

医療従事者向け・摂食嚥下障害の鑑別と実践介入

# 認知症で食事を吐き出す・ため込む

## 病型別の対応とエビデンス

---

医知創造ラボ 今村久司

脳神経内科専門医

AD / DLB / VaD / FTD × 嚥下障害 × Comfort Feeding Only

# 本日の5つの疑問 — このスライドで答えること

Q1

「口を開けない」「ため込む」「吐き出す」を区別する意義は？

Q2

認知症の病型（AD/DLB/VaD/FTD）で対応はどう変わるか？

Q3

食事拒否で「無理に食べさせない」をどこまで貫くべきか？

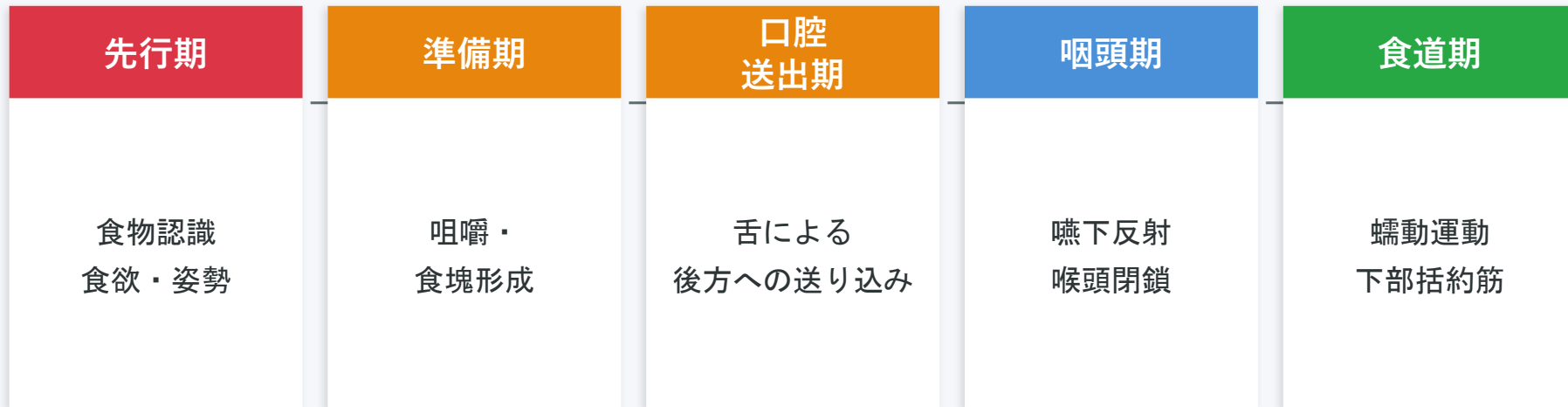
Q4

経管栄養（PEG）はいつ提案・いつ回避すべきか？

Q5

家族にどう説明するか？ 予後共有の方法は？

# 摂食嚥下5期モデル — 認知症は先行期から壊れる



## 認知症の嚥下障害パターン

**AD (アルツハイマー型)** : 先行期～口腔期が中心 (食物失認・食行動障害)

**DLB (レビー小体型)** : 早期から咽頭期障害・薬剤性嚥下障害が重複

**VaD (血管性)** : 皮質球路障害による運動性嚥下障害 (咽頭期)

**FTD (前頭側頭型)** : 嗜好変化・過食・常同食事行動が目立つ

# 進行期認知症の摂食障害 — 発生率85.8% (Mitchell 2009 NEJM)

Mitchell SL et al. N Engl J Med. 2009;361(16):1529-38. PMID:19828530



## 摂食障害発生後の6ヶ月死亡率

摂食障害後: **38.6%**      肺炎後: **46.7%**

**臨床的意義:** 進行期認知症において摂食障害はまれな合併症ではなく「臨床経過の中核」である。早期に予後を家族と共有し、目標設定を行うことが必須。

# 症候の4分類 — 嚥下障害の「どの段階」を見ているか

## 開口拒否

*Mouth Refusal*

**障害段階:** 先行期・準備期

口腔疼痛・義歯不適合

恐怖・BPSD・薬剤傾眠

## 口腔ため込み

*Oral Pocketing*

**障害段階:** 口腔送往期

舌圧低下・感覚障害

食塊を後方に送れない

## 吐き出し

*Expelling /  
Spitting*

**障害段階:** 先行期（認知）

食物失認

嗅覚・味覚の歪み

## 食事中断・嗜好変化

*Behavioral  
Change*

**障害段階:** 先行期（行動）

FTD嗜好変化

DLB幻視・注意変動

# 開口拒否への対応 — まず除外診断から

1

## 口腔内疼痛・義歯不適合・カンジダ除外

口腔内視診・義歯の確認。口腔カンジダはフルコナゾールで治療可能。

2

## 環境調整・声かけ

静かな環境・1対1の対応。「お食事ですよ」よりも好物の匂い・見た目で先行期を刺激。

3

## K-point刺激

下顎臼歯部最後方（翼突下顎縫合上）への綿棒刺激 → 開口・咀嚼反射を誘発。

4

## 吸啜反射の利用

スプーンや乳首状のピペットで口唇に触れて吸啜反射を誘発する。乳児の授乳原理を応用。

5

## 薬剤性傾眠の見直し

ベンゾジアゼピン系・抗精神病薬・抗ヒスタミン薬の影響。食前30分の投与タイミング調整も検討。

# 口腔ため込みへの対応 — 小口量と温度コントラスト

①

## 小口量 (**small bolus**)

1回の摂取量を小さくする（ティースプーン1杯程度）。過負荷を減らし、舌が処理しやすい量に調整。

②

## 温度コントラスト

Ebihara S 2011 — 60°C以上の温食または17°C以下の冷食が嚥下反射潜時を短縮。温冷を交互に使う戦略も有効。

③

## 舌背刺激

スプーンを口腔内に置き、軽い圧力で舌背を刺激 → 舌の後退・嚥下動作を促す。

④

## 食後残留チェック

食後に口腔内を視診・触診で確認。残留があればヨーグルトなど流動性の高い食品で掃き出しを促す。

⑤

## 口腔ケアによる感覚刺激

食前の口腔ケアで口腔感覚を覚醒させる。Yoneyama 2002 — 毎食後+週1専門ケアで肺炎・発熱日数が有意に減少。

# 吐き出しへの対応 — 食物失認・味覚・温度刺激

## 背景メカニズム

食物と認識できない（先行期の食物失認）、または不快な味・食感として感じる（感覚の歪み）ため吐き出す。ADの中等度～重度進行期に多い。

## 食物として認識させる言語・視覚補助

食器の色・盛り付けを変える。お気に入りの食器を使う。  
「これはお好きな〇〇ですよ」と声かけしながら視線誘導する。

## 温度コントラストと嗅覚刺激

温かい料理の湯気・香りで先行期を活性化。ブラックペッパー嗅覚刺激（Ebihara 2011）は嚥下反射を改善。

## 好物・なじみの食品から開始

嗜好調査票や家族情報をもとに、過去の好物から始める。  
食事開始の成功体験を積み重ねる。

## 味覚・カプサイシン刺激

わずかな辛味・酸味で味覚センサーを刺激し食欲を喚起。  
外耳道カプサイシン刺激（Jinnouchi 2020, n=29）は肺炎1.80→0.40に減少（ $P<0.01$ ）。

# 食事中断・嗜好変化 — 病型再評価が前提

## FTD — 嗜好変化・常同食事行動

- ・ 甘味嗜好亢進（炭水化物・甘い物への偏り）
- ・ 同じ食品・メニューへの常同的こだわり
- ・ 過食・食欲亢進（前頭葉～島皮質の障害）
- ・ 野原2023 — 窒息・重度誤嚥がなければ介入不要なことも

## DLB — 幻視・注意変動による中断

- ・ 食事中に幻視が出現 → 突然食器を置いて動かなくなる
- ・ 注意変動（fluctuation）で集中が切れる
- ・ 抗精神病薬で嚥下が悪化するリスク（Bonanni 2016）
- ・ 対応: 幻視への穏やかな声かけ・食事の一時中断と再試行

## AD — 中等度進行期の途中中断

- ・ 食事という行為の手続き記憶が失われる
- ・ 途中でスプーンを置いて固まる（失行）
- ・ 1口ごとに「食べ方」を思い出させる必要がある
- ・ 食事を「楽しい時間」として場の雰囲気から整える

# 病型別アプローチ 概観表

病型	主な嚥下障害段階	特徴的な症候	介入の軸
<b>AD</b> アルツハイマー型	先行期～口腔期	食物失認・失行 液体口腔通過遅延 (Suh 2009)	感覚刺激 環境調整
<b>DLB</b> レビー小体型	咽頭期 (早期)	薬剤性嚥下障害 無動性危機 (Bonanni 2016)	薬剤見直し 姿勢調整・炭酸飲料
<b>VaD</b> 血管性	咽頭期 (運動障害)	不顕性誤嚥・舌骨挙上不全 (Suh 2009 P<0.05)	ACE阻害薬 シロスタゾール
<b>FTD</b> 前頭側頭型	先行期 (行動)	嗜好変化・甘味嗜好亢進 常同行動 (野原 2023)	嗜好への適応 見守り・環境管理

# アルツハイマー型（AD） — 先行期障害が中心

Suh MK, Kim H, Na DL. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2009;23(2):178-84. PMID:19474573

## VFSS（嚥下造影）でのAD特徴所見

- ・ 液体の口腔通過遅延（5秒以上）：VaDより有意に多い

統計:  $\chi^2=7.065$ ,  $P=0.008$

- ・ 背景: 側頭頭頂葉の感覚障害（先行期～口腔期）
- ・ 食行動障害（食べない・途中でやめる）が主
- ・ 重度進行後に誤嚥が顕在化する経過が多い

## ADへの介入軸

- ✓ 感覚刺激（温度・嗅覚・味覚）
- ✓ 環境調整・なじみの食器
- ✓ 小口量・ゆっくり介助
- ✓ 好物から開始して成功体験を積む

## 臨床のポイント

ADの摂食障害は先行期（食物失認・失行）が中心。誤嚥は重度進行後に出現することが多く、早期には「食べない」「途中でやめる」という行動変化として現れる。薬剤による傾眠も見逃しやすい介入点。

# レビー小体型（DLB） — 薬剤性嚥下障害と早期誤嚥

Bonanni L, et al. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2016;87(10):1123-6. PMID:27068351

## 無動性危機（Akinetic Crisis） — DLBで致死率50%

神経遮断薬曝露で発生 HR=13.0 (95%CI 4.23-39.9) DLB致死率 50% vs PD 12.5% (P=0.05)

### DLBの嚥下障害の特徴

- ・ 早期から身体機能障害と誤嚥が出現
- ・ 咽頭期障害（嚥下反射遅延・誤嚥）が主
- ・ 幻視・注意変動による食事中断
- ・ 抗精神病薬でさらに悪化するリスク
- ・ DLB剖検例の9割が肺炎発症

### DLBへの介入軸

- ✓ 抗精神病薬は原則禁忌（特に典型薬）
- ✓ 幻視へ穏やかに声かけ→食事再試行
- ✓ 姿勢調整（頸部前屈・リクライニング）
- ✓ 炭酸飲料で咽頭刺激・嚥下促進
- ✓ 薬剤傾眠のタイミング調整

# 血管性認知症（VaD） — 皮質球路障害と不顕性誤嚥

Suh MK, Kim H, Na DL. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2009;23(2):178-84. PMID:19474573

## VaDのVFSS所見（ADとの比較）

半固形物の食塊形成・咀嚼障害 **P=0.039**

舌骨喉頭挙上不全 **P=0.043**

喉頭蓋反転障害 **P=0.032**

不顕性誤嚥（silent aspiration） **P=0.011**

## VaDへの介入軸

ACE阻害薬: サブスタンスP分解抑制  
→咳・嚥下反射改善（Arai 2003）

シロスタゾール: CSPS試験 肺炎  
0.57% vs 2.86%（Shinohara 2006）

食形態の工夫（半固形物→ゼリー形状）

頸部前屈姿勢・リクライニング

## 重要ポイント

VaDは不顕性誤嚥（むせない誤嚥）が多く、肺炎が起きて初めて摂食嚥下障害が発覚することも多い。MRI/CT所見と臨床症状を統合して早期把握することが誤嚥性肺炎予防につながる。

# 前頭側頭型（FTD） — 嗜好変化・常同食事行動・過食

野原幹司 日本老年医学会雑誌 2023;60(1):1-10. DOI:10.3143/geriatrics.60.1

## 甘味嗜好亢進

炭水化物・甘い物への偏り。前頭葉～島皮質の障害で報酬系が変容。

## 常同食事行動

同じ食品・同じ順序へのこだわり。変更には強い抵抗を示す。

## 過食・食欲亢進

満腹感の喪失（視床下部・島の障害）。食べても止まらない。

## 窒息・重度誤嚥は少ない

野原 2023 — FTDで窒息・重度誤嚥がなければ介入不要なことも。

**介入方針:** 嗜好変化は止められないため「嗜好に乗る」戦略が合理的。好みの食品で必要栄養を確保する。  
「異食」（非食品を口に入れる）がある場合は前頭葉機能評価と転倒・誤嚥リスク管理が必要。

# 薬剤性嚥下障害 — 抗精神病薬 RR=1.9 (Robison 2023)

急性抗精神病薬と嚥下障害 (Robison RD et al. J Am Med Dir Assoc. 2023;24(9):1303-10. PMID:37478895)

嚥下障害コード全体

**RR 1.9**

(95%CI 1.8-2.1)

口腔期障害

**RR 1.7**

(95%CI 1.2-2.0)

咽頭期障害

**RR 1.3**

(95%CI 1.0-1.7)

n=29,591 (AP-naïve退役軍人 後ろ向きコホート)

## WHO VigiBase (De Las Cuevas 2023)

クロザピン IC=3.2 (クエチアピン 2.6、オランザピン 2.5)

クロザピン誤嚥症例の71%が致命的 (333例中238例)

## 嚥下に注意する薬剤カテゴリ

- ・ 抗精神病薬 (定型・非定型)
- ・ 抗ヒスタミン薬
- ・ 睡眠薬 (BZD系)
- ・ 三環系抗うつ薬
- ・ 抗コリン薬

**実践ポイント:** 認知症のBPSD対応に抗精神病薬を使う際は嚥下評価を先行させる。DLBでは原則禁忌。食事摂取が減った・むせが増えたときは「薬剤の影響」を必ず鑑別リストに入れる。

# 改善が期待される薬剤 — ACE阻害薬・シロスタゾール・半夏厚朴湯

## ACE阻害薬

サブスタンスP分解抑制 → 咳・嚥下反射改善

脳卒中高齢者の不顕性誤嚥と血清サブスタンスP濃度の関連。用量依存的効果。

*Arai T et al. Neurology. 2003;61(11):1625-6.*  
PMID:14663061

## シロスタゾール

PDE3阻害 → 内皮機能・脳血流改善 → 誤嚥性肺炎予防

肺炎発症 0.57% vs プラセボ 2.86% (n=1049、3.3年追跡)。

*Shinohara Y. Cerebrovasc Dis. 2006;22(1):57-60.*  
PMID:16645267 CSPP試験サブ解析

## 半夏厚朴湯 (漢方薬)

サブスタンスP増加 → 嚥下反射潜時の短縮

嚥下反射潜時 11.6 → 2.6秒 (P<0.01)、唾液サブスタンスP 9.2 → 15.0 fmol/mL (P<0.01)。

*Iwasaki K et al. Phytomedicine. 1999;6(2):103-6.*  
PMID:10374248 n=32 RCT

# 口腔ケア RCT — 毎食後歯磨き+専門ケアで肺炎を有意減少

Yoneyama T, et al. J Am Geriatr Soc. 2002;50(3):430-3. PMID:11943036

## 試験デザイン

11ナースিংホーム・n=417 RCT / 介入: 毎食後の歯ブラシ + 週1回歯科衛生士による専門的口腔ケア vs 通常ケア (1年間)

肺炎発症率

有意に減少

発熱日数

有意に減少

肺炎死亡

有意に減少

有歯顎・無歯顎いずれにも有用

## 効果のメカニズム

口腔内細菌量の低減 (誤嚥性肺炎の起因菌を減らす) + 嚥下反射・咳反射の感度向上 (感覚刺激効果)

# 感覚刺激戦略 — 温度・カプサイシン・ブラックペッパー

Ebihara S et al. J Pharmacol Sci. 2011;115(2):99-104. PMID:21258172

## 温度刺激

TRPV1 / TRPM8

60°C以上の温食 または 17°C以下の冷食

→ 嚥下反射潜時短縮（体温に近い食事は反射を起こしにくい）

## カプサイシン（辛味）

TRPV1受容体

食事への微量添加、または外耳道塗布

（Jinnouchi 2020, n=29）肺炎 1.80 → 0.40/年  
（P<0.01）

## メントール（清涼感）

TRPM8受容体

清涼感で咽頭感覚を刺激

→ 嚥下反射を促進。口腔ケアとの組み合わせで効果的

## ブラックペッパー嗅覚刺激

嗅覚→延髄

食前にブラックペッパー入りオイルを嗅がせる

→ 嚥下・咳反射の改善。嗅覚障害が少ない認知症タイプで有効

# 介助時の声かけ・タッチ — +200 kcal/食 (Cochrane 2018)

Herke M, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2018;7(7):CD011542. PMID:30021248

9 RCT、n=1,502 のシステマティックレビュー

摂取カロリー — **+200 kcal/食** (95%CI 119.81-280.19)

蛋白質摂取 **+15 g/食** (95%CI 7.74-22.26)

## 介入の内容 (3週間、介護者による発声・触覚的Positive Feedback)

- ・ 食事時の声かけ (「上手に食べられましたね」「美味しそうですね」など肯定的フィードバック)
- ・ タッチ (肩・手など) を組み合わせた身体接触によるコミュニケーション
- ・ 食事の「楽しい体験」としての文脈作り

**注:** エビデンスの質は概ねlow~very low (Cochrane評価)。低コスト・副作用なしで試せる非薬物的介入として最初の選択肢となりうる。

# Comfort Feeding Only — 「快適に食べる」を目標にする

Palecek EJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2010;58(3):580-4. PMID:20398123

## 経管栄養（PEG）のエビデンス

- × 進行期認知症では生存率改善のエビデンスなし
- × 誤嚥性肺炎リスクを下げるエビデンスなし
- × 圧迫性潰瘍・拘束の増加リスクあり
- × 苦痛を伴う処置（チューブ挿入など）
- × 「1日3食の枠」を外すことすら検討できなくなる

## Comfort Feeding Only (CFO)

- ✓ 個別化された手介助による経口摂取
- ✓ 目標=栄養達成ではなく「食べる体験の快適性」
- ✓ 1日3食の枠を外して、食べられる時に少量でも
- ✓ 好物・好みの食形態を最優先にする
- ✓ 「do not feed」ではなく「心地よく食べる支援」

**CFO移行の検討条件:** 進行期認知症で摂食障害が持続 → 可逆的疾患（せん妄・薬剤性）を除外済み → 家族と 20/22  
目標を共有済み

# 家族との予後共有 — 侵襲的介入が88%減少 (Mitchell 2009)

Mitchell SL, et al. *N Engl J Med.* 2009;361(16):1529-38. PMID:19828530

## 家族（プロキシ）の予後理解と終末期の侵襲的介入

予後理解があった群では終末期3ヶ月の侵襲的介入が **OR 0.12** (95%CI 0.04-0.37) = **88%減少**

### 家族に伝えるべき予後情報

- ・ 摂食障害は進行期認知症の自然経過の一部（85.8%に発生）
- ・ 摂食障害発生後の6ヶ月死亡率は38.6%
- ・ 経管栄養は生存・誤嚥リスク改善のエビデンスに乏しい
- ・ 「快適に食べる体験」を目標にできること（CFO）
- ・ 家族が「何もしない」のではなく「最善のケアを選ぶ」という認識を共有する

### 家族説明支援ツール

Bavelaar L, et al.  
*BMC Palliat Care.* 2022;21(1):76.  
PMID:35578219

6カ国（カナダ・チェコ・  
イタリア・オランダ・英国・  
アイルランド）の家族向け  
Comfort care教育冊子比較

# キーメッセージ 3点

1

## 病型で鑑別が変わる

ADは先行期障害（食物失認・失行）が主。DLBは薬剤性嚥下障害と早期誤嚥。VaDは皮質球路障害の運動性嚥下障害。FTDは嗜好変化・常同行動。VFSS比較（Suh 2009）と日本人総説（野原 2023）が裏付け。

2

## 薬剤と感覚刺激を見直す

抗精神病薬は嚥下障害 RR=1.9（Robison 2023）。口腔ケア（Yoneyama 2002）、温度刺激・カプサイシン・ブラックペッパー（Ebihara 2011）、半夏厚朴湯（Iwasaki 1999）は即実装可能な嚥下反射改善介入。

3

## 終末期には「快適に食べる」を目標にする

進行期認知症の摂食障害発生率85.8%・6ヶ月死亡率38.6%（Mitchell 2009）。経管栄養は改善エビデンスに乏しく、Comfort Feeding Only（Palecek 2010）が代替。家族の予後理解は侵襲的介入を88%減らす（OR 0.12）。