

《研究ノート》

認知症高齢者の摂食嚥下機能障害と看護

－ 認知症病型の特徴に応じた摂食嚥下ケア－

岩崎 房子

認知症高齢者の摂食嚥下機能障害と看護

－ 認知症病型の特徴に応じた摂食嚥下ケア－

岩崎 房子

和文抄録：本稿は、認知症高齢者およびその家族が地域で安心安全に生活を維持していけるよう、認知症の病型とその特徴に応じた摂食嚥下ケアについて、文献研究により明らかにするとともに、これからの在宅療養を支えるための一助とすることを目的とする。

認知症高齢者の摂食嚥下機能障害を考えるうえで、認知症病型の特徴に応じた摂食嚥下ケアの実践は欠かせない。そのためには、関連職種間の連携をその前提に、廃用症候群による摂食嚥下機能低下を予防するためのリハビリテーションの実施とともに、摂食嚥下運動5期に生じている問題を見極めるスキルと認知症病型の理解および各病型の摂食嚥下障害の特徴を捉えた重層的なケアの展開ができるアセスメントスキルを持つことが極めて重要である。

キーワード：認知症高齢者、認知症病型、摂食嚥下機能障害、摂食嚥下運動5期モデル

はじめに

わが国における65歳以上の高齢者の認知症患者数と有病率の将来推計についてみると、2012（平成24）年の認知症患者数は462万人となり、65歳以上の高齢者の7人に1人（有病率15.0%）の割合であったが、2025（平成37）年には約700万人となり、高齢者の5人に1人の割合になると見込まれている（内閣府2016：21）。また2012（平成24）年では、認知症患者数に含まれていない認知症の前段階とされる軽度認知障害（MCI：mild cognitive impairment）と推計される約400万人を合わせると、高齢者の約4人に1人が認知症あるいはその予備群ということになる（厚生労働省2015：1）。そのため、将来推計値はさらに増加することは確実である。

このような背景を受け、厚生労働省が2010（平成22）年の要介護認定データを基に算出した「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ度以上」（日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても誰かが注意すれば自立できる状態）である認知症高齢者割合は、2010（平成22）年の280万人（65歳以上人口比：9.5%）から、2025（平成37）年には470万人（12.8%）となるという推計値が示されている（厚生労働省2012：3）。

このように、認知症高齢者は増加の一途を辿る。岩本ら（2001）は、脳梗塞慢性期患者を対象とした嚥下機能評価に関する研究のなかで、脳萎縮、脳室拡大等が嚥下障害に有意に寄与しており、高度の認知障害を認めた症例に摂食・嚥下状態の異常を生じたケースが多く、生命予後にも影響したと報告している。つまり、認知障害の進行は、摂食嚥下における食物の認知や摂食に影響し、嚥下障害の憎悪因子となるのである。また、海老原（2012）は、嚥下障害・嚥下困難は誤嚥性肺炎の誘因となるだけでなく、サルコペニア、免疫能の低下、傷等の治療の低下や循環血漿量の減少を引き起こし、ひいてはADLの低下、褥創、転倒、易感染性といったさ

まざまな老年症候群を引き起こすと述べている。

認知障害を引き起こす代表的な疾患には、血管性認知症、アルツハイマー病、パーキンソン病等がある。特に認知症の進行に伴う摂食・嚥下の問題としては、食べようとする意欲の低下、食物に対する認知障害、摂食行動に対する注意力の低下等が挙げられる。これらの問題は、食欲異常や摂食状況の障害に影響し、栄養障害の危険因子となる。このように、認知障害や認知症に伴う摂食拒否が栄養不良や介護負担増大の要因となるため、積極的な介入が必要である。しかしながら、これまでの摂食嚥下障害に関しては、主に脳血管障害の回復期を対象とした研究が主流であったため、認知症高齢者における摂食嚥下障害の進行過程が認知症の病型によって異なり、食事支援のポイントが異なるという認識は、医療従事者間においても広がっているとは言い難い。

本稿は、認知症高齢者およびその家族が地域で安心安全に生活を維持していけるよう、認知症の病型とその特徴に応じた摂食嚥下ケアについて、文献研究により明らかにするとともに、これからの在宅療養を支えるための一助とすることを目的とする。

1. 認知症の病態および症状

認知症は、一度正常に達した認知機能が、後天的な脳の障害によって持続性に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態をいい、それが意識障害のないときにみられる（日本神経学会2010：1）。つまり、後天的原因により生じる知能の障害である点で知的障害とは異なる。また、医学的には、知能の他に記憶、見当識を含む認知障害や人格変化等を伴った症候群として定義される。

代表的な認知症にアルツハイマー型認知症（AD：Alzheimer's disease）、血管性認知症（VaD：Vascular dementia）、レビー小体型認知症（DLB：Dementia with Lewy bodies）、前頭側頭型認知症（FTD：Frontotemporal dementia）がある。これらは四大認知症と呼ばれており、変性性認知症と血管性認知症に分類される。変性性認知症とは、何らかの原因で異常な蛋白質が凝集したことにより、脳の神経細胞死が起こった結果、脳の委縮が徐々に広がり、脳が機能障害を起こしていくことで日常生活に支障をきたすタイプの認知症である。アルツハイマー型認知症（以下AD）、レビー小体型認知症（以下DLB）、前頭側頭型認知症（以下FTD）がこれに含まれる。一方、血管性認知症（以下VaD）、脳梗塞や脳出血等の脳血管障害によって脳が損傷されることにより発症する認知症で、損傷を受けた脳の場所や障害の程度によって症状が異なる。そのため、できることとできないことが比較的はっきりとわかれていることが多く、手足の麻痺等の神経症状を合併することもある。

このように、変性性認知症と血管性認知症は、ともに脳の支配領域のどの部位が障害されたかにより、その症状および程度は異なる（表1）。

表1 脳の機能局在と局在症状

	機能局在	局在症状
前頭葉	前頭連合野：思考・学習・推論・意欲・情操	前頭葉症候群：感情障害・性格障害
頭頂葉	頭頂連合野：感覚情報を分析し、空間を認識	頭頂葉症候群：失行・失認・失語・ゲルストマン症候群
側頭葉	側頭連合野：形の認識・記憶・聴覚・言葉・漢字・カナ・コミュニケーション	側頭葉症候群：性格変化（粘着性と爆発性）・記憶障害・知的障害および幻覚・感覚障害
後頭葉	後頭連合野：視覚・言語機能・視覚情報からより有用な情報を引き出す	後頭葉症候群：皮質盲・視覚失認・同名半盲・アントン症候群

出典)「大脳」<http://www.d6.dion.ne.jp/>および「5つの連合野の働き」<https://search.yahoo.co.jp/image/>を参考に作成

認知症の症状は、大きく2つに分けられる。認知症の直接の原因である脳の神経細胞が壊れることで起こる症状を中核症状といい、認知症であれば誰もが抱える症状である。一方、周辺症状は、行動・心理症状（BPSD）

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)ともいい、中核症状の結果生じる症状であり、本人が元々持ち合わせている性格や置かれている環境が大きく作用し、症状もある程度分類はできるが、症状が重複していることもあり多様である(図1)。

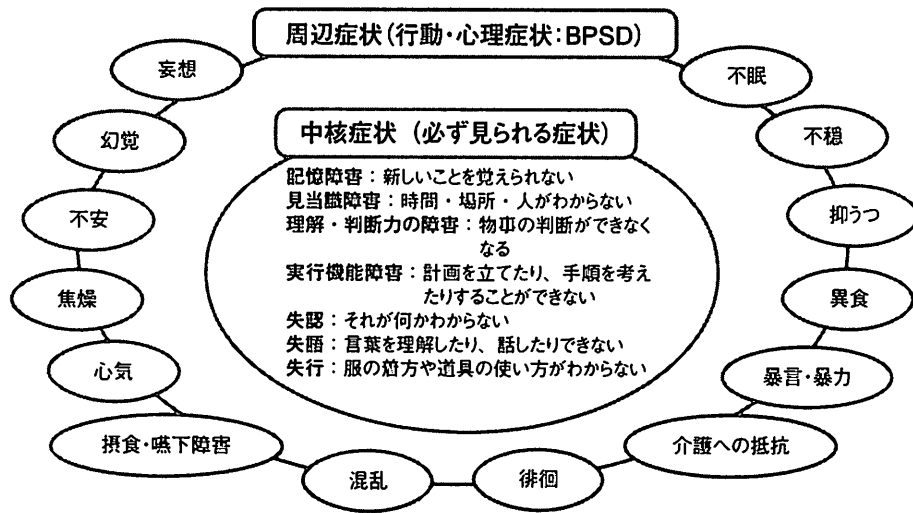


図1 認知症の症状
出典) 認知症フォーラム.com「認知症の基礎知識中核症状とBPSD(行動・心理症状)はどう違う」を参考に作成

2. 摂食嚥下機能と摂食嚥下障害

1) 摂食嚥下機能

食べない、食べられないという場合には、まず、摂食および嚥下の動作のどのプロセスに問題があるかを見極めることが重要である。食物を食べて飲み込むという行為は、とてもシンプルであるが、その一連の行為には複数のプロセスが存在している。また、嚥下とは、食物や水分を認識して口の中に取り込み、これらを咽頭から食道、そして胃へと送り込むことをいう。表2は摂食嚥下運動5期モデルである。

表2 Leopoldの摂食嚥下運動5期モデル

先行期(認知期)	高次脳機能(食物の認知)
準備期	随意運動(食物の取り込み、咀嚼、食塊形成)
口腔期(嚥下第Ⅰ期)	随意運動(舌による咽頭への送り込み)
咽頭期(嚥下第Ⅱ期)	嚥下反射(咽頭通過、鼻咽頭、咽頭の閉鎖、呼吸の停止)
食道期(嚥下第Ⅲ期)	蠕動運動(食道通過)

出典) 藤島一郎(1992)「嚥下障害の評価」『臨床リハ』vol.1no8:705~708

2) 摂食嚥下障害

摂食嚥下のプロセスの一連の動きは、通常は一瞬のうちに起こる。これらのいずれかのプロセス、あるいは複数のプロセスで何らかの問題が発生する状態が摂食嚥下障害である。

摂食嚥下障害の原因として、①器質的原因: 舌炎、アフタ、歯周病、食道炎、潰瘍、②機能的な原因: 脳血管障害、神経疾患(パーキンソン病)、③心理的原因: 神経性食思不振症、認知症、拒食、心身症等が挙げられる。

なお、老化に伴う摂食嚥下機能の低下の原因には、①虫歯、歯が抜けることによる咀嚼力が低下、②口腔、咽頭、食道の嚥下筋の筋力低下、③粘膜の知覚、味覚の低下、④唾液の分泌減少、唾液の性状変化、⑤咽頭下

垂による飲み込み範囲の拡大、⑥無症候性脳梗塞、⑦注意・集中力低下等が背景にある。

また、誤嚥とは、食物や唾液等空気以外のものが下咽頭を通過するときに、何らかの理由により誤って喉頭と気管に入ってしまう状態をいう。誤嚥はさまざまな病気が原因となって生じ、嚥下反射が障害されていたり、飲み込む力が弱い、あるいは食道を通過できない等といった状態が誤嚥を引き起こす。一般的には誤嚥しかけるとむせる、咳き込むといった症状が出るが、気道防御反射が低下している場合には、むせないことがあり（不顕性誤嚥）、誤嚥性肺炎の原因となる。

3. 摂食嚥下運動5期に応じたケア

摂食嚥下運動5期のケアのあり方について、臨床例に基づいた各期のケアについて紹介する（馬場園2009：151）（野原2016：36-52）。

1) 先行期（認知期）：食べ物を口に入れるまで

先行期においては、声かけ、嗜好、姿勢、口腔マッサージがポイントとなる。

先行期の症状として、食事をはじめない、食事途中で止まる、食事のペースが遅い、なかなか飲み込まない等がみられる。

先行期に留意すべきケアは以下のとおりである。

- ①観察：a. 覚醒した状態で食物を認識しているか。
(声かけ、意識レベル・理解度の確認、五感の観察)
- b. 意識レベル評価指標で、JCSで1桁、GCSで14点E-4必須。
- c. 意識レベルの低下の場合には、薬剤との関連や睡眠状況等についての情報収集、アセスメントを行う。
- ②意識レベルを上げる：口腔のマッサージを行うことは臨床上効果的である。
- ③覚醒している時に食事をする。
- ④体位・姿勢：安楽な体位・誤嚥予防の体位に整える（座位、リクライニング等）。
- ⑤食事動作へのきっかけをつくる：食器や箸を持たせたり、食物をすくったスプーンをそのまま口に運ぶと食べ始めることがある。
- ⑥食事に集中できる環境を整える：騒音、テレビ等を調整する。
注意障害への対応：a. エプロンの柄や食器の模様に注意をとられてしまう場合もあるため、エプロンや食器は無地にするとうい。
(特にAD高齢者)
- b. 品数が多く、三角食べができなくなる場合には、一品ずつ提供するとよい場合もある。
- c. 黒い食器にするとご飯が見えやすい。
- d. 柄模様ではなくコントラストをはっきりした食器を用いると手が動く場合がある。
(特にDLB高齢者)
- ⑦食事の温度・味・嗜好への配慮：高齢者は、バランスよりもトータルカロリーが必要。
a. 生ぬるいものは嚥下を誘発しにくいいため、温度に配慮を要する。
- b. 嗜好に合わせた食事を提供する。
- c. 味ははっきりとしたもの、高齢者は甘い物が好きである。
- ⑧自助具の使用
- ⑨食事時の観察

⑩食前に嚥下体操を行う。

2) 準備期：食塊を形成する

準備期においては、食事内容の決定、歯科治療がポイントとなる。

準備期の症状には、時間がかかる、なかなか飲み込まない、むせる、窒息等がみられる。また、口腔機能の状態によって誤嚥の有無が左右される。歯が全部ある人、舌の動きのいい人等は食塊形成が良好であるのに対し、奥歯がない人、舌の動きが悪い人は食塊形成が不良であることが多いため、口腔機能に適した食事の提供が必要である。食物を唾液でまんべんなくコーティングできると飲み込めると判断する。この段階も口腔機能の観察とアセスメントを行う。

準備期に留意すべきケアは以下のとおりである。

- ①歯科受診：義歯不適合や咬合、齲歯、歯周病等、口腔内のスクリーニング。
- ②吸引器の準備
- ③体位・姿勢：安楽な体位・誤嚥予防の体位に整える（座位、リクライニング等）。
- ④食事形態の工夫：
 - a. 口が動かない場合、刻み食+あんかけ等の工夫で、あらかじめまとめてあげれば飲み込める。
 - b. 増粘剤（とろみ剤）は、食品によってとろみの付き方が異なるため、加減に注意する必要がある。栄養剤にとろみがつくまで10分から15分かかる。
 - c. 義歯が苦手な食物：
 - ㉠硬いもの
 - ㉡弾力のあるもの（イカ、タコ、かまぼこ、こんにやく）
 - ㉢繊維の多いもの・薄いもの（海苔、葉野菜、きのこ類）
 - ㉣つぶのあるもの（ゴマ、いちご）
 - ㉤粘着性のあるもの（もち、キャラメル）等
 - d. 義歯の着用：
 - ㉠外した方が食べやすい人もいるため、着けている時と外した時のトータルで判断する。なお、ペースト食の人は義歯を外した方が食べやすい場合もある。
 - ㉡認知症高齢者は、義歯を新調せず、古い義歯の方が馴染んでいることや噛み合わせが低めで食べやすい人が多い。
- ⑤一口量：
 - a. 一般的にはVaD高齢者や誤嚥の可能性がある場合は少ない方がよい。
 - b. AD高齢者は多い方がよいが、実際は症状によって、一口量を変化させるという考え方が重要である。
- ⑥自助具の使用
- ⑦食前に嚥下体操、アイスマッサージ

3) 口腔期・咽頭期：咽頭への送り込み、嚥下反射をスタートさせる+気管を保護する、食道へ送り込む

口腔期および咽頭期には、食事の工夫、交互嚥下、リクライニング・姿勢、口腔ケア、呼吸リハビリテーションがポイントとなる。口腔期の症状には、食事に時間がかかる、なかなか飲み込まない等がみられる。また、咽頭期の症状には、むせる、窒息、時々熱が出る、喉がゴロゴロいう等がみられる。

口腔期および咽頭期に留意すべきケアは以下のとおりである。

- ①体位の調整：誤嚥予防のための姿勢保持およびリクライニングを行う。リクライニング（30度）については、粘性の低い物性のものは誤嚥の可能性が高くなるが、ゼリーのような有形物を嚥下する場合は有効である。
- ②食事時の観察

- ③増粘剤（とろみ剤）：食品によってとろみの付き方が異なるため加減に注意。栄養剤にとろみがつくまで10分から15分かかる。
- ④交互嚥下： a. 異なる形態の食塊が交互に入ることで嚥下反射を促し、咽頭残留した食べ物の除去を目的としている。
b. ベタつきやパサつきのある食物の後にゼラチンゼリーを与えると、口腔残留や咽頭残留がクリアされる。食事の最後はゼラチンゼリーで終了するとよい。
- ⑤食事介助：看護師が行う。
- ⑥摂食訓練：STと看護師で開始
- ⑦摂食条件の変更は必ず医師に相談

4) 食道期：食道の蠕動運動によって胃まで抽送する

食道期には、姿勢、口腔ケア、呼吸リハビリテーションがポイントとなる。食道期の症状には、喉がゴロゴロいう、口臭がする、食べたものが戻ってくる等がみられる。

食道期に留意すべきケアは以下のとおりである。

- ①体位の調整：食後ギャジアップ60度、2時間の保持
- ②経管栄養法注入時のギャジアップは45度以上
- ③腹部を圧迫しない
- ④食後は吸引しない
- ⑤就寝中のギャジアップ15度

4. 認知症病型別摂食嚥下障害とケアの特徴

1) 変性性認知症

脳血管障害によって引き起こされた血管性認知症とは異なり、変性性認知症の原疾患は進行性の疾患であるため、時間経過とともに病状は進行する。臨床症状は経時的に変化し、個々の症状は異なる。そのため、原疾患そのものは治療が困難であるため、出現する臨床症状へのケアが生活を支える主体となる。変性性認知症は、それぞれの原因疾患で脳の委縮が起こりはじめる部位による神経心理学的症状の違いがある。脳の障害部位が異なることで、日常生活をはじめ特徴的な食行動変化が認められる（表3）。

表3 原因疾患別の障害部位と食事に関する問題

	脳の障害部位 (萎縮のはじまる部位)	神経心理学的症状 (代表的なもの)	代表的な食事に関する問題
アルツハイマー型認知症	側頭葉内側（海馬）	記憶障害	食べたことを忘れる 食べる行為、食べ方がわからなくなる
	側頭頂	失認 失行	食物を食物だと認識できない 食具の使い方がわからない 口が開けられない
	前頭葉	注意障害	食事に集中できない
レビー小体型認知症	後頭葉	視空間認知障害 幻視	口と食具の位置関係がうまく把握できない 食物に虫が入っているようにみえる
前頭側頭型認知症	前頭葉	脱抑制 常同行動	早食べ、他の人の食物でも食べてしまう いつも同じ食物を同じ時間に食べる
	側頭葉	失語	言葉のコミュニケーションがとりにくい

出典) 吉田貞夫 (2015) 「認知症の人の摂食障害最短トラブルシューティング」 医歯薬出版、P113

(1) アルツハイマー型認知症 (AD)

ADの大脳皮質の委縮は神経原線維変化と神経細胞脱落によるもので、記憶をつかさどる海馬周辺から側頭葉内側にはじまり、側頭頂に進行する。中核症状では、記憶障害（近時記憶、エピソード記憶の障害）、見当識障害（まず、時間の見当識障害）、視空間の認知障害、言語機能障害、行為障害等がみられ、BPSDでは、妄想（物盗られ妄想）が多い。さらにADの進行によって、視床下部や脳幹部まで萎縮が進行すると生体維持機能や血圧や姿勢保持、呼吸、嚥下等生命維持に重要な反射も障害される。多くの場合、ADは進行によって後期・末期になるまで、咀嚼機能や嚥下障害は保持されているという特徴がある。表4は、ADが重症化する各ステージで生じる問題をADLの障害を基準にして判定する評価法（FAST：Functional Assessment Staging）に摂食嚥下機能を併記したものである。

表4 FASTステージと摂食嚥下機能

	FASTステージ	臨床診断	FASTにおける特徴	
1	認知機能の障害なし	正常	・主観的および客観的機能低下は認められない	嚥下機能正常
2	非常に軽度の認知機能の低下	年齢相応	・物の置き忘れを訴える ・喚語困難	
3	中等度の認知機能低下	境界状態	・熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる ・新しい場面に旅行することは困難	
4	中等度の認知機能低下	軽度AD	・夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす	摂食障害
5	やや高度の認知機能低下	中等度のAD	・介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない ・入浴させるときにだめすかすなどの説得の必要性が出現する	
6	高度の認知機能低下	やや高度のAD	・不適切な着衣 ・入浴に介助を要する ・入浴を嫌がる ・トイレの水を流せなくなる ・尿失禁、便失禁	嚥下障害
7	非常に高度の認知機能低下	高度のAD	・言語機能の低下 ・理解しうる語彙は限られた単語となる	

出典) 吉田貞夫 (2015)『認知症の人の摂食障害最短トラブルシューティング』医歯薬出版、P101一部抜粋・加筆

ADの進行の経過による特徴的な食行動の障害は、以下のとおりである。

①軽	度：実行機能障害 → 一人で料理を作ることが難しくなる
②中～やや高度	：空間認知障害や失行・失認 → 目の前の食物を認知できない 食べ始めることができない 注意障害 → 食事以外の刺激が多いと食事を中断してしまう
③やや高度～高度	：口腔顔面失行 → 咀嚼し続ける 口腔内に食物を溜める 口が開かない 嚥下障害、口腔の乾燥の出現

多くの場合ADは、後期・末期になるまで、嚥下機能は保持されている。これは、大脳皮質はダメージを受けるものの、脳幹を構成する延髄には障害が及ばないからである。初期から中期は「食事開始の障害」と「食事を継続することの障害」が目立ち、高齢者が食事をしない場合には、摂食障害へのケア、つまり、先行期および準備期へのアプローチが重要になる。後期になると少しずつ嚥下にも障害がみられるようになり、BPSDで食事拒否が生じる場合がある。

野原 (2016) は、まず、高齢者が食事をしない場合は、観察・病態の理解を前提としたうえで、①生ぬるい

ものは嚥下を誘発しにくいいため、温度をはっきりさせる、②ADの6～7割の高齢者は臭覚の機能が低下しているため、味をはっきりさせる、③嗜好に合わせた食事を提供する、④高齢者は甘い物を好む。また、食事であると認識できず、食べ始めることができない場合には、⑤左手に茶碗、右手に箸やスプーンを持ってもらう（利き手に合わせて）、⑥最初の数口は介助をする等、食事開始のきっかけをつくる。その他、⑦テレビ等の騒音で気が散らないように注意する、⑧混乱するようであれば、食器の数を減らす（ワンプレートにする）などのケアも効果的であると述べている。

(2) レビー小体型認知症 (DLB)

DLBは、中枢神経系、特に大脳皮質を中心にレビー小体が出現した結果、さまざまな症状が起こる。初期の症状として、認知機能の低下が目立つ前に、幻視（実際には存在しない子どもや人、小動物、虫等が見える）、パーキンソン症状（病気が進行すると、歩きにくくなる、転びやすくなる等）、日内変動（日や時間帯によって認知機能が変動）、うつ病の症状、レム睡眠行動障害（夢を見て大声で怒鳴ったり、布団の中で暴れたりする）等が現れる。なお、パーキンソン症状は、DLBの70%に出現するといわれている（吉田2015：133）。DLBは、パーキンソン症状の影響により比較的記憶や判断力が維持されている時期から嚥下障害がみられるのが特徴である。さらに、パーキンソン症状を引き起こす錐体外路症状はDLBの進行と相まって進行し、上肢や口腔咽頭の摂食動作が障害され、かつ嚥下反射や喀出反射といった咽頭反射が障害されて嚥下障害が深刻になるケースもみられ、最も誤嚥のリスクが高い認知症である。

DLBの特徴的な食行動の障害は、以下のとおりである。

- ①注意力障害と認知機能の変動 → 食べることができる時とできない時といった日内変動がある
- ②視空間障害 → 食物までの距離が正確につかめず手が届かない
食物の位置関係が分からず食べ残す
- ③パーキンソン症状（振戦・無動） → 摂食動作に支障をきたす
- ④幻視 → 食物中に虫や鳥の羽が入っていると言ひ、摂食を中断または拒否する
- ⑤ドーパミンによる嚥下反射の低下 → 嚥下障害
- ⑥向精神病薬に関して過敏 → 効果もあるが副作用も生じやすい

DLBは、パーキンソン症状による嚥下の特徴の特徴を理解しておくことが必要である。吉田（2015）は、①誤嚥予防に留意（前述、準備期、口腔期、咽頭期のケア参照）、②食事中・後に低血圧（自律神経障害）に対しては、見守る、③過食を避ける、数回に分けて摂取する、④食後の運動や入浴を控える。また、ドーパミンの減少により、サブスタンプも減少し咳嗽反射や嚥下反射が低下するため、⑤不顕性誤嚥の観察を行う。また、野原（2016）は、⑥嗅覚の低下による味覚低下に対しては、味や香りの強い食事を考慮する。⑦消化管運動低下により食道運動も低下し胃食道逆流もみられるため、誤嚥に留意する。また、⑧口を開けられない場合には、掛け声等口を開けるきっかけをつくと開口できることがあると述べている。さらに、L-dopa服用後は症状が軽快するが、L-dopaに関係なく症状が軽快したり悪化したりする（on-off現象）。また、進行期の高齢者にみられる現象としてL-dopaが急に効かなくなる。これは服用1～3時間後に出現することが多く、朝と夕方に出現することが多い（wearing-off現象）がみられてくる。このような状況がみられるときには、⑨症状に波（日内変動）があるため、調子が良い時に経口摂取を促したり、口腔ケアを行うようにするとよいと述べている。また、⑩幻視によって訴えが強い場合は無理せず落ち着いてから食事を提供する、⑪食器の模様が虫等に見え、食物に虫が入っていると言って食事を中断することも少なくないことから、模様のない食器を選択する等のケアが必要となる。

このようにDLBの場合には、認知症の影響に対するケアとパーキンソン症状の影響も考慮に入れたケアが必要となり、他の認知症と比較して対応は難しい。

(3) 前頭側頭型認知症 (FTD)

FTDは、前頭葉と側頭葉を中心に萎縮が起こる認知症である。FTDは若年発症が多く、進行性の前頭葉・側頭葉変性を示し、高度の性格変化、社会性の喪失や注意、判断、実行機能等の能力低下が特徴である。初期の段階では認知機能の低下は目立たないが、性格が変わって抑制の効かない行動(脱抑制)や周囲を気にしない振る舞い(反社会的行為)、いつも同じコースを歩いたり、同じことを繰り返したり(時刻表的な生活、常同行動)、甘いものを毎日多量に食べる等の行動の変化(嗜好の変化と常同的食行動)がみられる。また、特にFTDでは、過食・暴食・異食・窒息リスクを伴う食行動変化が多いという報告もある。

FTDの特徴的な食行動の障害は、以下のとおりである。

- ①常同行動 → いつも同じ時刻に同じ料理を作り同じ場所で食べるといった行動
決まった食品や料理への固執がある
- ②脱抑制や被影響性の亢進 → 食事の途中で立ち去る
どんどん食物を口に詰め込む
早食い
- ③口唇傾向・食嗜好の変化 → 甘い物が嫌いだった人が好むようになる
過食、喫煙や飲酒の過多等
- ④構音障害や嚥下障害を伴う場合もある

FTDのケアは、①説得や制御は効果的ではない。FTD高齢者の行動変化に関しては、観察的なアセスメントが重要である。吉田(2015)は、FTD高齢者ではエピソード記憶が保たれていることを利用し、ケアスタッフとの馴染みの関係をつくるのが比較的容易であるため、②馴染みのスタッフの簡単な指示や言葉やジェスチャー等の視覚的な誘導で支援することが効果的である。また、常同行動を利用して適応的な習慣に定着させるためには、維持されている手続き記憶を利用しつつ、失敗のないような段階づけが必要で、③雑音や刺激のない環境を設定し、脱抑制の対象になるものを付近から取り除く等の環境整備・調整によるケアが有効であると述べている。

その他、④脱抑制による食物の口への詰め込みによる窒息に注意する、⑤他の人の食事を食べてしまわないように場所の配慮を行う、⑥注意が他に向いてしまわないような環境を整える等、FTDの場合は、本人には悪意はなくても他の人の食事を食べてしまったり、手づかみ食べてしまったり等の行動があるため、病院や介護施設ではトラブルになるケースも少なくない。⑦座席等の食事環境への配慮も必要である。

2) 血管性認知症 (VaD)

VaDは、脳梗塞が原因で発症することが多いが、頭蓋内の出血や血流低下が原因で起こることもある。発作や脳血管障害や一過性脳虚血発作(TIA)の後に症状が現れることが多く、障害部位により症状が多様で、階段状に悪化する。麻痺や知覚障害や構音障害、パーキンソン症状等の神経症状が見られたり、失語・失行・失認といった症状が起こることもある。また、これらの症状とともに、初期から実行機能障害や意欲の低下等が目立ち、症状が一日の時間帯によって、あるいは日によって変化することもある。

VaDの特徴的な食行動の障害は、以下のとおりである。

- ①実行機能障害 → 一人で料理を作ることが難しくなる
- ②失語や構音障害 → 食物の咽頭への送り込みに障害
- ③麻痺 → 食事動作がうまくいかず、こぼす
麻痺側の食物残渣による誤嚥あり
- ④半側空間無視 → 注意が向かない部分を食べ残す
- ⑤嚥下障害、不顕性誤嚥

VaDのケアでは、麻痺に伴う症状により食事動作に支障を生じる。健側上肢の麻痺によって箸やスプーンが使えない・使いにくい、患側上肢の麻痺によって食器を押さえることができず食べにくい、唇の麻痺によって口が開かない・閉じない、唇や咽頭の障害によって嚥下できない等の支障が生じる。このような状況に対するケアには、①自助具を活用したり、②食器を工夫する。③食器が滑らないように滑り止めマット等の活用をする。④麻痺の状態に合わせた体位の工夫の調整を行う。VaDの場合は、特に障害の内容や程度に個人差が大きいためよく観察し、アセスメントしていくことが大切である。

VaDは、脳の障害部位により症状が多様であるため、観察によるアセスメントに応じたケアが重要となる。

5. 認知症高齢者に可能な摂食嚥下リハビリテーション

摂食嚥下機能障害に対する食事ケアと同様に、日頃から訓練を行っておく必要がある。以下の訓練は、認知症高齢者に適応可能であり、効果が高い訓練である。なお、認知症高齢者に訓練を行ううえで大切なことは、嚥下訓練が効果するのは廃用症候群による摂食嚥下障害に対してのみである。なぜならば、認知症に起因する機能低下は、訓練では改善できないためである。

1) 口腔周囲マッサージ、ROM（可動域）訓練

口腔周囲マッサージとROM訓練は、認知症高齢者の協力が必要なこともあるが、基本的には援助者が実施できる訓練である。その目的は、拘縮を予防してスムーズに嚥下動作ができるように保っておくためである。口腔周囲マッサージは、上口唇、下口唇、頬、舌にゆっくりと刺激を与える。なお、舌を刺激する時は歯ブラシを用いても構わない。また、ROM（可動域）訓練は、頸部の筋のマッサージを重点的に行う。認知症のため、自発的な会話や動作が減少した認知症高齢者においては、日常の動きが極端に減少するため、マッサージやROM訓練は非常に効果的である。

2) アイスマッサージ

アイスマッサージは、嚥下反射の改善を目的として用いられることが多かったが、刺激部位と嚥下反射が生じる部位が異なるという理由から、最近では効果が疑問視されている（野原2016）。臨床では、アイスマッサージにより嚥下機能が改善したように思われるケースもある。その時は嚥下反射が改善したというよりも、むしろ咽頭への冷刺激によって、意識レベルが改善し、その結果として嚥下機能が改善したのかもしれない。効果を過信し過ぎず、意識レベルの改善、食事前の準備運動として用いるのがよい（野原2016）。

3) 呼吸理学療法

嚥下と呼吸は関連性が強く嚥下後には、呼気が出ることが重要である。嚥下後に息を吸ってしまうと、咽頭に残留したものを息と一緒に気管内に吸い込み、誤嚥を引き起こしてしまうため、嚥下後には呼気を出せるだけの呼吸機能の予備力が必要になる。また、誤嚥したとしても、誤嚥物を咳で喀出できれば、誤嚥性肺炎は発症しない。この肺炎予防の鍵となる咳も、呼吸機能が低下すると十分に喀出できなくなる。したがって、嚥下障害の高齢者にとって呼吸理学療法は必須の嚥下訓練となる。

- ①深呼吸：深呼吸の指示が分かる高齢者の場合は、自発的な深呼吸を訓練に取り入れる。「シルベスター法」(吸気時に両上肢を挙上して吸気時に下げる)を併用するとさらに効果的である。
- ②胸郭可動域訓練：意思疎通ができない高齢者では、深呼吸以外の動作で胸郭の可動域を上げる訓練が有効である。訓練としては、呼吸との同期にこだわらず、上肢を挙上させる「シルベスター変法」、体幹を捻ることで胸椎を捻転させ、肋骨のストレッチ効果を期待する「体軸捻転」、両肩を開いて胸を張る姿勢を取らせる「肩甲骨の内転」がある。

考察

摂食嚥下機能は、高齢者のQOLの維持・向上、コミュニケーション等、日常生活のうえで重要な役割を担っている。嚥下困難・嚥下障害は誤嚥性肺炎の誘因となるだけではなく、サルコペニア、免疫能の低下、傷等の治癒の低下や循環血漿量の減少を引き起こし、ひいてはADLの低下、転倒、褥創、易感染性といったさまざまな症状を引き起こす(海老原2012)。これらのことから、摂食嚥下機能障害への介入は、これらの負の連鎖の発生防止や連鎖を絶つためにも極めて重要であると言える。

一方、認知症は進行性疾患である。そのため、摂食嚥下障害をはじめとするさまざまな症状の改善が見込めないこともある。また、摂食嚥下状態においては、高度の認知障害を認めた症例に異常を生じたケースが多く、生命予後にも大きく影響するという報告がある(岩本:2001)。よって、認知症病型の特徴を捉えた摂食嚥下ケアの実践は、認知症高齢者のQOLの維持・向上、ひいては生命予後にかかわると言っても過言ではない。認知症高齢者における摂食嚥下機能障害に対するケアについて、野原(2016)は、脳血管障害の回復期においては、嚥下訓練は有効であるが、慢性期まで残った嚥下障害については、機能訓練による治癒は望めないが、脳血管疾患等に併発している廃用症候群は訓練で改善する。つまり、慢性期を生活期であると捉え、これまでのケアからケアへ、訓練から支援への意識変換が重要であり、機能低下に応じたケアが重要であると述べている。特に、認知症高齢者に対しては、残存機能を最大限に活かしながら安全に食事ができるようにするためのケアが大切であると言える。

そのためには、関連職種間の連携を前提としたうえで、廃用症候群による摂食嚥下機能低下を予防するためのリハビリテーションについては、認知症病型の特徴を理解しながら個々の状況に応じた実践につなげていくことが重要となる。さらに、摂食嚥下運動5期に生じている問題を見極めるスキルと認知症病型の理解および各病型の摂食嚥下障害の特徴を捉えた重層的なケアの展開ができるアセスメントスキルを持つことが極めて重要である。

超高齢社会を迎えたわが国において、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指している。これからの在宅医療への転換を考慮すれば、認知症病型や摂食嚥下機能障害の理解とアセスメントスキルを身に付けていくことは、看護師をはじめ、介護職にとっても今後の重要な課題となるであろう。

まとめ

食は、生理的欲求であり生命活動の源である。認知症高齢者の場合は、進行性疾患である認知症の病態と老年症候群が相まって摂食嚥下機能に支障をきたす。そのため、摂食嚥下機能の低下や障害が生じても可能な限り安心・安全な食事摂取への支援は不可欠である。

これまで、摂食嚥下機能障害に関する研究では、主に脳血管障害の回復期を対象としたものが主流であった。そのため、認知症高齢者における摂食嚥下障害の進行過程が認知症の病型によって異なり、食事支援のポイントが異なるという認識とそのケアの構築は、今後の課題となる。

文献

- 池田学 (2008) 「前頭側頭型認知症」『臨床神経学48』日本神経学会、P1002-1004. https://www.neurology-jp.org/Journal/public_pdf (2017.4.28)
- 伊古田俊夫 (2012) 「脳からみた認知症」ブルーバックス.
- 市村幸美「認知症ONLINE」 <https://ninchisho-online.com/archives/14000/> (2017.4.28)
- 「5つの連合野の働き」 <https://search.yahoo.co.jp/image/> (2017.4.28)
- 岩本俊彦 (2001) 「予後からみた慢性期脳梗塞患者の嚥下機能評価と頭部CT所見」『日老医誌』第38巻.
- 岩本俊彦 (2003) 「痴呆化の要因」『日老医誌』第40巻.
- 岩本俊彦 (2011) 「老年医学からみた脳血管障害」『日老医誌』第48巻.
- 海老原覚 (2012) 「口腔機能・嚥下機能障害」『日老医誌』第49巻.
- MUFG Quality for You「認知症について」認知症の現状と将来推計 (2017) <http://www.tr.mufg.jp/shisan/mamori/dementia/02.html> (2017.4.24)
- 久志紫乃 (2015) 「認知症の人の摂食嚥下障害」 <http://www.agape-wakamatsu.or.jp/wp-content/uploads/> (2017.4.24)
- 熊倉 勇美 (2013) 「高次脳機能障害者と摂食・嚥下障害」高次脳機能研究第32巻第1号. https://www.jstage.jst.go.jp/article/hbfr/32/1/32_15/_pdf (2017.4.28)
- 健康長寿ネット「高齢者の摂食・嚥下(えんげ)機能に影響する要因」 <https://www.tyoju.or.jp/net/kenkou-tyoju/koureisha-shokuji/> (2017.4.28)
- 厚生労働省 (2012) 「介護保険最新情報」Vol.298 <http://www.wam.go.jp/gyoseiShiryu-files/resources/e1649d64-eb45-4cf5-9cb0-2f3f03cb27bc/%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%E6%9C%80%E6%96%B0%E6%83%85%E5%A0%B1Vol.298.pdf#search=%27%E5%8E%9A%E7%94%9F%E5%8A%B4%E5%83%8D%E7%9C%81+%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%E6%9C%80%E6%96%B0%E6%83%85%E5%A0%B1Vol.298%27> (2017.4.24)
- 厚生労働省 (2016) 「地域包括ケアシステムと認知症施策」 <http://www.ncgg.go.jp/kenshu/kenshu/documents/20160720-1.pdf> (2017.5.7)
- 厚生労働省 (2015) 「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」 http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/02_1.pdf (2017.4.24)
- 「大脳」 http://www9.plala.or.jp/sophie_f/disease/cerebral6.html (2017.4.24)
- 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所「厚生労働省老人保健健康増進等事業(平成23年度)認知症高齢者の食行動関連障害支援ガイドライン作成および検証に関する調査研究報告書」 http://www.tmghig.jp/J_TMIG/extra/pdf (2017.4.28)
- 内閣府「3高齢者の健康・福祉」『平成28年版高齢社会白書(概要版)』 http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/gaiyou/s1_2_3.html (2017.4.24)
- 内閣府 (2016) 「第1章高齢化の状況」『高齢社会白書』 http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/pdf/1s2s_3_1.pdf (2017.4.24)
- 濱崎真由美他 (2011) 「A大学病院ICU摂食・嚥下機能評価表の開発と有用性の検討」『日本クリティカル看護学会誌』Vol.7、No.3.
- 日本神経学会 (2010) 「認知症疾患治療ガイドライン2010」 https://www.neurology-jp.org/guidelinem/deg1/sinkei_deg1_2010_02.pdf (2017.4.24)
- 認知症ONLINE「認知症の症状と種類 押さえておきたい基礎知識」 <https://ninchisho-online.com/dementia/symptom/> (2017.4.28)
- 認知症介護研究・研修センター(仙台)認知症介護情報ネットワーク「食事・入浴・排泄編2部 解説(2) 食事場面における認知症ケアの考え方」『初めての認知症介護』 <https://www.dcnnet.gr.jp/support/research/center/detail.html> (2017.4.28)
- 認知症フォーラム.com「中核症状とBPSD(行動・心理症状)はどう違う?」 <http://www.ninchisho-forum.com/knowledge/kaigo/007.html>
- 野原幹司 (2016) 「認知症高齢者の摂食嚥下リハビリテーション」医学の友社
- 野原幹司 (2016) 「ナースプレス 第7回 摂食嚥下障害の臨床Q&A 認知症のために嚥下訓練ができない!」 <https://nursepress.jp/223789> (2017.4.24)
- 山脇 正永他 (2011) 「認知症患者の摂食・嚥下リハビリテーション」南山堂
- 吉田貞夫他 (2015) 「認知症の人の摂食障害最短トラブルシューティング」医歯薬出版.

Dysphagia and Nursing of the Dementia Elderly Person —Dementia Care Depending on the Characteristics of the Dementia Type

Fusako IWASAKI

I clarify dysphagia care depending on types and characteristics of dementia by documents study. The practice of the dysphagia care depending on characteristics of the certain type of dementia is necessary in consideration of the dysphagia and functional disorder of the dementia elderly person. Cooperation between the related jobs is necessary for it. The rehabilitation to prevent dysphagia and hypofunction caused by disuse atrophy is needed to put into effect. Furthermore, it is extremely important to have skill to recognize the problems occurring to the fifth stage of swallowing movement, and to have the assessment skill to develop the multilayered care with an understanding of dementia and the characteristics of each type of dysphagia.

Key Words: Dementia elderly person, Dementia type, Dysphagia dysfunction, The fifth swallowing movement stage model