

# 摂食・嚥下障害医療の歴史と展望

小口和代 才藤栄一\*

IRYO Vol. 61 No. 2 (83-85) 2007

## 要旨

わが国における摂食・嚥下リハビリテーションは1990年代になって急速に発展し、1995年の日本摂食・嚥下リハビリテーション学会設立により加速された。会員数は直線的に増加し、2006年には5,000名を超え、内訳は、言語聴覚士、歯科医師、看護師、医師、栄養士、歯科衛生士などである。

摂食・嚥下障害患者は、嚥下の問題だけでなく食べること全体の問題を持っており、種々の場面で、さまざまな職種によるリハビリテーションチームにより対応される。その際チーム全体として学際的なチームワークが求められる。今後の課題は、標準的評価尺度の整備とそれを用いての治療効果の証明である。

キーワード 摂食・嚥下障害、リハビリテーション、言語聴覚士、学際的

嚥下 (swallowing, deglutition) とは「飲み込むこと」であり、つまり、食塊 (bolus) を口腔から胃へ送り込む一連の輸送運動である。ここで、食塊とは、咀嚼され飲み込みやすくなった一塊の食物を意味する。摂食 (ingestion, eating) とは「食べること」であり、人間の基本的な行為としての食物を摂取する行動をさす。嚥下障害 (dysphagia, swallowing disorder) は、文字どおりには、嚥下の障害、すなわち「飲み込みの障害」である。古くから嚥下障害を取り扱ってきた耳鼻咽喉科領域では、嚥下障害は飲み込みの障害であるという観点で議論されることが多い。一方、リハビリテーション医学では、嚥下障害をより広く「食べることの障害」、すなわち摂食の障害という観点で捉えることが有用になる<sup>1)-3)</sup>。つまり、活動 (activity) という観点を重視するリハビリテーション医学では、患者が個人としてできることと手助けが必要なことを区別して、そ

の改善や援助をはかることが重要になるため、食べるといふ行為全体を対象とする。ところで、摂食障害 (eating disorder) という用語は、神経性食思不振症など精神心理的障害を示す概念として定着している。そこで、食べる機能の障害をさす概念としては、しばしば、摂食・嚥下障害 (摂食嚥下障害) または摂食機能障害という用語が用いられる。後者は、医療保険制度上、摂食機能療法という項目が設けられたため馴染みのある用語となったが、食べる機能の障害の中核はやはり飲み込みの問題にあると考えられるため、摂食・嚥下障害という呼称が望ましい。

摂食・嚥下障害への包括的対応の歴史は比較的新しく、1980年代以降の出来事である。国内の摂食・嚥下障害医療に関連する主な出来事を表1に示す。1980年代初頭より耳鼻科領域で嚥下研究会 (現・日本嚥下医学会) が開催されるようになった。

刈谷豊田総合病院 リハビリテーション科 \*藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学講座 教授  
別刷請求先: 小口和代 刈谷豊田総合病院 リハビリテーション科 〒448-8505 刈谷市住吉町 5-15  
(平成18年 8月13日受付, 平成18年10月20日受理)

A Historical Review of Medical Treatment for Dysphagia Kazuyo Oguchi and Eiichi Saitoh\*

Key Words: dysphagia, rehabilitation, speech therapist, transdisciplinary

表1 日本の摂食・嚥下医療における主な出来事

1980年代	耳鼻科領域の嚥下研究会
1994	医療保険診療に摂食機能療法が新設
1995	日本摂食・嚥下リハビリテーション研究会設立
1996	日本摂食・嚥下リハビリテーション学会に移行
1999	言語聴覚士国家資格化
2005	摂食・嚥下認定看護師制度発足
2006	摂食機能療法の算定日数制限緩和

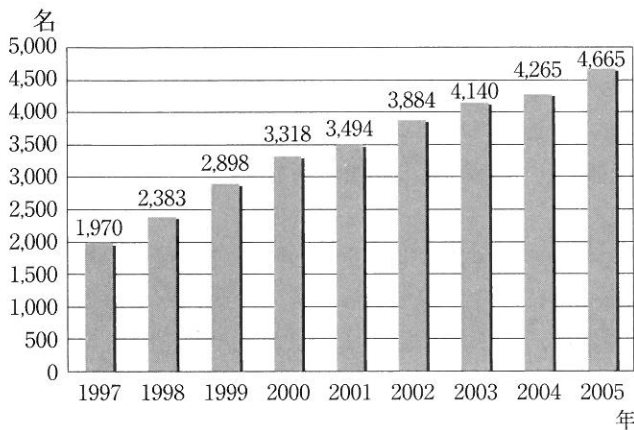


図1 日本摂食・嚥下リハ学会の会員数推移

リハビリ領域では1980年代半ばより臨床的検討が始まった<sup>4)</sup>。1994年の医療保険診療報酬改正において、医科と歯科の両者に「摂食機能療法」が新設された。歯科関係者の積極的関与はわが国特有のものである。1995年には学際的活動の必要性が強く意識されるようになり、「日本摂食・嚥下リハビリテーション研究会」が発足し、1996年より通年の活動をめざして「日本摂食・嚥下リハビリテーション学会」となった。1997年に通年活動を始めてからの会員数の推移は、図1のごとく急速な右肩上がりであり、当初1,970名であったものが2006年6月現在、2.6倍の5,059名を数えるようになった。

会員構成(図2)も多職種がバランスよく参加しており、とくに、近年の言語聴覚士の会員数1,765名(36%)は頼もしい(2006年6月現在、以下同じ)。1999年には言語聴覚士が国家資格となり、その国家試験科目には嚥下障害の項目が明記されている。また、歯科関係者の参加も明確で、歯科医師834名、歯科衛生士282名、歯科技工士6名の参加を得ている。看護師と医師の会員数はほぼ同数である(看護師563名、医師561名)。日本看護協会が2005年より摂食・嚥下障害認定看護師教育課程を開始

し、2006年7月、31名の認定看護師が誕生した。さらに2006年の診療報酬改定で摂食嚥下機能療法は月4回の算定制限が大幅に緩和され、治療開始から90日間算定可能となった。今後臨床での治療展開に新たな大きな波が生まれると期待される。医師561名の内訳(図3)では、リハビリ科が240名(44%)を占め、小児科、内科、耳鼻科、神経内科がそれぞれ約10%となっている。米国のDysphagia Research Societyではリハビリ科医師の参加はごくわずかであり、リハビリ科医師の参加がわが国の摂食・嚥下障害対応の特徴の1つとなっている。

摂食・嚥下障害患者は、とくに神経系の障害による場合には、嚥下の問題だけでなく食べることで全体的な問題を持っていることが多い。また、そのような人たちに対して、食事の仕方、食物の種類、食べ方

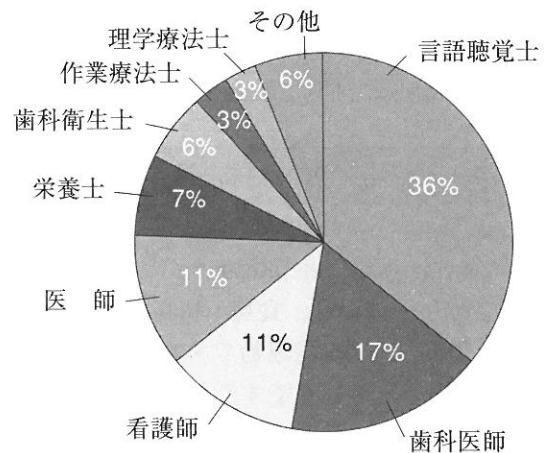


図2 日本摂食・嚥下リハ学会の会員構成

2006年6月時点の一般会員数5,059名の内職種不明136名を除いた4,923名

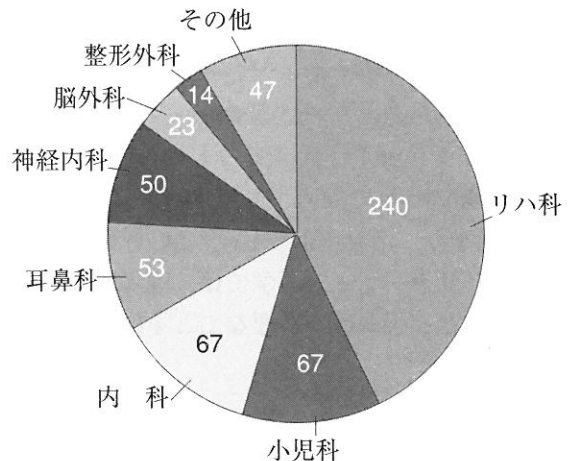


図3 日本摂食・嚥下リハ学会の医師会員構成  
2006年6月時点の医師会員数561名

の訓練, 補助的な栄養法, 歯科的管理などに気をつけると生活の改善が得られる場合も多い。そこで, 広く「食べ方の問題を扱う」という枠組みが必要になる。すなわち, 飲み込みの問題だけではなく食べる問題であること, 病院だけの問題ではなく施設やコミュニティの問題であること, 生命の安全性だけでなく生活の快適性の問題であること, ヒューマニティはもちろん重要であるが科学的に対処すべき問題であること, が視点として必要である。したがって, 医師, 歯科医師, 看護師, 言語聴覚士, 栄養士, 理学療法士, 作業療法士, 歯科衛生士など多くの医療関係者が関与すべき問題である。一方, 現状において, 摂食・嚥下障害の卒前教育はほとんどの職種で十分になされていない。

以上から考えて, 病院, 施設, 在宅など種々の場面で, また, さまざまな職種の組み合わせのリハビリテーションシステムが機能する必要がある。すなわち, 職種のさまざまな組み合わせ状況の中で, 患者の問題点に合わせて自らの役割を調整して, チーム全体として患者のニーズを満たすような学際的なチームワークが求められている<sup>5)</sup>。このような必要性は, リハビリテーション一般にもいえることだが, 摂食・嚥下障害では, 日常生活という「日常性」と誤嚥・窒息という生命に直結する医学的危険とが隣り合わせの状態にあるため, ことさら重要といえる。

また, 摂食・嚥下障害は, 疾患ではなく症候もしくは障害であるため, 現状では均一的なガイドラインは存在しない。一般には, スクリーニング検査や精密検査などを組み合わせて評価し, 1) 重症度を判定し, 2) 機能帰結を大まかに予測し, 3) 治療環境を考慮に入れて, 4) 対応しながら, 5) 再評価, という手順が取られている。その際, 考慮すべきは, 1) 重症度により扱える治療環境が規定されること, 2) 誤嚥, 誤嚥性肺炎, 脱水・低栄養の危険の勘案, 3) 併存するその他の障害の勘案, 4) 治療後の環境(退院先など)への配慮, 5) 患者・

家族のニーズへの配慮, などである。

現状において, 摂食・嚥下障害治療に関するEBM (evidence based medicine) については厳しい評価が下がっている。Cochrane Reviewにおいて, 急性期脳卒中における嚥下障害介入(経管法, 食事指導, 栄養法, 嚥下訓練, など)に関するレビューがBath PMWらによりなされており, 結論として「これらの研究はごくわずかで, 対象患者も少ない。栄養法の手段や導入時期, 嚥下訓練や薬剤の効果についてさらなる研究が望まれる」と述べている<sup>6)</sup>。

ただし, 摂食・嚥下障害が疾患ではないこと, 患者が多数の障害を併せ持っている場合が非常に多いこと, 関わるチーム形態が多様であること, 対照群を作ることが倫理上困難であることなどを考慮すると, RCT (randomized controlled trial) を中心とした統計的手法が適切な判断材料なのかという疑問も残る。今後標準的評価尺度を整備し, それを用いての治療効果の証明を検討する必要がある。

#### [文献]

- 1) Buchholz DW: What is dysphagia? *Dysphagia* 11: 23-24, 1996
- 2) 才藤栄一: 摂食・嚥下リハビリテーションのめざすもの. *日摂食嚥下リハ会誌* 1: 9-14, 1997
- 3) Steele CM, Greenwood C, Ens I et al: Mealtime difficulties in a home for the aged: not just dysphagia. *Dysphagia*. 12: 43-50, 1997
- 4) 才藤栄一: 摂食・嚥下障害のリハビリテーション. *リハビリテーション医学・医療白書*. 医学書院, 東京, p.219-227, 2003
- 5) 才藤栄一: リハビリテーション医学・医療総論. *日摂食嚥下リハ会誌* 5: 3-10, 2001
- 6) Bath PMW, Bath FJ, Smithard DG: Interventions for dysphagia in acute stroke (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.