

講演「摂食嚥下障害と 低栄養に関する最近のトピックス」

講師 愛知県医科大学栄養治療支援センター 特任教授
国立長寿研究センター 老年内科 客員研究員 前田 圭介先生

●新しい摂食嚥下障害モデル●

従来、摂食嚥下障害の原因として、脳卒中、神経難病、認知症が主に挙げられていたが、高齢者の嚥下障害は、約6割がサルコペニアによるものとなっている。上腕筋量は舌の厚みと、骨格筋量は舌圧と関連しており、サルコペニアであれば、嚥下関連筋力も低下しているといえる。特に入院中は筋肉量減少が起こり、嚥下障害の発症に繋がりやすい。サルコペニアの嚥下障害は、その他の原因によるものに比べ予後不良であるとされている為、サルコペニア高齢者に対する舌圧測定や嚥下エコーを行う等の早期介入が重要となる。この早期介入が適切に行われず状態が悪化した場合、回復には33～35kcal/kgのエネルギー量、1.3～1.5g/kgのたんぱく質量と、多くの栄養量が必要だが、現実的にはそれほどの栄養量の摂取が難しい場合が多い為、予防が効果的である。また、全身の筋量を増加させることで舌圧が増加することが明らかとなっており、口腔内や口腔周囲、姿勢に対してアプローチする従来型の嚥下リハビリだけではなく、全身におよぶ嚥下リハビリ、筋力増加に必要な栄養摂取を行うリハビリ栄養もあわせて取り組むことで予防を図る。先に述べた、脳卒中、神経難病、認知症から起こる摂食嚥下障害と異なり、サルコペニア嚥下障害は予防できるのである。

●GLIM基準低栄養●

低栄養は非常に予後が悪く、低栄養状態の入院高齢者の1年生存率はわずか4割とされている。その為、スクリーニング→アセスメント→診断→栄養ゴール→栄養計画/介入→再評価/モニタリングといった栄養ケアプロセスが重要であり、スクリーニングを行わない場合、低栄養患者を20～30%しか拾い上げられないという結果がある。アセスメント指標で基本と

される筋肉量の評価手法は、機器の使用が望ましいが、難しい場合は身体計測でも可能で、中でも下腿周囲長は筋肉量と相関が高いとされている。低栄養診断の国際基準であるGLIM基準では、表現型（体重減少、低BMI、低筋肉量）と病因（摂取量不足・消化吸収不良、疾患負荷・炎症）の2つを満たした場合に低栄養と診断され、下腿周囲長が男性<33cm、女性<32cm（浮腫、肥満の場合は補正が必要）で低筋肉量の疑いありとされる。また低栄養と診断された場合、重症度分類（中等度または重度）を行うが、これは表現型に含まれる体重減少率、低BMI、筋量減少のいずれかが著しく悪いかどうかで診断する。低栄養診断の実施施設はわずか14%という現状であり、今後全ての入院高齢者に対する栄養ケアプロセス実施が求められる。

●栄養ケアのエッセンス●

低栄養と診断された場合、そこからリハビリ栄養の実践が必要とされる。経口摂取量が少ない場合、重量は変えずに栄養密度を上げる食事強化を行う。特に嚥下調整食は調理過程で薄まってしまうことが多く、全国の病院では平均1300kcal程度となっており、低栄養患者がリハビリを行うには不足している。愛知医大では、マヨネーズや揚げ物等の高カロリーな食品を使用した献立にすることで400kcal増加させることが出来た。他にも栄養指導の実施、ONSの摂取方法の工夫（Sip feeds、Med-Pass）を取り入れ、経口摂取+補完的中心静脈栄養でエネルギー量を確保していく。また食事介助時のスキルアップ（体勢の安定、口腔内の確認、スプーン的位置、ペースの配慮等）も栄養摂取量の増加に繋がるという研究結果があり、これは患者と介助者双方に好評な為ぜひ取り入れていただきたい。

（文責 医療 林奈緒美）