

# 5. 在宅医療で必要な食支援

人間に限らず、すべての生物にとって「食べること」＝「生きること」である。よって「食支援」は「生活を大事にする」在宅医がもっとも優先的に取り組まなければならない課題である。

## 在宅医療における食支援とは

在宅医療において「食をどのように確保するか」ということは大問題である。安定した療養生活を送ってきた患者が病を得たときに、在宅のままでいけるか入院をしなければならないかは、しばしば経口摂取が可能かどうかにかかっている。認知症や、摂食嚥下障害を持つ人は、「日々食べること・食べさせること」がつまり療養生活である。また人生の終末期が訪れようとしている人は、食支援そのものが「生きていく」ことを確かめる営みであり、ケアである。

「食支援」自体は、医師が直接、食介助などでタッチする場面はたいへん限られたものであり、本人、家族、介護者、ホームヘルパーや施設職員などのサービス担当者、訪問看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、さらにケアマネジャーなどの力をまさに結集したものになり、多職種連携そのものである。

## 食支援の必要な患者

### A. 食支援を必要とする患者

食支援の必要な患者は以下の通りである。

- ①加齢による身体機能の低下により、食欲、摂食機能、消化吸収機能の低下した患者。しばしばサルコペニア（筋減弱症：筋肉量・筋力の低下と身体機能低下）となっている<sup>1)</sup>
- ②悪液質の患者。悪液質は多くの要因による症候群であり、食思不振や代謝異常の併発で、蛋白やエネルギーのバランスが負になってい

る。悪液質の原因疾患には、がん、慢性感染症、膠原病、慢性心不全、慢性腎不全、慢性呼吸不全、慢性肝不全、炎症性腸疾患などがある<sup>2)</sup>

- ③先天性もしくは後天的な要因（脳血管障害などの疾病や外傷）により摂食嚥下能力に障害を持つにいたった患者

- ④認知症の患者

### B. 食支援に必要なこと

食支援のためには以下が必要である。

- ①正確な食事摂取状況の把握
- ②栄養必要量と現在の栄養摂取量の推定
- ③本人の口腔状況の評価（義歯不適合も含む）
- ④摂食嚥下障害に該当するかの評価
- ⑤本人の認知機能の評価
- ⑥本人の生き方、主義、嗜好
- ⑦家族や介護者の、食準備・介護状況の評価

上記のなかで医師が直接に評価できるのは④⑤⑥である。他はいずれも他の専門職の力が必要であり、またそのほうが正確に評価できる。現在の病態と新たな疾患の可能性と上記の情報を統合して評価するのは、医師の役目である。

## 実際の食支援に当たって

まず協働すべき職種は、①歯科関係者（歯科医師・歯科衛生士）と②管理栄養士である。摂食嚥下障害患者においては、実際の食介助や訓練などに関わる理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、訪問看護師、ホームヘルパーなどのサービス担当者全体の協力を要する。

## A. 歯科との協働

高齢者・障害者の食が進まなくなる大きな理由の一つが、口腔内の問題である。口腔内の不潔、歯の痛みや義歯の不適合、歯周病・口内炎の存在など、歯科の直接の評価と治療を要することはしばしばである。

また口腔ケアについては、まず誰にも必要で誰もが施行すべき基本的ケアであること、口腔内清潔が食支援の前提であること、摂食嚥下機能およびコミュニケーション機能の維持向上のためにも重要なケアであること、そして誤嚥性肺炎の予防にも非常に重要であることを押さえておきたい。認知症の患者など、不適切な口腔ケアによる外傷体験から、口を開かなくなってしまうケースにもしばしば遭遇する。在宅での協働で最も有効なのは、訪問歯科医を依頼し、なおかつ歯科衛生士の専門的口腔ケアも依頼することである（現在の制度では、医療保険でも介護保険でも歯科衛生士の訪問による口腔ケアは月4回まで可能である）。定期的な専門的口腔ケアまでは導入できなくても、関連職種が口腔ケアの方法やタイミングについて共有する機会が持てて、シームレスに実施できれば食支援全体の大きな力となる。

## B. 管理栄養士との協働

現在の栄養状態や食事状況の評価、適切な食形態と食の提供法の選択、食材の選び方や調理方法の相談と伝達、食介助の方法の統一など、食に関わるどのようなことから、管理栄養士への相談が最も有効である。なかでもさまざまな条件を勘案して、患者本人・家族にあった栄養ケアを提案できるのは、在宅で「訪問栄養食事指導」を行っている管理栄養士である。まず、近くに相談できる管理栄養士

がいるかどうか知ることが大切で、知り合いの管理栄養士がない場合、地域の栄養士会に尋ねてみることを推奨する。日本在宅栄養管理学会のホームページ (<http://www.houeiken.jp>) も参考になる。

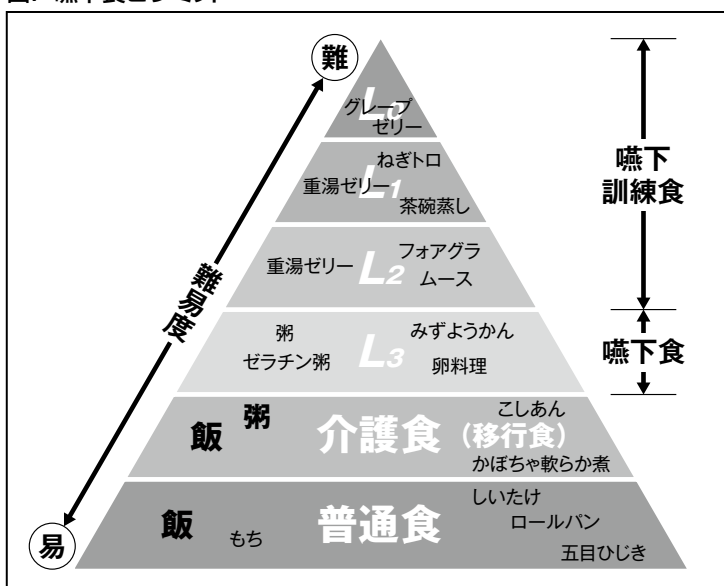
他職種との共通言語のための参考資料として、金谷節子の「嚥下食ピラミッド」を提示する（図）。これは、すべての食事を摂食・嚥下の難易度に基づいて、普通食から嚥下食までの6段階のレベルに分類し、各レベルごとの食物形態の物性条件を基準化することで、品質管理を行うもので、たいへん普及している。摂食・嚥下リハビリテーション学会の「嚥下調整食学会分類 2013」 ([http://www.jsdr.or.jp/doc/doc\\_manual1.html](http://www.jsdr.or.jp/doc/doc_manual1.html)) も対照することを勧める。

（古屋 聡）

### 《引用文献》

- 1) 若林秀隆：リハビリテーション栄養・サルコペニア（筋減弱症）  
<http://rehabnutrition.blogspot.jp/2013/12/20132.html>
- 2) 古屋聡：栄養面でのケア。今日の治療指針 2015年版、医学書院、1479、2015。

図. 嚥下食ピラミッド



（嚥下食ドットコム <http://www.engesyoku.com>）