓練を実施するのはコメディカルスタッフであるので豊島区歯科医師会では「あぜりあ歯科診療所」で月1回行われている主に発達期を対象にした摂食・嚥下外来の時間を使って年間プログラムを立て，コメディカルスタッフの育成，資質向上を図るために実際の症例を通じた

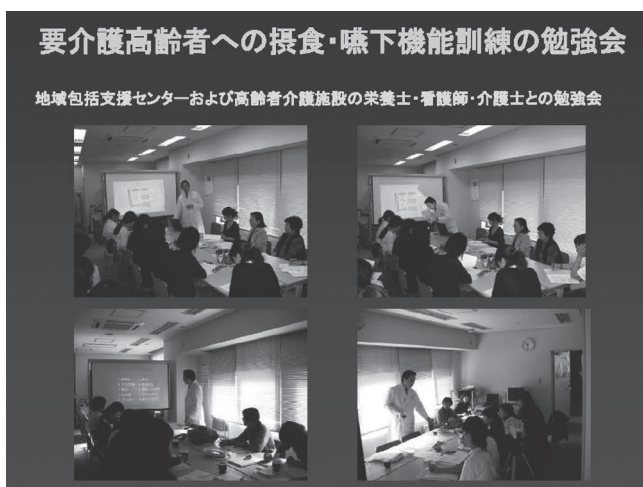


図5

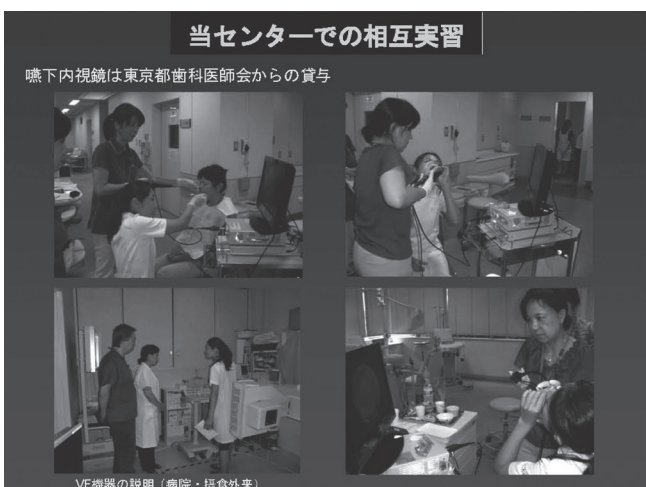


図6

勉強会を開催している（図 5）。嚥下内視鏡を使った相互実習も行っている（図 6）。

また、当地区では摂食・嚥下機能障害に陥る前の段階から地域支援事業および介護予防事業の口腔機能向上プログラムを「あぜりあ歯科診療所」を中心に行っている。口腔機能向上プログラムを提供する際には独自に作成した利用者向けテキストブックを使用して直接、歯科衛生士が指導するだけでなく、デイサービス等で介護予防事業所職員への指導も行っている（図 7、8）。



図 7



図 8

地域で摂食・嚥下機能支援を進める上で介護者や家族、高齢者介護施設、ケアマネージャー等からの要請に直ぐに対応できる口腔保健センターの存在は非常に有用である。また、VEなどは歯科医師単独で行うのではなく地域の医師会、とりわけ耳鼻科医との連携をとることが不可欠である。お互いの得意分野を融合することでより適切な診断・評価を行うことができ、それがまた、適切な指導・訓練へと結びつくことになる。また、患者の全身状況を把握している主治医にもできるかぎり検査の段階から参加してもらうことでより安全な診療につながる。

摂食・嚥下機能障害に限らず、多職種が関わる場合、それぞれの職種間の調整をいかにスムーズに行うかが診療を上手く進めるキーポイントとなる。それにはコーディネーターとしての役割を誰かが担う必要がある。摂食・嚥下機能支援には多職種が関わることになり、医療情報、服薬情報ならびに普段の食事状況なども必須となるので主治医、かかりつけ薬局や訪問看護ステーション等などとの連携が重要である。口腔保健センターが核となって医療職と介護職、家族とのコーディネートをすることで要請から診療・指導・訓練へとスムーズに結びつけることが可能となる。

また、予防から指導・訓練の中心となるのは歯科衛生士であるので、その歯科衛生士がシームレスに関わっていくためにも活動の拠点となる口腔保健センターの存在は貴重である。他にも多職種との情報の共有、研修会の実施など口腔保健センターの果たせる役割は非常に多い。各地域に口腔保健センターが整備されることは地域医療の賦活化、円滑化に大きな役割を果たすと考えられる。

（高田 靖）

医行為に関する最近の考え方

医療行為（法律用語では医行為）とは、本来、医師や看護師などの免許を有するものが「業」として行なう行為（「医行為」ともいう）をいい、「業」とは「反復継続する意思を持って、不特定の人に対して行なう行為」をいいます。

医行為には、医師の免許を有するものと、医師以外の医療職が行なうことのできる行為に分けられますが、何がその行為にあたるのかの明確な決まりはありませんでした。

近年、在宅医療がもとめられる中で、たんの吸引は医行為であるという前提で、在宅のALS患者の家族から、家族以外の介護者にも実施できるようにしてほしいとの強い要望があり、厚生労働省はこうした状況を踏まえ、平成15年3月に「看護師等におけるALS患者の在宅療養支援に関する分科会報告」をまとめ、在宅ALS患者と家族の負担軽減を図るため、一定条件下での家族以外の者のたんの吸引を許容しました。その後、平成17年3月24日にたんの吸引の対象を拡大する厚生労働省医政局長通知が出され、ALS患者以外についても、家族の同意がある場合、たんの吸引を行なうことができるようになりました。

続いて平成17年7月26日に「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」という通知が発せられ、原則として「医行為」ではないと考えられるものが示されました。この通知の中で、腋下外耳道体温測定、自動血圧測定、パルスオキシメーター装着、軽微な傷のガーゼ交換、軟膏塗布、湿布貼付、点眼、鼻腔噴霧、一包薬・舌下錠の内服、座薬挿入、爪の手入れ、口腔清掃、耳垢除去、ストーマ排泄物の処理、自己導尿補助、市販薬浣腸などが、医行為ではないものとして挙げられました。

以上の経過の中で、在宅の療養患者・障害者のたんの吸引については、一定の条件で家族以外の者に認められるようになりました。しかし、たんの吸引以外の医療行為や、施設におけるたんの吸引などは認められていませんでした。

その後、施策の充実により、従来であれば入院していたような高齢者でも、在宅での生活や施設への入所を選択することができるようになり、医療ニーズの高い高齢者は、在宅・施設両方の場においでますます増加してきました。このような状況の中、特に、特別養護老人ホーム入所者への対応について要望があり、厚生労働省は平成21年2月に「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員によるケアの在り方に関する検討会」を立ち上げ、検討を開始しました。

平成22年4月1日 厚生労働省医政局長通知にて、介護職員の医行為については、一定の研修を受けた特別養護老人ホーム（特養）の介護職員だけが、看護職員と連携しながら口腔内のたんの吸引と胃ろうによる経管栄養を実施することが認められました。

さらに、平成22年7月立ち上げの「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り

方に関する検討委員会」にて、“必要な医療・介護を、必要な人の所に、いかに安全で確実な方法で届けられる状態を創り出していく”ことを審議しています。

現在、介護職員等が医行為にて事故が起きた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事上・民事上の責任は別途判断されるべきものと解釈されています。（厚労省医政局長通達は、民法709条の〈不法行為による損害賠償〉のなかで医療者の人的担保が明確に定義されず医療者がすべて包括責任をとる可能性がある）。しかしながら現場では、介護職等が医行為を担わざるを得ない状況が常態化していることは認識されています。法的には、違法性の阻却の考えに立ち、目的の正当性、手段の相当性、法益衡量、法益侵害の相対的軽微性、必要性・緊急性が担保されれば違法性に乏しいという解釈が拠りどころとなって現状を支えているところです。

平成21年の厚生労働省において有識者による検討会発足から、医行為の緩和傾向が徐々にみられていますが、まだまだ課せられる研修が確定していないことや本人の同意（本人の同意能力がない場合家族の同意）が求められることや、医療者の包括責任も求められています。

しかしながら、“違法性の阻却の考え方”と、“必要な医療・介護を、必要な人の所に”の理念において、医療スタッフの協働・連携のもとに、かく痰吸引、胃ろうによる経管栄養、摂食・嚥下の改善、が図れることになりました。

在宅医療は色々な条件下で成り立つところであり、家族だけでは支えられない事実もあります。多職種が横の連携のもとに協働して成り立つチーム医療であり、チーム介護であります。法律が現状の在宅医療に追いついていないところは明らかですが、医療・介護の充実のためには議論を尽くし、介護者も介護される者も、医療者も家族も、誰も彼も不幸にさせない制度が求められています。

さらに高齢者の長期在宅医療には摂食・嚥下問題も大きな課題になるのは本マニュアルの示すところです。

（高瀬 茂）

【関連資料および検討会】

- ・平成15年7月17日付厚生労働省老健局振興課長通知
「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について」
- ・平成17年3月24日付厚生労働局医政局長通知
「在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて」
- ・平成17年7月26日付厚生労働局医政局長通知
「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（通知）」
- ・平成21年厚生労働省において有識者による検討会発足
「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会」
- ・平成22年4月1日 厚生労働省医政局長通知
特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取り扱いについて
- ・平成22年4月30日 厚生労働省医政局長通知
医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について
- ・平成22年厚生労働省において有識者による検討会発足
「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討委員会」

摂食・嚥下における“噛むこと”の役割

はじめに

摂食・嚥下機能障害を考える場合、歯があれば噛める、歯がないから噛めないという一元的なとらえ方ではなく、咀嚼に対する動きが出ているかどうか、さらにその患者の咀嚼は嚥下に対してよく働いているかそうではないのかという視点から考えることが重要である。

咀嚼の外部評価のポイント

口に食べ物を取り込む際には舌が受け取った食べ物を臼歯に乗せることができるかどうかを見るのが重要な観察ポイントとなる。

図1の写真は健常者が柿の種を食べ始めたところであるが、舌にのせた柿の種を口腔内にもっていったから、臼歯に乗せているところが観察できる。このように臼歯に乗せることができなければ咀嚼を開始することはできず、臼歯に乗せるためには舌をひるがえすような動きが必要となる。咀嚼が始まったのちには、顎の動きをよく観察する。例えば、顎自体は動いているものの、咀嚼に必要な機能的な動きが出ない場合では、単純な上下動のような動きしかでないことがある。よって、咀嚼中の顎の動きが単純な上下動だけではなく、すりつぶすような動きが出ているかを観察することが大切である。

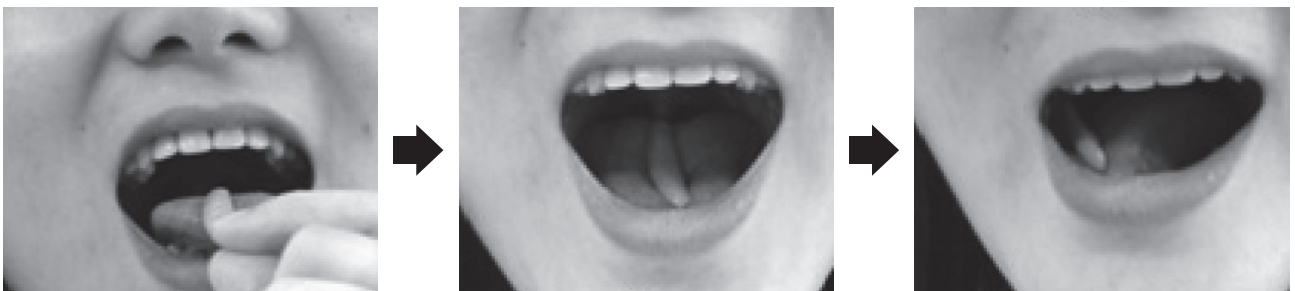


図1 健常者が柿の種を噛み始めるところ

嚙ませたほうがうまく飲めるのか？

我々が液体を飲み込む時には、図2の左写真のように、口腔内で液体をひとまとめにして一気に飲み込んでいる。しかし、咀嚼する必要がある食べ物を食べた場合には、嚥下反射前に食塊が咽頭に送りこまれることがわかってきている¹⁾。図2右写真は健常者がバリウム入りのクッキーを咀嚼して嚥下する直前の様子である。

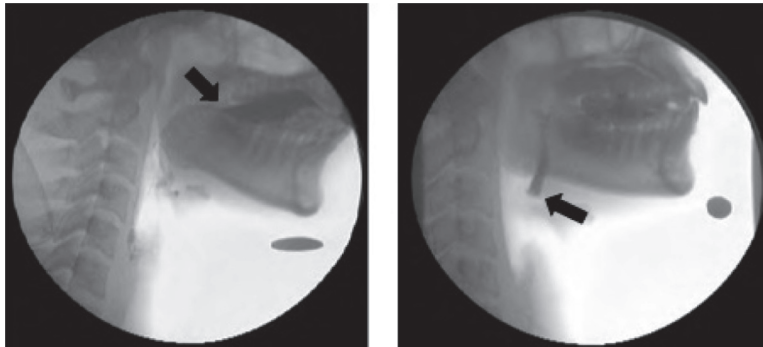


図2 嚥下反射直前の食塊先端の位置の比較
左は液体嚥下時、右はクッキーの咀嚼嚥下時である。矢印は食塊先端の位置を示す。

図を比較すると、液体嚥下時には食塊先端は口腔内にあるが、咀嚼嚥下時には食塊先端が咽頭内に入る、つまり“相対的”に嚥下反射が遅れたような格好になることが観察できる。

摂食・嚥下機能障害疑いの患者で前述したような嚙む動き自体は出ている場合、このように“相対的”に嚥下反射前に食物が咽頭に入ることが原因で、誤嚥につながる場合には積極的に常食を摂取させないほうがよい場合もあるということ意識しておくことが重要である。ただし、口に食べ物を入れた後に動きがとまる、送りこみがなかなか起こらないなどの症例では、あえて咀嚼をさせることにより食物が咽頭に送りこまれる現象を利用して、食事を摂取させやすくすることが必要となる場合もある。嚙むことが、飲み込むことにとって良く働いているのか、そうではないのかという目で観察することで、患者にとって適切な食形態を設定する場合に、専門的な裏付けのある判断ができるようになるのに役立つ。

【参考文献】

- 1) Palmer J.B., Rudin N.J., Lara G., and Crompton W.:Coordination of mastication and swallowing, *Dysphagia*, 7, 187- 200, 1992

(戸原 玄)