

# 【高齢者の嚥下機能と健康づくり その2】

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。75歳以上の約3割に誤嚥を認めたという報告があります<sup>1)</sup>。“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易く、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。寝ている間に口腔内の唾液を誤嚥する場合や、胃の内容物が逆流して誤嚥して肺炎を発症する場合があります。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、誤嚥や窒息を起し易くなります。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(リハビリテーション)・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<sup>2)</sup>。

## 【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<sup>3)</sup>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。対象療法として禁食で肺炎は改善しますが、根本的に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。体力低下例では、意識が覚醒している昼間でも起きます。治療として禁食は無効で、体力を低下させてい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があります。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“胃の上の方がかえる、チクチクする”、“胃酸が戻ってくる(呑酸)がある”などの症状を訴えます。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度仰臥位が有効です。

## 2)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無く行えるが、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(表1)<sup>4・5)</sup>”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、ツルツ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、咀嚼し難いステーキや鳥の空揚げなどの肉塊などです。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、食事に集中して意志して飲む、下部頸椎から曲げる“頸部前屈嚥下”(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。家族が嚥下中に“話しかける”のも止めさせます。喉頭挙上訓練として、シャキア法\*、嚥下おでこ体操<sup>6)</sup>(図2)、頸部等尺性収縮手技<sup>7)</sup>(図3)等を指導しますが、可能であればSTに依頼することをお勧めします。呼吸排痰訓練としての吹き戻しや、ハフイング\*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。義歯不適合は歯科依頼を行います。

- ※シャキア法(仰臥位になり頭を床から持ち上げ自分のつま先を見る)
- ※ハフイング(吸い込んで「ハッ」と強く息を吐き出す)

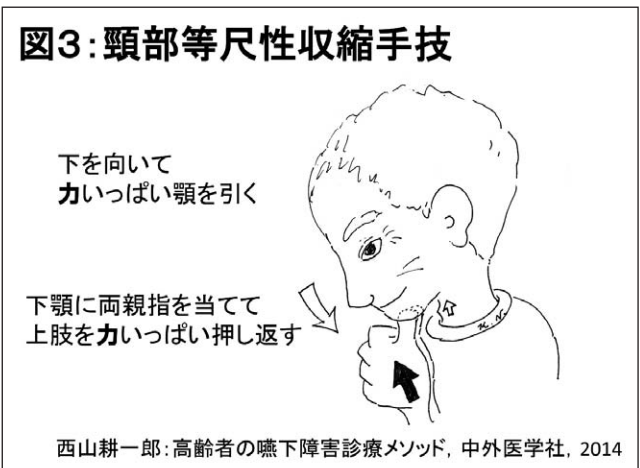
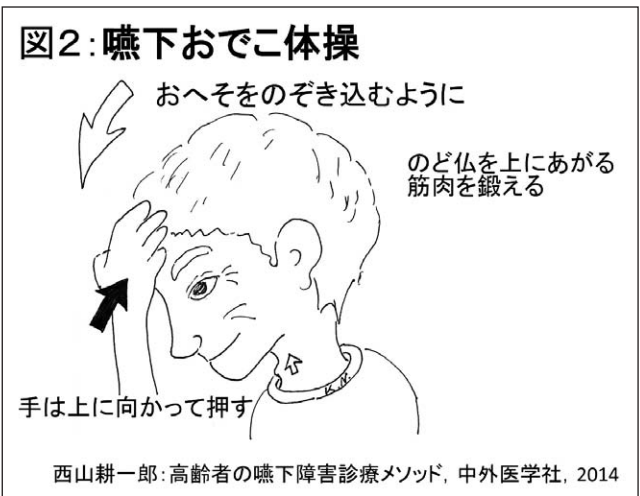
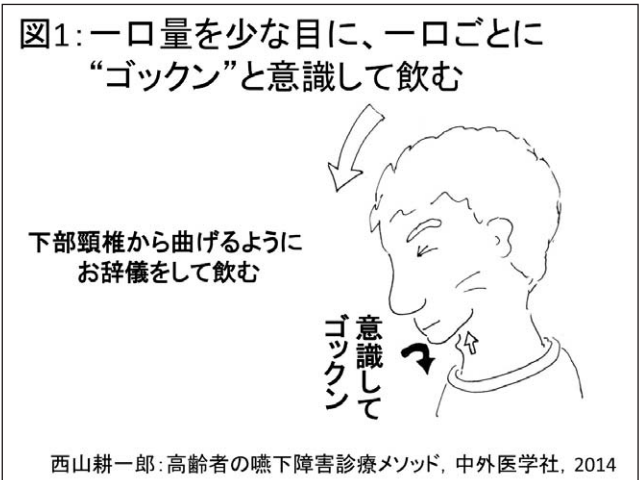
**症例提示【軽度の嚥下障害】**

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が軽度あり、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してもらおうと、喉頭蓋谷に停滞していました。  
 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でんでいました。  
 治療：頸部前屈嚥下、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てもらい、頸部前屈嚥下と、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：食事中的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。

表1:嚥下指導：誤嚥のリスクを減らす 藤谷2005

- 食べ難い食物は避ける・・・栄養士 藤谷2009
- ながら食いは止めさせる
- 頸部前屈嚥下・一口量は少な目に
- 背もたれのある椅子に深く坐る
- ムセたら十分に咳をして出す・・・PT
- 義歯不適合&口腔ケア・・・歯科・歯科衛生士
- 日頃からの運動を推奨

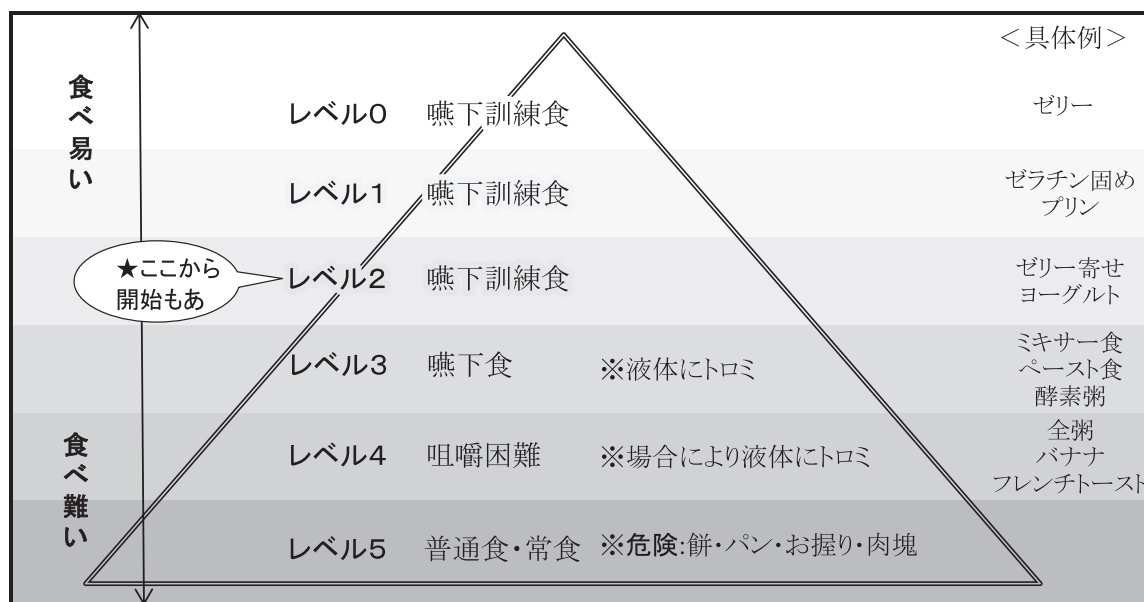
西山:高齢者の嚥下障害診療メソッド2014中外医学社



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<sup>8)</sup>を硬さ、付着性や凝集性などに留意して指示します。液体にはトロミ剤(増粘剤)を薄いトロミ濃度(フレンチドレッシング状か、トンカツソース状)か、中間のトロミ濃度(ポタージュ状か、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<sup>9)</sup>(図4)を参考にします。L0が一番食べ易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を指導する場合があります。全粥の離水で誤嚥する場合は、酵素粥(L3：ソフトアップ粥<sup>®</sup>・スベラカーゼ粥<sup>®</sup>)が良く、最近では市販品で良い物が出ています。栄養士に、食事形態の指導も含めて相談することをお勧めします。痰が多い場合には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、頸部等尺性収縮手技を指導します。STに、嚥下指導と嚥下リハビリとしてメンデルソン法等を依頼します。また誤嚥のリスクを減らす食事姿勢として、頸部前屈、頸部回旋、背上げ角度45~60度(リクライニング・体幹角度調整)等を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に依頼します。体重減少を認める場合には、栄養管理を栄養士に依頼します。

図4：嚥下食ピラミッド



③重症例の対応法：

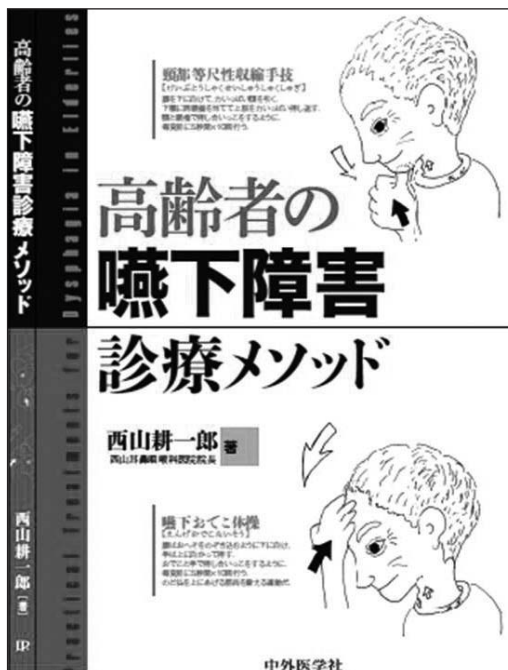
経口摂取は困難か不可な症例です。重症例は、肺炎と栄養障害で生命の危機に瀕しているもので、基本的には専門病院を紹介します。その具体的な対応は、誤嚥性肺炎と窒息の管理を最優先して、抗菌薬と去痰薬を投与し、食物誤嚥に対して禁食を考慮する場合には入院管理となるが、食事形態や姿勢調整で経口摂取を続けることができる症例もあります。

## 【まとめ】

嚥下機能は体力と関連します<sup>10)</sup>。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が多く、嚥下機能に対応した食事形態を食べさせると、誤嚥性肺炎を減らすことができます<sup>8)</sup>。食事の時の、姿勢や一口量の調整などの嚥下指導でも肺炎のリスクを減らすことができますが<sup>2)</sup>、限界はあります。高齢者の嚥下機能は限界がありますが、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できればと思います。

## 【参考文献】

- 1) 西山耕一郎、他：一診療所における嚥下障害への取り組み。日本気管食道科学会報, 58(4):384-391,2007.
- 2) 西山耕一郎、永井浩巳、白井大祐、他：嚥下障害に対する外来での対応法の試み。日耳鼻113:587-592, 2011.
- 3) 西山耕一郎：嚥下障害診療について。JOHNS, 25:1189-1192, 2009.
- 4) 柴裕子：在宅における嚥下障害のリハビリテーション。耳喉頭頸79:127-134, 2007
- 5) 西山耕一郎：嚥下障害：私の治療戦略。肥塚泉編。すぐに役立つ外来耳鼻咽喉科疾患診療のコツ。東京：全日本病院出版会：2008:p.165-174.
- 6) 杉浦淳子、藤本保志、他：頭頸部腫瘍術後の喉頭挙上不良を伴う嚥下障害例に対する徒手の頸部筋力増強訓練の効果。日摂食嚥下リハ会誌, 12(1):69-74, 2008.
- 7) 岩田義弘、寺島万成、他：高齢者に対する頸部等尺性収縮手技(chin push - pull maneuver)による嚥下訓練-自己実施訓練の効果-。耳鼻と臨床 巻:56号:Suppl.2:S195-201.
- 8) 藤谷順子：誤嚥を少なくする食事についての助言。日医雑誌138:1755-1758, 2009.
- 9) 金谷節子：ベットサイドから在宅で使える嚥下食のすべて。医歯薬出版：2006:23-26頁
- 10) 西山耕一郎、杉本良介、他：嚥下機能と体力関連の検討。日本嚥下医学会誌3(1):67-74,2014.



## 高齢者の嚥下障害診療メソッド

西山耕一郎 著

中外医学社 発行

B5判 122

定価(本体3,800円 + 税)

85歳以上の肺炎による死亡率は若年成人の1,000倍であり、90歳以上男性の死因の第1位が肺炎である。そしてその大多数を誤嚥性肺炎が占める。しかし、高齢者においては「ムセ」など、誤嚥の特徴は非常に乏しく、これを見逃してしまう例が後を絶たない。本書では、地域医療において活躍し、数多くの嚥下障害患者を診療してきた著者が、そのノウハウを惜しみなく伝授する。耳鼻科医はもちろん、高齢者に接するすべての医療者の必携書。