西山先生の 嚥下セミナー 第2回

高齢者の嚥下機能と健康づくり

西山耳鼻咽喉科医院（横浜市南区）、東海大学非常勤教授、
藤田保健衛生大学客員准教授、横浜市立大学非常勤講師、
北里大学非常勤講師　西山 耕一郎

はじめに

日本は超高齢社会になり在宅嚥下障害例が増加し、医療者と介護者は嚥下障害の対応から避けて通れない所まで来ています。〝水〟に代表される液体は、咽頭を通過するスピードが速いので一番誤嚥を起こしやすく、嚥下機能が低下すると液体や食物等が誤嚥して肺に入り、誤嚥（嚥下）性肺炎を発症します。餅を代表とする食べにくい食物を詰まらせる問題（窒息事故）も生じます。認知症があると口腔内に貯め込みや丸呑みをするので、誤嚥や窒息を起しやすくなります。高齢者の誤嚥性肺炎の特徴は症状が乏しいので、発見が遅れ気味で、繰り返し、完治は難しいのですが……。正しい嚥下指導・嚥下訓練・食事形態の変更を行えば、口から食べるのを続けられる症例をしばしば経験します。

誤嚥（嚥下）性肺炎の病態別原因

誤嚥により肺炎を発症しますが、その原因は大きく分けて、食物誤嚥と唾液誤嚥と逆流誤嚥があります。

①食物誤嚥性肺炎：食事を誤嚥することが原因で肺炎を発症します。禁食で肺炎は改善しますが、根本的は治療法ではありません。食形態の変更や、リハビリテーションが有効です。

②唾液誤嚥性肺炎：夜間睡眠中に無意識に唾液を誤嚥して肺炎を発症します。体力が低下すると昼間でも起きます。治療として禁食は無効で、体力を低下させる原疾患の改善が有効です。口腔ケアはある程度は有効ですが、限界があります。

③胃食道逆流性肺炎：夜間睡眠中に胃内にある食物等が逆流して誤嚥し肺炎を発症する場合です。胃食道逆流症（GERD）による肺炎です。診断が難しく、基本的な症状は〝胸やけ〟ですが〝胃の上の方がつかえる〟、〝胃酸が戻ってくる（呑酸）〟などの症状も訴えます。予防法としては、食後はすぐに横にならない、睡眠時は上半身30度アップが有効です。

食物誤嚥例に対する具体的な対応法

①軽度嚥下機能低下例の対応法：経口摂取は概ね問題なく行えるが、時にムセを認める症例や、ムセを自覚しなくても食後に痰が増える例です。このような症例は〝嚥下指導〟が中心となります。避けるべき食事内容は、粘りの強い餅、お握り、寿司、パサパサした物、バラバラになる物、色々な食物形態が混在した物、ツルッとしたコンニャクや里芋、刺激のある酢の物、咬むと水分が出てくる物、咀嚼し難い肉塊などです。またテレビを観ながらの〝ながら食い〟や〝早食い〟や〝丸飲み〟は止めさせ、食事に集中して意識して飲む、下部頚椎から曲げる〝頚部前屈嚥下〟（図1）や、一口量は少なめに、複数回嚥下、ムセたら十分に咳をして出すこと指導します。喉頭挙上訓練として、シャキア法、嚥下おでこ体操（図2）、頚部等尺性収縮手技（図3）等を指導します。呼吸排痰訓練としての吹き戻しや、ハフィングや発声訓練、歌唱、カラオケを推奨し、全身の運動として散歩等を推奨します。義歯不適合は歯科医に依頼します。

図1　一口量を少なめに、一口ごとに“ゴックン”と意識して飲む

西山耕一郎：高齢者の嚥下障害診療メソッド，中外医学社，2014

図2　嚥下おでこ体操

西山耕一郎：高齢者の嚥下障害診療メソッド，中外医学社，2014

症例提示【軽度の嚥下障害】

症例：79歳、男性。

主訴：食事の時に時々ムセる。大きな錠剤が飲みにくい。

受診前の経過：生来健康でしたが、退職後は運動せずに家でゴロゴロしていました。

初診時所見：体温：36・4℃。嚥下内視鏡検査（VE）をすると、咽頭残留が少量あり、嚥下反射の惹起遅延も軽度あり、液体で喉頭流入を認め、喉頭知覚は軽度低下していました。持参した錠剤を服用すると、喉頭蓋谷にツカエました。良く噛めば誤嚥しない。上を向いて食べれば誤嚥しないと思い込んでいました。

治療：頚部前屈嚥下、一口量を少なめに、複数回嚥下、あまり長時間咀嚼しないように、日頃から良く歩いて運動するように嚥下指導しました。錠剤は小さめに変更し、頚部前屈嚥下、水かゼリーと服用するように指導しました。食事内容は、そのままとしました。その後の経過：食事中のムセは消失しました。

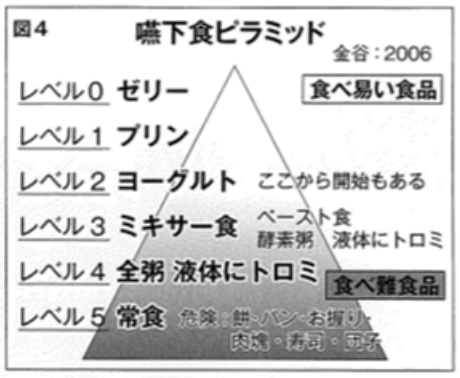
まとめ……軽症例は、嚥下指導と日頃の運動で十分対応可能です。体力が低下すると嚥下機能も低下します。

②中等度嚥下機能低下例への対応法：経口摂取はある程度は可能ですが、誤嚥のリスクがあり、食餌内容の制限、肺炎や気管支炎に対する気道管理、補助栄養法などが必要な症例です。前記の軽症例に対する嚥下指導に以下の項目を追加します。個々の症例に合った誤嚥のリスクを減らせる食事形態を指示します。液体にはトロミ剤（増粘剤）を薄いトロミ濃度（ポタージュ状）か、中間のトロミ濃度（ヨーグルト状）の使用を指示します。嚥下機能に適合した食事形態の指示は、嚥下食ピラミッド（図4）か、学会分類2013を参考にします。L0が一番食べやすい誤嚥し難い食事内容で、L5が食べ難い普通食となります。食道入口部開大不全例の場合にはL0で誤嚥しても、L2では誤嚥しないので、注意が必要です。全粥L4かミキサー食L3を指導しますが、嚥下機能によってはゼリー寄せL2や、ヨーグルトL2、プリンL1を指導する場合もあります。全粥の離水で誤嚥する場合は、酵素粥（ソフトアップ粥®・スベラカーゼ粥®）を推奨します。食事形態の指導も含めて、栄養士に相談します。痰が多い場合には、医師が去痰薬や気管支拡張薬の投与と、発熱や咳や膿性痰がある場合には抗菌薬の投与も考慮します。嚥下指導として、〝息こらえ嚥下〟、〝複数回嚥下〟、咽頭残留がある場合には〝交互嚥下〟を指導し、全身状態が落ち着いていれば、シャキア法、嚥下おでこ体操、頚部等尺性収縮手技を指導します。NsとSTに嚥下指導をお願いし、嚥下リハビリとしてメンデルソン法等をSTに依頼します。また誤嚥のリスクを減らす食事姿勢として、頚部前屈、頚部回旋、リクライニング45～60度（体幹角度調整）等を嚥下造影検査（VF）にて検討します。さらに食事前後の口腔ケアは歯科衛生士に依頼し、呼吸排痰訓練はPTに依頼し、体重減少を認める場合には栄養管理を栄養士に相談します。

図3　頚部等尺性収縮手技

西山耕一郎：高齢者の嚥下障害診療メソッド，中外医学社，2014

図4　嚥下食ピラミッド



まとめ

嚥下機能は体力と相関します。日頃から体力を落とさないように、三食食べて十分な栄養を摂ること、よく歩き、よく喋り、規則正しい生活を心がけることが大切だと思います。食事が原因の嚥下障害例は多く、嚥下機能に対応した食事形態、食事中の姿勢や一口量の調整などの嚥下指導で、肺炎の発症をある程度は減らせます。高齢者の嚥下機能は低下傾向にありますが、悔いが残らない終末期医療、最後まで口から食べられるように、個々の症例の病態に即した対応のお手伝いができればと思います。