

地域健康学習と食生活支援 —摂食・嚥下へのアプローチ—

702-015 中山優子 指導教官 河辺俊雄

Local normal learning and eating habits support
Approach to eating deglutition

Yuko NAKAYAMA

I はじめに

日本人の平均寿命は男性78.4歳、女性85.3歳と世界一を維持し、出生率の低下も続いており、急速に人口高齢化が進んでいる。健康寿命は男性72.3歳、女性77.7歳で4年連続で世界一となっているが人口高齢化にともなって生活習慣病の増加が予測される。また、医学・医療の進歩や発展、経済状態や生活環境の改善などによって、結核などは激減したが、生活習慣病や慢性疾患は増加し、難病など完全には治癒が期待できない疾患も増えてきている。従来、慢性・難治性疾患の治療や処置は医療機関内でなければできなかったが、医療の高度化や専門化に伴って、在宅ケアとして可能になってきた。在宅療養者やその家族にとって食生活は非常に重要な問題であり、その食生活で最も不安を感じるのは、おいしく食べられないという問題である。すなわち、摂食・嚥下障害により誤嚥性肺炎や窒息の危険、脱水や低栄養の危険をもたらすばかりでなく、人間の基本的な欲望である、「食べる喜び」も奪われる。在宅療養者が健康を保持、増進し、豊かな食生活を旨とするためには、連携された支援による在宅ケアを受けるだけでなく、自ら健康学習を行い、地域社会の支援を活用する必要がある。

本稿は、人口高齢化する地域における食生活のあるべき方向性を展望し、摂食・嚥下について調査・検討する。

II 地域における健康づくり

1. 健康づくりの重要性

WHO（世界保健機関）憲章によれば、健康とは、「単に病気あるいは、虚弱でないというだけでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態である」と定義している。しかし、その一方で、この定義は一概に高齢社会を迎える現代社会では健康を「絶対的なメジャーで測るのではなく、相対的なものとして捕らえ、かつ受動的な面よりも能動的な面が強調され、生きることの目標との調和において築かれるものと考えerほうがより自然である」といった考えが広まり、「健康と生活習慣との結び付き」を重視する時代になってきている。平成8年より「成人病」から「生活習慣病」へと名称変更が決定された。「習慣の改善によって病気の予防や治療を行う」という考え方が、患者を治療し処置するだけでなく、健康な身体と精神を保持して社会生活にもうまく適応した生活を目標にする必要がある。

一方、全ての地域住民が主体的に、生活の豊かさと幸福を実感できるという新たな健康観を根底に据えた、「健康文化都市構想」が平成5年、厚生省より打ちだされ、市・町・村が特性ある「地域の健康は地域でまもる」をスローガンに、自然と人間の共生を基本に、地域の人々が、このまちに住んでほんとうによかったといえるような、自己実現と質の高い生活によって健康づくりを文化とした、人が主役のまちづくりを進めようとしている。健康づくりは、特定の病気の予防ではなく、一般的な病気の発生を予防し、さまざまな生活環境に対する適応力を養い、一人ひとりが日常生活で健康を実感できるような生活様式を確立し、個人の健康づくりにとどまらず、地域全体での健康づくりによって地域づくりを目指す必要がある。

2. 健康づくりにおける栄養士の役割

在宅ケアでは、在宅療養者の体調の良否により、食事摂取量の変化が起きるので、食事療法の指導や食生活の改善だけではなく、身体状況、栄養状態の把握、真の栄養必要量の把握が重要になる。在宅医療チームの役割は、在宅ケア患者や介護者との信頼関係を通じて、よりよい栄養状態を保ち、チーム全体で患者の治療効果を上げ、地域の住民と共に生き生きとした生活を支えることである。健康状態を維持するには、栄養士の果たす役割は大きく、今後の課題である地域健康づくりにおいても同様に、栄養士は重要な役割を果たすことが期待される。

III 地域における健康学習

1. 健康学習の目的

健康な人生には、病気が少ないことが望まれるが、複雑な社会生活を送っていると病気の要因を

完全に取り除くことは難しく、また加齢に伴って何らかの病気が生じる可能性も高くなる。目標を豊かな人生に持ち、たとえ病気があっても元気に過ごすために、健康の阻害要因（検査データの異常、運動不足、不規則な食生活、ストレス、酒、たばこ）を減らし、健康の増進に関する要因（生きがい、夢、ふれあい、ゆとり、社会貢献、生き方、活力）を増やすことが必要になる。

2. 健康学習の方法

健康学習を行う方法として個人指導、集団指導、訪問栄養指導の3つがある。個人指導では、在宅療養者と医療者が1対1で関わるので、個々の療養者の状況を考慮して指導方法を考えることができる。一方、集団指導では健康教室や在宅療養者の患者会などが主催して行い、10人前後で行われる場合もあれば、100人以上の規模で行われる場合もある。健康や栄養の知識や参加者に共通して必要な情報を提供する場合には効率的である。訪問栄養指導では在宅療養者の生活の場において行うところに大きな意義がある。

3. 栄養評価

健康学習を効果的に行うためには、栄養評価が不可欠な技法である。栄養評価とは、できるだけ多くの客観的情報をもとに、療養者の栄養状態が欠乏状態あるいは過剰状態であるか、療養者の栄養状態を総合的に判定した情報により、個人や特定集団の栄養状態を決定することである。

4. 摂食・嚥下の健康学習

人間の基本的な欲望である、「食べる喜び」を奪わないようにするために、摂食・嚥下障害における健康学習は重要である。

IV 摂食・嚥下障害と対策

1. 摂食・嚥下運動の分類

摂食とは「食べること」であり、人間の基本的な行為としての、食物を摂取する行動をさす。嚥下は「飲み込むこと」であり、食塊を口腔から胃へ送り込む一連の運動である。また、その嚥下と呼吸は同一器官を共有するため複雑な関連を持つことになる。

2. 摂食・嚥下障害に影響する要因

老化による筋力低下が嚥下運動を困難にするので、高齢者は常に摂食・嚥下障害の予備軍であると考えられる。基礎疾患の内容にかかわらず、病状が悪化すれば栄養障害や呼吸器合併症を併発する危険性が高い。

3. 摂食・嚥下食への対応

われわれが普段何気なくとっている食事は、その地域と時代の文化の上に成り立ったものである。摂食・嚥下障害をあつかう場合に文化と食習慣は大きな意味をもつ。今日、交通や輸送が発達して食品は地球的規模で流通しているが、食に対する地理的影響を無視することはできない。歴史的に日本は四方を海に囲まれており、米と魚の食文化を形成している。欧米のパンと肉の文化の導入に

より大きく変化しつつも、沖縄、九州、関西、関東、東北、北海道などで食文化は異なっているし、さらに家族ごとに、また、個人、個人で異なった食文化をもっているといっても過言ではない。医療者は安全な嚥下を優先すべきであると考えるが、在宅療養者や家族の心をよく理解して、可能なかぎり食文化を意識した食事を提供するように努力しなければならない。

V 摂食・嚥下障害の調査

1. 調査の目的

摂食・嚥下は、食生活支援の一つとして重要であるにもかかわらず、その障害については、ほとんど調査されていない。嚥下テストは被験者の協力が不可欠であり、多くの高齢者を対象者としなければならないので、高齢者で協力を得やすい透析患者を対象に調査を実施した。

2. 調査対象者と方法

対象者は、群馬県日高病院外来通院中の維持透析を試行している292名である。

平均年齢は62.3 ± 12.6歳、性別は男性が176人、女性が116人である。

調査は、2001年9～12月調査を行った。

(1) 反復唾液嚥下テスト

被験者の咽頭突起、舌骨に指腹を当て唾液を嚥下するように指示し、30秒間の唾液嚥下回数を測定した。

(2) 摂食・嚥下障害の臨床的病態重症度分類により判定した。摂食・嚥下障害の重症度を誤嚥の有無で大きく二つに大別し全体で7段階に分類する。

表1 摂食・嚥下障害の臨床的病態重症度分類

誤嚥	重症度	食 事
誤嚥 (-)	7	正常範囲
	6	軽度問題 1) 食事摂取方法の注意 2) 義歯や道具の使用
	5	口腔問題 1) 食事形態の工夫 2) 食事時の監視
誤嚥 (+)	4	機会誤嚥 1) 監視下での水分摂取可 2) 食事時の監視
	3	水分誤嚥
	2	食物誤嚥
	1	唾液誤嚥

3. 調査結果

糖尿病性腎症では、誤嚥有の合計は10名と1割近くに達し、重傷度7の正常は23%にすぎない。腎硬化症では、正常は20%と少ない。腎硬化症は高齢になるにつれて発症率が高く、高齢者に多

い疾患で、身体的機能の低下に伴って障害の重症度が進行すると考えられる。糖尿病性腎症や腎硬化症では8割、慢性糸球体腎炎でも半数が、食事形態の工夫や食事の監視が必要である。

表2 疾患による摂食・嚥下の重症度と嚥下回数

重傷度分類	慢性糸球体腎炎		糖尿病性腎症		腎硬化症		その他		症例数計	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2	0	0.0	1	0.9	0	0.0	0	0.0	1	0.3
3	1	0.6	1	0.9	0	0.0	0	0.0	2	0.7
4	6	3.8	8	7.5	1	10.0	0	0.0	15	5.1
5	5	3.2	25	23.6	2	20.0	1	5.6	33	11.3
6	66	41.8	47	44.3	5	50.0	6	33.3	124	42.5
7	80	50.6	24	22.6	2	20.0	11	61.1	117	40.1
重傷度の平均値 ±標準偏差	6.4±0.8		5.8±1.0		5.8±0.9		6.6±0.6		(292) (100)	
嚥下回数の平均値 ±標準偏差	3.2±1.9		1.9±1.2		3.0±1.5		3.4±1.7			

年齢群別に求めた、重症度の平均値と嚥下回数では、20歳代は全員が正常であるが、30～60歳代では平均値が6(軽度問題)、80歳代では5(口腔問題)と重症度が徐々に進む結果となった。(表3)なお、重症度が2～4の誤嚥有は65歳以上で認められた。加齢とともに嚥下障害が生じやすいことが明らかになった。また、嚥下回数に関しても、20歳代の平均7回から80歳代の平均1.3回へと加齢とともに大幅に減少している。

表3 年齢別による摂食・嚥下の重症度と嚥下回数

年齢別	20代		30代		40代		50代		60代		70代		80代		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.2	0	0.0	0	0.0	1	0.3
3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.4	0	0.0	0	0.0	2	0.7
4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.6	2	2.4	6	9.5	5	22.7	15	5.1
5	0	0.0	1	8.3	1	3.4	7	9.0	8	9.5	14	22.2	2	9.1	33	11.3
6	0	0.0	2	16.7	3	10.3	24	30.8	45	53.6	36	57.1	14	63.6	124	42.5
7	4	100.0	9	75.0	25	86.2	45	57.7	26	31.0	7	11.1	1	4.5	117	40.1
重傷度の平均値 ±標準偏差	7.0±0.0		6.7±0.7		6.8±0.5		6.4±0.8		6.0±1.0		5.7±0.8		5.5±0.9		(292) (100)	
嚥下回数の平均値 ±標準偏差	7.0±2.0		4.5±1.9		3.7±1.5		3.1±1.5		2.7±1.7		1.8±1.3		1.3±0.9			

VI 摂食・嚥下の訓練と教育

1. 摂食・嚥下訓練の試み

摂食・嚥下障害の調査から、老化や生活習慣により障害が増え、誤嚥が生じやすくなることが明らかになった。老化の進行によって、身体能力が低下し、摂食・嚥下障害が生じています。残されている能力を活性化し、環境を整備して、再びおいしく食べることができるようにする必要がありますので、間接的訓練と直接的訓練の摂食・嚥下訓練を試みた。

おいしく食べる訓練として、いただきます体操を導入し、個人指導や集団指導において、誤嚥予防の点から摂食・嚥下に関する仕組みや身体構造の知識と体操の技術を学習した。

「介護食」とは、摂食・嚥下機能が低下した高齢者に対応できるように、おいしく、むせずに、食べやすく、しかも栄養的な食事のことである。すなわち介護食とは、あくまでも口から食事をとれるように考えられている。

実際に、透析待ち時間や食事前には、肩の上下、手を握って開いて等の食事準備体操を行う。おいしく食べる体操では、口を大きく開いて閉じて、唇を突き出して引いて、舌を上下、左右に動かす等の体操を実施した。糖尿病性腎症や腎硬化症で重症度2や3の誤嚥（+）の症状である療養者に直接的訓練（食形態・調理工夫）と間接的訓練（あご・唇・舌の体操）を行い、口腔の健康の回復支援協力体制を整えた。療養者と家族の協力や医療スタッフの援助によって透析食の普通ご飯を食べることが可能となった。

VII 地域における食生活支援

介護保険制度の導入によって日本全国で公平な介護が可能になり、各自治体では懸命な基盤整備が進んでいる。しかし、公平性を追求するあまり、地域の個性が失われてサービスが一律化する危険性もある。おそらく、高齢者自身が求めているのは、生涯を過してきたその地域の環境と文化の個性を重視した対応であると思われる。高齢者の個人差が大きいうちに、保健・福祉のあり方にも、地域の特色を考慮した多様性が重要と思われる。

生活環境として、おいしく食べる環境が整っていること（食べる雰囲気整備、食形態の整備、食介助の適正化）、おいしく食べる機能が正常であること（口腔リハビリ、おいしく食べる体操）、口の中が健康であること（口腔ケア、口腔ケア）の整備が必要である。

おいしく・楽しく食べて、日常の食生活をよりよい内容へと導き援助するために間接的訓練・直接的訓練の栄養ケアを実施することにより「食べる意欲」「生きる意欲」が見られ、医療者・療養者・家族との信頼関係が築かれるようになったと考えられる。

在宅療養者や高齢者が地域で一生安全にいきいきと生活するために、在宅医療の充実は欠かせな

いものであり、現状はまだ多くの問題をかかえているが、地域開業の耳鼻咽喉医師、歯科医師の往診や看護師によって摂食・嚥下に対する食生活支援が行われている。摂食・嚥下障害に対するリハビリテーションへの関心は高まっているにも関わらず、病院や福祉施設でも指導方法が定まっておらず、治療システムと呼べるものは少ない。地域における健康・栄養システムや教育・訓練システムの構築は今後の重要な課題である。

VIII おわりに

食は人間が生きていくための最も基本的な欲求の1つであり、社会の高齢化にともなって、摂食・嚥下障害に対する取り組みは地域医療に欠かせないものとなるであろう。

治療だけでなく保健や予防の観点から摂食・嚥下障害を従えなければならないことが明らかになった。摂食・嚥下障害は加齢にともなって生じるので、人口高齢化にあっては重要性の増す問題である。摂食・嚥下障害に関する地域の対応は在宅療養者と地域社会の二つの立場から改善していくことが望ましく、在宅療養者は家族も含めて健康学習を行い、摂食・嚥下障害を軽減し、食事を楽しみ、そして、QOLを向上させることが必要である。一方、地域社会は在宅療養者を中心として診療所・病院・専門病院など治療を担当する側、保健所や市町村保健センターなど地域での健康生活について援助する側、さらに福祉関係施設など日常生活を支える側との間で情報交換を密に行って十分な意思疎通をはかり、協力し合うことが必要である。