

“口から食べる”を支援しよう!

～高齢者の食べる力を引き出すアプローチ～



江頭 文江さん(地域栄養ケアPEACH厚木代表)
静岡県立大学短期大学部食物栄養学科卒業後、聖隷三方原病院栄養科にて嚥下食の研究や摂食・嚥下障害者への栄養管理を行う。2000年管理栄養士による地域栄養ケア団体「ピーチ・サポート」を設立。2003年4月より「地域栄養ケアPEACH厚木」に改称。摂食・嚥下アドバイザー、管理栄養士。

食事は、空腹や栄養だけでなく、心も満たすものです。また、食べる行為は脳を活性化し、ADLを向上させて日常の活動量を増やすことにつながるなど、単に栄養摂取にとどまらず、それ以上の意味を持つとされています。しかし、摂食・嚥下障害により食を楽しむことをあきらめたり、逆に毎日の食事が苦痛を生み出しているケースさえ少なくありません。

ここでは安全に食べるためのアプローチと“食べる力”を引き出す

具体的な支援方法について、地域栄養ケアPEACH厚木(神奈川県厚木市)代表の江頭文江さんにお聞きました。

口から食べることの意義

食べることは、単なる口腔や咽頭という体の一部のみの問題ではなく、食べ物であることを脳で認識し、上肢を動かして食べ物を口元まで運び、口の中に入れて咀嚼し嚥下することであり、健常なときと同じように座って食べるためには体幹の安定も必要であるなど、まさに全身活動であると言えます。したがって、食べることは生活活動としても重要であり、生活リハビリテーションの1つであると考えられます。

また、食べることは栄養を補給するのみならず、食欲を満たし満足感を得ると同時に、介護者側から見れば「自分のつくったものを食べてくれている」という喜びや介護に対するモチベーションにもつながります。

在宅における摂食・嚥下へのアプローチ

●アセスメント・評価

摂食・嚥下機能をアセスメントするときには、食事の場面だけでなく食前、食後にも評価が必要です。表1に摂食場

面の違いによる評価項目を挙げました。全身状態や高次脳機能、気道のクリアランス、口腔内の状態、体幹・姿勢、体力(疲労度)といった項目を食前から食後までを通じて観察するほか、それぞれの段階で特異的に観察すべき項目があります。食事中に痰がごろごろしていると気づいたとき、食前から痰がごろごろしているのにそのまま食べてしまったのか、食事を食べたことによる影響で痰が増えているのか、食前・食事中と分けて評価しないと適切な判断ができないことが1つの例です。

ともすれば“食べること”ばかりに目が行きがちですが、誤嚥したときに異物を「自力で喀出できるかどうか」ということも同時にアセスメントしなければなりません。安全と考えられる食べ物をどんなに技術のある人が食べさせても、その人が誤嚥をするリスクが全くないというわけではないからです。

厚木福祉医療連絡会の摂食・嚥下部会では「摂食・嚥下機能評価シート」を作成し、地域で共通で使用している評価シートとしています。このシートはその人の全身状態を見たいうえで、摂食・嚥下機能と食事のアセスメントができるようになっています。シートはホームページからダウンロードできます。

<http://www.ohisama.tv/care/swallow/index.html>

●在宅における目標の設定

摂食・嚥下リハビリテーションのゴールは、必ずしも3食とも経口摂取できるようになることではありません。また介入することですべての人が改善するわけでもありません。在宅医療では、介護力や理解力、経済力などの環境因子(表2)が家庭ごとに大きく異なります。ですから理想と考えるリハビリテーションを行うことが困難な場合もあります。1人1人全身状態と環境因子を合わせて評価し、可能性に向かって手段を講じます。どのような患者でも誤嚥をするリスクはゼロではありませんから、リスクを持っている中でアプローチ方法、目標を設定する必要があります。

また、リハビリテーションを行うときに注意すべき点ですが、居宅は生活の場であり、訓練の要素が強くなりすぎないようにしたいものです。訓練を生活の中に取り入れ、普段の食

表1. 摂食・嚥下機能のアセスメント表

	観察項目	食前	食事中	食後
共通項目	全身状態	覚醒状態(JCS1桁)、栄養状態、体温・呼吸・脈拍・血圧等、食事中は特にSpO ₂ の変化		
	高次脳機能	言語・記憶・認知		
	気道のクリアランス	声の性質(湿性嘔声)、呼吸音、咳嗽・むせ、鼻汁(含:鼻逆流)の有無		
	口腔内の状態	残渣量やその位置、分泌物の状態、食前ではさらに衛生状態、歯牙・義歯の状態、舌苔や口腔乾燥の有無		
	体幹・姿勢	普段どんな姿勢をとっているか、頸部筋の過緊張はないか、誤嚥しない姿勢の調整、安定した姿勢の継続性		
	体力(疲労度)	疲労度、持久力、さらに食事中は食事時間の延長		
特異項目		嚥下器官の評価(形態・運動性・知覚) 流涎の有無 喉頭挙上・嚥下反射 唾液の誤嚥の有無 随意的な咳の有無 等	摂食・嚥下機能の評価(捕食、咀嚼・攪拌、食塊形成、嚥下)食事のペース一口量	
		食べる意欲	食べ方、食事介助方法 食具 食事内容(嗜好)	食後の満足度

江頭文江:最期まで口から食べることを支援するために、訪問看護と介護9(12):904, 2004.

表2. 在宅医療における環境因子

- ①年齢：暦年齢よりもむしろ身体機能年齢を重視
- ②性別：被介護者が女性で介護者が男性の場合、食介護上は不利
- ③理解力：本人の理解力のみならず、介護者の理解度も重要
- ④経済力：本人の収入以外に家族構成や生活環境の影響あり
- ⑤社会的支援：本人や家族の受け入れやケアマネジャーの理解、要介護度による量的問題

江頭文江:最期まで口から食べることを支援するために、訪問看護と介護9(12):906, 2004.

事のリスク管理として位置付けし、「おいしく楽しく食べる」ことを念頭に置いたかかわりを目指します。

「おいしく楽しく食べる」ために

実際に支援をする前に、可能であれば身近な人と食事介助の練習をすることをお奨めします。お互いに、食べさせる側と食べさせられる側の両方を経験してみます。頭では食べさせ方を理解していても、実際にやってみると予想外に不快と感じることを行っているケースがあります。

●スプーンの運び方

金属製のスプーンの場合、歯に当たると不快に感じますから、口の中では動かし過ぎないように注意します。スプーンを引くときには、上方向に引かないように注意します。あごが上がることで、飲み込みにくくなり誤嚥につながります。また、スプーンをひっくり返して口の中に食べ物を置いてくることは避けます。口唇を閉じ、上唇で食べ物を取り込むように促しながら、スプーンを引きます。

また一口量ですが、多ければむせや誤嚥につながりますし、少なければ飲み込みにくくなります。一口量の適量は人それぞれ異なることも理解しておきましょう。多くの場合、注意していても食事介助の後半になるとついつい一口量が増えがちです。このような場合はスプーンの大きさを小さくすることで対応します。

●口の中の残留物

麻痺がある人は、麻痺側のほおに食べ物が残りやすいものです。口の中に残ったものを、介護者が指を入れてかき出すケース

がありますが、だれでも口の中に指を入れられることは不快です。口の中に残らないように、ほおを押してたまっているものを口の中央に戻したり、舌の動かし方を指導するなど、残留をなくするための方法を考えます。

●「ばっかり食い」に注意

自分が食事をしているときには、いろいろな味を代わる代わる食べています。しかし、食事介助のときには、つい「ばっかり食い」をさせてしまっていることがあります。同じ味が続くことの不快感も一度味わっておきたいものです。

“食べる力”を引き出すアプローチ方法

具体的なアプローチ方法は、人それぞれ何を選択するかが異なりますから、まずはいろいろな方法を知っておき、試してみることが必要です。もちろん、やってみて失敗することもあります。根気よくアプローチしたいものです。

●まずは咽頭残留の気づきから

咽頭残留があるかどうかは、喉の中を直接見ることはできませんから、呼気音から判断します。咽頭に残留があると、呼気が残留物にあたり呼気音が揺れます。最初はとても小さな音ですが、その段階で気づくことが大切です。介護者も本人も、残留があることに気づかずに食べ続けてしまいがちですが、気づかないとその後大きなむせにつながってしまいます。看護師がその変化に気づき、介護者や本人に聞いてもらったり、本人に咽頭残留があるときの感覚を感じてもらいます。その感覚を覚えてもらったら、気づいたときに一

表3. 嚥下食の考え方

- ①食塊としてまとまっている(またはまとまりやすい)
- ②流動性が強くなく、適度な粘性がある
- ③咽頭通過に際し、変形性がある
- ④口腔や咽頭でバラバラになりにくい(凝集性)
- ⑤味・香りがしっかりしている(味覚・嗅覚などを刺激)

江頭文江：最期まで口から食べることを支援するために、
訪問看護と介護9(12):908,2004.

度喀出してから食べるように促します。こうすることで大きなむせにつながらずに食べられるケースがあります。

また、痰がごろごろしていると、すぐに吸引するケースも見受けられますが、それではその人自身の咳嗽力、すなわち「自力で喀出する力」を引き出すチャンスを逃してしまうこととなります。できるだけ自力で分泌物を上まであげるように呼吸介助などのアプローチをして吸引したり、口腔用ブラシなどを使って取るようにします。また、呼気を出すようにすることで咳嗽力はついてきますから、しっかりと呼吸する力を付けながら同時に安全に食べる方法を探っていくことが必要です。

●姿勢を整える

不安定な姿勢のまま食事をすると、むせにつながりやすいものです。ベッド上であっても股関節や膝関節を軽く曲げ、頸部や体幹を安定させます。頸部が後屈していたり、緊張していると嚥下しにくくなりますから、マッサージでリラックスさせ、後屈しないように注意します。リラックスし、安定した姿勢を食事中から食後まで維持できるように工夫します。

●おなかやすいているときに食べさせとき

おいしく食べてもらうには、単純に時間が来たから食事をするというのではなく、本人が「おなかやすいたから食べたい」と思っているときに食べることが大切です。また、高齢者の場合、エネルギーをはじめ、タンパク質、ビタミン、ミネラルなど栄養素が不足しがちですが、特に食物繊維不足は便秘異常につながる 경우가多くあります。腹部膨満感を感じると食べられなくなることもあり、排尿・排便の状況も把握する必要があります。

●五感で食べ物を感ずる

味付けは「高齢者は高血圧が多いので薄味に」という考えに陥りがちですが、必ずしも薄味にする必要はありません。高齢になると味覚が低下してきますから、おいしく食べるためには味付けにめりほりをつけるの

が良いでしょう。逆に食事が少なく、薄味なことから塩分が不足し、低ナトリウム血症となってナトリウムが処方されているケースも見受けられます。こうした場合には、ナトリウムの代わりに食事に梅干を1個加えたり、味付けで調整をして、食事から塩分を摂取する工夫をしましょう。

食べ物が口に入ったことを認識するための刺激には、味のほか、口の中に入ったものの重さ、食感、温度、香り、見た目など五感が関与します。例えばトマトをミキサーにかけるとふんわりとしたムース状になり、こうした軽い口当たりのため口に入ったことが認識できない人が、おかゆやおじやなど重みのあるものを口に入れると認識できることがあります。また温度は、冷たいものの方が飲み込みやすく、温かいものは60℃程度がよいと言われます。これは、体温と差がある方が認識しやすく反射が引き出されるためです。

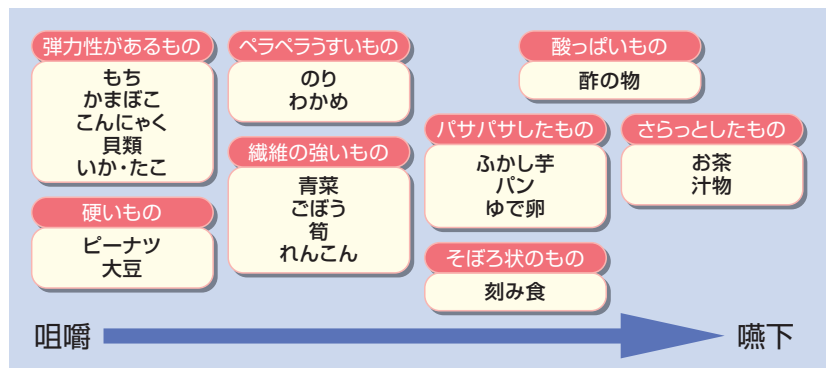
個人の嗜好に合わせたものを提供することも当然必要です。このとき注意したいのは、脳梗塞などの発症前後で嗜好は変わることがあるということです。介護者から発症前の情報を聴き取るだけでなく、いろいろな味を試してみて、表情などをうかがいながら好みの味を探っていくことも大切です。

●食物の形状、形態の工夫

摂食・嚥下の障害の程度に応じた食形態で食事を提供するのには有効な方法です。しかし家庭では、嚥下に適した食形態(表3)に合わせることは、手間がかかり困難な場合が多くあります。

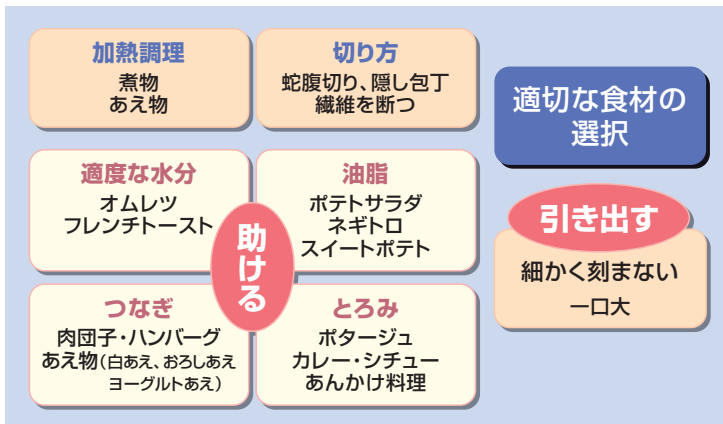
安全に咽頭を通過させる食事をつくるには「食塊」を意識します。口の中で1つの塊としてまとまって、流動性が強くなく、適度に粘性があって、咽頭通過の際に変形するものが飲み込みやすいと言えます、プリンやゼリーは適しています。しかし、一口にゼリーと言ってもゼラチンゼリー、寒天ゼリー、こんにやくゼリーとさまざまですから、市販のゼリーを使用する際には必ず試食をして物性を確認しましょう。

図1. 咀嚼・嚥下しにくい食品



地域栄養ケアPEACH厚木

図2. 調理上の工夫



地域栄養ケアPEACH厚木

軽度者への調理のポイントとしては、大きさにこだわるのではなく軟らかくすることを念頭に置きます。食べるメカニズムは、まず前歯で噛み切り、奥歯ですりつぶした後、飲み込みます。すりつぶさないと飲み込むことはできません。口の中で噛みやすいのは、適度な厚さ、大きさがあって、軟らかいものです。歯に当たる面積が大きいほうが噛みやすいので、ちょうど一口大ぐらいが噛みやすいと言えます。刻み食は摂食・嚥下を助ける形態ではありません。刻み食は刻んで細かくしてあるだけで、食物を「すりつぶす」作業を補助していないため、どんなに細かく刻んでも、一粒一粒が硬ければすりつぶすことは不可能となります。また細かな粒

は歯に当たりにくいので、すりつぶしが不十分で食塊とならずに、ばらばらのまま飲み込むことになりかねません。ある程度の大きさのものが口の中に入ると必ず噛もうとします。適度な大きさの食物を食べることは噛む動作を引き出すことにもつながります。

咀嚼・嚥下しにくい食品を図1に挙げました。こういったものは調理過程で工夫します(図2)。

●**嚥下の助走——噛む動作を引き出す援助**

嚥下しやすくするためには、「嚥下のための助走」が必要になってきます。嚥下反射は噛んだ後に起こりますから、「噛む」動作を引き出すことが大切です。

奥歯で噛むことは口角を引くことにつながり、嚥下は口角を引きながら行うと飲み込みの力が強くなります。「もぐもぐ噛んで笑ってごっくん」という流れで、奥歯で噛み、笑って口角を引きながら飲み込むとよい嚥下が引き出せます。咀嚼から嚥下までの一連の流れを意識しながらかかわりましょう。

●**摂食・嚥下リハビリテーションで忘れてはならないこと**

食事はおいしく食べることが基本であり、重要なのは食べる意欲があるかどうか、たとえ一口、二口であっても食後満足感が得られたかどうかということです。食べた後に「おいしかった。食べられてよかった」と思ってもらうこと、次のステップへの期待が持てることがリハビリテーション継続の鍵となります。

こんなときどうする

.....回答者:江頭 文江さん

Q 嚥下食をつくる際、歯ごたえや飲み込みやすさなどを調整するのに、とろみ調整食品を用いますが、種類や素材などが多種多様でどれを使ってよいのか迷ってしまいます。とろみ調整食品を選択する際の考え方や基準を教えてください。

A とろみ調整食品を選ぶ際には、使用時のとろみのきれ、口腔内や咽頭内に残存するような食感の有無、色や味・香りの変化などさまざまな要素があります。在宅では、価格や使い勝手(分封タイプか多容量か、粉末か液体か)なども大切です。

とろみ調整食品は、主原材料がでんぷんのものと増粘多糖類(グアーガム、キサンタンガムなど)のものがあります。グアーガム系は添加量が少なくもとろみが付き、牛乳などでもしっかりとろみが付きます。汁物のとろみ付けやブレンダー食、ピューレ状食品に添加して型抜きする場合に適しています。キサンタンガム系は、透明性に優れ、無臭で付着性が少ないですが、一部の改良された製品を除き牛乳・濃厚流動食に対してとろみが付きにくいという特徴があります。低濃度のとろみ付けに適していて、透明感があることから、飲料のとろみ付けやあんかけに向いています。

とろみの調整に当たっては、一口に「とろみ」と言っても1人1人抱くイメージが全く異なることに注意しなくてはなりません。例えば、病院で

はとろみ加減を「はちみつ状」、「ポターージュ状」などと感覚で決めて呼んでいるため、施設ごとにとろみ加減は異なります。また、とろみ調整食品は、どんなに優れたものでもある程度の濃度になると、べたべたして口腔や咽頭に残留してしまいます。そうすると、咽頭への流入速度を遅くして嚥下のタイミングを計るという、とろみ調整食品を使用するメリットがなくなり、逆に誤嚥リスク要因になってしまうのです。そのような場合は「とろみ」にこだわらないでゼリーを勧めることもあります。噛む力の弱い人にはゼリーを崩しながら与えることもあります。手軽なゼリータイプの栄養補助食品を利用してもよいでしょう。同じように見えても、とろみ調整食品とゼリーではべたつき感、付着性が全く異なります。まずは自分で食べてみて、適したものを選択するとよいでしょう。