摂食嚥下リハビリテーションを始める意義と 歯科医の責務

日本大学歯学部摂食機能療法学講座

教授 植田 耕一郎 Koichiro Ueda

はじめに

第32回日本顎咬合学会学術大会のシンポジウムにて発表し、今回はそのときの内容に則して3回シリーズで本学会誌投稿のご依頼を受けました。歴史のある当学会誌にこうして執筆の機会を与えてくださったことに感謝申し上げます。

超高齢社会を迎え需要が増加している摂食嚥下リハビリテーションについて、「かかりつけ歯科医」と「診療所」をキーワードに検討して参ります。1回目は、摂食嚥下リハビリテーションの意義をご理解いただきたく、その始まりについて紹介いたします。

歯科における

“食べる機能のリハビリテーション”事始め

1987年に1冊の歯学成書が出版されました。『食べる機能の障害——その考え方とリハビリテーション——』同書の著者は当時、昭和大学歯学部口腔衛生学教授の金子芳洋氏、助教授の向井美恵氏、講師の尾本和彦氏です¹⁾。この三氏が、歯科における摂食嚥下リハビリテーションのパイオニアです。

1980年代に金子氏は北欧に障害者歯科の視察にいきました。おそらく氏は、全身麻酔下の歯科治療をイメージしながらいかれたのだと思いますが、そこで見たものは全身麻酔ではなく、トレーニングでした。食べる機能の障害をもった障害児・者に摂食のトレーニングを施すことにより、咀嚼機能を獲得していく発達療法だったのです。当時の金子氏からすれば“目から鱗”だったのでしょう。帰国後、日本にこの手法を普及させるべく、

とりつかれたように本書の執筆に取り組まれたといえます。それまではリハビリテーション医学の領域で「嚥下リハビリテーション」が雑誌に単発的に扱われることはありましたが、このようにハードカバーの書物にして体系立てられたのは、日本ではこれが最初になります。当時は、医学部、歯学部の区別なく図書館に幾冊も並ぶベストセラーとなりました。

日本摂食嚥下リハビリテーション学会が本年度で21年を数えます。会員は、1万人を超えるマンモス学会となりましたが、構成は言語聴覚士を筆頭に歯科医師、看護師、医師、栄養士、理学療法士、作業療法士などであり、まさに多職種協働を実践しています。その学会の初代理事長となられたのが金子氏でした。「日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌」の第1巻第1号の巻頭言に以下のことを記しています。

「摂食・嚥下リハビリテーション分野の研究と臨床の発展のために根本の理念を認識し、木を見て森を見ずに

図1 脳卒中患者の全身像一例

図2 脳卒中中の患者の口腔内所見例

図3 ICF (International Classification of Functioning)
(WHO国際障害分類の改訂2001年)

ならぬよう協力していくことが必要でしょう」²⁾。

同一の疾患であっても10人寄れば10通りの対応法があるからこそ、揺らぐことのない理念の構築が必要であること、また摂食嚥下の問題なので口腔や咽喉頭を注目しがちなところそれら器官の断片的な所見で患者の食事の在り方全てを決めてしまうようなことは、慎むべきであるとの教えと解釈いたします。

封印されていた脳卒中患者の口腔内

1990年東京都に初の都市型リハビリテーション専門病院が開院しました。入院患者の7割が脳卒中であり(図1)、続いて脊髄損傷、慢性関節リウマチ、ギランバレーなどの神経難病でした。歯科診療室が設置され、筆者は

赴任しました。その頃は歯科教育に「脳卒中患者の歯科治療」は皆無でしたし、図書館中探しても、そうした書物は一冊も見当たりませんでした。リハビリテーション病院には、歯科の常識にはなかった口腔が待っていました。食べ物がそのままの形で歯の表面や口蓋に付着していたり(図2)、右側は全て健全歯で左側は全て歯頸部う蝕という一人の口腔内とは思えない非対称であったり、下顎犬歯のみが残存しており過去に一度も歯科受診の経験がない50歳など、例を上げれば際限がありません。歯の形態や咬合が復元されれば食事の問題は解決できると信じていたものが、28歯揃い咬合を再現したにもかかわらず咀嚼ができない、あるいは気管に食物が流入してしまうといったことに遭遇しました。すなわち摂食嚥下障害です。

摂食嚥下障害への対応理念

WHO国際生活機能分類(ICF)にもとづくリハビリテーション医学の理念を応用すると、摂食嚥下障害についても対応法が整理されます(図3)。図1を例に、右片麻痺という機能障害に対して治療的アプローチ(トレーニング)を施します。麻痺が以前のような機能まで回復しきれないときには、元々その人に備わっている潜在的な能力を賦活して機能の代償をはかります(代償的アプローチ)。左手による利き手交換をしたり、歩行が困難のため車椅子を利用したりが、それにあたります。また障害は機能だけで決まるのではなく、環境次第で重

表1 摂食嚥下リハビリテーション

機能	1. 治療的・訓練的アプローチ ○間接訓練 ○直接訓練
能力	2. 代償的アプローチ 経管栄養，姿勢や食物性状の工夫
環境面	3. 環境改善的アプローチ 介護力の導入，社会的資源，物的改善
心理面	4. 心理的支援

図4 家族に付き添われて来院する患者

度にも軽度にもなります。人的，物的，また社会的資源を活用することで実生活に戻れるよう努めます（環境改善的アプローチ）。さらに心理的支援（心理的アプローチ）をいかなる場面でも欠かすことなくしていきます³⁾。以上のように4つの側面からアプローチをすることにより，生活という視点で患者への対応を体系たてることができます（表1）。

歯科治療はう蝕という自然治癒のきかない疾患を治癒しています。一方リハビリテーションは治癒しないこともあるからこそ医療であるということです。この点は，常に治癒をイメージしている歯科医療に携わる身としては，なかなか享受しきれないところだろうと思います。超高齢社会においては，加齢とともに退行性疾患，長期慢性疾患と対峙することを余儀なくされます。これからの歯科医療にもリハビリテーションとしての理念と技術の導入が必要であることを提案いたします。

たとえば，義歯については適合，咬合，審美に全て優れていたとしても，天然歯に比較すれば咬合力は1/10です。クラウンにしても6割ほどです。このことは治癒ではなく，リハ医学における代償と捉えてもよいのではないのでしょうか。完全治癒ではないからこそ終了はなく，“かかりつけ歯科医”として機能の代償能力を定期的に診ていく必要があるのだと思います。

歯科から始まった摂食機能療法

1994年に「摂食機能療法」が保険診療となりました。

これは先の金子氏らのご尽力です。摂食機能障害に対するリハビリテーションの有効性の根拠を蓄積することで，歯科医療に摂食嚥下リハビリテーションが公に認められたのです。これに追随したのが医科です。歯科の診療報酬は医科に準じて決められていますが，摂食機能療法ばかりは歯科が先導しました。医科と歯科が同等病名で，1回の診療に185点という同等報酬額というのは，摂食機能障害，摂食機能療法のみです。

言語聴覚士，理学療法士，作業療法士，看護師，歯科衛生士は皆，摂食機能療法を担当しますが，その冠につくのは「医師，歯科医師の指示のもとに」です。生活を視点に展開するとこれら多職種が協同する構図が自ずとできあがります。

歯科診療室に来院する摂食機能障害

歯科診療室に家族に付き添われて通院している人（図4），杖歩行で来院される人，スロープがあるので車椅子利用者が来院しているといった光景は，今のご時世に決して珍しくないと思います。それらの中には，脳梗塞の既往がある，パーキンソン病の診断を受けている，肺炎で入退院を繰り返しているなど全身的疾患に罹患している方がいらっしゃいます。脳卒中患者が，車椅子利用，胃瘻，あるいはベッド上の生活をしているとは限りません。むしろ大半は，日常生活活動（Activities of Daily Living：ADL）が自立しており，通常の生活を営んでいる人たちです。

表2 摂食嚥下の5期

先行期（認知期）	食べる行為，食物への認知
準備期（咀嚼期）	咀嚼により食塊形成
口腔期（嚥下第一期）	嚥下反射が惹起され口腔から咽頭へ食塊を移送する
咽頭期（嚥下第二期）	食塊が咽頭を通過する時期
食道期（嚥下第三期）	食塊が蠕動運動により食道から胃へ移送する時期

図5 病態の変遷

これらの人たちを診査すると、摂食嚥下に何らかの不都合を訴えています。摂食嚥下は、先行期（認知期）、準備期（咀嚼期）、口腔期（嚥下第1期）、咽頭期（嚥下第2期）、食道期（嚥下第3期）と区分けして診断をします（表2）。

また病態のステージには、急性期、回復期、維持期（生活期）、および終末期があります（図5）。診療所は主に維持期を対象に医療が展開されることになります。急性期の段階では、60～80%ほどが誤嚥を有する咽頭期障害です。それが回復期を経て維持期に達すると、7～8%

になります。すなわちほとんどの誤嚥は自然治癒しているのです。しかし、「片側でしか噛めない」「歯の表面に食渣が付着したままになってしまう」「よくむせる」「口が渇く」「食物をこぼす」などの訴えが維持期になって残ります（図6）⁴⁾。これらは咀嚼期、口腔期の訴えです。歯科診療所の歯科医師の皆さんにご理解いただきたいのは、維持期における摂食機能障害の本質は圧倒的に準備期、口腔期といった口腔相障害であるということです。摂食嚥下障害というと誤嚥や胃瘻といった咽頭期障害に目がいきがちですが、食べているけれども思うよ

図6 準備期・口腔期障害の割合（対象：維持期 脳卒中533名）

うには食べられないというところを、歯科は見過ごすことなく対応する責務があると思います。なぜなら口腔相を直視し、直接触れることのできる職種は歯科において他にないからです。「おいしい」との喜びこそ食事の本質であり、それは口腔相にしかないものです。歯科医師の摂食嚥下リハビリテーションの立ち位置はそこにあります⁵⁾。

絶えることのなく増加し続ける歯科需要

全身疾患名を有する患者が歯科診療室に来院した場合に、通常の歯科疾患処置としての形態回復とともに、機能回復・維持を目的に摂食機能療法を施します。185点は月4回まで診療報酬の請求が可能であることから外来診療を想定したものであることがお分かりいただけたと思います。口腔相障害は全身管理の手法ではなく、診療所や福祉施設、あるいは在宅で実施されるべきものです。

東京都リハビリテーション病院の歯科室の前には、連日車椅子の列が朝から晩まで絶えることがありませんでした。歯科疾患は、黒色のう蝕は白く、形のなかった歯は元に復元されます。一般のリハビリテーションでは完

全治癒が見込めなかったものが、口腔内歯科疾患においては「完治しました」と自信をもって言えるのです。一つの歯のことであっても、「治る」という響きは患者にとっては生活していく上での励みになったのかもしれませんが。

「歯科治療が済むまでは退院しません」と言い張る患者が病棟で続出し始めました。

金子氏らの著書は、摂食嚥下リハビリテーションを取り組む者にとってバイブルとなりましたが、内容は発達期を対象にしたものでした。筆者（植田）は摂食嚥下リハビリテーションの分野に脳卒中から入りましたので、温度差がありました。筆者の都リハ病院に勤務した9年間は、医師やコメディカルに指導や意見を請いながら、成人・高齢者の歯科的摂食嚥下リハビリテーションの構築に努めた月日であったようにも思います。

次号は歯科診療室における摂食機能療法の実際について紹介いたします。

連絡先

〒101-8310 東京都千代田区神田駿河台1-8-13
日本大学歯学部摂食機能療法学講座

参考文献

- 1) 金子芳洋, 向井美恵, 尾本和彦: 食べる機能の障害——その考え方とリハビリテーション——: 医歯薬出版(東京), 1987.
- 2) 金子芳洋: 本学会誌の創刊に際して. 日摂食嚥下リハ学会誌, 1(1): 1-2, 1997.
- 3) 藤島一郎: 脳卒中の摂食嚥下障害: 医歯薬出版(東京), 1993.
- 4) 植田耕一郎: 脳血管障害の口腔の疾患と補綴治療. 老年歯学, 16(3): 320-326, 2002.
- 5) 植田耕一郎: 脳卒中患者の口腔ケア 第2版: 医歯薬出版(東京), 2015.