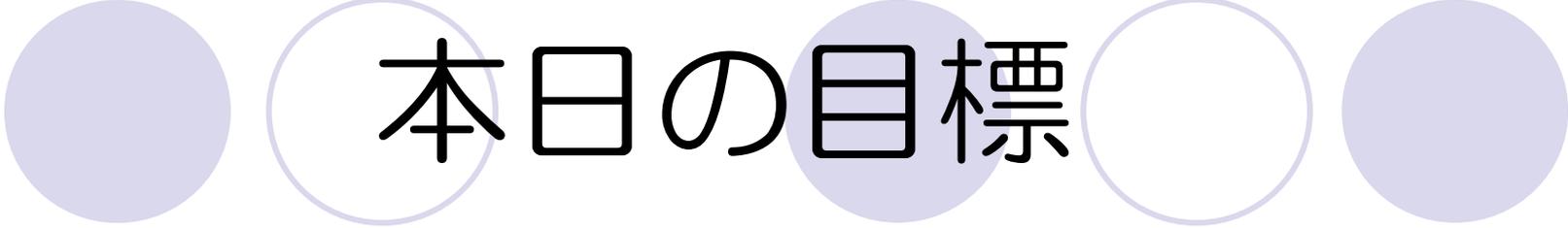


2020年
公開講座「摂食・嚥下障害看護」

嚥下障害について
～疑似体験を通して
嚥下障害を学ぼう～

2020年8月26日（水）

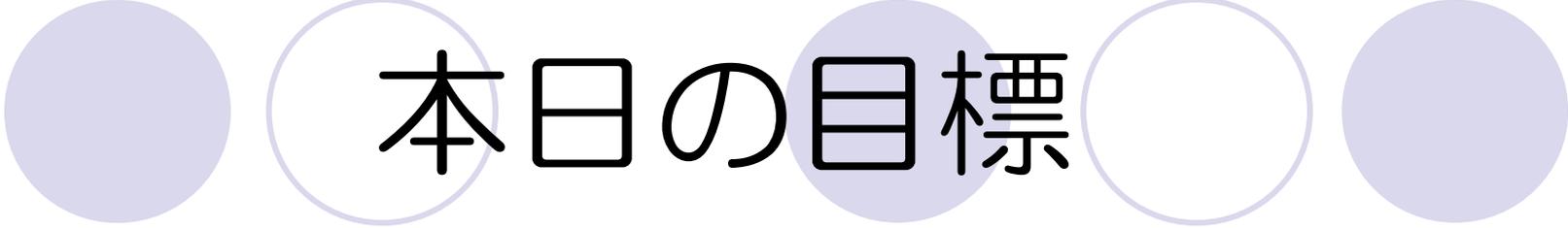
水戸医療センター

A decorative header consisting of five circles in a row. From left to right: a solid light purple circle, a light purple circle with a thin outline, a solid light purple circle, a light purple circle with a thin outline, and a solid light purple circle.

本日の目標

一般目標

摂食嚥下障害の体験を通して摂食嚥下障害について理解し、看護実践に活かすことができる。

A decorative header consisting of five circles in a row. From left to right: a solid light purple circle, a hollow light purple circle, a solid light purple circle, a hollow light purple circle, and a solid light purple circle. The text '本日の目標' is centered over the second and third circles.

本日の目標

行動目標

- 摂食嚥下障害患者の体験ができ、摂食嚥下障害患者の気持ちを理解することができる
- 摂食嚥下障害を理解し、5期分類について述べる事が理解できる。

嚥下とは？

- 嚥下：口に取り込まれた食べ物や飲み物を口腔から咽頭、食道を経て胃に送り込む運動のこと。
- 嚥下は、咳・くしゃみ・吐き気と同じで反射によって起こる。（脳の延髄でコントロールしている）

※健康な成人が1日に行う嚥下回数平均582回

| | |
|------------|--------|
| 1時間あたり食事以外 | 約23.5回 |
| 1時間あたり食事 | 約108回 |
| 1時間あたり睡眠中 | 約5.3回 |

摂食・嚥下障害とは？

- 口腔から咽頭・食道を経た胃までの食塊の運搬の一連の機能に障害があり、食べ物が上手く摂取できない状態にあること。

摂食・嚥下障害の主な原因

- ①器質的原因：食物の通路の構造に問題があり、通過を妨げている。
- ②機能的原因：食物の通路の動きに問題があり、上手く送り込むことができない。加齢も機能的原因の一つとなる。
- ③心理的原因：摂食の異常や嚥下困難を訴える患者のうち、理学的所見や検査上明らかな異常が認められない場合。

| 器質的原因 | 機能的原因 |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 舌炎、口内炎、歯槽膿漏• 扁桃炎、扁桃周囲膿瘍、咽頭炎• 頭頸部腫瘍（口腔・舌・咽頭など）• 食道炎• 食道狭窄 | <ul style="list-style-type: none">• 脳血管疾患、脳腫瘍、頭部外傷• パーキンソン病、線条体黒質変性症、進行性核上性麻痺• 脊髄小脳変性症• ALSなどの進行性難病 |

摂食・嚥下障害を悪化させる原因

- 加齢

歯牙欠損、喉頭位置の低下、唾液分泌低下

- 廃用症候群

経管栄養の長期化→嚥下関連筋の筋力低下

→口腔・咽頭の浄化作用の低下

消化管の未使用→胃・腸管粘膜・じゅう毛の萎縮

消化吸収能の低下

- 治療や薬剤の影響

- 生活習慣

- 経鼻経管栄養チューブ

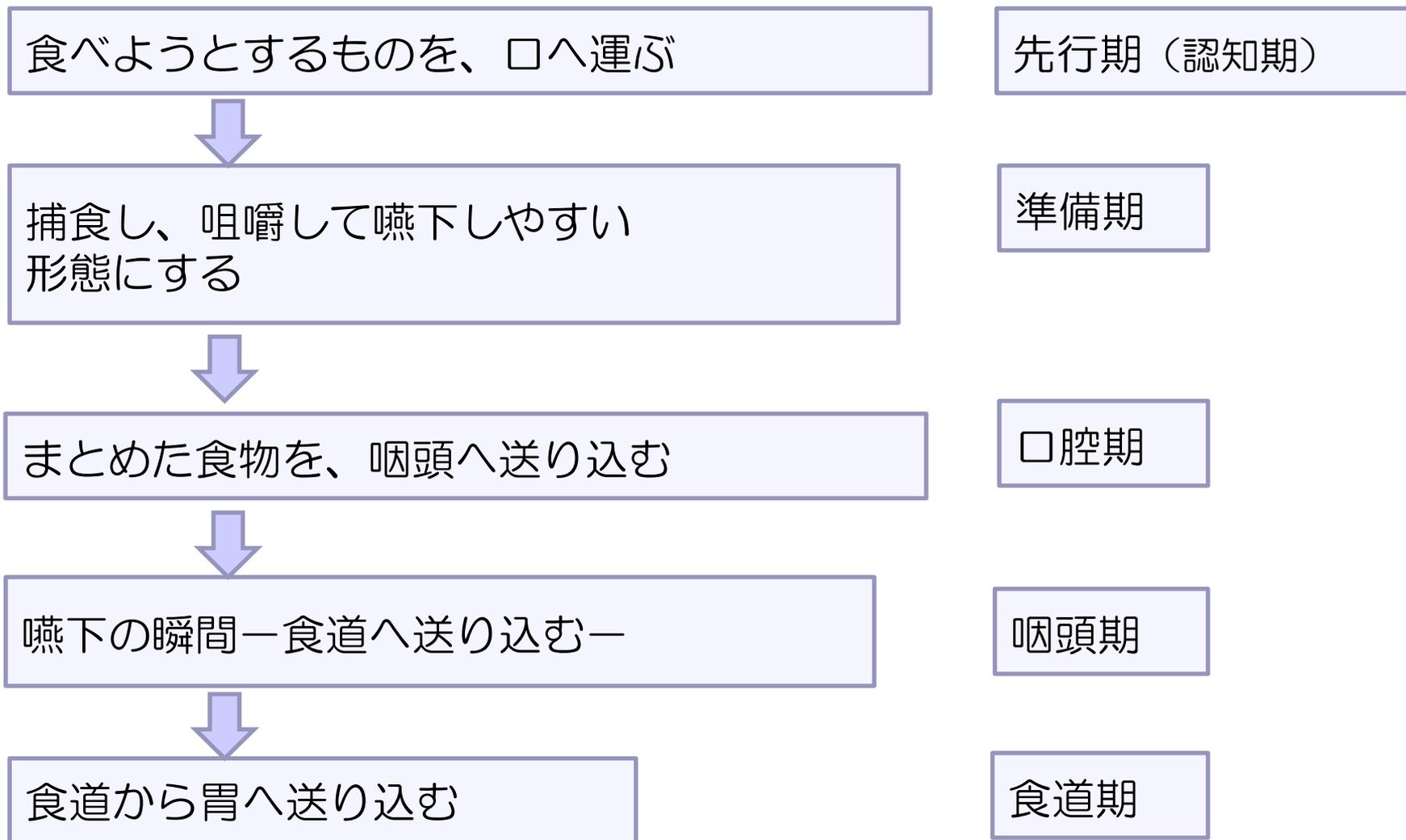
経鼻チューブ留置の弊害

- ◎ 喉頭蓋の反転を阻害する
- ◎ 接触している部分の感覚が鈍麻する
- ◎ 鼻咽頭粘膜を損傷しやすい
- ◎ 分泌物の付着→細菌の温床になる
- ◎ 食道入口部の閉まりを阻害する
- ◎ 不快、拘束感・・・ADL，QOLの阻害

せめて

- ・ 細いチューブの選択（10～12Fr）
- ・ 鼻腔と同側の食道入口部を通過させる
毎日少しずつ固定位置を変える

摂食嚥下のプロセス ：5期モデル



先行期

認知

視る・嗅ぐ・触る・聴く

：食物の形や量、質などを認識して、食べ方を判断したり、唾液の分泌を促したりする段階。口へ取り込む（捕食）までを含む

安全確認

記憶・情報・経験

意思・判断

空腹感

唾液分泌

行動の指令

姿勢の保持

捕食動作

スムーズな運動
目と手の協調運動

おこりやすい問題

- ◎ お膳を目の前にしても食べようとしない
- ◎ 皿に触るが、口には運ばない
- ◎ 飲み込んでいないのに、どんどん食べ物を口につめる
- ◎ お膳の一定の場所のものを残す
- ◎ なんでも口に入れる・・・

- 食べ物として認知できない、安全性や物性の認識が困難
- 食欲がない、食べたくない
- 食具が使えない、食べる方法がわからない
- 上肢を使って、食べ物を口元まで運ばない
- 上肢のコントロールや食べ方のコントロールができない

5感の活用！！

におい

見る

聴く

触る

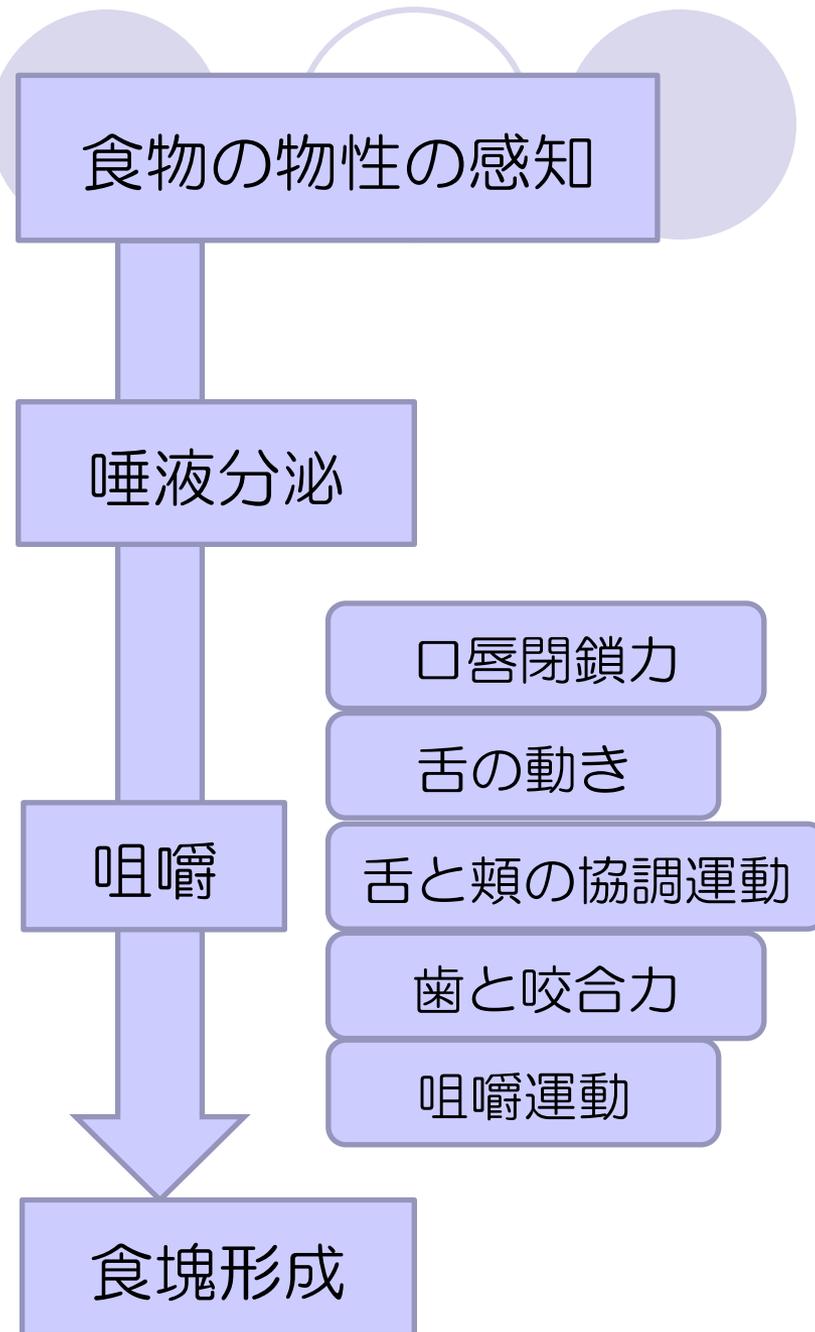
味わう

食事形態の工夫

- 食べ物の認知ができるよう、味の濃いもの・匂いのあるもの
- 水よりはジュース、お茶
- 本人の病気発症前の好みのもの
- すくいやすいもの

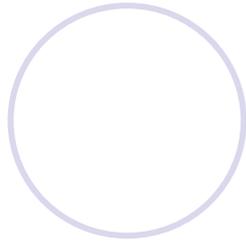
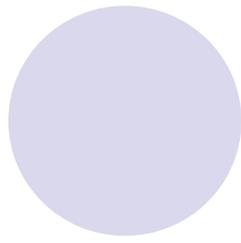
準備期

:口へ取り込んだ
食物を咀嚼し、
唾液と混ぜ、食
塊形成する段階

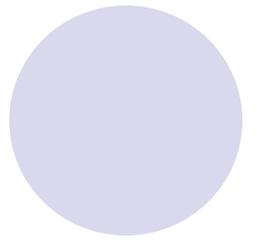
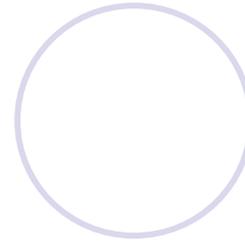


起こりやすい問題

- * 口唇閉鎖不全：食べこぼし、流涎
- * 食塊形成不全：きざんだ物やパサついた物が食べにくい
- * 口腔前庭・口腔底への食物残渣
- * 咀嚼中にいつも頬を噛んでしまう
- * 早期咽頭流入（口腔保持力の低下）
：水分を含む物を咀嚼中にむせる



咬合



◎ 歯がかみ合うことは

咀嚼力

喉頭挙上

体のバランスをとる

体幹や四肢の力を発揮する

ために重要である

口腔期

: 食塊を
口から咽
頭へ移送
する段階

舌尖挙上

舌尖から順に舌背を口蓋に
押し当てる動きと力

咽頭への送り込み

口唇閉鎖の維持

鼻咽腔閉鎖

軟口蓋挙上と咽頭壁収縮
(パッサーバン隆起)

下咽頭の拡大

奥舌を下方へ引き込む

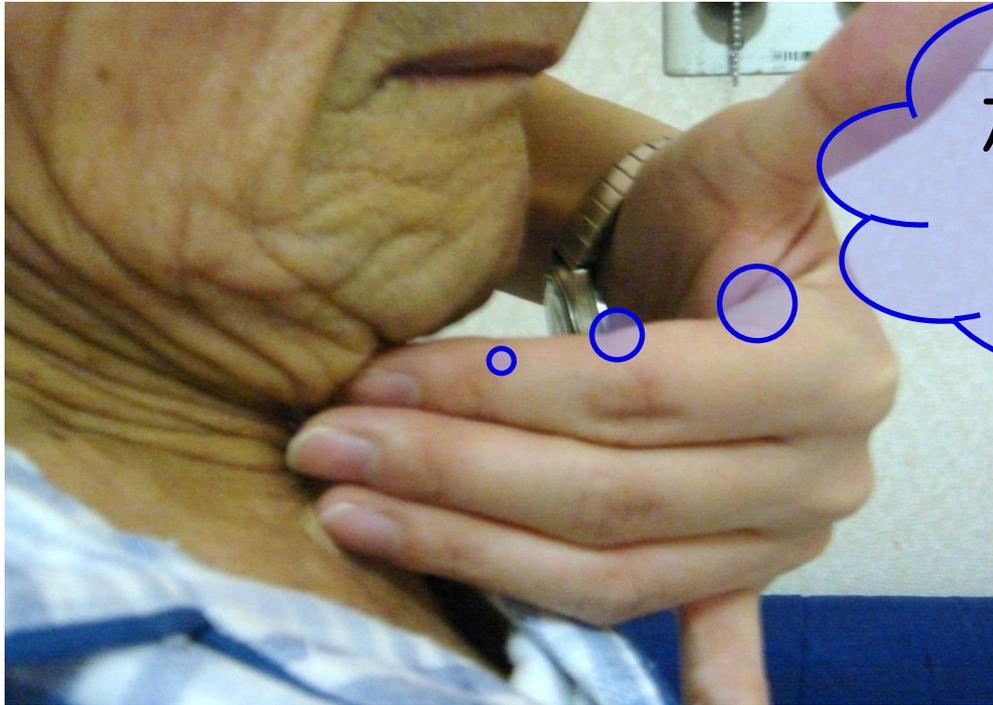
食塊が咽頭に達する

起こりやすい問題

咽頭への送り込み障害

口の中に残る
なかなか飲み込まない
顎を上げて飲もうとする

頸部前屈位



ポイントは顎下
3～4横指！

- 肩や頸部に緊張をかけないようにする。
- 顎を引きすぎると嚥下しにくくなるので注意。

食物の落下や流れ込みに備える 姿勢

☆30度リクライニング位

* 不顕性誤嚥、唾液誤嚥のリスクがある方
夜間も15～30度を保持

* 誤嚥のリスクが高い方は30度で直接訓練
開始

食物が落下した場合、
食道方向に入りやすい角度



食事形態の工夫

◎食塊形成不全がある場合

⇒まとまっているもの・・・

ペースト食、マッシュ食
きざみなどまとまらない物は×



咽頭期

嚥下反射により食物を食道へ送り込む

食道入口部開大

輪状咽頭筋の弛緩
喉頭の上前方移動

咽頭嚥下圧形成

咽頭収縮筋の収縮

舌根の引き込み

舌口蓋閉鎖

鼻咽腔閉鎖

軟口蓋挙上
咽頭壁の前方移動

喉頭閉鎖

食塊の食道入口部通過

嚥下と呼吸の関係

咽頭

空気と食べ物の両方が通過

嚥下時は無呼吸になる！
(嚥下時無呼吸)

食道入口部

嚥下反射が起きた時だけ
開く。
呼吸時は閉じている。

加齢に伴う喉頭下垂

◎ 喉頭の高さ：若年者 第5～6頸椎の高さ



高齢者 第7頸椎まで下降



嚥下時の喉頭挙上が相対的に不十分
距離が増えるのに筋力は低下



喉頭が挙上しきれず
喉頭閉鎖不全 & 食道入口部開大不全

咽頭期で起こりやすい問題

誤嚥

むせる、何度も飲み込む

→疲労、食欲低下

喉頭（喉仏）の挙上が弱く移動が少ない

喉に残っている感じがする

（咽頭残留感）

誤嚥が起こる時

食道入口部の開大が不十分

喉頭挙上が不十分な時

輪状咽頭筋弛緩不全の時

咽頭嚥下圧が弱い

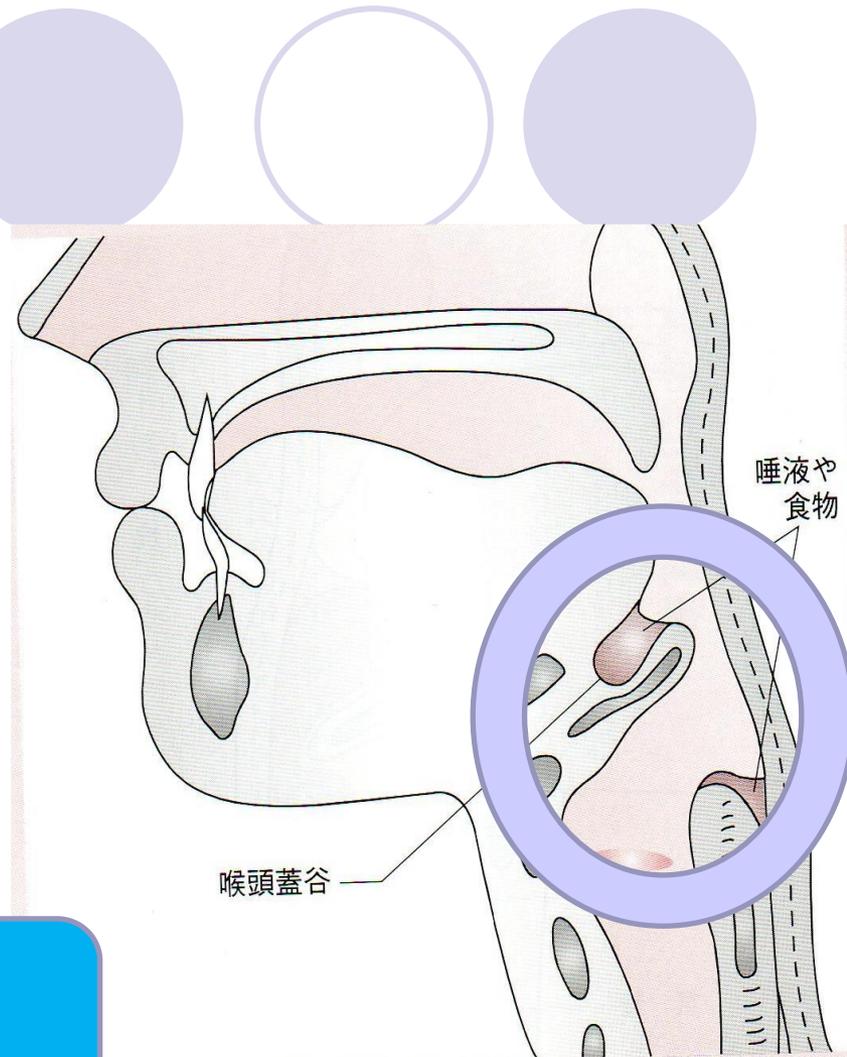
咽頭収縮筋の麻痺や筋力低下

鼻咽腔閉鎖不全や喉頭閉鎖不全

食べた後にガラガラ声

何口か食べた後にむせる

食後何時間か経過し体動時にむせる



植松宏監修, わかる！摂食・嚥下リハビリテーション, 評価法と対処法, 医歯薬出版, 2005

咽頭残留音がある場合には

- *咳払いを促す→咳をする力が十分でない場合には呼気の介助
 - *発声を促す→「あ〜」と声出してみてくださいと声をかける
 - *空嚥下を促す
 - *食事摂取後の場合にはゼリーやトロミ水を飲んでもらう
- 残留がある場合は、呼吸で吸い込み誤嚥する可能性がある！喀出をトライする！そのままにしない！
どうしても喀出困難な場合には・・・吸引する

1口量の調整

どのくらいの大きさの
スプーンで食事を
食べてもらっていますか？

飲み込む力の低下



1口量が多すぎる



1回で飲み込めず何回も飲む



嚥下と呼吸タイミングが
合わなくなり、嚥下後誤
の可能性が高くなる

食具の工夫

POINT!

- *1口毎に何度か嚥下を促す
- *一口量を少なくする

スプーンのボール部は

- *小さくて
- *薄くて
- *平たい(浅い)

ものを選ぶ

咽頭残留がある場合は
1口3~4ml以内に

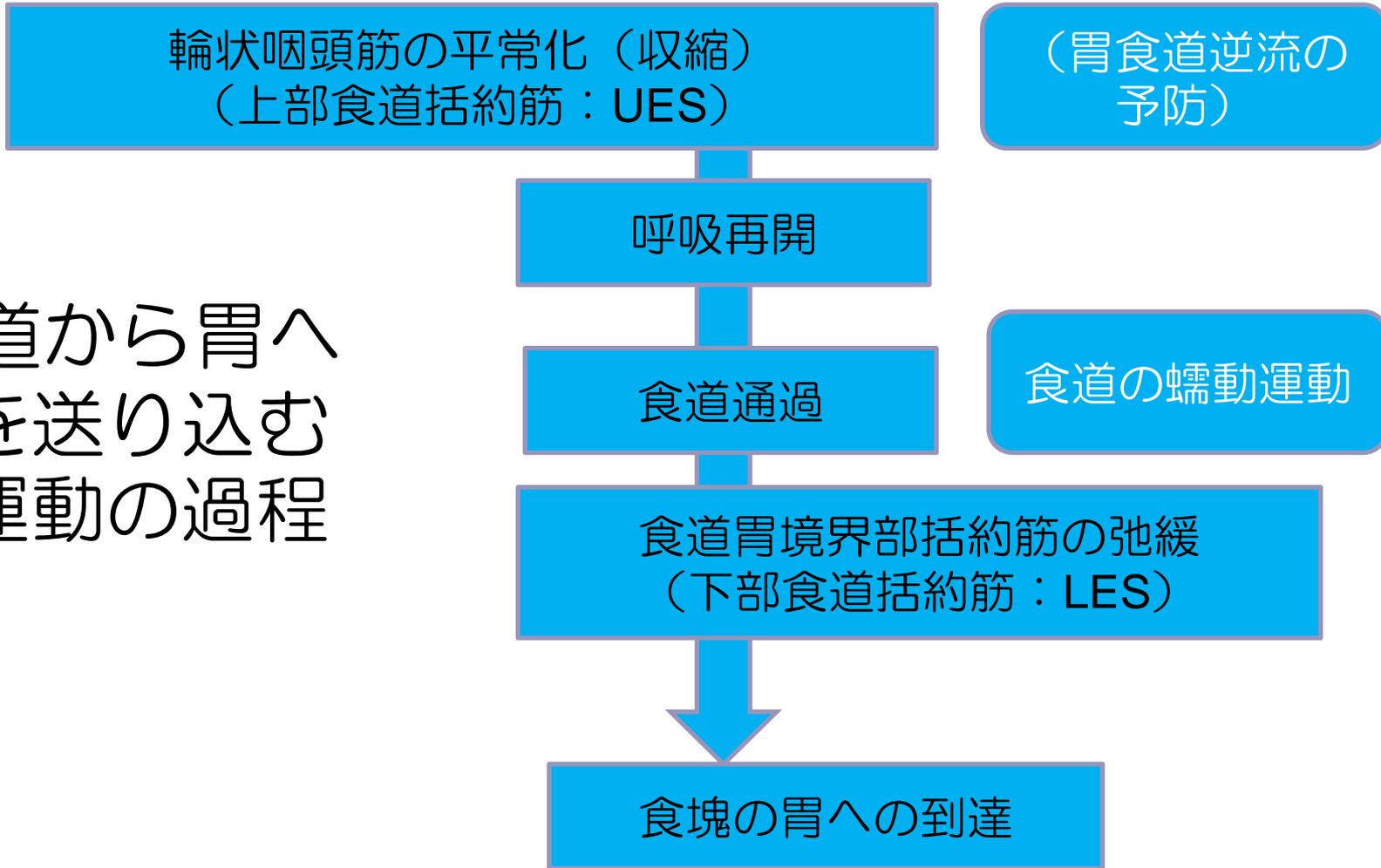


食事形態の工夫

- ばらばらになりやすいものは喉に残りやすいのでさける
→ 1口大など、あんかけをかける
- 嚥下反射が起きにくいの場合・・・
食事の合間に冷たい物をはさみ、嚥下反射を促す

食道期

： 食道から胃へ
食塊を送り込む
蠕動運動の過程



食道期で起こりやすい問題

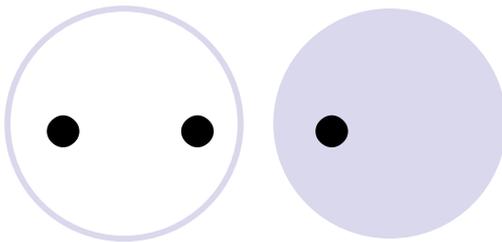
食道逆流

- 食べ物や酸っぱい液が胃からのどへ上がる
- 胸やけがする

食道通過障害

- 食べ物が胸につかえる感じがする

嚥下を良くするには



とにかく

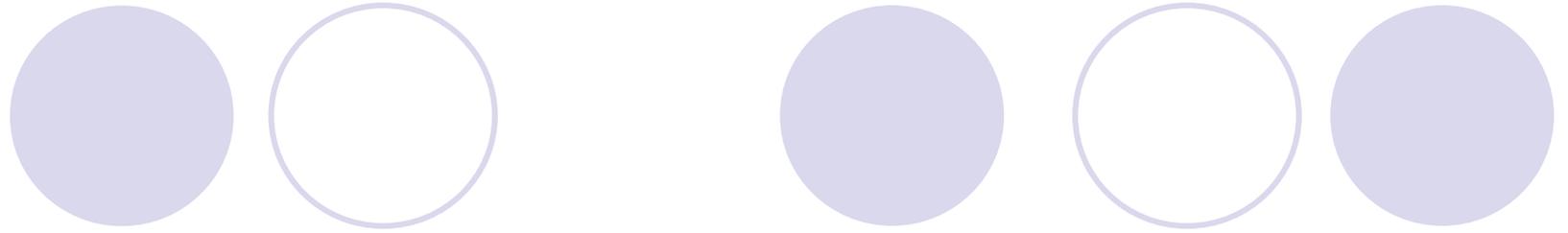
離床

あるのみ

- まずはとにかく離床！！！！
- アイスマッサージ
- 誤嚥予防にしっかり枕を！！
(頸部前屈位)

頸部前屈位





ハイリスクな患者に
当院で行っている
嘔下訓練

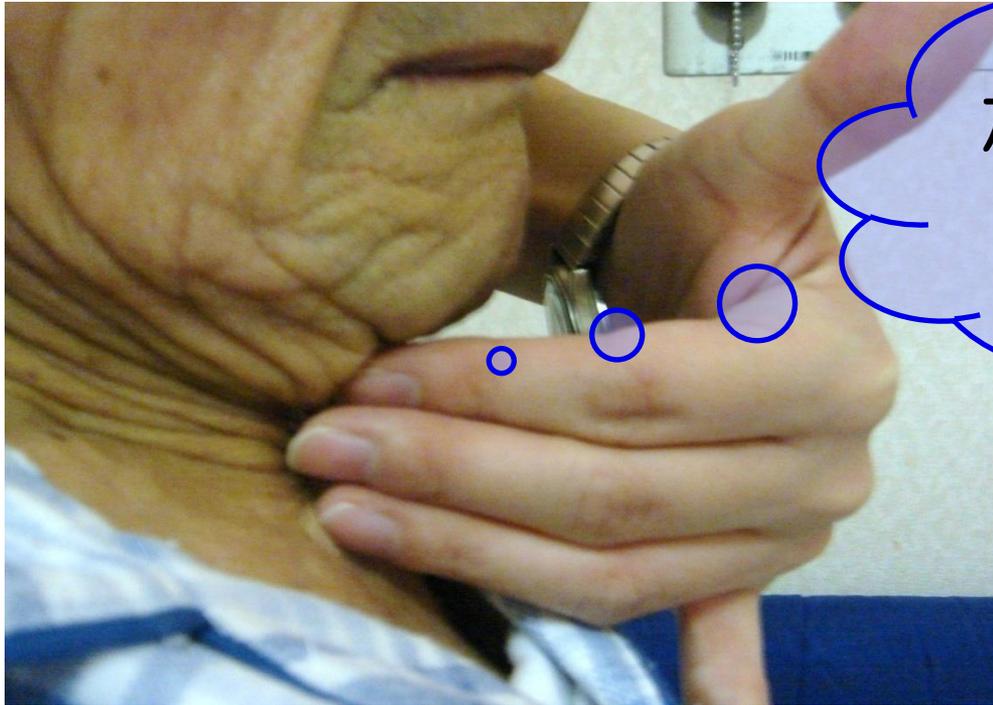
30° ベットアップ

- * 誤嚥性肺炎を繰り返しているなど経口訓練を慎重に進めたい人
- * 舌の動きが悪く、食物を咽頭へ送りこむことが難しい人

POINT

「重力」で食塊を咽頭へ
送り込むことができる
＋
食道へ通過しやすい

頸部前屈位



ポイントは顎下
3～4横指！

- 肩や頸部に緊張をかけないようにする。
- 顎を引きすぎると嚥下しにくくなるので注意。

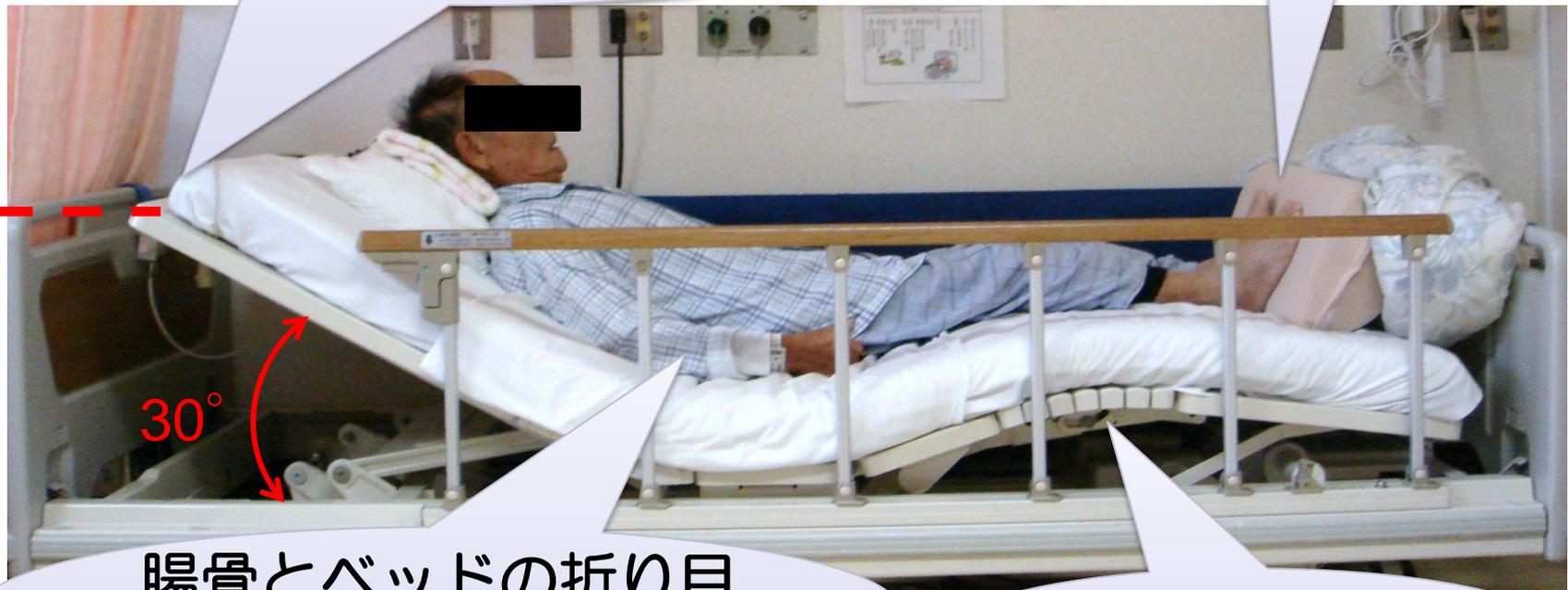
適切な姿勢の作り方

1. 腸骨とベッドの折り目を合わせるように、身体を移動させる。
2. 下肢を 20° にベッドアップする。（体型によりずり落ちないように枕を併用してもよい）
3. 足底部に枕などを入れて隙間をなくす。
（姿勢のずれ防止）
4. 頸部前屈位となるように枕で調節する。
5. 頭部を 30° ベッドアップする。
（姿勢が崩れやすい場合は腋窩に枕を入れる）

適切な姿勢ベットアップ30°

ヘッドボードと
マットの下を合わせる
(ベットアップ30°になる
)

足底をつける



腸骨とベッドの折り目
を合わせる

足元を上げる

トロミシャーベット

- ジュース100mlに対してトロミ剤1P（当院ではスルーソフト）をつけ、とんかつソース状にしたトロミジュースを凍らせる。かき氷のようにスプーンで削って少量ずつ摂取してもらう。

患者さんのお好きな味を
活用しましょう！

食事介助時のポイント

- 口の中の食べ物がなくなってから次の一口！
- 嚥下後に声がゼロゼロする場合には口の中に食べ物が残っていないなくても、もう一回嚥下してもらう（複数回嚥下）
- 食べ物と、ゼリーやトロミ水などを交互に飲み込むと咽頭残留を減らす事ができる（交互嚥下）
- 食事の途中で、介助者の交代はできるだけしない
- 食事時間が長くなると、唾液のアミラーゼで粥の中のデンプンが分解し水分が多くなる。（粥は小分けにし、介助スプーンと小分けにするスプーンは違うものを使用）

介助者の位置

左片麻痺で左半側空間無視がある場合は、右側から介助するほうがよい

介助者の位置を低くし、視線を合わせる

高すぎる位置からの介助
(患者は上を向いてしまい、誤嚥しやすくなる)

食物をこそげ取るように抜く(口蓋に貼り付いた食物は取りにくい)

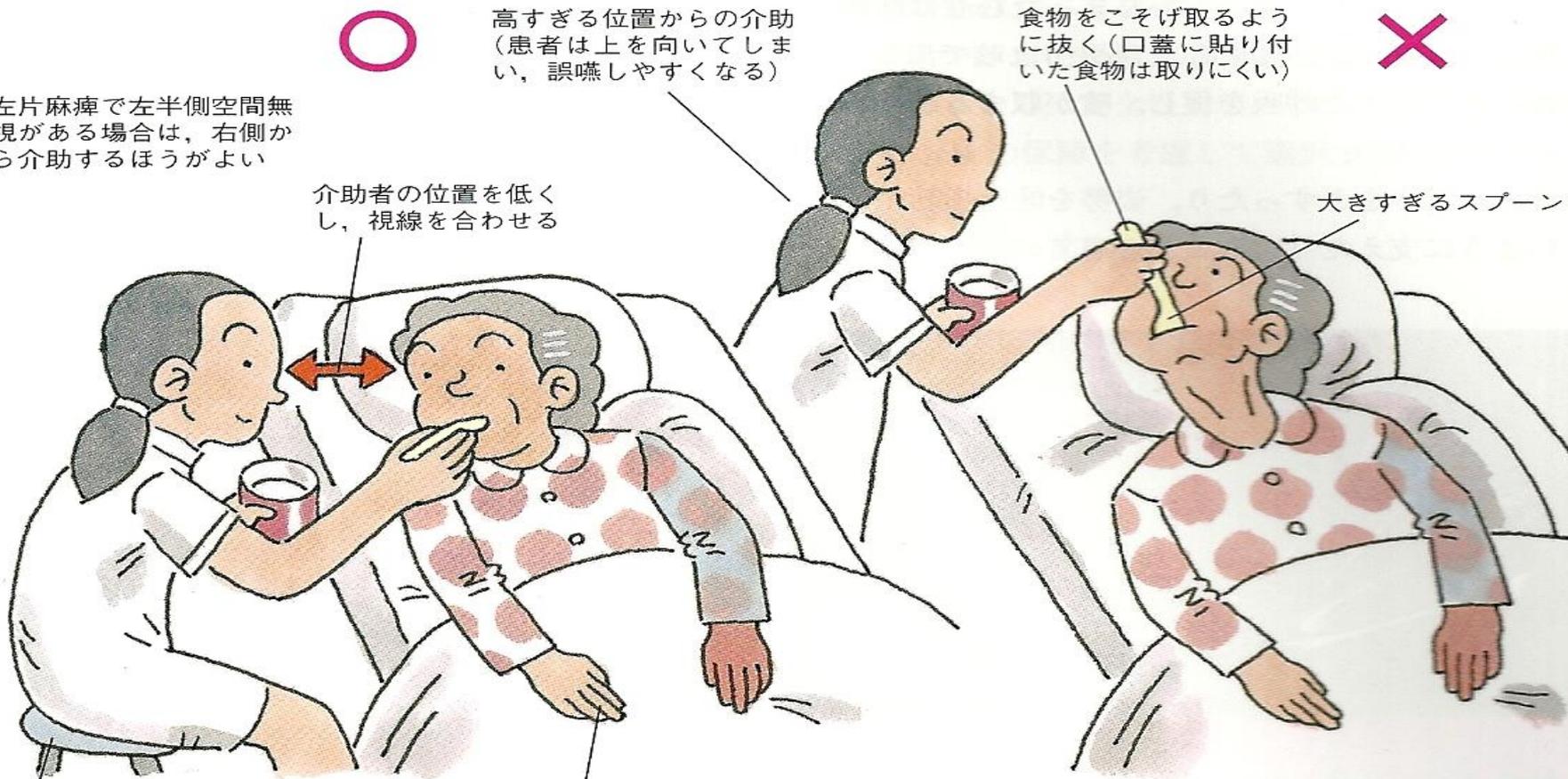


大きすぎるスプーン

健側を下にすると咽頭通過がしやすい

介助者は坐位で安定した姿勢をとる

摂食・嚥下障害の理解とケア. 向井美恵, 鎌倉やよい. 学研. 2003. 一部改変

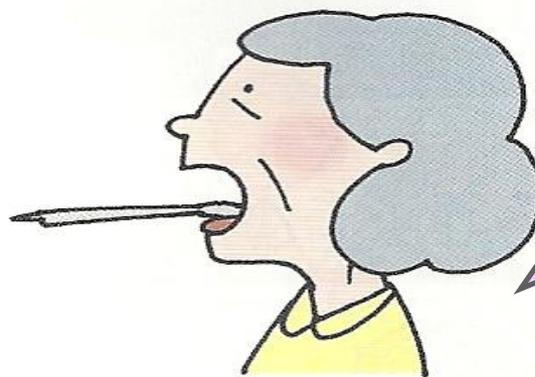


介助時のスプーンの運び方

① スプーンは口の正面からまっすぐに入れる

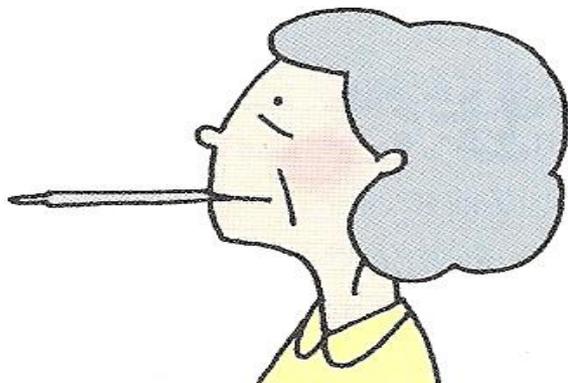


② 舌の中央に置く

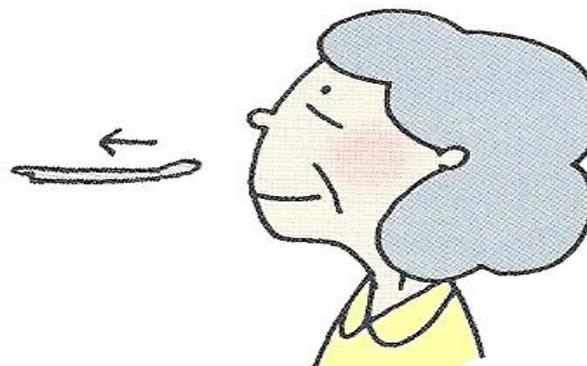


スプーンを上
に引き抜かない！（上顎に
ついてしまう
・顎が上がる
）

③ しっかり口を閉じてもらう



④ 真っ直ぐ正面に ゆっくり引き抜く



横から口に入れない！
（麻痺があ
ると口腔内
の食物が残
る原因に）

水分だらけになってしまったお粥



食べる前のお粥



20分が経過・・・
表面が水分だらけになってます><。

それを防ぐ為に

•

•

•



食べ始める前
に小分けに
しておきま
しょう
^ ^ v

食事中に動きが止まった

- 足底を掌でトントンとたたく
- 冷たい水（お茶など）を飲んでもらう
- トロミシャーベットを食べてもらう
- 頸部をストレッチし咀嚼運動を介助
- 顎の下をストレッチ

食事形態のアップ基準

- ① 食事時間が30分以内
- ② 7割以上摂取できる
- ③ 口腔内に残渣がない
- ④ 3食3日続けて上記の条件を満たしている
- ⑤ 姿勢調整を行っている場合には、姿勢と形態を同時にアップしない

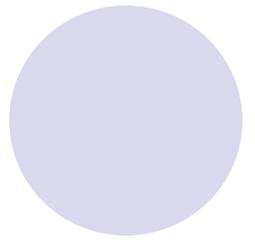
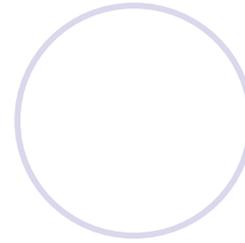
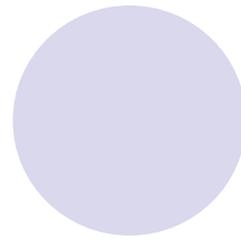
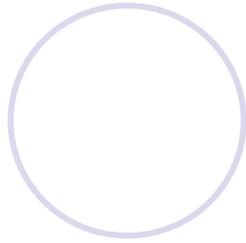
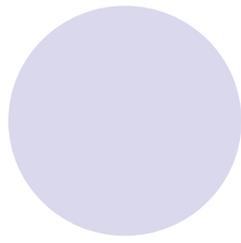
食事中止条件

- ① 37℃以上の発熱
- ② 痰の質の変化（増加、膿性痰）
- ③ 肺野の雑音など胸部聴診上の異常所見
- ④ 呼吸状態の変化（回数・音の異常）
- ⑤ 嚥下前後および日常の異常な声質（湿性さ声）
- ⑥ 炎症反応：CRP値、血沈、白血球の上昇
- ⑦ 体重減少
- ⑧ 患者自身の異常の訴え
- ⑨ 食事時間の遅延
- ⑩ SpO₂が3%以上低下する
→問題があれば即刻中止！！

こういった場合は
報告を下さい！

引用・参考文献

- 鎌倉やよい 編：嚥下障害ナーシング。医学書院。2000
- 市村久美子 編：リハビリナースの摂食・嚥下障害看護。リハビリナース秋季増刊。メディカ出版。2010
- 藤島一郎：よくわかる嚥下障害第2版。永井書店。2005
- 才藤栄一他 編：摂食・嚥下リハビリテーション第2版。医歯薬出版。2007
- 三鬼達人他：「摂食スタート」の悩みを解決！。エキスパートナース。照林社。26（2）。2010
- 白坂誉子他：摂食嚥下障害ケア。月刊ナーシング。学研。30（6）。2010
- 尾上尚志 編。病気がみえるvol.7脳・神経。MEDIC MEDIA。2011.



皆様の看護のお役に立てれば
幸いです。

ありがとうございました。