

最近、摂食・嚥下障害に対する関心が高まっており、それに伴い各種疾患別の評価や訓練法に対する研究も進んできています。今回は疾患別に摂食・嚥下障害が取り上げられており、安全かつ適切な摂食方法のためのガイドブックになると思います。

■ **脳血管障害急性期** 急性期の摂食・嚥下障害の病態では、脳の病変部位とその程度、初回発作か再発か、多発か単発かなどの条件を念頭におく必要が述べられており、また仮性球麻痺と球麻痺の病態が解説されています。ステージ別の機能評価では、ICU 管理下など急性期においては、唾液による誤嚥性肺炎の有無がポイントですが、半数以上は「ムセのない誤嚥」であるために評価が難しく、反復唾液嚥下テストが摂食開始の指標になると述べられています。ビデオ喉頭内視鏡検査や嚥下ビデオ X 線検査のポイントが、また、間接訓練・直接訓練・食物形態も詳しく解説されており参考になると思います。（平岡 崇氏ら、415 頁）

■ **脳血管障害慢性期** 著者らが開発した 15 項目の問診式評価表が紹介しており、慢性期の現場での評価に大いに役立つと思われます。また、実際の摂食場面での観察のポイントと病態・障害も表に示されており、外来、設備の十分でない施設、在宅など画像診断ができない現場で、すぐに使えると思います。指導・管理面においては、嚥下の悪化の原因を 7 項目にまとめ、その対応が詳しく述べられており、特に脱水・低栄養の予防の重要性が指摘されていて参考になります。（藤島一郎氏、423 頁）

■ **重症心身障害** 評価において、食べ方（摂食・嚥下の機能状態）、日常生活における食内容（調理形態、栄養・水分確保状態など）、食環境（介助方法、食器・食具など）の 3 つが必要で、これが指導・訓練の基本にもなっています。実際の対応の仕方として、発達過程の機能不全を、経口摂取準備不全、嚥下機能不全、捕食機能不全、押しつぶし機能不全、すりつぶし機能不全、自食準備不全、手づかみ食べ機能不全、食具食べ機能不全の 8 段階に分け、詳しく解説してあります。（向井美恵氏、429 頁）

■ **神経難病** 弛緩性筋力低下による食物の咀嚼や食道への送り込み障害、不随意運動、異常筋緊張や失調などによる摂食・嚥下運動の協調性障害が神経難病の主な障害原因であり、前者の代表が筋萎縮性側索硬化症(ALS)で、後者の代表がパーキンソン病です。この 2 疾患を脳血管障害と比較した著者らの結果では、神経難病では症状の進行に伴い栄養摂取状態の悪化が認められ、「ムセのない誤嚥」も高率にみられたことが示された。またパーキンソン病においては薬剤不応性症例や、L-dopa 長期投与症例に誤嚥の危険性が高まるなどのポイントが解説されています。（水野雅康氏ら、435 頁）

■ **耳鼻咽喉科疾患** 口腔・中咽頭癌の手術前後の摂食・嚥下のポイントが詳しく述べられています。そのポイントは切除による組織欠損に対する歯科補綴的アプローチと手術的アプローチです。そのためには術前・術後評価が大切で、嚥下造影も正常とは動態が異なっているため見誤ってはいけないうし、放射線治療による味覚障害や唾液分泌障害にも留意が必要と述べられています。精神的にも回復意欲が旺盛な患者も多く、自己訓練効果も高いと指摘しています。本稿の内容はリハビリテーション目標設定に大変役立つ内容です。（溝尻源太郎氏、441 頁）