

2012 年 2 月 21 日

2011年度笹川記念保健協力財団

研 究 報 告 書

研究課題

緩和ケアを要する嚥下障害患者の経口摂取はどこまで可能か？

～多職種による嚥下機能評価と、口から食べたい患者の気持ちを重要視した経口摂取方法の検討～

所属機関・職 鳥取大学医学部感覚運動医学講座耳鼻咽喉頭頸部外科学分野・助教

研究代表者氏名 河本 勝之



- I 研究の目的・方法
- II 研究の内容・実施経過
- III 研究の成果
- IV 今後の課題
- V 研究の成果等の公表予定（学会、雑誌等）

以上の順序でA4判紙横書（8,000字程度）とする。

【Ⅰ. 研究の目的・方法】

口から食べることは人間らしく生きる行動の一つであり、日々の楽しみの一つである。しかし近年、経口摂取不能とされた多くの患者に胃瘻や腸瘻が作製されるようになり、栄養管理が楽になった反面、医療者側や介護者の都合で安易に胃瘻を作製して、次の施設に転院するという傾向もあり、社会問題にもなっている（2010年9月16日産経新聞より）。特に緩和ケアを必要とする患者の大多数では何らかの嚥下障害を生じており、末期がん患者の12～23%に嚥下困難が認めるとされており、（Alexander W, Nanay L: 緩和ケアハンドブックより）、貴重な人生の残りの時間を経口摂取禁止とされることは多い。

また、日本においては、医療費削減を図るため、国は38万床あった療養病棟のうち介護保険対応の療養病床13万床を2011年までに廃止することとした。その結果、医療依存度の高い高齢者が、在宅や介護の現場に流れ込まざるを得なくなった。医療依存度が高い高齢者とは、以下のような医療を要するものをいう。

- ① 「医療依存度が特に高い高齢者」とは、中心静脈栄養法、24時間持続点滴、人工呼吸管理、ドレーン法、胸・腹腔洗浄、発熱を伴う気管切開、気管内挿管、酸素療法、感染管理室ケアを受けている高齢者」をさす。
- ② 「医療依存度の高い高齢者」とは、透析、発熱を伴う経管栄養、一日8回を超える吸引、気管切開、気管内挿管、血糖チェック、皮膚の潰瘍・創傷、手術創のケアを受けている高齢者」をさす。
（終末期医療に関する報告書、2010年日本弁護士連合会・高齢者障害者の権利に関する委員会より）

このように終末期に限らず、療養や介護の場面でも、医療依存度に経口摂取ができるか否かという点が深く関わっているのだが、急性期病院、療養病院を含めた大多数の現場で、経口摂取が困難となった患者に対して適切な評価と対応ができていないのが現状である。

今回の研究の目的は、癌患者、非癌患者を問わず、終末期もしくは難病で慢性期にあり緩和ケアを要するような状態の患者に対し、何らかの嚥下障害があっても、多職種による正確な嚥下評価や介入を行うことで、どこまで口から食事を取るという楽しみの一つを可能とできるか？を明らかにすることである。

【Ⅱ. 研究の内容・実施経過】

1. 対象患者

本研究は、嚥下障害を主訴に2011年1月1日から2011年12月31日までの1年間に鳥取大学耳鼻咽喉・頭頸部外科の嚥下専門外来を受診した患者432名のうち、癌、非癌を問わず終末期もしくは重度の脳血管障害や変性疾患の慢性期にあり、緩和ケアを要するような状態と判断された患者で、嚥下障害がありながらも本人が経口摂取を希望していた26名を対象とした。なお、終末期の定義は、日本老人医学会が表明した「病状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可逆となった状態」を参考にした。なお、終末期の経過はきわめて多様であり、余命の予測が困難であることから、終末期の定義に具体的な期間は設定しないこととした。なお、本研究では、終末期の患者に加え、脳血管障害や変性疾患で重度の後遺症を呈し、すでに改善が不能である場合も緩和の対象と考え、検討に加えた。急性期、亜急性期の脳血管障害例は含んでいない。

対象患者を表 1 に示す。男性 19 名、女性 7 名の 26 名で、年齢は 18 歳から 91 歳（平均 70.7 歳）。診療科別内訳は、神経内科 10 名、耳鼻科 6 名、呼吸器内科 4 名、胸部外科 3 名、消化器外科・血液内科・形成外科が各 1 名。疾患別内訳は、肺癌 6 名、頭頸部癌 6 名（舌癌 2 名、耳下腺癌、甲状腺癌、喉頭癌、下咽頭癌が各 1 名）、変性疾患 6 名（多系統委縮症 2 名、パーキンソン病 2 名、進行性核上性麻痺、球脊髄性萎縮症が各 1 名）、脳血管障害 5 名（脳梗塞 3 名、心原性脳塞栓、低酸素脳症が各 1 名）、食道癌、視神経脊髄炎、舌アミロイドーシスを併発した多発性骨髄腫が各 1 名であった。

ADL の評価は、障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準（平成 3 年老健第 102-2 号、厚生省大臣官房老人福祉福祉部長通知）で行った（参考資料 1）。ランク別では、J1 名、A2 名、B14 名、C10 名であった。全例で嚥下性肺炎の既往があった。受診時、気管切開がすでに行われていたのは 8 名であった。摂食・嚥下臨床的重症度として DSS (Dysphagia severity scale、参考資料 2) では、26 名中、誤嚥があった（DSS の分類 1~4 に相当する）のは 25 名、残り 1 名は喉頭全摘出術が行われていて、解剖学的に誤嚥が起きないが通過障害がある患者であった。なお、最終的に死去が確認されたのは 26 名中、12 名であった（平成 24 年 2 月 18 日時点）。

2. 嚥下機能評価

嚥下機能の評価は、嚥下専門外来を担当する 3 名の耳鼻咽喉科医師が内視鏡下嚥下機能検査(VE; video-endoscopic examination of swallowing)やビデオ透視下嚥下機能検査(VF; video-fluorography)を用いて行った。それらの検査には言語聴覚士、歯科衛生士、場合によって管理栄養士が同席して全員で担当患者の嚥下機能の状態について共通の認識を持つようにした。

嚥下評価を行う条件としては、意識レベルは摂食が可能な条件とされる JCS (Japan Coma Scale) の 1 ケタ台の状態であることとした。気管切開がすでになされている場合は、その時点で最も嚥下がしやすい状態を整えることとした。即ち、気管切開のカニューレがカフなしの場合、可能であればスピーチバルブを装着した状態で検査を行った。カフありのカニューレの場合、カフなしカニューレに変更し、スピーチバルブが使えないかをまず検討し、スピーチバルブが使えるようであればそれに変更を、使えないようであればそのままカフ付きのままとし、嚥下検査前にカフ上の分泌物を吸引除去してから検査を行うものとした。

VE では可能な限り嚥下に影響が出ないように、鼻腔から挿入する細径（直径 3.5mm）のオリンパス社製の電子スコープを使用し、電子スコープシステムに接続した DVD に内視鏡動画の記録を行った。患者の検査体位は可能な限り座位とし、ADL 上、座位が不可能な場合は、患者の状態に応じて上半身 30 度から 70 度の上半身リクライニング位とした。嚥下検査に使用する模擬食品は、ゼリー（エンゲリードミニ・大塚製薬社製）、とろみのある液体としてバリウム溶液、とろみのない液体としてバリウム溶液を 40% に希釈した液を使用した。評価は表 2 の評価用紙に基づいて行った。誤嚥した場合は、内視鏡観察下に誤嚥物の可能な限りの吸引除去を行い、呼吸状態を嚴重に観察し、SpO₂ 低下がないことを確認してから検査を終了した。

VF では、据え置き型の TOSHIBA 社の透視装置を使用し、造影剤入りの硬さの異なる 3 種類のゼリー（ゼリー①は硬さ応力 2546 N/m²、凝集性 0.43、付着エネルギー 20.58。ゼリー②は硬さ応力 3317 N/m²、凝集性 0.41、付着エネルギー 42.0。ゼリー③は硬さ応力 23375 N/m²、凝集性 0.44、付着エネルギー 33.0。いずれもニュートリー株式会社で物性を測定）、VE と同様にとろみのある液体としてのバリウム溶液、

とろみのない液体としてのバリウム溶液を40%に希釈した液を使用した。患者の体位はVEもVFも可能な限り座位で、ADL上、座位が困難な患者は専用のVF用チェアを使用し、上半身60度から70度のリクライニング位で検査を行った。評価は表3の評価用紙に基づいて行った。誤嚥を生じて、軽度の誤嚥であれば呼吸状態に注意をしながら検査を続行した。また、重度の誤嚥があれば即座にVEでは内視鏡下に、VFでは透視下に観察しながら確実に誤嚥物の吸引除去を行い、場合によってはスクイーピングでの排除を行った。誤嚥物の除去後には呼吸状態の観察、特にSpO₂による評価を行い、安全を確認してから検査を終了した。

VE、VFの結果をもとに言語聴覚士が嚥下リハビリテーションで介入し、口腔内汚染がある場合は歯科衛生士が定期的に口腔ケアを行った。また、管理栄養士が食事の聞き取りと食事メニューの変更を提案した。対象者の入院中の主な食事メニューは、当院の嚥下障害者用の食事として提供している、ゼリー食、嚥下開始食、口腔咽頭食などである。

リハビリは原疾患とそれに伴う随伴症状、特に呼吸状態に注意した上で、食物を使用した直接訓練、食物を使用しない間接訓練などを患者の嚥下状態に応じてオーダーメイドで行った。特に終末期の患者においては、呼吸状態がなるべく増悪しないように留意した。症例に応じて理学療法士による肺理学療法も行った。なお、それらの介入は、必ず関係するスタッフ間で協議し、基本的には独断の判断では行わないこととした。

また、誤嚥が著明でリハビリや口腔ケアでの対応だけでは困難とされた患者に対しては、耳鼻咽喉科医によって現在の摂食・嚥下状態、見込み、手術（嚥下改善術や誤嚥防止術）と手術に伴う合併症を患者や家族に説明し、同意が得られた患者に手術を行った。手術の内訳は、誤嚥防止術8名、嚥下改善術2名（喉頭挙上術および輪状咽頭筋切断術が1名、甲状軟骨形成術I型が1名）であった。

4. 評価方法

摂食・嚥下障害の経過は、藤島らの経口摂取グレード（参考資料3）と経口摂取レベル（参考資料4）を介入前後で評価した。藤島の経口摂取グレードは、患者の摂食・嚥下の「できる」能力を表し、経口摂取レベルは実際に「している」状況を評価するものである。このため摂食・嚥下の能力と状況が一致していれば、グレードとレベルは同一になるように設定されているが、現実には患者の嚥下能力以外の要因により、レベルがグレードよりも下であることもある（能力はあるのに実際は摂食グレードが低くなっている）こともあるとされている。なお原疾患および全身状態の増悪による経口摂取のレベル低下（最終的には死亡）が起きるため、介入後のグレード、レベル評価は介入期間中で一番良かった時のものとした。

5. 結果

解析は解析ソフトJMP[®] 9 (SAS Institute Inc.)を用いて行った。藤島の摂食・嚥下グレードの1~3を経口摂取なしの群、4~10を経口摂取ありの群とし、その2群で各項目（性別、ADL、ST介入、口腔ケア介入、嚥下手術）に対してPearsonの χ^2 検定を用いた（表4）。また藤島の経口摂取レベルにおいて介入後にレベルが改善した群、改善のなかった群の2群において、前述の各項目に対して χ^2 検定を行った。

解析の結果、経口摂取の有無と嚥下手術の有無、経口摂取レベルの改善と嚥下手術の有無、経口摂取

レベルと ADL とで統計学的に有意差を認めた（有意水準 0.05）。その他の項目と経口摂取の有無、経口摂取レベルの改善とは統計学的に有意差を認めなかった。この結果、嚥下手術（特に誤嚥防止術）は経口摂取の獲得や経口摂取レベルに寄与する（正確にいうと、嚥下手術と経口摂取の有無や経口摂取レベルとは統計学的に無関係とはいえない）こと、ADL は経口摂取レベルに影響する（ADL と経口摂取レベルとは統計学的に無関係とはいえない）ことが分かった。

【Ⅲ. 研究の成果】

原疾患が重篤であり、全てを経口摂取させることは困難としても、摂食・嚥下を専門とする多職種の介入で、嚥下性肺炎を予防しながらある程度の経口摂取を実現し、患者の希望をかなえられることは可能と考える。手術に関しては、嚥下改善術に関しては、原疾患の進行とともに嚥下状態も増悪していく可能性が高く、原疾患の進行が遅ければ有効であったが、術後も慎重な定期評価を要すると考える。また、誤嚥防止術は誤嚥なく安全に経口摂取できるという点で有効であった。また、受診時の ADL と経口摂取とが統計学的に有意差が出て、ADL が良いうちに積極的に手術を含めた介入を行えば、経口摂取に関してはより好ましい結果をもたらす可能性があることが示唆された。ただし、症例数が少ないため、更に症例数を増やした今後の検討が必要と考えられた。

【Ⅳ. 今後の課題】

現在、日本においては経口摂取困難になった際の代替栄養として胃瘻や腸瘻を作るか否か社会問題となっている。特に緩和ケアを要する終末期医療においては経口摂取が難しくなる患者が多くなるため、胃瘻や腸瘻作製の問題はさらに切実であるといえよう。問題なのは、経口摂取が無理だと判断しているのは適切か否か（本当にそうか）という点である。嚥下機能の評価を正確に評価できている医療施設が全国にどの程度あるかという問題がある。

また誤嚥防止術は有効であるが、手術を行える術者が在籍する病院は限られている。術者が在籍していない病院、施設においては手術の存在すら知られず、経口摂取を熱望する患者にそういう選択肢の一つがあるという情報提供さえ行われていないのが大多数であろうと思われる。終末期であれば手術に対しては慎重に検討すべきであるが、患者の希望を実現させる一つの手段として、今後、情報を広めていく必要があり、特に緩和ケアに関係する医療関係者に周知するべきと考える。

なお本研究の対象には、改善困難で重篤な後遺症を有し、緩和ケアを要する重篤な脳血管障害例や変性疾患例を含めたが、これらの重症度や進行度によって結果に影響される可能性がある。今回は症例数が少ないためそれらの疾患の重症度に関しては検討項目からははずしたが、今後、症例数を増やして検討の必要があると考えた。

【Ⅴ. 研究の成果等の公表予定（学会・雑誌等）】

本研究の要旨について 2013 年度に学会で発表し、論文発表を行う予定である。

表1 症例一覧

症例	年齢	性別	診療科	主病名	ADL	DSS	ST	口腔ケア	嚥下手術	経口摂取グレード		経口摂取レベル	
										紹介時	介入後	紹介時	介入後
1	18	F	耳鼻咽喉科	甲状腺癌	J (J2)	2	あり	—	①	2	9	2	8
2	51	M	神経内科	多系統萎縮	C (C1)	2	あり	—	①	2	7	1	8
3	57	M	耳鼻咽喉科	舌癌	A (A2)	2	あり	あり	—	2	2	1	2
4	60	F	胸部外科	肺癌	B (B1)	3	あり	—	③	8	8	8	8
5	63	M	神経内科	脳梗塞、小脳出血	C (C2)	1	あり	—	①	2	7	1	4
6	64	F	神経内科	視神経脊髄炎	C (C1)	2	あり	—	—	4	4	4	4
7	65	M	呼吸器内科	肺癌	B (B2)	4	あり	—	—	7	7	7	7
8	67	M	呼吸器内科	肺癌	B (B2)	4	あり	あり	—	3	4	2	4
9	68	M	呼吸器内科	肺癌	B (B2)	4	あり	あり	—	7	7	7	7
10	69	M	耳鼻咽喉科	下咽頭癌	B (B1)	2	あり	あり	—	3	4	2	4
11	69	M	形成外科	高次機能障害	C (C2)	3	あり	—	①	2	8	1	4
12	73	F	呼吸器内科	多系統萎縮症	B (B2)	1	あり	—	—	2	2	2	2
13	75	M	神経内科	球脊髄性萎縮症	B (B2)	3	あり	—	—	4	5	4	4
14	75	F	血液内科	多発性骨髄腫	B (B1)	2	あり	—	—	2	2	3	3
15	75	F	神経内科	進行性核上性麻痺	B (B2)	3	あり	—	—	7	7	7	7
16	76	M	胸部外科	肺癌	B (B2)	3	あり	—	—	7	7	7	7
17	76	M	耳鼻咽喉科	喉頭癌	B (B1)	5	—	あり	—	7	7	7	7
18	79	M	耳鼻咽喉科	耳下腺癌	C (C1)	1	—	あり	—	2	4	1	3
19	79	M	神経内科	術後小脳梗塞	B (B2)	1	あり	—	—	1	1	1	1
20	79	M	神経内科	脳塞栓、小脳視床出血	C (C2)	1	あり	—	①	2	5	1	5
21	79	M	神経内科	脳梗塞	A (A1)	1	あり	—	①	2	6	1	6
22	80	M	胸部外科	肺癌	B (B2)	2	あり	あり	—	2	2	2	2
23	81	M	神経内科	Parkinson病	C (C2)	1	あり	—	①	1	4	1	4
24	82	M	消化器外科	食道癌	C (C1)	1	あり	—	—	2	4	2	4
25	89	F	耳鼻咽喉科	舌癌	B (B2)	1	あり	あり	②	2	4	2	3
26	91	M	神経内科	Parkinson病	C (C2)	1	あり	—	①	2	4	1	4

* 嚥下手術は ①誤嚥防止術 ②嚥下改善術(喉頭拳上術+輪状咽頭筋切除術) ③甲状軟骨形成術 I 型

表 2 : 内視鏡下嚥下機能検査の評価表

通し番号 : _____

嚥下内視鏡 (VE) 評価表 (簡易版・鳥取大学用・平成 23, 24 年度版)

検査日 : 平成 23 年 月 日 氏名 : _____ 年齢 : _____ 性別 : _____ カルテ番号 : _____

診断名 : _____ 診療科 : _____ 内視鏡施行医 : 河本・藤原・三宅 体位 : 座位・ベッド 角度 : () 度

現在の栄養方法 : 1. 鼻注のみ 2. 点滴のみ 3. 胃瘻のみ 4. 経口 5. 経口は楽しみ程度でメインは () 6. その他 ()

喉頭挙上 : 1. 良好 2. 不良 口腔内 : 1. 綺麗 2. 汚染 舌運動 : 1. 俊敏 2. 遅い 3. 動かず 舌の力 : 1. 舌圧子に抵抗可能 2. 弱い

軟口蓋挙上 : 1. 良好 2. 不良 嚥下反射 : 1. 良い 2. 遅い

	評価	唾液のみ	ゼリー嚥下後	40%希 Ba 嚥下後 スプーン	40%希 Ba 嚥下後 コップ飲み	その他 ()	その他 ()
喉頭蓋谷の貯留	1. なし 2. 少量 3. 著明						
(右) 梨状窩の貯留	1. なし 2. 少量 3. 著明						
(左) 梨状窩の貯留	1. なし 2. 少量 3. 著明						
声帯麻痺	1. なし 2. あり (右・左)						
喉頭進入	1. なし 2. 少量 3. 著明						
誤嚥	1. なし 2. 少量 3. 著明						
咳反射	1. あり 2. 遅い 3. なし						

紹介文貼り付け :

表 3 : ビデオ透視下嚥下機能検査の評価表

通し番号 : _____

嚥下のVF評価表 (簡易版・鳥取大学用・平成 23, 24 年度版)

検査日 : 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 : _____ 年齢 : _____ 性別 : _____ カルテ番号 : _____

診断名 : _____ 体位 : _____ 座位の角度 : _____

診療科 : _____ 主治医 : _____ VF参加者 : 耳鼻咽喉科 (河本・藤原・三宅) ST (清水・須田・玉川・足羽・宮本) 歯科 (勝部) 栄養 (中山)

義歯 : 装着あり・装着せず 喉頭挙上 : 良好・不良 気管切開カニューレ : _____ スピーチバルブ : あり・なし

	評価	0.4g ソフティア		0.8g ソフティア		1.5g ソフティア		40%希釈バリウム		バリウム原液		お粥	
		1回目/2回目		1回目/2回目		1回目/2回目		スプーン/コップ		スプーン/コップ		1回目/2回目	
1相 (口腔) 移動時間	1. 正常 2. 遅い												
1相 口腔内貯留	1. なし 2. 少量 3. 著明												
嚥下開始の タイミング	1. 正常 2. 少し遅い 3. 遅い												
2相 (咽頭) 誤嚥・タイプ	1. なし 2. あり (タイプ名)												
2相 喉頭進入	1. なし 2. あり												
2相 喉頭蓋谷の貯留	1. なし 2. 少量 3. 著明												
貯留ある時の クリアランス	1. 空嚥下 1回 clear 2. 複数回 3. 残留のまま												
2相 梨状窩の貯留	1. なし 2. 少量 3. 著明												
貯留ある時の クリアランス	1. 空嚥下 1回 clear 2. 複数回 3. 残留のまま												
3相 (食道) 通過時間	1. 正常 2. 遅い 3. 停滞												

備考 : _____

表4 項目別の経口摂取状況

		経口摂取の有無		経口摂取レベル	
		あり (グレード1-3)	なし (グレード4-10)	改善	不変
性別	男性	15	4	12	7
	女性	4	3	2	5
診断	癌	9	5	7	7
	非癌	10	2	7	5
ADL	J	1	0	1	0
	A	1	1	2	0
	B	9	5	3	11
	C	8	1	8	1
ST	介入	18	6	13	11
	非介入	1	1	1	1
口腔ケア	介入	4	4	5	3
	非介入	15	3	9	9
嚥下手術	あり	10	0	9	1
	なし	9	7	5	11

参考資料 1： 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着衣において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

参考資料 2： DSS(Dysphagia severity scale)

分類		
誤嚥なし	7. 正常範囲	臨床的に問題なし
	6. 軽度問題	主観的問題を含め何らかの軽度の問題がある
	5. 口腔問題	誤嚥はないが、主として口腔期障害により摂食に問題がある
誤嚥あり	4. 機会誤嚥	時々誤嚥する、もしくは咽頭残留が著明で臨床上誤嚥を疑う
	3. 水分誤嚥	水分は誤嚥するが、工夫した食物は誤嚥しない
	2. 食物誤嚥	あらゆるものを誤嚥し嚥下できないが、呼吸状態は安定
	1. 唾液誤嚥	唾液を含めすべてを誤嚥し、呼吸状態が不良。 あるいは嚥下反射が全く惹起されず、呼吸状態が不良。

参考資料 3： 摂食・嚥下能力グレード（藤島、1993）

I. 重症 経口不可	1. 嚥下困難または不能、嚥下訓練適応なし
	2. 基礎的嚥下訓練だけの適応あり
	3. 条件が整えば誤嚥は減り、摂食訓練が可能
II. 中等症 経口と補助栄養	4. 楽しみとしての摂食は可能
	5. 一部（1～2食）経口摂取
	6. 3食経口摂取プラス補助栄養
III. 軽症 経口のみ	7. 嚥下食で、3食とも経口摂取
	8. 特別に嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取
	9. 常食の経口摂取可能、臨床的観察と指導を要する
IV. 正常	10. 正常の摂食・嚥下能力

参考資料 4： 摂食・嚥下状況のレベル（藤島、大野、2006）から一部改変

摂食・嚥下障害を示唆する何らかの問題あり	経口摂取なし	1. 嚥下訓練を行っていない
		2. 食物を使わない嚥下訓練を行っている
		3. ごく少量の食物を用いた嚥下訓練を行っている
	経口摂取と代替栄養	4. 1 食分未満の（楽しみ level の）嚥下食を経口摂取だが代替栄養主体
		5. 1～2 食の嚥下食を経口摂取し、代替栄養も行っている
		6. 3 食の嚥下食経口摂取が主体、不足分の代替栄養を行う
	経口摂取のみ	7. 3 食の嚥下食を経口摂取。代替栄養は行っていない
		8. 特別に食べにくいものを除いて、3 食を経口摂取
		9. 食物の制限はなく、3 食を経口摂取
		10. 摂食・嚥下障害に関する問題なし（正常）