

フレイル・サルコペニアと摂食嚥下障害 歯科医師の立場から

東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 老化制御学系 口腔老化制御学講座高齢者歯科学分野

戸原 玄

“老人の友”と呼ばれる肺炎を直接引き起こす摂食嚥下障害は外部からの観察が難しい。超高齢社会である日本では、肺炎による死亡数は昨年度3位となった。その原因は人口の高齢化により誤嚥性肺炎が増加したためではないかと考えられている。誤嚥は摂食嚥下障害により起こるが、その状態を正確に把握するためには精査が必要になる。しかし、全ての患者に対して検査環境が整っているとは言いがたいのが現状であり、特に通院できない患者への対応を困難としている。

摂食嚥下障害への対応の第1歩は職種間で共有すべき知識をもつことにあり、ここには問診・診察・スクリーニング・精査・そして訓練的な対応への知識にあわせて、一連の専門用語の理解が不可欠となる。そのような知識を一通り得た上で医療連携チームの編成を考えてゆくことが大切であるが、何をおいても患者の発掘が重要な視点となる。現在の日本では摂食嚥下の評価に長けた人材が不足していることに加えて、DPCおよび療養病床の削減などの影響により、何らかの原因により摂食嚥下機能が低下した患者に対して、入院中にリハビリテーションを十分に行うことができないまま退院もしくは転院するケースが多い。嚥下障害が残存している状態で在宅へ移行する患者が多いが、その先で何も行われなくなる、もしくは退院時の状態が永続的なものとされて対応を続けられるのが問題なのである。極端な表現をすると、食べる機能についてのリハビリテーションが中途なまま退院を余儀なくされているのに対し、退院後、“ただそのまま”になっている患者が多いのである。

特に今後の日本においては訪問診療が必要とされる場面、地域が増加することは想像にたやすいが、そういった場面で食べることを真剣に評価してリハビリの場面に乗せることが重要である。視点としては地域リハビリテーションといえる。我々の過去の調査による

と、食べる機能があるにもかかわらず経管栄養のままにいる患者や、食べる機能が低下しているにもかかわらず普通の食事を摂取している患者が多かった。摂食・嚥下リハビリテーションを考える際の視点としてフレイル・サルコペニアを予防するリハビリテーションという視点のみならず、退院後安定した生活を送るにあたって栄養摂取方法を見直すという視点が重要なのであり、改めて地域での連携が重要になる。

今回は過去に行った胃瘵に関連する調査の内容も含め、さらに現在厚労化研にて進行中である地域連携の研究班で行っている摂食嚥下関連医療資源マップ (<http://www.swallowing.link/>) などとも紹介しつつ経口摂取を支えるためにできることを考えてみたい。

■略歴

- 1997年 東京医科歯科大学歯学部歯学科卒業
- 1998～2002年 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科老化制御学系専攻高齢者歯科学分野大学院
- 1999～2000年 藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学講座研究生
- 2001～2002年 ジョンズホプキンス大学医学部リハビリテーション科研究生
- 2003～2004年 東京医科歯科大学歯学部附属病院高齢者歯科 医員
- 2005～2007年 東京医科歯科大学歯学部附属病院高齢者歯科 助手
東京医科歯科大学歯学部附属病院摂食リハビリテーション外来 外来医長
- 2008～2013年 日本大学歯学部摂食機能療法学講座 准教授
- 2013年～ 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科歯学系専攻老化制御学講座高齢者歯科学分野 准教授