



在宅生活に向けた摂食嚥下障害への対応

椿原 彰夫(つばはら あきお)

川崎医療福祉大学 学長

略 歴

昭和53年5月～55年3月
慶應義塾大学病院リハ科 研修医

昭和61年6月～62年6月
ワシントン大学に留学

昭和62年7月～63年12月
慶應義塾大学病院リハ科 医長

昭和64年1月～平成7年4月
慶應義塾大学月が瀬リハセンター
専任講師・医長

平成7年4月～現在
川崎医療福祉大学リハ学科 教授

平成12年4月～現在
川崎医科大学リハ医学教室 教授、
附属病院 部長

平成13年4月～平成21年3月
川崎医科大学附属病院 病院長補佐

平成16年4月～平成26年3月
川崎リハ学院 学院長

平成25年1月～現在
川崎医療福祉大学 学長

学会等

平成23年9月～平成27年9月
日本摂食・嚥下リハ学会 前理事長

平成24年6月～平成26年6月
日本リハ医学会 元副理事長

平成18年9月～現在
日本高次脳機能障害学会 理事

平成22年4月～現在
回復期リハ病棟協会 理事

平成22年1月～現在
日本ニューロリハ学会 世話人

平成24年7月～現在
日本リハ学校協会 会長

平成26年10月～現在
日本義肢装具学会 理事

賞 罰

日本リハ医学専門医会 第5回カレント
トピックス&レクチャー

Most Impressive Presentation 賞
受賞 平成5年10月

日本損害保険協会 特定課題研究助成
平成16年11月

「高齢者への安易な胃瘻造設に反対」という声を取り上げられてから、数年が経過した。2012年の日経メディカルの報告によると「胃瘻の造設、是非か」の調査で60%以上の人々が胃瘻の増設に反対と回答している。医療知識のない一般人に情報を与えることなく調査すれば、このような回答になることはやむを得ないかもしれない。しかし、現在、経管栄養となっている障害者に「摂食したいと願うか」の調査を行うとすれば、大半の人が「食べたい」と答えるに違いない。「胃瘻は無駄な延命治療」との考え方は、非常に危険な非倫理的な発想であることを医療者は知っている必要がある。

脳卒中の発症早期には、30%以上の患者に摂食嚥下障害を発症する。ストロークユニットを中心として、発症当日からの口腔ケアと摂食嚥下機能の評価、早期からの嚥下訓練(直接・間接)をはじめとする適切な介入によって、誤嚥性肺炎は5-8%に減少できる。嚥下調整食品でさえ摂食できない患者に対する栄養摂取は経管栄養に頼らざるを得ないが、1か月を超える持続的経鼻経管栄養は喉頭や食道に対する悪影響を惹起する危険性がある。脳卒中では10%前後の患者において1か月を超える摂食嚥下障害が残存するため、長期間の嚥下訓練が適応となる患者では間歇的経管栄養または胃瘻造設が選択される。集中的な回復期リハビリテーションによって、半数以上の患者が経管栄養不要となる。残りの患者においても、90%以上が少量の経口摂取の能力を獲得する。この現実を考慮すると、胃瘻を受けることなく死を迎えるという選択は、重大な過失であると理解できる。脳卒中以外の高齢者も同様で、摂食不能者に対する胃瘻適応外の判断は、長期間の重度意識障害に限定すべきであろう。

急性期～回復期の摂食嚥下リハビリテーションにとって大切なことは、医療専門職間の連携による適切なチーム医療の存在である。特に、職種横断的アプローチが重要で、相互に役割を補完することが不可欠である。口腔ケア、摂食嚥下機能の評価、機能訓練、段階的な嚥下調整食品と栄養管理が重要であるが、機能訓練は嚥下訓練のみでなく、身体的な筋力や持久力の向上が摂食嚥下機能の改善に繋がっていることを忘れてはならない。摂食嚥下機能の評価としては、嚥下造影や嚥下内視鏡が一般的であるが、最近では超音波や赤外線、口腔～咽頭の内圧測定、CT検査も報告されている。そして、Logemannの5期分類やPalmerのProcess Modelを理解して治療に当たることが重要である。

期間として最も長い生活期は、社会参加というキーワードを考慮すべき重要な時期である。地域包括ケアシステムを通じて、高いQOLが与えられる生活支援を検討しなければならない。胃瘻を使用しているも部分摂食を可能とし、ケア・カフェの利用や家族旅行の実現、等のために医療介護連携を促進することが求められている。