

演題8

フレイル・サルコペニアに伴う嚥下障害に対する嚥下運動機能検査（AMFD）を軸とした摂食嚥下評価モデルの使用の試み

¹⁾ 社団法人 埼玉巨樹の会 新久喜総合病院 リハビリテーション科

²⁾ 新潟医療福祉大学 大学院保健学専攻 言語聴覚学分野

○岡本卓也¹⁾ 西尾正輝²⁾

【はじめに】Teramotoら（2008）の報告では、肺炎患者における誤嚥の関与は高齢化するほど高い傾向が示されている。こうした誤嚥性肺炎の原因として、フレイル・サルコペニアに対する関心が高まっているが、フレイル・サルコペニアに伴う嚥下障害の報告は渡邊ら（2017）を除いて国内では他に見当たらない。今回、フレイル・サルコペニアに伴う嚥下障害を呈した1例に対して、西尾（2017）が開発したJ-CHS基準に準じたフレイル評価、AWGSに準じたサルコペニア評価、嚥下運動機能検査（Assessment of Motor Function for Dysphagia：以下AMFD）に準じた嚥下運動機能評価から構成される「フレイル・サルコペニアの摂食嚥下障害評価モデル」の有用性を確認する機会を得たので報告する。

【症例】70代、女性、医学的診断名は誤嚥性肺炎。病歴は201X年Y月Z日に発熱、翌日、体動困難となり、当院へ救急搬送。CTで誤嚥性肺炎の診断。抗生剤治療を開始。

【初回評価結果】Steps1a. フレイルの評価：体重減少、握力低下（6Kg）、易疲労性、歩行速度の低下、身体活動の低下の全てで該当し、フレイルと判定した。

Steps1b. サルコペニアの評価：四肢筋力量はKawakami（2015）にならい下腿最大周囲長（女性のカットオフ値：33cm）を測定して指標としたところ29cmであり、筋量、筋力、歩行速度のすべてが基準値以下であったためサルコペニアと判定した。

Steps2. 嚥下運動機能検査（AMFD）

①呼吸機能：最長呼気持続時間4秒と低下。

②発声機能：MPT5秒と低下。

③鼻咽腔閉鎖機能：良好

④口腔構音機能：舌の筋力低下を認めた

⑤嚥下機能：RSSTは2回、MWSTはPr.3、FTはPr.4

⑥フレイル・サルコペニアの評価

【臨床経過】第2病日より経鼻胃管栄養管理となり、直接的嚥下訓練を開始。第9病日にRSST2回→3回、MWST Pr.3→Pr.4と嚥下機能に改善を認め、昼食のみミキサー食で経口摂取を開始（1食400kcal）したが、必要栄養量を満たすことが困難であり、経鼻胃管栄養を併用した。第12病日よりつぶし粥・きざみとろみ食へ食物形態をステップアップした。その後食事摂取量も次第に増加し、第22病日に経鼻胃管栄養を離脱。第28病日の最終評価時にはAMFDで呼吸機能（最長呼気持続時間4→13秒）・発声機能（MPT5→13秒）・嚥下機能（RSST2→4回）に改善を認めた。

【考察】高齢化率の上昇とともに今後肺炎での死亡者数が増加し続けると推察される一方で、高齢者の肺炎の多数を誤嚥性肺炎が占める推計されている。その背景には、フレイル・サルコペニアが示唆されており、高齢者の誤嚥性肺炎のリハビリテーションにおいて、フレイルとサルコペニアに嚥下機能を含めた総合的評価が必要な時代を迎えている。本例はフレイルとサルコペニアに伴う嚥下機能低下に起因して誤嚥性肺炎を来した。その評価において、西尾による「フレイル・サルコペニアの摂食嚥下障害評価モデル」と嚥下運動機能検査（AMFD）は簡便に実施可能であり、臨床的に嚥下障害と誤嚥性肺炎発症のメカニズムを明確にする上で有用であることが示された。