

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2分野

摂食嚥下リハビリ テーションの前提 — Ver. 3

日本摂食嚥下
リハビリテーション学会 編集

e-learning

2

医歯薬出版株式会社

リスク回避のための基礎知識・環境整備

Lecturer ▶ 永見 慎輔

川崎医療福祉大学リハビリテーション学部
言語聴覚療法学科講師

学習目標 Learning Goals

- ・ リスク要因がわかる
- ・ リスク回避のための実施方法がわかる

▶ Chapter 1

はじめに → (eラーニング▶スライド1)

摂食嚥下障害患者へのアプローチを行ううえで、安全性の確保は重要なことである。摂食嚥下障害があれば、常に窒息や誤嚥が予想され生命が危険にさらされる。このようなリスクを回避するためには、摂食嚥下障害患者個々のリスク要因を明らかにし、予防的アプローチを行うことが求められる。ここでは、リスク回避のための基礎的知識や環境整備のあり方について解説する。

▶ Chapter 2

リスク発生要因 → (eラーニング▶スライド2)

摂食嚥下障害がもたらす個々のリスク要因を明らかにすることが、リスク回避のためには最も重要である。リスク要因として、摂食嚥下障害患者の個体要因とそれと関係する環境要因に大別することができる(表1)。

1

リスク回避に向けた対策——個体要因

▶ Chapter 3

意識レベル → (eラーニング▶スライド3)

脳血管障害の急性期では、JCSの2桁以上の意識障害があれば経口摂取を中止する。また、軽度の意識障害(傾眠状態)、意識レベルが変動しているときは、意識レベルが安定するのを待って経口摂取を実施することがリスク回避の観点から重要である(表2)。

▶ Chapter 3の確認事項 ▶ eラーニング スライド3対応

- 1 意識レベルが摂食嚥下障害の要因になりうることを理解する。
- 2 意識レベルによる摂食嚥下障害へのアプローチを理解する。

▶ Chapter 4

摂食嚥下障害の評価 → (eラーニング▶スライド4)

経口摂取を安全に実施するうえで、全身状態の把握、問診、スクリーニングテスト、VF、VE、その

窒息・嘔吐への対処法

Lecturer ▶ 神津 玲

長崎大学大学院内部障害
リハビリテーション学教授

学習目標 Learning Goals

- ・窒息のサインとその対処法を理解する
- ・嘔吐への対処法を理解する

▶ Chapter 1

窒息とは → (eラーニング▶スライド2)

空気の通り道である気道のいずれか(おもに上気道)に食物や嘔吐物などの異物が詰まって閉塞をきたすことを「異物による気道閉塞」といい、完全な気道閉塞によって換気ができなくなり、ガス交換障害によって低酸素血症を生じて身体の臓器に機能障害を起こした状態を「窒息」という。重篤または完全な気道閉塞は、ただちに治療しなければ死に至る緊急事態である。部分的な気道閉塞では咳嗽、喘鳴などの症状がみられるが、完全な気道閉塞では発声が不可能となり、喉のあたりを両手でつかんだり、かきむしるような動作(チョークサイン)を示すこともある。顔面蒼白(チアノーゼ)さらには徐々に呼吸が減弱して、痙攣や意識消失をきたす。咳嗽機能や摂食嚥下能力が低下している高齢者などでは、胃内容物の嘔吐やパンや肉、餅などの摂食による気道閉塞のリスクが高く、注意が必要である。

▶ Chapter 1 の確認事項 ▶ eラーニング スライド 2 対応

- 1 気道閉塞と窒息の違いを理解する。

▶ Chapter 2

窒息の見分け方と対応の概略 → (eラーニング▶スライド3)

気道閉塞は、成人の場合通常、食事中に発生する。明らかな理由もなく突然に呼吸困難に陥ったり、チアノーゼや意識消失をきたした場合には異物による気道閉塞を疑う。①部分的な気道閉塞：積極的な咳嗽と呼吸努力を促すとともに、医療者は傍らにつき添い、状態を監視するとともに、大声で応援を要請する。同時に救急システム(各施設の取り決めに準じる)に通報、場合によっては吸引による除去も試みる。②完全な気道閉塞(窒息)：即座に呼吸不可能となる。そのサインは会話不可能、微弱で効果のない咳嗽、甲高い吸気音(あるいは吸気努力に際して音が出ない)、顔面のチアノーゼ、チョークサインの出現である。即座に対応しなければ対象者は反応しなくなり、急速に死に至る。

▶ Chapter 2 の確認事項 ▶ eラーニング スライド 3 対応

- 1 窒息の特徴、対応の概要を理解する。

リスク回避に有用な機器と使い方

Lecturer ▶ 高橋博達

浜松市リハビリテーション病院副院長

学習目標 Learning Goals

- ・バイタルサインの評価に有用な機器の使用法とその注意点がわかる
- ・吸引の適応、吸引器の使用方法がわかる

▶ Chapter 1

リスク回避に有用な機器 → (eラーニング▶スライド2)

リスク回避の基本は、バイタルサインの確認である。バイタルサインには体温・脈拍・血圧・呼吸数などがある。ここでは、それらの測定に必要な機器のうち、摂食嚥下リハビリテーションにかかわる多くの職種が使用する頻度の高い機器を取り上げる(表1)。

喀痰吸引は患者に直接行える職種に制限があるが、2010年よりそれが拡大され(医政発0430第1号平成22年4月30日「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」)、療士や臨床工学士が喀痰吸引を行えるようになった。これ以外の職種についても、医療施設外の緊急事態に対応が迫られる可能性はあり、吸引手技の概要は知っておくべきである。

表1 リスク回避に有用な機器

- ・体温計
- ・電子血圧計
- ・聴診器
- ・パルスオキシメーター
- ・吸引器

▶ Chapter 2

体温測定の意義 → (eラーニング▶スライド3)

体温は多くの炎症性疾患で上昇するため、摂食嚥下リハビリテーションにおいては、誤嚥性肺炎の初期徴候として重要な意味をもつ。体温は深部体温と表層体温に分けられ、表層体温は環境温によって変化する。医療の現場でいう体温は、通常、深部体温を指し、深部体温は腋窩温で36.0℃台に調整されている。37.0℃を超えると発熱という(表2)。

発熱は、炎症などによる内因性発熱物質や毒素が体温調節中枢に作用して起こる。したがって、肺炎などの感染症では発熱が重要な症状になる。体温を正確に測定することは誤嚥性肺炎を早期に発見するきっかけになるため非常に大切で、普段から患者の平熱を測定する。

▶ Chapter 2の確認事項 ▶ eラーニング スライド3対応

- 1 体温・発熱の定義と分類、機序を理解する。
- 2 摂食嚥下障害における発熱の意味と体温測定の意義を理解する。

食中毒の予防

Lecturer ▶ 石野智子

聖隷佐倉市民病院栄養科

学習目標 Learning Goals

- ・食中毒予防の基本がわかる

▶ Chapter 1

摂食嚥下リハビリテーションにおける食中毒予防 → (eラーニング ▶スライド2)

食中毒を予防するためには、各施設や家庭におけるの衛生管理の徹底が重要となる。

医療施設、介護施設などは厚生労働省が作成した『大量調理施設衛生管理マニュアル』や『中小規模調理施設における衛生管理の徹底』などに沿って食中毒予防を徹底させることと、各施設に合わせた予防方法を構築することも重要である。

- ① 経管栄養、訓練に食品を使用するため、食中毒予防を忘れない。
- ② 高齢者は、年齢とともに胃酸の分泌が低下し、免疫力も低下するので、細菌による食中毒にかかりやすくなる。
- ③ 訓練の都合上、食事を病棟に取り置きしたり、特別な食具やチューブ類を使用することもあるので、それらの衛生管理にも留意しなければならない。
- ④ 嚥下調整食の調理では、特別な器具を使用したり、多量に調理して保存することがまれではない。しかも、食事をするのは全般に抵抗力が低下している摂食嚥下障害患者なので、より注意深い管理や、必要に応じた家族への指導が大切になる。

▶ Chapter 1 の確認事項 ▶ eラーニング スライド2対応

- 1 高齢者の易感染性を理解する。
- 2 嚥下調整食、食具などには細菌が付着しやすいことを理解する。

▶ Chapter 2

食中毒の予防 → (eラーニング▶スライド3)

食中毒を引き起こすおもな原因は、「細菌」と「ウイルス」である。細菌は温度や湿度などの条件がそろって食物のなかで増殖し、その食物を食べることにより食中毒が引き起こされる。一方、ウイルスは低温や乾燥した環境中で長く生存し、細菌のように食物のなかでは増殖しないが、食物を通じて体内に入ると人の腸管内で増殖し、食中毒を引き起こす。

細菌が原因となる食中毒は、夏場(6月～8月)に多く発生する。食中毒を引き起こす細菌の多くは室温(約20℃)で活発に増殖し始め、人間の体温程度での温度で増殖のスピードが最も速くなる。また、細菌の多くは湿気を好むため、気温も湿度も高くなる梅雨時には細菌による食中毒が増える。

低温や乾燥した環境中で長く生存するウイルスが原因となる食中毒は、冬場(11月～3月)に多く発

摂食嚥下リハビリテーションにかかわる診療報酬

Lecturer ▶ 小野木啓子

藤田医科大学保健衛生学部
リハビリテーション学科教授

学習目標 Learning Goals

- ・ 保険診療における診療報酬制度の概要がわかる
- ・ 摂食嚥下リハビリテーションに関する診療報酬のしくみがわかる

▶ Chapter 1

診療報酬とは → (eラーニング▶スライド2)

診療報酬とは、保険診療の際に医療行為等について計算される報酬の対価である。診療報酬は、診療報酬点数表に基づいて計算される。「医師・歯科医師の報酬」ではなく、医療行為を行った医療機関・調剤薬局の医業収入の総和を意味する。

医業収入には、医師または歯科医師の医療行為に対する対価である技術料、薬剤師の調剤行為に対する調剤技術料、処方された薬剤の薬剤費、使用された医療材料費、医療行為に伴って行われた検査費用などが含まれ、保険医療機関は実施した診療内容等に基づき、診療報酬明細書(レセプト)、請求書を作成し、公的医療保険を請求する。明細書の各項目は金額ではなく点数で表されている。

支払基金や国保連合会が診療報酬明細書(レセプト)上の医療内容や点数算定について審査する。レセプト審査で査定(診療報酬の増減)が行われ、不備等があるときには返戻(医療機関に診療報酬明細書が差し戻されること)となる。

診療報酬の点数は、厚生労働省が告示する。1点は10円である。患者は、診療報酬によって計算された一部を医療機関窓口で支払う。残りは、公的医療保険で支払われる。

▶ Chapter 1 の確認事項 ▶ eラーニング スライド2対応

- 1 診療報酬の定義を理解する。
- 2 診療報酬請求の流れについて、概略を理解する。

▶ Chapter 2

リハビリテーション → (eラーニング▶スライド3)

診療報酬点数表におけるリハビリテーション医療は「基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法により構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われる」。

2006年4月の改定により、リハビリテーションに関する診療報酬は、疾患別リハビリテーションに基づいて算定されることになった。

疾患別リハビリテーション料の点数は、患者に対して20分以上個別療法として訓練を行った場合(以下「1単位」という)にのみ算定するものであり、訓練時間が1単位に満たない場合は、基本診療料(初診料、再診料など)に含まれる(20分未満の訓練時間の場合、リハビリテーション料を算定できない)。