

認知症高齢者日常生活自立度と摂食嚥下障害臨床的重症度分類との関係 － 誤嚥性肺炎で当院に入院した患者の分析結果より －

坂 啓子¹⁾ 小牧 陽子¹⁾ 若原 千夏²⁾

要旨：認知症患者で誤嚥性肺炎を繰り返す症例は多い。そこで嚥下機能評価を行い適切な対応につなげることを目的に、2018年4月～2019年3月までにA病院に入院した誤嚥性肺炎の病名を含む82名を対象に、①認知症高齢者の日常生活自立度と②摂食嚥下障害の臨床的重症度分類（以下DSS）で分類し分析を行った。その結果、認知症高齢者の日常生活自立度と嚥下障害の有無には有意に関連があることが示唆された。水分誤嚥と食物誤嚥が多く見られた一方、誤嚥なし群に分類されるケースが確認された。Ⅲa～M群ではより注意を必要とする食事介助が必要であり、I～Ⅱb群では嚥下スクリーニングのみでは誤嚥が認められない場合があり、実際の食事場面での評価が重要となることが示唆された。

【はじめに】

高齢化に伴い認知症を持つ誤嚥性肺炎の患者が増えている。認知症患者の場合、嚥下方法や食事摂取時の注意、訓練方法などを継続することが困難な場合が多く、入退院と繰り返すケースも増えてくる。当院でも2018年度において誤嚥性肺炎で入院し嚥下スクリーニング検査の結果をもとに食事形態、摂取方法を調整して退院した患者のうち入退院を繰り返した認知症患者は15例あった。そこで、2018年度に誤嚥性肺炎で入院した患者のうち認知症の病名を持つ患者の嚥下スクリーニング結果と認知症の日常生活自立度の程度から当院における傾向を調査した。

【方 法】

2018年4月～2019年3月までにA病院に入院した誤嚥性肺炎の患者のうち認知症症状のみられた82名（平均年齢は86.45歳）を対象に、①認知症高齢者の日常生活自立度にて、I～Ⅱb群、Ⅲa～M群、②DSSにて、誤嚥あり（唾液

誤嚥・食物誤嚥・水分誤嚥・機会誤嚥）群、誤嚥なし（口腔問題・軽度問題・正常範囲）群に分類し、これらの関係を χ^2 乗検定で分析した（表1）。

認知症高齢者の日常生活自立度については認知症ケア加算対象となるかどうかで分類を行った。DSSについては嚥下造影や嚥下内視鏡を行った判定ではないため正確性に欠ける可能性があったため、スクリーニングテストの結果から「スクリーニングテストを用いたDSS判定プロトコル」（図1）に照らし合わせ分類を行った。スクリーニングテストの実施は日常業務として行っている言語聴覚士、摂食嚥下障害看護認定看護師の2名で行った。

【結 果】

I～Ⅱa群26名のうち誤嚥あり群は21名、誤嚥なし群は5名、Ⅲa～M群56名のうち誤嚥あり群は54名、誤嚥なし群は2名であり、 χ^2 乗検定の結果、自由度1、 χ^2 乗値3.75、 $P < 0.05$ で認知症高齢者の日常生活自立度の程度とDSSの結果には有意に関連があることが示唆された（表2）。

DSSの結果の詳細を分析するとDSSで誤嚥ありの分類のうち最も多く認められたものは認知

1) 岐阜赤十字病院 看護部

2) 岐阜赤十字病院 リハビリテーション科

表 1 摂食嚥下障害の重症度分類 (DSS)

	分類	定義	対応
誤嚥なし	7 正常範囲	临床上問題がない	不要
	6 軽度障害	主観的問題を含め、何らかの軽度の問題がある	簡単な訓練、食形態の工夫、義歯調整
	5 口腔問題	誤嚥はないが、主として口腔期障害により摂食に問題がある	食物形態の工夫、食事中の観察が必要
誤嚥あり	4 機会誤嚥	時々誤嚥する、もしくは咽頭残留が著明で、临床上誤嚥が疑われる	上記に加え咽頭の評価、咀嚼の影響の検討が必要 嚥下障害食
	3 水分誤嚥	水分は誤嚥するが工夫した食物は誤嚥しない	水分の増粘剤が必要、時に間欠的経管法の併用
	2 食物誤嚥	あらゆるものを誤嚥し、嚥下できないが、呼吸状態は安定している	長期の経管栄養、胃瘻の検討 専門医療機関による直接訓練
	1 唾液誤嚥	唾液を含めすべてを誤嚥し呼吸状態が不良である。または嚥下反射が惹起されず呼吸状態が不良である	経管栄養、胃瘻の検討。直接訓練困難

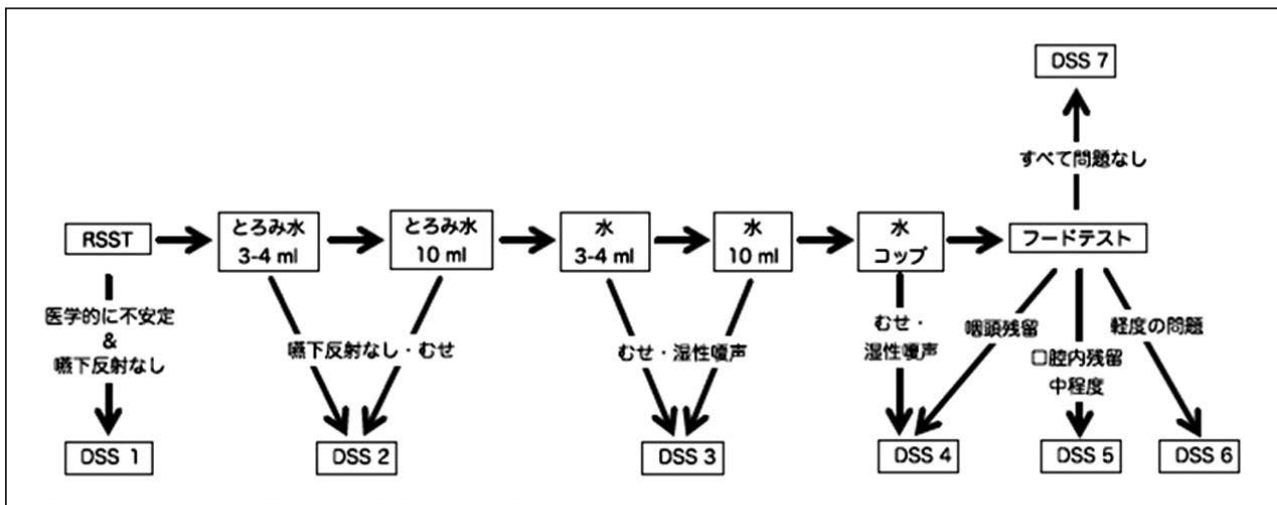


図 1 スクリーニングテストを用いたDSS判定プロトコール

症高齢者の日常生活自立度Ⅲaで水分誤嚥が11名、Ⅳで食物誤嚥が11名あった。一方、誤嚥なし群の口腔問題や軽度障害はⅠ～Ⅱb群で多くみられた。誤嚥性肺炎と診断されていても嚥下スクリーニングでは誤嚥なしの判断となるケースが確認された(図2)。

【考 察】

高齢化に伴い認知症患者の嚥下障害も増えて

いる。認知症の場合、嚥下障害としては維持期・慢性期にあたり機能回復を目指す訓練や指導はあまり功を奏しないだけでなく、認知症症状により訓練や指導の遂行も困難な場合が多い。その結果、誤嚥性肺炎も繰り返しやすい徐々に機能が悪化していく。

認知症初期から中期には食べたことを忘れる、集中できないといった食べる行為に障害がみられるケースが多い。今回の結果からも認知

表2 認知症高齢者の日常生活自立度とDSSの関係

	誤嚥あり	誤嚥なし	計
認知症 I ~ II b	21	5	26
認知症 III a ~ M	54	2	56
計	75	7	82

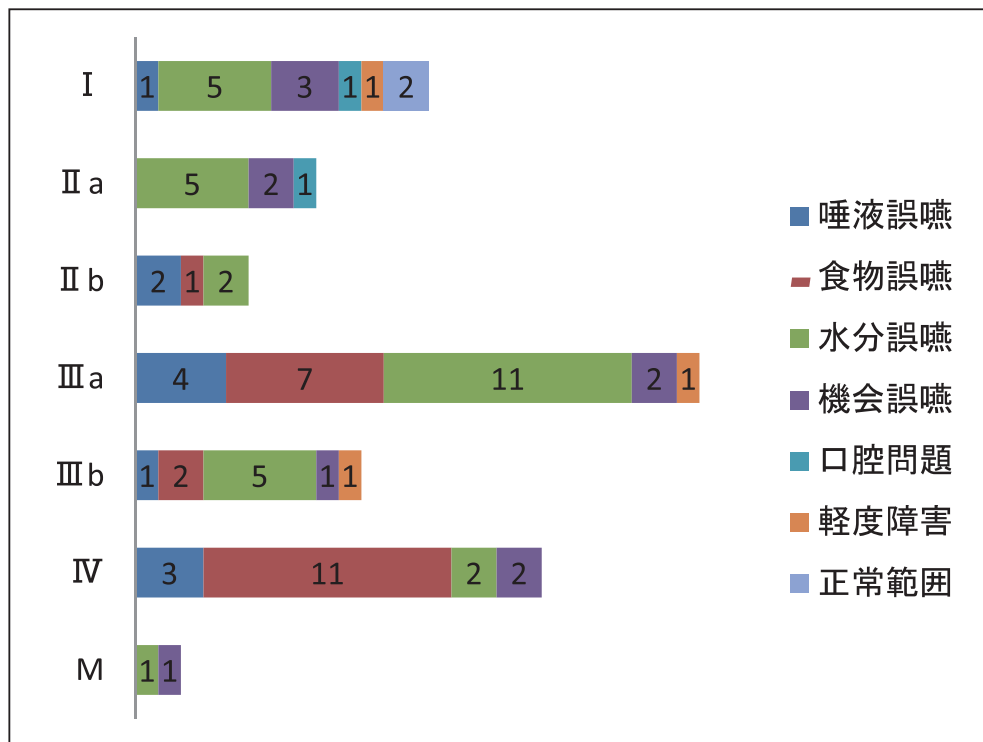


図2 認知症高齢者の日常生活自立度別にみた嚥下障害の重症度

症の日常生活自立度Ⅲ未満では誤嚥性肺炎で入院したにもかかわらず嚥下スクリーニングでは問題がなかった症例が数例見られた。認知症の場合、先行期の評価についてはその時の状況によっては十分に評価できないことが多く、口腔期、咽頭期の問題が目立たなければ評価結果がよくなる可能性がある。そのため、スクリーニングの結果が良くても実際の食事場面での注意力や食事行動について十分に観察し包括的に判断する必要がある。

認知症後期になると活動量が低下し、食事拒否・摂取量低下などが出現すると廃用も進行し

てくるため傾眠による先行期障害だけでなく口腔期～咽頭期の障害が目立ってくる。その結果、嚥下障害も重度となりやすく全身の体力の低下も伴って誤嚥性肺炎が重症化しやすくなると考えられる。今回の分析でも水分誤嚥や食物誤嚥が多く認められ、入院中の専門的な介入や吸引など医療行為の下では対応可能であっても、生活の場に戻ると対応困難であった可能性が高い。そのため、退院後に生活の場に戻ってからも継続した対応ができるよう介助者の援助技術の向上と、多職種間での協力が重要となってくると考えられる。

【参考文献】

- 1) 戸原玄ほか：摂食・嚥下障害重症度分類（DSS：Dysphagia Severity Scale），口病誌 70(4)，28-34，2003
- 2) 西村和子ほか：嚥下内視鏡検査を用いない摂食嚥下障害臨床的重症度分類判定の正確性，Japan Journal of Comprehensive Rehabilitation Science 6，2015
- 3) 野原幹司：認知症患者の摂食・嚥下リハビリテーション，南山堂，東京，2012

