

講演『摂食嚥下機能障害と食形態』

講師 大阪大学大学院歯学研究科
高次脳口腔機能学講座顎口腔機能治療学教室
准教授 野原 幹司先生



＜ドライマウス＞

ドライマウスは、シェーングレーン症候群でも唾液が出なくなるが、最も多いのが薬の副作用によることが多い。次いで多い原因がストレス(緊張)によるもの。

＜医療の現状、人口動態＞

栄養士の役割＞

2020年代の高齢者の増加に合わせて、栄養士も認知症や脳卒中のことを知って栄養の事を語る栄養士であるべきである。

＜脳卒中患者、嚥下調整食＞

現在の嚥下リハビリテーションのエビデンスは回復期のものがほとんどであり、嚥下調整食を考える時、どのステージのエビデンスがあるかを考える必要がある。維持期・回復期では、訓練しなおすというよりはその機能に合わせた食事を支援していくことが大事である。

＜増えつつある認知症＞

認知症患者さんは摂食嚥下訓練を行えないため、機能に合わせた食事を考えることが大事になってくる。言語聴覚士に任せればよいというのではなく、栄養士が嚥下機能を評価し、できなければ言語聴覚士と医師と相談して食事を考えていく。食事形態は栄養士が決定していく。

＜嚥下5期＞

先行期・準備期・口腔期・咽頭期・食道期からなり、栄養士が一番介入できる大切な段階は先行期と準備期である。

＜先行期＞

先行期にできる支援は、高齢者は白内障が多いことから見えやすくするだけで喫食率が変わってくる。脳卒中(左麻痺の場合)に起きる販促空間無視の場合は、左側だけ食べられていないということがあるため残った分を右側にするとまた食べ始める。左から話しかけても反応しない患者さんに対しては右から食事介助を行う。先行期が障害されている(意識レベルが低下している)患者さんに対して必要なことは目覚めてもらうことが大事で、声掛けは大事な支援である。意識レベルが低下すると誤嚥するが、喉の異常ではない。意識レベルが低下すると多職種で考えるとよい。食前に口腔ケアをすることは目覚めるのによい支援である。食前に嚥下体操をする施設もある。

＜アルツハイマー患者に対して＞

記憶障害、空間認知障害に対する支援とし

て、食事途中で止まっている場合、食器をもたせてあげるということがとてもよい支援になる。また見当識障害や食事場面がわからなくなる場合は、声掛けの支援が必要である。空間認知障害があるとエプロンの花柄が立体的に見える、注意障害によってそればかりが気になるため、エプロンや食器の模様はないほうがよい。白い器と比較し黒い器はご飯が見えやすい。また注意障害は一点食いになり三角食べができなくなる。また情報処理能力の不足から、一度に食事が出されるとどれを食べていいのかわからなくなるため、1品ずつ提供すると集中して食べられる。提供方法で喫食率が変わってくる。嗜好の問題は大きいこともあり、それに対する支援も必要である。濃い味でないとわからない味覚障害もある。また嗅覚障害がある時には、酢や風味をつけて提供するのもよい。また嗜好が甘いものに偏ることがある。甘いもので栄養バランスのよい食事を考える。栄養剤が丁度よい甘みである。手づかみ食べになるのでそれに合わせた食事支援になる。

＜準備期＞

食塊形成とは、食べ物を食べやすい形状にまとめることを言う。食塊形成できない人はのみ込めない。唾液でコートして一塊にする。嚥下では重要である。刻み食を誤嚥するのは食塊にならないためである。あんかけにするのは唾液でコートできない人に対してあらかじめあんんでコートして一塊にするためである。口の機能を考えた食事支援をすることで誤嚥を防ぐことができる。唾液が出ない人に対しては米飯でなく粥をすすめる。シェーングレーン症候群の患者に対しては、お茶を飲んで食べる、汁物をつけるなどの工夫が必要。奥歯がないと食塊形成ができないため窒息頻度が高いといわれている。入れ歯が合わない人は食塊形成ししやすい食事にする。口腔機能にあった食事になっていないと誤嚥する。入れ歯の人が苦手なものは、固いもの、弾力あるもの、粒のあるもの、粘着性のあるもの、それ以外に意外と知られていないものに繊維の多いもの・薄いもの(海苔、葉野菜、しいたけ)がある。

＜第三世代の栄養士＞

入れ歯についての知識も必要。入れ歯がなくても食塊形成できる人もいるので歯科医師との連携や多職種とディスカッションするなど、真摯に臨床をする。患者を診る、ベッドサイドにいく第三世代の栄養士を目指してもらいたい。

(文責 医療 住井諭美)