

講演Ⅱ 「言語聴覚士（ST）不在における 摂食嚥下専門管理栄養士の活動について」

講師 市立伊丹病院 医療技術部栄養管理
主幹 藤村 真理子氏

藤村先生は、現在 100 名程度と数少ない摂食嚥下リハビリテーション栄養専門管理栄養士として言語聴覚士（以下、ST）が不在の中で精力的に活動されており、摂食嚥下に関わるきっかけから病態ごとの特徴や嚥下評価および食形態の工夫など症例を交えながら取り組みについてわかりやすく講義していただいた。

学生時代には、ペースト食はあったが嚥下食として確立されたものはなかった（と思う）。

最初の勤務先では、チーム医療で管理栄養士の関わりがあったのは糖尿病だけだった。その後、褥瘡患者に関わり、栄養状態を改善したことで褥瘡が軽快したことをきっかけにNSTが立ち上がったことや、余命宣告された患者に対して、看護師が言った「いつ食べられなくなるかわからないよね」という一言が摂食嚥下に携わったきっかけである。

次に、疾患別の嚥下障害の特徴を説明。ALSでは、運動ニューロンが侵され、四肢麻痺や球麻痺症状が起こる。進行するに従い、必ず摂食嚥下障害や呼吸機能障害が出てくる。早期から軽い嚥下障害がみられることがあるため診断されると早期に栄養介入の必要がある。印象に残ったALS患者の症例を紹介。66歳女性、入院当初はゼリー食を全量摂取していたが徐々に摂取に時間を要し介助が必要になってきた。当時、献立にバナナを提供していたが、噛む力が弱く食べられなかった。そこで調理師と創意工夫し、焼きバナナを提供したところ摂取することが可能となった。結果、焼きバナナを献立に採用、ほとんどの患者でおいしく食べてもらえるようになった。筋ジストロフィーは、デュシェンヌ型筋ジストロフィーが最も多く、比較的液体嚥下が可能であることが多い（栄養剤など飲むことができる）。筋強直性ジストロフィーは、嚥下障害の自覚がなく丸飲み嚥下となり窒息が

多い。脊髄小脳変性症は、病型により摂食嚥下の病態は異なるが、運動失調を主とすることから口唇まで食物を運ぶ動作等が困難なため、「食事時間が長い」「食べこぼしが多い」等見られ、嚥下障害自体は個々により多岐に及ぶ。パーキンソン病は、自覚に乏しいため、ムセのない誤嚥（不顕性誤嚥）が多い。脳血管障害は、球麻痺と偽性球麻痺（仮性球麻痺）に分類され、球麻痺においては、嚥下反射は起こらず嚥下筋委縮や構音障害がある。偽性球麻痺においては、嚥下反射は比較的保たれており、嚥下筋委縮もないが、構音障害がある。慢性閉塞性肺疾患は、嚥下造影（VF）を行うと80%以上の患者に嚥下障害、嚥下困難を示し、無症候性の誤嚥や咽頭侵入が約半数に見られる。口腔癌、上咽頭癌術後は、切除範囲が大きくなるほど嚥下障害が重症になる。また、放射線治療後においても嚥下障害が起こる場合があり、この場合は自覚症状に乏しい。高齢者は、嚥下障害が高頻度に生じやすく、老嚥（老人性嚥下機能低下）が生じる。また機能低下だけでなく、老々介護や金銭面等様々な問題から非常に困難。

次に、急性期病院に言語聴覚士がいない現状での取り組みについて説明があった。精神科医師より依頼をもらい、管理栄養士3名で毎週1回のラウンドを開始、電子カルテに記録する。給食システムで「絶食」「嚥下0j」「嚥下1j」の患者を抽出しカルテの確認を行う。主訴（なんで入院しているのか）、薬剤（向精神薬の服用）、絶食時の理由や歯科医師による嚥下評価の確認後、昼食時に合わせて患者へ訪室しアセスメントを実施。アセスメント内容は、「喀痰や流延の量」「顔色の変化」「呂律」「湿声」「頸部動作」「パルスオキシメータ値の低下」「姿勢」などに加え、食べる前に「歯の欠損」「舌の動き」「口腔内の環境」や「パンダのたからもの」と

発語してもらい口唇や舌の運動不全の評価を行っている。摂食嚥下を進めるにあたり、嚥下障害の5期を紹介。5期とは、①先行期（食べ物認識する）②準備期（飲み込みやすい形状にする）③口腔期（舌でのどに送り込む）④咽頭期（喉から食道に送り込む）⑤食道から胃へ送り込むである。食物が溜りやすいところは、咽頭蓋や梨状窩。食べさせるときは、①声かけをする②スプーンにのせた物を横から口元に持っていく③下唇につける④上唇が下りてくるのを待

つ⑤スプーンは平行に持つ⑥摂食中は話しかけないなど注意が必要。患者訪室後は、栄養状態が悪ければNSTが介入。病態の改善が優先であれば記録しモニタリング。嚥下が問題なければ適した食事を主治医に提案している。

最後に、疾患の特徴はあるが、一人一人異なるため、患者を直接見ることが大切。特に摂食場面のアセスメントが重要と締めくくられた。

（文責 医療 蔵本真宏）