

# 摂食・嚥下機能の評価と対策

市村歯科医院 市村 和夫

## はじめに

近年、肺炎は死因の第3位となり、その多くが高齢者に集中している。肺炎の原因は、報告によっては半数以上が誤嚥に起因する誤嚥性肺炎と言われている。また肺炎のみならず窒息による死亡事故も年々増加傾向にある。よって今、介護現場では食事に対して非常に関心が高まっている。しかし、リスクを重視した結果、食事の全てをペースト状にしたり、最悪の場合、胃瘻造設となってしまうことは珍しくない。確かに嚥下障害が重篤な場合、そういった対応をせざるを得ない時はある。しかし、食事に対し適切な対策をとることで、ある程度形のある物が摂食可能となり、時には胃瘻造設をも回避可能なケースがある。またやむを得ず胃瘻造設を行った後でも、機能に応じ少量ながら経口摂食可能なことが多い。本稿では嚥下障害の見分け方やその対策、口腔ケアの方法等を紹介し、さらに調査した結果、胃瘻造設者がどの程度食べる能力を有しているかを報告する。

の小型のものが適している。聴診する位置は甲状軟骨（喉仏）の横やや下方に置くとよい。基本的には嚥下音の強さ、嚥下前、嚥下後の呼吸音、嚥下するタイミング等に注目して聴診する。頸部聴診は適切に行われると、嚥下内視鏡による検査結果との整合性が約8割程度までであるといわれている。

## 嚥下障害の対策

嚥下障害が疑われた場合、最初に行うのは姿勢の補正である。頭部が後屈し、やや上を向いた姿勢で摂取している場合は、クッションを頭の後ろにはさみ、できる限り頸部前屈を心がける。また脳血管障害等により片麻痺がある場合、よく麻痺側に傾いたまま摂取しているのを見かける。口腔内にも同様に麻痺がある場合は、傾いているために食べ物の多くが麻痺側に流れ、あえて麻痺側を使用し食事していることとなる。傾いた姿勢をまっすぐに整えるということも非常に大きな意味を持つ。

次に行うのは食形態の調整である。刻むと散らばりやすいものでむせてしまう場合、あんかけなどにしてまとまりやすくするとよい。水分等サラサラしたものでむせが多い場合は少しずつトロミ剤を付与したり、ゼリー化したりするとよい。固いものが苦手な場合、いきなりミキサーにかけるのではなく、圧力鍋等で柔らかくすることから始めるとよい。またベトナムが強い物でムセが多い場合、水分やゼリーなど流れのよい物を交

互に摂取し、口腔内や咽頭の残留を流すようにするとよい。

## 口腔ケア

口腔ケアを行うことも、誤嚥性肺炎予防につながる。口腔ケアを行う際は、ケア中の水分や唾液を誤嚥しないようしっかりと頸部前屈を心がけなくてはならない。また、歯の清掃のみならず、舌や口蓋、頬粘膜等に痂皮や乾燥した痰の付着が無いかを確認し、認められる場合には水分で湿らせた後、歯ブラシ等で少しずつ除去する必要がある。

さらに何故このように、痂皮等が付着してしまうか理由を考えることも大切である。通常、口腔内は自浄作用が働き痂皮等が付着する事は無い。しかし、発語が無く、経管栄養のため経口摂取をしていない場合等、口の動きがなくなり自浄作用が働かなくなるため、痂皮等が付着してしまう。よってそのような口腔内の場合、ただ汚れを取るのみではなく、口唇を締めたり伸ばしたりする口唇ストレッチや頬を口腔内から上下・前後に伸ばす頬粘膜ストレッチ、さらにはガーゼ等で舌を左右・上下に伸展させる舌ストレッチや、舌圧子等で舌背部や舌側面を押し反発してもらうことで舌の力を向上させる舌機能訓練を行うとよい。

付着した汚れを除去する口腔ケアを器質的口腔ケアというのに対し、このようにストレッチや機能訓練を行う口腔ケアを機能的口腔ケアという。器質的口腔ケアのみでは、除去した汚れもまたすぐに付着してしまうが、機能的口腔ケアを行うことで少しずつ口の動きがみられ汚れが付着しにくくなる。

## 胃瘻について

最後に胃瘻についての調査結果を述べる。胃瘻造設者で当院に摂食・嚥下機能評価の依頼があった患者13名が、評価前と評価後で実際の位まで経口摂取が可能となったかを表4にまとめた。評価前は13人中10人が禁食であったが、評価し適切な食形態、摂取方法を指導した結果、11人が経口摂取可能となった。確かに、経口摂取可能となった者の中には1日数口が限界の者もいる。しかし、わずか数口の経口摂取が誤嚥性肺炎の予防につながるという報告もあり<sup>1)</sup>、医学的な意義を持つ。またそのみならず、当然QOLの向上にもつながる。

先日当院の患者で胃瘻を造設している方が孫の結婚式に出ることができたという話を聞いた。嚥下障害の問題により結婚式で食べられた食事はスープ等少量であったようだ。しかし、もし仮に一切経口摂取が不可能であれば、その患者は結婚式に参加できたのであろうか？ 確かに3食経口摂取は難しい者も多く存在する。しかし、機能に応じ経口摂取をすることで食事の場面に参加することが可能となり、皆とコミュニケーションする機会が得られる。口から物を食べるということは味を楽しむことのみならず、人が人とコミュニケーションをする重要な手段なのではないかと考えられる。

## (参考文献)

- 1) Ueda K, Yamada Y, Toyosato A, Nomura S, Saitho E(2004): Effects of functional training of dysphagia to prevent pneumonia for patients on tube feeding. Gerodontology 21, 108-111.

## 嚥下スクリーニングテスト及び頸部聴診

嚥下障害の有無を見分けるためにはスクリーニングテストが有効である。表1、2、3に代表的な嚥下スクリーニングテストを載せる。また頸部聴診も有効である。加齢と共に喉頭は下がることが多いため、用いる聴診器は小児用等

表1 RSST 反復唾液嚥下法 (Repetitive Saliva Swallowing Test) \*

喉仏よりやや上に計測者が指を置く 自分の唾液を30秒間に何回嚥下できるかを計測
※嚥下障害患者では嚥下の繰り返し間隔が延長する 3回/30秒未満の場合嚥下障害の可能性あり

表2 改訂水飲みテスト (MWST)

冷水 3 ml を口腔底に注ぎ、嚥下を命じる
※嚥下後反復嚥下を 2 回行わせる 評価基準が 4 点以上なら最大 2 施行繰り返す 最も悪い場合を評点とする 3 点以下だと嚥下障害の可能性あり
〈評価基準〉
1. 嚥下なし, and / or むせる and / or 呼吸切迫
2. 嚥下あり, 呼吸切迫 (Silent Aspiration の疑い)
3. 嚥下あり, むせる and / or 湿性嘔声
4. 嚥下あり, 呼吸良好, むせない
5. 4 に加え, 追加嚥下運動が 30 秒以内に 2 回可能

表3 食物テスト (FT)

茶さじ1杯のプリンを舌背前部に置き、食べさせる
※嚥下後反復嚥下を 2 回行わせる 評価基準が 4 点以上なら最大 2 施行繰り返す 最も悪い場合を評点とする 3 点以下だと嚥下障害の可能性あり
〈評価基準〉
1. 嚥下なし, and / or むせる and / or 呼吸切迫
2. 嚥下あり, 呼吸切迫 (Silent Aspiration の疑い)
3. 嚥下あり, むせる and / or 湿性嘔声, and / or 口腔内残留中等度
4. 嚥下あり, 呼吸良好, むせない
5. 4 に加え, 追加嚥下運動が 30 秒以内に 2 回可能

表4 胃瘻造設者に評価対する摂食嚥下機能

対応レベル	評価前	評価後
①禁食	10名	2名
②1日数口程度の直接訓練レベル	1名	2名
③1日おやつ一品程度のお楽しみレベル	2名	4名
④1日1食~2食の食事摂取	0名	3名
⑤1日3食の食事摂取 (食形態調整要)	0名	1名
⑥1日3食の食事摂取 (食形態調整不要)	0名	1名