

特集

摂食嚥下障害に対するリハビリテーション治療戦略

青山公紀*

内容紹介

摂食嚥下障害は、誤嚥性肺炎、低栄養、脱水、身体機能低下、生活の質低下に直結する重要な臨床課題である。脳卒中、神経変性疾患、頭頸部癌はその代表的な原因であるが、病態、経過、介入の時間軸は大きく異なる。本稿では、一般臨床医が診療の場で押さえるべき観点として、病態評価、予後層別化、予防的介入、在宅を含む継続支援を整理し、3領域に共通する実践的治療戦略を概説する。

はじめに

摂食嚥下障害は、誤嚥性肺炎、低栄養、脱水、身体機能低下、在院日数延長、さらには生活の質(quality of life: QOL)の低下を招来する重要な臨床病態である。とりわけ、脳卒中、神経変性疾患、頭頸部癌は、摂食嚥下障害を高頻度に合併し、病態、経過、治療目標が大きく異なる代表的な領域である。読者の多くは嚥下診療の専門医とは限らないが、日常診療においてむせ、食事時間延長、体重減少、反復する肺炎、服薬困難などの所見に接する機会が多いであろうと思われる。したがって本稿では、従来の摂食嚥下リハビリテーションの基本を踏まえつつ、一般

臨床医が診療の場で判断に迷いやすい点に重点を置き、病態の精密評価、予後層別化、予防的介入、および在宅を含む継続支援体制を統合した実践的治療戦略を整理する^{1~3)}。

I. 脳卒中後嚥下障害に対する治療戦略

脳卒中後嚥下障害は、診療現場で最も頻繁に遭遇する嚥下障害の一つであり、急性期の転帰に直結する。脳卒中急性期における嚥下障害は、誤嚥性肺炎、脱水、低栄養、死亡率上昇と密接に関連することから、早期診断と迅速な介入が重要である¹⁾。European Stroke OrganisationおよびEuropean Society for Swallowing Disordersのガイドラインでは、全脳卒中患者に対する嚥下スクリーニングの実施と、必要に応じた嚥下内視鏡検査(fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing: FEES)や嚥下造影検査(videofluoroscopic swallowing study: VFSS)による精査が推奨されている¹⁾。もっとも、脳卒中後嚥下障害は均質な病態ではなく、高齢、低い体格指数(body mass index: BMI)、両側病変、高い神経学的重症度、挿管歴、誤嚥などが回復不良因子として示されている²⁾。したがって、脳卒中領域では嚥下障害の有無を確認するだけでは不十分であり、障害の主座が口腔、咽頭、食道入口などのどこにあるのかをFEESやVFSSにより可視化し、予後予測因子を踏まえて介入強度と介入内容を個別化する視点が不可欠である。特に脳幹病変や延髄病変では、咽頭収縮低下、喉頭挙上不全、上部食道括約筋開大不全などが複合しやすく、単純な反復訓練のみでは改善が乏しい症例も多い。

—Key words—

摂食嚥下障害、リハビリテーション、脳卒中、神経変性疾患、頭頸部癌

* Kiminori Aoyama: 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター リハビリテーション科 診療科部長 摂食嚥下センター長

臨床医は、入院直後のスクリーニング、呼吸・栄養状態の同時評価、FEES または VFSS を依頼すべき症例の見極め、経口摂取再開の見通しを多職種で共有することを早期から実践する必要がある^{1,2)}。

II. 神経変性疾患に対する治療戦略

神経変性疾患における摂食嚥下障害は、脳卒中後嚥下障害とは異なり、進行性病態を前提として対応すべきである。パーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症、認知症、多系統萎縮症などでは、運動障害、感覚障害、咳嗽力低下、呼吸機能障害、認知機能低下が複合的に関与し、嚥下障害の様相も病期に応じて変容する³⁾。したがって当該領域においては、機能回復を目指す訓練のみならず、進行を見越した先回り型支援という視点が極めて重要となる。Ueha らは、神経変性疾患に伴う嚥下障害に対し、詳細な病歴聴取と身体診察に加え、FEES、VFSS、高解像度マノメトリー（飲み込むときの「のどの力」や「食道入口部の開きやすさ」を圧として測定する検査。嚥下造影や嚥下内視鏡では見えにくい、筋肉の収縮の強さやタイミングを数値・波形で確認できるため、嚥下障害の原因をより詳しく評価することができる）などを組み合わせた多面的評価を行い、その結果に基づいて食事形態調整、嚥下訓練、呼吸・排痰管理、必要時の外科的介入を含めた個別化治療を行う必要性を指摘している³⁾。また、認知症患者に対する嚥下治療については、2024 年の系統的レビューにおいて、介入の有効性を示唆する報告は存在するものの、なおエビデンスは限定的であり、標準化された最適介入を確立するには至っていない⁴⁾。このことは、神経変性疾患に対する摂食嚥下リハビリテーションが、疾患横断的な一律対応では不十分であり、進行速度、主たる障害相、認知機能、呼吸機能、さらには患者・家族の価値観を踏まえた段階的支援として設計されるべきことを示している。外来・病棟を問わず、体重減少、食事時間の延長、服薬困難、湿性嘔声、反復する発熱、咳嗽力低下などの小さな変化を継続的に拾い上げることが重要である。

さらに、進行性病態においては、機能維持のための訓練と並行し、将来的な経口摂取困難を見据えた意思決定支援(advance care planning: ACP)を早期から組み込むことが不可欠である。嚥下機能、認知機能、および呼吸機能の予後予測に基づき、食の楽しみや栄養摂取のあり方について患者・家族の価値観を共有しておくことは、実践的な段階的支援の中核的要素となる^{3,4,9)}。

III. 頭頸部癌領域における治療戦略

頭頸部癌領域においては、摂食嚥下障害は腫瘍局在そのものに起因する障害に加え、手術、放射線治療、化学放射線療法に伴う組織欠損、線維化、浮腫、感覚低下、開口障害など、複数の要因が重層的に関与する。したがって、診断時から治療後長期に至るまで、一貫した視点で摂食嚥下機能を管理する必要がある⁵⁾。この領域における次世代戦略の特徴は、障害発症後の対応にとどまらず、治療前から機能低下を予防する介入、すなわちプレハビリテーションの重要性が高まっている点にある。Kuhn らは関連領域の専門家が既存のエビデンスと臨床経験を踏まえ、臨床上重要な課題について合意した実践的推奨をまとめた Expert Consensus Statement を出しているが、そこでは頭頸部癌患者の嚥下障害管理は診断時から生涯にわたる課題として位置づけられ、治療前評価、予防的介入、治療中支援、治療後フォローアップを連続的に実装すべきことが強調されている⁵⁾。さらに、プレハビリテーションに関する系統的レビュー・メタ解析では、運動療法、栄養介入、心理教育を含む複合的介入が、術後あるいは治療後アウトカムの改善に寄与し得ることが示されている⁶⁾。すなわち、頭頸部癌領域における摂食嚥下リハビリテーションとは、治療後に障害へ対処する発想から、治療前から障害発生を見越して備える発想への転換にほかならない。頭頸部癌診療では、治療前説明の段階から嚥下機能のベースライン評価と予防的訓練の意義を患者に共有し、治療中断を避けながら継続できる支援手段を準備しておくことが重要である。

表1 摂食嚥下リハビリテーション主要3領域における治療戦略の比較

項目	脳卒中	神経変性疾患	頭頸部癌
主な病態・特徴	急性発症 誤嚥性肺炎・低栄養と密接に関連	進行性 運動・感覚・呼吸・認知機能が複合的に関与	術後欠損、放射線による線維化、 晩期障害が重層的に関与
評価の焦点	早期スクリーニングとFEES、 VFSSによる障害主座の可視化	病期に応じた多面的評価(FEES、 VFSS、マノメトリーなど)	診断時から治療後長期にわたる 連続的評価
介入の基本軸	予後層別化に基づく早期・集中的 介入	進行を見越した段階的支援と先 回り型介入	治療前からの予防的介入(プレハ ビリテーション)
臨床で重視する点	予後予測因子を踏まえた介入強度 の個別化	患者・家族の価値観、QOL、ACP を踏まえた目標設定	予防的介入、遠隔支援、長期フォ ローアップの実装
主な課題	重症例、脳幹・延髄病変例への精 密なリハビリテーション設計	認知症合併例などに対するエビ デンス構築と標準化	治療アドヒアランスの維持と晩 期障害への再介入

さらに、頭頸部癌患者では、治療関連有害事象や通院負担のために訓練継続が困難となることが少なくなく、在宅支援体制の整備が重要な課題となる。Yangらは、在宅型遠隔リハビリテーションが、嚥下安全性、経口摂取、QOL、訓練アドヒアランスの改善に寄与し得ることを報告しており⁷⁾、今後は遠隔支援を従来の外来診療の補完にとどめず、長期管理の有力な手段として位置づける必要がある。また、放射線関連嚥下障害は治療終了後早期のみならず晩期にも持続し得る。Shahらの系統的レビューでは、放射線関連嚥下障害は治療後3か月以内に重症化のピークを示し、その後一定の改善傾向を認めるものの、2年後においても相当数の患者に障害が残存することが示されている⁸⁾。この知見は、頭頸部癌に対する摂食嚥下リハビリテーションが急性期支援のみで完結し得ないこと、すなわち晩期障害まで視野に入れた長期的フォローアップと再介入体制の確立が不可欠であることを示唆している。

IV. 臨床医が押さえるべき共通原則

以上の3領域を比較すると、疾患特異性は大きい一方で、日常診療において共通して押さえるべき原則も明らかである。主要3領域の相違点と共通点を表1に示す。

1. 症状ではなく障害相を評価する

むせの有無だけで重症度を判断することはできない。不顕性誤嚥、咽頭残留、喉頭挙上不全、食道入口部通過障害など、どの相のどの生理学的障害が中心かを見極めることが介入選択の前提となる^{1,3)}。症状、身体所見、食事場面の観察に加え、必要に応じてFEESやVFSSへつなぐ視点が重要である。

2. 疾患ごとに介入の時間軸を変える

脳卒中では急性期からの早期介入、神経変性疾患では進行を見越した段階的支援、頭頸部癌では治療前からの予防的介入と治療後長期フォローアップが重要である²⁻⁶⁾。同じ嚥下訓練でも、いつ開始し、どこまで継続し、どの時点で目標を見直すかは疾患によって異なる。

3. 訓練を継続できる仕組みを整える

嚥下訓練の効果は、内容そのものだけでなく継続性に左右される。進行性疾患や頭頸部癌では、外来通院のみで長期経過を支えることに限界があり、訪問診療、訪問リハビリテーション、遠隔支援、家族教育などを組み合わせた支援体制が求められる^{7,8)}。

4. 食支援の目標を患者・家族と共有する

とくに進行性神経疾患では、機能回復だけでなく、安全性、栄養、食の楽しみ、介護負担の均衡をどうとるかが重要となる。嚥下機能、認知機能、呼吸機能の変化を踏まえ、患者・家族の価値観を共有しながら支援目標を段階的に見直すことが、実践的な嚥下診療の質を左右する^{3,4,9)}。

おわりに

以上より、摂食嚥下リハビリテーションの実践では、脳卒中においては早期評価と予後層別化、神経変性疾患においては進行を見越した段階的支援、頭頸部癌においては予防的介入と長期フォローアップを柱として診療を組み立てる必要がある。その本質は、新規技術の導入自体ではなく、病態の精密把握に基づき、訓練、栄養管理、口腔管理、在宅支援を切れ目なく統合する点にある。今後は、評価指標の標準化、介入時期および介入量の最適化、長期転帰と費用対効果の検証が進むことで、摂食嚥下リハビリテーションは一般臨床医にとってもより実装しやすい診療戦略として発展していくことが期待される^{1~9)}。

利益相反

本論文に関して、筆者に開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) Dzewas R, et al : European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *Eur Stroke J* 2021 ; 6 : LXXXIX-CXV.
- 2) Jin X, et al : Predictors of recovery from dysphagia after stroke : A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Sci* 2025 ; 12 : 184-191.
- 3) Ueha R, et al : Management and treatment for dysphagia in neurodegenerative disorders. *J Clin Med* 2024 ; 13 : 156.
- 4) Chan CTW, et al : A systematic review on dysphagia treatments for persons living with dementia. *Eur Geriatr Med* 2024 ; 15 : 1573-1585.
- 5) Kuhn MA, et al : Expert consensus statement : Management of dysphagia in head and neck cancer patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2023 ; 168 : 571-592.
- 6) Seth I, et al : Pre-rehabilitation interventions for patients with head and neck cancers : A systematic review and meta-analysis. *Head Neck* 2024 ; 46 : 86-117.
- 7) Yang W, et al : Effectiveness of home-based telerehabilitation interventions for dysphagia in patients with head and neck cancer : Systematic review. *J Med Internet Res* 2023 ; 25 : e47324.
- 8) Shah AH, et al : Longitudinal patterns of radiation-associated dysphagia in patients with head and neck cancer : A systematic review. *Head Neck* 2025 ; 48 (2) : 597-623.
- 9) Kurpershoek E, et al : Advanced care planning in Parkinson's disease. *Front Neurol* 2021 ; 12 : 683094.