

2. 食べられるかどうかの見極め ～家でもできる摂食・嚥下機能評価～

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 老化制御学系
口腔老化制御学講座 高齢者歯科学分野 准教授 戸原 玄



はじめに

食べられなくなったら適切な嚥下評価をして、必要に応じて胃ろうをつくり、リハビリで回復する、これは良い胃ろうの適応例と言えます。

筆者のこれまでの経験例では嚥下評価の結果から PEG を施行にいたり、その後のリハビリにて再び食べられるようになった人は少なくないです。

胃ろうの人に経口摂取再開のためのリハビリを開始する初回時に、誤嚥しないで食べる練習を始められるかを調べたところ、7割5分位の人が誤嚥しない方法を探すことが出来ました。胃ろうを造った後、どこに退院しているかを調べたところ、在宅と療養施設が多く、回復期リハビリ病院は1割に満たなかった。つまり訓練に関わるスタッフが豊富なところに胃瘻の患者が退院することは少なく、在宅、療養では本当に回復する人かないのかが判断されずに禁食になっているケースが多いと言えます。

胃ろうを造ってそのままというのではなく、効果が期待できる患者に対してはリハビリを行わなければならない。ただし、どのような患者にリハビリの適応があるのかを判断する“きっかけ”が必要となる。

例であるが、胃ろうの患者は必ず胃ろうの交換が必要になる。その際に嚥下の簡単な検査を行ったところ、1割から2割の患者が誤嚥なく嚥下できるという調査結果も得られた。このようなことを胃ろう交換時のチェック項目にすることが望まれます。

Q1. まだ寝たきりなのですが、食べられるかどうか、ベッドサイドで出来る簡単なテストはありますか？

Q1-1：嚥下評価のテストの前に何をしたらよいでしょうか

A・その患者さんに食べる条件が整っているかどうかの確認が重要です。

1. 目は覚めているか？

まったく目が覚めていない方（声をかけても、刺激しても目が覚めない人）は、仮に嚥下機能の評価が良さそうだとしても、食事をすることは現実的に難しいことが多い。

2. 栄養状態が悪くないか？

異常に痩せている状態では、体力も筋力も低下しているので、その状態での姿勢の保持や、リハビリテーションの実施は難しい。

例えば胃ろうから必要な栄養が摂れていて、簡単な刺激で覚醒でき、認知症等で会話のつじつまは合わなくてもきれいに声は出せ、唾をゴクンと飲んでいることも確認でき、常時、痰が出続けている状態ではなく、異常な頻脈や発熱等で起こすことができないほど悪くないということが大前提です。

ある程度条件を満たしていることが必要で、例えばその条件を全部満たしていないと嚥下に関する何のテストも出来ないと言うことではない。条件を満たしていた方が先に進みやすいということです。

Q1-2：誤嚥のテストと不顕性誤嚥のテストとはどのようなものでしょうか。

A・誤嚥のテストには、反復唾液嚥下テスト(RSST)、改訂水飲みテスト(MWST)などがあります。

家族でも安全に出来るテストに「RSST」(repetitive saliva swallowing test)があります。

このテストの方法は、喉仏を指で触って30秒、時間を計りながら「唾を飲んでください」と言って指示する(図1)。30秒で3回以上唾を飲めたら誤嚥の可能性は低いとされます。

このテストの良い所はすごく簡単で道具が要らないこと。弱点は意識障害とか認知症等の影響で「唾を飲んでください」という指示に従えないと実施できません。

その他に、改訂水飲みテスト(MWST: modified water swallow test)があります(図2)。

水飲みテストの結果が良くないことは以下の状態です。飲む反射自体が起こらないこと。むせてしまうか、むせなくても声がガラガラ声になる。ガラガラ声にならなくても、呼吸が変化する。例えば気管に入ってきても上手くむせられなくて呼吸が乱れるとか、息苦しさを訴えるとか、喘鳴があるとか、そう云うものがあたら誤嚥疑いと判定します。そういう所見がなく3回繰り返して3mlの水分を飲み込めた場合に誤嚥の可能性は低いと判定します。



図1：RSST

冷水3mlを口腔底に注ぎ嚥下を命じる
嚥下後反復嚥下を2回行わせる
評価基準が4点以上なら
最大2施行繰り返し、最も悪い場合を評点とする

評価基準

1. 嚥下なし、むせる and / or 呼吸切迫
2. 嚥下あり、呼吸切迫(Silent Aspirationの疑い)
3. 嚥下あり、呼吸良好、むせる and / or 湿性嘔声
4. 嚥下あり、呼吸良好、むせない
5. 4に加え、反復嚥下が30秒以内に2回可能



図2：改訂水飲みテスト

A・不顕性誤嚥のテスト。

不顕性誤嚥とは誤嚥しても、うまく「むせ」が起こらない人です。

不顕性誤嚥のテストには咳テストがあります（図3）。超音波式、もしくはメッシュ式ネブライザーにクエン酸を入れて口から吸わせ、それで「むせる」かどうかのテストである。吸わせ始めて30秒以内に1回でも咳が出たら不顕性誤嚥ではない可能性が高いと判定します。



図3：咳テスト

クエン酸は有水クエン酸と無水クエン酸があるが、有水クエン酸を使うようにしてください。生理食塩水に1%に溶いたものを使用します。

Q1-3：Spo2 で誤嚥の有無を判定できるのですか？また数値で言ったら何%とか言えますか。

A・なんともいえません。

過去には spo2 の数値が2以上低下すると誤嚥疑いとするなどという報告もありましたが、その後の論文では誤嚥したからといって spo2 は下がるものではなく、下がりやすい条件がある人が下がるとされています。つまり誤嚥のテストと云うより、本人の呼吸の状態の確認と云うのがよいでしょう。むしろ、spo2 が低下しやすい条件がないのに食事後に急激に低下するようであれば窒息を疑わないといけないかもしれません。

Q1-4：口を開ける力が嚥下に大事だと聞いたのですが？

飲む時は顎の方に喉仏を寄せますが、逆に口を開ける時は、ほぼ同じ筋肉を使って喉仏の方に顎を引き寄せているのです。“本気で”口を開けるトレーニングをしたら嚥下が改善したという報告があります（図4）。10秒間本気で口を開けて10秒間休むのを5回で1セットとして1日2セット（つまり1日100秒本気で口を開ける）訓練です。

では口を開ける力が何Kgを切ったらよくないのかについての研究は進行中なのですが、たとえば3キロを切るようだとかなり弱くなっているといえそうです。口を開ける力を簡単に測定する器具も開発されています（図5）



図 4：開口訓練



図 5：開口カトレーナー（リフト社）

Q1-5：嚥下機能の評価時に注意すべきことは

A・いつもより条件がよくない時は避けるのがよい。

大まかに体調が悪い時などはやらない方が良いでしょう。患者にとって良くない結果が出ることが多く、この時に出た結果は本来の機能を反映してないかもしれません。

Q1-6：本人が眠りがちですが、どのように嚥下機能評価をしたらよいでしょうか

A・例えば声をかけるとか、テストをする前しばらく起こしておいてから行うとか、細かい所では顔を拭くとか何か刺激を与えてからがよいでしょう。

それでも全然起きない時は何か原因があるかもしれません。中枢の問題で目が覚めない、脱水や低栄養の影響、また薬剤の影響があるかもしれません。その他、呼吸が悪いために目が覚めない場合もあります。

その他パーキンソン病の方では薬が効いている場合は目が覚めているが、利かなくなってきたら眠ってしまうこともあります。

意識の状態が悪い原因を特定することができたら、それを改善する方法をまず考えてから嚥下の評価をするべきです。

Q2 身体の状態が安定してきたので、食べられるかどうかの評価をしようと思います。どんな検査がありますか？

Q2-1：外来受診ができるための身体状況の目安は？

A・安全に移動できることでしょう。

安全に通院できて、安全に帰れることが最低限の条件です。といいますとハードルが高いような気がするかもしれませんが、普通の車椅子でなくリクライニングの車椅子で通院される方や、吸引器等も持って通院される方もいます。

ただし、移動方法と移動時間が負担が大きい場合には在宅で評価してもらう方法を考えるのがよいでしょう。

Q2-2：食べたいという意欲は、言葉以外にどのようなことでキャッチできるか？

A・反応が全く出ない場合は分からないが、家族が何か食べていたらそっちを見るとか、グルメ番組を見ていたら唾が出てきてゴクンと唾をのんでいるとか、食べ物に関する情報が入った時に何らかの反応があるかをみるのが良いと思います。

実は周りが気づいていないだけで、機能が残っているという場合もあるので、まずは危険でない範囲で様子を見ることが大事だと思います。

Q2-3：VFやVEというのは、どのような検査で何がわかるのか？

A・VFと云うのは日本語で嚥下造影と云う検査。VEは嚥下内視鏡と云う検査で、鼻から内視鏡を入れて咽頭部を見ながら上手く飲めるかを検査する。

大まかに云うと二つとも、実際誤嚥するか、しないか、喉に引っかかるか、引っかからないとか、上手く嚙める、嚙めないとか。後は喉の動きがどうかを見る検査です。いずれもよい検査ですが、それぞれに長所短所があります。細かいことをあげると色々ありますが、端的にいうとVFの方は食道の入り口とか食道の通過を見ることができるといいます。

VEの一番いい所は在宅などへ持って行って検査することが可能で、普通の食べ物を検査に使うことができます。

Q2-4：検査の際の危険は何でしょうか？

A・VFの場合はレントゲンなので被ばくがあるが、他（胃とか腸）の造影に比べて被ばく量は圧倒的に低い。ある報告では1/5から1/7くらいしか被ばくしないとされています。

A・VEの場合は鼻から入れるので鼻出血です。ある報告には0.3%位起こるとされますが慎重に行えばほぼ起こりません。

Q3 食べられるという先生と反対する先生がいます。食べたがっているのに、一口でも食べさせたいと思いますが、どうしたらいいのでしょうか？

Q3-1：今だけ食べられないのでしょうか？ この先もずっと食べられないのでしょうか？

A・全員に当てはまるわけではないが、ごく雑に云うと食べる練習が出来る、出来ないは体調が安定しているかどうかと、安全に飲むような口や喉の状態をもっているかどうかです。

体調はピンピンしているが、嚥下にとっても強い障害がでている人は直ぐ食べるのは難しいです。しかし体調が安定している人の良い所は、訓練を持続して結果が出るかを見ていけることにあります。逆に体調はやや不安定でも、嚥下の調子が食べられなくなるほど悪くない人は方針が悩ましいことがあります。その不安定さの度合いにもよりますが、少なくとも安全に食べられる条件を見つけて食べさせてみて異常が出ないかをトライしながら再評価するしかないと思います。

また、体調が不安定で嚥下機能も悪い、もしくは進行の早い進行性の疾患で嚥下も悪い時、どうするか。そういう方は、ほっておいても唾液を誤嚥して危ないので、まずは口とか喉のケアをして誤嚥性肺炎にならないような全身ケアを保った上で、体調が良くなってくるかをみるのが大事です。

コラム：別の視点

今日にも明日にもと、危ない場合、個人的には本人や家族の希望を最大限に受け入れる方策を考えます。極端に言うとその父親が今日明日で死にそうでゼイゼイしているが、酒を飲みたいと言ったらトロミもつけずに飲ませるかもしれません。こう言う場合は家族だけでなく、主治医、訪問看護とよく情報交換すべきです。何も食べずに細々と生きること自体は良いとか悪いとか他者に評価されるものではありません。一言でまとめるとしたら、残った人が後悔しない生き方を“考える”過程が大切だと思います。

例えば、全然食べられない重症の人が、練習をして少し食べれるようになり、肺炎等で亡くなられても、上手く食べるところまでは行かなかったが診てもらえて良かったと、後で連絡をいただけることは少なくありません。こう言うように思えるかどうか大事なのではないかと感じます。

胃ろうは良くないという昨今の報道には、過剰な印象があります。胃ろうを上手く使えてないことはいいことではないにしても、胃ろうのおかげで生きている人はたくさんいます。その胃痩自体が悪いと言われたら胃ろうを作った人のご家族がどう思うかを考えてから報道に至るべきでしょう。

Q3-2：食べたがっているのに食べさせないのはかわいそうな気がする。何がいけないのですか？

A・かわいそうという視点と危険かどうかという視点、その他実際の嚥下の状態を適切に判断されているかどうかなどの視点が混在しているので冷静に考える必要があるでしょう。

前に嚥下障害が悪かったので胃ろうのままになっているが実際には嚥下機能が改善していればのであれば食べることは可能でしょう。食べさせるかどうかの判断は、以前はともかく今の状態次第だと思います。ただし、その日の体調によって食べられたり、食べられなかったり、波がある場合にはそのあたりの評価も重要です。

しかし、本人の希望があるからといって、嚥下障害の方にいきなりアワビを食べさせる人はいないと思います。どれくらいなら安全に食べることができるのかを判断することが大事です。

Q3-3：経口摂取をさせたいのですが、否定的な意見をもつ先生も含めて、家族も一緒に話し合っ欲しいのですがなかなかうまくいきません。どうしたらよいでしょうか？

A・人の意見を変えたいとか、聞く耳を持って欲しい場合、理解してくれる人の場合は普通に話せば良いと思います。最初から理解してくれない時には説得してもうまくいかないことのほうが多い。その場合テストなり診断なりで、全く食べられない程の喉ではないと云う根拠をもってから相談すると良いと思います。

根拠が有って、食べられるかどうかを示せるかどうかであり、気持ちだけではトラブルになるかもしれません。

嚥下の訓練をする人は食べさせることが目的で行っていますが、体調管理する人は嚥下の訓練を行うために体調を管理しているわけではありません。そのため安全を考えて禁食という場合もあります。ただしここで考えなければいけないのは、禁食にしたら確実に安全なのか、さらには仮に安全であればそれでよいのかということころでしょう。

嚥下の機能評価を行った場合には、関連する方が皆で同じ情報を共有できるようにすることが大切です。できれば実際どうするのかも患者を目の前にして、その場で話し合えると良いでしょう。毎回でなくても初回だけでもそのような場が設けられると、その後の情報交換がとてもスムーズになると思います。

コラム：チームアプローチ

チームアプローチは色々な職種が揃わないとチームにならないと云う事ではありません。例えば歯科医師と歯科衛生士だけで嚥下リハを行っても足りないところがあるので、訪問看護師やご家族に嚥下の訓練をお願いするとか、足りないところをお互いに埋めるようにするとその患者にとってのチームが出来ていきます。

在宅を考えると通常関わっている職種が少ないので、職種を増やそうと最初から考えないようにして、今いる人材だけで何とか頑張れるかまず考え、足りない時に増やすことを考えるのが良いでしょう。人が多くなって、船頭が多すぎるのも良いとはいえません。