

エディトリアル

# 国立病院機構 神経内科における 摂食・嚥下障害対策の現状

野崎 園子

IRYO Vol. 61 No. 2 (86-91) 2007

## 要旨

神経疾患の摂食・嚥下障害対策のゴールはよりよい栄養管理と食の楽しみであり、神経疾患の摂食・嚥下障害の病態はさまざまでその出現様式により対応が異なる。

2005年における国立病院機構神経内科の調査では摂食・嚥下障害に対する施設の取り組みについて、嚥下機能評価は37%の施設で、訓練は直接訓練は67%の施設、間接訓練は56%の施設、嚥下困難食は57%の施設で実施されていた。これらは2002年調査時よりも増加していた。他方で、病棟内での患者の食物窒息の実態も明らかになり、院内全体の啓蒙や患者・家族の早期教育の必要性が示された。

近年、栄養サポートチームの必要性や誤嚥防止術の有用性が認識され、摂食・嚥下対策における医療連携の必要性がますます高まっている。

今後の課題として、診療報酬上の整備、他科との連携を含む摂食・嚥下対策チーム体制の充実、機能評価・訓練体制の確立、地域医療との連携などが望まれる。

キーワード 神経疾患, 摂食・嚥下障害, 評価法, 対策, チーム医療

## はじめに

神経疾患の摂食・嚥下障害には、経過や病態の異なる疾患があり、一元的に論ずることはできない。摂食・嚥下障害が問題となる主な神経疾患は筋萎縮性側索硬化症 (ALS)、パーキンソン病 (PD)、進行性核上性麻痺 (PSP)、脊髄小脳変性症 (SCD)、重症筋無力症 (MG)、多発性硬化症 (MS) などである。

一般に、神経疾患の摂食・嚥下障害は、慢性に経過する場合や進行性である場合が多く、日本や米国の神経学会治療ガイドラインにその対策は挙げられ

ているものの、これまでの医療では、重症化した摂食・嚥下障害患者への経管栄養・誤嚥防止術などの対応、肺炎や窒息予防などのリスク管理が主流であった<sup>1)~4)</sup>。

しかし、基本的には他の疾患と同様に積極的介入が必要であり、近年、介入の有用性についても、検討されてきている<sup>5)6)</sup>。摂食・嚥下障害対策のゴールはよりよい栄養管理と食の楽しみである。

まず、神経疾患を摂食・嚥下障害の出現様式別に、その病態や対策の概略を以下に述べる。

国立病院機構徳島病院 臨床研究部/神経内科  
別冊請求先: 野崎園子 国立病院機構徳島病院 臨床研究部/神経内科 〒776-8585 徳島県吉野川市鴨島町敷地1354  
(平成18年8月2日受付, 平成18年10月20日受理)

Current State of Management of Dysphagia in Patients with Neurological Disorders in the Department of Neurology in National Hospital Organization Sonoko Nozaki

Key Words: neurological disorders, dysphagia, evaluation, management, team medical care

神経疾患の嚥下障害の出現様式  
による分類と対策 (表1)

1) 急速に進行するタイプ

早期から栄養評価・嚥下評価を行う。次におこる障害を予測して、補助栄養や経皮内視鏡的胃瘻造設 (PEG)、呼吸管理の併用、誤嚥防止術などの対策をたて、患者・家族の理解と受容を援助するとともに、安全で楽しめる食生活をめざす。ただし、呼吸不全に対する呼吸管理などは希望しない場合もあり、患者の意思に沿うよう配慮する。また、嚥下障害の進行を受容できないことも多く、メンタルケアも重要となる。

2) 緩徐に進行するタイプ

患者側に摂食・嚥下障害の病識が乏しいことが多く<sup>7)</sup>、またうつ症状や認知障害をとともなうこともある。患者の理解と受容を助けることが第一歩である。また、嚥下訓練により摂食・嚥下機能を最大限に引き出す努力が必要である。一方、嚥下困難食を長期に継続できるよう、メニューの工夫や調理法の指導など介助者へのサポートが重要である。さらに、長期化にとともなう肺炎や栄養障害、経腸栄養剤による合併症への対策を行う<sup>8)9)</sup>。

3) 嚥下障害が変動するタイプ

嚥下障害が変動するタイプでは悪化時の誤嚥防止対策と寛解時の嚥下機能の再評価がポイントである。

つまり、悪化時にはむしろ一時経口摂取を中止し、経管栄養法を行うなど誤嚥のリスクを減らし、早期寛解を促す。その後、嚥下機能検査による再評価を行い、経管栄養の継続の可否や嚥下訓練の再開を決定する。

以上のように、いずれの場合も、摂食・嚥下障害への積極的な取り組みが、患者の摂食・嚥下能力を最大限に引き出すことは、他の疾患と同様である。

ALSとパーキンソン病の具体的な病態や対策については、別項で述べる。

私たちは、2002年と2005年に慢性期神経疾患を政策医療としている施設 (厚生労働省 精神・神経疾患研究委託費 政策医療ネットワークを基盤にした神経疾患の総合的研究班：湯浅龍彦班 班員施設) に対して文書による調査を行い、その実態と問題点について検討した<sup>10)</sup>。

神経疾患の摂食・嚥下障害の実態

調査時 (2002年11月現在) 神経内科病棟に入院中の患者

ALS401名, PD378名, PSP70名, SCD325名, MG34名, 急性期脳血管障害 (CVD (A)) 54名, 慢性期脳血管障害 (CVD (C)) 253名について、以下の病態についての (各疾患の患者数を母数とする) 各疾患内での割合を調査した。

表1 神経筋疾患の嚥下障害の出現様式による分類と対策

出現様式	疾患	対策
急速に進行するタイプ	ALSなど	早期から栄養評価・嚥下評価を行う。次におこる障害を予測して対策をたて、患者・家族の理解と受容を援助するとともに、安全で楽しめる食生活をめざす。嚥下障害の進行を受容できないことも多く、メンタルケアも重要となる。
緩徐に進行するタイプ	筋ジストロフィー、パーキンソン病関連疾患、SCDなど	患者側に摂食・嚥下障害の病識が乏しいことが多く、またうつ症状や認知障害をとともなうこともある。また、嚥下訓練により摂食・嚥下機能を最大限に引き出す努力が必要である。長期化に備え、家人へのサポート、栄養障害や経腸栄養の合併症への対策も重要である。
嚥下障害が変動するタイプ	wearing off や on-off のあるPD, MG, MS など	悪化時の誤嚥のリスクを減らし、早期寛解を促す。寛解時には嚥下機能の評価を行い、経腸栄養継続の適否や経口摂取再開の時期を決定する。

ALS: 筋萎縮性側索硬化症患者 PD: パーキンソン病 SCD: 脊髄小脳変性症 MG: 重症筋無力症 MS: 多発性硬化症

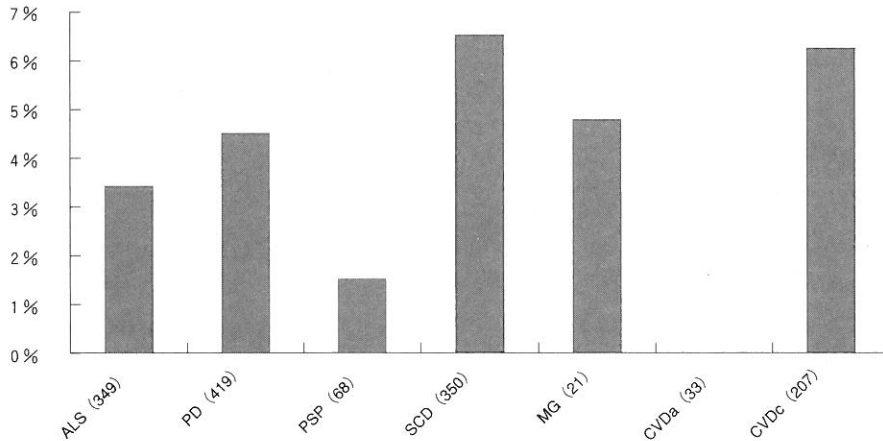


図1 神経内科病棟に入院中の各疾患総数（括弧内）に対する誤嚥性肺炎患者の割合（2002年11月）  
筋萎縮性側索硬化症（ALS）、パーキンソン病（PD）、進行性核上性麻痺（PSP）、脊髄小脳変性症（SCD（MSA,SDSを含む））、重症筋無力症（MG）、急性期脳血管障害（CVD（A））、慢性期脳血管障害（CVD（C））

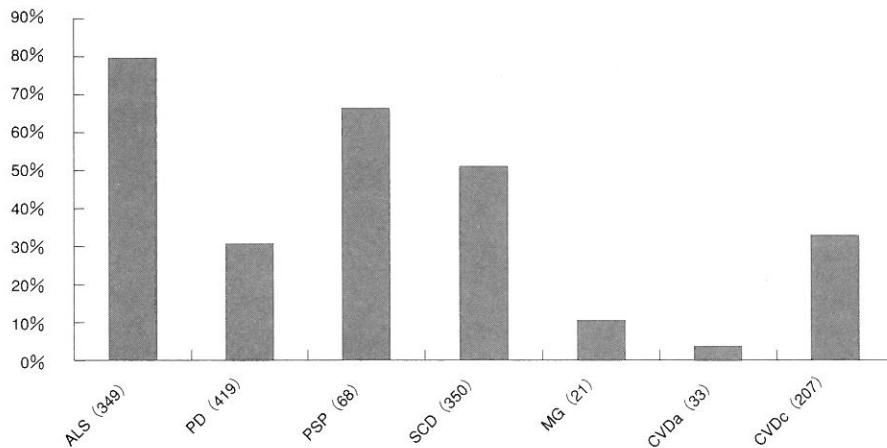


図2 神経内科病棟に入院中の各疾患総数（括弧内）に対する経管栄養（経鼻・経口経管、胃瘻）の割合（2002年11月）  
筋萎縮性側索硬化症（ALS）、パーキンソン病（PD）、進行性核上性麻痺（PSP）、脊髄小脳変性症（SCD（MSA,SDSを含む））、重症筋無力症（MG）、急性期脳血管障害（CVD（A））、慢性期脳血管障害（CVD（C））

1) 調査時、誤嚥性肺炎を発症している患者の割合（図1）

ALS 3%、PD 5%、PSP 1%、SCD 7%、MG 5%、CVD（A）0%、CVD（C）6%で、神経難病の患者の5%前後が誤嚥性肺炎発症していた。

2) 経管栄養を受けている患者の割合（図2）

ALS80%、PD31%、PSP66%、SCD51%、MG 10%、CVD（A）3%、CVD（C）33%であり、神経内科病棟に入院中の経管栄養による栄養管理下にある患者が、疾患によって30-80%存在していた。

また、2005年の調査において、14施設で病棟における食物窒息の経験があった。

これらの患者が、漫然と経管栄養を続けていないか、誤嚥性肺炎など嚥下不能に陥った後に摂食・嚥下機能の再評価がなされているか、摂食・嚥下訓練が積極的に行われているか、経管栄養が主栄養であっても、“口から食べる楽しみ”を維持する努力がなされているかという観点から、以下の調査を行った。

### 神経疾患の摂食・嚥下障害対策

国立病院機構（旧国立療養所）神経内科病棟の摂食・嚥下障害の評価体制および患者への説明実施状況について、2002年11月と2005年6月のデータを表2に示す。

医師が中心となって、摂食・嚥下障害についての説明を行っているが、評価までは関与できていないこと、言語聴覚士や栄養士の患者への関与が少ないことがうかがえる。

しかし、具体的な取り組みとしては、2002年の調査結果と2005年の調査結果とを比較すると、嚥下造影 Videofluorography (VF) 実施は21→26施設と増加、直接訓練、間接訓練、誤嚥防止術はそれぞれ23→25施設、17→21施設、7→9施設と増加していた（図3、図4）。

### 在宅療養支援としての問題点

退院後の在宅療養支援として、摂食・嚥下障害対策に関して地域医療部門との連携していく上の問題点としては在宅療養支援の体制や緊急時の連携が整備されていない、介護職が気管切開患者の喀痰吸引や胃瘻の管理ができないなどの点が挙げられた。

### 国立病院機構の神経内科において摂食・嚥下障害に対する医療環境を整備する上で改善すべき問題点

マンパワーの不足、言語聴覚士などの専門スタッフの不足、摂食・嚥下チーム体制の整備、多職種における知識、技術および経験の標準化が難しいことなどが挙げられた。

神経疾患の摂食・嚥下障害対策はこの3年間に少しずつ普及してきたと思われる。

他方で、病棟内での患者の食物窒息の実態も明らかになり、院内全体の啓蒙や患者・家族の早期教育の必要性が示された。

近年、栄養サポートチームの必要性が認識され<sup>11)</sup>、神経内科の領域でもその活動の輪が広がってきている。

また、誤嚥防止術の有用性が認められつつあり<sup>12)</sup>、他の診療科との連携の必要性がますます高まっている。

国立病院機構では医師不足や異動により、一度構築された連携が崩れやすいという現状がある。

摂食・嚥下障害対策においては、チーム医療のシステムが構築され、人事異動があっても変わりなく稼働していくのが本来の姿である。

そのためには、チーム医療体制の確立と摂食・嚥

表2 神経内科病棟の摂食・嚥下障害の評価体制および患者への説明実施状況

	2002年 (回答36施設)	2005年 (回答37施設)
「摂食・嚥下障害の評価法」の整備がある施設	13	14
「摂食・嚥下障害の評価法」の実施者 (複数回答)	医師	13
	言語聴覚士	5
	看護師	4
	その他	3
「摂食・嚥下障害についての説明」を実施している施設	26	30
「摂食・嚥下障害についての説明」の実施者 (複数回答)	医師	29
	歯科医師	0
	看護師	7
	歯科衛生士	0
	言語聴覚士	7
	理学療法士	1
	作業療法士	1
	栄養士	5
	保育士	0
その他	0	

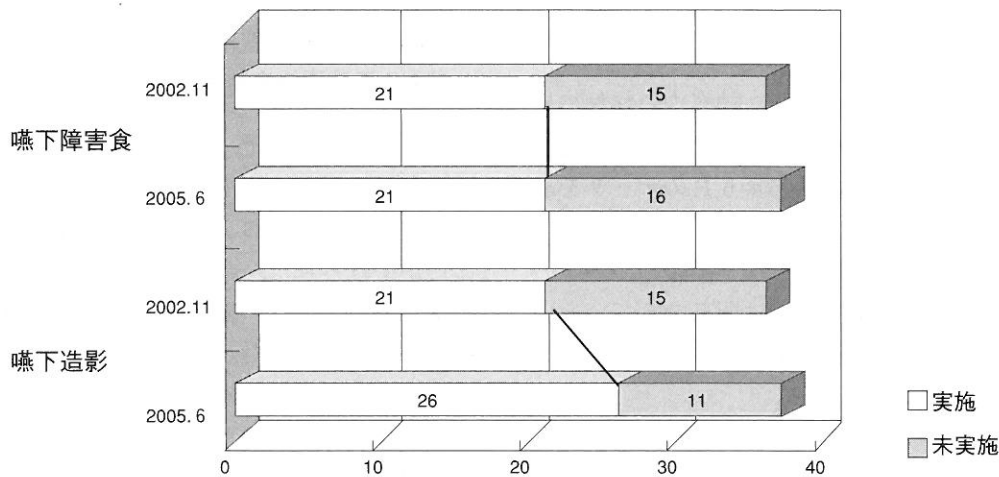


図3 厚生労働省 精神・神経疾患研究委託費 神経疾患臨床研究班班員施設における嚥下食，嚥下造影の実施状況（2002年11月，2005年6月）

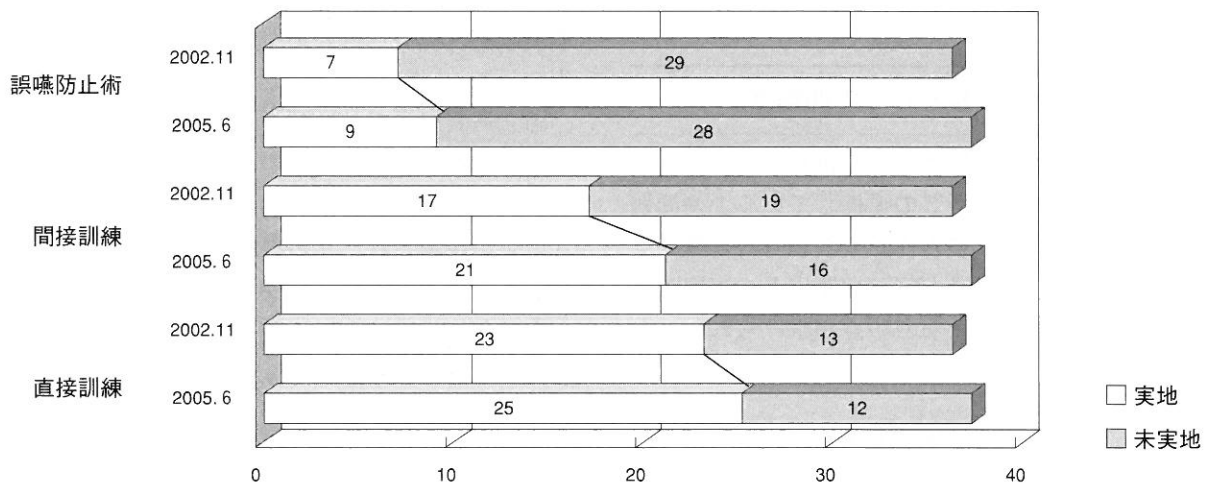


図4 厚生労働省 精神・神経疾患研究委託費 神経疾患臨床研究班班員施設における誤嚥防止術（喉頭摘出など），間接訓練（咽頭アイスマッサージ，口腔内・舌の運動，嚥下筋の強化など），直接訓練（摂食場面での姿勢やのみこみかたなど），の実施状況（2002年11月，2005年6月）

下障害対策について診療報酬請求が可能であることが不可欠である。

治療に不可欠な嚥下障害食の特別食加算や栄養指導などについて診療報酬請求が認められていない現状では，病院経営の立場から，嚥下障害食を推進することは困難となってしまう。

また，嚥下造影の造影剤については，スクリーニングでは予測できないバリウム誤嚥がおり得るため，時に血管造影剤を用いることが必要となるが，前述の湯浅班の調査によれば，血管造影剤の保険適用が認められているのはわずか4施設であった<sup>13)</sup>。

一方では，2006年4月の診療報酬改訂で，摂食機

能訓練について開始後3カ月間は毎日算定することが可能となるなど，少しずつ認知されつつ点もある。しかし，長期に経過する神経疾患では，その後は月4回しか請求できない。

このように，摂食・嚥下障害対策をとりまく医療経済上の環境は，厳しいものがある。

慢性期神経疾患の摂食・嚥下障害対策のチーム医療では，そのリーダーは患者と全人的関わりをもつ主治医（神経内科医）であるべきである。そのためには，多忙な医師が日常診療の中で関わりやすいよう，効率的な体制作りが望まれる。そのことにより，他の診療科医師・歯科医師・看護師・歯科衛生士・

言語聴覚士・理学療法士・作業療法士・栄養士・調理師・薬剤師・心理療法士・指導員・保育士などとの連携も円滑になり、効率的かつ燃え尽きないチーム医療が可能になると思われる。

摂食・嚥下障害の対策，とくに慢性神経疾患については，ようやく積極的に取り組みはじめられたといってもよい。厚生労働省 精神・神経疾患研究委託費 神経疾患臨床研究班や筋ジストロフィー研究班の支援のもと，日本神経・筋疾患 摂食・嚥下・栄養研究会（JSDNNM）も発足し，今後，臨床レベルでのデータの積み重ねと多職種間の知識と医療レベルの標準化が望まれる。

---

[文献]

- 1) 日本神経学会 治療ガイドライン ALS 治療ガイドライン2002. 臨神経 42 : 669-719, 2002
- 2) Millwer RG, Rosenberg JA, Gelinas DF et al : Practice parameter: The care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis (an evidence-based review). Neurology 52 : 1311-1323, 1999
- 3) 日本神経学会治療ガイドライン Ad Hoc 委員会 : 日本神経学会治療ガイドライン パーキンソン病治療ガイドライン 2002 臨神経 42 : 421-494, 2002
- 4) Olanow CW, Koller WC: An algorithm (decision tree) for the management of Parkinson's disease: Treatment guidelines. Neurology 56 (S5) : S1-S88, 2001
- 5) 藤井正吾, 市原典子, 三好まみほか : ALS の嚥下障害の特徴と治療効果に関する研究. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 「政策医療ネットワークを基盤にした神経疾患の総合的研究」平成15年度—平成17年度 総括研究報告書, p. 98-99, 2006
- 6) Nagaya M, Kachi T, Yamada T :Effect of swallowing training on swallowing disorders in Parkinson's disease. Scand J Rehab Med 32 : 11-15, 2000
- 7) Bird MR, Woodward MC, Gibson EM et al: Asymptomatic swallowing disorders in elderly patients with Parkinson's disease.: a description of findings on clinical examination and video-fluoroscopy in sixteen patients.Age Ageing 23 : 251-254, 1994
- 8) 後藤勝政 : 神経難病患者の長期経管栄養における問題点の研究. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「政策医療ネットワークを基盤にした神経疾患の総合的研究」平成15年度—平成17年度 総括研究報告書, p. 107-109, 2006
- 9) 野崎園子 : 神経疾患における摂食・嚥下障害への介入に関する研究. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「政策医療ネットワークを基盤にした神経疾患の総合的研究」平成15年度—平成17年度 総括研究報告書, p. 116-118, 2006
- 10) 野崎園子, 市原典子, 湯浅龍彦 : 神経難病患者の摂食・嚥下障害対策—国立病院・療養所神経難病棟における現状と問題点—. 医療 57 : 610-614, 2003
- 11) 沖野惣一, 小竹泰子, 柳瀬大亮ほか : 神経難病における長期栄養管理に関する研究. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「政策医療ネットワークを基盤にした神経疾患の総合的研究」平成15年度—平成17年度 総括研究報告書, p. 60-63, 2006
- 12) 箕田修治, 山口喜久雄, 今村重洋ほか : 神経難病患者の嚥下障害に対する喉頭気管分離術／気管食道吻合術—有用性と適応基準—. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「政策医療ネットワークを基盤にした神経疾患の総合的研究」平成15年度—平成17年度 総括研究報告書, p. 104-106, 2006
- 13) 野崎園子, 神野 進 : バリウム誤嚥の2症例—胸部エックス線写真の長期追跡—. 医療 60 : 267-271, 2006