

牧野式：認知症高齢者への 摂食嚥下リハビリテーション



あこがれの楽園にやってきた
長旅お疲れさまでした

Copyright © 2009-2021 [八重山Diving Service Field](#) All Rights Reserved.

愛知学院大学 心身科学部

牧野 日和

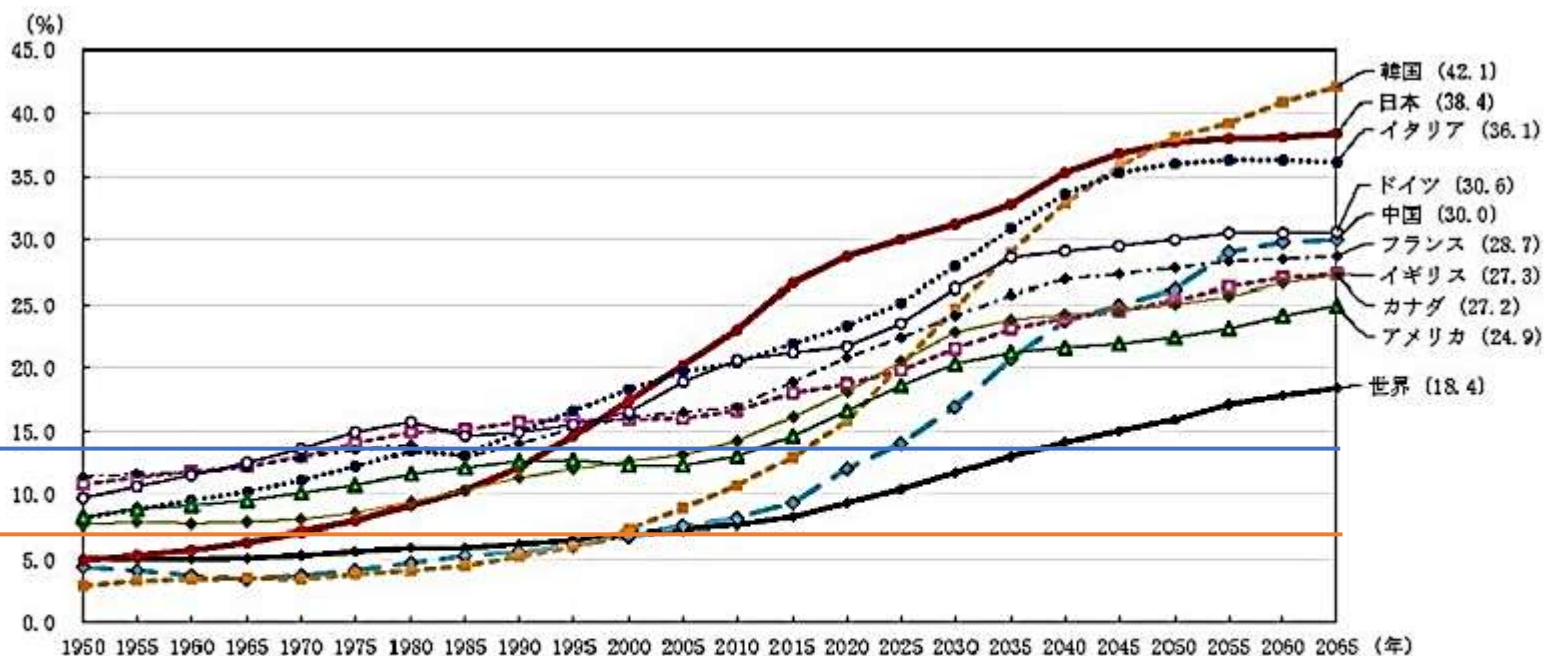


AICHI GAKUIN
UNIVERSITY

日本はとっくに高齢社会

日本は1994年から高齢社会となった

高齢14%
高齢化7%



資料：日本の値は、2015年までは「国勢調査」の10月1日現在、2020年は「人口推計」の9月15日現在、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（出生（中位）死亡（中位）推計）における将来推計から各年10月1日現在の推計値を使用
他国は、*World Population Prospects: The 2019 Revision* (United Nations) の各年7月1日現在

主要国の65歳以上人口割合：1950-2050

牧野 日和

愛知学院大学 心身科学部 准教授

(470-0195 愛知県日進市岩崎町阿良池12

電話:0561-73-1111 内線3435)

言語聴覚士

日本心理学会認定心理士

博士(歯学)

日本言語聴覚士協会 認定言語聴覚士 摂食嚥下障害領域

日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士

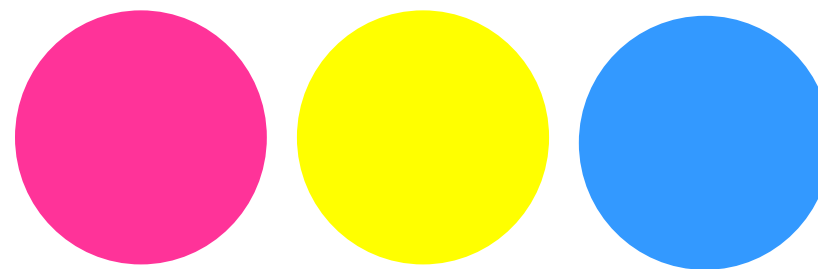
Eメール: hiyori@dpc.agu.ac.jp



例

ICD

(治るか否か)



(個別対応)

(シンプルな問題)

風邪
病気
怪我

ICIDH

(健康・正常をめざす)



(チームでの対応)

脳卒中
糖尿病

ICF

(その人らしく生きるを支える)



(チームでの長期対応・試行錯誤)

(複雑な問題)

認知症
多病

認知症高齢者への 摂食嚥下リハビリテーション

現場において対象者と馴染み
の関係を築く

介護士や看護師を主軸とし
た多職種連携が必須

いろいろな知識や技術が必要
(多職種連携が必要)

ただし、押し寄せ続ける問題を多職種でどうにか
乗り越えられたとしてもすぐに出来なくなって
さらなる深い問題に陥る



これが認知症
これぞ認知症支援

治ること、改善すること(キユア)も大切だが
その人(家族)らしい最期を紡ぐことがさらに重要

1. 必要とされる知識や技術

人間の生涯発達と食機能との関係を理解する

高齢者心理を理解する

家族心理を理解する

狭義の摂食嚥下リハビリテーション学

認知症を理解する

(高次脳機能障害・薬物療法・病期・心理・人間関係)

多職種各々の
専門性に加え、

認知症支援に
求められるお話

2. 認知症高齢者の特徴を理解する

3. 家族が覚悟を決められるかどうか

認知症高齢者への 摂食嚥下リハビリテーション

目次

1. 必要とされる知識や技術
2. 認知症高齢者の特徴を理解する
3. 家族が覚悟を決められるかどうか



認知症高齢者への 摂食嚥下リハビリテーション

1. 必要とされる知識や技術①

人間の生涯発達と食機能との関係を理解する





離陸/上昇

獲得・発達イメージ



水平飛行

機能維持イメージ



降下/着陸

衰退・死期イメージ



成長/機能獲得

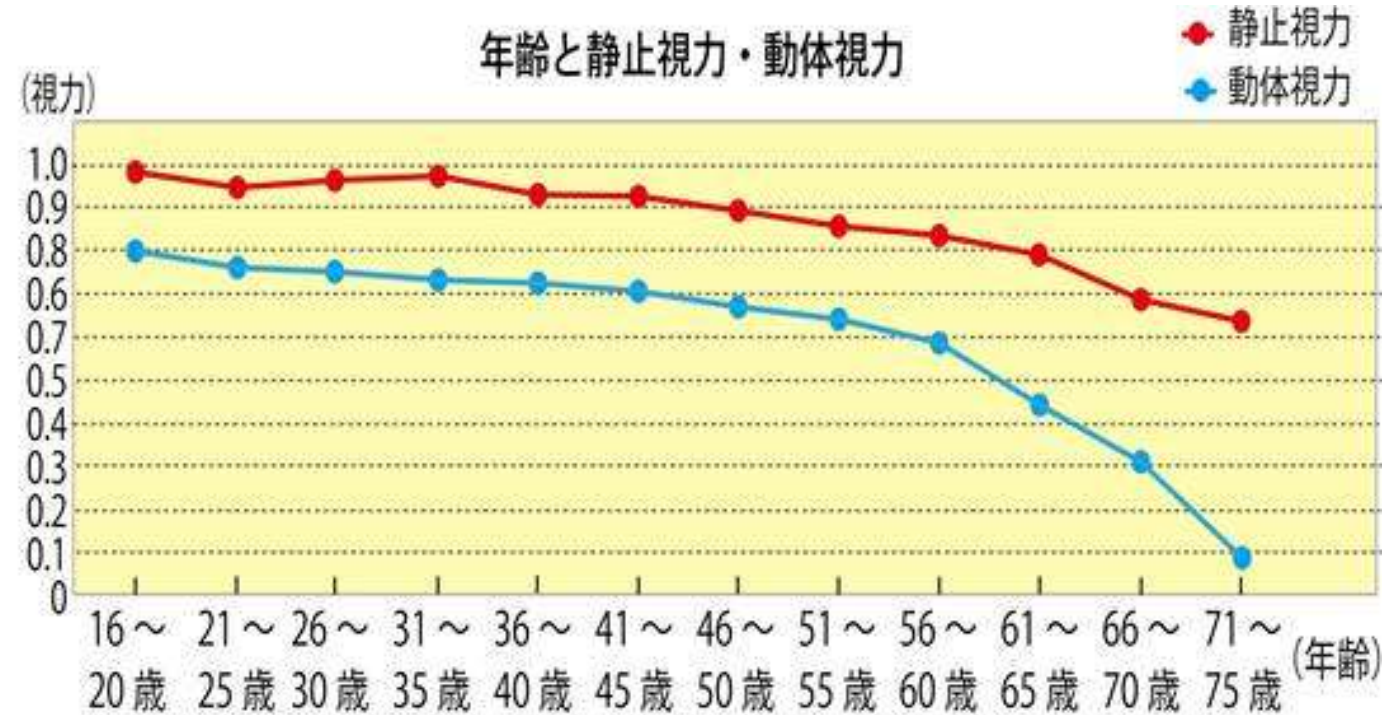


機能維持



機能低下

年齢と視力の関係

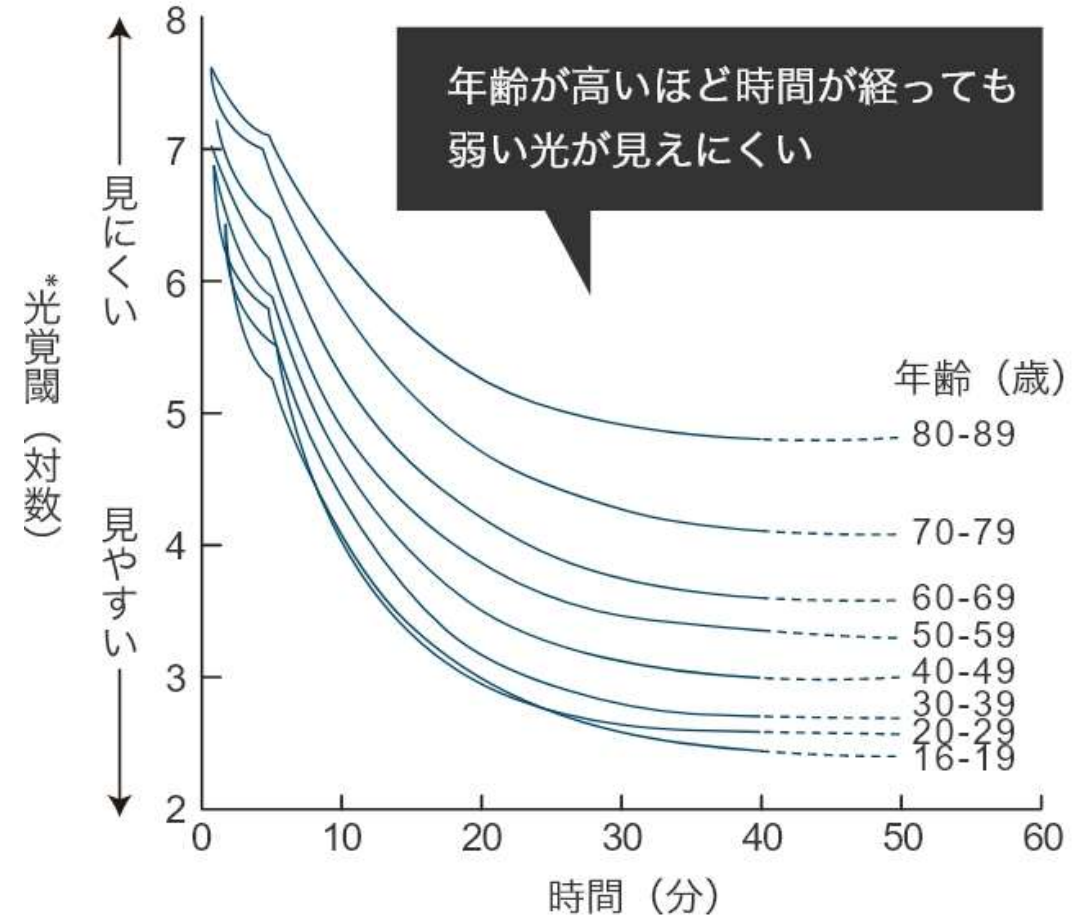


出典) 鈴木昭弘:「空間における動体視知覚の動揺と視覚適性の開発」、日眼会誌、75巻9号1971

60歳で動体視力がダウンする

年齢と暗順応

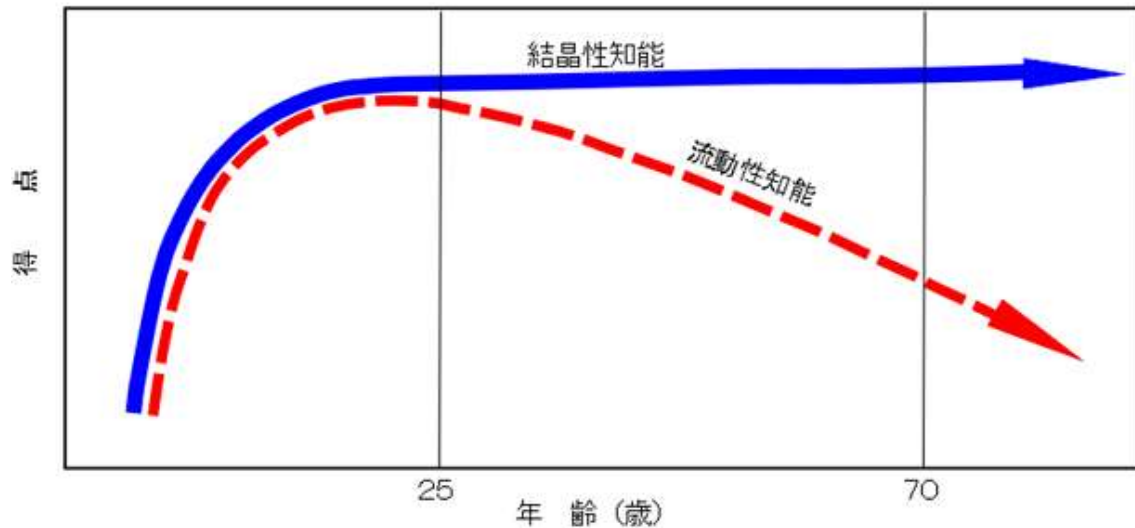
家の階段で転倒事故にあいやすい
目が疲れやすい
細かい作業が難しい



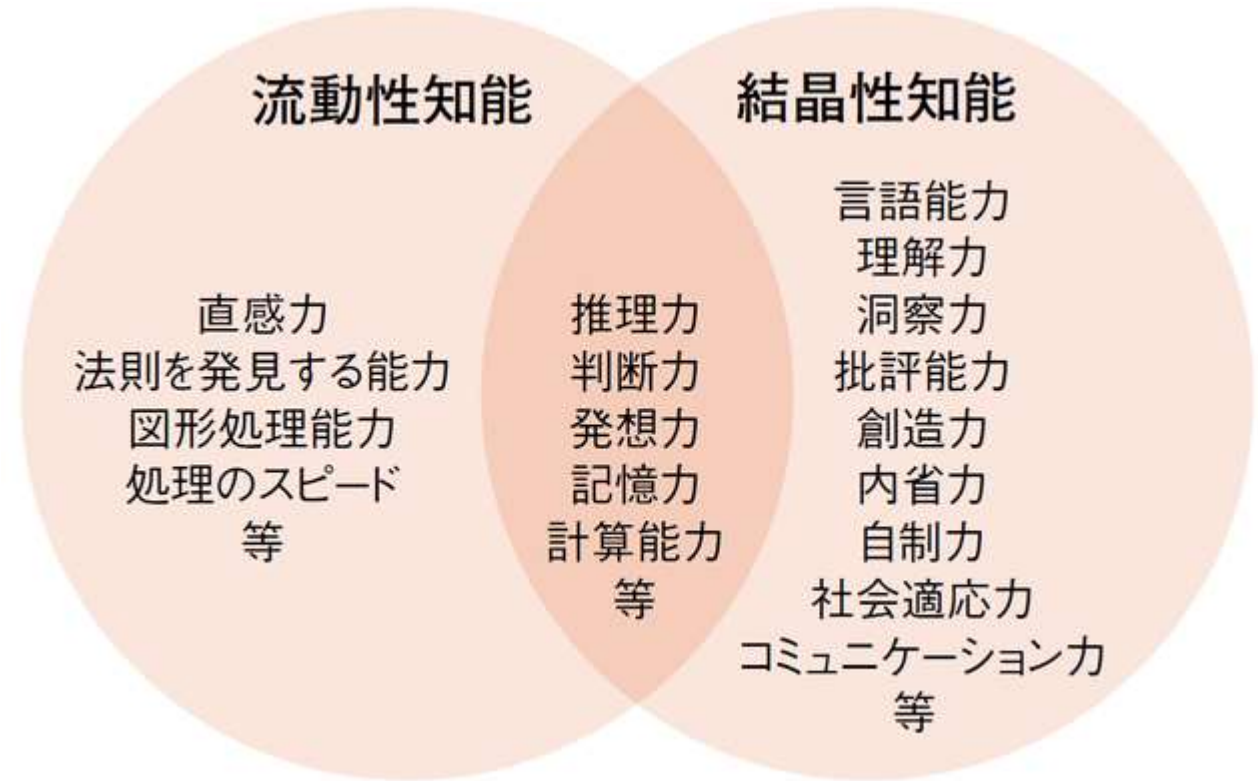
流動性知能と結晶性知能

経験によって高まる知能

結晶性・流動性知能の加齢パターン(モデル)



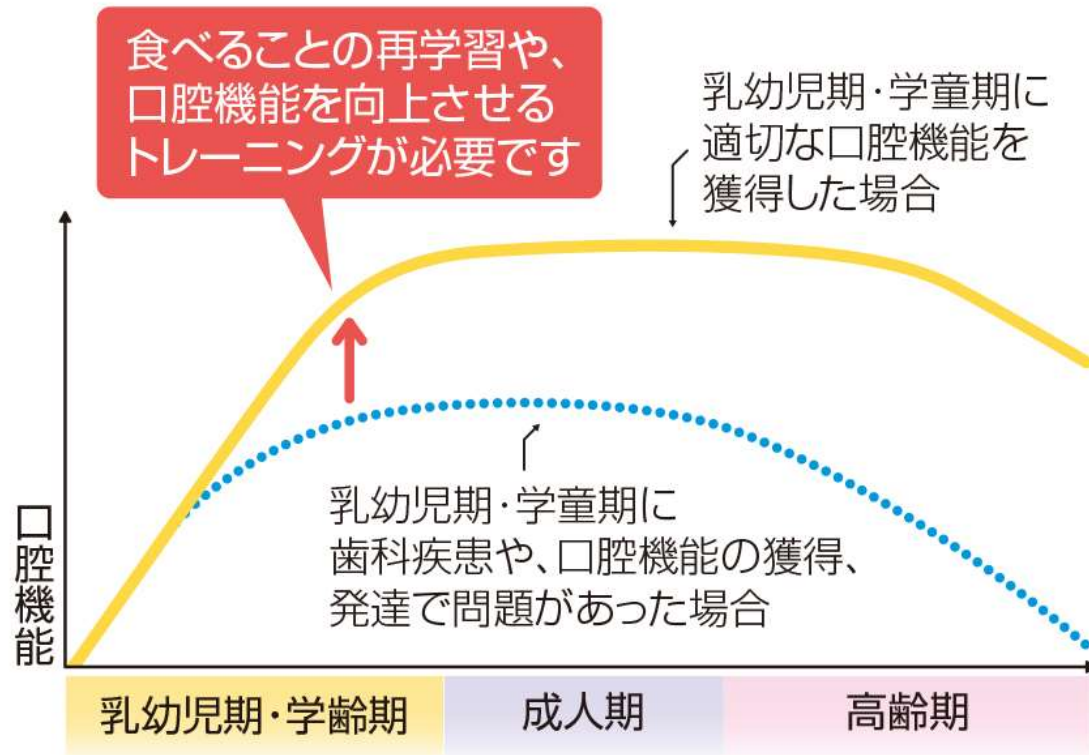
Baltes, P. B. "Theoretical Propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the Dynamics Between Growth and Decline," *Developmental Psychology*, 23(5), p.615, 1987. ホーンとキャッテル



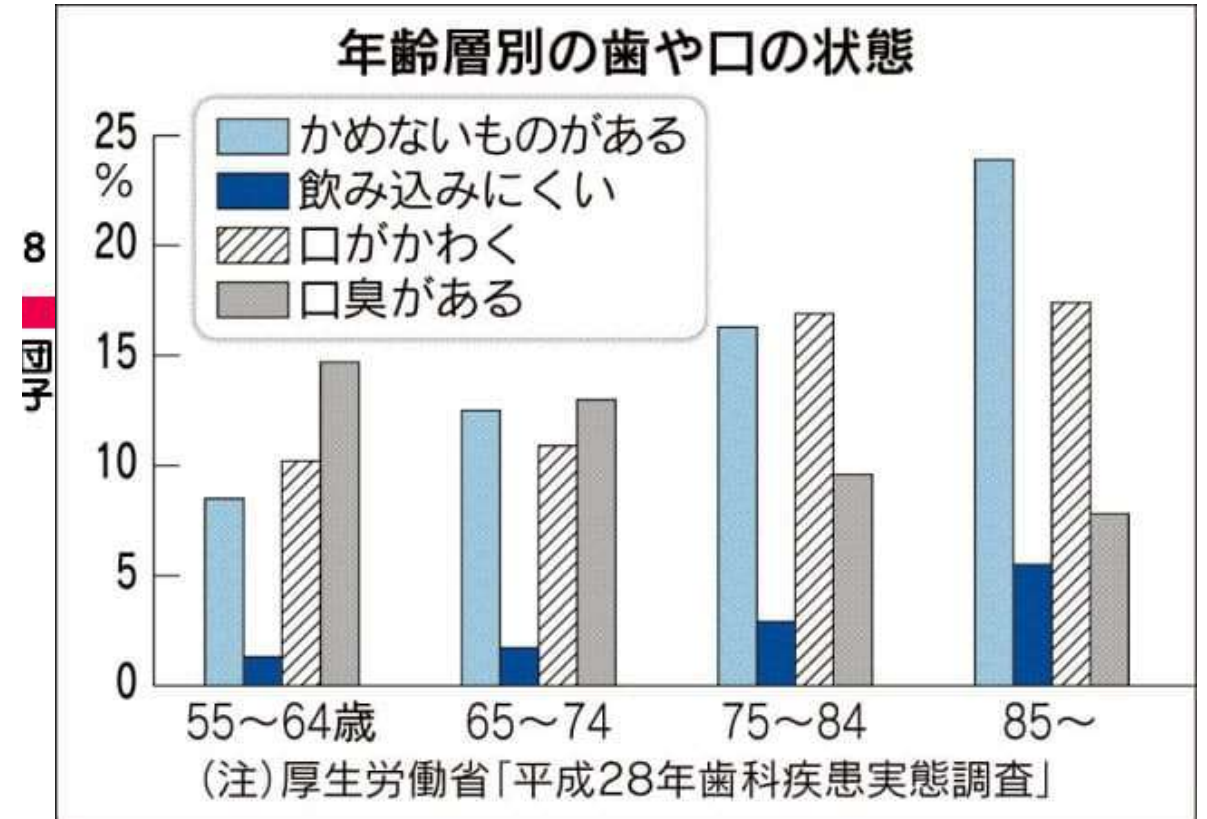
年齢と食べる機能

窒息の原因食品

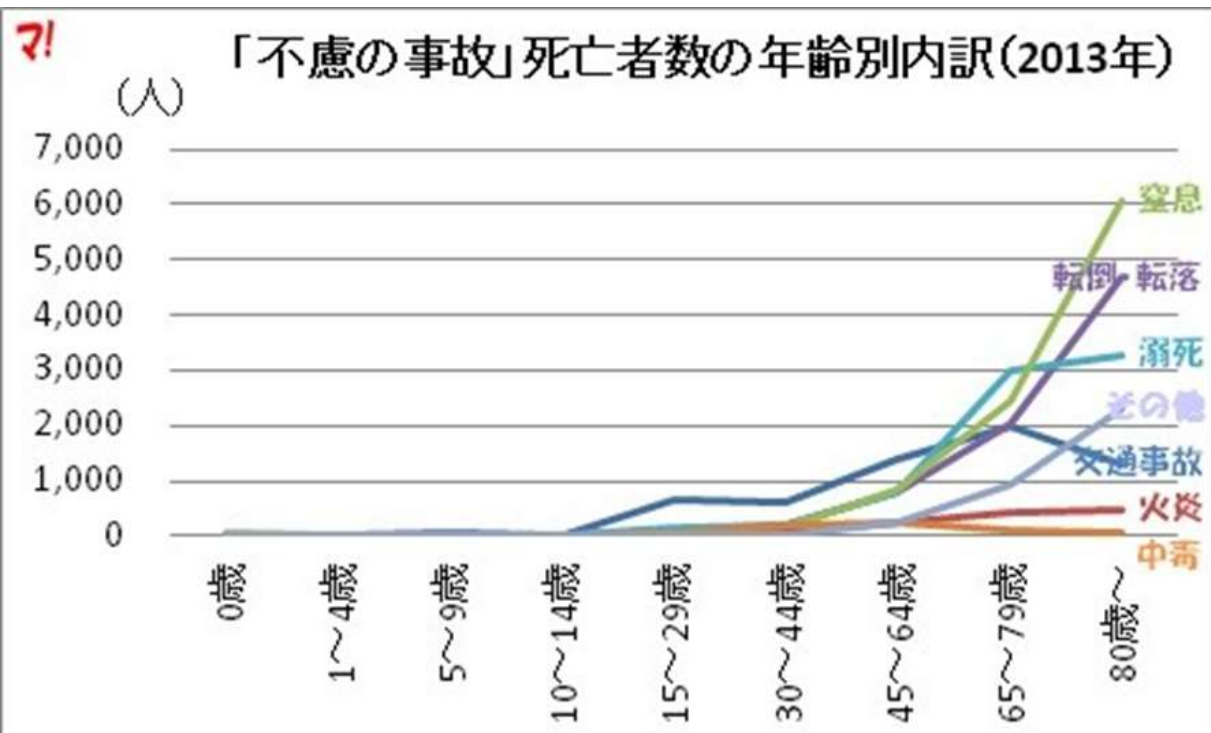
加齢による口腔機能の変化のイメージ



※厚生労働省・中央社会保険医療協議会の資料より



窒息



窒息しやすい食べ物

	食品	事故件数	重症以上割合
1位	お餅	406件	54.7%
2位	ご飯	260件	29.6%
3位	飴	256件	1.2%
4位	パン	238件	33.2%
5位	寿司	76件	44.7%
6位	お粥	57件	28.1%
6位	リンゴ	57件	5.3%
8位	団子(みたらし団子)	55件	45.5%
9位	バナナ	40件	32.5%
10位	カップ入りゼリー	31件	32.3%

- ・お餅
- ・ご飯(お寿司)
- ・飴
- ・パン

* 粘調なもの

* 水分含有量が少ないもの

* 吸気とともに咽頭に落下するもの

機能低下期と摂食嚥下リハビリテーション例

- 予防ケア : 全身および摂食嚥下機能を維持向上に努める
- 急性期ケア : 病状の安定をはかりながらの食支援(基礎訓練含む)
- 回復期ケア : キュアやケア(疾患や病期、重症度などによって柔軟に変える)
一般的には、
 - * キュア → 廃用症候群(機能低下)、6ヵ月までのCVA、軽い末梢神経麻痺
 - * ケア → 認知症、神経変性疾患、フレイルなど
- 維持期ケア : 代償的食支援
(姿勢や食形態の工夫)、環境支援
- 緩和ケア : 癒しながらの食支援
(ホスピスケア)

高齢期は窒息しやすい！

さらに・・・

- ・覚醒レベルが低下 → 覚醒を促す、注意を促す(嚥下の意識化)
- ・老嚥、サルコペニア → 粘性や付着性が高いものは極力避ける
- ・口腔(咽頭)乾燥がある → 食前に口腔内を湿潤させる(痰を除く)
- ・口腔内の感覚鈍麻、運動拙劣 → 食前に感覚や運動惹起を促す
- ・嘔吐反射の減退 → 食前に感覚や運動惹起を促す、一口サイズ提供
- ・呼吸状態が悪い → 食前に安定した呼吸を確保する
(呼吸しやすい姿勢を作る、体幹ストレッチ)
- ・早食い → 摂取スピードを落とすよう指示、一口サイズの提供

認知症高齢者への 摂食嚥下リハビリテーション

1. 必要とされる知識や技術②

高齢者心理を理解する



高齢らしさ

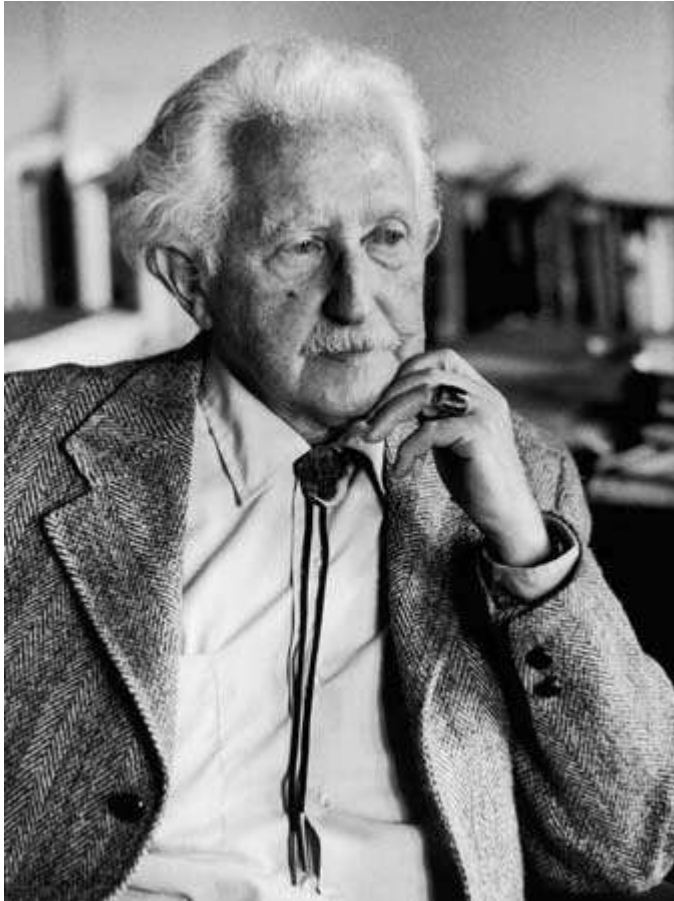
長く生きれば誰もが経験すること

1. 生きる空間の狭隘化(きょうあいか)・・・活動範囲と人間関係が狭まる
2. 喪失感・・・さみしさ, 孤独, 不安感から妄想, 難聴者の幻聴, 幻の同居人
3. 人間理解や「生」への考察が進む
4. 生活行為が低下する・・・介助が必要(自分の殻に閉じこもりやすい)
5. 自分らしく, 自分のために生きる
6. 医学的な特徴
 - ①多疾病性
 - ②多元性(ささいなことで心身のバランスを崩す)
 - ③精神症状をきたしやすい
(脱水や栄養不良, 薬の副作用などでせん妄や妄想をきたしやすい)
7. 主体性が奪われ自分らしさが失われる・・・生きる気力を失くす, 若さに固執



エリクソンのライフサイクル論

高齢期: 死に直面しながら人生の集大成に取り組む時期



Erikson.H.Erik

(Wikipedia)

<死>

老年期	8段階	統合	英知	絶望・嫌悪
壮年期	7段階	世代性	世話(ケア)	停滞
成人初期	6段階	親密性	愛	孤立
青年期	5段階	アイデンティティ	誠実	同一性拡散
学童期	4段階	勤勉性	有能感	劣等感
幼児期	3段階	自主性	目的	罪悪感
幼児初期	2段階	自律性	意志	恥・疑惑
乳児期	1段階	基本的信頼	希望	基本的不信

<誕生>

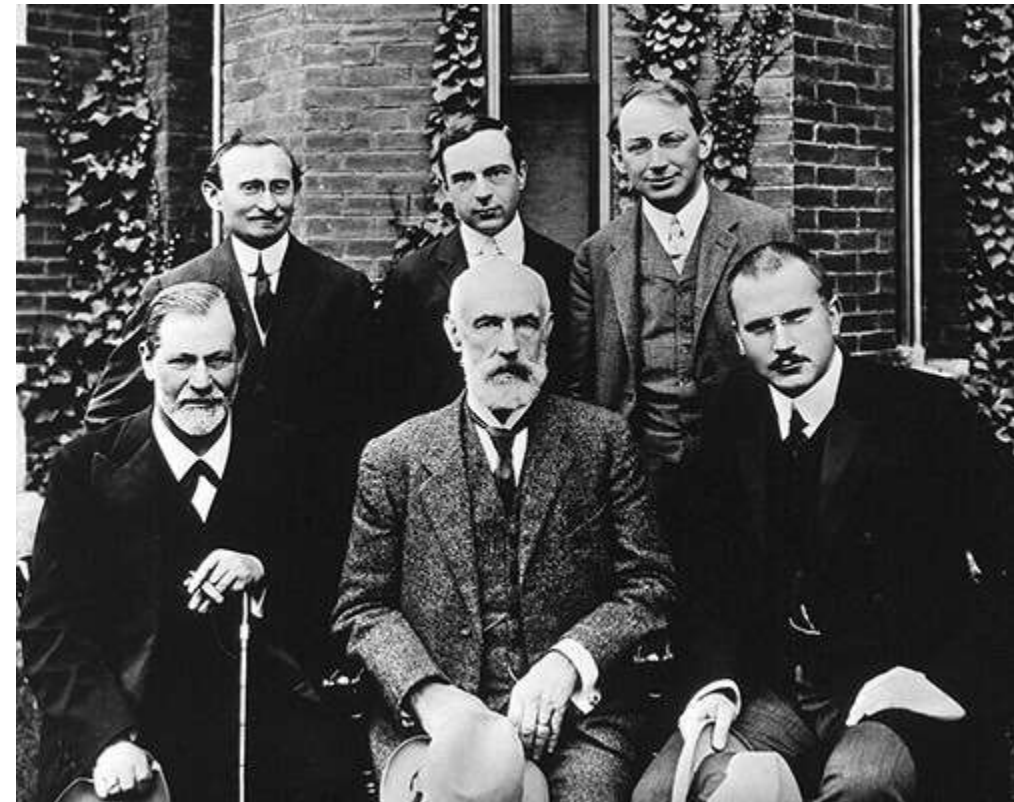
(ポジティブな面)

成長させる面

(ネガティブな面)

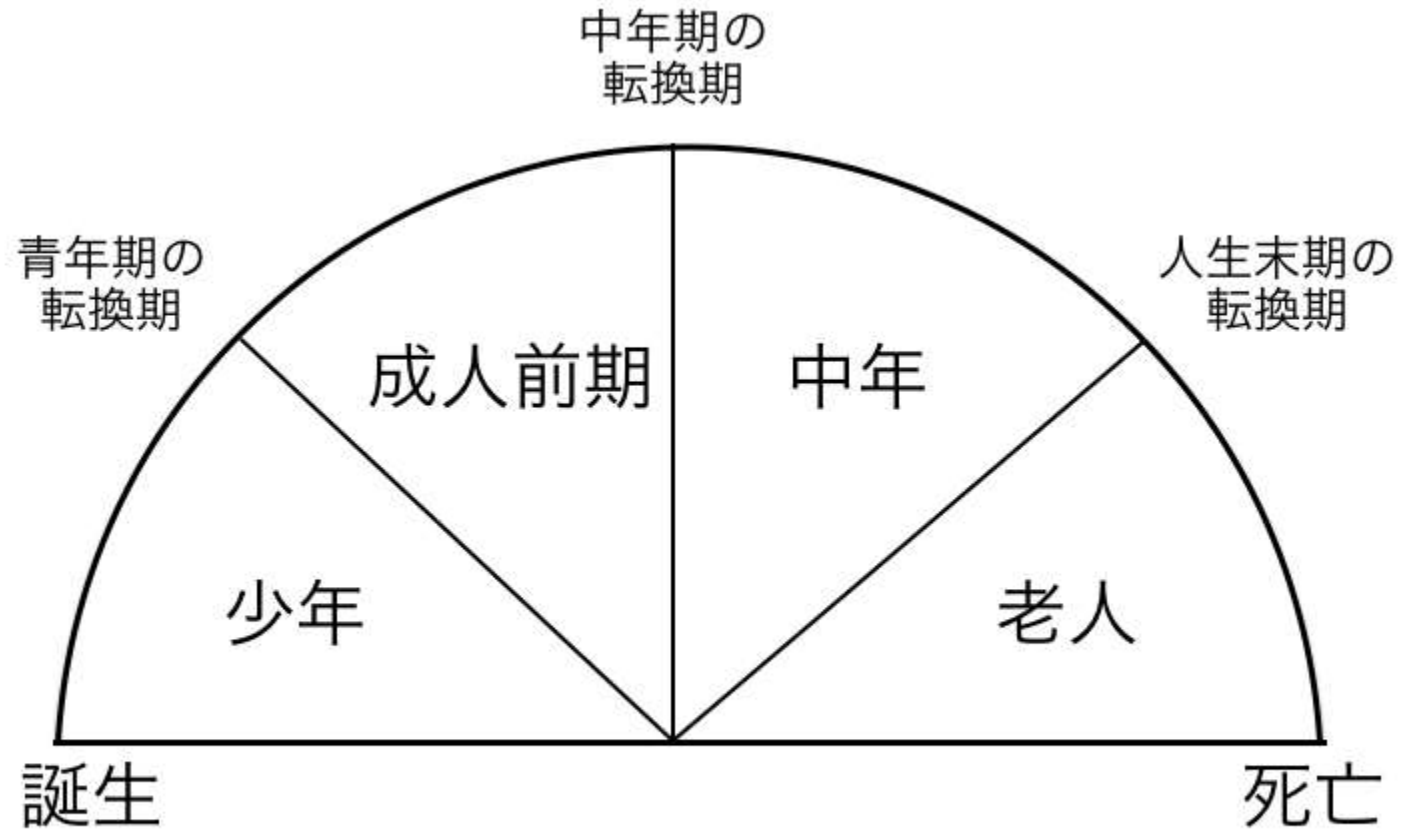
ユングのライフサイクル論

高齢期：自分はなんのために生きてきたのか，これからをどう生きるか



Carl.G.Jung

(Sigmund Freud's 1909 Visit to Clark University)



ユングのライフサイクル論

孤立・孤独と向き合う

孤独に陥りやすいグループ

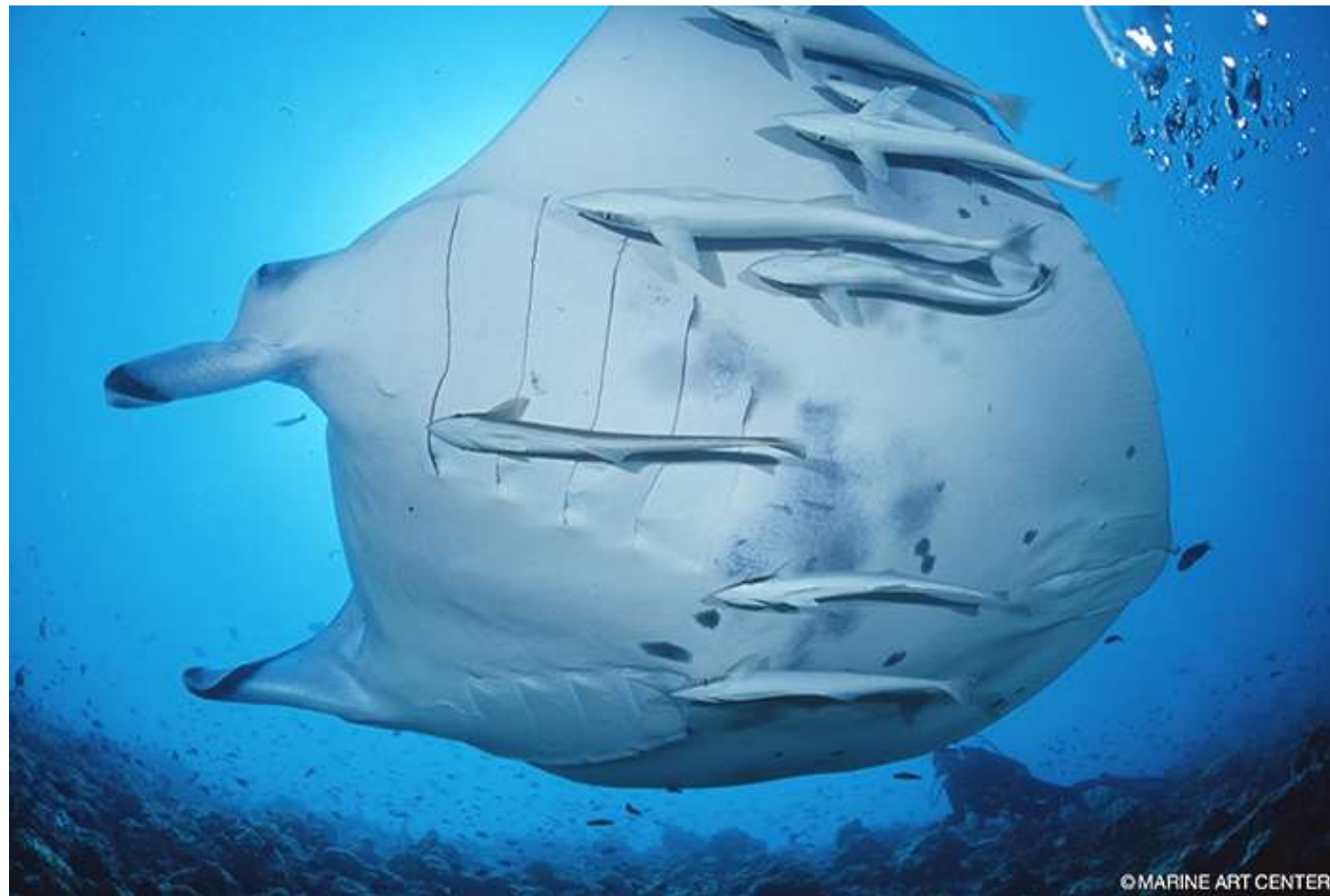
- 独身者：社会的孤立しやすいが孤独感が少ない
（女性に多く，都市部に多い）
- 配偶者との死別：年を取ってからの死別は
子どもとの関係が保たれていても**孤立感が強い**
- 引きこもり：家族と同居していることが多く，あらたな孤独感は少ない

老いを生きる

- ・喪失 VS いかにかに老いを生きるかの新しい挑戦できる
- ・孤独 VS 孤立を避け、今ある人間関係を保てる
- ・役割や立場を失くす VS 結晶性知能や経験に裏打ちされた主張をする
- ・自立と自律を奪われる VS その人らしい生き方、自立と自律を保障される
- ・興味を失う VS 好奇心を持ち続けられる
- ・関心を失う VS 社会に関心を寄せ続けられる
- ・不安に苛まれる VS 過去を実績として認められ、今、この瞬間を楽しむ

最期まで揺れる対象者を理解する

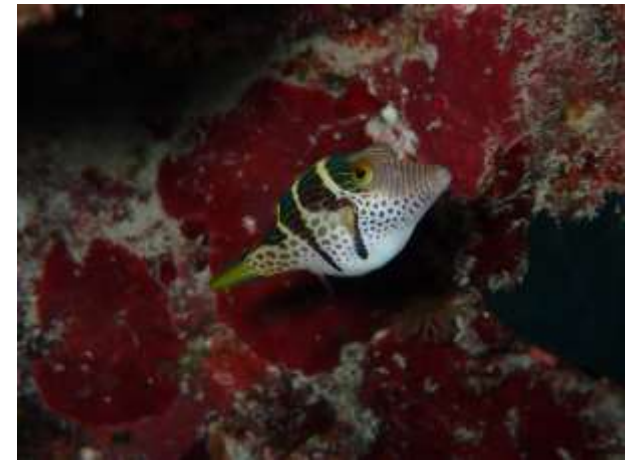
- 苦しい気持ちに寄り添う
- 癒しを中心に寄り添う
- 生きてきた軌跡を振り返ろう
- 自身の人生に誇りを抱こう
- 死後の家族を支えよう
- 最期の別れをともに過ごそう
(みな前を向こう)



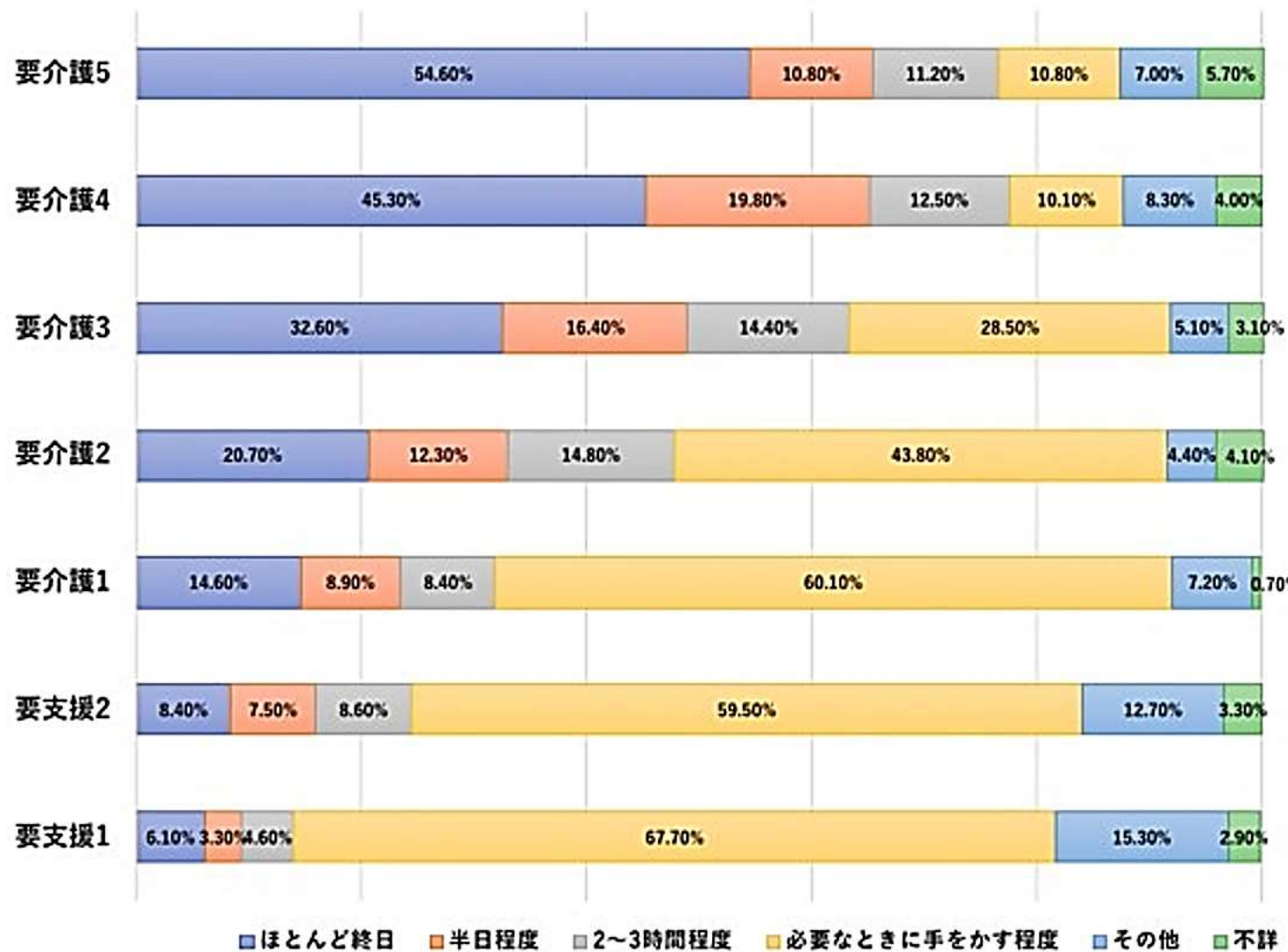
認知症高齢者への 摂食嚥下リハビリテーション

1. 必要とされる知識や技術③

家族心理を理解する



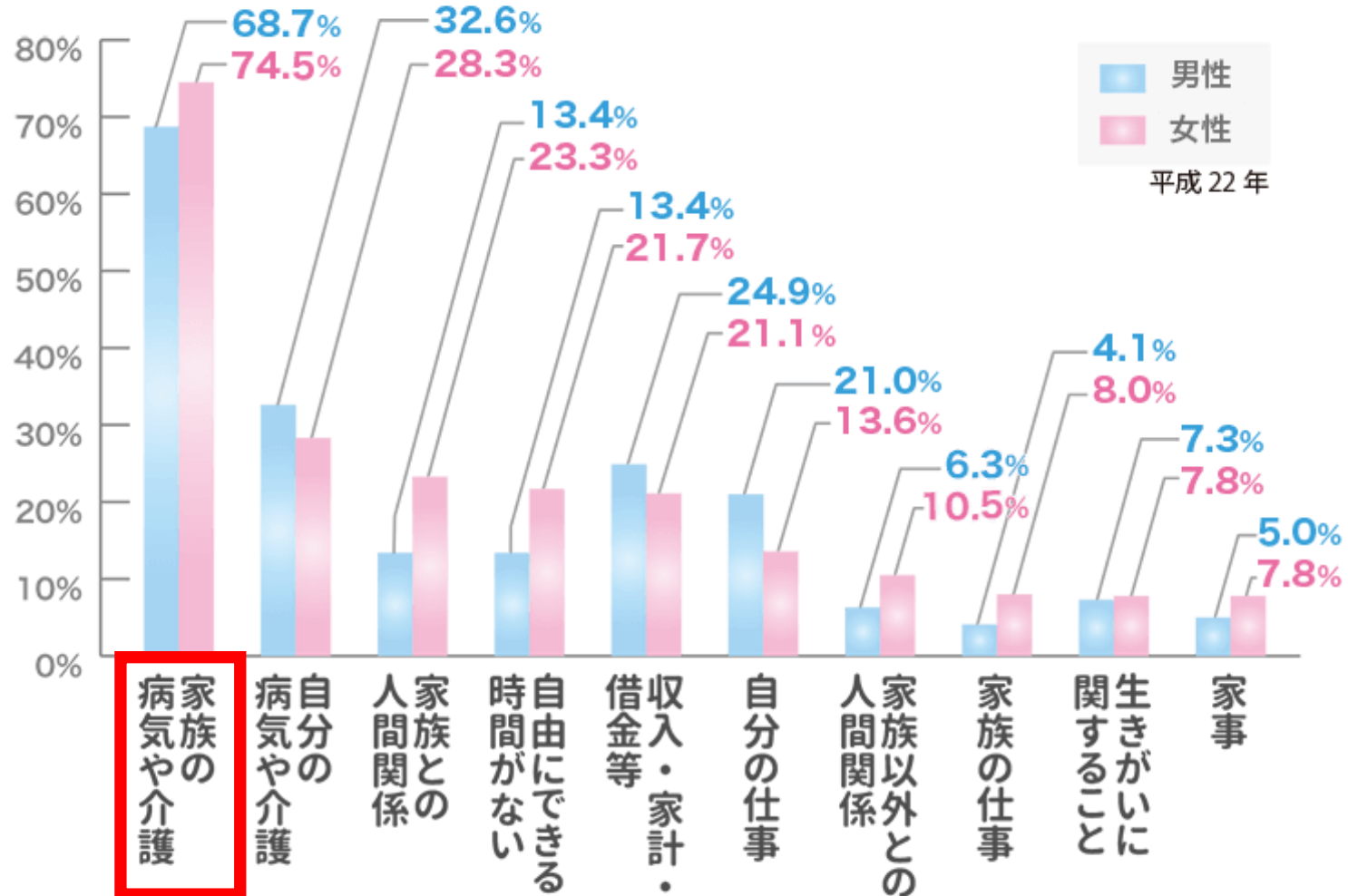
在宅介護における家族の負担



← 半数は自宅を離れる

介護におけるストレスの要因

性別にみた同居の主な介護者の悩みやストレスの原因の割合（複数回答）



家族の老いや死がもたらせるストレス

アメリカでは、認知症は死の入口に立ったと認識されている

ストレスのランキング

順位	出来事	ストレス値	順位	出来事	ストレス値	順位	出来事	ストレス値
1	配偶者の死	100	16	経済状況の変化	38	31	仕事上の条件が変わる	20
2	離婚	73	17	親友の死亡	37	32	住居が変わる	20
3	夫婦での別居	65	18	転職	36	33	学校が変わる	20
4	拘留、刑務所入り	63	19	配偶者との論争の回数の変化	35	34	レクリエーションの変化	19
5	親密な家族の死亡	63	20	1万ドル以上の借金	31	35	教会活動の変化	19
6	自分の病気あるいは傷害	53	21	担保や貸付の損失	30	36	社会活動の変化	18
7	結婚	50	22	仕事上の責任変化	29	37	1万ドル以下の借金	17
8	解雇	47	23	子供が家を離れる	29	38	睡眠習慣の変化	16
9	夫婦の和解調停	45	24	親戚とのトラブル	29	39	家族が団らんする回数の変化	15
10	退職	45	25	特別な業績	28	40	食習慣の変化	15
11	家族の一病気	44	26	妻が仕事を始める、中止する	26	41	休暇	13
12	妊娠	40	27	就業・卒業・退学	26	42	クリスマス	12
13	性的障害	39	28	生活上の変化	25	43	ちょっとした違反行為	11
14	家族に新しいメンバーが加わる	39	29	習慣の変化	24			
15	新しい仕事への再適応	39	30	上司とのトラブル	23			

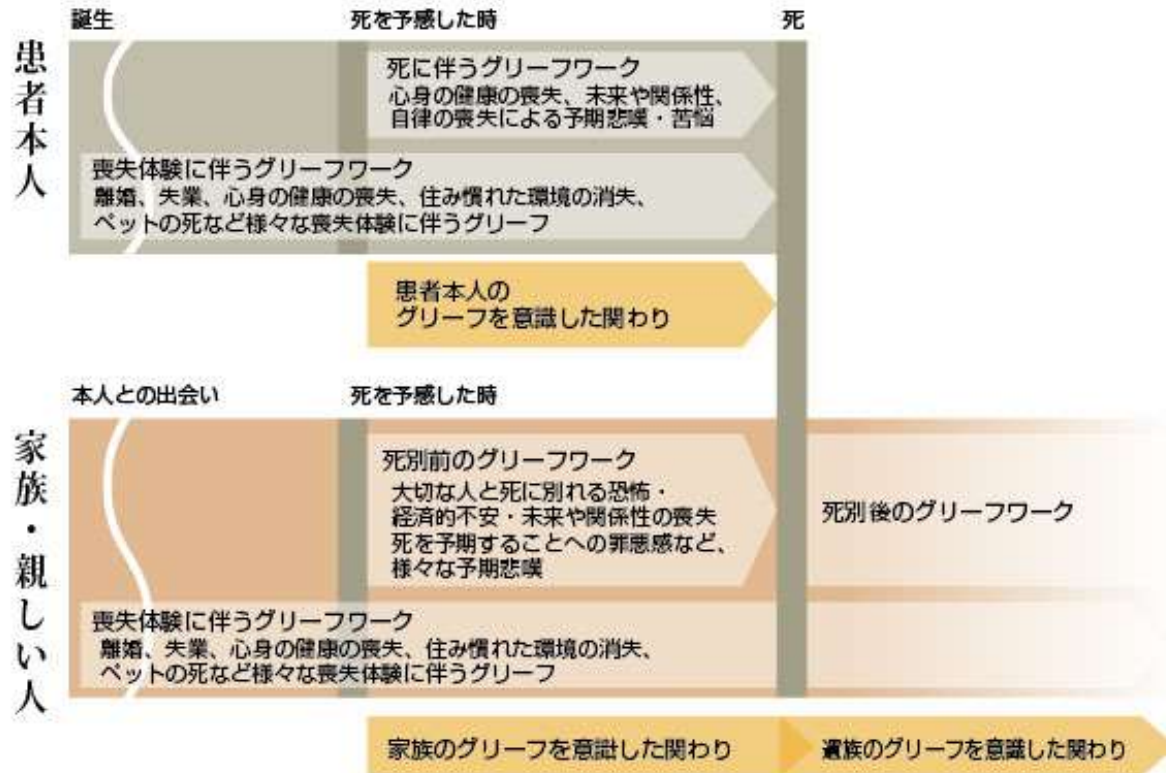
家族の老いや死がもたらせるストレス

家族や友人の死がもたらせるグリーフ(悲嘆)

グリーフケア

死の前後を問わず、本人・家族・遺族のグリーフワークに寄り添う関わりのこと。

死別・喪失とグリーフケア



患者だけでなく、家族や友人も苦しんでいる

家族の苦しみ

- ・愛する身内の止まらぬ変容
- ・行動心理症状によって家族生活が脅かされる恐怖
- ・家族が見るべきだという規範的拘束
- ・スティグマと差別
- ・本人の病識がないことで、罪悪感を感じる
- ・経済的負担がある



グリーフケア

grief care

グリーフ:大切な人との永遠の別れに伴う悲しみ

- 配偶者や子供、親などの家族、親しい友人などと死別した人が陥る、複雑な心理を分かち合い、深い悲しみから精神的に立ち直り、社会に適応できるように支援することをいう。
- 遺族などのグリーフには、多くの場合、ショック期、喪失期、閉じこもり期、再生期という回復までの段階がある。このような精神状態は正常な心理反応であり、**自然に回復する過程**をとるが、これが**正常に行われないと病的悲嘆**という、**精神や身体的な疾患を伴って長期化**することがある。
- アメリカやイギリスでは、患者をみとった病院に遺族が死後も定期的に通い、現状に沿って医師やグリーフアドバイザーから助言を受けることが浸透している。

家族が折り合いをつけるために

【その後を苦しむ家族たち】

- 生涯後悔する家族
- 生涯施設や病院、スタッフを恨む家族

【心の折り合いをつけるためのエッセンス】

- 死の宣告からお別れまでに時間があったか
- 最期にさよならが言えたか
- 施設や病院、スタッフがベストを尽くしたか
- 亡くなる対象者(身内)が満足していたか
- 対象者や家族の気持ちにスタッフが寄り添ったか

認知症高齢者への 摂食嚥下リハビリテーション

1. 必要とされる知識や技術④

狭義の摂食嚥下リハビリテーション学





牧野式「食の構造化モデル」

先行期
(認知期)

- ①. 意識(覚醒)する
- ②. 食べ物か否かを見極める
- ③. 食べるか否かを決定する
- ④. 口に取り込む



口に入る前
(遠隔的段階)

口腔準備期
口腔期

- ⑤. 食塊に調える
(咀嚼して食塊を作る)
- ⑥. 食塊のまま、嚥下反射部に移送させる

口腔内

咽頭期

- ⑦. 強く飲み込む(嚥下圧)
- ⑧. 気道を塞ぎ食道を開く

咽頭内

食道期

- ⑨. 移送と消化、排泄する

食道以降

狭義の摂食嚥下リハビリテーション学
(脳血管障害モデル)

摂食・嚥下の解剖生理

Anatomy and physiology of feeding and swallowing

1.咀嚼 - 嚥下

1.mastication - swallowing

Supervision : Aichi-Gakuin University

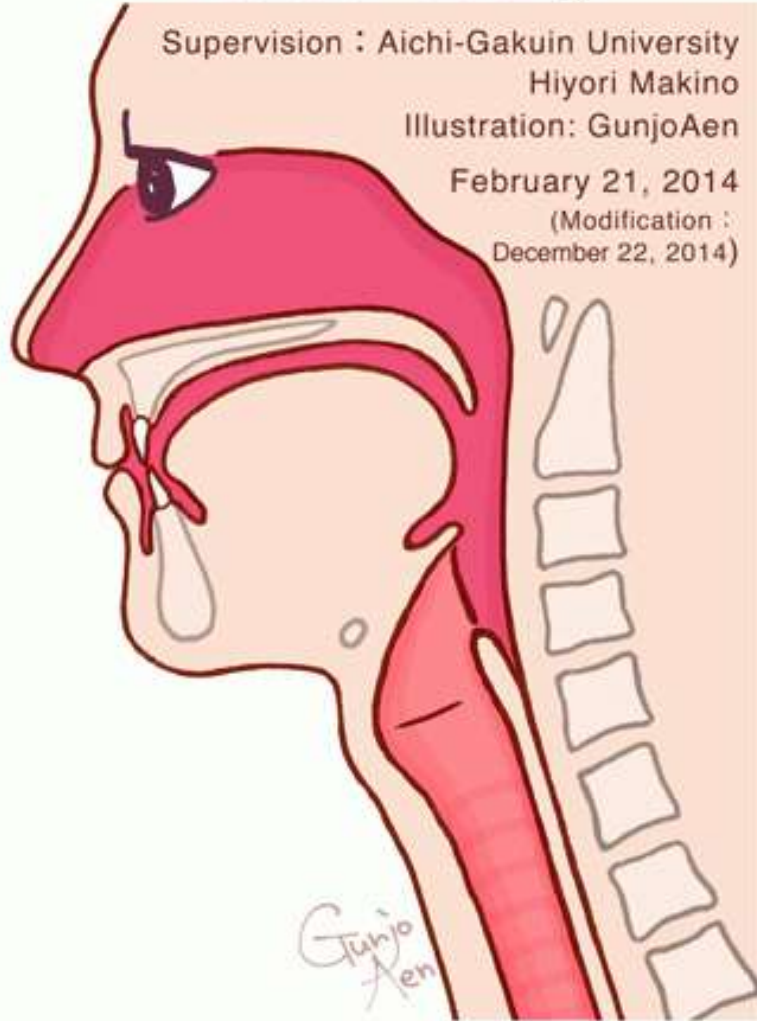
Hiyori Makino

Illustration: GunjoAen

February 21, 2014

(Modification :

December 22, 2014)

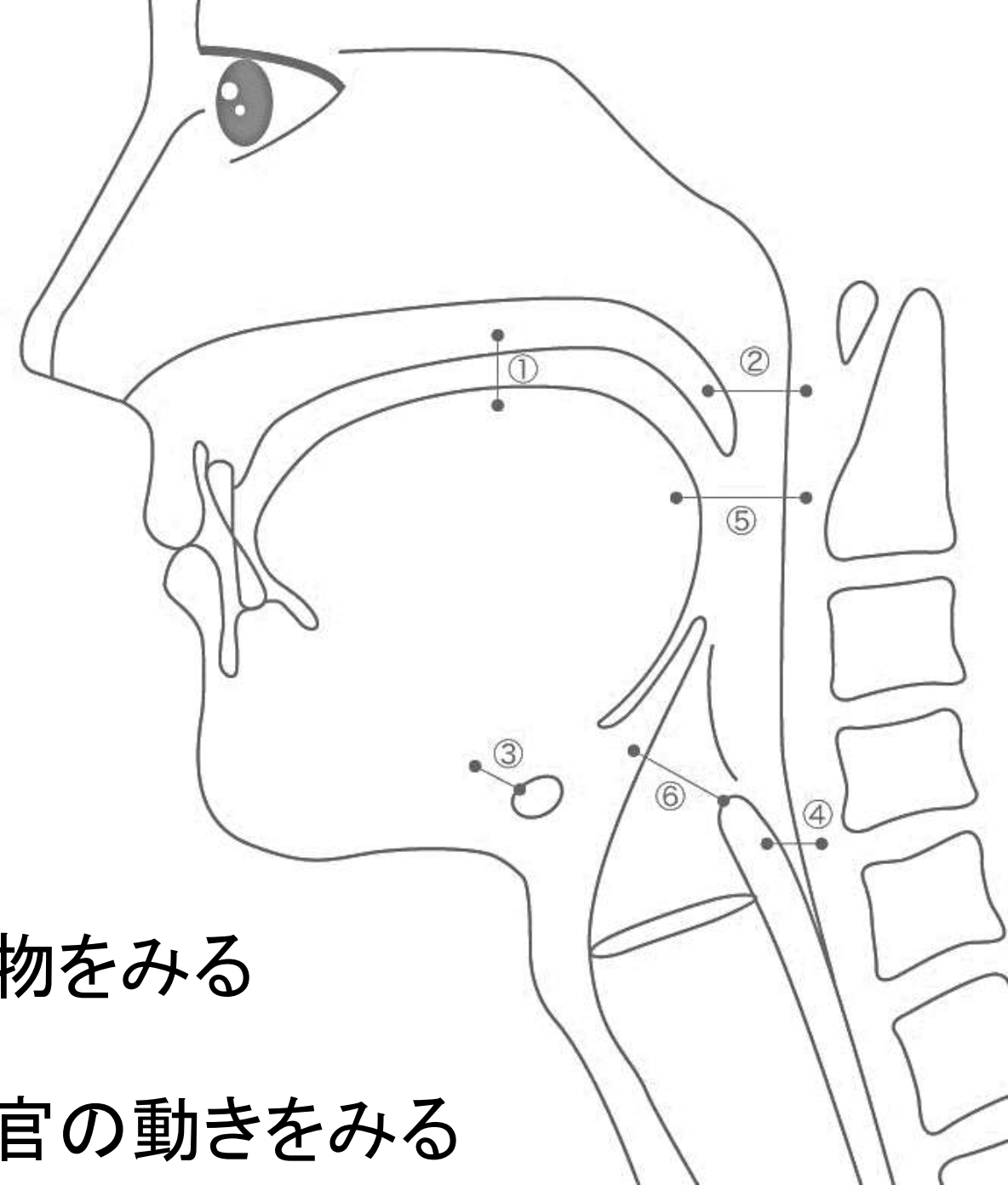


Gunjo
Aen

監修：愛知学院大学 牧野日和

イラスト：群青亜鉛

<http://gunjoaen.com>



相

食物をみる

期

器官の動きをみる

疾患や病期と 摂食嚥下リハビリテーションの特徴

1. 球麻痺 ➡ 嚥下反射惹起に問題が起こりやすい
2. 偽性球麻痺 ➡ 嚥下反射惹起遅延が起こりやすい
3. 一側性の大脳病変 ➡ 急性期、意識障害低下に注意
4. 神経変性疾患 ➡ 病期により誤嚥頻発
 - * 大脳基底核障害は姿勢反射障害発現あたりで不顕性誤嚥頻回
5. フレイル ➡ 可逆性(治りうる)の筋力や筋肉量低下
6. サルコペニア ➡ 付着性高い食品になるに従い口腔や咽頭残渣
7. 頭頸部がん ➡ 器質的問題や感覚運動障害の質量にかかる

* 上記は基本的特徴。実際には個々で異なることがある



嚥下造影検査等にて



咽頭の頸部聴診

認知症高齢者への 摂食嚥下リハビリテーション

1. 必要とされる知識や技術⑤

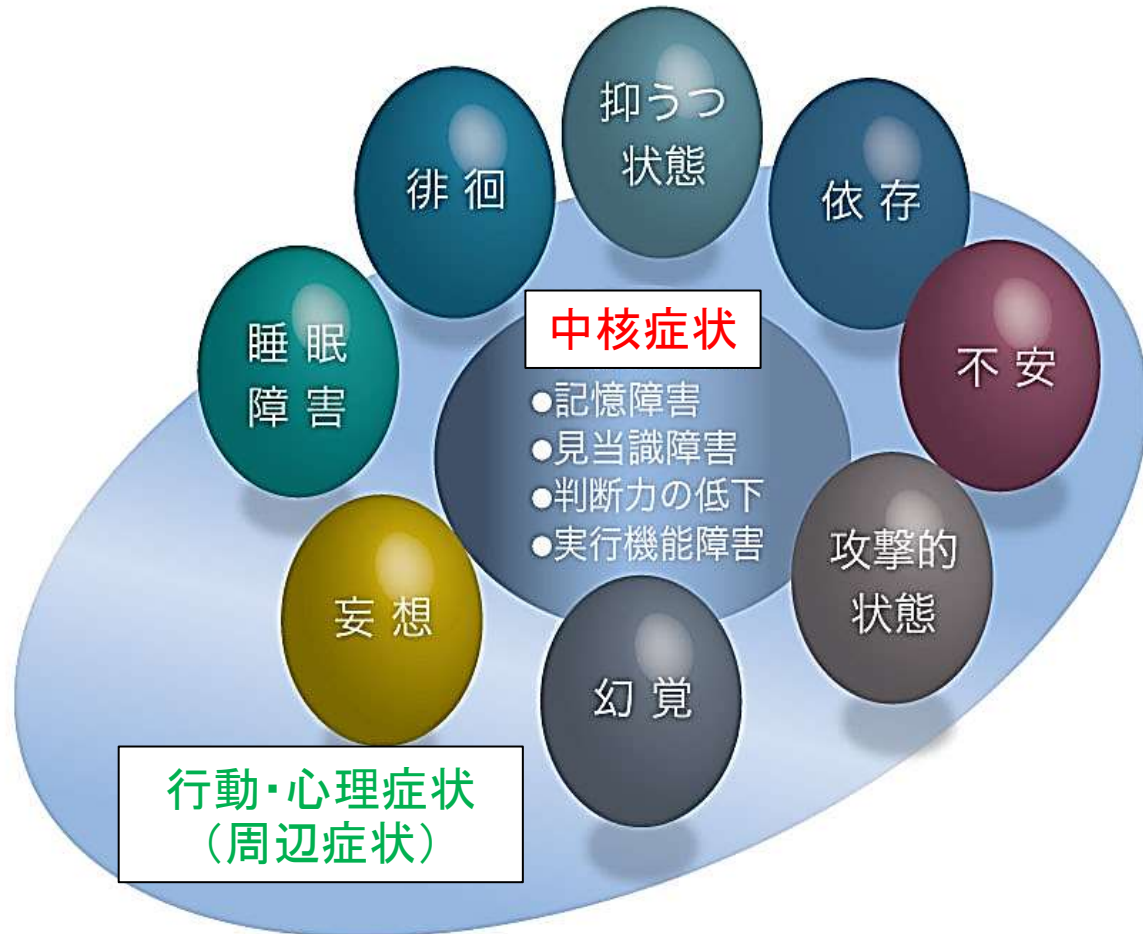
認知症を理解する

(高次脳機能障害・薬物療法・病期・心理・人間関係)



認知症の **中核症状** と **行動・心理症状**

(周辺症状: BPSD)



中核症状

不安のもと

- ・ここがどこかわからない
(この先どうなるかわからない)
- ・何故ここにいるのかわからない
- ・周りの人が何者かわからない
- ・自分がどんどんわからなくなる
- ・周りに迷惑をかけてしまう
- ・家の大切な用事をしていない
- ・家の人に見捨てられたのではないか
- ・自分が周囲におとしいれられている

中核症状から湧き上がる
抑えのきかない不安



まじめな人、人に迷惑をかけては
いけないと思う人ほど、
自分自身と他者の顔色に翻弄される

さいぎしん

猜疑心

相手の言動や行動を疑う気持ちのこと

ひがいもうそう

被害妄想

証拠がないのに被害を受けている確信

中核障害およびこれらの性格傾向によってさらに煽られる

ふあんしょう

不安症

不安や心配を慢性的に持ち続ける

きょうはくしょう

強迫症

強迫観念行動を繰り返し生活に支障

認知症の周辺症状

(行動・心理症状)

ひきがね
(トリガー)

心理的要因

身体的要因

環境的要因

認知機能障害
(中核症状)

+

=

行動・心理症状
(周辺症状)

* BPSDともいわれる

* 他者からはここが**問題視**されやすい

必ずしもみなに
認められるわけ
ではない



認知症の周辺症状

(行動・心理症状)

妄想

訂正不能な誤った確信

物盗られ妄想、ここは自分の家ではない、嫉妬妄想、自分は見捨てられたなどの被害的な妄想がみられやすい。

* 攻撃性を伴いやすい

幻覚

認知症の10～40% レビー小体型認知症は80%

幻視が多い。軽度や高度より中等度認知症で多い。

* 混乱やパニックがみられる

誤認

外部刺激に対する知覚の錯誤

人物に関する誤認がみられやすい。認知症には、**幻の同居人**(現実にはいない人が家の中にいる)、**鏡現象**(鏡に映った自分を見て自分と認識できない)、**カプグラ症候群**(身近な人が瓜二つの替え玉に置き換わっている)、**フレゴリ症候群**(既知の人物が複数の人に変装している)、**テレビの映像の誤認**(テレビに映った人を実際に部屋の中にいるとする)がみられやすい。

抑うつ

認知症の経過に伴い30%にみられる

ADに頻出。孤立や引きこもり、食欲低下、拒絶といった行動に関連しやすい



認知症の周辺症状

(行動・心理症状)



アパシー

無感情で喜怒哀楽がなく周囲への関心が失われる

うつ病とは違う。アパシーでは意欲喪失はあるが、うつ病にみられる抑うつ気分や非哀感、自律神経症状は伴わない。

徘徊

無目的な徘徊と(本人にとっての)目的にある徘徊がある

背景に見当識障害、不安、退屈が存在することも。介護者に及ぼす負担が大きい。

不安

認知機能低下自体や、それに伴う将来不安

不安のあまり、抑うつ、急な興奮、徘徊、介護拒否などを引き起こすことも。

攻撃性

周囲の秩序を乱す

妄想、不安、不満が背景に存在することも。身体的攻撃と言語的攻撃がある。

認知症の周辺症状

(行動・心理症状)



焦燥

いろいろ、落ち着かず動き回る、訴えを繰り返す

認知症が焦燥の原因ではなく、医学的要因・心理的要因・環境的要因・病前性格など、多くの要因が関与するとされる。

介護への抵抗

服薬・日常生活援助・食事や入浴介助への拒絶

介護者とのコミュニケーションが困難となり、自分の状況が不明でありながら、介護を過剰な干渉と受け取り拒絶する。病前性格も関与。

認知症重度化に伴って頻度が高くなる。

脱抑制

衝動的で不適切な言動・情緒的不安定

洞察力や判断力の低下を伴う。多幸感、号泣、社会的逸脱行為、衝動買い、万引きなど、自己抑制が欠如した行動。

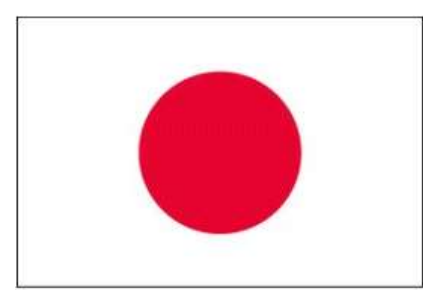
夕暮れ症候群

午後や夕方にかけて周辺症状が出現および増悪

認知症(中核症状)が原因で概日リズムが乱れ、環境要因が重なって発現すると考えられている。

焦燥や睡眠障害を伴うことが多い。

周辺症状が出やすい人、出にくい人



比較的日本人は周辺症状が出やすい文化背景あり

行動心理症状が出やすい！

- ・超自我が厳し過ぎる人
- ・自分のミスにおびえる人
- ・神経質に人を責め立てる人
- ・不安傾向が強い人

- * 職業人としては頼りになる人
- * 成長する人
- * 責任感のある人

行動心理症状が出にくい！

- ・ケセラセラな人、気にしない人
- ・自分のミスにおおらかな人
- ・他者にも寛容な人
- ・失敗しても忘れても平気な人

- * 狭義の意味で仕事効率が悪い人
- * マイペースな人
- * 周囲を癒す人

その人の人生史の思考パターン、生活様式などと連動しやすい

対象者中心の支援を基本とする



対象者

自分がどうなったかわからない **不安**
自分がこの先どうなるかわからない不安

家族に見捨てられたような寂しさ
何かさせられるのではないかという恐怖

自尊感情が低下し、早く死にたいと思う気持ち

身内が老いるせつなさ
どのように接していいかわからぬ

自身の生活が壊れる
先が見えない



家族



スタッフ

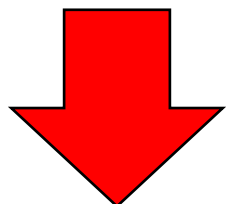
ひとりに時間をかけられない背景

アセスメントが出来ない わからない

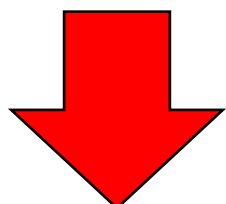
良い支援が出来ない苦しさ

自身の生活への不安

不安惹起



不安の長期化・不安の増大

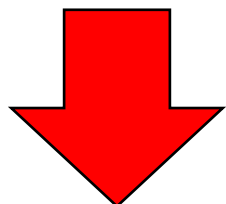


行動・心理症状が惹起（周因との軋轢）

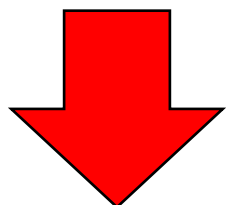
行動・心理症状

Peripheral Symptom

自尊心の低下



生きる希望の喪失



意欲低下により、心身の廃用症候群助長

注文を まちがえの 料理店

RESTAURANT OF MISTAKEN ORDERS



「注文をまちがえる料理店」法人概要

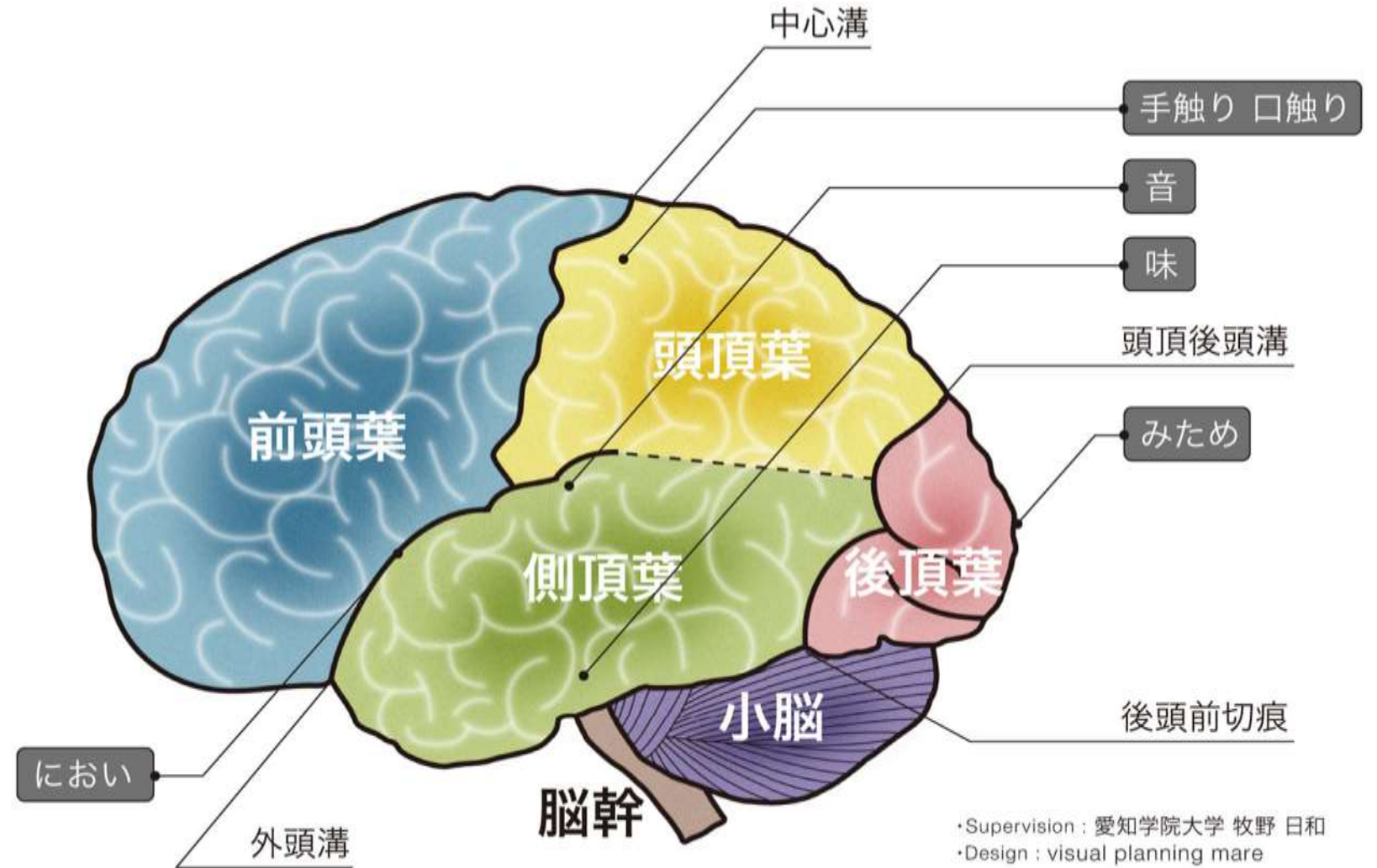
法人名 : 一般社団法人「注文をまちがえる料理店」

所在地 : 〒116-0012
東京都荒川区東尾久1丁目1番4号 5階

理事 : 和田 行男 (代表理事)
小林 由憲
近山 知史
岡田 聡
箕輪 憲良
小国 士朗
和田 剛

高次脳機能学(脳科学)を学ぶ

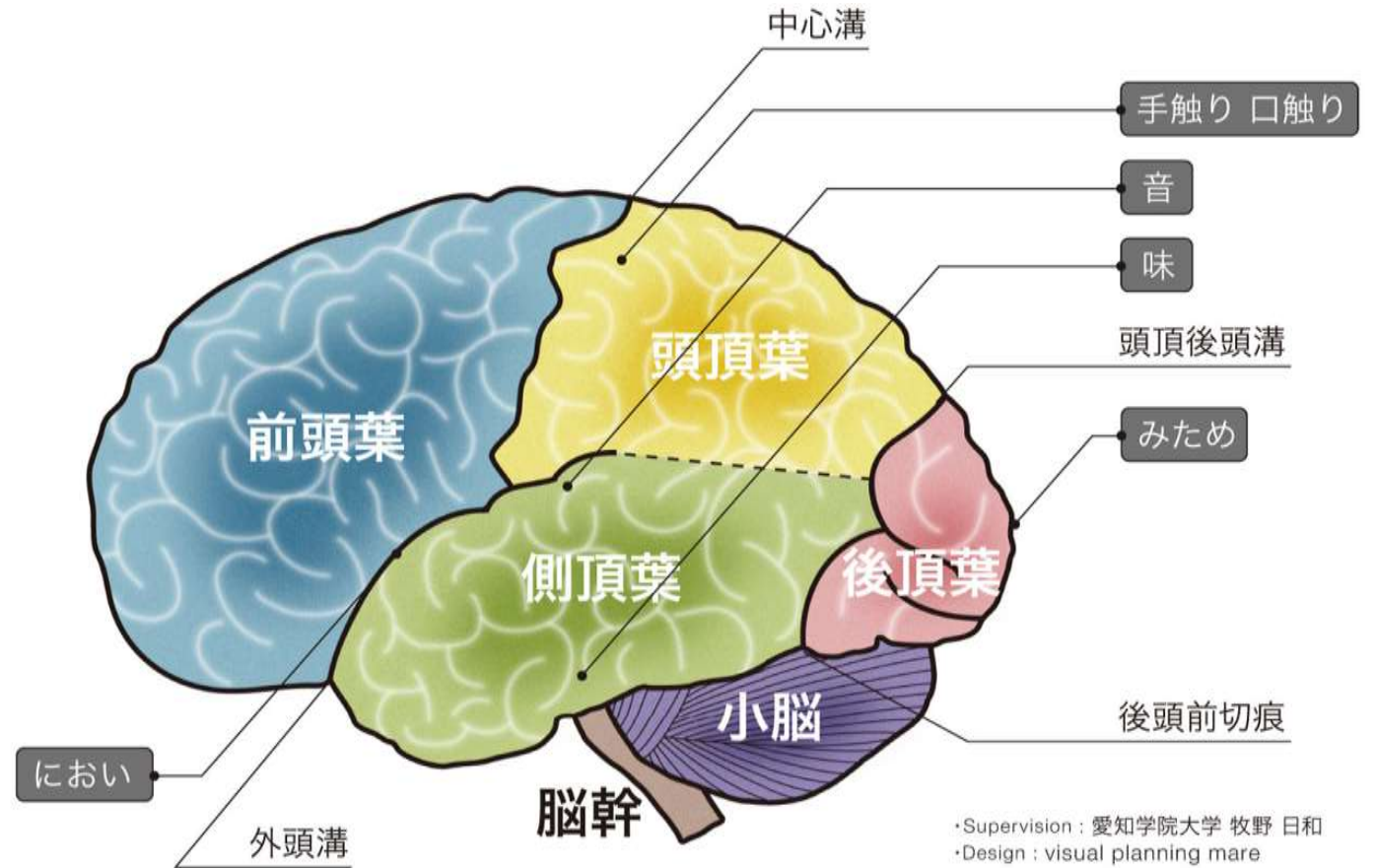
前頭葉
頭頂葉
側頭葉
後頭葉
間脳
小脳
脳幹
脊髄



・Supervision : 愛知学院大学 牧野 日和
・Design : visual planning mare

高次脳機能障害を学ぶ

失行
失認
視空間障害
記憶障害
注意障害
遂行機能障害



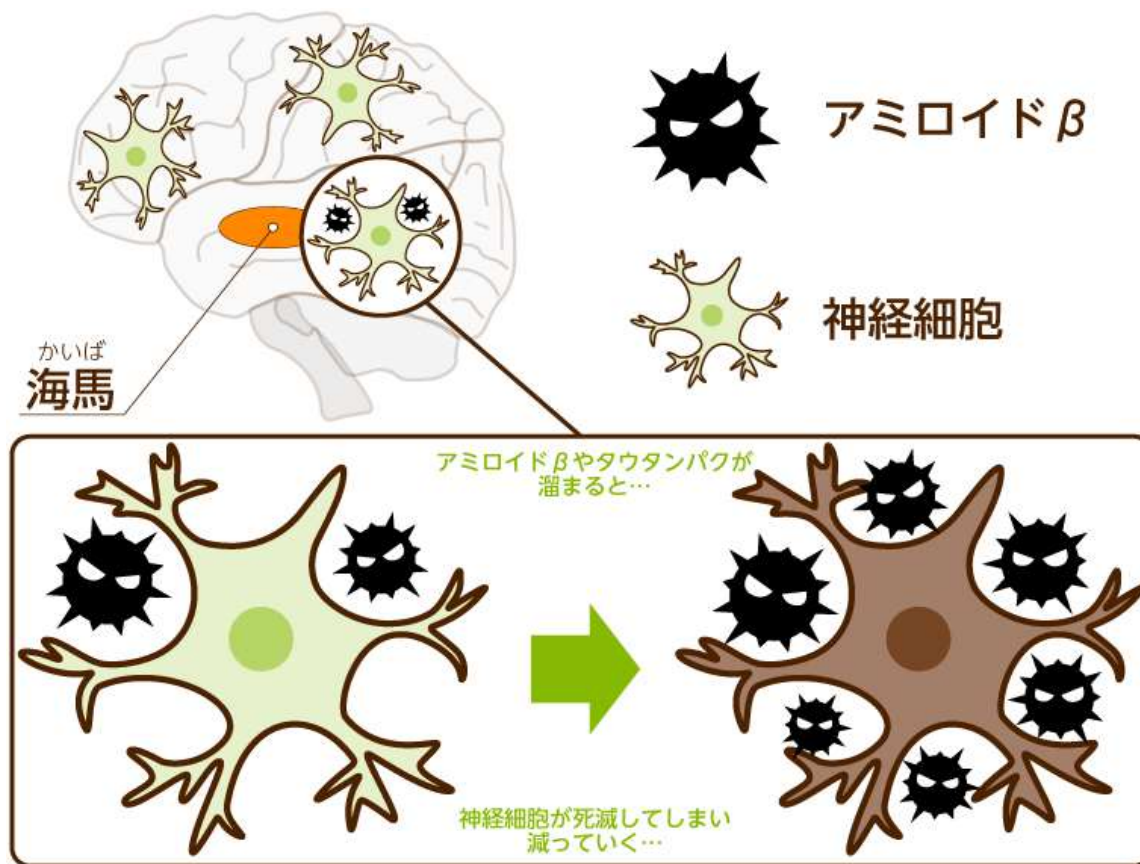
認知症の原因 A

アミロイドβ(ベータ)蓄積説 1980年代

シナプスに粘性のプラーク(アミロイドβ)が
現れ、神経系を破壊する ⇒ 認知症になる



アミロイドβを除去することが
認知症の予防や治療と考えた



薬物療法

⇒ アミロイドβを除去する薬が開発された



Eisai Medical.eisai.jp
医療関係者の皆さまへ

・コリンエステラーゼ阻害薬

アリセプト、リバスチグミン(イクセロン・リバスタッチ)、
ガランタミン(レミニール)、ヒューペルジンA(フペルジンA)

コリンエステラーゼ(酵素)がアセチルコリンを分解させない ⇒アミロイドβが除去される

(ADはアセチルコリン-神経伝達物質-が減少する)

- # 認知症症状(AD)変わらず。
- # ますますコリンエステラーゼが分泌されアセチルコリンが減少しやすい体質になる
- # 下痢や嘔吐、頭痛、眠気、食欲低下や喪失などの副作用が出現

・シナプスにおけるグルタミン酸塩（神経伝達物質）を阻害する薬 **メマリー**

⇒ しばらくの間認知症症状を軽減させる（あるいは遅らせる）可能性がある



認知機能がさらに低下する可能性がある

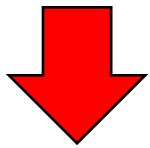
※ 認知症の後半に、アリセプトとめまリーを併用させることもある

認知症の原因 B

抗ホモシステイン酸説 2000年

佐賀女子短期大学 長谷川亨 名誉教授

ホモシステイン酸が蓄積されると
脳の機能障害がおこる ⇒ 認知症になる



ホモシステイン酸を体内から減らすことが
ADの根本治療につながると考えた

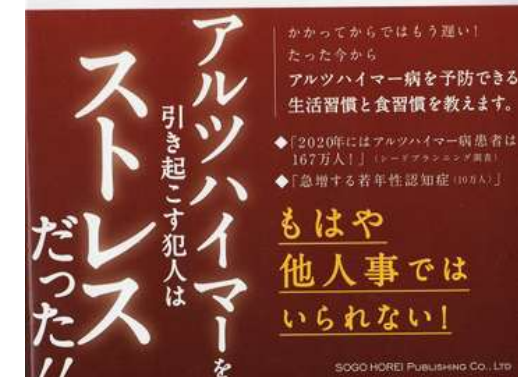
＝ボランティア活動や趣味、ウォーキングなどの運動を生活の中に取り込むよう提案。
また緑茶をはじめ、ADに強い食事のレシピも紹介し、健康的な食習慣を勧めた。

* ホモシステイン酸の毒性は、アミロイドβの有無に関係し、アミロイドβがあると毒性が強まることがわかった



ホモシステイン酸

Copyright © 認知症の予防情報ブログ2020



認知症の原因 C

脳の脅威説

デール・ブレデセン医師

- ①炎症 ②不適切な栄養 ③毒素

によって、脳は、アミロイドβを産生する ⇒ 認知症になる

アミロイドβ産生は、脳の正常な防衛反応である



脳への脅威を減らすことが

ADの根本治療につながると考えた

=36項目の要因を掲げ、ライフスタイルを見直し改善を図ることで9割のADが改善した
(早期であれば有効。高度になれば回復は厳しい)



日本テレビ: 番組「世界一受けたい授業」

【認知症改善】

ReCODE Protocol (リコード法)



早期なら約9割が改善

UCLA
ブレデセン博士が開発
(神経変性疾患の研究者として有名)

著作「The End of Alzheimer's」は、アメリカで
4ヶ月で20万部突破。日本語版2月発売。

リコード法

脳への脅威を取り除く

1. 炎症
2. 不適切な栄養
3. 毒素(毒物暴露)

代謝を促す

1. 食事
2. 活動水準を上げる
3. 遺伝子
4. ストレスへの暴露とその対応



リコード法等にみられるトータルアプローチ

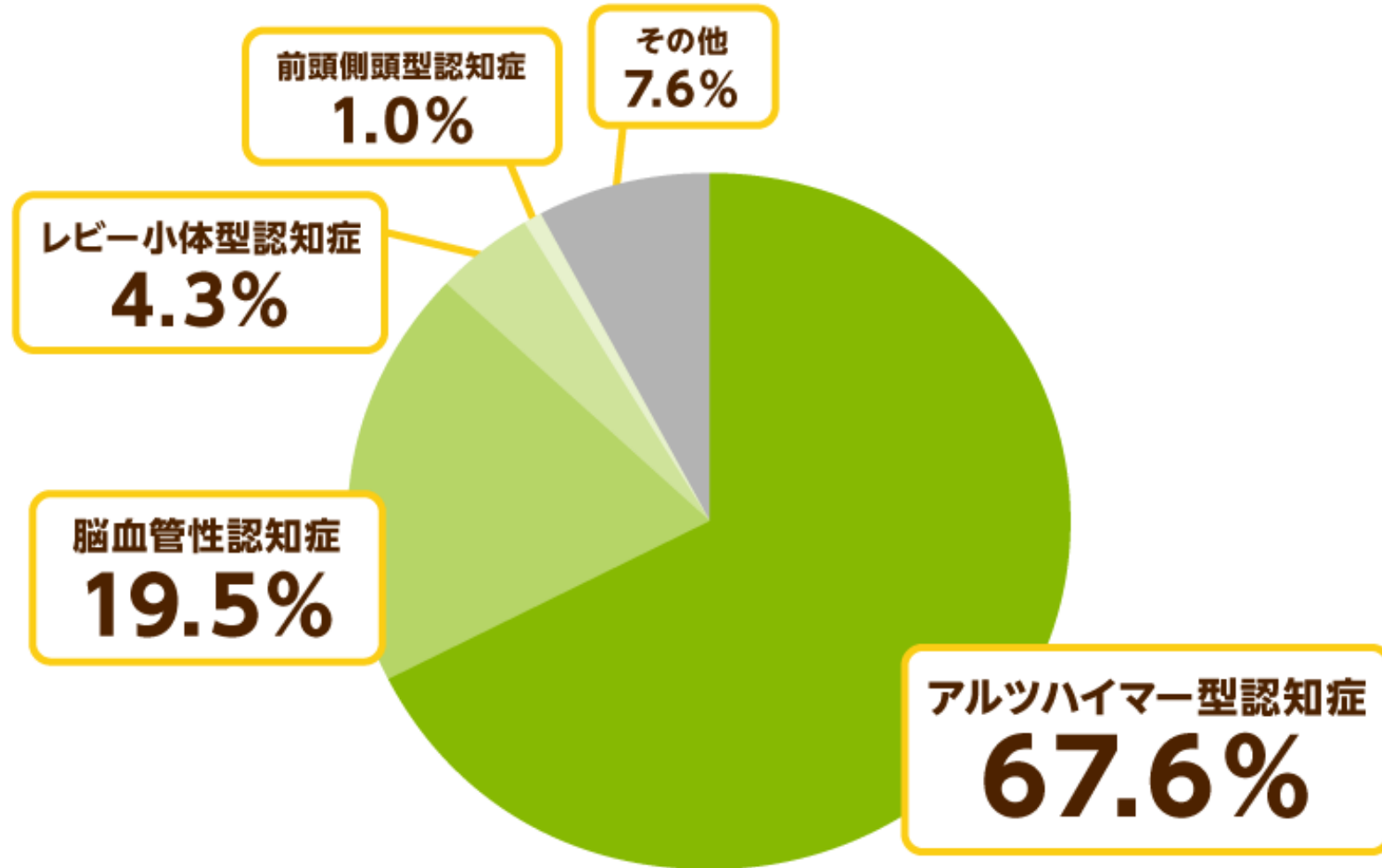
- 認知機能、中核症状・周辺症状、食支援などだけでなく
運動機能や健康状態、栄養状態などトータルアプローチをする

MCHC	99	
【肝機能判定】	31.6	
GPT	32.1	
ALP	23	
【脂質代謝判定】	35	
総コレステロール	0.6	
中性脂肪	198	
HDLコレステロール	H	
LDLコレステロール	199	
【糖代謝判定】	99	
空腹時血糖	61	
HbA1c	112	

認知症高齢者への 摂食嚥下リハビリテーション

2. 認知症高齢者の特徴を理解する

認知症タイプの割合



2013年5月「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(筑波大学附属病院精神神経科) 2019年6月25日更新

アルツハイマー型認知症の症状と経過

AD



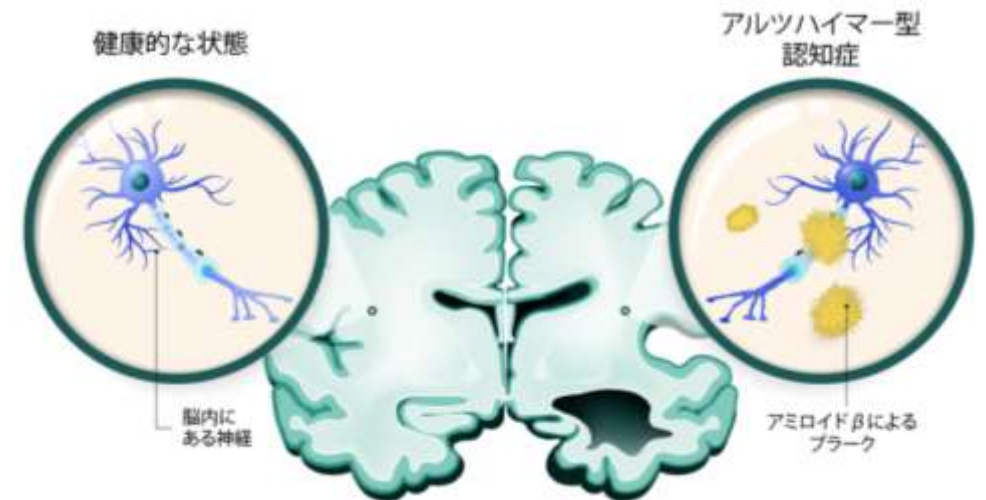
- 初期はわかりづらい

(CTやMRIでは異常を認めず、脳血流シンチグラフィでは頭頂・側頭葉後部、帯状回後部の血流低下)

- 進行に伴い、海馬・側頭葉内側部・側頭頭頂葉連合野に萎縮
- 経過とともに、びまん性萎縮

(脳溝・脳室の拡大)

- 中期以降では画像検査で萎縮が顕著
- 高期は全般的な脳萎縮や脳室拡大を認める



* 死因: 誤嚥性肺炎や尿路感染、敗血症などの感染症が多い

* 死期: 発症から10年前後とされるが、個人差あり(15年以上も)

AD 食事の特徴

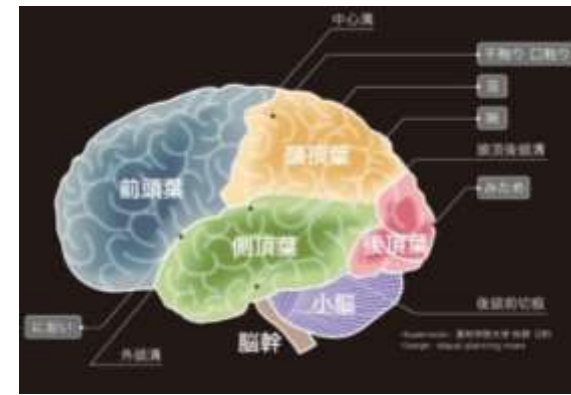
- 食事と認識できず、食べ始めない(失認)
- 食具をうまく使えない(失行)
- 食べたことをすぐに忘れる(記憶の障害)
- 自分の置かれた状況がわからないことで不穏になりやすい(見当識障害)



- 食事と理解できる工夫を講じる
(調理・配膳する、ともに食べる)
- 雑音の少ない環境を用意する
- 視覚刺激の少ない環境を用意する
- 手づかみをよしとする
- なじみの食事・食具を提供する

血管性認知症の症状と経過

VaD



- 脳血管障害や循環器不全により神経細胞の機能障害を生じ認知症症状を示す疾患

(臨床症状は病変部位・大きさ・分布によって多様で、経過も症状ごとに異なる)

- 初期は、高次脳機能障害(実行機能・遂行機能障害)が先行しやすい
(ADは記憶障害が先行、CTやMRI、SPECTで異常が認められる)

- 多くは病前に高血圧・糖尿病・心疾患などの脳血管障害リスクファクターを有す

* 死因: 脳血管障害が多発すること多い

* 死期: AD(10年前後)より短いとされる

前頭側頭葉変性症の症状と経過

FTLD

- 前頭側頭型認知症 (FTD) では、脱抑制や反社会的行動、自発性低下、無関心、常同行動などの症状が先行しやすい

(人格変化や行動障害、対人関係無関心が目立つ)

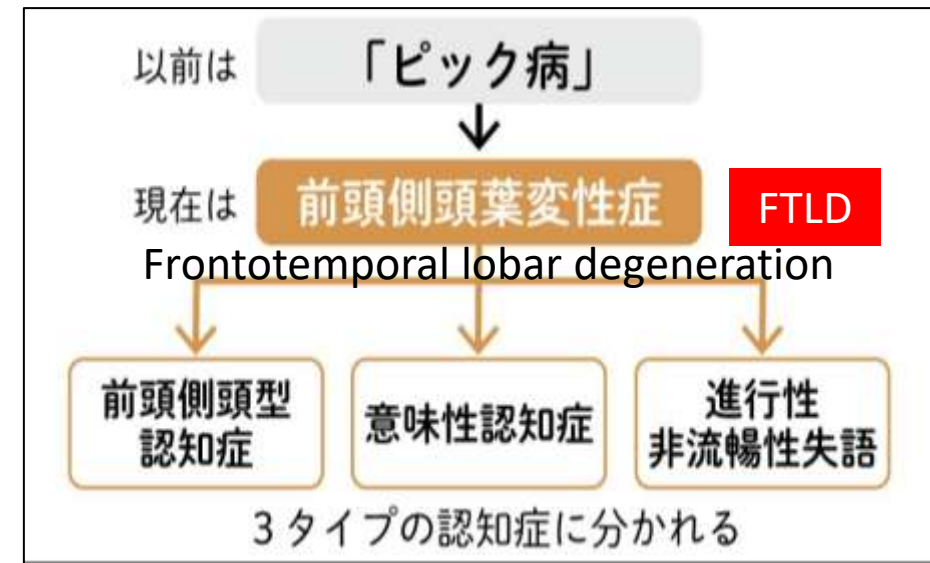
- 初期より、病識欠如、感情鈍麻、食行動異常、脱抑制、常同行動、反社会的行動がみられる

- 進行とともに認証症状が顕在化

(最終的には、言語疎通が取れない、原始反射出現、寝たきりへ)

* 死因: 誤嚥性肺炎 (不顕性誤嚥) など... パーキンソン病と似る

* 死期: 薬効がなくなる時期 (10年前後) 以降、免疫能と関与



FTD

SD

PA

Frontotemporal
Dementia

Semantic
Dementia

Progressive non-
fluent Aphasia

FTD 食事の特徴

- 同じ食物を食べ続ける
- 過食や早食い(掻き込み、詰め込み)
- 手で食べてしまう
- 他者の食事を食べてしまう
- 食事中にでも突然立ち去る



- スタッフが一人ついて事故を防ぐ
⇒ 当事者の危険回避
⇒ 他利用者への危険を回避
- 窒息しない配慮
⇒ 食物への隠し包丁
⇒ ペーシング

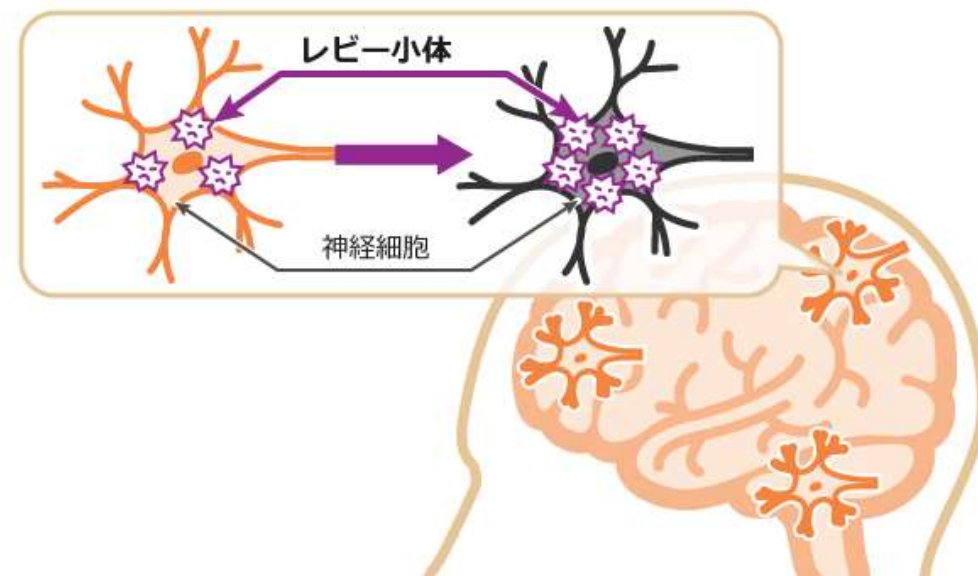
レビー小体型認知症の症状と経過

DLB

- 記憶障害で始まる
(進行とともに見当識障害・言語障害・失行・失認が出現する)
- 注意や覚醒水準、認知機能の変動が特徴的
- 進行は緩徐
- 鮮明な幻視がある
- 初期は動作緩慢や筋固縮
- 進行に伴い、姿勢反射異常や歩行障害

* 死因: 誤嚥性肺炎(不顕性誤嚥)など...パーキンソン病と似る

* 死期: 薬効がなくなる時期(10年前後)以降、免疫能と関与



Copyright(C) SMS Co.,LTD. All Rights Reserved.

レヴィー小体とは神経細胞に出来る特殊なたんぱく質。レヴィー小体型認知症では、レヴィー小体が脳の大脳皮質や脳幹に集まる。その結果神経細胞が壊れて減少、神経を上手く伝えられなくなる。

DLB 食事の特徴

- 手が振るえて食具がうまく扱えない
 - 初動が悪い
 - むせがおこる ⇒ 不顕性誤嚥がみられる
 - 幻視にとらわれ食事が止まる
 - 口の中に異物を感じ吐き出す(なかなか飲み込まない)
-
- 食事時間＝好調になるよう配慮する
 - バイタルや肺の雑音などに注意
 - 幻覚の原因を取り除く

ふたつの見方をする(一方に偏らない) エビデンス & ナラティブ

Evidence & Narrative

証拠・根拠、証言、形跡などを意味する英単語“evidence”に由来。
医療行為において治療法を選択する際、確率的な情報として、少しでも多くの患者にとって安全で効果のある治療方法を選ぶ際に指針として利用される。

物語・語りの意。人生に関する「私はあのとき～の経験をした」といった言語表現。物語に必要な出来事はストーリーに合うように、無意識的、恣意的に取捨選別され、経験を語りながら自らの人生のシナリオを作成、他者に受け入れられることで自尊心を高める。

リハビリテーション：キュアとケア

○キュア：機能回復イメージ
障害や低下部位を鍛える

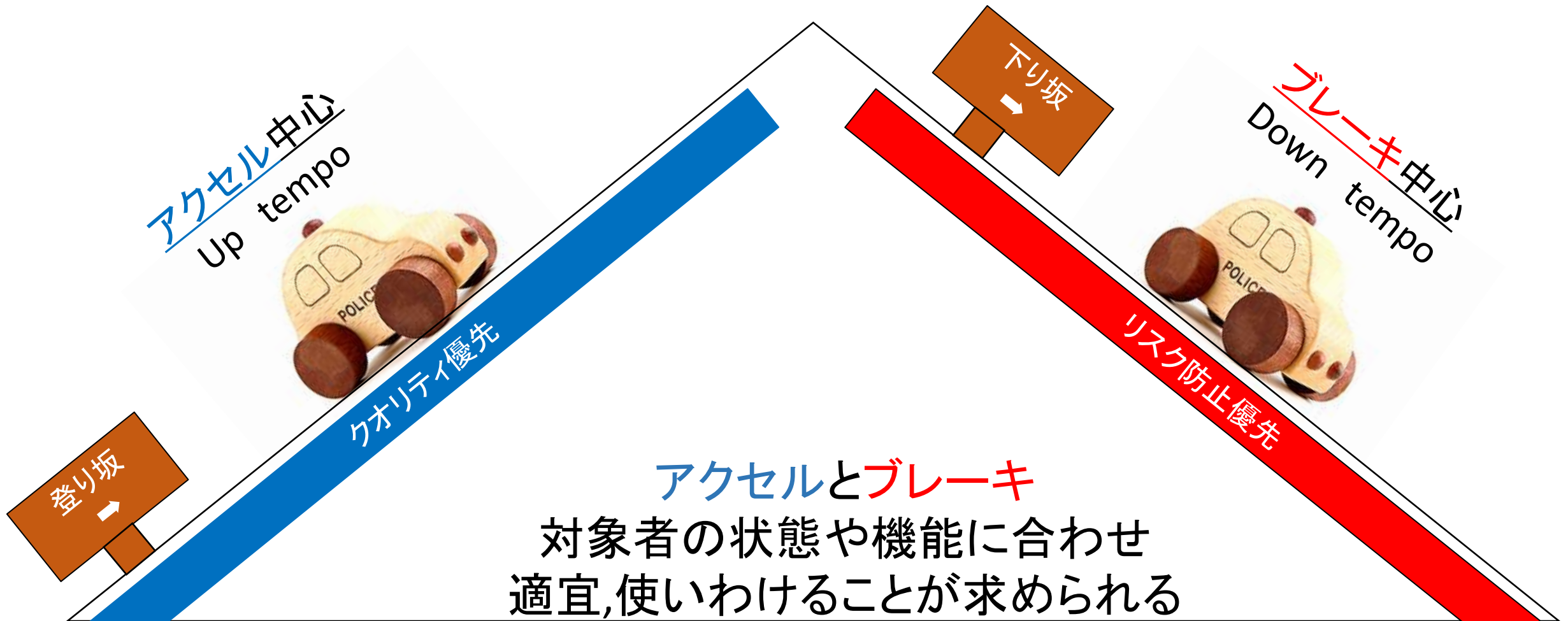
(脳卒中の急性期・回復期、
軽めの廃用症候群等に有効)



今の日本
どちらが多い？
キュア < ケア

○ケア：障害に寄り添うイメージ
障害を周りがカバーする
(脳卒中の維持期、神経変性疾患、
認知症などに有効)

支援のアクセルとブレーキ



食べるか、食べないか、指標のひとつ

- ・誤嚥
- ・逆流物誤嚥
- ・口腔汚染
- ・咽頭汚染
- ・感染
- ・疾病罹患
- ・その他



- ・免疫能
- ・栄養状態
- ・精神状態
- ・健康状態
(心身とも)
- ・生活習慣
- ・その他

侵襲 < 抵抗 ⇒ 肺炎になりにくい
(多少の誤嚥ありきの支援?)

侵襲 > 抵抗 ⇒ 肺炎になりやすい
(誤嚥しなくても肺炎が起こりうる?)

認知症高齢者への 摂食嚥下リハビリテーション

3. 家族が覚悟を決められるかどうか

人生会議：予後予測をもとにどのような過程を描くかを検討(2019)

人生最終段階：患者の意向が優先される(厚生労働省2018)

リスク アセスメント

命の「量」を重んじる
(侵襲性を抑え、抵抗力を高める)

- ・誤嚥を避ける
- ・呼吸を乱さない
- ・栄養状態改善を先行させる
- ・体調の良い時にトライする

クオリティ
マネジメント

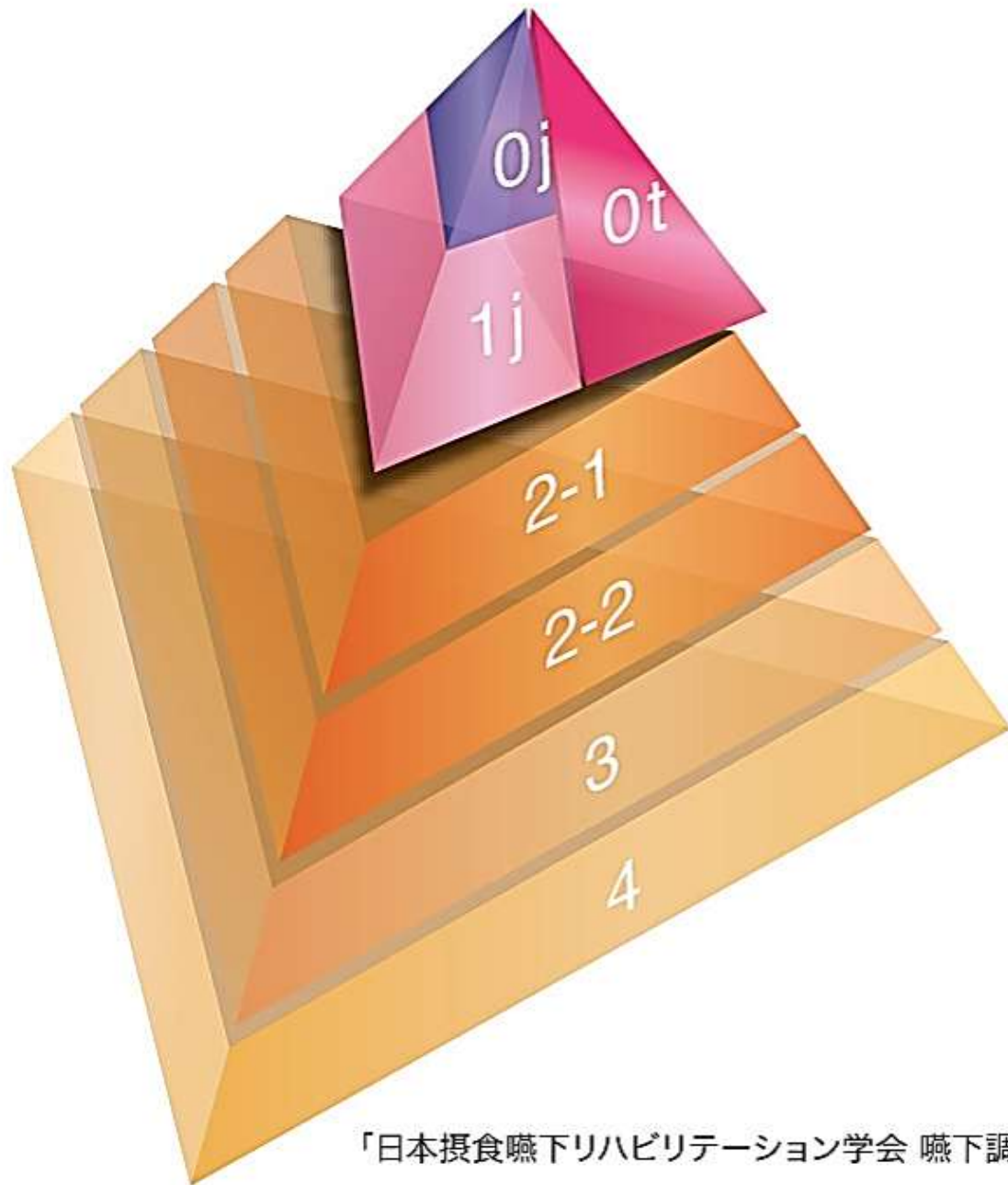
命の「質」を重んじる
(有終の美を実現させる)

- ・食べたい飲食物を摂る
- ・自分史、家族史に沿った
相応しい最期
- ・対象者の自己超越感を支える
- ・家族の満足を支える

リスク
マネジメント

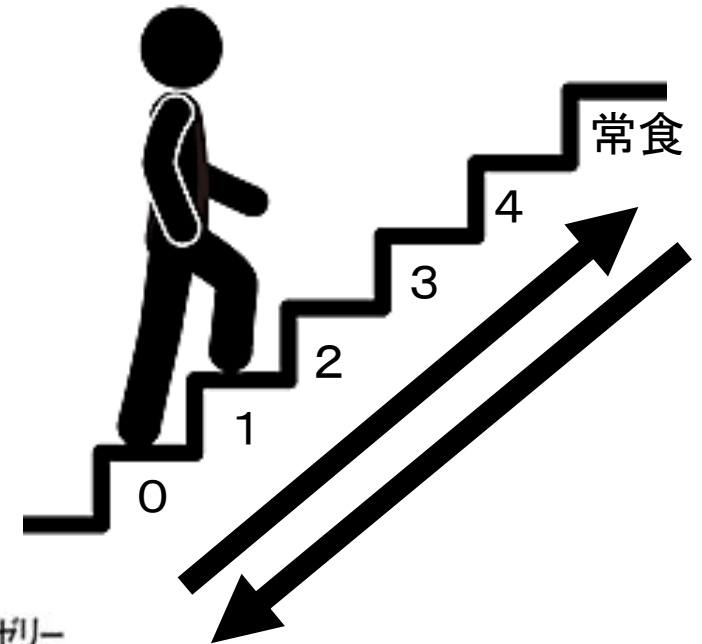
クオリティ
アセスメント

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



「日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類2013」

・Supervision : 愛知学院大学 牧野 日和
 ・Design : visual planning mare



- | | |
|-----|------------------------------|
| 0j | ゼリー |
| 0t | とろみ水 |
| 1j | プリン、ゼリー、ムース状のもの |
| 2-1 | ピューレ、ペースト、ミキサー食(ざらつき均質、粒なし) |
| 2-2 | ピューレ、ペースト、ミキサー食(ざらつき不均質、粒あり) |
| 3 | ソフト食、押しつぶし、食塊形成などが容易 |
| 4 | 箸、スプーンで切れる |

○後ろ向き評価

・中断の指標

- ・ 頻回なむせや湿性嘔声
- ・ 発熱
- ・ 痰の増加
- ・ 炎症反応 (CRPやWBC高値)
- ・ 意識状態悪化
- ・ 全身状態悪化

・中止の指標

- ・ 肺炎を繰り返す
- ・ 再評価にて食物誤嚥・唾液誤嚥
- ・ 呼吸状態悪化が持続する
- ・ 意識状態悪化が持続する
- ・ 全身状態悪化が持続する
- ・ 長期にわたる拒食

●体温:

体温の平均値は 36.6°C — 37.2°C 。朝の方が低く、夕方高くなる傾向。個人差があり(平熱を知っておく)高齢者は平均 35°C 後半— 36°C 代、幼児・子供は 37°C 前後。 37.8°C 以上が4日以上で肺炎を疑う

●呼吸数:

成人で毎分15~20回。体位や精神状態など様々な要因によっても変化。新生児の呼吸数は毎分40回程度、幼児で20~30回、小学生くらいからは20回程度。リズムは「吸気:呼気:休止期=1:1.5:1」が標準的

●脈拍:

乳幼児では1分間に100回以上が平均
高齢者では、60~80回が平均

●血圧

20代の平均は、 $120\text{mmHg}/75\text{mmHg}$
70代の平均は、 $145\text{mmHg}/80\text{mmHg}$

* WBC:白血球の正常値は $3300\sim 9000/\mu\text{L}$

認知症高齢者への 摂食嚥下リハビリテーション

振り返り

1. 必要とされる知識や技術

人間の生涯発達と食機能との関係を理解する
高齢者心理を理解する
家族心理を理解する
狭義の摂食嚥下リハビリテーション学
認知症を理解する
(高次脳機能障害・薬物療法・病期・心理・人間関係)

2. 認知症高齢者の特徴を理解する

3. 家族が覚悟を決められるかどうか

牧野式：認知症高齢者への 摂食嚥下リハビリテーション



愛知学院大学 心身科学部
牧野 日和