

2 摂食・嚥下障害への取り組み

1) 咀嚼の観察と食形態の選択 (表1)

高齢者の咀嚼機能を観察するうえにおいて、最も重要な要素は咬合支持（上下の歯、特に臼歯部においてお互いに噛み合う場所）の存在である。咀嚼力を最も発揮できるのは天然歯同士の咬合支持であり、義歯同士のみでは得られない場合、その能力は極端に低下する。さらに、咀嚼の可否を判断するとき、舌と頬の運動がいかにか下顎の動きに協調しているか評価することは重要である。歯を失い、それに代わる義歯を何らかの理由で使用できなくなると、顎間（歯ぐき）によるすりつぶしで対応せざるを得なくなる。ついで、食物の顎間への移送が困難になると、舌と口蓋による押しつぶし中心の処理となる。さらに、押しつぶしや咽頭への移送すら困難になる場合もあり、この際には、嚥下のみの対応となる。咀嚼機能の評価は、咀嚼側への舌の動きと口角の引きが咀嚼の可否の指標となる。咀嚼をしなければならない食品であるかの判断は、提供者がその食品を実際に歯で噛むことなく嚥下してみることによって理解できる。さらに、咽頭収縮の圧力で、ある程度の大きさにつぶれることが、安全に嚥下できる条件になろう。ただし、高齢者は若年の健常者ほどの咽頭の収縮力をもっていないということを十分に考慮しなければならない。さらに、舌による押しつぶしの運動が可能であると判断した対象者への食事、提供者が実際に歯を使うことなく舌で食品を押しつぶしてみるとその適否が判断できる。摂食・嚥下機能に即した食形態を提供できない場合、窒息や誤嚥の危険性が高まることになる。

(表1) 必要な問診項目

食形態

摂取食形態の聴取、食形態の変更の有無、食べにくい食事は何か

臼歯部咬合支持の存在

天然歯同士の咬合支持の有無、義歯の使用状況

歯の問題

疼痛を有する歯の有無、動揺歯の有無

口腔乾燥

口の渇きの有無、食事時の頻繁な飲水

食事状況

むせの有無、食べこぼしの有無、口腔内の食物残渣の有無、食事時間（少なくとも、30分以内に食べることができているか）、食事量の変化、

流涎の有無

服薬内容

口腔乾燥の原因になる薬剤の有無、口腔の運動障害を副作用にもつ薬剤の有無

2) 摂食・嚥下機能の評価

(1) 摂食・嚥下障害を疑う症状 (図1)

①食事にむせることがある

むせは誤嚥や喉頭侵入を疑う最も重要な症状であるが、不顕性誤嚥と呼ばれる誤嚥や喉頭侵入を起こしていてもむせる反応が起こらない、または、遅れることがしばしば見られるので、注意が必要である。

②唾液が口の中にたまる

1日に平均1～1.5Lほど分泌される唾液は口腔内に溜まり、ある程度の量になると嚥下反射が惹起され処理される。しかし、嚥下反射が惹起しない、または、十分な嚥下ができない場合には、口腔内に唾液が貯留する。唾液が貯留する症状が出たときに、唾液の分泌が多くなったのではないかと考える人が多く存在する。しかし、これは嚥下障害の症状とみるべきである。

③飲み込むのに苦労することがある

加齢や脳血管障害などによる運動障害によって、咽頭収縮力が弱まった場合には、嚥下の際に、困難感を訴える。また、食道腫瘍など、食物の通過路に器質的問題がある場合には、これらの症状は顕著となる。食物の咽頭残留感を訴える場合もある。

④声が変わった (湿性嗄声)

声帯、喉頭前庭や喉頭口周囲に唾液や食物が停滞した場合に発せられる声であり、湿ったようながらがら声として聴取される。食事を始めると発せられる場合がある。

⑤食事を残すことが多く、体重が減少する

摂食・嚥下障害の結果、必要なエネルギーや栄養素を摂ることができなくなる。食事時間の延長は、疲労を招き、誤嚥や窒息の原因にもなる。1ヶ月に体重の5%以上、半年で10%以上の変化は、栄養状態にとっても問題のある変化となる。

(2) 摂食・嚥下機能の評価法

①スクリーニング法

- i 喉頭挙上の触診、反復唾液嚥下テスト

嚥下の際に喉頭隆起に指の腹を当てて唾液を嚥下するように指示し挙上する喉頭の動きを触診する方法。指示してから嚥下運動が起こるまで時間がかかる、または、喉頭隆起の挙上が十分でないなどを診断する。この方法を標準化したものに反復唾液嚥下テスト（Repetitive Saliva Swallowing Test：RSST）がある。これは、被検者に「できるだけ何回も“ゴックン”とつばを飲み込むことを繰り返してください」と指示し、嚥下回数を観察値とする。唾液の分泌不全がある場合は1ccの人工唾液をあらかじめ口腔内に噴霧してから行うようにする。30秒間で3回以上を正常値とする。



（図1）摂食・嚥下障害を疑う症状

東京都多摩立川保健所資料より許可を得て転載

ii 水飲みテスト

水を飲ませることにより、時間、むせの有無、飲み方について記載する方法。検査に用いた水は誤嚥しても安全性が高く、在宅などでも行える方法。しかし、著しい誤嚥が予想される患者には負担が大きい。

（表2） 水飲みテストの方法

常温の水 30mL を注いだ薬杯を椅座位の状態にある患者の健手に手渡し、「この水をいつものように飲んでください」と言い、飲み終わるまでの時間、プロフィール、エピソードを観察する。

「プロフィール」

1. 1回でむせることなく飲むことができる
2. 2回以上に分けるが、むせることなく飲むことができる

3. 1回で飲むことができるが、むせることがある
4. 2回以上に分けて飲むにもかかわらず、むせることがある
5. むせることがしばしばで、全量飲むことが困難である

「エピソード」

すすむような飲み方、含むような飲み方、口唇からの水の流出、むせながらも無理に動作を続けようとする傾向、注意深い飲み方など

プロフィール1で5秒以内：正常範囲

プロフィール1で5秒以上、プロフィール2：疑い

プロフィール3～5：異常

②頸部聴診（写真1）

喉頭の側方に聴診器を当てて、呼吸音や嚥下音を聴取する方法である。健常者の嚥下では、清澄な呼吸音、それに続く嚥下に伴う呼吸の停止、嚥下に伴うクリック音、そして、嚥下後の清澄な呼吸音が聴取される。一方、嚥下障害患者の場合には、嚥下前より湿性音 (wet sound) や嗽音 (gargling sound) が聴取される。試料の嚥下にあたっては、呼気または吸引により咽頭内、喉頭内の貯留物を除去してから行う。試料（少量の水など）の嚥下の際には、長い嚥下音や複数回の嚥下音、泡立つような音 (bubbling sound) が聴取される。その後、湿性音 (wet sound) や嗽音 (gargling sound) が聴取される場合には、誤嚥や喉頭侵入、咽頭残留が強く疑われる。

③嚥下内視鏡検査（写真2）

摂食・嚥下機能の評価のうち、ゴールドスタンダードともいうべき、嚥下造影検査 (VF) に代わって在宅診療において有効な方法は、鼻咽腔ファイバーによる嚥下内視鏡検査 (VE) である。鼻咽腔ファイバーは、持ち運びが可能であるため、施設や在宅などの生活の場での使用に適している。これにより、被検者に無用な緊張を与えることなく、日常に近い形で検査が可能である。さらに、試験食として通常の食事を用いることができるため、有用である。また、家族や介護職などの立会いの下での検査が可能で、食形態の調整や代償姿勢などの食事の環境整備のための情報の共有ができることから、有用性が高いと言える。



(写真1) 管理栄養士などの施設職員と行う
嚥下機能診断：頸部聴診を行っている



(写真2) 在宅診療における嚥下内視鏡検査：
左から家族、ケアマネジャー、看護師、
介護士が検査に立ち会う