

認知症による摂食嚥下障害がみられた高齢者に対して 異なるアプローチをした2症例

鈴木史彦 小松泰典 北條健太郎

山家尚仁 瀬川 洋

Two Cases with Different Approaches to the Elderly with

Dysphagia due to Dementia

Fumihiko SUZUKI, Yasunori KOMATSU, Kentaro HOJO

Naohito YANBE and Hiroshi SEGAWA

INTRODUCTION : The elderly with dementia are difficult to communicate, and therefore it is often necessary to provide them with swallowing support rather than swallowing training. We report two different approaches we employed to the elderly with dementia.

CASE 1 : A 93-year old male. He suffer from a lot of coughs during a meal. He could not wear the full dentures because he always took them off deliberately. Video endoscopic evaluation of swallowing (VE) revealed that rice was sent to the epiglottis val-lecular as grains without bolus formation. We concluded that it was difficult to improve the bolus formation without wearing the dentures and changed the meal from regular diet to dysphagia diet code 4.

CASE 2 : A 69-year-old female. While she was hospitalized with strangulation ileus, she was provided with dysphagia diet code 2-1. She suffer from malnutrition because her diet was not changed after she left the hospital. By VE, it was confirmed that she was able to have code 3 without problems. Her diet was changed from code 2 to code 3. Four months later, her malnutrition was corrected.

DISCUSSION AND CONCLUSION : The approaches to dysphagia of the elderly with dementia have not yet been systematized. Therefore, it is necessary to evaluate individual cases before determining the priority of treatment. Namely, in some cases swallowing training should be prioritize. while in others swallowing support are more important.

Key words : dysphagia, Alzheimer's disease, dementia with Lewy bodies, the elderly

緒 言

摂食嚥下障害の原因は多様であり、高齢者にお

いては要介護の原因疾患¹⁾と密接に関連している。
要介護の原因疾患は1位から順に脳血管疾患、認
知症、老衰である。脳血管疾患は延髄の嚥下中枢

受付：平成29年2月3日，受理：平成29年6月6日
奥羽大学歯学部附属病院地域医療支援歯科

Community Medicine Support Dentistry, Ohu
University Hospital

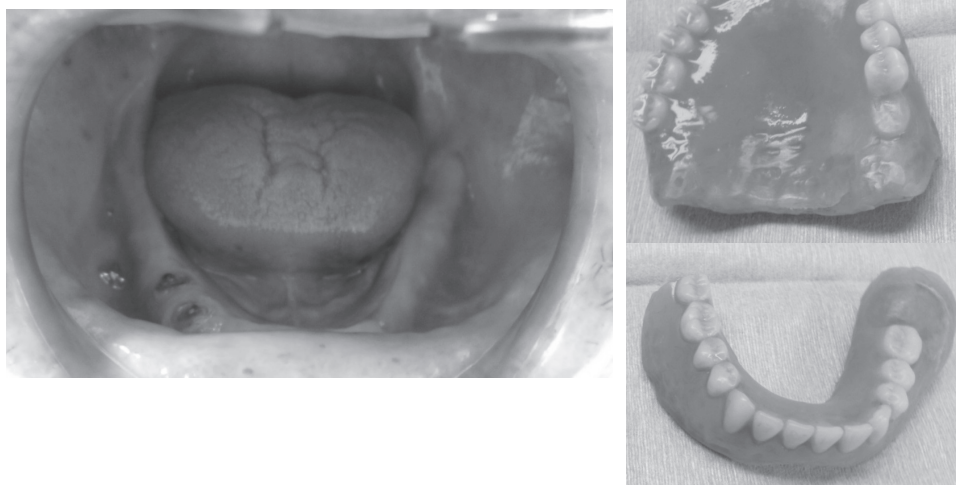


図1 症例1の口腔内写真と上下顎総義歯の写真
義歯を捨ててしまうため、現在は使用していない。

が障害される球麻痺と、嚥下中枢には問題がないが上位運動ニューロンが損傷する仮性球麻痺に大別できる²⁾。回復期や生活期においては仮性球麻痺症例^{3~5)}が多く、間接訓練や直接訓練による摂食嚥下リハビリテーションでの回復が報告されている^{6~8)}。一方、認知症は進行の程度によっては摂食嚥下リハビリテーションの実施に際して意思疎通が困難となってきたり、義歯装着を拒否したりするため、訓練よりも食の安全性を考慮した訓練から支援への転換が必要となってくる⁹⁾。枝広¹⁰⁾は Alzheimer 病においては自立摂食機能の低下が起きた1年後に機能的な摂食機能の低下が顕在化すると報告している。すなわち、認知症患者の摂食嚥下障害に対しては脳血管疾患における摂食嚥下リハビリテーションとは異なる考え方が要求される。

今回、意思疎通が困難な認知症高齢者の摂食嚥下障害に対して、異なるアプローチをした2症例を経験したので報告する。

症 例 1

症例概要

患者：93歳の男性。要介護3度。障害高齢者

の日常生活自立度（寝たきり度）A-1。認知症自立度Ⅱ a。改定長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）¹¹⁾ 7点。介護老人保健施設（老健）に入所。

主訴：食事中的むせ。

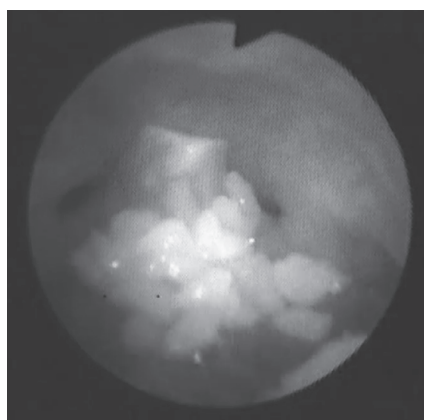
現病歴：食事中的むせが増えてきたことに老健職員が気付く。むせの原因について精査の依頼があり、嚥下内視鏡検査（VE）実施となる。

既往歴：Alzheimer 病（AD）、高血圧症、前立腺肥大症。

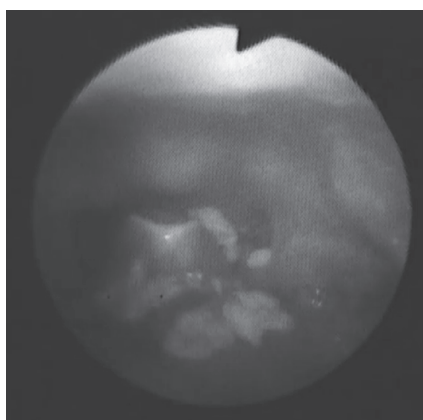
内服薬：トランドラプリル錠（アンジオテンシン変換酵素阻害剤）、コニール錠（カルシウム拮抗薬）、カルナクリン錠（循環障害改善剤）、タムスロシン塩酸塩カプセル（前立腺肥大症の排尿障害改善剤）、エビプロスタット配合錠（前立腺肥大症治療剤）、アリーゼS配合錠（消化酵素複合剤）。

口腔内所見：口腔内には数本の残根がある。上下顎全部床義歯（残根上の義歯）を持っているものの、義歯を捨ててしまうため現在は使用していない（図1）。

ミールラウンド所見：常食を箸またはスプーンで食している。水分にとろみはついていない。VE実施前の昼食時ミールラウンドではむせはみ



a



b

図2 症例1の嚥下内視鏡所見

- a 米飯は食塊形成されないまま咽頭に送り込まれている。
b 焼き魚は喉頭蓋谷と梨状陥凹への咽頭部残留を認める。

られなかった。

VE 所見：水分はとろみなしでも問題なく嚥下できていた。米飯は食塊形成されないまま咽頭部へ送り込まれており（図2a）、焼き魚は喉頭蓋谷と梨状陥凹への咽頭部残留が認められた（図2b）。全粥等の嚥下調整食4¹²⁾は問題なく嚥下可能であった。

診断と治療方針

診断：準備期障害（義歯装着不可による食塊形成不良）と咽頭期障害（咽頭部残留）。

治療方針：訓練に対する意思疎通が不可能であること、義歯装着が不可能であることから、食形態を常食から嚥下調整食4へと下げることにより対応した。

経過

6か月は問題なく経過していたが、誤嚥性肺炎を発症したため老健を退所して病院へ入院となった。

症 例 2

症例概要

患者：69歳の女性。要介護4度。寝たきり度C-2。認知症自立度Ⅲ a。HDS-R 15点。老健に入所。

主訴：形のあるものを食べたい。

現病歴：絞扼性腸閉塞にて手術後、食形態が重湯となる。退院後に老健に入所するが食形態に変更なく体重減少が続いたため、食形態を上げることが可能かどうか精査の依頼があり、VE実施となる。

既往歴：Lewy小体型認知症（DLB）、右慢性硬膜下血腫術後（左手振戦）、絞扼性腸閉塞術後。

内服薬：デジレル錠（抗うつ剤）、リスミー錠（睡眠誘導剤）、ダントリウムカプセル（痙性麻痺緩解剤）、マグミット（緩下剤）。

口腔内所見：口腔内は無歯顎である（図3）。全部床義歯を過去に製作してもらっているが、現在は使用しておらず、意思疎通が困難であることから新製は不可能と判断。

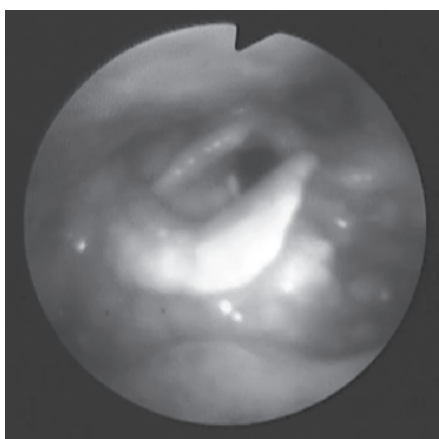
ミールラウンド所見：カップに入れた重湯（嚥下調整食2-1）をストローで摂取している。動きは緩慢であり、カップを持っている左手に振戦がみられる。水分にとろみはついていない。

VE 所見：水分はとろみなしでも問題なく嚥下できていた。重湯とミキサー食の嚥下調整食2-1は問題なく嚥下できていた（図4a）。ミキサー食をゲル化剤で固めた嚥下調整食3も問題なく嚥下

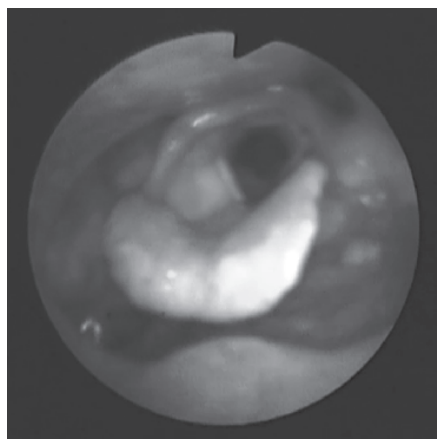


図3 症例2の口腔内写真

全部床義歯は過去に製作してもらったことがあるが現在は使用していない。



a



b

図4 症例2の嚥下内視鏡所見

- a 重湯(嚥下調整食2-1)嚥下後。問題なく嚥下できている。
- b ソフト食(嚥下調整食3)嚥下後。問題なく嚥下できている。

可能であった(図4b)。

診断と治療方針

診断：先行期障害(取り込み動作と上肢の運動の障害)と準備期障害(義歯装着不可)。

客観的栄養評価(ODA)：BMI 17.6，%理想体重 78.6%であり，中程度～高度栄養障害と判断。

治療方針：嚥下調整食2-1を嚥下調整食3へ上

げることで対応した。また，ストローからスプーンへ変更することで，上肢運動のリハビリテーションの代用とした。

経過

VE実施から4か月後のBMIは18.2となり，低栄養を脱することができた。嚥下調整食3を継続的に摂取している。

考 察

日本における認知症の疫学調査¹³⁾では、ADが最も多く、次いで脳血管性認知症、DLBとなっている。ADとDLBはともに神経変性疾患に含まれるが、それぞれに特徴は異なる。ADはアミロイド β やリン酸化タウの蓄積によって脳細胞が変性し、脳の委縮をきたすものであり、早期から記憶障害や判断力の低下がみられる¹⁴⁾。また、ADの摂食嚥下障害の特徴は嗜好や食欲の変化、見当識障害や実行機能の障害等であり、先行期障害から発症し、認知症の進行によって準備期以降も障害されていくといった特徴がある。一方、DLBは α -シヌクレインで構成されるLewy小体の蓄積によって脳細胞が変性し、初期には鮮明な幻視やParkinson症状を伴う¹⁵⁾。また、DLBの摂食嚥下障害の特徴はParkinson症状による先行期障害が多く、初期には幻視によって食事に虫が混じっている等の訴えから食事を摂取しないといった特徴がある。全ての脳変性認知症に共通する特徴としては非可逆的な疾患であるため、認知症の進行に伴い、いずれの型においても記憶力の低下、判断力の低下、人格の障害といった認知症の中核症状が現れる。したがって、認知症の初期段階でみられる特徴的な行動だけで、摂食嚥下障害の状態を予測したり判断したりするのは避けるべきであると考ええる。実際に症例1では食事を摂取しない、あるいは詰め込み食べをしているといった先行期の障害は認められなかった。問題点は義歯の装着に理解が得られなかったことであり、食塊形成が不良であったことに加えて咽頭部の感覚が低下していたことが咽頭部残留の原因になっていたと考えられる。また、症例2では3年前には幻視によって食事に虫が混じっているとの訴えがあった旨の既往があるが、現在、幻視はみられなくなっている。

症例1の摂食嚥下障害の症状が認知症によらないものであったとすると、食塊形成不良に対しては義歯の使用を促し、必要に応じて義歯の調整や新製を行うことが望ましいと考える。また、咽頭部残留に対してはShaker訓練¹⁶⁾を実施し、食事の中のむせを防ぐためにsupraglottic swallow¹⁷⁾の

実施も考えられる。Supraglottic swallowは嚥下の前に意識的に息こらえをして、嚥下後に呼気、あるいは意識的に軽い咳をすることで誤嚥を防ぐ方法である。認知症の進行によって意思疎通が困難な場合には、一口ごとにこのような嚥下を行うことはできない。また、この方法を生活行為に置き換えて実施することも難しいことが、半年後の誤嚥性肺炎へとつながったと考えられる。

症例2の摂食嚥下障害の症状が認知症によらないものであったとすると、症例1と同様に義歯の調整や新製を行うことが望ましいと考える。症例2の問題点は、絞扼性腸閉塞で手術をした際に食形態が重湯となり、摂食嚥下機能の再評価がないままに老健へ入所となったことである。本症例ではVEによる評価で嚥下機能の低下がみられないことから、食形態を上げることと、スプーンからスプーンへと変えることで上肢と嚥下に関連する筋肉のリハビリテーションの代用とした。意思疎通が困難な場合には訓練から支援への転換を検討する必要があるものの⁹⁾、残存機能を活用できるのであれば、嚥下機能を低下させない方法を検討するべきであると考ええる。具体的なアプローチ方法として佐藤ら¹⁸⁾は意思疎通困難な認知症高齢者へ唾液腺への簡単なマッサージを実施することで嚥下機能の改善につながったこと、家田ら¹⁹⁾は先行期障害から経口摂取しない認知症患者に対して系統的な脱感作療法、口腔ケア、および全般的な脳機能の賦活化を併用することで経口摂取が可能になったこと、柏村ら²⁰⁾は詰め込み食べをする認知症高齢者に対して仕切りのある松花堂弁当箱を使用し、器の高級感から患者の満足感を得ることで行儀のよい食べ方になったことをそれぞれ報告している。いずれの方法も簡便に実施できる方法や心理的アプローチを応用している。すなわち、認知症患者の残存機能を生かした摂食嚥下障害への対応は、成書の訓練法にはないような工夫が要求されると考える。また、認知症の進行状況によっては医師による服薬調整、理学療法士による廃用予防や筋力維持、言語聴覚士による介助者への誤嚥しにくい介助方法の指導等、多職種連携によるアプローチも検討する必要がある²¹⁾。

認知症高齢者の摂食嚥下障害に対するアプロー

チ方法として、支援を優先させて食形態を下げた症例と残存機能を生かして食形態を上げた症例を提示した。いずれの対応をすべきかについては摂食嚥下リハビリテーションとしての体系化が整備されていないカテゴリーであるため、個別に判断していく必要がある。その際の判断基準としては、意思疎通の程度、先行期での問題点の明確化と代償的な対応策の検討、歯の欠損がある場合に義歯の使用が可能かの判定、VE等による咽頭期障害の評価、介助方法の工夫等を総合的に評価する必要があると考える。

結 論

意思疎通が困難な認知症高齢者の摂食嚥下障害に対して、支援を優先させて食形態を下げた症例と残存機能を生かして食形態を上げた症例を提示した。認知症高齢者の摂食嚥下障害に対するアプローチはまだ体系化されていないため、個別に判断していく必要性が示された。

本症例の要旨は第21回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会（京都市）において発表した。

本症例に関して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健社会統計課世帯統計室：IV 介護の状況 2 要介護者等の状況。平成25年 国民生活基礎調査の概況（厚生労働省）；30-31 厚生労働省 東京 2014.
- 藤島一郎：原因疾患（脳卒中）．摂食・嚥下リハビリテーションの全体像（日本摂食・嚥下リハビリテーション学会編） 第1版；52-59 医歯薬出版 東京 2010.
- Robbins, J., Levine, R.L., Maser, A., Rosenbek, J.C. and Kempster, G.B. : Swallowing after unilateral stroke of the cerebral cortex. Arch. Phys. Med. Rehabil. 74 ; 1295-1300 1993.
- Daniels, S.K. and Foundas, A.L. : The role of the insular cortex in dysphagia. Dysphagia 12 ; 146-56 1997.
- Hamdy, S., Rothwell, J.C., Aziz, Q. and Thompson, D.G. : Organization and reorganization of human swallowing motor cortex : implications for recovery after stroke. Clin.

Sci. 99 ; 151-157 2000.

- 筒井 桜：病院から住居型有料老人ホーム入所まで多職種連携により経管栄養から3食経口摂取に移行できた脳梗塞の1症例 「デイサービスのみんなと一緒に誕生日会でケーキを食べたい！」の目標に向けて。訪問リハ 5 ; 207-211 2015.
- 齋藤貴之, 戸原 玄, 半田直美, 飯田貴俊, 井上統温, 和田聡子, 内山 宙, 小林健一郎, 中川兼佑, 植田耕一郎, 櫻井 薫：摂食機能療法ならびに多職種のチーム連携により QOL が改善された1例. 老年歯医 26 ; 18-24 2011.
- 時田春樹, 田川皓一：右の島回の脳梗塞により嚥下障害を呈した一例. 福山医学 23 ; 77-80 2016.
- 野原幹司：認知症高齢者の食べる機能の課題と対応. 認知症高齢者の摂食・嚥下リハビリテーションのポイント アルツハイマー型認知症と血管性認知症の相違. 日認知症ケア会誌 12 ; 682-688 2014.
- 枝広あや子：認知症の摂食・嚥下障害. 日歯医師会誌 66 ; 790-791 2013.
- 加藤伸司：改定長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成. 老年精医誌 2 ; 1339-1347 1991.
- 藤谷順子, 宇山理紗, 大越ひろ, 栢下 淳, 小城明子, 高橋浩二, 前田広土, 藤島一郎, 植田耕一郎：日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013. 日摂食嚥下リハ会誌 17 ; 255-267 2013.
- 久永明人, 池嶋千秋, 朝田 隆：将来を見据えた認知症支援 認知症の現状と将来に向けた対策 わが国における認知症の疫学的研究の現況. 老年精神医誌24増刊 I ; 124-128 2013.
- 甲斐恭子, 橋本 衛, 天野浩一郎, 田中 響, 福原竜治, 池田 学：認知症の摂食・嚥下 -Update. アルツハイマー病における重症度別の摂食嚥下障害. 老年精神医誌 27 ; 259-264 2016.
- 品川俊一郎：認知症の摂食・嚥下-Update. レビー小体型認知症における摂食・嚥下の障害. 老年精神医誌 27 ; 265-270 2016.
- Shaker, R., Kern, M., Bardan, E., Taylor, A., Stewart, E.T., Hoffmann, R.G., Arndorfer, R.C., Hofmann, C. and Bonnevier, J. : Augmentation of deglutitive upper esophageal sphincter opening in the elderly by exercise. Am. J. Physiol. 272 ; 1518-1522 1997.
- Logemann, J.A. : Evaluation and treatment of swallowing disorders, 2nd Ed. ; 214-217 PRO-ED Texas 1998.
- 佐藤麻衣子, 三舩優子, 池田ゆかり, 佐藤晴美, 武田裕子, 植田ゆみ子, 佐藤樹子, 大場 玲：意思疎通困難な誤嚥性肺炎患者に対するマッサージによる嚥下訓練の効果. 由利組合総合病

院医報 25 ; 20-21 2015.

- 19) 家田 雄, 道端ゆう子, 酒井康生, 蓼沼 拓, 米原希実, 馬庭壯吉: 認知症による先行期嚥下障害の摂食・嚥下リハビリテーション. 認知症ケア事例ジャーナル 3 ; 21-26 2010.
- 20) 柏村浩一, 田中早貴, 藤谷順子: 松花堂弁当箱の使用により食事摂取方法が安全になった1症例の経験. 日摂食嚥下リハ会誌 17 ; 251-253 2013.

- 21) 橋本卓也, 宇和典子, 湖海正尋, 松永寿人: 多職種連携が奏功した重度認知症の一例. 仁明会精神医学研究 13 ; 125-127 2016.

著者への連絡先: 鈴木史彦, (〒963-8611) 郡山市富田町字三角堂31-1 奥羽大学歯学部附属病院地域医療支援歯科
Reprint requests: Fumihiko SUZUKI, Community Medicine Support Dentistry, Ohu University Hospital 31-1 Misumido, Tomita, Koriyama, 963-8611, Japan