

栄養状態を考慮した理学療法プログラムの立案が大切であることは、理学療法士にも定着してきているが、具体的な方法や手順は確立の途上にある。一方、対象者の高齢化、重症化は進み、摂食嚥下機能の低下が認められる方も多い。診療報酬の摂食機能療法の算定が可能な職種として理学療法士は指定されており、今後は摂食嚥下機能をよりいっそう理解し、理学療法士が行えるアプローチを標準化することが課題である。本特集では、低栄養と摂食嚥下機能障害に関する知識と技術を整理、理解し、理学療法士が適切なかかわりと実践が行えることを目的に企画した。

■低栄養／摂食嚥下機能障害と理学療法(齋藤 務論文)

入院高齢者の割合が増加し、低栄養の影響で摂食機能が低下し、経口摂取量も減少するため、さらに低栄養になる。その結果、治療効果やADL、QOLは低下してしまい、ますますフレイルやサルコペニアの状態が進行する。高齢者の理学療法では、これらの影響を無視することはできず、他職種と協力し適切な栄養管理と理学療法を組み合わせることで、機能向上が期待できる。

■低栄養／摂食嚥下障害に対する栄養療法(西岡心大論文)

摂食嚥下障害は脱水、誤嚥性肺炎、低栄養など重篤な帰結をもたらす。低栄養は病因により炎症を伴う疾患関連低栄養(disease-related malnutrition: DRM)、炎症を伴わないDRM、non-DRMに分類され、いずれも体細胞成分の減少を伴う。摂食嚥下障害患者では主に非炎症性DRMに分類される低栄養が生じるが、低栄養やサルコペニアもまた摂食嚥下障害を惹起する可能性がある。これらの患者に対しては理想体重あたり35kcal/日相当の十分なエネルギーおよびたんぱく質補給を基盤としたリハビリテーション栄養介入が有効だと考えられる。

■摂食嚥下障害のメカニズムと摂食機能療法(倉智雅子, 他論文)

正常の摂食嚥下機能の理解に、嚥下モデルと神経機構の知識は欠かせない。摂食嚥下障害は、末梢から延髄の嚥下中枢に入力される感覚入力障害、上位脳から嚥下中枢に下行性に向かう入力障害、嚥下中枢の障害、嚥下運動(運動出力)の障害に分けて考えると対処法を考えやすい。障害を的確に見極め、個々の病態に合った代償的手段や運動療法の手技・手法を選択してこそ、摂食機能療法の効果を最大限に高めることができる。

■周術期患者の栄養障害と摂食嚥下機能障害への配慮(柳田頼英, 他論文)

周術期患者においては術後侵襲の影響で異化亢進とともに栄養障害が惹起される。また、術後では高齢者を中心に、摂食嚥下障害を呈する場合もある。最近では術後の気管挿管・人工呼吸器管理を必要とした重症患者に生じるICU-acquired swallowing disorders(ICU-ASD)と呼ばれる摂食嚥下障害が注目されている。周術期の栄養障害、摂食嚥下障害に対するマネジメントを行うことが、栄養障害への対応となり、円滑な理学療法介入を行うことにつながる。

■低栄養／摂食嚥下機能障害を有する高齢患者の理学療法(小泉千秋, 他論文)

摂食嚥下障害者は栄養摂取障害による低栄養のリスクが考えられる。さらに、高齢者の場合は加齢による影響が加わり身体機能維持や回復に大きく影響を及ぼす。そのため、高齢者の摂食嚥下リハビリテーションは、対象者の栄養状況を確認し、栄養状況に合わせて治療内容や運動負荷を決めていく必要がある。その際、局所の嚥下機能だけでなく全身の機能にアプローチすることが重要である。

■低栄養／摂食嚥下機能障害を有する小児患者の理学療法(廣田とも子論文)

小児の栄養は成長発達や機能の改善、QOLに大きく影響する。成長発達に応じて多面的な評価と対応を行い、栄養状態を常に見直すことが大切である。低栄養状態の時期は理学療法の内容と実施量が過負荷にならないよう調整し、栄養状態が改善傾向の時期は積極的に実施すべきと考える。小児は多くの人たちとかわりながら日々生活し食事をしている。関係する多職種が家族も含めて情報を共有し、協力してかわることが低栄養の改善の一助になると考える。