

がん医療における言語聴覚士の役割

四釜 淳子

IRYO Vol. 63 No. 3 (176-180) 2009

要旨

がん医療において言語聴覚士がかかわるのは主に口腔・舌中咽頭がん、および脳腫瘍など神経疾患による構音障害、音声障害、失語症といったコミュニケーションに関する問題と、摂食・嚥下に関する問題である。言語聴覚士は機能評価し、代償手段も含め摂食・嚥下とコミュニケーション手段の確保の援助を行う。しかし、がん患者はがんと診断されてから生命予後や再発への不安、治療過程での副作用など機能面だけでなく、精神・心理面での問題を抱えている。

会話によるコミュニケーションを行い、口から食べられることは患者の日常生活のQOLを高めることに大きく影響する。言語聴覚士が、がん医療の各病期にわたり患者のQOL向上の援助を行うためには多職種との連携が不可欠である。

キーワード がん, 摂食・嚥下障害, QOL, 言語聴覚療法

はじめに

言語聴覚療法は医療・福祉・教育それぞれの領域で言語療法士、言語訓練士等の名称で行われてきたが、言語聴覚士としての身分法は1997（平成9）年に成立した。2008（平成20）年9月現在で全国の有資格者数は14,000人を超えた。しかし、がんに対するリハビリテーションにかかわる言語聴覚士はまだ少ない。

言語療法の対象となるがん患者は主に頭頸部がんや、脳腫瘍等にもなう神経症状など機能損傷である。本稿では、がんの種類、病巣、各病期、治療による副作用や後遺症によりさまざまな症状を呈し、機能障害のみでなく、生命予後や再発に対する精

神・心理的不安や恐怖をもつがん患者に対し言語聴覚士の果たす役割と、患者の抱える問題、多職種によるチーム連携についてもふれる。

言語聴覚療法の対象

言語聴覚士は言語臨床の場においてSpeech (voice+articulation), Language, Hearingの障害に加えて摂食・嚥下障害の訓練に携わっている。その中で言語療法の対象になるのは主に頭頸部がんや脳腫瘍等にもなう神経症状などによる機能損傷である。口唇、舌、口腔底、硬・軟口蓋、咽頭、下顎などの口構音器官が話すこと、食べることに共通していることから外科的治療、放射線治療後の口腔・

労働者健康福祉機構大阪労災病院 リハビリテーション科
別刷請求先：四釜淳子 労働者健康福祉機構大阪労災病院 リハビリテーション科
〒591-8025 大阪府堺市北区長曾根町1179-3

（平成20年10月7日受付，平成21年3月13日受理）

Role of the Speech Therapist in Charge of Team Approach in Cancer Treatment
Junko Shikama, Osaka Rosai Hospital

Key Words: cancer, dysphagia, QOL, speech therapy

中咽頭がんの患者は構音障害、摂食・嚥下障害が大きな問題となる。また、脳腫瘍の場合も腫瘍の脳実質への圧迫や外科的治療、放射線療法によって失語症などの障害をきたす場合がある。

言語聴覚士のかかわり

言語聴覚士がかかわるのは主に構音障害、音声障害、失語症といった音声言語コミュニケーションの問題と摂食・嚥下の問題である。

治療にあたっては、がん患者は状態が日単位で変わり体力の消耗も強く、患者の負担にならないよう配慮して取り組むことが大切で、状態の変化に合わせて取り組みの方法や時間を検討していくことが必要である。目標も、非進行性の疾患とは異なり、患者や家族の要望に合わせて短期間で達成できる目標を設定しスタッフ間で情報交換しながら進めていく。この場合リハビリテーションは次の4つに分類できる¹⁾。

1. 予防的リハビリテーション：病期の進展や侵襲的治療で予測される障害を予防する。
2. 回復的リハビリテーション：治療や寛解の状態に残存する障害を軽減する。
3. 支持的リハビリテーション：寛解あるいは再発・再燃期に精神機能を維持する。
4. 緩和的リハビリテーション：著しい消耗状態や死期が近い場合に苦痛を最小限にする。

1. コミュニケーションに対して

1) 評価

- ①構音障害・音声障害：発声・発話器官の機能検査と観察
- ②失語症：話す・聞く・読む・書く、それぞれの言語機能検査

これらの機能面の評価とともに実際に家族や周りの医療スタッフとコミュニケーションが取れているのか、コミュニケーション方法はどのようにしているのか、そのコミュニケーション方法は適切か、などの情報収集とその評価も必要である。

2) 取り組み

音声障害、構音障害、失語症に対し発声、会話の明瞭度の改善や言語機能の改善に取り組む。一側性喉頭麻痺による音声訓練では現疾患の治療の緊急性がなく、音声訓練可能であれば、声門閉鎖不全に対して①プッシング法②甲状軟骨側板を中指で圧迫す

る指圧法などが適応となる。また声門閉鎖不全は誤嚥の要因にもなるため、嚥下訓練も必要となる。嚥下訓練については後に述べる。これらの機能訓練を行うとともに文字盤、コミュニケーションボード、コミュニケーションノート、人工喉頭などの代替手段を早期より導入し、より円滑なコミュニケーションを図ることが大切であり、ボードやノートも患者の状態に合わせて大きさ・文字数など工夫していく必要がある。

また、患者や家族、さらには医療スタッフにも負担が少なく、コミュニケーション意欲を引き出す働きかけを心がけるよう援助することも必要である。

2. 摂食・嚥下に対して

1) 評価

評価は①認知機能②口腔器官の状態の観察③嚥下機能の検査について行う。放射線療法では唾液の分泌にともなう口腔乾燥がおこり出血や炎症、痛みをおこす。一方外科的治療では切除による組織欠損のみでなく、筋や支配神経の合併切除、瘢痕化や関節拘縮により運動障害をきたす場合がある。嚥下機能検査は反復唾液嚥下テスト(表1)、改訂版水のみテスト(表2)、頸部聴診(表3)、水飲みテスト(表4)を行う。この際、耳鼻咽喉科医等の協力のもと、喉頭ファイバーでの嚥下機能評価が望ましい。ビデオ嚥下造影検査など患者の体力などから行うことが難しい場合があり、ベッドサイドでの臨床評価と実際の食事場面の観察などから嚥下の状態を把握し、患者の負担をできる限り少なくするよう配慮する。

2) 取り組み

安全にかつ楽に食べられるよう、姿勢、食形態、一口量の調整や代償的な嚥下法などのアドバイスを行う。体力などを考慮し可能であれば口腔器官や頸部の運動、アイスマッサージなども行う。代償法の例として一側性の喉頭麻痺の場合は、声門閉鎖不全のため食物が気管に入ることを防止するための息こらえ嚥下を行う。舌切除後では食物が健側口腔内を通るよう健側に頭部側屈する傾き嚥下を行う。

また、口腔・中咽頭がんの外科的治療後は歯科補綴的アプローチも適応される。これは外科的治療後の構音、咀嚼・嚥下機能の回復、訓練には欠損した部分と機能障害に対応した補綴が必要となるため、言語聴覚士は耳鼻咽喉科医、頭頸部外科医や歯科補綴医との連携、情報提供などが大切となる。

表1 反復唾液嚥下テスト
(RSST : Repetitive Saliva Swallowing Test)

1. 手技
 - ・ 頸部をやや前屈させた座位姿勢を基本姿勢（リクライニング位でも可）とする
 - ・ 喉頭隆起および舌骨部に指腹を当て、唾液を連続して嚥下するよう指示する
 - ・ 喉頭隆起および舌骨は嚥下運動に伴い指腹を乗り越え、前上方に移動し、元の位置に戻る
 - ・ この運動を30秒間観察して、触診で確認できた嚥下回数を観察値とする
2. 判定
 - ・ 30秒間に嚥下回数3回がスクリーニング値の目安とされている
 - ・ silent aspiration については判断できないので注意する

表2 改訂版水飲みテスト
(MWST : Modified Water Swallow Test)

1. 手技
 - 冷水3mlを口腔前庭に注ぎ嚥下を命じる。もし可能なら追加して嚥下運動をさせる。最も悪い嚥下活動を評価する。評価基準が4点以上ならば最大2試行（合計3試行）を繰り返し、最も悪い場合を評価として記載する（食物物性、体位を工夫した場合は記載必要）
2. 判定基準
 - 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、追加嚥下運動が30秒以内に2回可能

表3 頸部聴診法

1. 手技
 - 1) 口腔内および咽頭内の唾液や痰をできるだけ咯出させる
 - 2) 澄んだ呼吸音を出せるのを確認した後、液体または粘度の低い液体を患者の能力に応じて少量（1～5ml）口腔内に保持させる
 - 3) 聴診器を外側皮膚下に当て、いつものように嚥下するよう指示する
 - 4) 嚥下音を聴取する
 - 5) 直後に呼吸をさせ、呼吸音を聴取する
2. 判定
 - 1) 正常：呼吸音がいったん停止された後、力強い嚥下1回、引き続いて澄んだ呼吸音
 - 2) 問題あり：嚥下音が長い、または弱い、複数回の嚥下音
⇒咽頭収縮の減弱、喉頭挙上障害、食道入口部弛緩障害の疑い
泡立ち音、むせ
⇒誤嚥の疑い
嚥下直後の呼吸音に湿声、うがい音、液体の振動音
⇒誤嚥または咽頭残留の疑い

表4 水飲みテスト

1. 手技
 - 常温の水30mlを注いだ薬杯を椅座位の状態にある患者の健手に手渡し、「この水をいつものように飲んでください」という。水を飲み終わるまでの時間、プロフィール、エピソードを測定、観察する
2. プロフィール
 1. 1回でむせなく飲むことができる
 2. 2回以上に分けるが、むせることなく飲むことができる
 3. 1回で飲むことができるが、むせることがある
 4. 2回以上に分けて飲むにもかかわらず、むせることがある
 5. むせることがしばしばで、全量飲むことが困難
3. エピソード
 1. すするよな飲み方、含むような飲み方
 2. 口唇からの水の流出
 3. 途中で飲むのをやめてしまう
 4. むせながらも無理に動作を続けようとする傾向
 5. 注意深い飲み方 など
4. 診断
 1. プロフィール1で5秒以内：正常範囲
 2. プロフィール1で5秒以上、プロフィール2：疑い
 3. プロフィール3, 4, 5：異常

3. その他の問題

摂食・嚥下の問題、コミュニケーションの機能面の問題とともに①食形態の制限、気管切開や経管栄養による社会生活の制限②外科手術による顔面・頸部・上肢の欠損、変形、傷による精神・心理的問題

などがあげられる。

また、①放射線療法による唾液分泌の低下にともなう口腔乾燥による痛みや出血②頭頸部外科的治療による体力の低下や放射線、抗がん剤の化学療法による免疫力低下や口腔の生理・解剖学的形態変化、

さらには補綴の装着により口腔内汚染をきたしやすく歯周病の罹患率も高くなる。このような口腔内の状態では食物の送り込みも難しく、食感や味を楽しむことも難しい。苦痛なく、おいしく食べ・味わう環境づくりが必要である。口腔内汚染は誤嚥した場合、嚥下性肺炎をおこす可能性も高くなる。

多職種によるチーム連携

一般にリハビリテーションでは多職種によるチーム連携の重要性が強調されているが、がんに対するリハビリテーションについても同様である。

医師、歯科医師、看護師、臨床心理士をはじめ頸部の緊張の緩和や肩の運動障害、姿勢の調整には理学療法士が、食事動作や自助具などは作業療法士が、口腔ケアには歯科衛生士が、食形態の調整は栄養士が、補綴物の作成には歯科技工士がかかわっており、関連職種からなるチームアプローチが必要である。

症例紹介

A氏、65歳、男性。舌がん再発、両側頸部リンパ節転移に対し頸部郭清術施行。嚥下障害に対するリハビリをベッドサイドにて開始するが、気管切開によるカニューレ装着のため筆談となり十分にコミュニケーションが取れない、術前と同じものが食べたい、経口摂取への見通しなどに対する苛立ちが目立ち、本人より訓練をやめるとの訴えがあった。本人の言葉は「訓練はもういいです。自分でやります。肺炎になったらその時はその時。時間がないんだ」という内容で、強い拒否が感じられた。いったん、直接訓練は看護師に依頼し、本人・家族（妻）・医師・看護師・言語聴覚士で改めて話し合いを行い、患者・家族の納得の上1週間後に言語聴覚士との直接訓練を再開した。リハビリテーションにより経鼻胃管抜去、気管切開閉鎖、食事相談を行い術前の食形態の食事も可能となった。訓練開始から約2カ月で自宅退院となった。

本症例の嚥下障害の問題点は①舌がんによる舌の切除による食塊形成や送り込み不全による患側への食物残渣②喉頭挙上不全による誤嚥③食物の喉頭蓋谷、梨状窩への貯留であった。間接訓練では健側舌の筋力強化、骨上筋群の筋力強化を行った。直接訓練では段階的な食形態の調整、一口量の調整、舌の健側に食物を入れる、交互嚥下を行った。結果、口

腔内残渣の減少、喉頭蓋谷、梨状窩への貯留は減少し交互嚥下での食物のクリアが可能となり誤嚥も認めなくなった。

本症例では、前年発見され手術療法を行った肺がんに対する追加の化学療法の提案がなされた同時期に、嚥下リハビリテーションを行った。このため、当初リハビリテーションに対する強い拒否がみられたが、本人・家族を含めた治療および嚥下リハビリグループ全員で話し合うことで、肺がんに対する追加治療を行わず、嚥下リハビリを中心とすることで、自宅退院が可能となった。

この症例を通し、治療・リハビリに対しての患者の自己決定権の尊重といった患者中心の姿勢、家族への心理的支援（たびたび妻が訓練室を訪れ、これまでの経過や生活背景、現状に対する思いを話していった）、食事に対する嗜好や食形態への希望・コミュニケーション手段といったQOLの問題、トータルペイン（全人的痛み）の理解の重要性、多職種間のコーディネート役となった看護師の存在、患者や家族、医療スタッフとの意思疎通の重要性を痛感した。

今後の課題

言語聴覚士のがん医療における役割について述べた。言語聴覚士の社会的認知が高まるとともに、言語聴覚士に対する期待も高まっている。がん医療においても、その期待に応えなければならない。そのためにはがん医療や緩和ケアの教育・研修などへの参加と、がん医療に積極的にかかわり症例を重ねて検証することでより専門性が発揮できると考える。また、多職種との連携では各職種の専門性を理解し言語聴覚士もよい情報発信者としてかかわっていくことが大切である。

[文献]

- 1) 溝尻源太郎, 熊倉勇美編著. 口腔・中咽頭がんのリハビリテーション 構音障害, 摂食・嚥下障害. 東京: 医歯薬出版; 2000: p76.

[参考文献]

- 1) 藤島一郎編. よくわかる嚥下障害 改訂第2版. 東京: 永井書店; 2005.
- 2) 向井美恵, 鎌倉やよい編. 摂食・嚥下障害の理解

- とケア。東京：学習研究社；2003.
- 3) 本多知行, 溝尻源太郎. 医師・歯科医師のための
摂食・嚥下障害ハンドブック. 東京：医歯薬出
版；2000：p90.
- 4) 小寺富子監修. 言語聴覚療法臨床マニュアル 改
訂第2版. 東京：協同医書出版社；2004.