

# 歯科衛生だより

発行人/武藤 智美  
発行/公益社団法人日本歯科衛生士会  
〒169-0072 東京都新宿区大久保2-11-19  
TEL.03(3209)8020 FAX.03(3209)8023  
https://www.jdha.or.jp/

2026 April vol.92

## 摂食嚥下リハビリテーションにおける歯科衛生士の役割

### 超高齢社会と誤嚥性肺炎

日本人の高齢化は年々進行しており、2025年の平均寿命は男性で81年、女性で87年、全人口に占める高齢者の割合である高齢化率は29.3%と長寿大国日本の地位はゆるぎないものです(図1)。高齢者の増加を反映して、日本人の死因も変化しています。人口動態調査によれば、2011年以降の日本においては肺炎による死亡数は第3位でしたが、2017年に肺炎が誤嚥性肺炎とそれ以外の肺炎に分けられました。誤嚥性肺炎は2024年における日本人の死亡原因の第6位でありその数は年々増加しています(図2)。肺炎罹患者の90%以上は高齢者であり、さらに肺炎に占める誤嚥性肺炎の割合は、80歳以上では9割に上ることから、肺炎は高齢者の疾患、誤嚥性肺炎は後期高齢者の肺炎とみなすことができます。

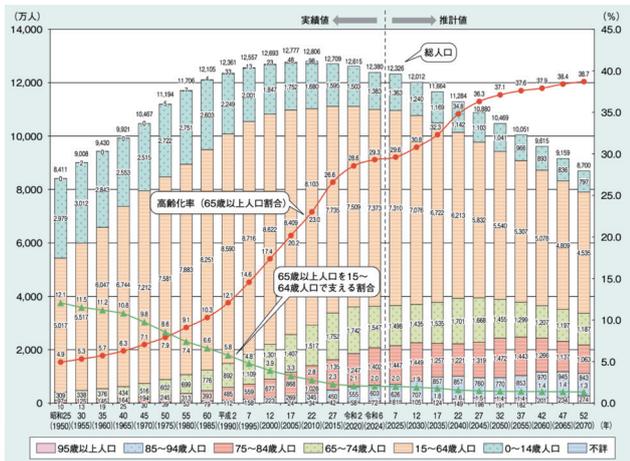


図1.高齢化の推移と将来推計(内閣府:令和7(2025)年版高齢社会白書)

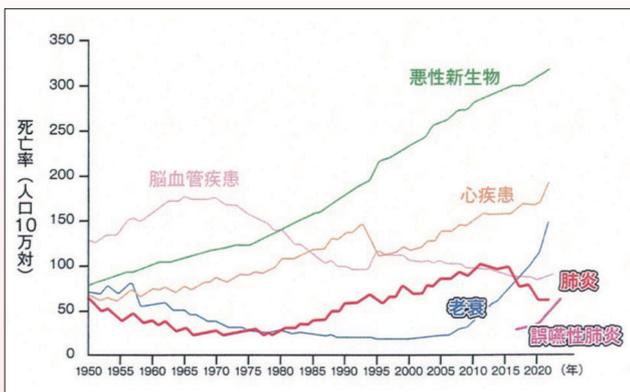


図2.日本人の死因推移(日本歯科医師会雑誌2024 VOL.77 No.4、令和4年人口動態統計)。誤嚥性肺炎が増加している

### 摂食嚥下障害

誤嚥性肺炎とは食物や唾液などに含まれる口腔内の細菌が肺に入り込んで起こる肺炎のことです(図3)。誤嚥性肺炎は誤嚥によって引き起こされることから、食べる・飲む機能(摂食嚥下機能)の低下によるものであることは間違いありません。単なる加齢変化のみではなく、頭頸部腫瘍の術後で舌や軟口蓋、咽頭、喉頭の欠損により食物を送り込めない、脳卒中の後遺症で神経に麻痺が残って口や喉の筋肉の動きが悪くなる、パーキンソン病や筋萎縮性側索硬化症(ALS)などの神経疾患によって嚥む・飲む行為に必須の神経や筋に障害もたらされるなど、その原因は多岐にわたります(図4)。



図3.嚥下造影検査時の誤嚥像。食塊が気管に落ち込んでいるのが分かる

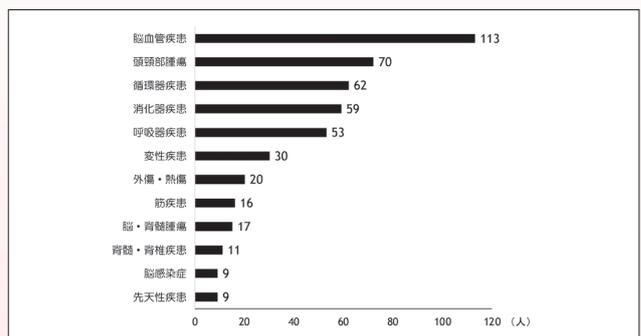


図4.新潟大学医歯学総合病院摂食嚥下機能回復部に紹介があった2024年摂食嚥下障害患者の新患者数

誤嚥性肺炎の国際比較では男女ともに日本で多いことが報告されています。これは、海外では高齢者が終末期になり経口摂取ができなくなった際、経管栄養や補液<sup>※1</sup>などは行わず、自然な看取りを実践していることが多いためと言われています。日本では、介護や福祉政策の中で、誤嚥性肺炎予防のための取り組みが進んでいますが、それでも高齢者の増加に伴う誤嚥性肺炎の増加とその予防策が重要となる状況は続くと思われます。

※1 不足した水分や電解質、栄養を補って、体液を正常な状態に保つこと

## 摂食嚥下障害への対応

摂食嚥下障害により誤嚥性肺炎を繰り返す患者さんに対して行われるのは、非経口的栄養摂取、つまり口から食することなしに栄養や水分を摂取する手段です。鼻からチューブを入れて胃に通したり(経鼻胃管)、胃に直接穴を開けてチューブを通して栄養を流し込む(胃瘻<sup>いろう</sup>)などの、いわゆる経管栄養がこれに相当します。

食べる機能がただちに回復しない、誤嚥のリスクが高いとされる患者さんに対する経管栄養法は必ずしも治療のゴールではありません。摂食嚥下機能の問題を明らかにした上で、口から食べることを目指したりハビリテーション(摂食嚥下リハビリテーション)を実施することが大切です。

ところで、経管栄養となって口から食べる機会がなくなった患者さんでは誤嚥のリスクはなくなるのでしょうか。実は寝ているとき、すなわち食べていないときにも目が離せないことに注意をしなければいけません。夜間は唾液の分泌が減少し、口腔内の細菌繁殖は盛んになります。また、寝ているときには全身の機能とともに、嚥下にいたる感覚<sup>ふんせいごん</sup>・運動機能も低下しますから、誤嚥があってもむせないこと(不顕性誤嚥)も考えられます(図5)。以上のように、寝ているときの口腔内の環境の良し悪しが肺炎の発症に影響することから、口腔内の衛生管理が重要であることは言うまでもありません。

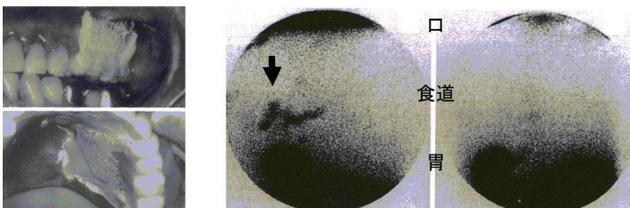


図5左:口腔内に放射性同位元素であるインジウムを含んだガーゼを置いて歯科用接着材ユニファーストにて固定した  
中:肺炎患者にみられた誤嚥像。正中から向かって左側気管枝内に誤嚥物が認められた(矢印)  
右:正常者では誤嚥物は認められなかった

(Kikuchi et al, Am J Respir Crit Care Med 150:251-253, 1994)

## 摂食嚥下機能を調べる

摂食嚥下機能を検査する際には、背景となる原因疾患があることを忘れてはいけません。誤嚥だけに目を向けるのではなく、多職種で情報共有をしながら、患者さんに最も適した対応を行うための検査を実施します。

## 1) 全身所見

医師や看護師が中心となって、摂食嚥下機能に関連した原因疾患をもとに、身体機能、高次脳機能<sup>こうじのうきのう</sup>の情報を得ます。

## 2) 局所所見

歯科や耳鼻咽喉科、リハビリテーション医が中心となって、食べる、飲む機能を調べます。歯、舌、口腔粘膜、口蓋にいたるまでの運動機能および感覚機能は歯科や言語聴覚士が中心となって評価します。一方、咽頭や喉頭の器質的・機能的な問題は、主に耳鼻咽喉科による検査によって明らかにします。

## 3) 嚥下スクリーニング

咽頭期の評価として、嚥下のスクリーニングツールを使った反復唾液嚥下テストや改訂水飲みテストなどの簡易評価が有効です(表1)。

表1.嚥下スクリーニング

反復唾液嚥下テスト	人差し指と中指の間に甲状軟骨が来るように軽く触れながら30秒間の随意的嚥下の回数を記録する。患者さんには「なるべくたくさん空嚥下をしてください」と指示をして嚥下回数を計測し、30秒間で3回以上できない人は問題ありとする。正確な値を知るための検査ではなく、ネガティブ重視のテストであり、悪い方を検出する。
改訂水飲みテスト	3ccの冷水を患者さんの口腔内に入れてからこれを飲んでもらう。その後のムセや強性嘔声などの状態によって5点満点で評価する。通常2回行って悪い方の点数をつける。 1点 嚥下反射がない 2点 嚥下反射あり 呼吸切迫あり むせなし 3点 嚥下反射あり 呼吸切迫なし むせまたは湿性嘔声あり 4点 嚥下反射あり 呼吸切迫なし むせなし 5点 4点に加えて30秒以内に2回の嚥下反射あり

## 4) 食事の評価

食事時の観察・評価は重要です。ことに要介護高齢者の場合は、摂食嚥下障害を発見するのは食事時の問題によることが多いので、専門的な訓練を受けた医療従事者が実際に食事の場面に立ち会って問題点を見出す必要があります(図6)。適合の良い義歯が入っていても、それをうまく使いこなしているかどうかは別の問題ですし、介助の有無で食事時間や食べる量、場合によっては嚥下状態までもが左右されません。実際には、食事場面において生じるいかなる問題も、その場では解決できないことが多いので、必要に応じて医師、歯科医師に相談します。



図6.食事介助の様子

## 歯科衛生士が行うべきこと (1) 口腔衛生管理

2024年に報告された日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン2024によれば、市中肺炎と呼ばれる日常生活している人が罹患する肺炎の原因菌の多くが口腔内の常在菌や歯周病菌であることが報告され、ことに高齢者においては口腔内を清潔に保つことの重要性が強調されています(図7)。

2015年、日本歯科医学会では、口腔健康管理を歯科専門職が行う「口腔機能管理」および「口腔衛生管理」と、本人・家族、看護師などの多職種が行う「口腔ケア」に分けました(図8)。

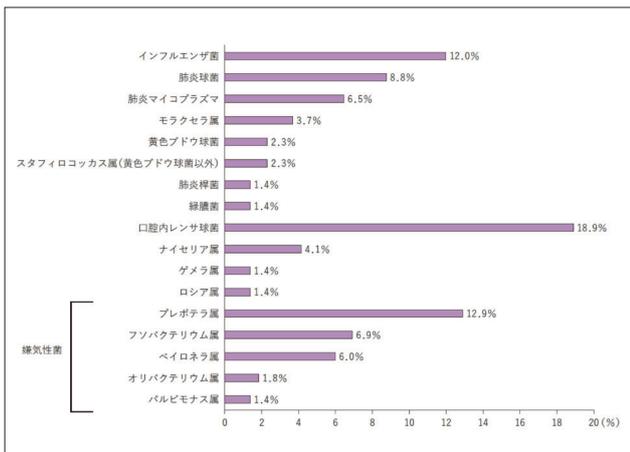


図7 細菌叢の解析によって見出された市中肺炎の原因菌。口腔内レンサ球菌(口腔内の常在菌)に加えて、歯周病菌(嫌気性菌)の検出割合も高かった(成人肺炎診療ガイドライン2024、一般社団法人日本呼吸器学会)

口腔健康管理		本人・家族 病院入院時・看護職等 介護施設等・介護職等
口腔機能管理	口腔衛生管理	口腔ケア
う蝕処置 根管処置 歯周関連治療*1 口腔外科治療 補綴治療 矯正治療 種々の口腔機能に関する管理** など	口腔バイオフィーム除去 歯間部清掃 口腔内洗浄 舌苔除去 歯石除去等 など	歯磨き 歯ブラシの保管 義歯の清掃・着脱・保管 食事への準備等(嚥下体操、姿勢調整) 口腔清拭 など

\*1歯周関連治療と口腔衛生管理には重複する行為がある。  
\*2咀嚼訓練、摂食嚥下訓練、舌機能訓練、構音機能訓練、唾液腺マッサージ、口腔機能検査(舌圧検査、咬合圧検査、咀嚼能力検査など)などが含まれる。

図8. 口腔健康管理(日本歯科医学会、口腔健康管理、2023)

口腔衛生管理は、口腔内の細菌叢を除去することを目的としています。今でも時々耳にするのは、残存菌がない、寝たきりで食事をしていない、口腔乾燥がみられないなどの高齢者の口腔ケアはさほど必要ないのではという声です。これに対して、正しい知識をもって答え、一般職の方にも口腔ケアの重要性を理解してもらい、口腔の衛生状態を良好に保つ心がけをもってもらう意味でも、歯科衛生士が口腔衛生管理を行うことは重要です。そのひとつに舌苔除去があります。舌苔とは舌についた細菌を含む付着物のことです(図9)。これには食渣や唾液だけでなく、はがれた舌の粘膜なども含まれてお

り、細菌にとっては絶好のえさ場となります。歯や歯肉に付着した歯垢や歯石のみならず舌苔も除去することが、口腔衛生管理の主たる目的となります(図10)。加えて、ことに高齢者においては、冷水を用いることで与えられる温度刺激効果、嚥下の意識化を強める効果、唾液分泌の促進などが期待できます。これらは、寝たきりなどで口から食べることができない患者さんにこそ必要なことです。



図9. 左:びっしりと付着した舌苔 右:舌ケアの様子(ビッグコミック「はっぴーえんど」より。著者 魚戸おさむ氏の使用許可あり)

## 歯科衛生士が行うべきこと (2) 摂食嚥下リハビリテーション

摂食嚥下障害を有する患者さんに対して、食べる機能を維持・回復させるための間接訓練や直接訓練といった摂食嚥下リハビリテーションを行うのは、本来言語聴覚士の仕事とされてきました。しかし、摂食嚥下リハビリテーションである摂食機能療法は、歴史的には歯科衛生士などの歯科専門職が行うものとして始まった療法なのです。特に歯科訪問診療などにおいては、歯科衛生士が療法士としての役割を果たす場面に遭遇することも少なくありません。時間とスタッフが限られている中で、「誰が何を行うか」、という肩書きや資格を重視した役割分担ではなく、患者さんを中心とした、「何を誰がするべきか」という考え方が浸透してきています。その中で、口腔のスペシャリストである歯科衛生士が、訓練を行う療法士としての役割を果たしています。

## 摂食嚥下障害に対する医療の現状と未来

食べるということは、体に必要な栄養素を取り込むために必須の行為です。取り込まれた栄養素には、体を作るだけでなく体の防御、恒常性の維持、疾病の予防と回復に役立つ生体調整機能という大切な役割があります。また、食べることでおいしさを味わい、幸せを感じ、生きていることを実感することができます。このように私たちは、長い人生を毎食・毎日食べることを通じて生き、それによって生きていることを実感しています。加齢や疾患により生活に制限が出てしまった患者さんであっても、食べること・飲むことは一生の生き甲斐です。食を支える専門職としての歯科衛生士の重要性がますます注目されています。