

2 開業の立場から

篠田 秀夫

篠田耳鼻咽喉科医院

The Diagnosis and Management of Dysphagia in Primary Care

Hideo SHINODA

Shinoda ENT Clinic

キーワード：嚥下障害診療ガイドライン、介護保険、嚥下内視鏡検査、開業医

はじめに

嚥下障害の問題点は、食べられないことによる栄養摂取不良、食べる楽しみの喪失、そして誤嚥により肺炎、無気肺、窒息などの疾患が起こりうることである。特に誤嚥性肺炎は高齢者死因の一位であり、重症心身障害児では死因の半数以上にのぼる。嚥下障害は誤嚥という生命の危機を引き起こす可能性が潜んでいるため、その診断・治療は重要である。その一方、軽いむせや咽喉頭異常感が主訴の嚥下障害もあり、潜在的患者数はかなりの数になるものと思われる。そのため2008年に日本耳鼻咽喉科学会では嚥下障害ガイドラインを作製した¹⁾。特徴は耳鼻咽喉科一般外来での対応に終始している点で、特殊な検査機器がなくとも十分対応可能な指針となっている。

介護保険

なぜ2008年に嚥下障害ガイドラインが作られたのか。その理由の一因として、時代背景が大きく関係していると思われる。2000年に新しい社会

保障制度が誕生した。介護保険制度である。これは高齢化社会に向け、医療と福祉の狭間にあった介護を要する人たちに、医療保険とは異なる保険給付で対応するものであり、2006年、2009年に改訂されている。介護保険の仕組みは、市町村が保険者となり介護を希望する被保険者が市町村へ認定を依頼する。この際、主治医が意見書を書き、かつ認定調査員による62の審査項目からなる調査票が作製される。主治医意見書と調査票を基に介護に要する手間（基準時間）をコンピュータが判定する（一次判定）。一次判定の結果を保健・医療・福祉の専門家からなる介護認定審査会にて介護保険給付の有無、等級判定を行う（二次判定）。

この等級は状態区分と呼ばれ、一日の基準時間が25分以上の要支援1から110分以上の要介護5の7段階に分けられる（表1）。ちなみに要支援2と要介護1は同じ基準時間だが、この判定は認知症の程度などを加味し、二次判定で振り分けられる。

状態区分は合算された基準時間で決まるが、調査項目の傾向を統計的に調べると、要支援1は起

表1 介護保険における状態区分と要介護時間, 限度給付額

状態区分	要介護時間	給付限度額
要支援 1	25分以上32分未満	¥49,700
要支援 2	32分以上50分未満	¥104,000
要介護 1	32分以上50分未満	¥165,800
要介護 2	50分以上70分未満	¥194,800
要介護 3	70分以上90分未満	¥267,500
要介護 4	90分以上110分未満	¥306,000
要介護 5	110分以上	¥358,300

きあがり, 立ち上がりの障害, 要支援2・要介護1は歩行, 洗身の障害, 要介護2は排尿, 排便障害, 要介護3は移乗, 口腔清潔の障害, 要介護4は食事摂取, 意志の伝達の障害, 要介護5は嚥下障害, 指示への反応なしなどがみられる。嚥下機能に関する障害は要介護4・5に特徴的で, 介護の手間がかかることがわかり, 介護保険では嚥下障害が重要な調査項目になっている。介護認定審査会では二次判定の際, 申請者に必要と考えられる意見を具申することができる。例えば嚥下障害の場合, 口腔機能向上加算がされている通所介護サービスの利用, あるいは嚥下機能の精査やリハビリテーションを勧めることなどである。問題はそれらの施設や, 医療機関が少ない点である。

介護保険は市町村が保険者であるため, 給付金の一部は地方税が使用される。介護保険では必要な支援は十分行い, 改善できる可能性がある人にはリハビリテーションにて早期の社会復帰を促すことが重要で, この点を疎かにすると財源が枯渇し, 社会保障制度が崩れてしまう。要介護認定は半年~2年で再認定が必要であるため, その間に, 嚥下機能が改善するだけで状態区分が軽くなることは少なくない。例えば要介護4の摂食障害患者がリハビリテーションにて要介護2に改善されると月額111,200円, 年では1,334,400円の軽減となる。

当院での対応

当院における嚥下障害患者への対応は, 基本的にガイドラインに沿って行っている。まず問診を行う。この際, 力強く咳ができるかどうかを確認する。これは嚥下食を用いた検査を行う上で重要である。重症患者の場合, 多くは家人が付き添って来院するので, 家人から話を聞くことも重要である。次にガイドラインに記載されている質問票を使用し, 嚥下障害の有無と重症度を確認する。

次に精神・神経学的検査, 内視鏡を併用した耳鼻咽喉科一般診察を行う。その後, 嚥下機能を調べるための簡易検査(反復唾液飲み検査, 3ml水飲み試験, 30ml水飲み試験)を行い, 最後に嚥下内視鏡検査を施行する。これらの詳細は成書に委ねる。嚥下に用いる水は, かき氷のシロップを垂らし着色し, また増粘剤で3段階にトロミをつけた水も飲ませ嚥下機能を調べている。内視鏡検査の所見はすべてデジタル動画記録し, スロー再生にて嚥下状態を確認している。ガイドラインにない当院の基準として, SpO₂が90%以下の場合, 嚥下内視鏡検査は行わない。また検査中にSpO₂が3%以上低下した場合, 検査は中止するよう決めている。

特別なリハビリテーションは耳鼻咽喉科開業医では困難だが, 嚥下内視鏡検査で摂食時の姿勢や頭位を指導することは可能である。嚥下障害患者

では摂食時の頭の姿勢が重要で、顎を少し下に引くようにして嚥下させる。嚥下反射が遅れる場合は飲み込むときに顎をさらに下に引くよう指導し、咽頭での食塊の送り込みが悪いときは身体全体を後方に傾ける。反回神経麻痺があるときは麻痺側に顎をまわし、健常側の下咽頭梨状窩を広げて飲み込みやすくする。これらの指導を内視鏡下に行うことにより、誤嚥せず飲み込みやすい適切な頭位・姿勢を、患者や介護する人に教えることができる。

問題点

嚥下障害の対応は診察に時間がかかるため、混み合っている外来で他の患者を待たせ、上記のような診療を行うことが難しい場合もある。患者のADLが悪い場合も多く、当院では初診患者に嚥下内視鏡検査まで行くと30分以上の時間を要する。また嚥下障害を取り扱う医師の数が少ない点も問題である。これには検査による誤嚥のリスクや評価になれていない、リハビリテーションの方法がわからないなど最近の学問であることも影響していると思われる。しかし、少ない医師の基に患者が集中すると、結局嚥下障害をみられなくなり悪循環である。嚥下障害の評価を一定の基準で多くの耳鼻咽喉科医が行えることが重要で、ガイドラインは参考になる。

ガイドラインにも問題点がある。ガイドラインでは対応基準を「一般外来で経過観察」、「一般外

来で嚥下指導」、「より専門的な医療機関へ紹介」、「評価・治療の適応外と判断」の4つに分けているが、嚥下障害患者の対応が可能な高次医療機関を持たない地域も少なくない。嚥下障害患者はADLの悪い方が多いため、高次医療機関への受診が距離的・時間的・肉体的に困難な場合がある。開業医だけが努力しても高次医療機関を増やさなければ、このガイドラインは成立しない。

まとめ

上手に物を食べる条件は形態、機能、意欲が満たされなければならないが、嚥下障害は単に喉頭機能だけを考えても解決しない場合がある。一人の耳鼻咽喉科医では自ずと限界があり、多数の専門スタッフがチームを組んで取り組む必要がある。そのことはガイドラインを書かれた先生方が最もわかっているはずである。その上であえて今回のガイドラインを発刊させた真意は、増え続ける嚥下障害患者に、まず開業医が窓口として対応する必要性を強く感じてのことと思われる。一人でも多くの耳鼻咽喉科医が、嚥下障害の対応に積極的に当たるべきである。

参考文献

- 1) 嚥下障害ガイドライン ― 耳鼻咽喉科外来における対応 ―. 2008版, 金原出版株式会社, 1-50.