



ひがしぐち たかし
東口 高志 先生

PROFILE

昭和56年三重大学医学部卒業。外科学，代謝・栄養学を専攻。同62年大学院修了，医学博士取得。平成2年米国シンシナティ大学外科学教室(Fischer教授に師事)に勤務，三重大学医学部講師，鈴鹿中央総合病院外科医長，尾鷲総合病院外科部長・副院長を歴任，同15年藤田保健衛生大学医学部外科・緩和医療学主任教授，同21年同大学第三教育病院副院長(併任)，同22年同大学第一教育病院緩和ケアセンター長(併任)，同24年同大学第一教育病院食養部部長(併任)，現在に至る。

【所属学会】

日本静脈経腸栄養学会(指導医，評議員，理事，理事長)，日本緩和医療学会(指導医，代議員，理事)，日本栄養療法推進協議会(理事)，日本外科学会(専門医，指導医，代議員)など

【現在の研究領域】

- I. 食力の評価・解析と維持・改善
 - 1) 食力の機能構成の解析，2) 加齢と疾患による食力の障害因子，3) 食力の維持に関する栄養管理とリハビリテーション
- II. がん悪液質の代謝栄養学
 - 1) 悪液質の代謝学的解析，2) 悪液質の代謝動態制御と栄養管理，3) サルコペニアの抑制と改善

始し，現在まで17,000名以上の先生方が受講されています。セミナーでは「点滴よりも腸管の使用」，「食べることの重要性」をエビデンスデータにより講義しています。しかし，NSTの有無で医師の栄養への意識は大きく違います。また，多職種による連携が必要なため，医師だけが知識をもっている意味がありません。

4. 歯科医師の栄養に関する意識

鳥羽 菊谷先生は現在の口腔リハビリテーショ

ンに特化したクリニックを開設される前から，日本歯科大学でも同じように歯科領域から栄養支援の取り組みをされていたと思いますが，貴大学では，いつ頃からその取り組みを始めているのでしょうか。

菊谷 日本歯科大学では，平成13年から取り組んでいます。それ以前は，咀嚼を中心に考えていたのですが，義歯を作っても食べることができない方がたくさんいました。われわれ歯科医のアウトカムが，噛めることではなく食べることに頭を切り替えたとき，リハビリテーション的な考えになり，口腔リハビリテーションセンターという特殊外来を始めるに至りました。

われわれのセンターが食事の支援をしている介護老人福祉施設での過去5年の食事形態の割合の推移をみると，歯科医が介入しても，常食や一口大が食べられる方が減っていますが，一方，必要エネルギー量に対する摂取量をみると100%以上摂取できている方が5年前は48.6%しかいませんでしたが，5年後には約80%になりました。これは，適正な食形態の指導により必要なエネルギーの摂取が可能になっていることを示しています。

5. 多職種連携の実例

鳥羽 多職種連携の以前に，先ほど菊谷先生が述べられた，歯科医が栄養指導を直接できないという制度は問題ですね。先生のところでの多職種連携の実例として，どのような連携で，栄養を多角的にとらえるようになったのかお聞かせください。

菊谷 当クリニックの在宅訪問診療(図5)で対応した2症例を提示します。

<症例2>

75歳，男性。脳血管障害後遺症。身長160cm，体重44.3kg，BMI17.3，体重が6カ月で6kg減少し，肺炎を繰り返し発症していました。

嚥下訓練を希望されていたので，普段の生活での食べる様子を見たいと思い，訪問診療に切り替え，ケアマネジャーに同席してもらい，

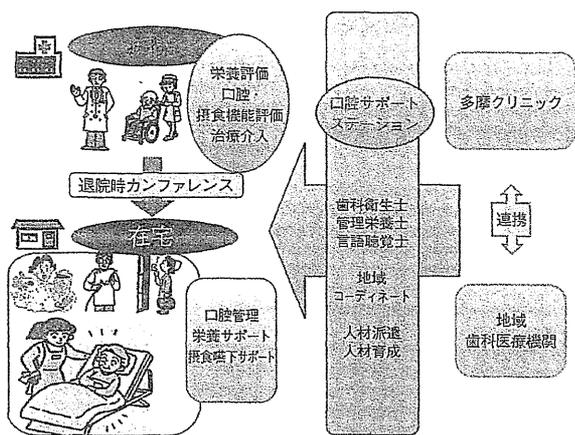


図5 在宅訪問診療の体制(日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック)

病院から在宅までのシームレスな口腔支援・栄養支援を目指す。

摂食・嚥下機能を評価しました。食事はご自身で召し上がっていましたが、常に小さくむせており、完食するまでに1時間半かかっていました。咀嚼機能は、奥歯の噛み合わせも含めて、比較的保たれていましたが、嚥下機能はあまりよくない状態でした。嚥下内視鏡の所見は、咽頭内に唾液の貯留、唾液誤嚥があり、嚥下時の咽頭収縮も極めて悪い状態でした。嚥下造影検査においても、食塊形成不良、咽頭残留、誤嚥、喀出力不良と様々な悪い状況がみられました。

われわれは直ちに主治医に連絡を取り、嚥下リハビリテーションと同時に栄養指導を行いたい旨を伝えました。主治医には訪問指導をご理解いただき、当クリニックの内科医が訪問診療を行い、栄養指導を始めました。また、自宅で支援する体制を整えようと、まず訪問看護師を導入し、デイサービスなども利用することで、摂食行動の観察に専門家の目を入れることを提案しました。その後、当クリニックで開催したサービス担当者会議では、デイサービスやデイケアセンターの職員より、サービス中に激しくむせる状況が観察され、提供している食事形態が合っていないのではないかという疑問が出ました。奥様も交えて、嚥下評価の動画などを見ながら説明することで、奥様にもより食べやすい食形態へ変更することの必要性について理解



PROFILE

昭和53年東京大学医学部卒業。同年同附属病院医員、同55年東京警察病院内科勤務、平成元年米国テネシー大学生理生物学教室客員研究員、同年東京大学医学部助教授、同12年杏林大学医学部高齢医学主任教授、同18年杏林大学病院もの忘れセンター長(兼任)、同22年国立長寿医療研究センター病院長、同年同センターもの忘れセンター長(兼任)、現在に至る。

【所属学会】

日本老年医学会(専門医, 指導医, 評議員, 理事), 日本骨粗鬆症学会(評議員)など

【現在の研究領域】

- I. 老年症候群, 総合的機能評価
 - 1) 高齢者の意欲を客観的に判定する Vitality Index の開発と応用, 2) 寝たきりプロセスの解明と介入, 3) 高齢者の総合的機能評価の国際比較
- II. 認知症
 - 1) 認知症の早期発見, 2) 非薬物療法の定量的効果判定

が得られました。

<症例3>

71歳, 男性, 脳血管障害後遺症。認知症や高次機能障害の所見がありました。1,200 kcal/日で胃瘻による栄養管理をされていましたが、経口摂取を強く希望されていました。嚥下機能の評価からすれば著しい障害は認められないとして、ある程度の経口摂取は可能と診断しました。

この方も自宅で食べている様子を見ながら摂食・嚥下機能を評価しました。ご自身で召し上がると、食べるペースが守れず、どんどん口に放り込んでしまうので、奥様が声掛けをしなが

表1 食力の維持・改善と食を主軸とした医療体制構築プラン

- 1) 基礎体力育成と成長の安定化
- 2) 歯牙の発育と維持
- 3) 痩せと肥満の防止(メタボリック症候群, 糖尿病発生予防など)
- 4) 急性疾病発生予防・重篤化抑制(基礎体力や免疫力の保持, 生活習慣適正化, 発がん予防など)
- 5) 罹病時早期回復支援(疾病の重篤化防止, 侵襲性治療に伴う生体侵襲の軽減と早期回復, 経口摂取不能期間の短縮による栄養補給ルートとしての食の確保, 合併症や副作用の予防・回避・早期回復, 適正治療の完遂率向上, 治療効果の増幅など)
- 6) 急性期医療施設からの社会復帰・自立生活支援(早期退院と再入院の予防: 早期嚥下機能回復による不適切な経皮内視鏡下胃瘻造設術・PEGの防止を含む)
- 7) 在宅医療へのシームレスな移行(「食」をベースとした在宅医療支援システムの構築: 医師会, 訪問看護ステーション, 調剤薬局などによる地域連携型チーム体制の構築)
- 8) 慢性疾患罹病率の低下(特に糖尿病に伴う腎障害・透析移行の予防, 慢性閉塞性肺疾患重篤化予防, 肥満や筋力低下, 骨粗鬆症に伴う腰椎症・関節症の予防など)
- 9) がん患者・非がん患者の看取りを含む社会環境としての在宅医療の整備(「食」をベースとし, 医師会, 訪問看護ステーション, 調剤薬局などによる地域連携の確立と小地域コミュニティの創設)
- 10) 幸せな生活・人生・死の享受(生き活きと生き, 幸せに死ぬる社会の建設)

ら食べていました。

胃瘻栄養と同時に, 毎食少しずつ経口摂取することを提案しました。しかし, 奥様は, 1回でも胃瘻栄養の準備をしない方が, 負担が少ないとのことでした。経口摂取の際には必ず車イスに乗り換えるように指示をしていたこともその理由でした。そこで, 奥様の希望に沿うように方針を変更し, 1食分を経口摂取にし, 不足するエネルギー量はほかの部分で補うようにしました。

このように, いわゆる教科書通りの提案以外にも, 家族の生活のパターンや介護の負担などを考慮しながら「食べる」ことを実現していくのも在宅ならではの点です。また, ご家族を交えて多職種で話し合うことで, より実現しやすいプランを立てることができました。

低栄養予防, 栄養改善の取り組みの障壁となる医療体制の問題

1. 診療報酬の問題

鳥羽 東口先生が示された医療体制構築プラン(表1)の中で, 現在, 医療・介護保険でカバーされていない, 最も重要な点はどの点でしょうか。

東口 7番目の「急性期医療から在宅医療(介

護施設を含む)へのシームレスな移行」を支援する部分が, 不十分です。急性期病院では, 在院日数の短縮により, 十分な栄養補給がされていないのに退院させられることもあります。このような患者さんは, 在宅に戻っても痩せてしまいます。急性期だけではなく慢性期や在宅へ移行するところまでNSTの加算がつくことを希望します。

また, 「あいと[®]」のような摂食困難者用の食事も摂食支援食加算として新規に診療報酬の対象となれば, 非常に早期から患者さんに提供できます。これは急性期病院に限ったことではなく, 慢性期や歯科領域でも診療報酬に加算したいと感じています。

鳥羽 菊谷先生はいかがですか。

菊谷 同感ですね。在宅高齢者が, 肺炎により入院した場合, 病院では肺炎の治療を中心に Rowe 行われて, 口腔機能や嚥下機能, 栄養状態を改善することなく在宅に戻ることもあり, 再発を繰り返す原因となっているようです。地域で支援するにも, 地域に管理栄養士や栄養を理解している医師, 歯科医師が少ないこと, 地域での栄養サポートする管理栄養士の絶対的なマンパワーが不足していることが問題です。また, 当院では, 様々な職種が関わっており, 皆で話し合う機会であるサービス担当者会議を行っていま

すが、介護報酬、医療報酬によるバックアップがありません。患者さんや家族の方にとってはとてもよい取り組みですが、報酬という意味で実現することが難しいと感じています。

2. 歯科診療の問題

菊谷 先ほどから述べておりますが、外来診療や訪問診療において歯科医師が管理栄養士へ直接、指示を出せないことが問題です。

また、在宅患者への訪問歯科診療は、重度の要介護高齢者しか医療保険の対象になりません。先ほど示した居宅要介護高齢者の調査では、75%の方が過去1年間、歯科受診をしていないことが明らかになりました。内科は受診するのに歯科は受診していないのが現状です。要介護4、5の約5割の方は訪問診療を利用されていますが、その方たちは既に認知機能が低下していたり、口腔の運動機能が低下していたりしており、義歯を作っても、手遅れ感は否めず、歯科的なアプローチが効を奏しません。軽度要介護の段階から歯科に関わることが重要だと思います。

おわりに

鳥羽 本日は、栄養の問題を多角的にとらえてお話ししていただきました。

「食べる力」の中には身体的、精神的な問題に加え、家族を含む死生観まで絡んでおり、多職種が協調して取り組む必要があります。また、

急性期病院から在宅までシームレスな栄養支援をするために、新たな医療・介護保険の制度が望まれます。そのためには、まず、栄養指導が患者さんにとって満足に値するものであることを理解していただく必要があります。そして、栄養支援によるエビデンスを示し、最後はしかるべき団体や学会が複数で、診療報酬に反映されるように後押しするということが大切だと思います。

本日はどうもありがとうございました。

文 献

- 1) 菊谷 武ほか：介護老人福祉施設における利用者の口腔機能が栄養改善に与える影響。日老医誌 2001；41：396-401.
- 2) Kikutani T et al：Relationship between nutrition status and dental occlusion in community-dwelling frail elderly people. Geriatr Gerontol 2013；13：50-54.
- 3) 平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業報告書：在宅療養患者の摂食状況・栄養状況の把握に関する調査研究(日本歯科大学)。厚生労働省、東京、2013.
- 4) 大柳治正：栄養状態と生理機能。コメディカルのための静脈・経腸栄養ガイドライン(日本静脈経腸栄養学会編)、南江堂、東京、2000；pp2-7.
- 5) 東口高志：実践！がん患者の栄養管理と疼痛管理。癌の臨床 2007；53：199-209.
- 6) 東口高志：保形軟化食品“あいと®”の開発とその物性評価ならびに人工消化液浸漬試験による崩壊性と消化性の検討。静脈経腸栄養 2011；26：965-976.

一歩進んだ在宅医療をめざそう③

Report

地域における摂食・嚥下機能回復支援の実際

「食べる」ことを支える 多職種チームが在宅には不可欠

パーキンソン病や脳卒中、認知症、廃用性機能低下によるものなど、高齢者の摂食嚥下障害の原因はさまざま。重篤化すると低栄養や誤嚥性肺炎、窒息などが生じやすいだけでなく、食べる楽しみの喪失を招くといわれている。在宅の現場ではこれらの問題改善が強く求められているが、医療従事者のあいだでは十分認識されていない状況だ。摂食嚥下障害者を地域で支援するために必要なポイントについて、日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニックの菊谷武氏にうかがった。

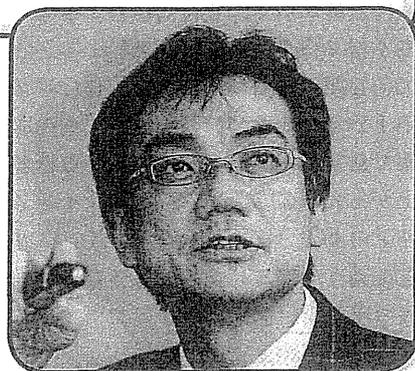
訪問診療のほとんどが 摂食・嚥下障害への対応

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニックは、摂食・嚥下障害者を対象としたリハビリ・食事指導・口腔ケアの実施や、寝たきりの高齢者・障害児・がん患者などを

対象とした歯科診療などを中心とする専門機関で、昨年10月に東京小金井市に開院した。

院長の菊谷武氏は、これまで東京飯田橋の同大学口腔リハビリテーションセンターで外来診療および訪問診療を行ってきた。同クリニックにおいても、外来診療とともに半径

日本歯科大学
口腔リハビリテーション多摩クリニック
歯科医師4名、
非常勤歯科医師10名、
医師2名、
歯科衛生士3名、
言語聴覚士1名、
栄養士1名

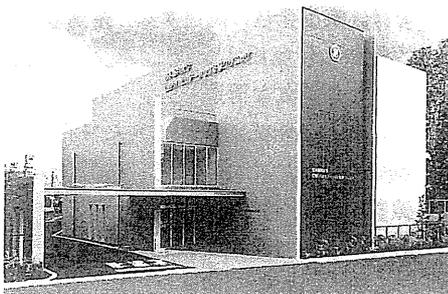


日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック院長
日本歯科大学大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学教授

菊谷 武氏

16kmの範囲で自宅や施設への訪問診療を行う。外来では6割が小児で、成人・高齢者は4割程度。訪問診療になると成人・高齢者が9割と多くなり、そのほとんどが摂食・嚥下障害の対応になるという。

訪問診療の依頼は、家族、ケアマネジャーの要請や、主治医の情報などから。それを受けてまず嚥下機能評価を行う。主な検査は嚥下造影検査(VF検査)と嚥下内視鏡検査(VE検査)。VF検査は得られる情報は



多いが大型の X 線装置が必要であり、外来での実施となる。「摂食・嚥下障害がある高齢者の場合、歩行困難な状態が多いため、搬送可能でなければ VF 検査の実施は難しい」(菊谷氏)。そのため、在宅では持ち運びが可能な VE 検査が主流で、モニターを通して嚥下機能の確認を家族などともに行っている。

評価に基づき、食事形態や食べ方、介助方法を指導するが、指導は外来より在宅で行うことが大切だと菊谷氏は話す。

「たとえばベッドがある部屋で右側から介助すれば機能的だと家族や介護者に指導しても、実際は右側が壁だったりすることもある。テレビを見ながら食事をしている人に、テレビの位置がわからず介助を指導するのもおかしい。家や施設に行くことで初めてその人に合った対応方法が見つけられる」。また、家に行くことで、家族の思いやかかわる介護者のレベルが把握できるので、その力量に合ったプランが提案できるという。

在宅の現場では多職種連携によるチームづくりが重要

菊谷氏が在宅医療で何よりも重視しているのが「チームづくり」だ。「われわれが毎日、食事時間に出向くわけにはいかない。いい古されたこと

誤嚥のタイプ

タイミングが合わない 嚥下前誤嚥

嚥下反射が引き起こされる前に喉頭に食塊が侵入し、誤嚥を起こす。

原因

- ・口腔内の食塊の保持ができない
- ・嚥下反射惹起の遅延や消失

対応

- ・食形態の調整（とろみ食の導入）
- ・姿勢の調整（顎引き嚥下）
- ・Think Swallow（嚥下の意識化）
- ・嚥下促通訓練（アイスマッサージ）

パワーが足りない 嚥下後誤嚥

嚥下運動終了後に起こる誤嚥。

原因

- ・咽頭収縮力の低下
- ・咽頭クリアランスの低下

対応

- ・残留量の調整（食形態の変更、一口量の調整、食事のペース、追加嚥下・複数回嚥下を促す、嚥下の際の姿勢の工夫）
- ・喀出の促進（咳嗽訓練）

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック摂食・嚥下研修会資料より一部改変

だが家族を含め多職種の連携は不可欠だ。食べることを支えるには主治医、歯科医師だけでなく、訪問看護師、ケアマネジャー、ケアワーカー、言語聴覚士、管理栄養士も加わり、チームとして取り組むことが必要」。そのためにも、訪問診療が最適であるという。

同クリニックのスタッフでチームとして足りない資源があれば手配したり、すでにできているチームへ同クリニックが加わったりすることもある。他の歯科医や歯科衛生士と連携することも少なくないという。

チーム医療で重要なのは、各職種が「スプーン一杯のゼリーが食べられる」、「一食分が食べられる」などの目標に向かって、それぞれの役割を理解し、全うすること。それには各職種の把握している情報の共有化

が不可欠であり、同クリニックではケアカンファレンスなど介護保険の制度を駆使してコミュニケーションを密にしているという。「施設ならスタッフに直接会えるが、在宅で皆がそろうのは非常に難しい。しかし、目標の達成は環境に左右されるので、かかわっている人すべてが顔を合わせる場は欠かせない」。

ケアカンファレンスなどを通じて、医療・介護従事者の摂食・嚥下機能支援に関する知識や技術の不足を、実感することが少なくない。とろみをつけた食べ物は本人が嫌がる、ミキサー食を食べさせるのはかわいそうだ、などの理由で食形態を変えたいと訴える現場があったという。「誤嚥する事実はわかっているけど、どうして誤嚥するのかが理解できていないのでミキサー食やとろみ

食など、状態に応じた食形態の必要性が十分把握されていない。

食べ物をのみ込むパワーがなくなると、食べ物がのどに残って吸気とともに誤嚥する。または気管の閉じるタイミングが合わなければ咽頭に食塊が侵入して誤嚥を起こす。パワー不足あるいはタイミングのずれによって、対応が異なるという。「誤嚥の原因がわかれば、なぜミキサー食にするのか、とろみをつけるのか、食形態の意味が理解できる」と菊谷氏は指摘する（27頁・囲み参照）。

■ 写真2 クリニック内で実施された介護食教室



機能訓練よりも食形態の選択や食べ方の調整が重要な場合がある

同じく理解が進んでいないことと

して、機能訓練の必要性が挙げられる。「健全な人はご飯を口にかき込んだりしても誤嚥をしない。つまり、広いストライクゾーン（的）を持っているイメージできる。それに反して、摂食・嚥下障害者のストライクゾーンは限りなく狭いといえる。機能訓練とは、小さくなった的を大きくすることだが、外来に自ら来られるような人には適していても、1日家で過ごす80や90の高齢者には向いていない」。

小さくなった的へストライクボールを投げ込むには、まず的を的確に評価し、コントロ

ールを磨いてボールを確実に投げ込む方法を知るほうが有用と考える。それが食形態の選択や食べ方の調整、姿勢の指導など、食環境の整備であり、摂食・嚥下機能の支援には最も重要なアプローチになるという。

食環境を整えるために必要な知識・技術の取得・向上を目的に、菊谷氏は医療介護の専門職を対象とした研修会を頻りに行っている。地域のホールを使った研修会では毎回、200～300名が参加する盛況ぶりだ（写真1）。

また、同クリニックには研修会場やキッチンを用意した栄養指導室が設置されており、市民対象の講演・実習を兼ねた研修会も開催されている（写真2）。菊谷氏は、家族を含めそれぞれの職種が、知識と技術を生かして摂食・嚥下障害者を支えてほしいという。「当クリニックでは患者

■ 写真1 研修会の告知

平成25年度 日本医科大学 口腔リハビリテーション診療クリニック 食の研修センター

『食の元気塾』
Vol.1 講演+実習型
おうちで作る主食ゼリーを
おいしく、安心して食べる工夫

医師・介護専門医向け 研修セミナー
平成25年度 日本医科大学 口腔リハビリテーション診療クリニック

摂食・嚥下研修会
「食べるを支える」

私ども日本医科大学 口腔リハビリテーション診療クリニックは、口腔リハビリテーションが
必要となる患者、特に嚥下機能に障害がある患者のケアに力を入れ、スタッフが一丸
となって患者のケアに取り組んでいます。

また、介護現場の方々の研修として、嚥下ケア・食事指導の重要性や患者への配慮
などについて研修を実施していただくことも目的として実施いたします。研修の受講希望
の方は下記までお問い合わせください。

日本医科大学 口腔リハビリテーション診療クリニック
院長 菊谷 浩

日程：第1回：平成25年5月26日（火）高齢者に適した食べ方の工夫
＊カニズムとその歴史
第2回：平成25年8月24日（火）栄養指導について
＊研修会は夜間と夜間の研修が中心です。ご了承ください。
最新情報本クリニックのホームページをご覧ください。

時間：19:00～20:30（受付18:30）
場所：小倉井原市民センター
東京府小倉井原町6-14-45（JR中興線 小倉井原駅 西口徒歩1分）
参加費：500円 ※なるべくお手持ちの現金で決済をお願いいたします。
申込方法：要領書の上、FAX（042-316-6218）にてお申し込みください。
第1～2回まで一括してお申し込みされない場合は、要領書の申込用紙を2
部としてご利用ください。
問い合わせ：日本医科大学 口腔リハビリテーション診療クリニック
＊診療中の場合は、お電話でのお問い合わせは対応できない場合がございます。
必ず、メールでお問い合わせください。（name@oral.k.u-tokyo.ac.jp）

※ご希望の際は、公共交通機関での利用をお勧めいたします。

主催：日本医科大学
口腔リハビリテーション診療クリニック
会場：小倉井原

問い合わせ先
日本医科大学
口腔リハビリテーション診療クリニック
〒114-8531 東京都目黒区中目黒1-18-1
TEL: 042-316-6211

■ 写真3 介護食ショップの店内



を集めることが目標ではなく、周りのボトムアップをめざしている。地域に嚥下を理解する人が増えてくれば、われわれ専門職は必要なときだけかかわる形が構築できる。

われわれは支援のプランを提案する。それを実行したりさらにきめ細かい指導を行ったりしていくのは地域の医療・介護従事者の役割として機能することが大切。

300種の食品やグッズを常備する 食のサポートステーションを併設

同クリニックには介護食や口腔ケアグッズなどを扱う販売店を併設している(写真3)。介護食はとろみ調整食品、ゼリー食、やわらか食品などカテゴリーごとに陳列しており、約300種という幅広いラインナ

ップから選択できる。「やわらか食を作るよう家族に指導をしても、作り方がわからなかったり、毎日作れなかったりすることが少なくない。作り方を研修会で教える一方、市販品を紹介することも家族や介護者の負担軽減につながる」。

その1つが介護食の『(摂食回復支援食) あいーと』だ。在宅で可能な食形態はミキサー食か、刻み食か、普通食に限られてしまうが、『あいーと』はその中間にあたる。ミキサー食や刻み食と異なり、見た目は通常の食事と変わらず、硬さは舌や歯でつぶせるぐらいのやわらかさをもつ。ミキサー食の人が次の段階に進もうとしたときに、『あいーと』の活用が考えられるという。「食べる楽しみをもてるだけでなく、やわら

かく、口のなかでパラパラしないようまとまりやすい機能を有しているので食べやすい」。

1日三食を市販にするのは難しい場合は、次のような使い方を提案する。「硬いものや繊維の多いものなどは手を加えても軟らかくならない。刻むことで食べにくくなる食品もある。家族がこれらの食品を食べているときに、摂食・嚥下機能が衰えた高齢者には代わりに『あいーと』を利用するという使い方ができる」。

今後の課題として、菊谷氏は「食べることは重要なことであり、摂食・嚥下障害対策の最大の目標。しかし、食べるために生きているわけではないし、毎日かかわる家族や介護者にとっては、いろいろなケアのなかの1つ。そのため、食べることを支える側の間で、思いを共有できないことがある」と話す。その解決には、1例でも多くの成功事例を積み上げていくことだという。

医療提供はもちろん、チームづくりのコーディネーターとして、情報の発信源として機能する同クリニックの地域に根付いた取り組みが、ますます加速していこう。

菊谷 武 (さくたに・たけし)

1989年日本歯科大学歯学部附属病院高齢者歯科診療科入局、2001年同病院口腔介護・リハビリテーションセンターセンター長、2010年同大学教授、同大学大学院歯学研究科臨床口腔機能学教授、2012年東京医科大学兼任教授、日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック院長。

姿勢正し誤嚥防止

うつぶせで筋力鍛える

高齢者の誤嚥(ごえん)は、意識が低下したり、筋力が衰えたり、姿勢が悪くなると、誤嚥のリスクが高くなる。日本摂食・嚥下リハビリテーション学会の植田耕一郎理事は、「誤嚥を防ぐためには、姿勢を正すことが重要だ」と指摘する。

高齢者の誤嚥(ごえん)は、意識が低下したり、筋力が衰えたり、姿勢が悪くなると、誤嚥のリスクが高くなる。日本摂食・嚥下リハビリテーション学会の植田耕一郎理事は、「誤嚥を防ぐためには、姿勢を正すことが重要だ」と指摘する。

動かして脳活性化

カラオケで機能維持も

日本歯科大学口腔リハビリテーション科多摩クリニックスの菊合武院長は、「口に入れた食べ物を、舌で押しつぶすように噛むことが、咀嚼機能を維持する上で重要だ」と指摘する。

また、舌や頬、顎を動かすことで、脳の活性化を図ることができるとも述べている。

はじめよう 口腔ケア

訓練

頬や舌の動きを良くする口の体操 (順番は自由)

口を閉じたまま、頬を膨らませたり、すばめたりする



口を大きく開いて「あっかんべー」を何度かする



上下に大きく舌を出し、左右に動かす



口を閉じて、頬の内側を舌で押す



口を横に開き、奥歯をカチカチとがみこめる



(植田理事の資料を基に作成)

また、要は意識だ。加齢により、気道を小さく機能が落ちていく可能性がある。改善するには、あおむけになって頭だけ上げて、爪先を見る運動が有効だ。1日10秒ずつ、3、5回を目安に続けよう。弁が閉まる速度が上がると、舌の動きが速くなり、喉に液が出やすくなる。植田理事は、「10回かめば脳の血流が10%上がる」と言われている。それを口を動かすことで脳を使う」と話し、かむことを勧め、入れ歯でも有効だ。歯がカチカチと鳴るように、上下に30〜40回動かす。特に要介護者は意識がぼんやりする。頬などが柔軟に動くように、舌を動かす。舌の動きが速くなり、喉に液が出やすくなる。

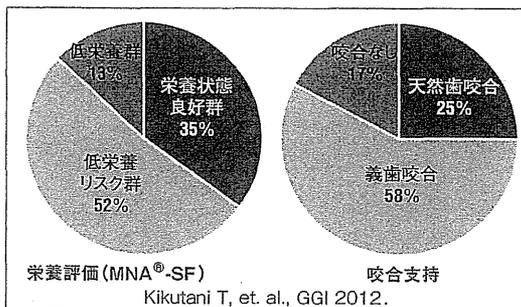
また、要は意識だ。加齢により、気道を小さく機能が落ちていく可能性がある。改善するには、あおむけになって頭だけ上げて、爪先を見る運動が有効だ。1日10秒ずつ、3、5回を目安に続けよう。弁が閉まる速度が上がると、舌の動きが速くなり、喉に液が出やすくなる。植田理事は、「10回かめば脳の血流が10%上がる」と言われている。それを口を動かすことで脳を使う」と話し、かむことを勧め、入れ歯でも有効だ。歯がカチカチと鳴るように、上下に30〜40回動かす。特に要介護者は意識がぼんやりする。頬などが柔軟に動くように、舌を動かす。舌の動きが速くなり、喉に液が出やすくなる。

舌の評価とサルコペニア

◎低栄養と口腔の問題

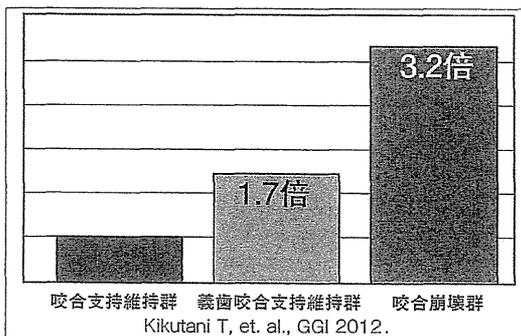
8020運動をはじめとする歯科保健の推進によって、高齢者においても多くの歯を保持する者が増加している。とはいえ、多くの高齢者が歯の喪失によって咬合支持の崩壊を招いている。著者らが平成22年に行った調査では¹⁾、在宅療養中の高齢者(716名、平均年齢83.2歳)の75%が天然歯による咬合支持を失っており、そのうち3分の1が義歯によっても回復されることなく咬合支持の崩壊状態であった(図1)。咬合支持が維持されていなければ、食事摂取が困難になることが容易に想像でき、年齢、性別、

図1 咬合支持と栄養状態



在宅療養中の高齢者のうち75%が天然歯による咬合支持を失っており、そのうち3分の1が義歯によっても回復されることなく咬合支持の崩壊状態であった

図2 低栄養リスクと咬合支持の関係



咬合支持の崩壊した者の低栄養リスクは咬合支持を維持している者に比して3.2倍を示した

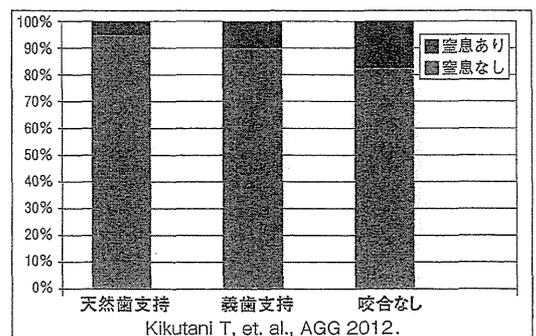
ADL、認知機能など低栄養と関連を示すほかの因子を調整してもなお、咬合支持が維持されている者に対し、咬合支持の崩壊した者の低栄養リスクは有意に高かった(義歯咬合支持維持群:1.7倍、咬合崩壊群3.19倍)(図2)。さらに、食物の窒息事故の問題も深刻である。この事故による死亡は不慮の事故の中でもっとも多く、年間5000人を超えるという。介護老人福祉施設で行った私たちの調査においては、そのリスク因子として示されたものは、認知機能の低下などとともに、咬合支持の状態が挙げられた。咬合支持が維持されている者に対し、咬合支持の崩壊した者の窒息リスクは有意に(咬合崩壊群:1.75倍)高いことが示された(図3)²⁾。

このように、高齢者に見られる歯の欠損は咀嚼障害を招き、低栄養につながる。さらには、窒息の危険といった問題にも、高齢者の歯の欠損と欠損状態の放置がある。高齢者医療における歯科との連携は重要である。

◎口腔に見られるサルコペニア

サルコペニアの原因や病態については他項にゆずるが、口腔は、口唇や頬、軟口蓋といった筋によって成り立つ器官に囲まれ、さらに、中

図3 2年半の追跡期間中に発症した窒息事故の割合



咬合支持の崩壊した者の窒息リスクは、維持している者に比して1.8倍高かった