

摂食・嚥下障害の概要

産業医科大学リハビリテーション医学講座 佐伯 覚

1. 地域における摂食・嚥下障害の重要性

1) 要介護高齢者 280 万人、施設入所者 86 万人、入所者の 33%は肺炎で死亡する。摂食・嚥下障害と関連の深い誤嚥性肺炎が多い。

2) 低栄養・脱水・誤嚥性肺炎のみならず、「食べる楽しみを奪われた」QOL の低い状態であるという認識が大事。医学的側面ばかりでなく、人間の本来あるべき姿から治療の方向性を考えるべきである。

3) 摂食・嚥下障害を完治させることが治療の主目的ではなく、嚥下障害を有しながらでも上手にかつ、安全に摂食させる方法を見つけることが重要である。

4) 摂食・嚥下障害のアプローチとして、「摂食・嚥下障害の発見、診断と評価、嚥下のリハビリテーション(直接/間接嚥下訓練)、外科的(耳鼻科的)治療、代替栄養、リスク管理、その後のフォローアップ」がある。専門職種として自分がどの部分に関わりあっていけるか、また、他の関連専門職種の役割を認識することが、摂食・嚥下障害のチーム医療実践に役立つ。

5) 各専門職種のカバーできる範囲は限られており、各自の力量も異なっている。スタッフがそろっている施設はむしろ少なく、一施設内で治療できる範囲は限られている。チーム医療の内容は一施設内にとどまらず、患者さんを取り巻く地域の中で最適な治療が完結できるような地域システム作り(施設の枠を超えた連携)が必要であることを忘れてはならない。

2. 摂食・嚥下障害の臨床所見等

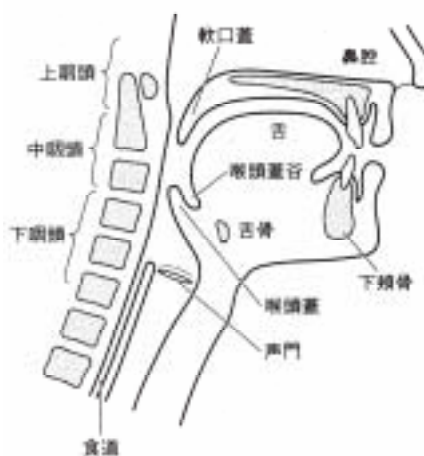
1) 病歴：分かりにくい(発見されにくい)のが特徴である。肺炎の反復、窒息・脱水・低栄養の既往、脳卒中、頭頸部腫瘍、神経・筋疾患の既往や加療状況、薬剤(睡眠薬、筋弛緩剤、抗精神薬、等)の服用、などをチェックする。

2) 臨床評価： 一般状態として意識レベル、呼吸状態はどうか、 知的機能として地方は、 口腔・咽頭の構造と機能に関して、口腔内の状態（う歯、歯肉炎、歯石、義歯、口腔内残渣、舌苔、唾液の性状、味覚）、舌・口蓋・咽頭の感覚、咽頭反射はどうか、 活動制限（ADL 低下）はどうか、 介助者はいるか、をチェックする。また、実際の食事場面の観察が重要で問題点が明らかとなる。 むせのない誤嚥（サイレント・アスピレーション）があることを忘れない（不明熱）。

< 摂食・嚥下過程 >

- ・食べ物を認知し(先行期),
- 口に入れる(準備期)
- ・口腔期(第 1 期)
- ・咽頭期(第 2 期)
- ・食道期(第 3 期)

< 摂食・嚥下に関与する器官 >



3. 誤嚥の病態

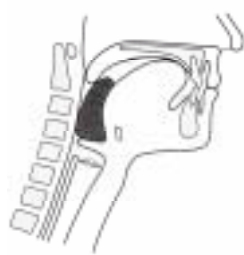
1) 摂食・嚥下障害の原因： 機能的な原因として、脳卒中、神経筋疾患、意識障害などがあり、 器質的な原因としては外傷、腫瘍、術後などがある。 医原性原因として、薬剤、手術・挿管による喉頭の浮腫や神経損傷、経管栄養チューブの圧迫などがある。

2) 摂食・嚥下障害の病態：そもそも、食物の通過経路（食道）と空気の通過経路（気道）が咽頭部で交差するという弱点を人間がもっている。 機能的障害 = うまく動かない、器質的な障害 = 構造が破綻、 心理的な障害（機能的かつ器質的な障害がないのに、食べれない）に区分される。

< 口腔期 >



< 咽頭期 >



< 咽頭～食道期 >



< 食道期 >



4. スクリーニング検査

1) 反復唾液嚥下テスト RSST

空嚥下を 30 秒間繰り返す。30 秒間に 3 回以上できれば正常である。安全かつ簡便な方法である。

2) 水のみテスト

手技：冷水 3ml を口腔底に注ぎ、嚥下を命じる。嚥下後、反復嚥下を 2 回行なわせる。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。

判定基準

1. 嚥下なし、むせる或いは呼吸切迫
2. 嚥下あり、呼吸切迫
3. 嚥下あり、呼吸良好、むせる或いは湿性さ声
4. 嚥下あり、呼吸良好、むせない
5. 4 に加え、反復嚥下が 30 秒以内に 2 回可能

3) フードテスト FT

手技：茶さじ 1 杯のプリンを舌背前部におき食べさせる。嚥下後、反復嚥下を 2 回行なわせる。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。

判定基準

1. 嚥下なし、むせる或いは呼吸切迫
2. 嚥下あり、呼吸切迫
3. 嚥下あり、呼吸良好、むせる或いは湿性さ声、
口腔内残留中等度
4. 嚥下あり、呼吸良好、むせない、口腔内残留ほ
ぼなし
5. 4 に加え、反復嚥下が 30 秒以内に 2 回可能