

フレイル・サルコペニアと摂食嚥下障害 言語聴覚士の立場から

総合南東北病院 口腔外科 摂食嚥下リハビリテーションセンター

森 隆志

脳卒中や神経筋疾患等の明らかに摂食嚥下障害を引き起こす疾患のない高齢者が入院すると摂食嚥下障害になる事がある。2012年から2016年の当院の摂食嚥下リハビリテーションセンターの新規患者は4443名で、これらの患者が入院するきっかけとなった診断名のうち脳卒中等明らかに摂食嚥下障害を引き起こす診断は約半数で、残りの半数は肺炎や心不全等であった。脳卒中等がない患者の摂食嚥下障害の原因は、薬剤による抗コリン作用や脳虚血による神経伝達物質の濃度変化、多数歯欠損等の要因も考えられることは自明であるが、嚥下関連筋群のサルコペニアも原因の候補の一つと考えられている。全身及び嚥下関連筋群のサルコペニアによって生じる摂食嚥下障害はサルコペニアの摂食嚥下障害と称される。

若年者では、脳卒中等が無いにもかかわらず入院後に摂食嚥下障害となることはまれであると推測されるが、高齢者におけるこうした現象の予測因子は、骨格筋の減少、低ADLと報告されている。こうした患者の背景には老嚥があると推測される。老嚥は老人性の摂食嚥下機能低下であり、摂食嚥下におけるフレイルの状態であると目される。老嚥の状態に入院イベントが重なると嚥下関連筋群のサルコペニアも含めた多数の因子により摂食嚥下障害を生じるという機序が想定される。当院の嚥下リハビリ対象患者の平均年齢は年々高齢化しており、2012年には74.1歳であったが2016年には77.7歳となった。現在のペースで高齢化すると5年後には少なくとも当院の嚥下リハビリの対象患者の平均年齢は80歳と予測される。高齢者への嚥下サポートは、今後きわめて重要な課題であり、フレイル、サルコペニアはそのキーワードの一つといえよう。高齢者を対象とする言語聴覚士は、老嚥やサルコペニアの摂食嚥下障害について関心を持っておく事が望ましい。

サルコペニアの摂食嚥下障害への対応としては、早期経口摂取開始と早期の十分な栄養ルートの確保が必要である。入院の嚥下リハビリ対象者のうち低栄養群に有意に多くのサルコペニアの摂食嚥下障害を認めたと報告され、サルコペニアの摂食嚥下障害患者は嚥下関連筋群の筋肉量が減少していたとも報告されている。サルコペニアの摂食嚥下障害の治療の実践は、いくつかの症例報告があるがいずれも積極的な栄養療法と嚥下リハビリの併用の有用性を説いている。間接的嚥下訓練の具体的方法としては、頭部拳上訓練が有用な可能性がある。実際の臨床ではこれだけでなく口唇・下顎・舌・頸部等の運動療法が多く取り入れられているが、一定の訓練方法が確立されている訳ではない。また、高齢者の嚥下関連筋群のリモデリングについてはcontroversialであり、可逆性は不明である。しかし、加齢による原発性サルコペニアの予防及び対応の基本はレジスタンストレーニングである。高齢者の発話と嚥下の運動機能向上プログラムである、Movement Therapy Program for Speech & Swallowing in the Elderly (MTPSSE)は、実施方法が明確化されており嚥下関連筋群を対象とした効果的な運動療法として高齢者の摂食嚥下障害の予防と治療に役立つ可能性がある。

■略歴

1996年 同志社大学 卒業
2002年 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院 卒業
2016年 東北大学大学院 医学系研究科 前期2年の過程（修士課程）卒業

■職歴

2002年 榊記念病院
2005年 総合南東北病院（現職）