

地域在住高齢者における摂食・嚥下機能の自己評価

辛島順子*・新井風香*

* 食生活科学科 栄養教育研究室

Self-evaluation of swallowing function in community-dwelling older adults

Junko KARASHIMA *and Fuka ARAI*

* Department of Food and Health Sciences, Jissen Women's University

【Objective】To elucidate a method for early detection of and intervention for dysphagia in community-dwelling older adults by promoting awareness through screening.

【Methods】A questionnaire survey on basic characteristics, swallowing status, swallowing screening, subjective health, diversity of food intake, and Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) was administered to community-dwelling older adults aged ≥ 65 years. In this analysis, respondents were classified into two groups based on their awareness of their swallowing inclinations: awareness and non-awareness groups.

【Results】The data of 45 participants were analyzed. The awareness group comprised 15 participants (33.3%) and the non-awareness group comprised 30 participants (66.7%). Swallowing function was reduced in the awareness group. In addition, the proportion of individuals who experienced difficulty in swallowing was significantly higher in this group. The awareness group also had significantly lower subjective health scores than the non-awareness group.

【Conclusions】Studies have shown that the proactive involvement of community-dwelling older adults in monitoring their own swallowing ability and recognizing abnormalities constitutes the first step in facilitating early detection and intervention for eating and swallowing disorders. Therefore, it is necessary for medical and healthcare professionals to disseminate education and awareness on eating and swallowing issues. Moreover, professionals should extend their support to older adults across various settings such as hospitals, dispensing pharmacies, government agencies, and preventive care classes. It is important to increase the opportunities for unreserved discussions regarding feeding and swallowing issues.

Keywords : community-dwelling older adults (地域在住高齢者), swallowing screening (摂食・嚥下スクリーニング), malnutrition (低栄養)

1. 緒言

わが国の総人口は、令和 4 年 10 月 1 日現在 1 億 2,495 万人¹⁾となっている。65 歳以上人口は 3,624 万人となり、総人口に占める割合（高齢化率）も 29.0% となった¹⁾。わが国では、2025 年を目標に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している²⁾³⁾。地域包括ケアシステムは、「自助・互助・共助・公助」を掲げ、自助は「自分のことを自分でする」「自らの健康管理」「市場サービスの購入」を意味³⁾し、高齢者が自らのことを自ら支える自助の主体となることが求められ

ている。

高齢者の栄養状態は極めて個人差が大きいとされ、自立高齢者においては健康維持のために栄養状態を維持し、要介護高齢者においては、低栄養への対策が必要である⁴⁾。国民健康・栄養調査においても、高齢者の健康について栄養や食生活の視点から課題が挙げられており、平成 29 年国民健康・栄養調査結果⁵⁾では、高齢者の栄養状態は、食事、身体活動、外出状況等と関係があること、令和元年国民健康・栄養調査結果⁶⁾では、65 歳以上の高齢者の低栄養傾向 ($BMI \leq 20 \text{ kg/m}^2$) の割合は、男性 12.4%、女性 20.7% であり、年齢階級別にみると、男女とも 85 歳以上でその割合が高いことが挙げられている。高齢者の低栄養の代表的な要因としては、

「社会的要因」「精神的心理的要因」「加齢の関与」「疾病要因」「その他(不適切な食形態・栄養に関する誤認識・医療者の誤った指導)」があり、「誤嚥・窒息の恐怖」や「咀嚼・嚥下障害」も含まれる⁷⁾。摂食・嚥下機能の低下は、低栄養の要因となるだけでなく、食事の楽しみを阻害し、Quality of life(以下、QOL)低下にも関連する。摂食・嚥下機能低下を予防するためには、早期発見や早期介入が必要である。摂食・嚥下障害のスクリーニングには、水飲みテストや改定水飲みテスト、頸部聴診法、食物テスト、反復唾液嚥下テストがある⁸⁾。これらのスクリーニングを実施するためには、専門の知識と技術が必要になるため、高齢者が自助として健康管理を促進するためには、高齢者自らが自身の摂食・嚥下機能や状態に関心を持ち、セルフチェックが可能な方法を活用する必要がある。

本研究は、地域在住高齢者が感じている自身の摂食・嚥下に関する自覚と既存のスクリーニングツールを用いた摂食・嚥下障害スクリーニング結果の関連から、地域在住高齢者の摂食・嚥下障害における早期発見、早期介入を促進するための方法を提案することを目的とする。

2. 方法

2-1. 調査協力者

調査協力者は65歳以上の地域在住高齢者であり、首都圏A市にあるB自治会会員55名であった。

2-2. 調査時期

2019年6月

2-3. 調査場所

B自治会集会所

2-4. 調査手続き

調査の実施に当たり、B自治会に文書で調査目的と調査内容の説明を実施し、B自治会役員を通して調査協力者を募集した。調査協力者に対しては、文書を用いて調査目的、調査内容を説明し、同意の得られた者を対象に調査を実施した。調査は原則自記式質問紙調査としたが、調査協力者から調査内容に対する質問があった場合や調査用紙の記入に要する時間が長くなると認められた場合は、調査者の聞き取りを併用した。調査過程において、調査協力者から摂食・嚥下に関する相談があった場合や摂食・嚥下障害が強く認められた場合は、本人の了承を得た後に、B自治会会員の居住地域を担当する地域包括支援センターの看護師に報告し、相談等に対応できる体制を整えた上で調査を実施した。

2-5. 調査内容

質問紙調査は、①基本属性②摂食・嚥下の状況③EAT-10⁹⁾④聖隷式嚥下質問紙⁸⁾(以下、聖隷式)⑤地域高齢者誤嚥リスク評価指標¹⁰⁾(Dysphagia Risk Assessment for the Community-dwelling Elderly: 以下、DRACE)⑥摂食・嚥下スクリーニング(EAT-10、聖隷式、DRACE)活

用意⑦主観的健康感⑧食品摂取の多様性¹¹⁾⑨MNA-SF¹²⁾とした。

基本属性は、年齢、性別、身長、体重、介護度、居住形態、食事の準備担当者とした。摂食嚥下の状況は、「日常生活の中で、咀嚼や嚥下について何か気になることがありますか。」の問いに対し、「よくある・時々ある・あまりない・全くない」の4件法とした。また、「嚥んで食べる状態」については、「何でも嚥める・一部嚥めないものがある・嚥めないものが多い・嚥んで食べられない」の4件法とした。「飲み込みにくさ・むせ」については、「全くない・めったにない・時々ある・頻繁にある」の4件法とした。主食の食形態は、「米飯・軟飯・粥」の3件法とし、副食の食形態は、「固い副食も食べる・固い副食は避ける・軟らかめ中心・きざみ食・ペースト食」の5件法とした。

EAT-10⁹⁾は、嚥下状態を評価するために、飲み込みの問題・飲み込むときに必要な努力・飲み込みによる苦痛・食べるときの咳・飲み込みによるストレスに関する10の質問で構成されており、回答を得点化し、3点以上の場合には嚥下の効率や安全性について専門医に相談することを勧めるものである。聖隷式⁸⁾は、15の質問で構成されており、肺炎の既往、栄養状態、咽頭期、口腔期、食道期、声門防御機構などが反映される。回答はAが「重い症状・頻度の多い症状」、Bが「軽い症状・頻度が少ない症状」、Cが「症状なし」となる。Aの回答が一つでもあれば摂食・嚥下障害あり、Bの回答が一つでもあれば摂食・嚥下障害の疑いあり、Cの回答のみの時は摂食・嚥下障害の可能性はきわめて低いとする。DRACE¹⁰⁾は、12の質問で構成されており、地域在住高齢者において、しばしば観察される準備(咀嚼)期に関する項目を加え、地域在住高齢者に応用しやすい36点満点の評価スケールであり、総スコアが高いほど、摂食・嚥下機能低下のリスクが高いことを示し、スコア4未満の者を「誤嚥リスクなし」と判定し、それ以外の者については「誤嚥リスクあり」とすることにより、地域高齢者の誤嚥リスクを定量的に把握することも可能となる¹³⁾。摂食・嚥下スクリーニング(EAT-10、聖隷式、DRACE)活用意向は、それぞれのスクリーニング方法について「ご自宅でも活用してみたいですか」の問いに対して、「はい」「いいえ」の2件法で回答を求めた。

主観的健康感は、4件法(1.健康ではない、2.あまり健康でない、3.まあ健康である、4.健康である)で回答を求めた。食品摂取の多様性得点¹¹⁾は、10の食品群について週に何日くらい食べるかを4件法で回答を求め、「ほぼ毎日食べる」を1点、それ以外を0点として合計点を多様性得点とするものである。MNA¹⁴⁾は高齢者の栄養状態を測定する簡便なツールとして開発され、現在わが国では、MNA-SFを用いることが多いとされる。MNA-SFは、食事量や体重の変化・歩行・精神的ストレ

スや急性疾患・神経精神的問題の有無についての回答を得点化し、「低栄養」「低栄養のリスクあり」「栄養状態良好」を判定する¹²⁾。

2-6. 分析方法

分析は自身の摂食・嚥下の状況について「日常生活の中で、咀嚼や嚥下について何か気になることがありますか。」の設問に対し、「よくある」「時々ある」と回答した者を「自覚あり群」, 「あまりない」「全くない」と回答した者を「自覚なし群」の 2 群に分類し, 実施した。調査結果の集計ならびに分析は SPSS Statistics 28.0 を用いて行い, 群間の比率の検定には Fisher の直接確率法を用いた。平均の差の検定は, 正規性の有無により対応のない t 検定または Mann-Whitney の U 検定を用いた。いずれも 5%未満を統計的有意水準として検定を行った。

2-7. 倫理的配慮

本研究は, 実践女子大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号: AC_2019_04)。

3. 結果

3-1. 分析対象者(表1)

分析対象者は, 質問紙調査において記入漏れがあった 10 名を除く 45 名とした。分析対象者 45 名のうち, 「自覚あり群」は 15 名(33.3%), 「自覚なし群」は 30 名(66.7%)であり, 介護度は「自覚なし群」の方が自立者の割合が高く, 有意差がみられた。

表 1 分析対象者の基本属性

	全体(n=45)	自覚あり(n=15)	自覚なし(n=30)	p
年齢(歳) ^a	79.1 ± 5.8	80.1 ± 5.8	78.6 ± 5.8	0.417
性別 ^b				0.140
男性	11 (24.4)	6 (40.0)	5 (16.7)	
女性	34 (75.6)	9 (60.0)	25 (83.3)	
BMI (kg/m ²) ^a	23.0 ± 3.2	22.6 ± 3.1	23.2 ± 3.3	0.558
介護度 ^b				0.032*
自立	42 (93.3)	12 (80.0)	30 (100)	
要支援1	2 (4.4)	2 (13.3)	0 (0)	
要支援2	1 (2.2)	1 (6.7)	0 (0)	
世帯 ^b				1.000
一人暮らし	17 (37.8)	6 (40.0)	11 (36.7)	
夫婦のみ	21 (46.7)	7 (46.7)	14 (46.7)	
2世代	7 (15.6)	2 (13.3)	5 (16.7)	
食事の準備担当者 ^b				0.503
本人	36 (80.0)	11 (73.3)	25 (83.3)	
配偶者	7 (15.6)	3 (20.0)	4 (13.3)	
子ども	1 (2.2)	0 (0)	1 (3.3)	
その他	1 (2.2)	1 (6.7)	0 (0)	

年齢, BMIは平均値±標準偏差, その他は人数(%)を示す。

a:対応のないt検定

b:Fisherの直接確率法

*<0.05

3-2. 摂食・嚥下の状況(表2)

現在の摂食・嚥下の状況は, 「自覚あり群」が咀嚼の難しさや飲み込みにくさ, むせを感じている割合が有意に高く, 副食の食形態が軟らかめの傾向であった。

表 2 摂食・嚥下の状況と栄養評価

	自覚あり(n=15)	自覚なし(n=30)	p
嚥んで食べる状態			0.032*
何でも噛める	10 (66.7)	28 (93.3)	
一部噛めない	3 (20.0)	2 (6.7)	
噛めないものが多い	1 (6.7)	0 (0.0)	
嚥んで食べられない	1 (6.7)	0 (0.0)	
飲み込みにくさ・むせ			<0.001***
全くない	0 (0.0)	16 (53.3)	
めったにない	5 (33.3)	10 (33.3)	
時々ある	9 (60.0)	4 (13.3)	
頻繁にある	1 (6.7)	0 (0.0)	
主食の食形態			0.333
米飯	14 (93.3)	30 (100.0)	
軟飯	1 (6.7)	0 (0.0)	
副食の食形態			0.032*
固い副食も食べる	10 (66.7)	28 (93.3)	
固い副食は避ける	3 (20.0)	2 (6.7)	
軟らかめ中心	2 (13.3)	0 (0.0)	
MNA-SF 得点 ^a	12.67 ± 1.84	12.57 ± 1.74	0.791
MNA-SF判定			1.000
12-14 (栄養状態良好)	13 (86.7)	26 (86.7)	
8-11 (低栄養のおそれあり)	1 (6.7)	3 (10.0)	
0-7 (低栄養)	1 (6.7)	1 (3.3)	

MNA-SF得点は平均値±標準偏差, その他は人数(%)を示す。

a:Mann-WhitneyのU検定, その他はFisherの直接確率法

*<0.05 **<0.01 ***<0.001

3-3. 摂食・嚥下障害評価(表3)

1)EAT-10

「自覚あり群」の方が有意に得点は高かった。EAT-10を用いて「嚥下の効率や安全性について専門医に相談する」ための判定基準で比較したところ, 2 群間に有意差はみられなかった。

2) 聖隷式

15 の質問に対する A : 重い症状・頻度の多い症状, B : 軽い症状・頻度が少ない症状, C : 症状なしについての回答数を平均値±標準偏差で示した。B : 軽い症状の回答は「自覚あり群」が有意に高く, C : 症状なしの回答は「自覚あり群」が有意に低かった。

聖隷式を用いて, A の回答が一つ以上の者, A の回答はなく B の回答が一つ以上の者, A・B の回答はなく C の回答のみの者の 3 群に分けて比較したところ, 「自覚あり群」と「自覚なし群」の 2 群間に有意差はみられなかった。

3)DRACE

「自覚あり群」の方が有意に得点は高かった。DRACEを用いて誤嚥リスクの有無について判定したところ, 2 群間に有意差はみられなかったが, 「自覚なし群」の方が誤嚥リスクなしと判定される者の割合が高い傾向であった。

3-4. 摂食・嚥下スクリーニングの活用意向

活用意向のある者の割合は, 「自覚あり群」は EAT-10 が 9 名(60.0%), 聖隷式が 7 名(46.7%), DRACE が 8 名(53.3%)であり, 「自覚なし群」は EAT-10 が 20 名(66.7%), 聖隷式が 20 名(66.7%), DRACE が 20 名(66.7%)であった。自覚の有無による摂食・嚥下スクリーニング方法の活用意向に差はみられなかった。

3-5. 主観的健康感

主観的健康感の平均値±標準偏差は、「自覚あり群」が 2.87 ± 0.35 、「自覚なし群」が 3.27 ± 0.52 であり、Mann-Whitney の U 検定により「自覚あり群」の方が有意に低かった ($p = 0.012$)。

3-6. 食品摂取の多様性得点

食品摂取の多様性得点の平均値±標準偏差は、「自覚あり群」が 4.73 ± 1.58 、「自覚なし群」が 4.83 ± 2.44 であり、Mann-Whitney の U 検定による統計学的有意差はみられなかった ($p = 0.724$)。

3-7. MNA-SF

MNA-SF の平均値±標準偏差は、「自覚あり群」が 12.67 ± 1.84 、「自覚なし群」が 12.57 ± 1.74 であり、Mann-Whitney の U 検定による統計学的有意差はみられなかった ($p = 0.791$)。

表3 摂食・嚥下障害評価

	自覚あり(n=15)	自覚なし(n=30)	p
EAT-10得点 ^a	1.07 ± 1.03	0.13 ± 0.43	<0.001***
EAT-10判定 ^b			0.106
3点以上	2 (13.3)	0 (0)	
3点未満	13 (86.7)	30 (100)	
聖隷式回答数 ^a			
A重い症状	0.40 ± 1.06	0.07 ± 0.25	0.171
B軽い症状	3.87 ± 2.20	1.73 ± 1.78	0.003**
C症状なし	10.73 ± 2.69	13.20 ± 1.75	0.004**
聖隷式判定 ^b			0.129
A重い症状	3 (20.0)	2 (6.7)	
B軽い症状	11 (73.3)	19 (63.3)	
C症状なし	1 (6.7)	9 (30.0)	
DRACE得点 ^a	3.40 ± 2.20	1.47 ± 1.80	0.001**
DRACE判定 ^b			0.052
4点以上	6 (40.0)	4 (13.3)	
4点未満	9 (60.0)	26 (86.7)	

a:平均値±標準偏差,Mann-WhitneyのU検定

b:人数(%) ,Fisherの直接確率法

*<0.05 **<0.01 ***<0.001

4. 考察

低栄養は、生活する上で必要なエネルギー、たんぱく質やビタミンなどが不足している状態のことであり、フレイルをさらに増悪させるフレイルサイクル形成の中心的な要因となる¹⁵⁾。要支援・要介護やその前段階の骨折・転倒やフレイルには、低栄養が関連している。低栄養の要因の一つである摂食・嚥下障害の早期発見は、栄養管理やリスクマネジメントにおいて重要であり、地域在住高齢者が自助として摂食・嚥下の状況に関心を持ち、定期的に自宅で自らの摂食・嚥下の状況を確認し、異常や疑問が生じた時には速やかに専門職や医療機関に相談することができる環境を整えることが必要である。

高齢者の保健事業においては、後期高齢者の質問票に口腔機能に関する2つの質問(咀嚼・むせ)が含まれている¹⁶⁾が、75歳未満や75歳以上であっても後期高齢者医療制度の健診を受診しなかった場合、現状では定期的に摂食・嚥下機能に関する評価を受ける機会がない。そのため、本研究は、地域在住高齢者が摂食・嚥下の簡便

なスクリーニング機会を持つために、日常生活において摂食・嚥下について最も簡便に実施できるスクリーニング方法は、自らが異常を認識することや疑問を持つことではないかと考え、自身の摂食・嚥下の状況に関する気になることを「自覚」と表現し、その有無により2群に分けて分析を実施した。

「自覚あり群」は、咀嚼の困難さや飲み込みにくさ、むせを感じている割合が有意に高く、食形態が軟らかめになっていることは、リスクマネジメントの面からは望ましいが、摂取するエネルギーや栄養素の不足につながる可能性が考えられた。EAT-10の得点、聖隷式の回答数、DRACEの得点を用いた摂食・嚥下障害評価において、「自覚あり群」はいずれの評価方法においても摂食・嚥下状況の悪化を示す結果であった。しかしながら、各々の判定基準との比較においては一致しなかった。高齢者自身の自覚の有無のみでは、必ずしもスクリーニングの判定基準の結果と一致していないが、本研究で最も簡便に自ら実施できるスクリーニング方法として設定した自らの異常を認識することは、地域在住高齢者の摂食・嚥下障害における早期発見、早期介入を促進するための第一段階となる可能性が考えられた。この第一段階を経て、自らの摂食・嚥下機能に異常を認識した際には、専門職に相談し、臨床現場で用いられているスクリーニング方法による判定や摂食・嚥下機能検査を受けることが必要である。自らの摂食・嚥下機能に関心を持ち、専門職に相談するためには、高齢者に対して摂食・嚥下や低栄養に関する教育を十分に行い、その重要性を踏まえて知識を高めることが必要である。その教育の機会を地域のあらゆる場面で設けることが必要であるとともに、第一段階としては自身の摂食・嚥下状況に関心を持ち、少しでも早く異常や疑問に気づくことが、自助につながると考えられた。

摂食・嚥下の状況は、「自覚あり群」の主観的健康感が有意に低いことにつながっていた。主観的健康感、体力がある者の方が高く、生活満足度に関連し¹⁷⁾、加齢とともに低下すると考えられ、低下を防ぐためには生活満足感を高め、日常生活活動能力を高めることが必要である¹⁸⁾。低栄養状態においては、生活満足度や日常生活活動能力も低下すると考えられることから、主観的健康感を高めるためにも、高齢者自身の摂食・嚥下状況の確認による摂食・嚥下障害の早期発見、早期介入は重要である。食品摂取の多様性得点、MNA-SFに統計学的な有意差はみられなかったが、食品摂取の多様性得点は、「自覚あり群」の方が低い傾向であること、またBMIについても統計学的な有意差はみられなかったが「自覚あり群」の方が低い傾向であることから、適切な介入を行わず、状況が悪化することは、低栄養につながると考えられる。

まずは、高齢者が自身の摂食・嚥下の状況に関心を持

ち、異常や疑問に気づくことが、摂食・嚥下障害の早期発見につながる。この早期発見を早期介入につなげるためには、地域における専門職の多職種連携を通じた支援体制が必要である。本研究では、地域包括支援センターの看護師による支援体制を整えて実施したが、このように、高齢者からの相談や疑問に対応することができる専門職の連携を強化する必要がある。地域包括ケアシステムの推進により、地域における専門職の連携や支援体制は充実すると予測されるが、その中で地域在住高齢者の摂食・嚥下障害に適切な対応をすることができる管理栄養士の増加と支援体制の充実が望まれる。地域在住高齢者の摂食・嚥下障害における早期発見・早期介入を促進するためには、医療や保健に従事する専門職が摂食・嚥下に関する教育や啓発を広く行うとともに、病院や調剤薬局、行政機関、介護予防教室等のさまざまな場所で専門職が高齢者に声をかけながら、摂食・嚥下の相談にのることができる機会を増やすことが重要である。さらに、地域における専門職の連携による支援体制を強化し、その体制の中で管理栄養士が適切なアセスメントと支援を行うことも求められる。

本研究の限界は、摂食・嚥下機能を質問紙調査で確認し、頸部聴診法、食物テスト、反復唾液嚥下テスト等を用いて評価を実施していないことである。地域においては、これらの方法を日常的に専門職が行うことは現実的ではないため、質問紙調査を用いたが、本研究で提案した地域在住高齢者自らが自身の摂食・嚥下状況に関心を持ち、自ら簡便にセルフチェックを行うことができる方法の開発をすることが、医療における専門職の評価を必要とする対象者の適切な選定につながると考える。

謝辞

本研究の実施にあたり、調査にご協力いただいた自治会の皆様に感謝申し上げます。また、地域包括支援センターの皆様、調査会場でご協力いただいた小林理佐様に感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 内閣府, “令和 5 年版高齢社会白書 (全体版)” https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/05pdf_index.html (入手日: 2023.9.6)
- 2) 厚生労働省, “地域包括ケアシステム” https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (入手日: 2020.1.19.)
- 3) 地域包括ケアシステム研究会, “地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点整理” https://www.murc.jp/report/rc/policy_rearch/public_report/koukai_130423/ (入手日: 2020.1.19)
- 4) 社団法人日本老年医学会, 高齢者の栄養. 老年医学テキスト改定第 3 版, 東京, メジカルビュー社 (2011)
- 5) 厚生労働省, “平成 29 年「国民健康・栄養調査」の結果” https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000177189_00001.html (入手日: 2023.9.6)
- 6) 厚生労働省, “令和元年「国民健康・栄養調査」の結果” https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_14156.html (入手日: 2023.9.6)
- 7) 大内 尉, 秋山弘子: 新老年学 第 3 版, 東京, 東京大学出版会 (2010)
- 8) 藤島一郎: 嚥下障害リハビリテーション入門 I 嚥下障害入門: 一原因, 症状, 評価 (スクリーニング, 臨床評価) とリハビリテーションの考え方. リハビリテーション医学, 50(3), 202-211(2013)
- 9) 若林秀隆, 栢下 淳: 摂食嚥下障害スクリーニング質問紙票 EAT-10 の日本語版作成と信頼性・妥当性の検証, 静脈経腸栄養, 29(3), 871-876(2014)
- 10) Miura H, Kariyasu M, Yamasaki K, Arai Y: Evaluation of chewing and swallowing disorders among frail community-dwelling elderly individuals, J Oral Rehabil, 34, 422-7, (2007)
- 11) 熊谷 修, 渡辺 修一郎, 柴田 博: 地域在宅高齢者における食品摂取の多様性と高次生活機能低下の関連, 日本公衆衛生雑誌, 50(12), 1117-1124(2003)
- 12) Nestle Health Science, “簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form)”, https://www.nestlehealthscience.jp/sites/default/files/2019-10/mna_japanese.pdf (入手日: 2023.9.6)
- 13) 三浦宏子, 守屋信吾, 玉置洋, 薄井由枝: 高齢期の地域住民の口腔機能の現状と課題, 保健医療科学, 63(2), 131 - 138 (2014)
- 14) Vellas B, Villars H, Abellan G: Overview of the MNA-Its history and challenges. J Nutr Health Aging, 10, 456-465(2006)
- 15) 武見ゆかり, 小岩井馨: 高齢期における低栄養予防の必要性および今後の対策, 地域高齢者等の健康支援のための配食事業と共食の場の充実, 保健医療科学, 66 (6), 603 - 611(2017)
- 16) 厚生労働省, “高齢者の保健事業について” https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryokuhoken/hokenjigyoku/index_00003.html (入手日: 2023.11.2)
- 17) 小西史子, 孫琳琳, 木村靖夫: 高齢者の身体状況, 体力, 生活習慣, 食生活状況および主観的健康感と生活満足度の関連, 日本健康教育学会誌 17(1), 14-23(2009)
- 18) 内 加奈子, 斉藤 功, 加藤 匡宏, 谷川 武, 小林 敏生:

地域高齢者の主観的健康感の変化に影響を及ぼす心理・社会活動要因 5年間の追跡研究, 日本公衆衛生雑誌, 62(9), 537-547(2015)

和文要旨

【目的】 地域在住高齢者を対象に実施した摂食・嚥下に関する自覚と摂食・嚥下障害スクリーニング結果から, 地域在住高齢者の摂食・嚥下障害における早期発見, 早期介入を促進するための方法を提案することである。

【方法】 65歳以上地域在住高齢者を対象とし, 基本属性, 摂食嚥下の状況, 摂食・嚥下障害スクリーニング, 主観的健康感, 食品摂取の多様性, MNA-SFの質問紙調査を実施した。分析は自身の摂食・嚥下の状況について「自覚あり群」「自覚なし群」の2群に分類し, 実施した。

【結果】 分析対象者は45名であり, 「自覚あり群」は15名(33.3%), 「自覚なし群」は30名(66.7%)であった。「自覚あり群」は, 摂食・嚥下機能の低下が認められ, 咀嚼の困難さや飲み込みにくさ, むせを感じている割合が有意に高かった。また, 「自覚あり群」は主観的健康感が有意に低かった。

【結論】 高齢者が自らの嚥下の状況に関心を持ち, 異常に気づくことが, 地域在住高齢者の摂食・嚥下障害における早期発見, 早期介入を促進するための第一段階となることが示された。そのためには, 医療や保健に従事する専門職が摂食・嚥下に関する教育や啓発を広く行うとともに, 病院や調剤薬局, 行政機関, 介護予防教室等のさまざまな場所で専門職が高齢者に声をかけながら, 摂食・嚥下の相談にのることができる機会を増やすことが重要である。

2023年11月3日受領