

## 特集 第4回日本ディサースリア学術集会

摂食嚥下機能障害に対する在宅での  
リハビリテーションの実際

総説▶

山田友美

Yumi Yamada

**要旨** 全世帯に対する高齢者の割合は年々増加しており、在宅高齢者における嚥下障害は27.2%、そのうち6.7%は誤嚥との報告がある。生活期でも摂食嚥下機能には変動はみられるため、在宅での摂食嚥下領域および栄養サポートへのニーズは年々高まっているが、対応する専門家は不足している。在宅はあくまでも生活の場であり、摂食嚥下機能障害だけを診るのではなく、生活する上でどこに問題があり、何が困難の原因となり、何を望まれているのかを見極め全体像を把握する必要がある。そして本人の生活の質向上のために、私たちの専門性を活かしてどのような取り組み・支援ができるのか、常に本人・家族と共に考えるインクルーシブな視点が重要である。

**キーワード**▶ 摂食嚥下機能障害、在宅、食支援、リハビリテーション、訪問 ST

## I. はじめに

わが国は、世界に先駆けて超高齢社会に突入り、2025年には65歳以上の人口が30%に達するとみられている<sup>1)</sup>。在宅高齢者における嚥下障害の割合は27.2%、そのうち6.7%は誤嚥しているという報告<sup>2)</sup>や、在宅の要介護高齢者の94.7%が経口摂取しているが、そのうち33.7%は嚥下障害を有しているという報告<sup>3)</sup>がある。また嚥下障害は日常生活活動 (activities of daily living : ADL) 自立度との有意な関連を認め<sup>2)</sup>、下気道感染、低栄養・栄養不良などとの関連も示唆されている<sup>3, 4)</sup>。

在宅における摂食嚥下領域の評価・訓練へのニーズは年々増加傾向にある。しかし実際は摂食嚥下領域の評価・訓練および栄養面のサポートを行う専門家は不足しており、言語聴覚士 (以下、ST) が見つからないので食事の相談ができないといった声も度々耳にする。生活期であっても摂食嚥下機能には変動はみられるため、適宜評価しその時々機能に対応することは、誤嚥性肺炎予防や窒息のリスク軽減、適切な栄養管理、生活の質 (quality of life : QOL) 向上のためには不可欠である<sup>5)</sup>。

ここでは、在宅高齢者の摂食嚥下障害の実情と必要なケアについて紹介する。

## II. 在宅高齢者を取り巻く環境

厚生労働省による平成28年の世帯調査では、65歳以上の高齢者のいる世帯は全世帯の48.4%、うち半数以上が単独世帯と夫婦のみの世帯で占められている<sup>6)</sup>。独居では家事全般を本人が行わなければならない場合もあれば、家族の頻回な訪問があり身の周りの世話などをしてくれる場合もある。夫婦のみの生活では、本人が配偶者の介護をしている場合もある。子世代と同居はしていても生活は別であったり、本人が家事を一手に引き受けていることもある。また本人・家族より訪問看護や在宅でのリハビリテーション、福祉サービスの希望はあっても、経済的な理由で介入困難となったり、介入頻度が減ることもある。まずは介護支援専門員 (以下、ケアマネージャー) や、入院先からの情報を踏まえ、本人・家族の話をしっかりと聞き、生活環境、生活パターン、認知機能・病識・危機管理能力などを含む高次脳機能、ADL・手段的日常生活活動 (instrumental activity of daily living : IADL)、経済状況を把握する。そしてどこに問題があり、何が生活を困難にしているのか、何を望まれているのかを見極める。高齢者は生活パターンの変化や、家庭への他人の介入に消極的であることが多い。在宅での看護やリハビリテーション、福祉サービスをどの程度受け入れられるかも問題であり、個々の状況に合わせ介入職種や介入頻度を調整する必要がある。

リハビリ訪問看護ステーション トライ (〒489-0865 愛知県瀬戸市山口町 34-2)

医療法人濱院会 みつわ山口歯科クリニック 在宅療養支援歯科診療所 (〒444-1154 愛知県安城市桜井町阿原 29-7)

[連絡先] 山田友美: リハビリ訪問看護ステーション トライ (〒489-0865 愛知県瀬戸市山口町 34-2)

TEL : 0561-65-5183 FAX : 0561-65-5184 E-mail : yumi.yamada@gmail.com

### Ⅲ. 摂食嚥下機能と食事

#### 1. 介入に際して

初回介入時には、状態把握のためまず各種スクリーニング・評価を実施する。神経学的所見・栄養状態を含めた全身状態、神経心理学的所見、呼吸機能、発声機能、排痰機能、そして口腔器官や頸部の運動機能を確認する。排痰機能は、在宅で経口摂取を続けるためには特に重要である。機能低下が認められる場合は、必要に応じてケアマネージャーや看護師と相談の上、吸引器の導入や手技練習の手配も行っていく。嚥下機能については、各種スクリーニングテスト、実際の食事場面を含めたアセスメントを行い、状態に見合った食形態・摂取方法の選択、直接訓練・間接訓練プログラムの立案を行う。その際に「誰が食事を準備するのか」という点を忘れてはならない。単独世帯、例えば本人が家事を全て担う家庭でペースト食や刻み食が必要となった場合、その実施における難易度は本人のADL・IADL、高次脳機能に左右される。自身での調理が困難な場合、ヘルパーなど福祉サービスを使用するのか、配食やレトルトを使用するのか、定期的に家族が訪れ作り置き等の介助が得られるのかなど、生活環境・経済状況への配慮が必要となる。また自己摂取の不可も大きな問題となる。在宅での食事調整は、全身状態や摂食嚥下機能障害だけを診るのではなく、生活的側面（生活環境、マンパワー、ADL・IADL、高次脳機能、経済状況）を含めて考えなければならない。

#### 2. 摂食嚥下機能と食形態の乖離

施設入居中の高齢者と在宅療養中の高齢者への訪問診療における調査によると、本人の摂食機能と合致しない食形態を摂取している割合が、施設入居者35%、在宅68%であった<sup>7)</sup>。施設に関しては、嚥下調整食学会分類2013<sup>8)</sup>に応じた食形態が全て揃うところばかりではないので、摂取している食形態と摂食嚥下機能との完全な合致は難しい。一方在宅では、摂食嚥下機能と摂取している食形態が合致していない68%のうち、半数以上が自身の摂食嚥下機能よりも高いレベルの食形態を摂取しているという結果であった。つまり在宅療養者全体でみると、4割弱が自身の摂食嚥下機能よりも高いレベルの食形態を摂取していることになる。かなり多いと思われるだろうが、現に在宅に関わっている医療従事者には納得の数字ではなからうか。ではなぜ在宅ではこのようなことが起こるのか。在宅における食支援、起こり得る問題について次に説明する。

##### 1) 形態の認識の相違

食支援に関わる医療従事者、特にSTは、嚥下調整食学会分類2013<sup>8)</sup>による食形態分類が、日々の業務の中で自ずと身についてしまっていることが多い。この学会分類は高

齢者などの中途嚥下障害が対象で、臨床での共通理解が目的で作られており、施設間・多職種間での情報共有などにはとても有益である。では、医療従事者と本人・家族間ではどうであろうか。

在宅での食事を見ていると、医療従事者と本人・家族との食形態認識には、しばしば相違が生じていることがわかる。嚥下調整食2-2レベルに蒸しパンが、嚥下調整食3~4レベルにシシヤモが一尾丸ごと出てきたことがある。この例では「パンはふわふわして柔らかい、シシヤモは柔らかくて骨も丸ごと食べられる。だから良いのではないか」と判断されていた。ここで食形態が均一ではない、分類と合っていないなどと否定することは簡単であるが、真の問題解決には至らない。在宅での食事は「調整食を完璧に作る」ことが目標ではない。誤嚥や窒息のリスク軽減、つまり生活の中で「安全に食べられること」が重要である。筆者は「危険なものがわかるようになること（危機回避）」を1つの目標としている。必要に応じて、本人・家族に食形態のレベルによる食べやすさの違い、付着性、凝集性の差などを体感し理解していただく。飲料の温度についても、常温が良いと思われがちであるため、嚥下反射惹起には温度が関係し、43℃以上、17℃以下が有効である<sup>9)</sup>ことなど、取り入れやすい情報は提供すると良い。

食形態について本人・家族と話をする際には、「やわらかい・食べやすい」の認識に医療従事者との相違がある可能性を常に頭に置く必要がある。

##### 2) 嗜好性、こだわり

口腔機能や摂食嚥下機能とは無関係に、また認知機能の影響がないにも関わらず、決まったものだけを本人ルールで摂取していることがある。これまでにある種の飲み物、食品、菓子類などの例があったが、変更はもちろんのこと1品の追加であっても、本人の納得のいくところを探すには、大変な時間と根気が必要となる。本人にとって現行の食形態が危険でなければ、不足している栄養面のフォローを行うことが中心となる。危険な場合は、本人と相談しつつ、双方の妥協点を探す頻度が高い。

##### 3) 食への願望

本人・家族からの食に対する訴えや問いで多いものは、「自宅に戻ったから、食卓で普通の（以前と同じ）ご飯を食べたい」、「いつになったら戻るのか」、「トロミは嫌」、「ドロドロは嫌」である。自宅ではどうしても菓子類や総菜、果物などが身近にあり、時に危険な食形態に手を出してしまうことも少なくない。そして食べてはいけないと指導を受けていたために、食べた事実を医療従事者に隠そうとすることもある。ここでもまずは本人・家族の想いを受けとめ、その上でSTの専門性を活かした打開策を講じていく。日頃から話をよく聞き、気軽に相談ができるような関係を築いていくことで、危険なものを食べた事実を隠さず、あ

たかも武勇伝のように話して下さる頻度が増える。情報を得さえすれば、具体的な摂取内容・摂取方法の確認ができ、リスク管理や次への対策が可能となる。また日常的に本人・家族では形態調整困難な食品でも、時には本人の望むものを食べられるよう医療従事者側で調整し、摂取できる機会を作ることも大切である。

トロミについては、拒否が強い場合は水分など最低限の使用に留め、食事については米やイモ類、海藻など多糖類の粘りを使用することもある。水分へのトロミ剤使用の拒否は強くても、市販のゼリー飲料の受け入れは良いことが多いため、状況に応じ使用する。

食形態アップの訴えに対し、現状の全身状態および摂食嚥下機能や、食形態変更に必要な摂食嚥下機能について、関わっている医療従事者は必ず説明を行っているであろう。しかし時間の経過とともに、本人・家族とも認識が曖昧となってしまうことも多いため、適宜確認し必要であれば再度説明する。そして日頃から、食事準備も含め小さな目標を設定し、本人・家族が達成感や小さな変化を感じ取れるような工夫を心掛けたい。例えば、時に咽頭残留が認められる状態でペースト食を40分かけて摂取されていた方に対し、咽頭残留が認められず摂取できるようになる、または30分程度で著明な疲労も咽頭残留もなく摂取できるようになるなどである。食形態に変わりはなくとも、どこかに改善・向上が認められるだけで嬉しいものである。また改善・向上が難しい場合は、機能維持だけでも十分だということを伝え、自己肯定感を持っていただくようにする。どこかの段階で食形態を下げる、摂取量を減らす時期も出てはくるが、決して無理はせず、本人・家族と話し合いながら食が楽しみとなるよう働きかけたい。

#### 4) 嚥下調整食作り

在宅ではレシピ通りに調理しても、失敗してしまうことがある。自宅で作る食事は水分量、使用している食材ともに常に一定ではないため、定量のトロミ剤を使用すると毎回異なったものができ上がる。家族と同じ食事から調整食を作る場合には、一旦形態をペーストや刻みなどへ変更し、粘度や離水状態を確かめてから粘度調整を行うほうが理解されやすい。

高齢者夫婦のみの世帯では、初めから調整食1食分全ての準備を行おうとすると、混乱や過度なストレスの原因となりがちである。種々の飲料や汁物へのトロミ付け練習から開始し、徐々にミキサー食作りへ移行し、品数を増やしていくなど、個々に応じて習得までに要す時間を調整すると良い。手順書はその時必要なものに適宜修正していく。市販の食品などをうまく取り入れ、家事の負担を減らすような働きかけも重要である。

嚥下調整食は水分を加えて作るため、どうしても量に対する栄養素は減ってしまう。間食を含めた1日トータルで

の摂取量が、エネルギー必要量を満たしているか、また摂取内容に大きな偏りはないかなど、栄養面の確認は必須である。ただし内容変更は、本人・家族と話し合いながら適宜行っていく。

### 3. 在宅での食支援のポイント

食に対する認識は、その家庭と医療従事者との間に相違があることを念頭におき、その家庭のルールを把握し、本人・家族の可能な範囲で行う。

在宅は生活の場であり、医療従事者が24時間傍にいるわけではない。そのため本人・家族が主体となれるような支援を行わなければならない。中には頑張りすぎてうつ傾向になってしまう場合もあるため、無理し過ぎないよう心の負担を軽減するような配慮も必要である。

## IV. リハビリテーションと栄養

在宅高齢者へのリハビリテーションは機能維持・改善を目的に実施されることが多い。しかし中には十分な栄養摂取をせずに訓練を実施し、機能維持どころか低栄養で痩せていく例がある。機能維持・改善のためには、十分な栄養摂取と運動が必要となるため、普段から在宅高齢者に関わることの多い医療従事者は、日頃からその点を意識し声掛けをしていく必要がある。

具体的な目標設定および摂取量などは、本人・家族と共に考え、わかりやすい指標、例えば飲水量であればペットボトル何本分などで表し、実現可能なものとする。

### 1. 在宅におけるフレイル、サルコペニア

地域在住高齢者において、神経疾患や認知機能障害のない65歳以上のうち、11.3%がフレイルであるとの報告<sup>10)</sup>がある。フレイルとは、加齢に伴う様々な臓器機能変化や予備力低下により外的ストレスに対する脆弱性が亢進した状態である。

サルコペニアはThe European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP)によって「筋量と筋力の進行性かつ全身性の減少に特徴づけられる症候群で、身体機能障害、QOL低下、死のリスクを伴うもの」と定義され<sup>11)</sup>、EWGSOP2にて臨床アルゴリズムが更新されている<sup>12)</sup>。またThe Asian Working Group for Sarcopeniaにてアジア人のための診断基準が提唱されている(図1)<sup>13)</sup>。

加齢による筋肉量減少、筋力低下を原発性サルコペニア、低栄養、低活動(廃用)、疾患によるものを二次性サルコペニアと呼ぶ。加齢により、筋肉量は40歳以降で1年に約1%低下し<sup>14)</sup>、速筋線維に選択的な萎縮が認められ、さらに筋再生能の低下により筋線維数が減少する<sup>15)</sup>。低活動では、安静臥床により筋肉量は1日に約0.5%減少、筋力は1日に約0.3~4.2%減少する<sup>14)</sup>。また筋線維数の減少はないが、遅筋線維で顕著に萎縮が認められ、筋線維組成が速筋

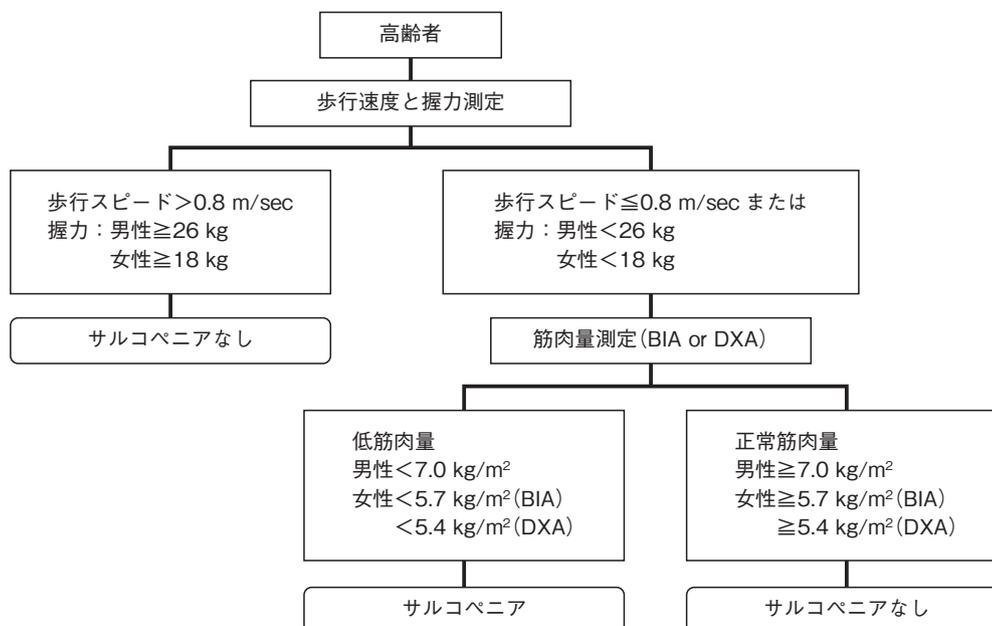


図1 アジアのサルコペニア診断基準

簡易栄養状態評価表 Mini Nutritional Assessment-Short Form MNA®		Nestlé NutritionInstitute
氏名: _____		
性別: _____	年齢: _____	体重: _____ kg 身長: _____ cm 調査日: _____
下の欄に適切な数値を記入し、それらを加算してスクリーニング値を算出する。		
<b>スクリーニング</b>		
A 過去3ヶ月間で食料不振、消化器系の問題、もしくは・嚥下困難などで食事が減少しましたか？		
0 = 善い食事量の減少		<input type="checkbox"/>
1 = 中程度の食事量の減少		
2 = 食事量の減少なし		
B 過去3ヶ月間で体重の減少がありましたか？		
0 = 3 kg以上の減少		<input type="checkbox"/>
1 = わからない		
2 = 1-3 kgの減少		
3 = 体重減少なし		
C 自力で歩けますか？		
0 = 寝たきりまたは車椅子を常時使用		<input type="checkbox"/>
1 = ベッドや車椅子を離れるが、歩いて外出はできない		
2 = 自由に歩いて外出できる		
D 過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか？		
0 = はい	2 = いいえ	<input type="checkbox"/>
E 神経・精神的問題の有無		
0 = 強度認知症またはうつ状態		<input type="checkbox"/>
1 = 中程度の認知症		
2 = 精神的問題なし		
F1 BMI (kg/m²) = 体重(kg) ÷ 身長(m)²		
0 = BMIが19未満		<input type="checkbox"/>
1 = BMIが19以上、21未満		
2 = BMIが21以上、23未満		
3 = BMIが23以上		
BMIが測定できない方は、F1の代わりにF2に回答してください。 BMIが測定できる方は、F1のみに回答し、F2には記入しないでください。		
F2 ふくらはぎの周囲長(cm) : CC		
0 = 31cm未満		<input type="checkbox"/>
3 = 31cm以上		
スクリーニング値 (最大: 14ポイント)		
12-14ポイント:	栄養状態良好	
8-11ポイント:	低栄養のおそれあり (At risk)	
0-7ポイント:	低栄養	
Ref. Velaz B, Vilars H, Abdian G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M366-377. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487. Kasper MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-790. © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2009, N67200 12/99 10M さらに詳しい情報をお知りになりたい方は、www.mna-elderly.com にアクセスしてください。		

図2 MNA-SF

化する<sup>16)</sup>。原発性サルコペニアによる萎縮の著しい筋には、頸部筋群が含まれており<sup>17)</sup>、嚥下にかかわる筋の衰えから嚥下機能低下や低栄養のリスクなどが想定される。サルコペニアの有病率については、リハビリテーションを行う地域在住高齢者の10~30%<sup>18)</sup>、地域在住高齢者の約15~20%で加齢に伴い増加する<sup>19)</sup>という報告や、歯科クリニックの外來高齢者患者の30.2%<sup>20)</sup>という報告がある。

## 2. 栄養評価

在宅で早い段階からリスクを発見し対応するためには、日常的に簡便に行える評価が必要である。簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form : MNA-SF) (図2)、嚥下アセスメントツール EAT-10 (図3) などは職種問わず短時間で実施が可能である。EAT-10は嚥下のスクリーニング質問紙だが、このスコアと栄養状態およびADLが関連することが報告されている<sup>21)</sup>。

筆者が在宅で定期的に行っている評価を示す(表1)。看取り期ではない低栄養、高リスク、難病の方へは月1回の評価を必須としている。筋肉量の評価は dual-energy X-ray absorptiometry (DXA) が推奨されるが、在宅では現実的でなく、InBodyなどのbioelectrical impedance analyzer (BIA) があればそれを使用するか、全身の骨格筋量と相関のある下腿周囲長 (calf circumference : CC)<sup>22, 23)</sup>で簡易的評価を行うことが妥当といえる。CCの目安は、日本人の地域在宅高齢者では男性<34mm、女性<33mm<sup>23)</sup>、高齢入院患者では男性<30mm、女性<29mmである。

初回介入時に、身長から理想体重を算出し、実現可能な目標体重を設定する。病前の体重、若い頃の体重を考慮し、

**EAT-10:**  
嚥下アセスメントツール

**Nestlé**  
NutritionInstitute

姓	名	性別	年齢	日付
目的				
EAT-10は、嚥下の機能を測るためのものです。 気になる症状や治療についてはかかりつけ医にご相談ください。				
指示				
各質問で、あてはまる点数を四角の中に記入してください。 以下の問題について、あなたほどの程度経験されていますか？				
1 飲み込みの問題が原因で、体重が減少した 0 = 問題なし 1 2 3 4 = ひどく問題	6 飲み込むことが苦痛だ 0 = 問題なし 1 2 3 4 = ひどく問題	2 飲み込みの問題が、外食に行くための障害になっている 0 = 問題なし 1 2 3 4 = ひどく問題	7 食べる喜びが飲み込みによって影響を受けている 0 = 問題なし 1 2 3 4 = ひどく問題	
3 液体を飲み込む時に、余分な努力が必要だ 0 = 問題なし 1 2 3 4 = ひどく問題	8 飲み込む時に食べ物がどに引っかかる 0 = 問題なし 1 2 3 4 = ひどく問題	4 固形物を飲み込む時に、余分な努力が必要だ 0 = 問題なし 1 2 3 4 = ひどく問題	9 食べる時に咳が出る 0 = 問題なし 1 2 3 4 = ひどく問題	
5 錠剤を飲み込む時に、余分な努力が必要だ 0 = 問題なし 1 2 3 4 = ひどく問題	10 飲み込むことはストレスが多い 0 = 問題なし 1 2 3 4 = ひどく問題			
採点				
上記の点数を足して、合計点数を四角の中に記入してください。 合計点数 (最大: 40)				
次にすべきこと				
EAT-10の合計点数が3点以上の場合、嚥下の効率や安全性に問題があるかもしれません。 EAT-10の結果を専門医に相談することをお勧めします。				
文献: EAT-10の妥当性と信頼性は検証されています。 Belafsky PC, Mouadeb DA, Bonn CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). <i>Annals of Otolaryngology &amp; Laryngology</i> 2008;117(12):919-924.				
© Nestlé, 2009				

図3 EAT-10

基本的に栄養障害とみなされない理想体重の90%程度を目安としている。毎回の計測時には、本人・家族に必ずフィードバックをし、具体的でわかりやすいアドバイスを心掛ける。

### 3. エネルギー必要量の考え方

1日に摂取するエネルギーは、最低でも総エネルギー消費量と同等量は摂取したい(図4)。総エネルギー消費量は、生活する上で必要な消費エネルギー量と、リハビリテーションなどプラスαの活動で必要とされる消費エネルギー量の和と考えると良い。一般的に総エネルギー消費量は、Harris-Benedictの式により基礎消費エネルギー量を推計し、活動係数とストレス係数を乗じて算出、または体重当たり25~35 kcal/kg/dayの簡便法で算出されることが多い。体重増加を目標とするなら、さらにエネルギー蓄積量を加える。具体的には、体重1kg当たりの貯蔵エネルギーは約7,000 kcalとされているため、現体重と目標体重との差から、必要とされるエネルギー蓄積量を算出し、それを増量の目標期間とする日数で除すことで1日当たりのエネルギー蓄積量を算出できる。減量する場合には減量目標に応じ200~750 kcal/dayを減じる。しかし栄養素摂取から代謝に至るまでには様々な要因があり、全ての方に当ては

表1 在宅での評価項目

頻度	評価目的	実施項目
月1回	栄養	おおよそのエネルギー摂取量
		体重, BMI
	筋力	握力
	筋肉量	下腿周囲長(CC)
適宜 (変更・変化時)	ADL	Barthel Index
	栄養	MNA-SF
	嚥下	EAT-10
		FOIS (Functional Oral Intake Scale)
		摂食嚥下臨床的重症度分類 DSS (Dysphagia Severity Scale)

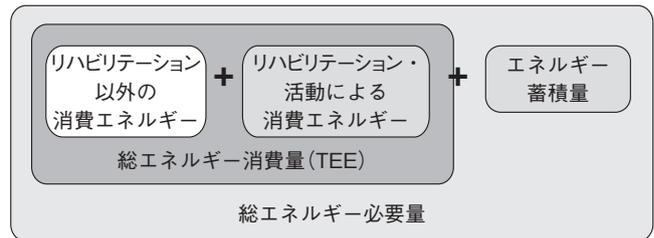


図4 エネルギー必要量

まるとは言い難い。そのため適宜モニタリングと調整は必要である。また、エネルギー消費量が増加する疾患にパーキンソン病やCOPDなどがあり、注意が必要である<sup>24)</sup>。実際に在宅で実施した、リハビリテーションと栄養の併用療法の報告がある<sup>25)</sup>。

### 4. 在宅での栄養摂取量・運動量 up のコツ

高齢者だけでなく、人は誰もが生活パターンや食習慣の大幅な変更はハードルが高い。普段の生活に少し手を加え、簡便にとり組めるような工夫が在宅では重要である。

栄養摂取に関して、栄養補助食品の使用は勧める側にとっては簡便ではあるが、嗜好性や経済状況に左右される。普段の食事にプラスα、例えば主食に玉子をかける、サラダにマヨネーズを使う、プリンに生クリームを乗せる、アイスクリームやシュークリームなど高エネルギー高蛋白質の食品を選択するなど、小さなところから少しずつ取り入れると比較的容易である。病態や内服状況によっては、摂取を避けるべき食品もあるため注意する。食事は時に変動がみられるため、摂取状況などを適宜確認し調整する。水分摂取量不足による倦怠感や排泄トラブルで、食思不振となることも少なくないので、水分摂取量の確認と促しも重要である。

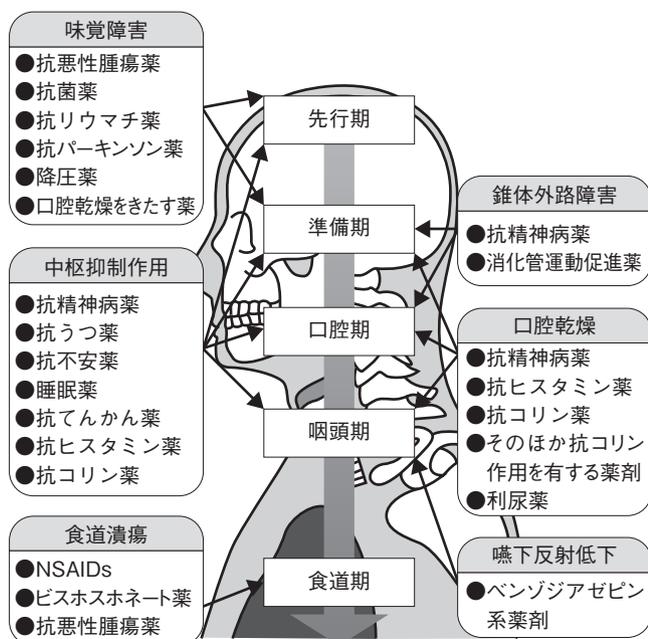


図5 摂食嚥下に影響を及ぼしうる薬剤

活動面についても、本人のADLを考慮した上で習慣化している活動、例えば畑仕事や掃除、洗濯、日課の体操などを上手く利用し活動量を上げる。自主訓練は、少ない回数でも、まずは取り組む習慣作りからスタートすることもある。摂食嚥下機能への間接訓練は、一見何を目的に行うものか分かりにくいものもある。そのため、この訓練がどの部分の機能改善を目的としていて、具体的にどのような効果があるのかを明確に伝えることで、意欲向上につながることも多い。

## V. 在宅高齢者の口腔内環境

65歳以上の2.6%が1日1回未満の歯磨きしか行っておらず<sup>26)</sup>、口腔内に問題があると自覚している場合でも、定期的な歯科受診は4割程度に留まっている<sup>27)</sup>。食べられなくなったというST依頼のうち、1、2割に重度の歯周病など、口腔内の問題が主要因と思われる例がある。口腔ケア・義歯ケアの必要性は、残念ながら医療従事者が思うほどは高齢者に浸透していない。まずは本人に無理のない範囲でケアの習慣を作るようにし、継続するためにも可能であればなるべくセルフケアを促す。治療が必要な場合は、本人・家族の同意を得た上で、歯科へとつなげる。咀嚼・義歯など機能的側面だけでなく、感染予防の側面からも重要である。

## VI. 内服

高齢者の40~50%は正しく内服ができないとの報告<sup>28)</sup>

がある。嚥下障害があると、飲み込んでいるかを問題にしがちである。もちろん飲み方の確認は必要だが、病院のように毎回看護師が配薬してくれるわけではない在宅では、高次脳機能の影響を含めて考えなければならない。認知機能の低下のある高齢者には「適宜」など曖昧な表現は難しい。同色または似た形状の薬剤の区別がつか、薬ポケットから正しく選択できるか、説明書の指示が理解できているかなどは確認すべきである。また薬剤の嚥下機能への影響(図5)やポリファーマシーについても注意すべきである<sup>29)</sup>。

## Ⅶ. おわりに

在宅はあくまでも生活の場である。疾患や嚥下障害の有無にかかわらず、主役はその人自身である。医療従事者の考える「良い」が、本人にとっても「良い」とは限らない。在宅に関わる医療従事者は、本人の望みがなおざりにならないよう本人・家族の想いを伺い、QOL向上のためにはどうしたら良いかを共に考える「インクルーシブな視点」を持つよう心掛けたい。そして彼らの望みのために、私たちの専門性を活かして何ができるか、という姿勢で寄り添い、関わることを切に願う。

## 文 献

- 1) 厚生労働省：平成28年版 厚生労働白書 年齢3区分別人口及び高齢化率の推移。
- 2) Serra-Prat M, Hinojosa G, Lopez D, et al : Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons. J Am Geriatr Soc, 59 (1) : 186-187, 2011.
- 3) 葛谷雅文, 榎 裕美, 井澤幸子, 他 : 要介護高齢者の経口摂取困難の実態ならびに要因に関する研究. 静脈経腸栄養, 26 (5) : 1265-1270, 2011.
- 4) Serra-Prat M, Palomera M, Gomez C, et al : Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study. Age Ageing, 41 (3) : 376-381, 2012.
- 5) 山田友美 : 摂食嚥下障害に対する訪問リハビリテーションの実際. 若林秀隆 (編著)「高齢者の摂食嚥下サポート」, 新興医学出版社, 東京, 172-177頁, 2017.
- 6) 厚生労働省：平成28年国民生活基礎調査 世帯数と世帯人員の状況。
- 7) 菊谷 武 : 地域包括ケアにおける摂食嚥下および栄養支援のための評価ツールの開発とその有用性に関する検討. 平成27年度日本医療研究開発機構長寿科学研究開発事業。
- 8) 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会, 嚥下調整食特別委員会 : 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013. 日摂食嚥下リハ会誌, 17 (3) : 255-267, 2013.
- 9) Clapham DE : TRP channels as cellular sensors. Nature, 426 (6966) : 517-524, 2003.
- 10) Shimada H, Makizako H, Doi T, et al : Combined preva-

- lence of frailty and mild cognitive impairment in a population of elderly Japanese people. *J Am Med Dir Assoc*, 14 (7) : 518-524, 2013.
- 11) Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al : Sarcopenia : European consensus on definition and diagnosis : Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Aging*, 39 : 412-423, 2010.
  - 12) Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al : Sarcopenia : revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*, 2018. doi : 10.1093/ageing/afy169. [Epub ahead of print]
  - 13) Chen LK, Liu LK, Woo J, et al : Sarcopenia in Asia : consensus report of the Asian Working Group for Sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc*, 15 : 95-101, 2014.
  - 14) Wall BT, van Loon LJ : Nutritional strategies to attenuate muscle disuse atrophy. *Nutr Rev*, 71 (4) : 195-208, 2013.
  - 15) Lexell J, Taylor CC, Sjostrom M : What is the cause of the ageing atrophy? Total number, size and proportion of different fiber types studied in whole vastus lateralis muscle from 15- to 83-year-old men. *J Neurol Sci*, 84 (2-3) : 275-294, 1988.
  - 16) 町田修一 : 筋線維タイプの発現をタンパク質・遺伝子レベルで探る. 柳原大, 内藤久士 (編)「運動とタンパク質・遺伝子」, ナップ社, 東京, 80-100 頁, 2004.
  - 17) Israel S : Age-related changes in strength and special groups. Komi PV ed. "Strength and Power in Sport", Blackwell, Oxford, pp319-328, 1992.
  - 18) Fielding RA, Vellas B, Evans WJ, et al : Sarcopenia : an undiagnosed condition in older adults. Current consensus definition : prevalence, etiology, and consequences. International working group on sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc*, 12 (4) : 249-256, 2011
  - 19) Yamada M, Nishiguchi S, Fukutani N, et al : Prevalence of sarcopenia in community-dwelling Japanese older adults. *J Am Med Dir Assoc*, 14 (12) : 911-915, 2013.
  - 20) Takahashi M, Maeda K, Wakabayashi H : Prevalence of sarcopenia and association with oral health-related quality of life and oral health status in older dental clinic outpatients. *Geriatr Gerontol Int*, 18 (6) : 915-921, 2018.
  - 21) Wakabayashi H, Matsushima M : Dysphagia assessed by the 10-item eating assessment tool is associated with nutritional status and activities of daily living in elderly individuals requiring long-term care. *J Nutr Health Aging*, 20 (1) : 22-27, 2016.
  - 22) Maeda K, Koga T, Nasu T, et al : Predictive Accuracy of Calf Circumference Measurements to Detect Decreased Skeletal Muscle Mass and European Society for Clinical Nutrition and Metabolism-Defined Malnutrition in Hospitalized Older Patients. *Ann Nutr Metab*, 71 : 10-15, 2017.
  - 23) Kawakami R, Murakami H, Sanada K, et al : Calf circumference as a surrogate marker of muscle mass for diagnosing sarcopenia in Japanese men and women. *Geriatr Gerontol Int*, 15 (8) : 969-976, 2015.
  - 24) 山田友美 : エネルギー必要量の設定方法. 若林秀隆, 葛谷雅文 (編)「リハ栄養からアプローチするサルコペニアバイブル」, 日本医事新報社, 東京, 52-61 頁, 2018.
  - 25) Yamada Y, Shamoto H, Maeda K, et al : Home-based Combined Therapy with Rehabilitation and Aggressive Nutrition Management for a Parkinson's Disease Patient with Sarcopenic Dysphagia : A Case Report. *Progress in Rehabilitation Medicine*, 3 : 20180019, 2018. doi : 10.2490/prm.20180019.
  - 26) 厚生労働省 : 平成 28 年歯科疾患実態調査
  - 27) 坂下玲子, 大塚久美子, 新井香奈子, 他 : 高齢者にとっての望ましい口腔保健行動の検討—第一次調査結果—. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 15 : 83-92, 2008.
  - 28) 恩田光子, 河野公一, 渡辺丈真, 他 : 在宅ケア分野におけるホームヘルパー・訪問看護婦の薬局・薬剤師との業務連携認識. 大阪医科大学誌, 61 (1) : 25-32, 1999.
  - 29) 東敬一朗 : 薬剤性の摂食嚥下障害. 若林秀隆 (編著)「高齢者の摂食嚥下サポート」, 新興医学出版社, 東京, 55-60 頁, 2017.