

臨床のヒント：認知症

※ 認知症はまず重症度の判定（ステージ）を知ることが大切です
 <FAST> を参考にしてください

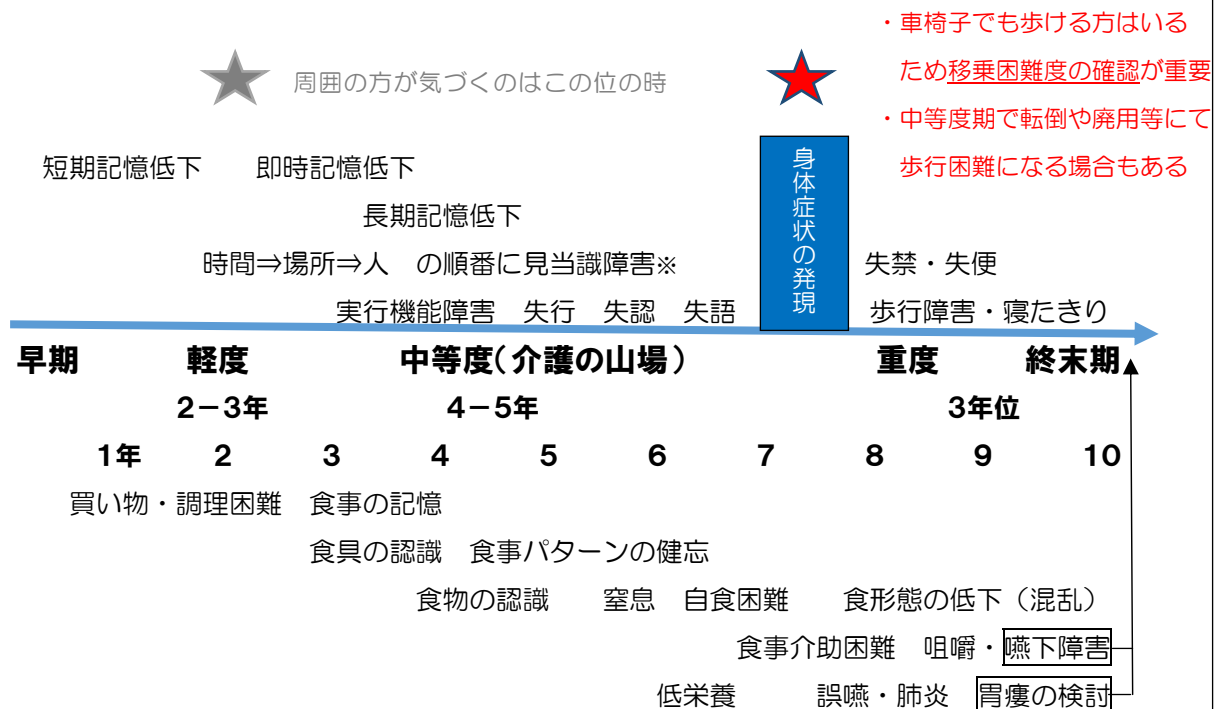
<http://www2f.biglobe.ne.jp/~boke/fastjp.pdf>

※ 次に、食の BPSD 研修資料@医療者向け：WORD で対応を学びましょう

※ ステージを知るためのキーワードは「★物忘れが出始めた時期」と「★歩行・移乗が出始めた時期」を問診確認すると現在の位置（ステージ）が明確になり認知症の軌道から予後予測（その後どうなるか）が理解できます

※ アルツハイマー型認知症では、咀嚼・口腔機能が良好であれば終末期まで嚥下機能は保たれることが多い

アルツハイマー型認知症の軌道と食の問題



※アルツハイマー病：40-90歳での発症で脳卒中様の発症がみられず、記憶と認知機能が緩慢進行性に悪化し意識障害がなく原因となる全身脳疾患がない場合

※見当識障害：自分が生活している時間や場所、人との関係が曖昧になること

<覚えておくべきこと>

- 家族は、利用者が食べることが困難になっていることに気づいていないことがある。特に利用者と家族が別居（施設入所等）の場合は注意が必要。
- 介護スタッフは、利用者が食べることが困難となってきているとは感じている。しかし、具体的に何が悪くなっているのか評価できない。このため、適切な対応をとったり、家族に説明したりすることができない。
- このような結果、利用者が誤嚥性肺炎を発症して病院に入院してから、嚥下が重度に障害されていることを家族は知ることになる。本人は状況を理解できず、家族は落ち着いて考えることができないままに胃瘻造設となるケースは増加しており、社会的な議論の的となっている。歯科は、このギャップを埋めることができる存在であることを認識する必要がある。

<コラム>

- ・ まず脳卒中の既往があるかどうか？あるいは、かなり以前の既往であり、その後の歩行や麻痺状態からすでに回復しているかどうかを鑑別し、進行性の認知症であるかを確認（重複する場合もあり）。
- ・ 脳血管性の認知症の場合は、再発を繰り返すたびに階段状に麻痺や嚥下機能が低下し、認知機能は「まだらぼけ」となる。
- ・ 今までのBPSDを聞き取り、家族の疲労度や、利用者との家族との関係性の問題について知る。また、食に関するBPSDについても確認。特に中等度の時期は「介護の山場」として家族の疲労度がピークになる時期である。医療者はステージを説明できるようにしておくと言知的な対応が可能となる。
- ・ 認知症だからこそバイタル計測し訴えられない病態が潜んでないか探る。（薬剤・感染・脱水など）
- ・ 認知症になる以前の性格・食事の嗜好・食べ方・食事環境など、現在の食事介助や対応に活用できる方法を聞き取ることも重要。
- ・ 歯科ができること（摂食想起・咀嚼回復・咬合支持の獲得・廃用改善・感染予防・食事介助法・低栄養対策等の提案）を検討し、多職種連携について家族・介護職を含めて相談を行う。
- ・ 代償的対応（姿勢・食形態・食事介助等）を駆使することで、機会誤嚥（避けられる誤嚥）を予防しつつ、栄養状態を改善。

<カンファでの課題項目>

- ・ 今後起こりうる身体症状
- ・ 認知症 BPSD による関係性の障害への対応
- ・ 食事と低栄養の問題点や口腔ケア・呼吸リハ等の統一
- ・ 家族支援方法

臨床のヒント: 廃用・老衰

- ※ 「食べられなくなる」という原因は、嚥下障害だけではなくありません。超高齢・脱水・多剤服薬・疾患などはもちろん、配偶者との死別や精神（鬱）、過去の誤嚥や窒息経験のトラウマ、老老介護など介護力や経済的な問題など様々です。
- ※ まず利用者の全体像を観察します。
姿勢・歩き方・痩せ・脱水・発話・呼吸・流涎、痰、咳・口内汚染・覚醒などを診る視点を持ちましょう。
- ※ 基本的には、機能的口腔ケア+身体リハビリ（座位訓練・生活活動や呼吸訓練）+栄養改善の3つが伴うことで摂食嚥下障害や低栄養が改善されます。
- ※ 慢性閉塞性肺疾患（COPD）や呼吸不全患者の高齢者の1-2割の方には嚥下障害が出現する可能性が高いので注意をしましょう。また、このような方には必要カロリーも高めに設定します

<覚えておくべきこと>

- 食事による疲労があり、一回の食事量が十分でないときは間食を有効に使ったり、一回の食事量を半分にし（ハーフ食）、補助栄養を食間に取ったりすることで栄養量を確保します。
- 入院等で義歯が外され義歯再装着ができない方へのリハビリ。あるいは逆に、もう義歯を使いこなす口腔巧緻性や意欲がない場合や、数年義歯を使用していない場合などの様々な理由があるため「ラスト義歯の意義」をご家族とよく話し合ってから方針を立てましょう
- 食事量と内容を大まかにモニタリングし、時に補助栄養も検討します。
栄養は、まず主観的な痩せ・BMI・Alb・体重変化を確認し、身体診察で四肢の筋肉を視診と触診を行います。
 - ・ 必要カロリー簡易法：体重×（25－30）Kcal
体重に約27をかけた値と現在のカロリーを比較 **約30弱と覚える**
 - ・ **1kg体重増減＝7000Kcalの摂取量と覚える**
 - ・ 血液検査：アルブミン・総蛋白・ヘモグロビン・総コレステロール
- 食事の介助はその方とご家族とを結ぶ大切な時間です。摂食嚥下機能を把握し、ご家族も納得の上であれば、ご家族の意向を優先する時も場合によっては大切であると考えます。
- 終末期は、口腔ケア時の食物逆流による匂いや口腔粘膜の脆弱性などを認め、

死亡前には腐敗臭を伴う口臭がする場合があります

- ・ 多くの報告では、胃瘻造設後の平均 1 年生存率は40ー60%の範囲内（合併症で亡くなる場合も多い）にあることから、全く延命治療を行わなければ予後は1~2週間、末梢輸液や皮下輸液だけでは2~3か月で栄養障害によってほとんどの患者が死亡する。
- ・ 口腔ケアや食支援を行うことはもちろんであるが「人としての納得の人生」を演出するための関わりに重点が置かれる

<例>

超高齢で老衰の方が、食思不振や食事量減少の主訴があり、かつ胃瘻は行わない方針にて依頼を受ける場合は多い

- ・ まず、水分をトロミ剤なしで飲めるかどうかを確認する。トロミ剤が必要な場合はトロミだけでなく、ゼリー（スポーツ飲料を2倍に薄めたものやお茶等）でも補う。
- ・ 栄養剤の経口摂取だけに頼らず、ご家庭の食事で食べられる食品をまず考える。食欲がない場合にはおかずだけでも食べてもらい、不足分を市販の補助栄養等で嗜好が合うものを選び補う。
（メロンと桃は天然のとろみがあり、葛湯なども利用）
- ・ 経管栄養剤の味に飽きてきたら、赤ちゃんのフォローアップミルクなどが嗜好に合うか試してみる。
（フォローアップミルクと経管栄養剤の成分はほぼ同じ）
- ・ お茶一つでも、緑茶・麦茶・ほうじ茶などや各種類や、温かい・冷たいなどを用意しておく
- ・ アイスクリーム・チーズ・シュークリーム・乳酸飲料・スープなども栄養価として良い。

<コラム>

- ・ 傾眠傾向でなかなか開眼されないときは、徒手的に瞼を持ち上げ、食べ物を視覚でとらえてもらい覚醒を促すと効果があることがあります。同様に嗅覚刺激にて覚醒を促すことも同様です。
- ・ 家族や介護職とも情報共有して、食べやすい食品や、食べさせ方を検討
- ・ 麻痺・疾患・廃用を見極めて、姿勢・食形態・食事介助方法などの代償的対応や食環境の改善策を考える。
- ・ 摂取している食事がペースト（ミキサー）食になると、家族やスタッフの判断で義歯を外されることがある。義歯を外すと食塊形成や送り込み、さらに嚥下に影響を与えるので、その判断は歯科医師が行うべきである。しかし、それを十分に説明しうるエビデンスに乏しいため、在歯連がクラウドでデータを集めることも考えたい。

臨床のヒント:脳血管障害

※ 脳血管障害後の嚥下障害の軌道を知ることが大切です

一側性脳血管障害の嚥下障害残存の経過 (Barer,Jneurol,Neurosurg,Physchattry,1989.)

48 時間後 29% ⇒1 週間後 16% ⇒1 ヶ月後 2% ⇒6 ヶ月後 0.2%

このように一側性脳血管障害【片麻痺】のイベント後には、ほとんどの症例が6ヵ月を経過すると「**嚥下機能障害** (※避けられない誤嚥)」は回復します。では、この6ヵ月後の0.2%とは、小脳出血や脳幹部など重要なエリアの障害や広範囲な血管イベントを示します。ただし多くの99.8%の中には、口腔麻痺が残る場合がありますので「**機会誤嚥** (※避けられる誤嚥)」には注意が必要です。

一側性脳血管障害の方は嚥下障害が回復しているにも関わらず、放置されている場合もあります。そのため脳卒中の回数は嚥下障害の有無のヒントになります。(脳卒中を繰り返しても脳の同側再発であれば嚥下機能は保たれる場合もある)一方、両側性の脳血管障害の方は、嚥下障害をきたすことが多く、端座位を取りにくい・首が座っていない・失禁をしやすい・歩行不能など特徴的なADLを示し、特に「移乗困難の有無」がヒントになります。

以上の理由から問診表や身体診察では「四肢のADLや座位、そして脳卒中の回数など」を調べるのが特に重要となります。

※避けられない誤嚥とは、咽頭部の麻痺等で嚥下機能障害を有するタイプ

(食形態調整で誤嚥しない場合もある)

※避けられる誤嚥(機会誤嚥)とは、嚥下そのものには機能障害が残存しないが、不適切な食べ方や

口腔の麻痺や機能低下により誤嚥するタイプ。姿勢・代償的方法等を改善することで予防できる

<覚えておくべきこと>

- 認知症高齢者が脳血管障害を発症した場合、訓練が困難なために胃瘻栄養となって退院するケースがある。しかし、経口摂取が困難となった直接の原因が脳血管障害による場合では、退院してからも徐々に嚥下機能が回復することがあります。
- 口腔麻痺と嚥下機能障害の有無
舌下神経麻痺では、舌の可動域やまっすぐ舌を出せない(麻痺側に偏位)ことが起こり口唇や頬の麻痺と同様に口腔麻痺の目安となります。一方、迷走神経エリアの麻痺であるカーテン徴候(咽頭収縮筋が収縮時に健側に偏位)などは嚥下機能障害のリスクとなります。もちろん、水飲みテストやフードテストなどのスクリーニング検査やVEなどにより重要な情報が得られます。

● 麻痺と廃用の見極め

臨床では、麻痺（治らない）と廃用（機能訓練にて回復）を区別して考えます。特に、片麻痺の方に重度廃用が重複すると、両側性麻痺様症状を呈し、誤嚥する方がいます。理学療法士とも連携して、身体回復の経過や麻痺残存の経緯を調べることも大切になります。

● 歯科がない病院でリハビリしていた利用者の場合、経口摂取に問題がないとされていた場合でも、口腔内の問題への対応が不十分なことがある。単純に義歯が不適合なこともあれば、舌接触補助床(PAP)や軟口蓋挙上装置(PLP)などの適応となる症例もあるので、初診時は食事の観察まで行えるとよい。

<コラム>

- ・ 誤嚥＝肺炎ではなく、誤嚥性肺炎の発症には誤嚥したもの(量・質)、咳による喀出の可否、免疫力が関与してくる。
- ・ 脳血管障害による嚥下障害の場合、本人や家族に過剰な期待をさせることは避ける必要があるが、あきらめずに継続できるようにポートすることが大切。
- ・ 脳血管障害などの機能障害では、バイタルサイン、特に熱型を記録することがむせない誤嚥などの早期発見に繋がる。
- ・ 日本人は、小さな血管がつまることでおこる「かくれ脳梗塞」も多く、脳卒中発作がないのに急に嚥下機能が低下する場合もありため、バレー徴候（DVD参照）もルチーンではない検査として有用。
- ・ ワーファリン服用なら心原性塞栓、アスピリン等であればアテローム血栓やラクナ梗塞にて発症したことが多い。
- ・ 口腔環境・口腔機能・食形態・食事介助法・姿勢・呼吸・栄養・薬剤・介護力等、少しでもどこかに問題点があれば、改善して摂食可能性を見逃さないことが重要。
- ・ 食後や胃瘻栄養注入後にすぐに水平位になる方や、胃摘出など消化器問題のある方の逆流性誤嚥は、注入方法の検討（半固形化等）や食後の姿勢の改善で予防できる。重傷者で唾液自浄作用がない口腔では逆流はよく見られる症状である。
- ・ 在宅では、職種が足りないなどの対応を考えていかなければならない。
- ・ 2011年に日本呼吸器病学会から「医療介護関連肺炎（NHCAP）診療ガイドライン」が作成された。

※ 運動には「随意運動」「不随運動」「小脳による協調運動」などがあります

臨床のヒント：神経変性疾患

- ・ 「随意運動」とは、自己の意志（動かない・感じない）が脳卒中等で麻痺することです。一方「廃用」は、長い間使わないと、器官や筋肉の機能が失われたり萎縮することで、廃用は改善することができます。
- ・ 「不随運動」とは、自己の意志とは無関係に生じる不合理な動作・運動のことで、振戦（ふるえ）やジストニア（筋緊張異常による異常姿勢）などがあります
- ・ 「協調運動」とは、円滑に運動を行うための速度、方向、距離などの制御がうまくいかなくなり整然とした運動の秩序が失われることです。嚥下5期のひとつひとつの運動はできても連続する協調運動に問題が起これると「機会誤嚥や窒息」が起こります。

- ※ 神経変性疾患とは、中枢神経の特定の神経細胞群が徐々に死んでゆく進行性の病気であり、スムーズな運動ができなくなるパーキンソン病（PD）・パーキンソン症候群〔進行性核上麻痺（PSP）・多系統萎縮症（MSA）や、筋力が低下する筋萎縮性側索硬化症（ALS）、体のバランスや飲みこむ動作の協調がうまくいなくなる脊髄小脳変性症（SCD）などがあります。認知機能が失われるアルツハイマー型認知症（AD）も含まれます
- ※ スムーズな運動ができなくなり筋力低下してくると「咽頭への食物の送り込みができなくなり」食事時間の延長や低栄養が生じる。脳卒中の麻痺とは考え方の相違した食形態（粘度・付着性を強くしない）で誤嚥しにくい食材を選択する。それでも送り込みができない場合は、リクライニング姿勢で重力を利用して食事をするとよいでしょう。パーキンソン病ではストローなら水分をとりやすい場合がありますが、誤嚥には注意が必要です。
- ※ 一方、協調運動が低下する小脳疾患では、軟食や一口量の調整が大切になり、スプーンですくう動作や捕食に問題が生じてくると、自食から食事介助に移行していきます。SCDは声帯麻痺による突然死が起こる場合があります。
- ※ いずれの疾患も、最終的には寝たきりとなり意思疎通も困難となることがほとんどで、経口摂取低下、誤嚥性肺炎、分泌物の喀出困難・窒息、呼吸障害など生命に関わる問題が生じます。
- ※ 全ての患者にVEやVFなどの精査を行うことは困難であるため、パーキンソン病患者の嚥下障害を簡便に評価する質問項目を紹介します。

- ① ここ1年でやせてきましたか？
- ② 薬を飲むときにむせますか？
- ③ 食事中の自覚症状として動きの悪さがありますか？

この3つの項目は、パーキンソン病患者の誤嚥と関連が特に強かったものである。これらにあてはまる場合、精査を考えるのも1つの方法である。

<覚えておくべきこと>

● ここでは頻度の高いパーキンソン病を簡単に説明します

- ・ 脳の中の黒質とよばれる場所の細胞が少なくなり、「ドパミン」という物質が少なくなる病気です。ドパミンが少なくなった結果、症状として「振戦（ふるえ）」、「筋固縮（体がかたくなる）」、「無動・寡動（動作が遅くなる）」の3主徴と「姿勢反射障害（バランスを崩した時、倒れないための反射が低下する）」がでてきます。
- ・ すくみ足（第1歩が出にくい）や、小股歩行で前傾・前屈姿勢で止まりにくい、方向転換がしにくい腕の振りが少ないなどがあります。
- ・ パーキンソンの「振戦」は安静時無意識に、指で丸薬を丸めるような動き（丸薬丸め様のふるえ）をします（左右差があることが多い）。単なる横へのふるえとは少し違った動きをします。
- ・ また、自律神経症状として、体温調節ができなくなる・汗がでるなどや、体のひねりができないので寝返りがうてない、さっきまでできていた動作ができなくなるなど、初めての介護者には理解しにくい症状がでます。
- ・ パーキンソン病や大脳基底核病変ではドパミン合成が低下し、嚥下反射のみでなく、咳反射も低下してしまいます。そのため、不顕性誤嚥が多く認められることを知っておくことが大切です。スクリーニングテストとして咳テストを行い、咳反射を確認することもお勧めいたします。
- ・ パーキンソン病患者では、嚥下障害の自覚がなくても実際には誤嚥している場合がある。逆に嚥下障害の不安を訴えていても、実際には誤嚥していない場合もある。そこで、正確な診断と対応を行う必要である。
- ・ L-DOPA 製剤によるドパミン補充療法を行っている場合、その半減期は60~90分と短い。食後の服用となっていることが多いが、次の食事（特に朝食）のときにはドパミンが不足し、嚥下も不良なことがある。この場合は、食前に製剤を服用してもらい、30分ほど経過してから食事するとよいことがある。

- ・ オン・オフ現象とは、薬物療法をしているのに突如スイッチがオフ状態となり、薬の効き目が悪くなったり、またオン状態になり、薬の効果があらわれてくる現象です。ADLの日内変動が大きいことも特徴です
- ・ 比較的長期間にわたり経口摂取ができますが、無動（仮面用顔貌）や姿勢の影響で徐々に食時間の延長とともに低栄養になります。
- ・ 1回服薬量を調整することで、ADLや食事時間が良くなる場合もある
- ・ パーキンソン病では便秘が良く起こります。便秘は食思不振へ影響するので、便通の確認もしておきましょう。便が出ていないときは便コントロールをお願いしましょう。
- ・ 進行を止めることができる治療法はありませんが、日常動作等の情報をチームで共有し、長期的療養生活のQOLを保つようにしましょう。

<コラム>

- ・ どの神経変性疾患においても、本人に適した姿勢（頸部の安定やポジションニング）や食形態、食事介助（一口量当）が基本です
- ・ 就寝中や明け方に呼吸機能が低下するような時期では、睡眠中もベッドアップ10-15度で就寝する場合も多い

<Yahrの分類>

- 1度：片側の症状
- 2度：両側性の症状、ADLは自立、歩行障害はないか軽度
- 3度：前傾姿勢、小股歩行、姿勢反射障害がみられ、仕事等に制限
- 4度：歩行は介助なしで何とか可、部分介助
- 5度：ベッドまたは車椅子生活で全面的介助要

臨床のヒント:筋疾患

- ※ 筋疾患とは、筋肉と神経との関係において、何らかの原因等で症状が発生する疾患。進行性筋ジストロフィー・先天性筋ジストロフィー・先天性ミオパチーなどがあります。
- ※ 多発性筋炎は、種々の筋疾患の中では治療可能な病気の代表格といえます。この病気の原因として自己免疫的機序が推定されており、免疫抑制、抗炎症作用を持つステロイド剤が、本症に対する治療の第一選択薬となっています。
- ※ 重症筋無力症（MG）では、クリーゼ治療におけるステロイド減量期や、全身病状の寛解・増悪などによって、摂食・嚥下障害の程度も変動する。誤嚥を起こすと、MGの病状自体が悪化することもあるため、摂食・嚥下障害の悪化を早期に発見して対応することが必要です。
- ※ 筋疾患患者に限らないが、排便が困難になる（消化器の動きが悪くなる）と食欲の低下、嘔吐などにより経口摂取が困難となることがあります。

臨床のヒント:がん終末期

※ がん患者では死亡数週間前までADLが維持されている場合が多く、歩行不能（家の中を歩けない）となってから、「急速に」悪化することを覚えておきましょう。

※ 死の1か月前頃から、全身倦怠感、食欲不振、不眠などの身体症状の出現頻度が増加し、2週間前ごろから移動が難しくなり、1週間前から食事や水分の激減（ごく少量の水分しか口にできない）⇒四肢の浮腫⇒尿量の減少⇒傾眠傾向⇒チアノーゼ/呼吸困難⇒死という経過をたどる場合が多いです。
（約20%のケースでは突然の病態変化もある）

※ 終末期の食事に関しては、食事を強制しないで（無理に食べさせることは好ましくない）、食べられる食品を検討してあげることが重要です。

好きな時、好きなものを、食べやすい工夫で と覚えておきましょう。

※ 死前喘鳴（気道分泌過剰）とは「死が迫った時に聞かれる、呼吸に伴う不快な音」で唾液や気道に蓄積した分泌物によって起こります。

がんに限らずあらゆる疾患の終末期では「痰」が問題となる、がんでは薬物療法（吸引による苦痛のため）、非がんでは吸引がメインとなるが、口腔を湿潤し、乾燥痰を愛護的に除去することで、安楽な死を迎えることができます。

<覚えておくべきこと>

- まず、脳腫瘍や口腔、咽頭がんなどによる本来の嚥下機能に問題はないかどうか確認を行う。
- ビスフォ剤（ゾメタ等）の顎骨壊死問題には、抜歯ではなく歯を根面版形態にカットすることで対応。
- ADLや食事量と終末期について
 - ・ トイレまで歩くことができるか？入浴はご自身でできるか？確認
 - ・ どの時期の終末期と考えるか？
 - 1~2週間 □1~3ヶ月 □3ヶ月以上
 - ・ 義歯がない、口の中が痛い、口腔乾燥など口の問題がないか？確認
 - ・ バイタルサインでの終末期の徴候はないか？
 - 尿量 □浮腫 □皮膚の色 □呼吸 □血圧 □脈拍

□せん妄 □意識

- 食事量（500ml以下：水分を含む）や尿量は（500ml以下）極端に減少していないか？
- この時期からは呼吸を楽にするために乾燥痰の除去（口腔乾燥・自浄作用の改善）を行い「最期まで食べられる支援」を目的とした保湿口腔ケアが必須
- 終末期3週間は、口腔～咽頭部の重度乾燥痰の除去（オイル系）を行い、呼吸を楽にさせていただき最期の食事を摂っていただくために頻繁な口腔ケア介入が必要。
- 嚥下よりも咀嚼力低下による軟食傾向や、重度口腔乾燥などで水気の多い食品（スープ・お茶漬け・フルーツ）などのリクエストが多い。
- 食道癌などでは食道の通過障害のため固形物の摂取が困難な場合があります。癌の部位、通過障害の有無を主治医に確認することが大切です。