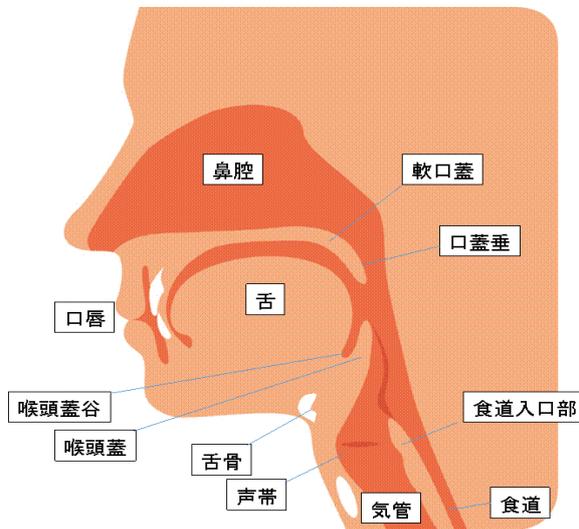


# 1 摂食・嚥下の生理・解剖

## (1) 解剖



## (2) 生理

「摂食・嚥下の流れ」

### 図Aを挿入 (別添資料)

摂食嚥下は、食べ物を認知して、口に運び、食道から胃に至るまでの一連の流れを指す。以下の段階に分けて考えることが多い。

- ① 先行期 「何をどのように食べるのか判断する」
  - 食物の認知：視覚や嗅覚といった知覚を使って食べ物を認識する。
  - 取り込み：食物を口へ運び、取り込む。
- ② 準備期・口腔期 「食べ物を飲み込みやすい形に変えて、口から咽頭へ」
  - 取り込み：食物を口へ運び、取り込む。
  - 咀嚼：食物を舌や歯を使って唾液と混ぜて咀嚼する。
  - 食塊形成しよっかい：食べ物を飲み込みやすい形に整える。
  - 送り込み：舌運動により食塊を口腔から咽頭へ送り込む。
- ③ 咽頭期 「咽頭から食道へ」
  - 嚥下反射（後述）によって、食塊を食道に運ぶ。
- ④ 食道期 「食道から胃へ」
  - 食道の蠕動運動ぜんどうで食塊を胃に運ぶ。

## ◆キーワード 「嚥下反射」

食塊をいわゆる「ゴクン」と飲み込む際に生じる嚥下器官の一連の動き。

- 1) 軟口蓋が挙上し、鼻咽腔を閉鎖する。  
(食べ物が鼻から漏れないようにする)
- 2) 舌骨が前上方に動く。
- 3) 舌骨に引かれて、甲状軟骨（のど仏）と輪状軟骨が前上方へ動く。
- 4) 食道入口部の輪状咽頭筋が緩む。喉頭蓋が倒れて、気管への通路を閉鎖する。  
同時に、声門や喉頭前庭も閉鎖して、誤嚥を防止する。
- 5) 舌根部が後下方へ動き、咽頭後壁の膨隆（収縮）により咽頭内圧が高まり、食塊を咽頭から食道へ押し出す。

## 2 摂食・嚥下障害の症状

様々な疾患や薬の副作用などが原因となって、「摂食・嚥下の流れ」のどこかに障害が生じる。

### (1) 先行期

- ・食思低下：食べたくない。認知症、うつ病、疼痛、全身疾患、薬の副作用などの原因がある。
- ・食物の認知の障害：例えば、ティッシュペーパーなどを食べ物と勘違いして食べてしまう、異食行為。
- ・ペーシングの障害：食べ物を次から次へと口に入れてしまう。

### (2) 準備期・口腔期

- ・開口障害：口が開かない。口腔内の炎症や顎関節症の可能性がある。
- ・口腔への取り込みの障害：脳梗塞で、口唇や舌が麻痺していて、口に入れたものをこぼしてしまう。よだれが流れ出る。
- ・咀嚼の障害：歯科的問題や、咀嚼筋と舌の協調運動不全など。
- ・食塊形成の障害：唾液の分泌や舌の動きに問題があると、食べ物を塊にできない。食塊がバラバラになり、一部だけが先に咽頭に落ちてしまう。
- ・咽頭への送り込みの障害：いつまでも咀嚼している（ためこみ）。

### (3) 咽頭期

- ・嚥下反射の障害：食塊が咽頭に到達しているにもかかわらず、「反射」が生じない。
- ・誤嚥：嚥下反射が生じて、他の器官との連携やタイミングが悪く、食べ物が気管に入り込んでしまう。
- ・鼻咽腔閉鎖機能不全：食べ物が鼻から出てきてしまう。
- ・食道入口部開大不全：食塊が食道に入っていない。

### (4) 食道期

- ・食道通過不良：食道に至った食塊が、蠕動運動不良もしくは狭窄により胃に送られていかない。
- ・胃食道逆流：一旦胃に入った食べ物が、逆流してきてしまう。

## ◆キーワード 「誤嚥」

口腔や咽頭は、食べ物の通り道であると同時に、空気の通り道でもある。生命を維持するためには、「栄養摂取」と「呼吸」が円滑に行われることが不可欠である。

口から入ってきた食べ物や飲み物がうまく食道に入らず、気管に入ってしまうことを「誤嚥」と言う。

誤嚥は、起こるタイミングによって3つに分類される。

#### 1) 嚥下反射前の誤嚥

食べ物を飲み込もうとする動きが始まる前に、だらだらと気管に食べ物が流れて入ってしまう。

#### 2) 嚥下反射中の誤嚥

食べ物を飲み込もうとした時に、気道への通り道を塞ぐタイミングがずれ、瞬間的に気道に液体などが入ってしまう。

#### 3) 嚥下反射後の誤嚥

飲み込んだ後、のどに残っている食物が気管に入ってしまう。

#### **◇ケアマネジャーへのアドバイス**

日本人の死因の第3位が肺炎であるためか、「誤嚥性肺炎」という言葉が一般的になったためか、「摂食・嚥下障害」イコール「誤嚥」と考えがちになる。しかし、「誤嚥」は摂食・嚥下障害の一つに過ぎない。様々な症状（評価を参照）を理解し、早期発見することが必要である。

### 3 摂食・嚥下障害の原因

摂食・嚥下障害の最大の原因は、脳血管障害と考えられている。その他にも様々な要因が挙げられる。

#### (1) 器質的原因

食べ物の通り道の構造に問題がある場合。

先行期	準備期・口腔期	咽頭期	食道期
	舌炎、口内炎、歯槽膿漏、口腔内の腫瘍	咽頭炎、咽頭の腫瘍、頸椎の変形（骨棘）	頸椎の変形（骨棘）、食道炎、食道癌、食道裂孔ヘルニア

#### (2) 機能的要因

食べ物の通り道の動きに問題がある場合。うまく飲み込めない場合。下記の疾患や薬の影響などがある。

先行期	準備期・口腔期	咽頭期	食道期
脳血管障害や脳外傷（意識障害、認知機能低下）	脳血管障害（口腔器官の麻痺や上肢麻痺）、パーキンソン病（寡動）、筋ジストロフィー（口腔器官の筋量減少）、ALS（口腔器官の筋萎縮で送り込み障害など）	脳血管障害（咽頭感覚低下、嚥下協調運動障害、咽頭筋麻痺）、パーキンソン病（寡動）、筋ジストロフィー（咽頭器官の筋量減少）、ALS（咽頭器官の筋萎縮で咽頭筋収縮力低下など）	脳血管障害（特に脳幹部病変による食道入口部開大不全）、筋ジストロフィー（筋量減少による食道蠕動運動低下）

疾患：脳血管障害（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）、パーキンソン病、頭部外傷（脳損傷）、筋萎縮性側索硬化症（ALS）、筋ジストロフィーなど。

薬物の副作用：催眠・鎮静薬、抗不安薬、抗精神病薬、抗てんかん薬、筋弛緩薬、抗コリン薬、抗ヒスタミン薬など。

#### (3) 心理的原因

アルツハイマー病などの認知症、うつ状態など。食べ物の好き嫌い、全身状態不良や疼痛、うつ状態など様々な原因が考えられる。検査をしても、はっきりした異常が見られない場合も多い。

## **◇ケアマネジャーへのアドバイス**

### **○疾患や病歴の把握**

摂食・嚥下障害は「原因疾患」がはっきりしないこともよくある。高齢者においては、軽い脱水などがきっかけとなり、食欲低下→食事量低下→意識障害や体力低下→重度の嚥下障害、といった悪循環を生じてしまうことが少なくない。

### **○内服薬**

高齢者の場合、夜間不眠を訴え、かかりつけ医から催眠薬や抗不安薬、抗うつ薬が複数処方されていることも多い。また、処方箋どおりでなく、「自己管理」して、増量／減量して内服している場合もあるので注意すること。

一方、「副作用」だけでなく、内服し忘れをきっかけとして嚥下障害が悪化する場合もある。例えば、パーキンソン病の薬を飲み損ねた→嚥下機能が少し悪くなる→薬を飲めない→嚥下障害悪化、といった悪循環に注意が必要である。

## 4 摂食・嚥下障害の評価

### (1) 嚥下障害の観察

本人・家族やケアマネジャーが嚥下障害を発見するのに、質問紙が有用である。

#### 摂食・嚥下障害の質問紙

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 歳 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_  
回答者： 本人 ・ 配偶者 ・ ( \_\_\_\_\_ )  
平成 年 月 日

あなたの嚥下（飲み込み、食べ物を口から食べて胃まで運ぶこと）の状態についていくつかの質問をいたします。ここ2，3年のことについてお答え下さい。

いずれも大切な症状ですので、よく読んでA、B、Cのいずれかに丸をつけて下さい。

1. 肺炎と診断されたことがありますか？ A. 繰り返す B. 一度だけ C. なし
2. やせてきましたか？ A. 明らかに B. わずかに C. なし
3. 物が飲み込みにくいと感ずることがありますか？ A. しばしば B. ときどき C. なし
4. 食事中にむせることがありますか？ A. しばしば B. ときどき C. なし
5. お茶を飲むときにむせることがありますか？ A. しばしば B. ときどき C. なし
6. 食事中や食後、それ以外の時にものどがゴロゴロ  
(痰がからんだ感じ) することがありますか？ A. しばしば B. ときどき C. なし
7. のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？ A. しばしば B. ときどき C. なし
8. 食べるのが遅くなりましたか？ A. たいへん B. わずかに C. なし
9. 硬いものが食べにくくなりましたか？ A. たいへん B. わずかに C. なし
10. 口から食べ物がこぼれることがありますか？ A. しばしば B. ときどき C. なし
11. 口の中に食べ物が残ることがありますか？ A. しばしば B. ときどき C. なし
12. 食物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくるこ  
とがありますか？ A. しばしば B. ときどき C. なし
13. 胸に食べ物が残ったり、つまった感じがするこ  
とがありますか？ A. しばしば B. ときどき C. なし
14. 夜、咳で眠れなかったり目覚めることがありま  
すか？ A. しばしば B. ときどき C. なし
15. 声がかすれてきましたか？  
(がらがら声、かすれ声など) A. たいへん B. わずかに C. なし

ひとつでもAの回答があれば嚥下障害と考えられるため、専門家に相談すべきである。

## (2) 臨床的な評価

- ・パルスオキシメーター（酸素飽和度） 呼吸状態は落ち着いているか？
- ・バイタル、特に発熱の有無。
- ・意識レベル 普段と変わりはないか？ 日内変動がないか？ 夜間せん妄がないか？
- ・認知機能の評価 見当識や病識の有無や摂食ペース・集中力があるか？
- ・本人の身体状況
  - 顔面の対称性、舌や口唇の動き。
  - 手足の麻痺の悪化の有無。
  - 口腔衛生 食物残留、齲齒（むし歯）、歯肉炎、舌苔、義歯の状態。
  - 声の変化 ゴロゴロとした声は、咽頭に唾液や痰が残留し、喉頭に流入している疑いがある。
- ・食事場面の観察
  - 姿勢は、指導された通りになっているか？ 前かがみ（前傾姿勢）や、首を伸ばして頭が上を向いた状態になっていないか？
  - 早食いではないか？
  - 大きなスプーンでかき込んでいないか？
  - 食事に集中できる環境か？
  - 食形態は？ 水分にとろみがついているか？
  - 介助のスピードは適切か？ 飲み込む前に一口を入れていないか？

### 【医療機関に相談する目安と日頃のチェックポイント】

#### 医療機関に相談する目安

- ・肺炎を繰り返す。
- ・微熱がつづく。
- ・食事でムセる。ただし、水分だけムセる時は、まずはトロミをつけて。
- ・食べ物が喉や食道で引っかかる感じがする。
- ・食べ物や胃酸が口まで逆流する。
- ・口から必要な栄養や水分が摂取できていない場合。
- ・その他、対応に難渋する場合など。

#### 日頃のチェックポイント

- ・必要な栄養や水分が口からしっかりと摂取できているか。
- ・義歯は入っているか、不適合はないか。
- ・きちんと、口腔ケアができているか。
- ・日頃どんな食事や水分を摂取しているか。どれくらいの量摂取できているか。
- ・痩せてきていないか。体重は減っていないか。
- ・日頃、臥床せず座ったり、歩いたりしている時間はどれくらいか。
- ・どんな薬を内服しているか。

### (3) 医療関係者によるスクリーニングテスト及び検査

- 1 反復唾液嚥下テスト (Repetitive Saliva Swallowing Test; RSST)
  - ・咽頭隆起 (のど仏) を触診しながら、できるだけ多くの回数空嚥下させる。
  - ・口腔乾燥がある場合は、1ml の冷水を口腔前庭に注いでから行う。
  - ・嚥下反射惹起性のスクリーニング
  - ・高齢者では、3回以上/30秒で正常
  
- 2 改訂水飲みテスト (Modified Water Swallowing Test: MWST)
  - ・手技：冷水3ml を口腔前庭に注ぎ、嚥下してもらう。もし可能なら追加して2回嚥下運動をしてもらい、最も悪い嚥下活動を評価する。
  - ・評価基準が4点以上なら最大2試行 (合計3試行) を繰り返し、最も悪い場合を評価として記載する。
  - ・判定基準
    - ①嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫
    - ②嚥下あり、呼吸切迫 (silent aspiration の疑い)
    - ③嚥下あり、呼吸良好、むせる and/or 湿性嘔声<sup>しつせいさせい</sup>
    - ④嚥下あり、呼吸良好、むせない
    - ⑤④に加え、追加嚥下運動が30秒以内に2回可能
  
- 3 食物テスト (Food Test: FT)
  - ・手技：茶さじ1杯のプリンを舌背前部に置き、食させる。もし可能なら追加して2回嚥下運動してもらい、最も悪い嚥下活動を評価する。
  - ・評価基準が4点以上なら最大2試行 (合計3試行) を繰り返し、最も悪い場合を評価として記載する。
  - ・食物物性や体位を工夫した場合には記載が必要。
  - ・判定基準
    - ①嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫
    - ②嚥下あり、呼吸切迫 (silent aspiration の疑い)
    - ③嚥下あり、呼吸良好、むせる and/or 湿性嘔声 and/or 口腔内残留中等度
    - ④嚥下あり、呼吸良好、むせない、口腔内残留ほぼなし
    - ⑤④に加え、追加嚥下運動が30秒以内に2回可能

#### <嚥下造影検査> (Videofluorography, Videofluoroscopy: VF)

レントゲンで動画を撮り、口やのど、食物の動きを観察する。

##### 利点

- 嚥下反射の瞬間を観察できる。
- 誤嚥<sup>ふげんせいごえん</sup>や不顕性誤嚥 (むせない誤嚥) を目視できる。
- 違和感なし。

欠点

唾液や喀痰を観察できない。

大掛かりな装置が必要で、病院でしか実施できない。

被曝

食物に造影剤を混ぜる必要があり、苦い、おいしくない。

<嚥下内視鏡検査>(Videoendoscopy: VE)

鼻から内視鏡を挿入し、口やのど、食物の動きを観察する。

利点

唾液や喀痰の貯留を観察できる。

装置が小さい。ベッドサイドや在宅診療で実施可能。

被曝なし。

検査食は通常の食べ物でよい。

欠点

嚥下反射の瞬間は観察できない。(ホワイトアウト)

内視鏡による違和感のため、通常の嚥下と異なってしまう。

#### (4) 嚥下の重症度の判定

(1) から (3) の観察・評価・検査をもとに、重症度を決め、対応を検討する。

『摂食・嚥下障害重症度分類 (DSS:Dysphagia Severity Scale)』(才藤ら)

		食事	経管栄養	直接的訓練 (摂食訓練) *	在宅管理	備考
誤嚥なし	7 正常範囲	常食	不要	必要なし	問題なし	
	6 軽度問題	軟飯、軟菜食など 義歯、自助具の使用	不要	ときに適応	問題なし	食事動作や歯牙の問題など経過観察でよいレベル
	5 口腔問題	軟飯、軟菜食、ペースト食など 食事時間の延長 食事に指示、促しが必要 食べこぼし、口腔内残留が多い	不要	適応 一般施設や在宅で可能	可能	先行期、準備期、口腔期の問題
誤嚥あり	4 機会誤嚥	嚥下障害食から常食 誤嚥防止方法が有効 水の誤嚥も防止可能 咽頭残留が多い場合も含む	ときに間歇的経管法の併用	適応 一般施設や在宅で可能	可能	医学的に安定**
	3 水分誤嚥	嚥下障害食 水を誤嚥し誤嚥防止方法が無効 水分に増粘剤必要	ときに間歇的経管法・胃瘻の併用	適応 一般施設で可能	可能	医学的に安定
	2 食物誤嚥	経管栄養法	長期管理に胃瘻の検討	適応 専門施設で可能	可能	医学的に安定 難治の場合機能再建術の検討
	1 唾液誤嚥	経管栄養法	長期管理に胃瘻の検討	困難	困難	唾液を誤嚥 医学的に不安定*** 難治の場合、気管食道分離術の検討

\*間接的訓練(基本訓練)は6以下のどのレベルにも適応あり

\*\*適当な摂食管理で、低栄養・脱水・肺炎などを防止可能

\*\*\*経管管理をしても医学的安定性を保つことができない

## 5 対策

### (1) 間接的訓練 嚥下体操、呼吸訓練

#### 図Bを挿入 (別添資料)

### (2) 環境整備

適切な姿勢をとる。

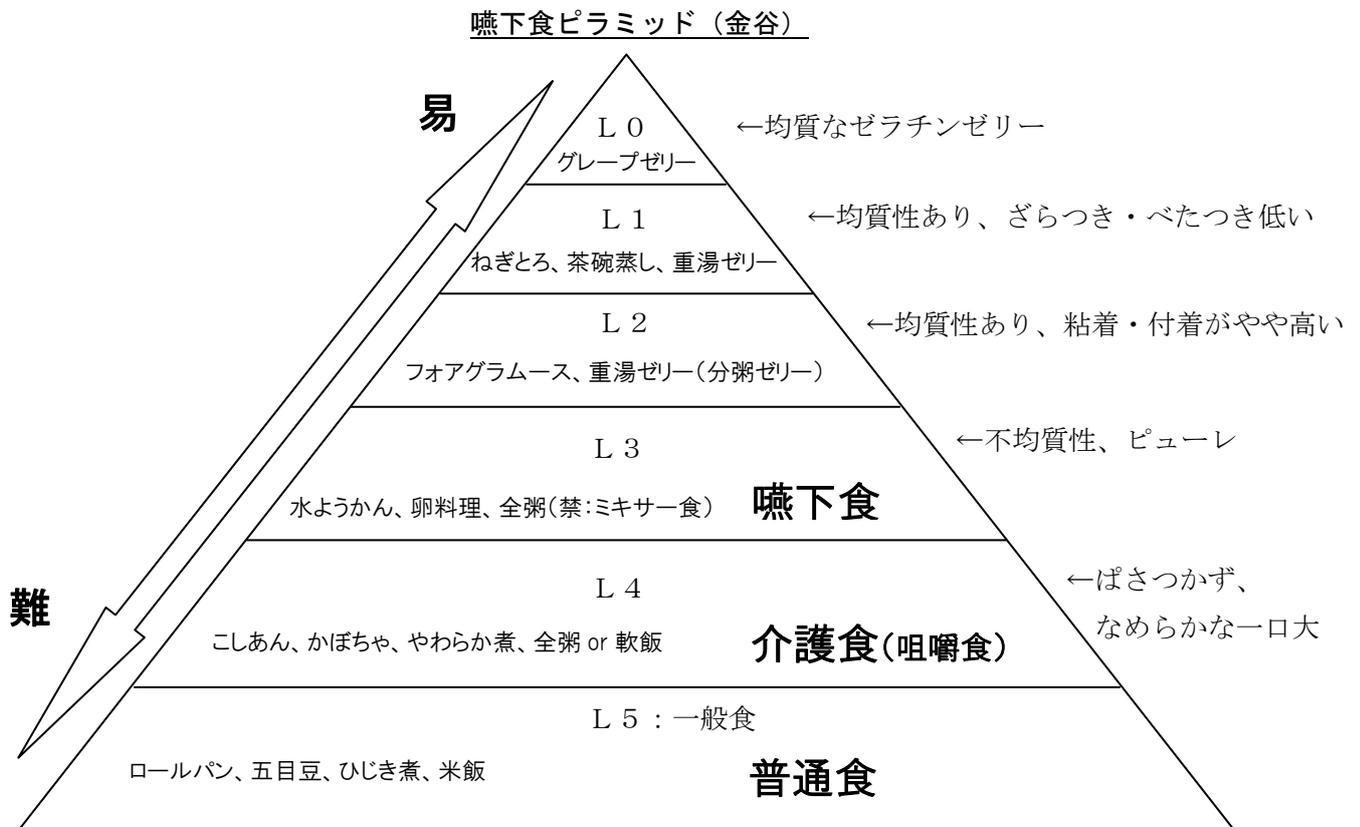
#### 図Cを挿入 (別添資料)

一般的には、自力摂取の場合は座位、介助の場合はリクライニング位が望ましいとされているが、現実には、個人の嚥下の状態によって様々である。

食べることに集中できる環境整備や、食器の工夫 (小さなスプーン、自助具など) も必要である。

### (3) 食形態

嚥下食ピラミッドに対応した段階的食事内容



#### (4) 食事介助の実際

- ① しっかりと覚醒しており、全身状態が安定していることを確認。
- ② 唇や舌の動きがしっかりしており、口腔内に唾液がたまっていないことを確認。
- ③ 声掛けやボディタッチでしっかりと覚醒させる。
- ④ 食前運動。挨拶やご自身の名前などを言っていただき、食べる前の準備体操とする。
- ⑤ 定められた安全な姿勢をとる。テレビなどは消し、食事に集中できる環境を作る。
- ⑥ 唾液の嚥下。
- ⑦ 少量ずつ食事介助。
- ⑧ 嚥下反射、喉頭挙上の確認。
- ⑨ 口腔内貯留・残渣がないか確認。
- ⑩ 複数回嚥下。口腔内には貯留がなくても咽頭にはある場合が多い。
- ⑪ 飲み込みにくいものがあれば、飲み込みやすいものと交互に介助。
- ⑫ 嚥下をするまでは、発話をしないよう指導。口腔内に食物がないのを確認して、話すようにする。声がゴロゴロしたり、かすれたりしている際は、空嚥下や咳払いを促す。

#### (5) 口腔ケア

専門的口腔ケアには、歯科医・歯科衛生士との連携が必要である。

### 図D及びEを挿入（別添資料）

#### (6) 生活指導

食後すぐ横にならない。食後30分～1時間は、座位あるいはギャッチアップを保つ。  
就寝時も若干のギャッチアップを維持（15°程度）。

#### (7) 代償的栄養法の導入

末梢点滴

中心静脈栄養

皮下埋め込み型ポート（CVポート）

経管栄養（胃瘻、経鼻胃管栄養、OE法）

#### (8) 日常できる対処法

具体的には、次のような対応をするとよいでしょう。

「口が乾燥している」

→濡れマスクを使用。

「口を開けない」

→好きな食べ物を提供する。

「咀嚼しない」

→キザミ食やミキサー食、市販の嚥下障害食の導入を試みる。

「パサパサ、モサモサしたものが飲み込みづらい（食塊形成困難）」

→あんかけなどの献立の工夫や、ゼラチンとの交互嚥下を試みる。

「口の中に入ったまま、飲み込むのに時間がかかる」

→一口量を減らす。

「むせる」

→水分摂取時の増粘剤使用（トロミつけ）。頸部前屈して嚥下する。

「食後声が変わる」

→食後の咳払い、複数回嚥下、頸部前屈して嚥下を促す。

「食後、咳が出る」

→食後の座位保持時間を延長する。

もちろんこれだけで問題が解決するわけではない。他職種との連携が不可欠である。

## （９）他職種との連携

かかりつけ医、訪問看護師との連携

摂食嚥下関連職種との連携

医師 精査加療の方針決定、入院の判断、手術適応の判断。在宅での嚥下内視鏡の実施。

歯科医師 歯科的問題の解決。在宅での嚥下内視鏡の実施。

言語聴覚士(ST) 嚥下機能評価、間接訓練、直接訓練の方法の指導

理学療法士(PT) 座位姿勢の検討、呼吸訓練、頸部ストレッチ

作業療法士(OT) 認知機能の評価訓練、自助具の調整

歯科衛生士 専門的口腔ケアの指導

栄養士 必要栄養量の検討、調理法の指導

摂食・嚥下障害は病歴の聴取が必要不可欠であり、また、言語聴覚士（ST）による嚥下訓練の場合、特にリスクの高い訓練となるため、かかりつけ医からの指示は必須である。

### ◇ケアマネジャーへのアドバイス

急性期病院やリハビリ病院においても、誤嚥性肺炎で入院された患者さんが、いつ、どのような食事をどうやって再開するかは、大きな問題である。チーム医療や、嚥下内視鏡、嚥下造影を行い、慎重に判断している。

設備もマンパワーも少ない在宅で食事を再開することには、危険が多く伴う。一人で判断せずに、かかりつけ医、訪問看護師、摂食嚥下関連職種との連携が不可欠である。

## 6 事例

### 事例 1) 段階的摂食訓練

70歳の男性。小さな脳梗塞を繰り返している。

今回は3回目の脳梗塞で、リハビリ病院を経て在宅生活に戻った。右片麻痺と嚥下障害を呈しているが、リハビリ病院では、水分にとろみをつけるよう、退院時の指導を受けた。歩行は何とか可能であるが、不安定。食事でむせあり。

#### <ケアマネジャーがすべき評価のポイント>

体重減少はないか？

呼吸状態は安定しているか？

食事量の確保ができていないか？

食形態は適切か？

食事の際の姿勢が一定しているか？

一口量は適切か？（小さなスプーンや自助具の使用。）

#### <医療関係者（医師、PT、OT、ST、MSW）から見た問題点と方針>

##### ・問題点

右片麻痺

失語

嚥下障害

ADL低下

歩行障害

痰の自己喀出困難

口腔ケアが自分でできない

##### ・方針

患者家族への指導、訓練。

環境整備 食事に集中できる環境、姿勢。

食後の咳払い、口腔ケア。

デイケア参加時の、食形態、食事介助法の統一。

食欲増進のための運動量の確保。

就寝時、若干のギャッチアップ。

間接訓練や直接訓練（退院時指導された通りに実施する。）の実施。

### <リハビリテーションサービス導入のポイント>

訪問リハビリ(P T、O T、S T)の導入

間接訓練法、直接訓練法の指導。

発声、胸郭や頸部のストレッチ。

食事環境や福祉用具の整備。

体を動かすことにより、食欲増進を促す。

通所リハ

口腔ケアや栄養管理の徹底

歯科衛生士や栄養士の定期的な指導。

かかりつけ医、摂食嚥下医療機関との連携

### <症例のポイント>

高齢者では、誤嚥性肺炎を生じていても、高熱が出ないことが多い。いつもより元気がないとか、食欲低下、痰がらみ、酸素飽和度が低いなどの問題点はないか注意して観察すべきである。

また、「近頃、あまりむせなくなった」とご家族が喜んでいることがある。「むせ」は呼吸器官の防御機構で、誤嚥した食物を気管から排除する作用である。誤嚥がなくなってむせなくなったのではなく、誤嚥しているのに「むせることもできないほど」体調が弱っているのかもしれない(不顕性誤嚥、サイレントアスピレーション)。

## 事例2) パーキンソン病

75歳女性。パーキンソン病。YahrⅣ。食事に時間がかかり、こここのところ薬も飲めないことも多い。

### <ケアマネジャーがすべき評価のポイント>

体重減少はないか？

脱水はないか？

血圧は安定しているか？

呼吸状態は安定しているか？

可動性に日内変動（オン・オフ現象）はないか？

介助者の与える一口量は適切か？

### <摂食・嚥下医療関係者（医師、PT、OT、ST、MSW）から見た問題点と方針>

#### ・問題点

パーキンソン症状

嚥下障害

ADL低下

歩行障害

痰の自己喀出困難

介護者の疲弊

#### ・方針

胃瘻を造設し、必要な薬剤、栄養は安定して確保できるようにする。

患者・家族への経管栄養法指導。

楽しみとしての経口摂食の実施。

安全な食形態、食事時の姿勢、介助法の指導。

食後の口腔ケア。

就寝時、若干のギャッチアップ。

### <リハビリテーションサービス導入のポイント>

かかりつけ医を介して、経管栄養法の導入を図る。

訪問リハビリ（PT、OT、ST）の導入

間接訓練法、直接訓練法の指導。

発声、胸郭や頸部のストレッチ。

座位時間を延長することにより、通所リハ等への参加を容易にする。

通所リハ

経管栄養患者の受け入れ可能な通所リハの紹介。

口腔ケアや栄養管理の徹底

歯科衛生士や栄養士の定期的な指導。

かかりつけ医、訪問看護師との連携

胃瘻管理上のトラブルに備える。

### <症例のポイント>

パーキンソン病の薬剤は日々の症状に直結するので、しっかりと内服していただくよう工夫する必要がある。経管栄養で、必要な栄養・水分・薬剤をしっかりと確保できるようになり、患者さんの覚醒状態も良くなった。食事介助にかかる時間も減った。1日1回は家族とともに、経口で食事をとることができている。

### **事例3) 胃瘻からの離脱**

75歳男性。脳梗塞左片麻痺、リハビリ病院で誤嚥性肺炎を繰り返したため、胃瘻造設され、自宅退院。経管栄養を続けていたが、退院から1年経過し、本人が口から食べたいという。

#### ＜ケアマネジャーがすべき評価のポイント＞

- 体重は安定しているか？
- 退院後、肺炎を繰り返していないか？微熱が続いてはいないか？
- 呼吸状態は安定しているか？
- 口腔及び咽頭内に唾液貯留はないか？
- 自分で痰を喀出することができるか？
- 本人の食思、家族の介護力は期待できるか？

#### ＜摂食・嚥下医療関係者（医師、PT、OT、ST、MSW）から見た問題点と方針＞

##### ・問題点

- 左片麻痺
- 嚥下障害
- ADL低下
- 歩行障害
- 介護者

##### ・方針

- 胃瘻からの離脱を試みる。
- 嚥下の評価→嚥下内視鏡、嚥下造影など実施。
- 言語聴覚士(ST)による評価、間接訓練法、直接訓練法の実施。
- 理学療法士(PT)による、排痰訓練や胸郭ストレッチの実施。
- 作業療法士(OT)による、高次脳機能（注意力障害や失認）の評価訓練、自助具の検討など。
- 安全な食形態、食事時の姿勢、介助法の指導。
- 楽しみとしての経口摂食の実施。
- 食後の口腔ケア。
- 就寝時、若干のギャッチアップ。
- かかりつけ医による、経管栄養と経口摂食の比率の検討。

#### ＜リハビリテーションサービス導入のポイント＞

- かかりつけ医を介して、摂食嚥下医療機関と連絡を取る。

訪問リハビリ(P T、O T、S T)の導入

間接訓練法、直接訓練法の継続。

発声、胸郭や頸部のストレッチの継続。

自宅内での食事環境の整備。

口腔ケアや栄養管理の徹底

歯科衛生士や栄養士の定期的な指導。

かかりつけ医、訪問看護師との連携

摂食嚥下医療者から情報提供し、摂食可能な食事量と経管栄養のバランスを検討。

誤嚥性肺炎の早期発見。

### <症例のポイント>

嚥下食ピラミッドに従って段階的に食事内容の質、量を増やすことで、大きなトラブルはなく3か月で完全に経口栄養に移行することができた。体重も安定している。水分にはとろみをつけている。高齢嚥下障害者は真夏に脱水の恐れが強いため、かかりつけ医と協議の上、胃瘻はしばらく留置しておく方針とした。

#### **事例 4) 老老介護**

85歳男性。多発性脳梗塞、嚥下障害、認知症。3年前から寝たきり状態。肺炎で年2-3回入院を繰り返している。その都度、病院では、経口摂食は困難といわれている。妻は、自宅で看取りたい。

#### ＜ケアマネジャーがすべき評価のポイント＞

- 体重は安定しているか？
- 呼吸状態は安定しているか？
- 褥瘡はないか？
- 口腔及び咽頭内に唾液貯留はないか？
- 自分で痰を喀出することができるか？
- 妻以外の家族の介護力は期待できるか？
- 本人、家族の人生観は？

#### ＜摂食・嚥下医療関係者（医師、PT、OT、ST、MSW）から見た問題点と方針＞

##### ・問題点

- 両片麻痺
- 嚥下障害、低栄養
- 認知症
- ADL低下
- 歩行障害
- 老老介護

##### ・方針

- かかりつけ医による、家族の希望、治療方針の確認。
- 褥瘡予防のマット、良肢位の指導。
- 吸引セットの整備。
- 少量のゼリーの摂食。
- ゼリー摂取前後の口腔ケア。
- 就寝時、若干のギャッチアップ。

#### ＜リハビリテーションサービス導入のポイント＞

- 訪問リハビリ（PT、OT、ST）の導入
- 褥瘡予防、排痰ドレナージなど。
- 家族によるゼリー摂食の介助法の確認。

口腔ケアや栄養管理の徹底

歯科衛生士や栄養士の定期的な指導。

かかりつけ医、訪問看護師との連携

末梢点滴、あるいは中心静脈栄養の方針確認。

急変時の対応について方針確認。

ヘルパー、福祉用具等の導入

高齢の妻以外の家族の協力が得づらく、ヘルパーの導入など手厚く行う。

### <症例のポイント>

1日500mlだけ末梢点滴を継続した。徐々に脱水、腎不全が進行したと考えられるが、浮腫の増悪や喀痰の増加などなく、2週間後に安らかに永眠された。自宅で看取ったことで、妻の満足度は高かったようだ。

## 事例 5) 内服薬の調整

83歳女性。5年前発症の脳梗塞左片麻痺、認知症軽度、経口摂食可能。2週間前、誤嚥性肺炎で急性期病院に入院。夜間せん妄が重度。抗生剤治療が行なわれ、平熱に戻り、血液データも改善したため、退院となった。退院後3日しても、ボーっとしており、食欲がない。

### <ケアマネジャーがすべき評価のポイント>

- 呼吸状態は安定しているか？
- 口腔及び咽頭内に唾液貯留はないか？
- 喀痰は多くないか？
- 自分で痰を喀出することができるか？
- 内服薬は変わっていないか？

### <摂食・嚥下医療関係者（医師、PT、OT、ST、MSW）から見た問題点と方針>

#### ・問題点

- 意識障害
- 左片麻痺
- 嚥下障害
- 認知症
- 嚥下障害
- ADL低下
- 歩行障害
- せん妄コントロールの薬剤が増えている。
- 介護者

#### ・方針

- かかりつけ医に相談。
- 呼吸器状態の安定を確認。
- 向精神薬を漸減。
- 摂食量が戻るまで末梢点滴。
- 嚥下の評価→嚥下内視鏡、嚥下造影など実施。
- 言語聴覚士(ST)による評価、間接訓練法、直接訓練法の実施。
- 理学療法士(PT)による、排痰訓練や胸郭ストレッチの実施。
- 作業療法士(OT)による、高次脳機能（注意力障害や失認）の評価訓練、自助具の検討など。
- 安全な食形態、食事時の姿勢、介助法の指導。
- 楽しみとしての経口摂食の実施。

食後の口腔ケア。

就寝時、若干のギャッチアップ。

かかりつけ医や栄養士による、経管栄養と経口摂食の比率の検討。

#### <リハビリテーションサービス導入のポイント>

かかりつけ医を介して、摂食嚥下医療機関と連絡を取る。

訪問リハビリ(P T、O T、S T)の導入

間接訓練法、直接訓練法の継続。

発声、胸郭や頸部のストレッチの継続。

自宅内での食事環境の整備。

口腔ケアや栄養管理の徹底

歯科衛生士や栄養士の定期的な指導。

かかりつけ医、訪問看護師との連携

摂食嚥下医療者から情報提供し、摂食可能な食事量と経管栄養のバランスを検討。

誤嚥性肺炎の早期発見。

#### <症例のポイント>

かかりつけ医の指示のもと、向精神薬を漸減した。覚醒レベルが徐々に改善し、嚥下機能も入院前の状態にほぼ回復した。肺炎再発予防のため、安全な食形態、食事介助法、口腔ケア等の家族指導を徹底する必要がある。