

日本摂食嚥下リハビリテーション学会 eラーニング対応

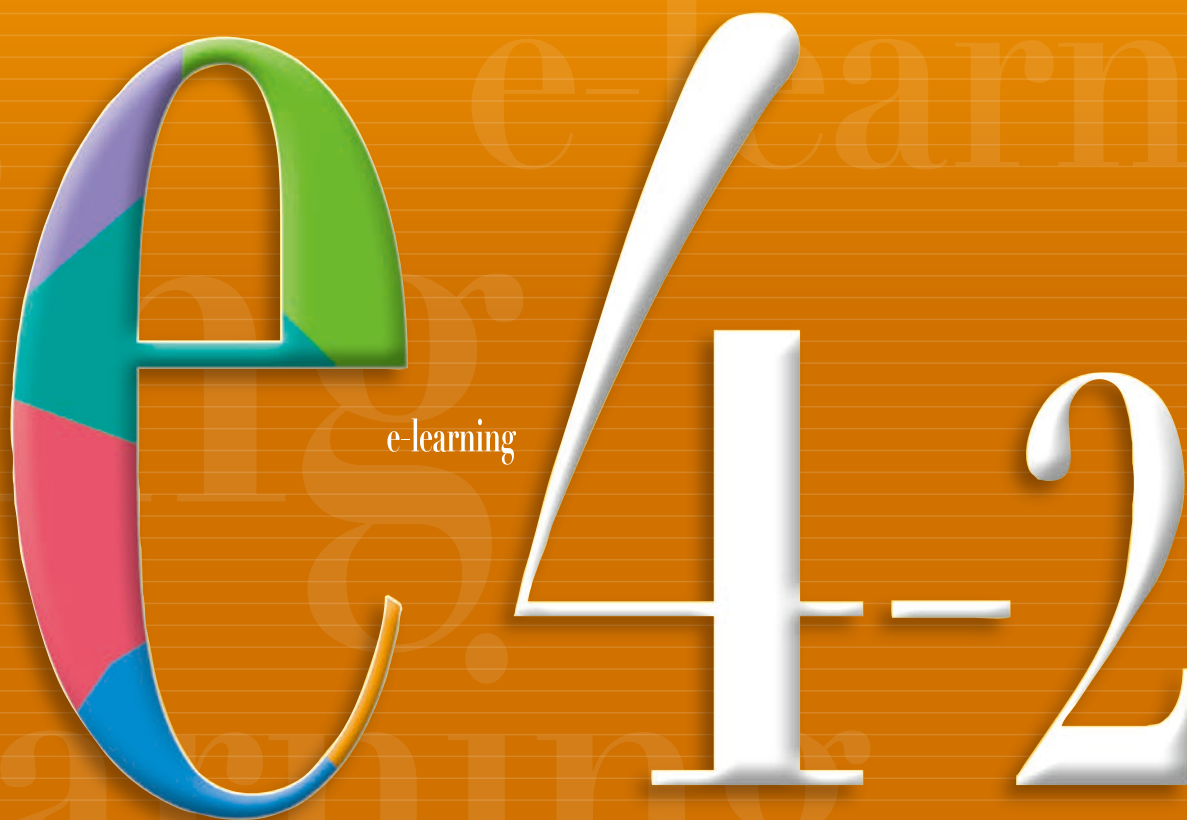
第4分野

摂食嚥下

リハビリテーションの介入

Ⅱ 直接訓練・食事介助・外科治療—Ver.2

日本摂食嚥下リハビリテーション学会 編集



医歯薬出版株式会社

直接訓練の概念・開始基準・中止基準

Lecturer ▶ 岡田澄子¹，小島千枝子²

1：元藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科准教授

2：藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科客員教授

学習目標 Learning Goals

- 直接訓練の定義と意義を理解する
- 直接訓練を安全に開始できる条件を知る
- 直接訓練を中止すべき状態を知る

▶ Chapter 1

直接訓練とは → (eラーニング▶スライド2)

直接訓練とは、安全に嚥下するための方法を身につけ、食物を嚥下することを通じて嚥下機能を改善させる訓練である。開始には十分な評価と医師・歯科医師の指示を必要とする。安全に嚥下するための方法には、姿勢調整、食物形態調整、嚥下手技、食器の工夫、環境調整などがある(図1)。

▶ Chapter 1 の確認事項 ▶ eラーニング スライド2対応

- 1 直接訓練の定義を理解する。

▶ Chapter 2

直接訓練の適応 → (eラーニング▶スライド3)

直接訓練は食物を用いて実際に食べるにより摂食機能を高める訓練であるため、誤嚥や窒息など深刻な問題を引き起こす可能性がある。訓練の適応を知り、条件を満たしているかを確認して訓練を行うことが大切である。以下のような場合が適応となる。

- ① 非経口的に栄養を摂取している摂食嚥下障害患者のうち、経口摂取開始の前提条件を満たし、医

安全に嚥下するための方法

姿勢調整
食物形態調整
嚥下手技
食器の工夫
環境調整

など



スプーンの大きさはさまざまなので、最も適切なものを選んで使用しなければならない。

図1 安全に嚥下するために

表1 食物の認識に関する観察

おもな病態・障害	食物の認知障害、意識障害、注意障害
観察のポイント	・食物を口に運ぼうとするか ・食物以外のものを食べようとしな - か ・食物を口に入れたまま行動が止ま - らないか ・お膳のなかのものを全部認知して - いるか ・次々に口に詰め込んでいないか
対処法	・声かけをして励ます ・適当な一口量をすくったスプーンを - 手渡したり一品ずつ提供するなど摂 - 食動作のアシストを行う ・一日の生活リズムをつけさせる ・食事に集中できる環境を整える

表2 捕食動作の観察

おもな病態・障害	関節可動域障害、麻痺、巧緻性障害、失調、失行、失認など
観察のポイント	・スプーンを口に運ぶことができるか ・食器から食物がすくえているか ・口に運ぶまでと、口に取り込むとき - に取りこぼしがないか ・取り込むときにすすっていないか ・口唇で捕食しているか ・コップから飲むときに頸部が伸展し - ていないか など捕食動作としての食具の使用と動作をみる
対処法	・すくいやすい食器、口に入れやすい - スプーン、頸部伸展にならないよう - な食器・食具の選択 ・上肢が安定するようなテーブルやク - ッションの使用 ・摂食動作のアシスト、姿勢調整 ・口に運ぶまでの手順の簡略化

Chapter 3の確認事項 ▶ eラーニング スライド3対応

- 1 補食動作に関する観察ポイントを理解する。
- 2 補食動作に問題があったとき、どのような対応をするのかを理解する。

▶ Chapter 4 食事内容 → (eラーニング ▶ スライド4)

食事内容に関する観察ポイントを、表3に示す。嚥下障害患者のなかには、無意識のうちに飲み込みやすい食物を好み、逆に飲み込みにくいものを避ける傾向がある。それらは口腔期、咽頭期の障害はもとより口腔内疾患、脳卒中片麻痺患者の味覚閾値の変化などが原因として考えられる。

また、栄養の確保が十分でない場合には、補助栄養などで補うことも検討しなければならない。

Chapter 4の確認事項 ▶ eラーニング スライド4対応

- 1 食事内容に関する観察ポイントを理解する。
- 2 食事のとり方に問題があったとき、どのような対応をするのかを理解する。

▶ Chapter 5 一口量 → (eラーニング ▶ スライド5)

一口量に関する観察ポイントを、表4に示す。一般的に、一口量は一度に口に入れる量であり、食習慣や癖によっても左右される。多すぎると咽頭通過が困難になるほか、喉頭への侵入や誤嚥のリスクも高くなってくる。逆に量が少なすぎると、口腔内に感覚障害がある場合などでは刺激が足りず、かえって嚥下反射が起こりにくいことがある。通常、一口量はティースプーン一杯程度から開始することが望

表2 術式決定に必要な項目

1. 全身状態 PS (performance status)	原疾患と予後 心肺機能・脳血管評価 (全身麻酔の可否)
2. 嚥下機能 障害部位と程度	代償機能の有無
3. 治療への理解と協力 本人の理解と積極性・忠実性	家族の理解と協力

- ・適切な術式の選択
- ・術後治療計画 NSTなどによる栄養管理(食内容)
系統だった術後リハビリ

Chapter 2の確認事項 ▶ eラーニング スライド2対応

- 1 摂食嚥下障害に対する外科治療の適応を理解する。

▶ Chapter 3 術式決定に必要な項目 → (eラーニング ▶ スライド3)

さて、外科的治療を考慮する際には、全身状態の把握を含めいくつかの検討が必要になる(表2)。まず、全身状態の把握としては、現時点でのPS(performance status)に始まり、原疾患の状態と予後予測、全身麻酔が可能かどうかの評価に心肺機能は重要である。次いで、当然ではあるが嚥下機能の評価である。ちなみに、PSとは症例がどの程度活動できるかの指標である。0から4の5段階で、0は無症状で社会活動が可、1は肉体労働が困難、2は歩行可だが軽作業困難、3は日常生活に介助要で日中の50%以上就床、4は終日就床である。

嚥下造影を精密に評価し、障害部位と程度、そして代償機能の有無、誤嚥時の不顕性誤嚥(silent aspiration)の有無などを検討する。最後の重要な検討項目として、患者本人と家族の問題がある。ある程度侵襲のある治療なので、治療への理解と協力がなくては始まらない。

Chapter 3の確認事項 ▶ eラーニング スライド3対応

- 1 術式決定に必要な項目を理解する。
- 2 PSの定義を理解する。

▶ Chapter 4 嚥下障害のタイプと術式 → (eラーニング ▶ スライド4)

実際には一つの手術のみでは効果が少なく、いくつかの手術を症例ごとに組み合わせて行われるが、表3では、その基準となる嚥下造影での障害部位と術式の相関性を示している。喉頭挙上期型誤嚥(嚥下中誤嚥)には喉頭挙上術が、喉頭下降期型誤嚥(嚥下後誤嚥)には輪状咽頭筋切断術が、嚥下運動不能型(嚥下前誤嚥)には誤嚥防止手術が選ばれる。