

# 要介護高齢者へのQOLを意図した包括的食支援

小山 珠美<sup>†</sup>第76回国立病院総合医学会  
2022年10月7日 於 熊本

IRYO Vol. 78 No. 1 (35–38) 2024

## 要 旨

誤嚥性肺炎は要介護高齢者の心身が衰弱した状態でおこる全身疾患であることから、人生の最期まで食べ続けられるQOLへの支援が求められる。そのためには、不必要な絶飲食を避け、早期に経口摂取が開始できるような包括的支援のシステム作りが必要である。筆者らの研究では、急性期医療で入院した誤嚥性肺炎患者に対して、チーム医療体制を整え、食事介助技術のスキルアップ等による早期経口摂取開始を行った結果、在院日数短縮や退院時の経口移行率増加などの成果を得ることが示唆された。

その背景要因として、看護師が口腔ケアや姿勢調整などのケアを充実させ、解熱を見計らって医師と調整しながら経口摂取をより安全に開始したことや、リハビリテーション担当者と連携し早期離床を図ったことなどが、3食経口摂取までの期間を短縮し、退院時経口摂取に移行できる背景要因となっていたことが推察された。

また、要介護高齢者はすでに食べる機能が低下していることから、QOLを勘案した包括的評価を多面的に多職種で行っていく必要があり、KTバランスチャートを推奨する。困難や不足な点のみではなく、良好な面や強みを引き出し、人生の最期を人工栄養のみで寝たきりとなって過ごすことがないよう、口から食べる支援をしたいものである。

以上のことから、本稿では、超高齢社会に生きる要介護高齢者のQOLを意図した包括的食支援について紹介する。

キーワード：誤嚥性肺炎、要介護高齢者、QOL、包括的食支援

## はじめに

本邦は高齢化率が加速し、平均寿命も伸びているが、多死社会でもある。2020年の死因においては、がん、心疾患に続き、第3位は老衰であり、老衰および誤嚥性肺炎の死亡率が増加している<sup>1)</sup>。いずれ

も背景には摂食嚥下障害に関連した併存疾患を多数有している要介護高齢者であり、超高齢社会がもたらす逆らえない命の摂理といわざるを得ない。本稿では、誤嚥性肺炎や認知症を有した要介護高齢者の食べる幸せを守るためのQOLを意図した包括的食支援について述べさせていただく。

NPO法人 口から食べる幸せを守る会 / JA神奈川県厚生連伊勢原協同病院 看護部（摂食機能療法室）<sup>†</sup>看護師  
著者連絡先：小山珠美 NPO法人 口から食べる幸せを守る会 / JA神奈川県厚生連伊勢原協同病院 看護部（摂食機能療法室）  
E-mail : koyama.taberu.s@gmail.com  
(2023年1月13日受付 2023年4月14日受理)  
Comprehensive Food Support with the Intention of Quality of Life for Elderly People in Need of Care  
Koyama Tamami Isehara Kyodo Hospital  
(Received Jan. 13, 2023, Accepted Apr. 14, 2023)  
Key Words : aspiration pneumonitis, Care for the Elderly, quality of life, food support included

## 1. 誤嚥性肺炎患者の背景からみる課題と対処

誤嚥性肺炎患者は、ADLや認知機能が低下している要介護高齢者が多く罹患する全身疾患である<sup>2)</sup>。この疾患は呼吸器や摂食嚥下機能だけでなく全身の機能低下により引き起こされる疾患である。老衰の過程で発症し、誤嚥性肺炎を繰り返しながら終末期を迎えるとされている。そのため、加齢とともに病状悪化、肺炎の再燃、サルコペニア悪化、併存疾患の病状悪化などをきたし、治療が困難となり、非経口栄養であっても誤嚥性肺炎を繰り返すことになる。いわゆる終末期肺炎と理解したほうがよいだろう。

## 2. 誤嚥性肺炎患者のチーム医療による早期経口摂取開始の有効性

一般的な急性期医療では、誤嚥性肺炎患者に対して抗菌剤投与や酸素療法などに加えて、とりあえずの禁飲食が施されがちであるが、この初期対応が経口摂取再獲得の可能性を摘み取り、廃用症候群を引き起こしている大きなトリガーになっているのではないだろうか。要介護高齢者の食べる幸せを担保するためには、絶飲食の期間を最小限とし、治療に加えて、包括的ケアの充実、老衰などの倫理的側面を考慮した医療、食事介助技術のスキルアップなどが求められる。つまりは、入院早期から安全性に留意した経口摂取を開始し、廃用症候群を引き起こさないような包括的治療、ケア、リハビリテーションが有効であるという考え方が徐々に普及している。

JA神奈川県厚生連伊勢原協同病院（当院）でも、早期経口摂取開始、摂食嚥下チームによる多職種連携、早期退院を目指した包括的介入、安全な食事介助等により、退院時の経口摂取移行者が増え、在院日数も短縮したため研究報告の一部を紹介する<sup>3)</sup>。対象者は誤嚥性肺炎の診断で入院した65歳以上の高齢者380名（入院中の死亡者65名を除く）。平均年齢は85.9±7.0歳、経口摂取開始日（中央値）は3日、在院日数（中央値）は21日、退院時経口摂取は294名（77%）で、以下の知見を得た

### ① チーム医療

多職種による摂食嚥下チーム有無群で比較すると、単変量解析では、入院時A-DROP（重症度評価）、リハビリテーション介入、退院時FOIS（栄養摂取評価）、退院時経口摂取、在院日数に有意差がみられた。多変量解析では、在院日数に有意に関連した因子は、要介

護度、入院前生活場所、チーム医療、入院後2日以内経口摂取開始、リハビリテーション介入、経口摂取開始後発熱、退院時FOIS、退院先で、入院後2日以内経口摂取開始が最も影響していた。

### ② 在院日数の変化

多職種によるチーム医療介入と入院後2日以内の経口摂取開始、また退院時FOISが高ければ、有意に在院日数が短縮していた。

### ③ 退院時経口摂取の変化

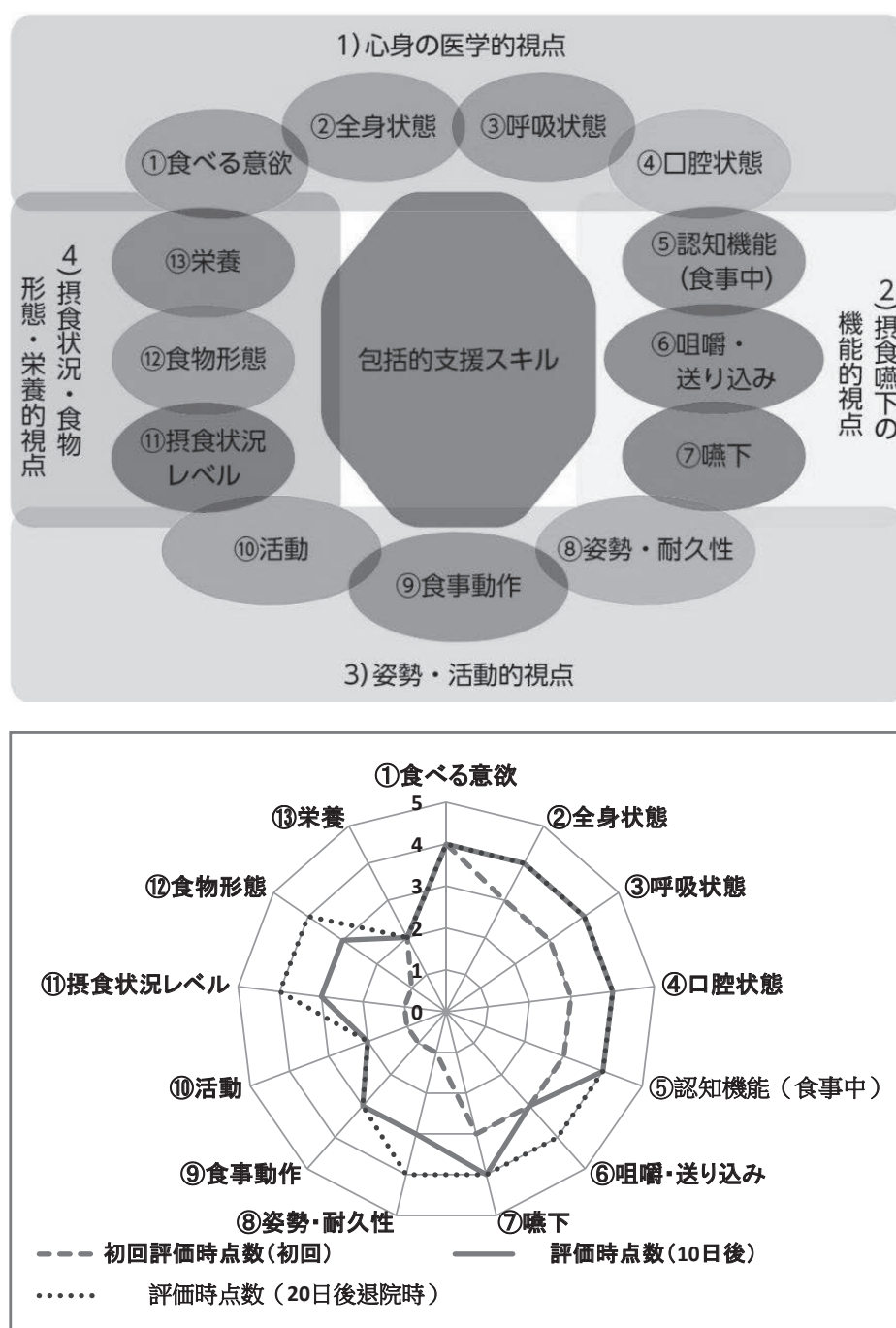
退院時経口摂取の有意な関連因子は、年齢、チーム医療、入院後2日以内の経口摂取開始であった。とくに、入院後2日以内の経口摂取開始はオッズ比が高く、早期経口摂取開始の重要性が示唆された。

### ④ 誤嚥性肺炎のみのDPC（診断群分類包括計画）入院料をチーム医療有無の2群で比較すると、チーム医療無群では平均が68,734点（687,340円）、チーム医療有群では48,385点（483,850円）で、チーム医療有群の方が一人当たり20,349点（203,490円）安くなっていた。

## 3. 入院後早期に経口摂取を開始するための包括的医療チームの有用性

入院後早期に経口摂取を開始すると、絶飲食にするよりも退院時の経口摂取移行率を高め、在院日数を短縮することが明らかになっている。これらのケアや食べるリハビリを実践するためには、看護師・言語聴覚士の早期経口摂取開始と安全な食事介助の技術力が高くなければならない。そのためにも院内教育システムが重要である。

当院では、入院後早期にKTバランスチャート（Kuchikara Taberu Balance Chart）による包括的評価を看護師が行い、医師と連携しながらプロトコルに沿って経口摂取を開始し、段階的にステップアップしていく仕組みを構築してきた。この早期経口摂取開始と段階的ステップアップにより入院1週間程度で3食経口摂取に移行できる患者が増え、栄養や水分が経口から摂取できることで輸液療法期間が短くなり、廃用症候群の予防やせん妄などの認知機能低下を回避することに繋がると考えられた。退院時に非経口栄養であれば、要介護度が高くなる場合が多く、医療費や介護費用が高騰するため、可能な限り経口摂取で退院できるような急性期医療の取り組みが重要である。



13項目を評価指標に沿って1～5点でスコア化し、レーダーチャートを作成する。次に不足な点と強みを抽出し、それらの原因・誘因についてアセスメントしつつ、アプローチの具体的方法をプランする。経過に応じて点数をつけることで変化とアプローチの方向性を多職種で共有できる。

図1：KTバランスチャート<sup>4)</sup>

#### 4. 安全な食事介助技術の重要性

食事は生きる上で欠かせない営みであるとともに、食べる楽しみや幸せなどQOLに直結する命の源といっても過言ではない。しかし、要介護高齢者や摂食嚥下障害者などさまざまな要因により、自分で食事を摂取することができず、他者に頼らざるを

えない患者も多く存在する。食事介助の方法や技術によっては、誤嚥や窒息のリスクが増大したり、食事摂取量の減少につながったりするため、疾患の治療経過において影響が多大である。食べる（飲み込む）力を持っているにもかかわらず、不適切な介助のために誤嚥性肺炎をおこしてしまうと、その後の

経口摂取を制限されてしまうこともある。また、介助による食べにくさにより食事摂取量が減少してしまうことで、栄養状態が悪化し、さらに嚥下機能が低下するという悪循環をきたし、人工栄養に頼らざるを得なくなる場合も多々ある。一方、嚥下機能に合わせた安全な食事介助を行うことで、誤嚥リスクを軽減し、経口摂取を維持することができる。そのため、安全に配慮し、患者の摂取能力を高め、QOLを維持できるような食事介助技術を高めることが重要であり、システムの教育が求められる。

## 5. 包括的評価としてのKT バランスチャート (Kuchikara Taberu Balance Chart) 図1

口から食べることは、生命活動における全身的な活動であり、心身の統合された調和の上に成り立っている。そのため、食べるサポートは、摂食嚥下機能に加えて、QOLを勘案した「生活者としての包括的視点」での評価と支援スキルが必要である。そこで、筆者らはKTバランスチャートを2015年に発表し、2017年には信頼性・妥当性が検証された内容を反映したものにブラッシュアップした<sup>4)</sup>。この評価は、身体侵襲がなく、簡易的であるため多職種で総合的に評価でき、対象者の良好な点と不足な点を抽出した上で、その変化が可視化できるツールになっており、日本摂食嚥下リハ学会でも包括的評価として紹介されている<sup>5)</sup>。

## おわりに

食べる支援の価値は社会的にも認められるようになったが、課題は山積している。超高齢社会で、より幸福に生き抜くためには、本人や家族の希望に沿って人生の最期まで食べ続けられること、どこで

生活していても食べる支援を当たり前にしてもらえる社会的規範の定着というパラダイムシフトが必要である。要介護高齢者へのQOLを意図した包括的食支援が多く医療・福祉で展開されることを期待している。

〈本論文は第76回国立病院総合医学会シンポジウム「多職種で考える超高齢化社会における嚥下障害と誤嚥性肺炎予防－何から始めよう嚥下困難－」において「要介護高齢者へのQOLを意図した包括的食支援」として発表した内容に加筆したものである。〉

## 利益相反自己申告：申告すべきものなし

### 【文献】

- 1) 厚生労働省. 令和2年(2020)人口動態統計月報年計(概数)の概況, 厚生労働省, Accessed Dec. 28, 2022 at. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai20/dl/gaikyouR2.pdf>
- 2) 成人肺炎診療ガイドライン2017作成委員会編. 成人肺炎診療ガイドライン, 東京: 日本呼吸器学会, 2017, p2-166.
- 3) 小山珠美, 若林秀隆, 前田圭介, ほか. 誤嚥性肺炎患者に対するチーム医療による早期経口摂取が在院日数と退院時経口摂取に及ぼす影響, 日摂食嚥下リハ会誌 2020; 24: 14-25.
- 4) 小山珠美編. 口から食べる幸せをサポートする包括的スキル-KTバランスチャートの活用と支援-第2版, 東京: 医学書院; 2018, p12-94.
- 5) 日本摂食嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会: 摂食嚥下障害の評価2019, 日摂食嚥下リハ会誌 2019; 23: 107-36.