



歯科衛生士のための 摂食嚥下 リハビリテーション

第3版

公益社団法人 日本歯科衛生士会 監修
植田耕一郎 編集代表



Web
動画付



医歯薬出版株式会社

歯科衛生士と 摂食嚥下リハビリテーション

本章の 要点

歯科衛生士は、歯科予防処置、歯科診療の補助、歯科保健指導が3大業務であるが、摂食機能療法においては、実施者である。口腔や咽頭といった臓器をみる前に患者の生活を見ることが肝要である。そのためにはリハビリテーション医学の理念に基づいたアプローチが求められる。

I 歯科衛生士は摂食機能療法を実施する

1994年に医科、歯科同時に摂食機能療法が保険診療に収載された。これは、『歯科衛生士のための摂食嚥下リハビリテーション』（初版）の編集代表を務められた金子芳洋氏、本書基礎編2章Ⅱ摂食嚥下リハビリテーション総論を執筆された向井美恵氏らの功績によるところが大きい。障害児者の摂食機能障害に対して食べる機能のリハビリテーションを施すことで、丸のみをしていた者が咀嚼機能を獲得し味わいをもった食事をするようになり、さらには誤嚥や窒息を予防し生命予後にも好影響を与えるといった疫学的な立証が公に認められたのである。

歯科衛生士は、歯科医師の指示のもと多職種協働を旨とするものであり、「歯科衛生士は摂食機能療法を実施する」と『歯科点数表の解釈』に明記されている。摂食機能療法は歯科診療の補助に位置づけられているが摂食機能療法における歯科衛生士は実施者である。すなわち医学的診断を得てから、歯科衛生士は摂食機能を評価し（アセスメント）、摂食機能療法を施す。評価と実施を繰り返しながら効果のほどを確認し診療にあたる。実施する以上は、“責任”が生じることも認識しなくてはならない。

Ⅱ 生活を見る

近代西洋医学は、心臓、肝臓、脳など臓器単位で体系立てられている。しかし、リハビリテーションは臓器ではなく生活単位で1人の患者と対峙する。

たとえば、脳卒中後の右片麻痺（図I-1-1）に対して、どの臓器に問題がある

Ⅱ 咀嚼の評価と管理

1 咀嚼機能の評価法(歯科補綴学的な咀嚼の評価法)

1 摂食嚥下における咀嚼の位置づけ

「咀嚼 (mastication, chewing)」とは、食品の取り込みから、咬断あるいは粉碎、唾液との混和による食塊の形成、口腔から咽頭への搬送までの非常に複雑な過程を含んでおり、多くの器官が関与している。「摂食嚥下」における咀嚼の位置づけは、5期モデルにおける準備期ならびに口腔期、プロセスモデル¹⁾におけるステージⅠ移送 (stage Ⅰ transport), food processing, ステージⅡ移送 (stage Ⅱ transport) を含んでいる (図 I-5-9)。歯科職種が摂食嚥下リハビリテーションに参加する際には、この5期モデルやプロセスモデルに基づいて、咀嚼が不十分であった場合、どのような問題が起きるかを理解しておく必要がある (表 I-5-1)。

2 臨床における咀嚼の評価法

1. 咬合力検査

歯列または義歯を用いて噛みしめた場合に生じる圧の大きさ (最大咬合力) を

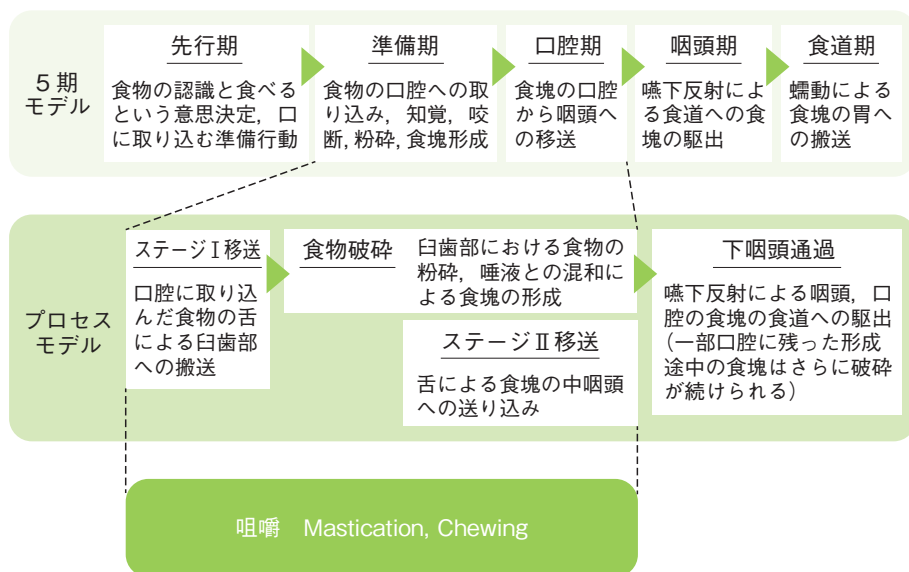


図 I-5-9 摂食嚥下の5期モデル、プロセスモデルと咀嚼の関係

摂食嚥下リハビリテーションの 実際

本章の 要点

歯科衛生士が実施する摂食嚥下障害の評価には患者の全身的な状態を把握するフィジカルアセスメントと摂食嚥下障害の初期評価として行われるスクリーニング検査がある。フィジカルアセスメントとスクリーニング検査の結果、摂食嚥下障害が疑われた場合に、必要に応じて精密検査を実施し確定診断を行う。歯科衛生士は、診断に基づき関連職種とともに指導内容、訓練の計画立案を行う。

摂食嚥下障害に対する訓練は、基礎訓練（間接訓練）と摂食訓練（直接訓練）に大別できる。到達目標を明確にし、訓練の実施に伴い評価を行いながら、随時訓練の変更や継続を検討する。

I スクリーニングテストと観察評価

1 発達期の摂食嚥下機能の評価

1 医療情報の聴取

1. 全身状態、生育歴（表Ⅱ-2-1）

全身状態を含めた生育歴、病歴について家族から詳細に聴取し、主治医からの診療情報提供書も参考にする。身体状況においては、服薬状況やアレルギーの確認を行う。また、出生時の状況は、現疾患とともに摂食嚥下障害の原因や経過を知るうえで重要な情報である。

粗大運動能、微細運動能（手指機能）、認知機能については、歯科でも評価が可能であると、その後の方針の立案に有用であるため、詳細を以下に示す。

1) 粗大運動能の評価（出生時の状況）

定型発達児の粗大運動能は、図Ⅱ-2-1に示す¹⁾ように顎定（顎すわり）、座位、つかまり立ちから独歩へと一定の順番で発達していく。口腔機能も哺乳から始まり、舌が前後から上下、左右の順序で発達し、左右に動き始めると咀嚼（すりつぶしの動き）の開始となる。粗大運動能と摂食機能との関連は深く、定型発達児では、顎がすわり、おすわりもできるようになってくる頃が離乳食の開始とな

Ⅲ 各病態に対する訓練法とその選択

CHAPTER

2

摂食嚥下リハビリテーションの実際

1 摂食嚥下障害に対する訓練

摂食嚥下障害は、「器質的原因」、「機能的要因」、「心理的原因」の3つの原因によって起こる。これらの原因のうち、訓練は主に機能的要因である摂食嚥下に必要な筋肉や神経に異常や障害をきたしている場合や、加齢によって筋力が低下している場合に実施される。

摂食嚥下障害に対する訓練は、大別して食物を用いない基礎訓練（間接訓練）と食物を用いる摂食訓練（直接訓練）に分けられる。いずれの訓練も摂食嚥下機能の獲得、維持・向上を目指すために実施するものである。

間接訓練は食物を用いないで行う訓練のため、基本的には安全であり、脳卒中などの急性期や重度の摂食嚥下障害患者に実施できる¹⁾。また、間接訓練は、現在経口摂取ができていない場合、経口摂取の可能性がある場合、経口摂取開始に向けての訓練としても実施できることから対象者は広範囲である。また、臨床現場では、直接訓練が開始されてからも間接訓練を併用して行うことがある。

一方、直接訓練は実際に食物を用いて行う訓練であるため、姿勢、食物の形態、介助方法など、極力誤嚥を予防する訓練の計画立案と指導を行わなければならない。そのために、姿勢、食物（水分を含む）の物性や形態、一口量、ペーシング、食器・食具、介助方法などを考慮して対象者の経口摂取に最適な条件を整えてから実施する。特に、嚥下訓練を実施するにあたっては、咀嚼や嚥下に必要な歯と咬合があるか、口腔内の衛生状態が清潔に保たれているかも誤嚥リスクの低下と訓練の効果を高めることにつながる。

（水上美樹）

COLUMN

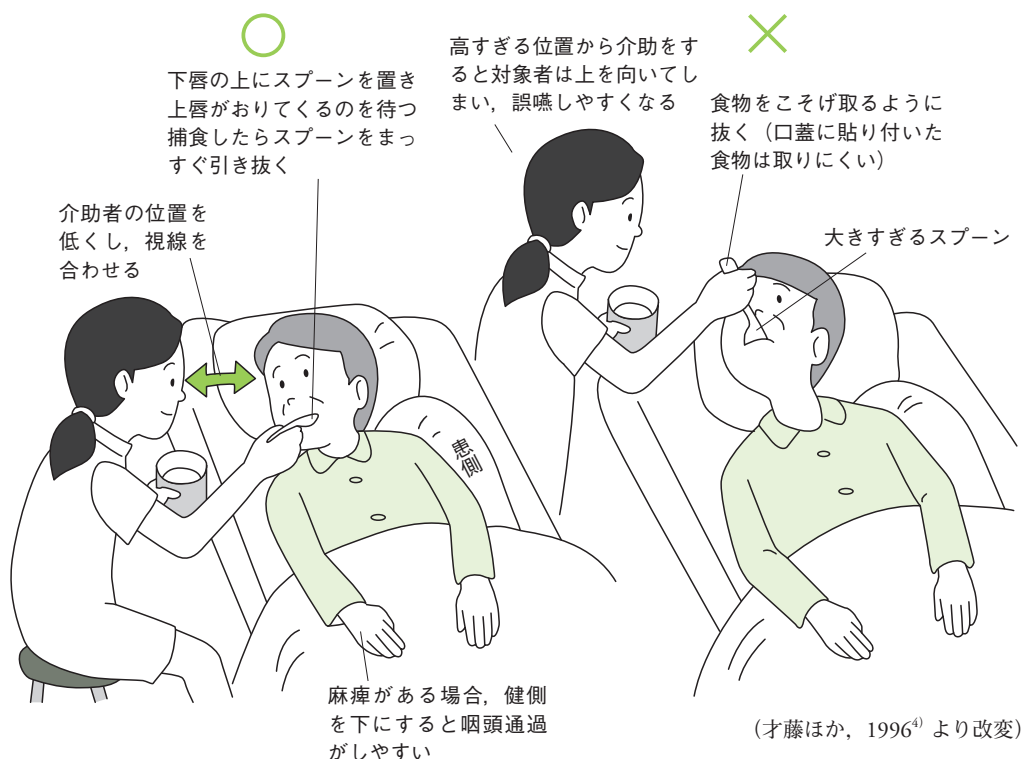
非侵襲的刺激による訓練

近年では、非侵襲的刺激による嚥下障害の訓練として、電気刺激療法や非侵襲的脳刺激法などが紹介されている²⁾。両者とも電気や磁気の刺激によって効果を期待するものであるが、まだエビデンスが乏しい部分もあり今後の報告に期待するものである。



ジェントルスティム[®]（電気刺激療法）

中できないことがあるため、音を消す、カーテンやパーテーションなどで仕切るなど、静かで集中できる環境に整えることが必要になる。テーブルの上に食事以外のものが置いてあると、誤って食べてしまうことやその物が気になり、食事に集中できないことがあるため、食事を意識させるような配膳、配置をする。食事がしやすい環境は対象者によって異なる。食事を苦しい訓練にしないためにも、対象者の思いや状況を把握し適切な食事環境を整える。



○ テーブルと患者の間の角度に注意

× 目線やスプーンの挿入方向に注意



図Ⅱ-2-65 食事介助時の注意

左：良い介助 右：悪い介助

（写真提供：新潟大学 井上誠教授のご厚意による）