

第Ⅳ章 食への支援：栄養管理と口腔^{くわう}ケアの理解

1 高齢者に見られる低栄養の問題

昨今、フレイルや老化に伴う筋肉量の減少（サルコペニア）が問題視されており、これらは低栄養との関連が強いと考えられている。また、地域高齢者では年齢が上がるほど、エネルギー摂取量に加えて多くの栄養素や食品群の摂取量が低下することにより、低栄養傾向者の割合が高くなる。

（表1）高齢者の代表的な低栄養の要因¹⁾

1. 社会的要因 独居 介護力不足・ネグレクト 孤独感 貧困	4. 疾病要因 臓器不全 炎症・悪性腫瘍 疼痛 義歯など口腔内の問題 薬物副作用
2. 精神的心理的要因 認知機能障害 うつ 誤嚥・窒息の恐怖	咀嚼・嚥下障害 日常生活動作障害 消化管の問題（下痢・便秘）
3. 加齢の関与 嗅覚、味覚障害 食欲低下	5. その他 不適切な食形態の問題 栄養に関する誤認識 医療者の誤った指導

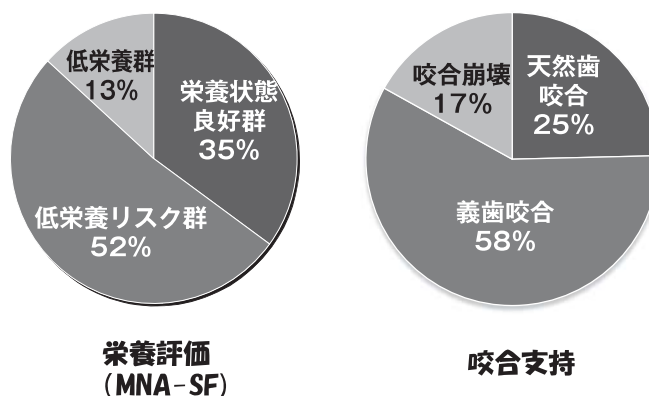
低栄養は、① ADL（日常生活動作 activity of daily life）が低下して寝たきり状態に陥る、②免疫力の低下により肺炎などの感染症にかかりやすくなる、など日常生活や健康状態に悪影響を及ぼす要因となる。特にタンパク質とエネルギーが不足している状態を PEM（protein energy malnutrition）という。

2 咀嚼機能と栄養

咀嚼障害に陥ると、食事に対する疲労感や負担感、嚥^{えん}下困難感につながることから、食物の摂取制限が起こる。たとえば、肉類の摂取を控えると、タンパク質の摂取不足だけでなく鉄や亜鉛などのミネラルや、糖質やタンパク質の代謝に関わるビタミン B 群の摂取不足も招く。また、野菜類やきのこ類など繊維が長く粉砕しづらい食品も敬遠され、ビタミンや食物繊維の摂取不足にもつながる。高齢者には様々な食材、食品を通じて、必要な栄養素をまんべんなく摂取することが求められる。

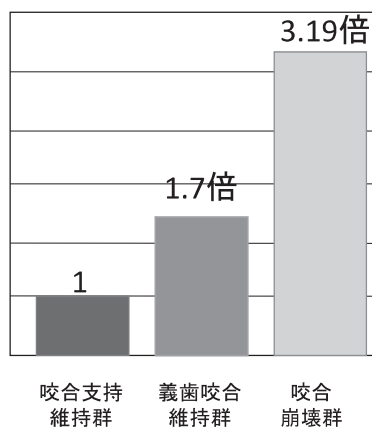
咀嚼機能の低下は、様々な栄養素の摂取不足だけでなく、①窒息、②食道の通過障害、③胃での滞留時間の延長、④下痢や便秘などの消化吸収不良の原因とる。咀嚼機能が低下した場合は、摂取栄養素の不足と消化吸収への負担増を考慮した食事方法を検討する必要がある。一方で、炭水化物を多く含む食品（ごはん、めん類、パンなど）は、咀嚼機能を要することなく摂取が可能のため、咀嚼機能が低いものほど、過体重

となる傾向となる者もみられる。一方で、要介護者高齢者では、歯の喪失が健常高齢者以上に栄養摂取に影響を与える（図1-1、2）¹⁾。地域在住の要介護高齢者に対する調査の結果、咬合関係が残存歯で維持されている群に比べて、義歯で維持されている群は1.7倍、咬合が維持されていない群では3.2倍有意に低栄養となるリスクが高いことが示された。



(図1-1) 居宅要介護高齢者の低栄養リスクと頻度と咬合支持¹⁾

在宅療養中の高齢者のうち65%が低栄養または低栄養リスクを示した。また、75%が天然歯による咬合支持を失っており、そのうち1/3が義歯によっても回復されることなく咬合支持の崩壊状態であった

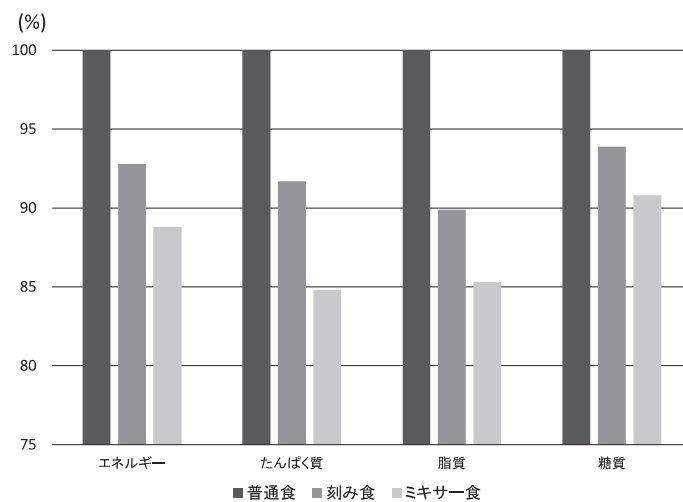


(図1-2) 低栄養リスクと咬合支持の関係
在宅療養中716名の要介護高齢者に対する調査¹⁾

咬合支持維持群に比べて義歯咬合維持群は、1.7倍、さらに、咬合崩壊群は、3.19倍低栄養リスクが高かった

3 摂食嚥下機能と栄養

摂食嚥下障害により、栄養摂取にかかわる摂取食品の量と質が変化する。摂食嚥下障害によって、1回の食事に摂取可能な食事の量が制限される。これは、1回嚥下量の低下や一口あたりに要する嚥下回数の増加が原因し、随伴する注意障害や認知期の低下によっても影響を受ける。また、摂取可能な食事の種類や食事のテクスチャーが制限される。摂食嚥下障害患者は、流動性の高い食品に対して誤嚥のリスクが生じ、一方で、咀嚼を必要とする食品の摂取が困難となる。また、粘着性の強い食品に対する口腔残留や咽頭残留は窒息のリスクを高める。これらを背景に小さく刻む、加水してミキサーにかける、半固形食品を混和する、ミキサー後にゼラチンなどで固めるなどが必要となる。このような食形態の調整は、嚥下にとって好都合となるが、摂取栄養量の観点からすると、その栄養量を大きく低下させ、低栄養のリスクにさらされる(図2)²⁾。



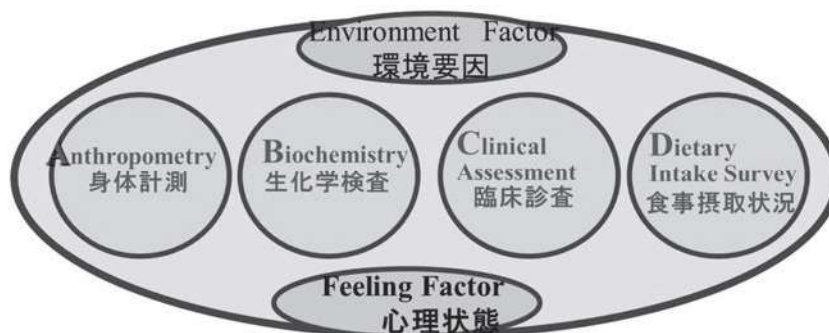
(図2) 普通食に比較して食形態によって各種栄養量は低下する文献²⁾より、通常の形態を持った普通食に比較して、刻み食やミキサー食におけるエネルギー、たんぱく、脂質、糖質の割合を示している

摂食嚥下障害患者の低栄養の原因

1. 栄養摂取にかかわる摂取食品の量が減少する
2. 摂取可能な食品の質が変化する
 - 1) 加水などによって食品の容積が増加する
 - 2) 混和する半固形化剤（とろみ調整食品）によって食品の容積が増加する

4 栄養アセスメント

低栄養の早期発見・予防には、栄養アセスメントを行って栄養状態を評価することが必要である。歯科医療においてはできる限り簡便、非侵襲的なうえに正確であることが望ましい。高齢者の栄養状態は、その経済状況や介護力など環境因子に多大な影響を受ける。さらには、老人性のうつによる食思不振や認知症による食行動の変化など、心理的因子によっても大きな影響を受ける。それゆえ、栄養アセスメントには、身体計測、生化学検査、臨床診査、食事摂取状況調査などの方法に加えて、栄養状態に強い影響を与える環境要因や心理状態を評価する必要がある（図3）。



（図3）栄養アセスメント
身体計測、生化学検査、臨床検査、食事摂取状況から判断する。
環境因子や、心理状態の影響を受けるため、これらの項目のアセスメントも重要となる。

1) 客観的栄養評価法

栄養アセスメントの一般的なものには、血清アルブミン値（ALB）、総リンパ球数（TLC）、コレステロール値、BMI（Body Mass Index）、体重減少率が用いられる（表2）。栄養評価を行うに当たっては、体重を基本としたBMIや体重減少率が簡便で使用しやすい。BMIは身長で補正した静的な栄養状態の指標であり、一方体重減少率は、ある一定期間に生じた体重の増減を捕らえており、動的な指標である。

（表2）低栄養の指標

体重減少率	1ヶ月に5%以上、6ヶ月に10%以上
BMI（体重 kg/身長 m ² ）	18.5 未満
血清アルブミン値	3.5g/dL 未満
コレステロール値	160mg/dL 未満
総リンパ球数	800 未満：高度の低栄養 800～1,200 未満：中等度の低栄養 1,200～2,000：軽度の低栄養

訪問診療対象者は体重測定が困難な場合が多い、患者が通所介護施設（デイサービス）などを利用している場合には、そこでの測定結果を提供してもらうことも重要である。BMIを求めるには、身長が必要となる。立位を取ることが可能で、身長の測定が可能な場合もあるが、困難な場合は、聞き取りによっても可能である。加齢により低身長になる影響も予想されるが、大きな問題にはならない。通院補助で来院した家族との身長差を参考にしても良い。BMIは「体重 kg ÷ (身長 m × 身長 m)」で求められ、18.5～25未満を標準とし、25以上は肥満、18.5未満をやせとする。

次に体重減少率は、「(通常体重－現体重) ÷ 通常体重 × 100」で求められ、どのくらいの期間で体重減少が起こったかによってリスクを表現する。そのほかに、医療機関からの情報提供があれば、血液生化学検査の検査値も参考になる(表3)。

(表3) 低栄養状態のリスク判断

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3~5%未満 3か月に3~7.5%未満 6か月に3~10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上

杉山みち子：高齢者のPEM改善のための栄養管理サービス．臨床栄養，94(4): 406-411, 1999 より引用

2) 主観的包括的栄養評価法

近年、栄養評価には、客観的栄養評価法の他に、主観的包括的栄養評価法であるMini Nutritional Assessment (MNA) (Guigoz Y, Vellas B : 1996) (Kuzuya M : 2005) (表4)とSubjective Global Assessment (SGA) (Detsky AS, et al:1984) (表5)が臨床現場でよく使用されている。

(表4) MNA

(表5) SGA

(1) Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) ^{3, 4)}

MNAは、1990年代にヨーロッパで開発され、様々な国でその妥当性が確認された高齢者の栄養評価ツールである。調査票には、身体計測評価、全般的評価、食事評価、自己評価の18設問、4項目からなっていた。その後、短縮版が報告され、MNA-SFとして、利用されるようになった。設問は、A：食事摂取量の問題、B：体重の減少の問題、C：移動能力の問題、D：精神的ストレスや急性疾患の問題、E：認知症、うつの問題、F：BMIからなる。14点満点で評価し、12から14ポイントは正常、8から11ポイントは低栄養のリスク有り、0から7ポイントは栄養不良と診断する。介護現場での使用も用意で、歯科診療室などでも有効に活用できる。自己評価する部分がなく、すべて客観的なデータを用いるために、意識レベルの低い患者や認知症患者にも適応可能である。

(2) Subjective Global Assessment (SGA) ⁵⁾

Subjective Global Assessment (SGA) は外科の患者評価用に作製されたものだが、高齢者にも利用できる。評価項目はA、B、Cに分かれており、AおよびBの項目を評価したのち、評価者の主観で、栄養状態良好、中等度の栄養不良、高度の栄養不良、の3つに判別される。

3) 栄養必要量の把握 (表6) ^{6, 7)}

必要なエネルギー量は、身長、体重と活動量や疾患などのストレスを考慮し、必要栄養量を推定する。一般に、基礎代謝量を Harris-Benedict (ハリスベネディクト) 式を用い計算し、そこに活動係数、ストレス係数を乗じて算出する。また、簡易法として、体重 (kg) あたり 25 から 30 kcal 必要と考える。

タンパク質は、人体の構成成分であり、生命活動維持に必須の栄養素である。タンパク質が不足すると、筋タンパク質の崩壊につながり生命の危機にさらされる。疾病の状態や異化代謝亢進等を加味しながら必要量を検討し、栄養評価により調整する。

栄養の必要量を把握したうえ、経口摂取量を推定する (連続した3日間の平均摂取量の算出)。現在の体重を維持するためにはどの程度のエネルギー量が必要なのか判断することになるが、現在の体重が極端に少ない場合には、標準体重 (身長 (m) × 身長 (m) × 22 (日本肥満学会は、BMI=22 を標準体重としている)) を参考にする。

また、摂取水分量と排泄量をチェックしながら、脱水等にも注意が必要である。人体の構成成分の60%を水分が占めており、体内水分の10%が喪失すると機能障害が出現し、20%が失われると生命維持が困難となる。高齢者の場合、水分が不足すると容易に脱水を生じる。また摂食嚥下障害患者にとって水は最も飲みにくい食品の一つであり、これらの患者は容易に脱水を生じる。脱水の指標として、口腔乾燥や、手掌や腋下などの湿潤度も重要な所見である。尿量や尿の色なども参考となる。

(表6) Harris-Benedict (ハリスベネディクト) 式

<p style="text-align: center;">必要エネルギー、必要タンパク質、必要水分量の推定方法</p> <p>・ 必要エネルギー量 必要エネルギー量 (kcal/日) = 基礎代謝量 (BEE) × 活動係数 × ストレス係数</p> <p>Harris-Benedict 式 男性: $BEE = 66.5 + 13.75 \times \text{体重 (kg)} + 5.0 \times \text{身長 (cm)} - 6.78 \times \text{年齢 (歳)}$ 女性: $BEE = 665.1 + 9.56 \times \text{体重 (kg)} + 1.85 \times \text{身長 (cm)} - 4.68 \times \text{年齢 (歳)}$ 活動係数: 寝たきり = 1.2 歩行 = 1.3 ストレス係数: 軽度感染症 = 1.2 中等度感染症 = 1.5</p> <p>簡易法 必要エネルギー量 (kcal) = 体重 (kg) × 25~30</p>
<p>・ 必要たんぱく質量 正常成人 (日常生活) 体重 (kg) × 0.8g/日 内科的疾患 (発熱・外傷なし) 体重 (kg) × 1.1g/日 外科的疾患 (合併症なし) 体重 (kg) × 1.1~1.6g/日 異化亢進患者 体重 (kg) × 1.6~4.2 g/日</p>
<p>・ 必要水分量 簡易必要水分計算式 (mL) = 35 × 体重 (kg) = 1mL × 摂取エネルギー量 (kcal) = 1,500mL × 体表面積 (m²)</p>

5 訪問診療における栄養指導

訪問診療における栄養指導は、訪問患者の特異性を十分考慮する必要がある。対象者の多くは、人生の最終段階を迎えようとしている者であり、栄養指導の目標は必ずしも、疾患の治癒や低栄養の改善とはならない場合もある。また、それを支えている家族などへの配慮も必要となる。生活機能を支持する栄養指導でなくてはならない。

1) 診療の場の考慮

歯科が栄養管理にかかわる訪問診療の場には、特別養護老人ホームや老人保健施設といった介護施設や病院と患者の自宅とがある。栄養管理を行う上で診療の場の違いはその環境の違いから行うべき内容が大きく異なる。介護施設や病院においては、施設内に主治医をはじめ食の専門家である管理栄養士、調理士が、また、リハビリテーションを担当する言語聴覚士や理学療法士、看護師がほぼ常駐している。このため、これらの職種と連携しながら指導を行うことになる。一方、高齢者のいる世帯の38.8%が単独世帯であることや、75歳以上の世帯主の43.5%が独居である（平成22年東京都）ことを考慮すると、患者宅では、食事を作る者、食事の介助を行う者、いずれも高齢な家族であるか、または、介助する家族がいないことを考え、対応していく必要がある。

2) 訪問診療における栄養指導における留意事項

① 摂食嚥下機能（咀嚼機能に配慮する）

訪問対象となる患者は、在宅においても施設においても身体機能や認知機能が低下している場合が多いため、同時に摂食嚥下機能が低下している場合が多い。摂食嚥下機能に応じた栄養指導、食事指導が必要になる。

② 高齢者の嗜好を考慮する（生活機能を重視する）

患者は、多くの併存疾患を有している場合が多い。たとえば、腎疾患や糖尿病、高血圧などにより食事制限を受けることもある。一方で、高齢期において厳しい食事制限は疾患の治療効果に影響を示さないだけでなく、高齢者の生活機能を著しく低下させる。そこで、主治医と連携のもと、高齢者の嗜好に考慮し、生活機能改善を目的とした食事指導とすべきである。

③ 調理担当者の調理能力、家族の希望に配慮する（環境への配慮）

日々の食事を調理し、ともに食を囲む家族や関係者に対し配慮が必要となる。施設入居者であれば、調理担当は調理師などの専門スタッフとなるが、在宅の場合には、家族であったり介護ヘルパーであったりする。指導に際し、調理能力に対する配慮が必要である。また、食を共にする者が家族である場合に、家族の食事に対する嗜好や希望に配慮する必要がある。

④介護負担に配慮する

家族介護者は、患者の身体障害や精神障害に対応するために、精神的、肉体的、経済的負担を負っている。家族と違う食形態を持つ食事の調理や、食事介助など食事にかかわる介護は、介護時間の多くを占めることから、介護負担に配慮しながら指導を行う必要がある。

3) 介護施設への訪問診療における栄養指導

介護施設では介護保険によって栄養アセスメントおよび栄養マネジメントが実施されている。年に1度程度の血液生化学検査や月々の体重測定、日々の喫食率の把握などが実施されており、これらの情報は施設内の管理栄養士が把握している。歯科医師は、これらの栄養アセスメントの情報を得ながら患者の栄養指導、栄養マネジメントを施設内の管理栄養士など上記の職種と連携をとりながら行うことになる。平成27年度の介護報酬改定に伴い栄養管理に関する介護保険のサービスの見直しが行われた。そのなかに、多職種が協働してミールラウンド（図4）を行い、カンファレンス等（図5）を通じて経口維持のための計画を立て栄養支援を行うサービスが追加された。ここで示されたミールラウンドにおける食事観察評価は重要であり、咀嚼機能をはじめとしたさまざまな問題点を抽出することが可能である。これによってケアプランを立案し、栄養管理に役立てることも可能であり、摂食機能の専門家である歯科医師、歯科衛生士の参画が求められている。



（図4）多職種で行われるミールラウンド



（図5）その後に行われるカンファレンス

4) 食事場面の観察の重要性

摂食嚥下機能評価では、嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査、またはRSST、水飲みテストなどのスクリーニングテストが良く知られている。しかし、これらの評価は、嚥下機能を中心とした評価であり、認知機能の低下した者には実施しにくいものもある。さらに、これらだけでは、食行動や咀嚼機能の評価を十分に行えない。そこで、実際の食事場面の観察を行い食の機能全般を評価することが重要となる。例えば、食事に頻繁にむせる利用者に対して、上記の検査をしても誤嚥の存在は明らかになるが、

その原因は判明しない場合がある。そこで、食事観察を行うと、一口量が多すぎたり、掻き込むように食べてしまったり、途中で傾眠傾向になるという食行動の問題が明らかになることがある。また、咀嚼が困難で丸のみをしている所見が得られることもある。すなわち、これらを原因として誤嚥が生じていたということが明らかになる。このように、食事観察を通じて、食事の困難さや低栄養の原因が明らかになることから、推奨する対応方法が導き出すことが可能となる。

5) 在宅診療における栄養指導

在宅において、摂食嚥下機能の低下者、低栄養者を支援するには、これらが利用可能な、フォーマルサービス、インフォーマルサービスについて熟知しておく必要がある。摂食嚥下障害者、低栄養者に欠かせない、嚥下調整食や高栄養食品の調理や調達は、家族構成や家族の介護力の問題から家族だけでは困難な場合が多い。そこで、これらのサービスを利用しながら対策を取る必要がある。例えば、日常の調理を担当する介護ヘルパー向けに機能に合致した食形態をもつ食事の調理法を指導する、嚥下調整食が提供可能な通所介護施設の利用をすすめる、介護食を配達してくれる配食サービスを利用する、介護食品が入手可能な店舗を利用する。などである。

6) 歯科医師が携わる食形態の決定

ひとが固形食品を摂取するためには、食品を咀嚼により粉碎処理し、食塊形成する必要がある。すなわち、歯や歯槽堤などで“すりつぶす”また、舌と口蓋で“押しつぶす”ことで粉碎し、さらには、咀嚼によりばらばらに粉碎された食品やペースト状の食べ物を一塊にまとめあげる（食塊形成）といった一連の機能が重要とされる。歯科医師はこれらの口腔機能を評価し、安全で、十分な栄養摂取が可能な食形態の提案ができなければならない。日本摂食嚥下リハビリテーション学会では、「嚥下調整食学会分類 2021」を公表し、病院や施設での食形態の分類を提案している。ここでは、咀嚼機能や嚥下機能に配慮した食事形態を示し、それぞれの食形態に必要な咀嚼能力や嚥下能力を示している。食物に対する咀嚼能力は求めず、嚥下能力のみが残存している人には、コード0や1を、捕食した後、送り込む力がある人にはコード2-1を、食塊形成に関する能力ある人には、コード2-2を、押しつぶす力、すりつぶす力がある人にはそれぞれ、コード3、4といった食形態が推奨されている（表7）。

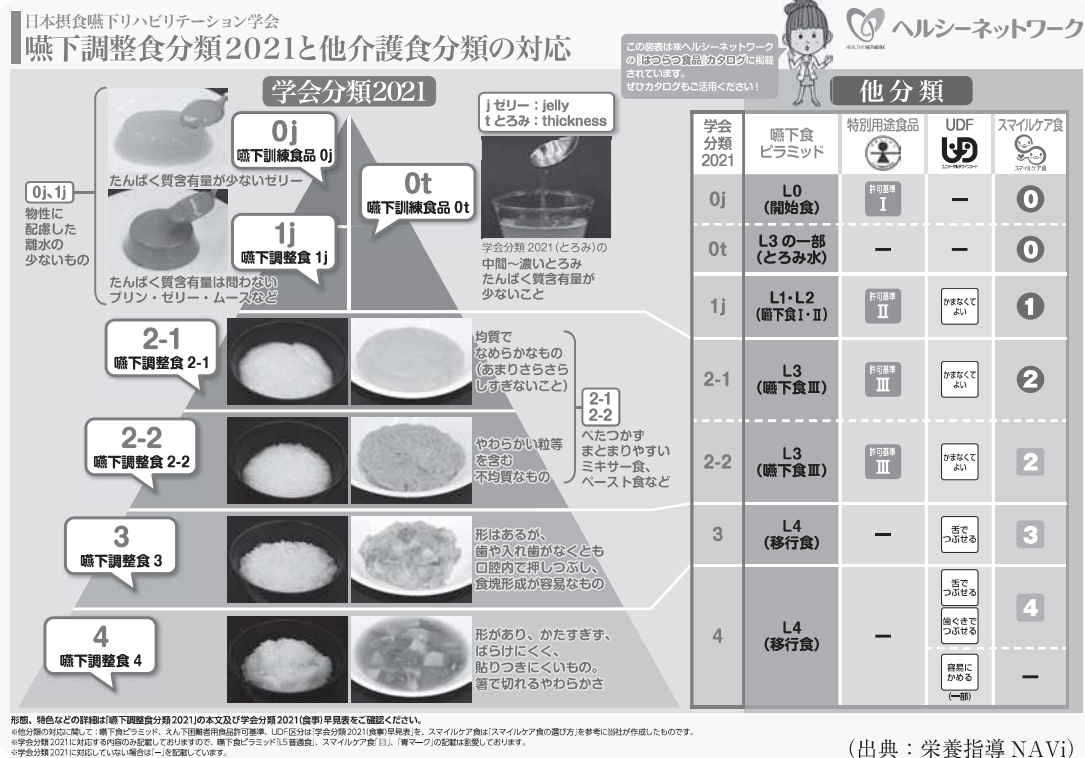
(表7) “日本摂食・嚥下リハビリテーション学会^{えん}嚥下調整食分類 2021” 引用改変

学会分類 2021 (食事) 早見表						
コード 【1-8 項】	名称	形態	目的・特色	主食の例	必要な咀嚼能力 【1-10 項】	他の分類との対応 【1-7 項】
0	j 嚥下訓練食品 0j	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー 離水が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの	重度の症例に対する評価・訓練用 少量をすくってそのまま丸呑み可能 残留した場合にも吸引が容易 たんばく質含有量が少ない		(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL0 えん下困難者用食品許可基準 I
	t 嚥下訓練食品 0t	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水 (原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみ*のどちらかが適している)	重度の症例に対する評価・訓練用少量ずつ飲むことを想定 ゼリー丸呑みで誤嚥したりゼリーが口中で溶けてしまう場合たんばく質含有量が少ない		(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL3の一部 (とろみ水)
1	j 嚥下調整食 1j	均質で、付着性、凝集性、かたさ、離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	口腔外に既に適切な食塊状となっている(少量をすくってそのまま丸呑み可能) 送り込み際に多少意識して口蓋に舌を押しつける必要がある 0j に比し表面のざらつきあり	おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリーなど	(若干の食塊保持と送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL1・L2 えん下困難者用食品許可基準 II UDF 区分 かまなくてもよい (ゼリー状) (UDF: ユニバーサルデザインフード)
2	嚥下調整食 2-1	ビュレ・ペースト・ミキサー食など、均質でめらかなで、べたつかず、まとまりやすいもの スプーンですくって食べることが可能なもの	口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの(咽頭では残留、誤嚥をしにくいように配慮したもの)	粒がなく、付着性の低いペースト状のおもゆや粥	(下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力)	嚥下食ピラミッドL3 えん下困難者用食品許可基準 III UDF 区分 かまなくてもよい
	嚥下調整食 2-2	ビュレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものを含むスプーンですくって食べることが可能なもの		やや不均質(粒がある)でもやわらかく、離水もなく付着性も低い粥類	(下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力)	嚥下食ピラミッドL3 えん下困難者用食品許可基準 III UDF 区分 かまなくてもよい
3	嚥下調整食 3	形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭でばけず嚥下しやすいように配慮されたものの多量の離水がない	舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し(あるいはそれらの機能を賦活し)、かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの	離水に配慮した粥 など	舌と口蓋間の押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッドL4 UDF 区分 舌でつぶせる
4	嚥下調整食 4	かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ	誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理方法を選んだもの 歯がなくても対応可能だが、上下の歯槽提間で押しつぶすあるいはすりつぶすことが必要で舌と口蓋間で押しつぶすことは困難	軟飯・全粥 など	上下の歯槽提問の押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッドL4 UDF 区分 舌でつぶせる および UDF 区分歯ぐきでつぶせる および UDF 区分容易にかめるの一部

学会分類 2021 は、概説・総論、学会分類 2021 (食事)、学会分類 2021 (とろみ) から成り、それぞれの分類には早見表を作成した。本表は学会分類 2021 (食事) の早見表である。本表を使用するにあたっては必ず「嚥下調整食学会分類 2021」の本文を熟読されたい。なお、本表中の【】表示は、本文中の該当箇所を指す。
*上記 0t の「中間のとろみ・濃いとろみ」については、学会分類 2021 (とろみ) を参照されたい。
本表に該当する食事において、汁物を含む水分には原則とろみを付ける。【1-9 項】
ただし、個別に水分の嚥下評価を行ってとろみ付けが不要と判断された場合には、その原則は解除できる。
他の分類との対応については、学会分類 2021 との整合性や相互の対応が完全に一致するわけではない。【1-7 項】

さらに国は、在宅で療養中の高齢者が主に用いる市販の介護食品についてもこの食形態にかかわる学会分類に対応して基準化している。嚥下に配慮した食品に関しては、健康増進法で規定する特別用途食品表示許可制度に基づく「えんげ困難者用食品」に順じ、さらに、咀嚼に配慮した食品については、日本農林規格 (JAS) に基づき、そしゃく配慮食品として規格化された (図 6)。これらを利用することで、地域で生活し続けるために必要な食形態の情報が、患者が病院や介護施設、在宅のいずれの場においても共有することが可能となる。

嚥下調整食の食分類コードと地域 (住所) を入力することで、その食事が提供可能な施設や購入可能な店舗を検索でき、自宅で調理可能なレシピも入手できる WEB サイトを参照するとよい (<http://www.shokushien.net/>)。



(図6) 「嚥下調整食学会分類2021」と「他介護食分類」の対応
病院から在宅まで一貫した地域連携が可能となる

【参考文献】

- 1) Kikutani T, Yoshida M, Enoki H, Yamashita Y, Akifusa S, Shimazaki Y, Hirano H, Tamura F : Relationship between nutrition status and dental occlusion in community-dwelling frail elderly people. Geriatr Gerontol Int. 2013 ; 13 : 50-54.
- 2) 林 静子: 高齢者の栄養ケアにおける疑問と検証 (1) 刻み食ミキサー食の落とし穴, 臨床栄養, 100, 145, 2002.
- 3) Detsky AS. Et al : Evaluating the accuracy of nutritional assessment techniques applied to hospitalized patients: methodology and comparisons. JPEN J Parenter Enteral Nutr, 8, 153-9, 1984.
- 4) Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ : Assessing the nutritional status of the elderly : The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. Nutr Rev, 54 (1 Pt 2) : S59-65, 1996.
- 5) 杉山みち子: 高齢者のPEM改善のための栄養管理サービス. 臨床栄養, 94 (4) : 406-411, 1999
- 6) Kuzuya M, Kanda S, Koike T, Suzuki Y, Satake S, Iguchi A : Evaluation of Mini-Nutritional Assessment for Japanese frail elderly. Nutrition, 21 : 498-503, 2005
- 7) 日本病態栄養学会編 : 認定NSTガイドブック, メディカルビュー, 2004.
- 8) 菊谷 武, 吉田光由, 菅 武雄, 渡邊 裕, 藤本篤士, 石飛進吾, 田村文誉, 赤川安正, 森戸光彦, 大井久美子, 山根源之 : 栄養ケア・マネジメントにおける歯科の役割. 日歯医学会誌 2007 ; 26 : 36.