User's Voice
ENT Vol.1

西山 耕一郎先生
西山耳鼻咽喉科医院
院長



摂食嚥下障害の訪問診療における シングルユース内視鏡の有用性

超高齢社会への時代背景と共に、嚥下機能検査の重要性、そして、現場におけるシングルユース内視鏡の有用性について、西山耳鼻咽喉科医院 院長 西山先生に伺いました。

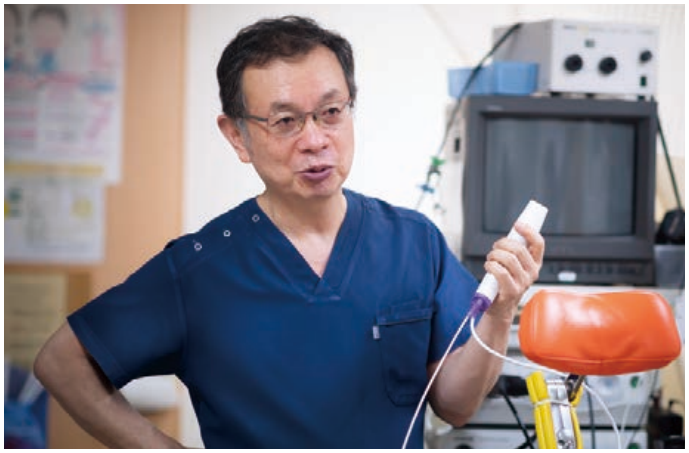
超高齢社会と嚥下障害

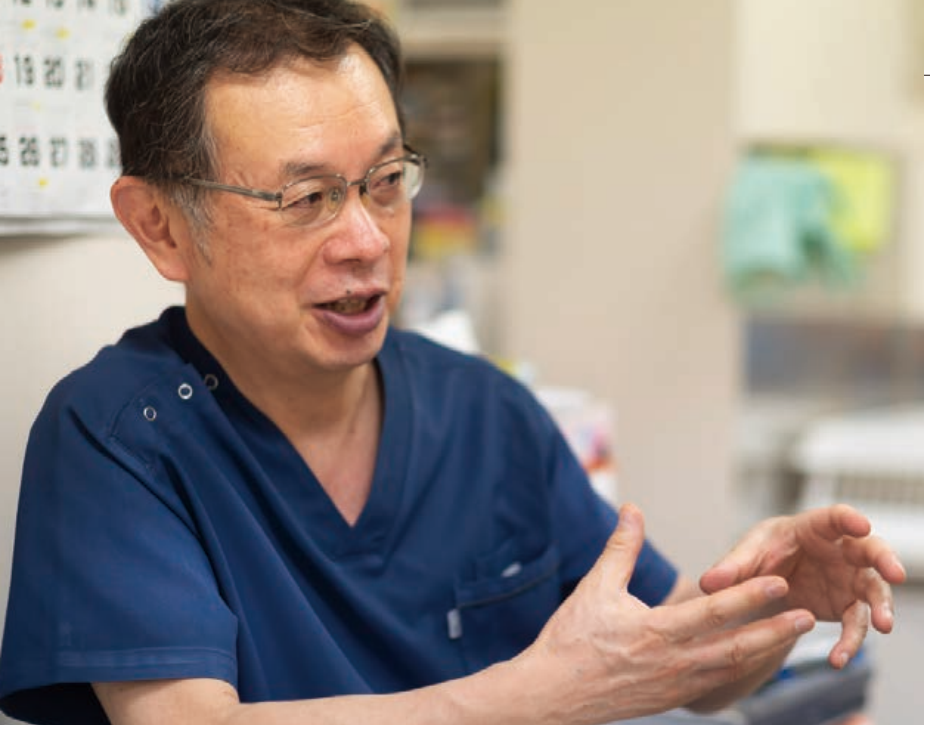
耳鼻咽喉科医の立場から、
現在の社会背景をどのように見ていますか。

海外に比べて、日本は明らかに高齢者が増えて超高齢社会になっていますよね。高齢者になると嚥下機能はどうしても低下します。それにより、数年前までは 1 回誤嚥性肺炎を起こしただけで、簡単に禁食にされ、胃瘻を作られてしまう症例もありました。最近ではさすがに胃瘻は作りませんが、やはり禁食のまま経鼻胃管になり退院になると、経鼻胃管の管理など、ご家族への負担が増えることもあります。

だからこそ、嚥下障害が起きた原因を考え、嚥下機能をきちんと評価し、それに対する治療法を見つけることができれば嚥下機能が良くなる可能性もあります。例えば、常食を食べて肺炎になっても、おかゆやミキサー食にすれば、肺炎を起こさず少し痰が増えるくらいで、何とか自宅で経過を診られる症例もあるのです。

なんでもかんでも安全安心のために禁食にするのはよくないと考えています。在宅治療を受ける方は、なるべく口から食べて、なるべく入院を回避できれば、医療費の削減にもつながると思います。1 回誤嚥性肺炎で入院すると数十万円かかります。それを大体 3 回から 4 回繰り返して終末期を迎えるということが多いです。最後まで口から食べさせてあげる方が、ご家族の満足度も上がりますし、医療費の軽減にもつながります。





昨今、耳鼻咽喉科医が嚥下機能評価、嚥下内視鏡検査をしようという機運が出てきています。耳鼻咽喉科の開業医で嚥下内視鏡検査をしているのは少数で、勤務医の大部分は嚥下内視鏡検査をしていますが、それを開業医も大部分が行えるようにしようと学会も力を入れていて、日本臨床耳鼻咽喉科医会で「嚥下診療マニュアル」を作って、配布の準備を進めています。

やはり先生方も嚥下に対する
社会ニーズを感じておられるのですね。

そうですね、医療は時代の流れとともに社会ニーズも変わっていきます。その病気が増えてくれば、それに対応するように、その病気を診られる医者を増やしていくというのは、やはり社会ニーズですから、社会貢献的にも医者は自発的に働きかける部分があります。

嚥下障害の予防という観点ではいかがでしょうか。

飲み込みが少し悪い程度であれば訓練すればある程度良くなります。悪くなる前に訓練することが必要です。歩かないと歩けなくなるのと同じ原理で、ゴックンさせないと、どんどん筋力や飲み込みの際の反射運動が低下します。栄養管理に関しても、今はある程度補えます。

診療所の役割

診療所ではどういった取り組みをされていますか？

診療所の役割というところでは、入院する前の段階、なるべく入院させないように頑張っていただく。勤務医の負担というのは非常に大きいので、負担を少しでも軽くしてあげたいと考えています。誤嚥性肺炎は夜間に救急で運ばれ入院することが多い。救急医の負担はものすごく大変ですよね。それを少しでも減らせればと思います。

つまりそういう患者さんを
事前に見つけることが大切なのですね。

そうですね、一般外来では、1 日に 100 人前後毎日診ていますが、嚥下障害の患者さんは 5、6 人くらいです。コロナが流行する前は、当院では高齢者の飲み込みの体操教室を実施していて、毎週体操に参加されると、結果として嚥下機能の維持ができていました。

摂食嚥下障害の訪問診療

西山先生は往診もされてますが、シングルユース内視鏡を
どのようなご施設でご使用頂いていますか。

在宅や特別養護老人ホーム、そして、リハビリテーション専門病院です。リハビリテーション専門病院は約 300 床あり、嚥下障害の方が半分くらい、気管切開の症例が100 人ほどいらっしゃいます。

嚥下障害では、しばしば気管切開されているんですけど、実際にはカニューレ交換とか嚥下内視鏡検査を私がすべて行うのは難しいため、施設の先生方が選択し、月1回行って、1日で大体3件から5件ぐらいの内視鏡検査をして、カニューレ交換を 15 件ぐらいして、というのをやっています。また嚥下障害だけじゃなく、音声障害の患者さんも診ています。反回神経麻痺や迷走神経麻痺が起こり、声が出なくなったり、声がかすれてしまった患者さんがいますので。

それで往診時、内視鏡を持っていきますが、耳鼻咽喉科の開業医は往診用のデバイスを持っていないことが多いですね。電子スコープのタワーしかないと、持ち運びできないですよね。嚥下機能評価はできるのに、そんな医師に限って往診用のデバイスを持っていなかったりする。これは1つの課題です。

**現場には患者さん以外に
どういったスタッフがいるのでしょうか。**

看護師さん、言語聴覚士（ST）さん、介護士さんとか。実際その患者さんの食事介助などをしてくれる方がいるので、一緒にモニタを見ながら患者さんにおかゆなど食べてもらって、こういうポジショニングにすれば、誤嚥のリスクは減らせますよ、肺炎になりにくいでしょうと、教えたりしています。あと、この食事形態はやっぱり食べられるけど、この食事形態は誤嚥する、そういうのが直接分かりますからそれは素晴らしいですよね。

内視鏡の運用

現在運用されている内視鏡について教えてください。

aScope ライノラリンゴに加えて、電子スコープを2本と、ファイバースコープを1本持っていて、それを回して使っています。使用済の内視鏡は、スタッフが1回水洗いして、汚染物を取ってから自動洗浄機を使ってきちんと洗浄を行います。1 日の検査件数は、喉頭ファイバー検査が 10 件と、嚥下内視鏡検査が5件ぐらいです。時間的には 15 分から 20 分くらいかかります。

**その使い分けは
どのように決めておられますか。**

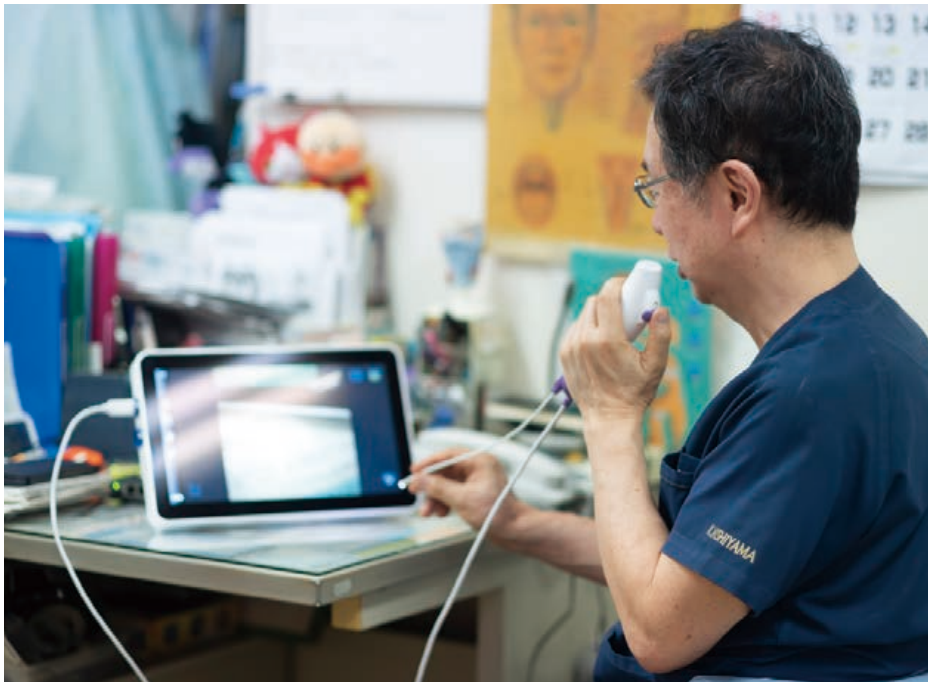
往診でなければ、やはり外来は電子スコープを優先しますね。画質が明らかに良く、録画もできますので。嚥下検査では、なるべく電子スコープで行い、画像を撮って保存し、嚥下の状態をご家族やご本人にお見せします。1カ月とか半年前と比較して、今、良くなっているのか、それとも悪くなっているのか、そのへんのことをちゃんと客観的な評価としてデータに残しています。

**往診時も外来と同じような
内視鏡操作をされますか。**

しますよ。こうやってやりながら、患者さんの鼻に入れて、右手で行うとすごく楽ですよね。それに、明るさも良いですね。暗いと誤嚥や癌があるのを見落とす場合がある。これは明るいから誤嚥を見落としにくい。それと、とても軽くて持ちやすく手になじむのも良いと思います。持ち運びしやすいですし、画像はファイバータイプのものより、とても画質が良いですね。フォーカス調整も不要で、被写界深度も深く、画像をすぐ取り出せる。動画を撮りながら静止画を記録できるのも良いです。モニタはこれぐらいの大きさがあれば、周囲のメディカルスタッフや介護職の人たちにも十分見せながら説明ができます。

**当社のシングルユース内視鏡の利便性を
どのように感じますか。**

往診では、今まで重たい機材をたくさん持って行っていましたが、余計な機材を持たなくてよくなった分、負担が減りました。それに、内視鏡を 1 本しか持って行けず、1 日 1 件しかその施設で患者さんの検査ができなかったわけです。それが aScope ライノラリンゴを持って行けば、例えば 3-4 本持って行けば1度に 3-4 人の診察ができます。病棟も同様に、タワーをゴロゴロ病棟まで押して行くよりかは、aScope ライノラリンゴがあれば、必要な本数を病棟に持って行き、その病棟の患者さんを1度に診られます。そうしたら本当に負担が減りますよね。また、モニタも従来品から比べるととても軽いです。



これからの展望

最近、チーム医療として行われた嚥下治療の臨床報告を学会などでも見る機会が増えてきましたが、やはり嚥下治療は専門領域にとどまらず、NST チームによる包括的な取り組みが進んでいるのでしょうか。

そうですね。例えば、神経難病の患者さんが増えてくると嚥下障害も増えてきますよね。だから大学によっては、神経内科の先生たちが、嚥下造影検査をやっているところもあるわけですよ。やはり神経難病は必ず嚥下障害が起きますから。

そうなると、嚥下検査やケアをもう少し手厚くしていく必要がありますよね。

アメリカやヨーロッパでは、医師の管理下でSTさんによる嚥下内視鏡検査での機能評価が行われています。おそらく日本でも、10年後にはSTさんが内視鏡検査をしている気がするんです。海外がそうだから。やはりきちんとした嚥下機能評価と病態診断をすべきです。リスクを考えた嚥下機能の維持（トレーニング）やなぜ嚥下障害が起きているかを診断し、適切な治療をすることで、嚥下機能を良くすることができますから。日本では、耳鼻咽喉科医がいない病院も多くありますので、STさんが検査をする時代が来ることを期待しています。



シングルユース内視鏡の展望についてお聞かせ下さい。

医師の負担が減るという点で、往診とか病棟に特化してもいいと思います。シングルユース内視鏡は必要な数を持って行けば同時に検査できる。そして、食事が原因の誤嚥性肺炎が減れば、さらに看護師さんの負担も軽減できると思います。また、肺炎の治療をすれば高額な費用になりますが、不要な医療費を削減できる可能性が高いので、予防医学の観点からも社会貢献になるでしょう。あとはこのデバイスで音声録音ができるようになると利便性が大きく上がります。嚥下機能評価の時に、画像だけではわからない部分、惹起遅延、ゴックンする間に遅れるのがすぐ分かるので、今後の開発に期待したいと思います。

西山先生、ありがとうございました。

Ambu aScope ライノラリンゴ
認証番号：303AFBZI00027000
医療機器の種類：管理医療機器・特定保守管理医療機器
【選任製造販売業者等の氏名又は名称等】
選任製造販売業者：アンブ株式会社
製造元：Ambu A/S（デンマーク）

Ambu エービュー 2 アドバンス
届出番号：13B1X10461000001
医療機器の種類：一般医療機器・特定保守管理医療機器
【製造販売業者等の氏名又は名称等】
製造販売業者：アンブ株式会社
製造元：Ambu A/S（デンマーク）

本製品の適正使用については、ご使用前に、添付文書を必ずお読み下さい。
改良のため、仕様・外観を予告なく変更することがありますのであらかじめご了承下さい。無断転載・転用は禁じます。

Ambu

アンブ株式会社
〒102-0084 東京都千代田区二番町 12-3 グレイス麹町 10 階
www.ambu.co.jp

©2026 Ambu KK UV-ENT-1-HCP-Ver2.0-2026-09