

日本顎咬合学会学術大会 公開フォーラム I

講演「なぜ歯を調整すると寝たきりが歩けるのか一脳と歯」

竹内孝仁(日本自立支援介護・パワーリハ学会理事長)

座長:南 清和(元日本顎咬合学会理事長)

(2021年7月17日～26日インターネット配信で公開された日本顎咬合学会公開フォーラム I を竹内孝仁先生の講演と質疑応答の部分を編集したものです)

(講演:竹内孝仁)

これから公開フォーラムの自立支援歯科学という大変大きなタイトルですが、私の発表をさせていただきます。

この演題には利益相反の関係はありませんので予めお話ししておきます。

自立支援介護あるいは自立支援歯科学というのが今、高齢社会の日本では大変大きなテーマになっています。医科の医療あるいは歯科の医療、いずれもこれまでのように病気を治すというものについては当たり前の話です。しかし高齢社会の高齢者に対する医療、歯科医療も含めて大きなテーマはどれほどその介護問題に貢献できるかということが非常に大きなテーマになっています。歯科は果たしてその介護問題にどれほど貢献できるのか、というのが本日の私の発表のテーマになります。

それでは早速スライドを見ながら進めていきたいと思います。今は自立性を回復させる方法というのは、例えば有名なのはリハビリ、これは医科医療の方ですが、それから介護の世界で急速に台頭してきた自立を求める介護。例えばオムツを外したり、歩けるようにしたりということがあります。それから、遅ればせながら注目されているのが高齢者に多い多剤併用をできるだけ減薬することで結果的に自立性を非常に高めていくことがだんだん明らかになってきています。

第4の主演として歯科治療というのが自立性を回復させるのに、非常に大きな力を持ってきているという事を皆様にお知りいただきたいと思っています。皆さんどうぞその高齢者の歯科治療は今まで予想もなかったその方の自立性を高めていくというところに非常に大きな力を持ってらんだっということをご自覚願いたいと思います。

驚くべき事実があります。これは公開フォーラムの演者である河原先生達のいろんな実績が我々に教えてくれているところでもあります。

少し見ていきましょう。(動画再生)この方は80代でほとんどのものを言わず動かず、認知症と、後で出てきますがほぼ寝たきり状態になっていた。これは歯科診療所の風景です。たぶん河原先生がこのケースを皆さまにお話すると思いますが、全く歩けません。引きずるように移動させているのですね。この方は義歯に非常に大きな問題があるということで、河原先生が腕を振って適合する義歯をお作りになった。結果どうなったかっていうことを一緒に見ていきます。(動画再生音「カチカチカチと噛んで」)

お気づきと思いますが顔つきが全く変わってくるということです。注目すべき点が3つあります。顔つきが全く変わってくるのとそれから首がちゃんと座って姿勢が正しくなってくるということと、それから歩けるようになるということが複合的な効果として出てくる。皆さん注目していただきたい。この方はリハビリも何にもしてない。ただ義歯を作った、ただそれだけ。そしたらよくお話になるし、笑顔

も浮かべるし普通の、と言うと失礼ですが、高齢者に戻っていった。認知症の疑いも消えていくということですね。(動画再生音「にっこり笑うて下さい」)

自ら食べるということがなかった方ですが自分でもぐもぐと食べるのですね。自分で歩けなかった状態、どうでしょうか。(動画再生音「わーすごい」「歩けるじゃない」)くどいようですが、この方リハビリをしたわけでもないですね。ここにおられる河原先生が入れ歯を治した。入れ歯を作った。ただそれだけです。ご覧ください。階段までその上り下りができるようになってきた。

次のケースです。その入れ歯を調整してしっかり噛める入れ歯を作った。そしたら今までご自分で立ったり歩いたりできなかつた方が、キャスター付きの歩行器で歩くようになったのですね。老人ホームの場面ですけども、介護している職員がびっくりしています。(動画再生音「大きく一歩、そうです、そうです」)歩くどころかなんと走り出した。この施設のビッグニュースになって、皆さん驚かれていますのですね。

この方は胃ろうと寝たきり、要介護の女性ですけども、画面の左のような状態で老人ホーム入ってきて、胃ろう抜去して口から食べるようにした。大きなポイント、口から食べるようにした。この施設は胃ろうの方は全部口から常食を食べるように持っていくわけですね。この方は義歯ではなかつた方ですけど、ともかく、これから申し上げる、咀嚼して食物を摂るようになった。その口腔機能の改善が全く全身的な状況を変えていった。右の3人の真ん中の方ですけども、もう自由に外に出られる。だからオムツもトイレに行くようになって外れた。という風なことが起こっています。

この方はちょっと特殊なケースですが、義歯の問題の他に十数年前に顔面神経麻痺をやった方で、佐賀県の女性歯科医のクリニックに、入れ歯を作り直すのにやってきた方です。ちょっと遠くで見えにくいのですが、この方の首が座らないために首には緑色のカラー、整形外科でよく使うカラーを当てて首を支えている。

義歯装着です。食べられるようになってきましたね。ところが歯科の先生はせっかいいい義歯を作って差し上げたのに嬉しいという顔になってないと。よく聞いてみたら、ここに書いてありますが15年前に左顔面神経麻痺を起こして、左側の顔面がダラっとした感じになっています。だから本人は自由に笑顔を浮かべられない状態だったということが後で分かってきた。3ヶ月後。どうですか少し笑顔が見えるようになってきて左側のほうれい線がくっきり出てきてますね。つまり顔面神経が改善してきている。15年経ってということです。それから首が座ってクッションが要らなくなった。先程申し上げたように先ず絶対的に表情が生き生きと変化すること、首がしゃんとすること、背筋がしゃんとすること、そして歩けるようになる。これがリハビリも何にもしてないけれど、歯科の治療で自然にそういう結果が得られるということですね。歯科の先生が1ヶ月ごとに写真を撮ってくれてますが、全くその表情、特に左顔面神経麻痺の状態を注目して頂きたいということです。現在、左のほうれい線はくっきり見えて、昔の笑顔に戻ってきたという状態ですね。

今度は脳卒中でここに書いてありますように1946年生まれの方、右脳幹出血して左肩麻痺と左顔面神経麻痺がある方です。様子を見ましょう。初めはこういう状態です。もちろんを口からまともな食事を食べるわけにいかない。流動食を流し込むような生活をしていて、完全に顔面神経は非対称性を失ってますね。それが新しい義歯を入れた2か月後、皆さんご覧ください。顔面の左右のその不均衡が少し良くなってきてます。さらに3ヶ月後です。このように脳卒中という中枢性の顔面神経麻痺でも義歯を入れることによって機能回復が起こってきている。

先ほどの女性は末梢性の顔面神経麻痺でよくあるケースだけけれども、あれとは違った病気、障害でもこういうことが起こってくるということですね。義歯を作り直したり適合した義歯に調整をしたりすることによって結果的に口腔機能が正常化してくる。咀嚼、嚥下というその働きが正常化する。そ

したら何でその表情が変わって、首がしっかり座って、全身の機能を回復して歩けなかった人は歩けるようになるのか。これを一緒に考えていきたいということです。

模式化すればこういうことになります。咀嚼と嚥下、それが明らかにその表情も活発になってくるし、顔面神経や歩行という運動動作がその後良くなっていくということが見られてきますね。しつこいようですがこういうことです。咀嚼嚥下の正常化で何が起こってくるかって言うと、絶対的に否定できないのは咀嚼、嚥下に関与する筋肉活動が活発に動き始めてくる。これは子供が考えてもわかることです。それを少し追求してみようということになります。

これはペンフィールドの小人像。これ、有名ですね。皆さんも学生時代に習ったと思います。私は医学部を卒業している人間ですけども、解剖の時に教授が私たちに、「なあお前ら、この顔面の大きさ特にベロの大きさ、ほっぺたの大きさ、それからさらにその両手の指の大きさ、こういうのが人間を作ったんだ」と、特に手及び指について強調されたんですね。その頃、私はこの顔面及び舌がどうしてこんなに大きいのかよくわからなかった。教授も説明してくれなかったのですけれど、今にして思うと実は先ほどの義歯調整、咀嚼、嚥下活動の活発化、そうするとその咀嚼、嚥下に関与する筋肉が盛んに活動していくというこのことと直結した物語なんだという風なことは分かってきます。そこでこれもまあ懐かしい話ですけど咀嚼、嚥下で働く筋肉のことを少し見ていきます。

これは一般的な表情筋という名前では呼ばれるのですが、私はそうじゃなくて咀嚼筋と正確に機能面でいった方がいいだろうと。ともかく数が多い、一個一個小さいんだけどともかくいろんなタイプの筋肉が張り巡らされている。覚えるのも嫌になるぐらいあるわけですね。これは舌です。舌もまたいろんな方向筋繊維があって複雑な様相を帯びているということですね。さらにその一番外側にある筋肉がこれらです。ともかく無数と言うと大げさですけど、多数の筋肉が咀嚼と嚥下機能を中心とした口腔機能のために参加してくるということが分かっています。では口の機能がどういうのかというと、これ皆さん子供のときにこういう遊びをされた方がいると思うんです。こよりを口にくわえて口の中でこよりをゆわくんです。そして、いわけたら出してくるんです。こういう考えられないような細かなことを我々の口ができているのだということですね。

先ほどの筋肉の特徴を神経学的に見ると一本あたりの神経が支配している筋繊維のレシオが小さい、つまり非常に多くの神経が筋肉を支配してきて、非常に細かな動きが結果的にできる。筋紡錘と呼ばれている組織が非常に多いのです。これは骨格筋の他の腕や手足の筋肉と比べると全く違う。一番似ているのはやはり指なんです。指の筋肉と非常に構造が似ているということが分かってきて巧緻性が非常に保証されているということが言えるかと思います。さらに食事する時だけ我々このように座って食べています。顔面の筋肉以外に食事をするという時には脊柱の筋肉から腰周辺の筋肉、これらが動員されてくるということが分かっているのです。

これは生理学で有名なマグーンという先生の説ですけども、人間の筋肉は働く筋肉が活動するというのは神経によって活動を命じられて働くんだけどその筋肉が働くと同時にそこで生じた筋電図が一言ではそういうことですね。その筋肉の活動電位が今度は逆に脳に送り込まれていく。その一番の中継ポイントが脳幹だ。その事をマグーン先生は発見して理論化している。マグーンの生理学的という古典的ですけども非常に有名なその説があるわけですね。先ほどの顔面の筋肉がその入れ歯を調整して常食を食べることによって咀嚼を繰り返して繰り返してやる。私の成人を使った調査では1日3度の食事だけで2500回の咀嚼を繰り返している。そんなに数多い運動なのですね。それを繰り返している間にそこに参加した筋肉の活動電位がみんな脳に送り込まれていく。そこらあたりにその大きな解決するヒントがあるんじゃないかというふうに考えられます。もしかするとこういうことですね。義歯を調整すると咀嚼、嚥下の正常化が起こって咀嚼、嚥下に関与する筋

肉活動の広がりや活動量の拡大、ここまで先ほど申し上げました。そうするとここから先ですね多数の筋肉が一斉に働き始めるとそこで発生してきた活動電位は脳幹網様体賦活系に送り込まれていって、脳幹網様体の活性化を起こしてくる。活発な電氣的な活動も起こってくるのですね。これはもうすでに古い時代にわかっていることですが脳幹網様体の賦活系というのは覚醒水準を上昇させる、向上させる。要するに脳幹網様体が活発になっていくと目が覚めていくということですね。我々は眠い時にガムを噛むと目が覚めるというのはこの事なんですね。脳幹網様体がさかんに電位が送り込まれていって脳全体の活動電位があがっていくということです。

これは解剖の本からとった図ですけども左の方にいろんな横顔、目で見ると、耳で聞く、その他に歯で噛むとか、体中のその活動が、これが脳幹部の解剖図ですけども、入って行ってそれが上に扇が開くようにして矢印が散らばって行ってますけどもあれは大脳の皮質の所を刺激していくということで、大脳全体が目覚めたようになって覚醒水準が上がってくる。覚醒水準が上がってくると顔つきがはっきりしてくる。先ほどの表情が何故あのようにはっきりしてくるかっていうのはまさにその脳幹網様体の活性化による作用ですね。

そうすると、これですね上行性の毛様体賦活系というのは姿勢調節を含むすべての四肢筋活動、すべての感覚刺激からその中に視覚や聴覚が含まれていくんですが、そういうものから送り込まれてくる活動電位がその脳幹網様体賦活系を活性化して、そこで覚醒レベルの維持向上と、もう一つマゲーン先生が指摘している神経活動水準の維持も起こってくるということですね。これが先ほどのあの顔面神経麻痺あるいは脳卒中後の顔面神経麻痺などにどうも関与しているというふうに考えた方がいいのかもしれませんが。こういうことですね。脳幹網様体が賦活してくるとそこで脳の活動水準が上がってくる。そうすると人間というのはどうしてもその能動性が上がってきて、これが感情の動きに影響したり、その活動を起こしたり、それからぼんやりして受け身の状態ではなくて何かに関心をもってそのものを見極めようとしたり、その手を出そうとするという活動性は当然その認知力を改善するということになっていきます。ですから歯科診療の現場で歯をちゃんと治療したら認知症が軽くなった、あるいは認知症らしいその症状は消えていった、という声が現場から届くんです。これはまさに咀嚼筋からスタートして網様体賦活系を経由して大脳全体の活動が活発化して、結果として個人に能動的な態度あるいは行動をもたらした結果であると考えられるんですね。これがその大脳全体の行動を調整するちょっと複雑なメカニズムで分かりにくいかもしれませんが、尿意を感じ、トイレに行こうという課題が起こった時にこれだけの大脳の各部位が強調して活動に参加する。脳幹網様体を刺激するってことはこの全体の動きを底上げするというふうにお考えいただければ十分だと思います。これですね。

今例にした尿意からトイレに行くところまで、その覚醒レベル、要するにぼんやりしてるといわゆるおねしょのような状態になるけれども、はっきりすると自分の置かれてる状況やトイレはどこであるかっていうことを認知してトイレに行くという行動に結びついていくんですね。それらには先ほどの複雑なメカニズムから外界の情報、記憶の情報、体内情報というものが動員されていくのですが、これら全部が活性化していく。だから認知症の人にはしばしば尿失禁が出てきますけども、そういうことがなくなっていく。自ら手を出して食事をとる。それから話をする。笑顔を浮かべる。というふうな行動全体が活発になっていってその人はもう認証ではないのじゃないかという評価になっていく、というようなことなのです。模式化して書くところのことです。咀嚼筋や、水分の話とかこういうものが覚醒水準から認知症を良い方向に導いていくことを示しております。

今度はその大脳皮質を活性化した活動電位が下ってくるわけですね。下降性毛様体賦活系というのがある、この周辺に顔面神経核なんかが存在しているわけです。だから大脳皮質を活性化し

たその活動電位が今度は下りながらそこら辺りにある顔面神経などを活動状態に刺激していく。だから15年前にその顔面神経麻痺で左顔面がダランとしていた女性が何で入れ歯を治したら左の顔面神経がちゃんと動くようになったのかというのがこういう脳も含めたメカニズムから考えると当然そうなるのだからということになります。

もう少し話題を広げて、認知症というものをテーマにして、認知症に対して歯科はどれだけ貢献できるのかということ一度考えてみようと思います。我々が認知症と簡単に呼んでいるのは認知障害を起こしてきた人たちなのですから、その②で書いてありますが認知というのは様々な研究者が指摘しているのが非常に能動的な行為なんだということです。つまり人は見ようとするものしか見ることができない。人は聞こうとするものしか聞くことができないという風なものです。口腔機能は活性化。その義歯を治して口がしゃんとしてきた。普通のご飯をちゃんと口で噛んで食べることができるようになってくる。そういうことが先程言った脳の活性化から結果的にその状況での能動的態度そういうものを活性化して認知行為を覚醒化して、つまり今までは何でもいいわと思ってぼーっとしていた人が興味のあるものを見ようしたり、あるいは聞こうしたり、あるいは手探りで探ろうしたり、そういうようなことが起こっているんですね。それが認知障害によるその症状の消失軽減を当然のごとくもたらしてくる。

だから歯科の臨床医の先生がクリニックで入れ歯を治してあげたら認知症が最近いいんだよねっていう風なことを時々おっしゃいますが、あれは全く正しいメカニズムによる結果なんだということになります。そうすると過去に歯科会で厚労省の補助金研究なんかで行われたこれ、有名な研究で神奈川歯科大学の先生達ですかね。歯がないと認知症になりやすいという事を実証した。これは世界的に非常に大きな価値のある研究だと思っています。20本以上歯を持っている高齢者と、注目すべきなのは、歯がほとんどないのだけれどちゃんと義歯を使ってる人。それから歯がほとんどなくて義歯も使ってない人。義歯を使ってさえいれば健康な歯が20本揃ってる人と認知能力が変わらないんだということですね。この研究成果というのは非常に大きなものを持っている。8020運動というのがありますが、しかし残念なことに歯を失う高齢者は相当多い。だけど次なる手段は義歯をきちんと先生方の力で用意してあげる。そうすればちょうど今問題になってる認知症の問題というのは歯が全部揃っている人と同じ所まで引き下げることができるんだということになっていますね。

そうするとこれは私が機会あるごとに強調していることなのですが、歯科は高齢社会の介護問題に対して十分大きな救済方法持っている。それは何も難しい事ではなくて高齢者の口腔機能を義歯も含めてしっかり健全化するという、ごく平凡な歯科の診療内容で十分なのだ。そのことによって先ほど言った、リハビリも何にもしない人が歩いたり、それから認知症の人が普通の人に戻ってきたり、そういう救世主的な結果がもたらされるんだ。この事を皆さま方がもうちょっと自信を持って自覚して世の中に示し、かつ高齢者の歯科診療についてこういう視点を持ち込んでおやりになるといいのではないかと。それからできるだけ広く国民にそのことを伝え、歳をとったら歯医者に行こうということが合言葉になるぐらいに広めていただければなと思っています。日本は要介護問題で非常に多くの社会資本を投入していますが、実は歯科は一種の盲点みたいな状態になっていると私は見えています。それは皆様のこれからの自覚と自信と治療に対する確信で解決していきましょうと思っています。今回はそのことを是非強調していきたいと思っています。それではご清聴ありがとうございました。私の講演はひとまずここで終わりにいたします。ありがとうございました。

質問:南 清和) 竹内教授から歯科医の方々にコメントを頂ければ、よろしく申し上げます。

竹内 孝仁) 私が河原先生のお仕事を拝見してびっくりしたのは、発表の中にも登場しますが、佐賀県の高森先生という歯科の開業の女性の先生ですね。この方が河原先生の技術を学んで総入れ歯の女性にその入れ歯を新調した。そしたらその女性が15年前に左の顔面神経麻痺を患っていたんですね。私はリハビリの医者でもありましたので顔面神経麻痺の起きている麻痺が自然回復、半年ぐらいで治る人を除いて、1年も2年も経っている人の顔面神経麻痺が治るはずがないと思っていた。そしたらなんとその入れ歯を合わせて綺麗に咀嚼ができるようになってきたら顔面神経麻痺が治っているんですね。明らかに治って表情が完全に左右対称になる。

摂食嚥下の話しとは別に、非常に多くの脳卒中患者さんが顔面神経麻痺を合併します。片麻痺と顔面麻痺はだいたいくっついてくるものなのです。愛知県の疋田先生の症例をお借りしたものです。古くなった脳血管障害後の顔面神経麻痺が義歯を装着して咀嚼が可能になってくると治ってくるのです。これは一体何だということ、昔から咀嚼は脳を刺激する。東京都の長寿研の研究者たちは脳の活動電位が活発化するということは言っていたんですけど、それと今回のこの現象というのはいったいどう結びつくのかということです。気がついたのは咀嚼に関与する筋肉の数の多さ。そして先ほどからその筋肉はいっぱい参加するという話が出ていましたけれど、実はそれだけではなくて一本の神経線維あたりの担当する筋繊維の数が少ないんですね。少ないってことは非常に多くの神経繊維が非常に細やかに筋肉の筋繊維を支配している。これを神経筋レシオ、神経筋比率と呼んでいます。ちょうどその比率は指と同じなのです。指が細く運動できるのは一本一本の神経繊維が支配している筋肉が一本で100本支配している。一本の神経線維が活動すると百本の筋繊維が同時に動くわけです。ところが一本が三本支配しているとその隣の3本の筋繊維が別の神経繊維が支配しますから非常に細やかな運動ができる。そういう性質を持っているわけです。

私どもは子供の頃遊んだこよりを口の中に入れて口の中でペロを使って蝶結びにしてべろっと出すという遊びです。そういう非常に細かい運動ができる、そうすると、これはマグーンという人の生理学ですけど、身体じゅうの筋活動というのはそれが終点なのではなくて活動した筋電位が同時に脳に逆流して上っていくのです。それが脳幹網様体賦活系を活発化させるのです。つまり分かりやすく言えば、覚醒水準を引き上げる。そうすると脳の神経全体の活動レベルが向上して、一つは覚醒水準が上がっていく。一つは認知という機能も活性化してくる。それが今度下降性に活動が下っていく時に途中にある脳神経細胞を全部刺激しておりていくわけです。だから途中にある顔面神経核は当然刺激されますから、こうなっていた顔がちゃんと左右均等になるということが起こったのです。私は昔若い頃に顔面神経麻痺低周波電気刺激をよくやっていたんですけど、あの頃やっていたのは全く馬鹿みたいな話で、実は咀嚼というものに目を向けて咀嚼に関与する筋肉の豊富さ、学生時代も覚えるのが嫌でほとんどああいうのは無視していましたけど、あの世界の中に人間の全体の活動性とその局所の活動が引き上げられて行くという、そういうセオリーがあるんだということですね。

それは今義歯ですけど、もうちょっと先にいって咀嚼というくりでまだ歯のある人たちにもどういう助言ができるかということを顎咬合学会で極めていただけるとありがたいのではないかなと思って大変期待をしています。

質問:南 清和) 胃ろうの方をすべて常食にしたというお話ですが、先生が常々いわれている「常食が一番安全である。ペーストとかドロドロしたものは危険である」そこに関して少しお話いただけますでしょうか。

竹内 孝仁) 全国老協と手を組んで全国特別養護老人ホームに入っている高齢者 6000 名についての咀嚼・摂食にまつわる調査をやったのですね。特養では常食からおかゆ、ペースト食、ミキサー食と調査しやすい豊富な食形態がそれぞれまんべんなく数多く使われている。しかも全体で 6000 名の調査ができたんですね。何をもってその誤嚥とか嚥下の問題を関係付けるかということですね。ご承知のようにムセという現象。あれは潜在的な誤嚥なのですね。気管に入るからムセで飛ばすということが起こるのです。日常観察でムセの問題を何段階かに分け、一口ごとにムセるのが最重度。誤嚥の一手手前です。そのように分けてやってみたら歴然としているのは食形態が柔らかくなり流動化するに従ってムセがひどくなって、常食は全くムセることがない。それはなぜかと言うと常食はやむを得ず飲み込む前に咀嚼する、だから嚥下そのものは咀嚼の結果なのであって、それ以外のものではないのだと。それからいろんな歯科関係のものも調べたり、研究者に聞いてみましたが実は嚥下反射は実在しないという意見がかなりある。それからネットでよく利用する百科事典ウィキペディアでは嚥下反射という項目が記載されていません。ああいう百科事典は非常に権威ある学者がバックにいますけれどもないものは記載しないのですね。私は永く医科歯科大学におりましたので歯科の顔見知りになった先生たちに聞いてみると、嚥下反射はないのだよ。口から始まって肛門に至る消化管の運動というのはすべて蠕動運動なんだ、と。そして飲み込むという動作は蠕動運動の最初の動きなのだ。だから反射でもなんでもないのだっていうことを教えてもらって、改めて歯科の本を見てみたら嚥下反射という言葉があつたりなかったりですね。やっぱり飲み込みのところを開いて、どうも嚥下を反射として説明しきれないようなものが多分あるのだろうと思うのですね。生理学的に言えば医学の反射というのはどういう入力があつてどういう反応、反射運動があるのか。しかも非常に早い。瞬き反射にしても膝を叩いてポンと上がるのにしても反射というのは非常に素早い逃避的な反射なのですが、しかし嚥下はゆっくりした運動なのですね。しかも刺激入力系が単シナプスで行われているのではなくていろんな筋肉が参加している協同運動なんだということが波及的に分かってきて、結論から言えばやっぱり十分に咀嚼することは安全な嚥下を引き出す。私はリハビリの専門医の頃に今の学会と、摂食嚥下リハビリテーション学会ですけれど、同じような検査をやって、誤嚥、ムセる人に食べるなど言っていましたね。私は自分の医学生涯の中であれだけは間違っている。痛恨の思いを今噛み締めているところですね。もうちょっと咀嚼というものに我々は真剣に向き合うべきだな、と感じます。こんなに安全な食物摂取法はないのだということを自信を持って皆さま方にお伝えできればと思います。しかもその治療を握っているのは歯科学会、歯科医なんだということをもうちょっと自信を持って、確信をされるといいのじゃないかなと思います。余分なことですけども。よろしいですか。

南 清和) ありがとうございます。

竹内孝仁先生講演終了

(ディスカッション)

座長質問:南清和) 私も訪問歯科 15 年行かせてもらっていて、自分の患者さんでもですね、実際食べれてるのに、本人食べたい、家族も食べさせてあげたい、でも医科の先生はダメというのが多いんですね。義歯調整をしてフードテストをしたりして実際は食べても、現実あった事なんですけど、「いや、先生がいる間は誤嚥しないけど後で誤嚥します。だからできない」と。そういう医科の先生が多くて。ムセも何もありませんよ。常食を食べれるんですけど。どちらかというと誤嚥性肺炎で熱発を起こしたり、なくなるかっていうのは、体力の問題と、サイレントアスピレーションという、夜間の口腔の状態は悪い、唾液の嚥下によって誤嚥性肺炎を起こすことが多い。窒息はもちろん気をつけないといけないと思うんですが、誤嚥することによって誤嚥性肺炎になって、だから食事形態をあげられないという、医科の先生方もたくなに、これ多いんです。それについてお考えをお聞かせ下さい。

竹内孝仁) 用心深くそして科学的にやるべきだと私いつも思ってるんですけど、ペースト食とかミキサー食の人を全員常食に戻すという運動を特養でやって、150~160 施設が 100%常食になり変わっていったんですね。その時にそれ以前の形態でミキサー食と呼んでる流動あるいはペーストの人にケアの時の注意としては半年ぐらい流動食を続けていた人の嚥下の特徴なんですけど、丸呑みなんです。だからそういう人にハンバーグをポーンとやるとハンバーグをあたかも流動食であるかの如くごっくと飲んじゃう。それで窒息が起こる。だから介護職たちに私どもは指導してるのは嚥ませなさい。口に普通食を入れるんだけど嚥みなさい。嚥むんですよ。嚥みなさい。はい 1、2、3、4 と言って一口の食べ物に対して 30 回嚥ませる。それで 3~4 日やってると本人も嚥むという習慣ができてきますからそうなったらむせもなく常食を食べることができる。それをやっとならないとですね普通食を全部丸呑みに、流動食の時の嚥下パターンのまんま摂ろうとします。これは非常に危険だということですね。もう一つ誤嚥性肺炎をどう理解するかということになるんですけど、誤嚥という言葉の意味は本来食べ物や水分が食道から胃に落ちていくべきものが気道に入るのを誤嚥っていう言い方をしている。誤嚥性肺炎っていうのはあたかもその食道に入るべきものが気道に入ったことによってその結果的に肺炎を起こしてるんだという誤った解釈が多いですね。さっき南先生がおっしゃったようにそういうものを誤嚥性肺炎って言ってるんじゃない。実は夜間に解剖学的な位置で、あるいは老化による反射の衰えから不顕性の気道内唾液流入が起こる。それが気管から肺にかけての免疫系の力が落ちてる時に起きて最終的には炎症状態を引き起こしてくる。だから医科の臨床をやっていて最終的に誤嚥性肺炎という診断がついたとしてもこの誤嚥性肺炎がいつ起こったか分からない。数ヶ月前にすでに肺炎が起きているかも知れない。細菌の多い唾液が体力の脆弱とか免疫力の衰えで発症してたのかもしれない。あるいは夜間の不顕性誤嚥がないにしても普段生産される痰が防御力が落ちて肺炎状態まで行ったのかもしれない。だから誤嚥性肺炎という言葉の誤解が非常に多いですね。そうなんです、それを我々が言うべきなんです。飲み込みが悪くて肺炎になったんじゃないですよ、ということをやらないといけないですね。

南 清和) ありがとうございます。