誠愛リハビリテーション病院　研修会　2012.8.3

早期経口摂取開始による摂食・嚥下リハの成果

社会医療法人社団　三思会　東名厚木病院

摂食嚥下療法部　小山珠美

摂食・嚥下障害による合併症
⇒リスク管理
⇒生活者としての弊害？
⇒食べさせないことへのリスクは？

- 誤嚥性肺炎
- 低栄養・脱水
- 窒息
- 食べる楽しみの低下
- 廃用症候群

非経口栄養の選択

長期
- 生命力の消耗
- ADLの低下
- QOLの低下
- 介護度の悪化
- 困難症例
- 経済的逼迫

koyama tamami

非経口栄養がもたらすリスク？

誤嚥性肺炎を恐れて経口摂取を禁止もしくは制限する
⇒非経口栄養によるリスク管理が引き起こすリスク

⇒ 口腔周囲や嚥下機能全般の廃用症候群
脳機能低下　ADL低下
心理的ストレスや闘病意欲の低下
早期に経口摂取が開始できるような医療体制を組まなければ口から食べられるようにならない
口から食べたい人の可能性や希望を奪う！

koyama tamami

医療・福祉現場での廃用症候群disuse syndrome やケア不足（身体・顔面・口腔・嚥下・認知・言語）

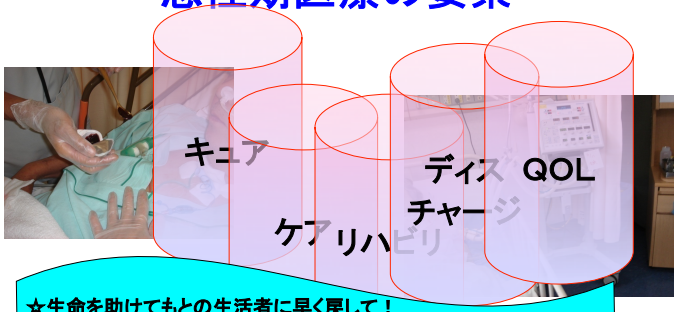
非経口栄養がもたらすリスク
使わない器官の機能低下だけでなく
心身全体の機能や能力が低下する！

- カテーテルによる違和感やストレス
- 呼吸と嚥下の協調運動　低下
- 口呼吸による口腔・咽頭乾燥
- 唾液分泌低下
- 呼吸機能低下
- 摂食嚥下機能低下
- 運動機能低下
- 身体抑制によるストレスと運脳機能低下

※顔写真はご本人、ご家族の使用許可を頂いております。

koyama tamami

急性期医療の要素



★生命を助けてもとの生活者に早く戻して！
★急性期を乗り越えたら自分と同じ生活者
★治療に伴うチューブ管理そのものが廃用症候群を作りやすい
★経口摂取開始の遅れが生活機能低下を招く

koyama tamami

患者さんの幸せのためのリスク管理って何？

合併症予防	満足できる食生活
低栄養・脱水	早期経口摂取開始による食事自立
誤嚥性肺炎	早期退院
廃用症候群	生命のクオリティ

×「取りあえず禁食ねー」
×「お粥ぐらい食べれるんじゃないの」

- 安易な判断は禁忌！
- ダメだしも止める⇒評価に応じたプランの実施

koyama tamami

急性期医療での食支援ステップ

- 早期摂食嚥下機能評価と経口摂取開始（口腔ケア、離床、栄養管理）
- 合併症を予防
- 安全に食べ続けられる人的環境
- 顔の見える退院調整と早期退院

koyama tamami

当院で（高齢者の）患者が入院になると

入院日より直ちに

1）適切な診断と治療の開始

2）口腔ケアによる肺炎（悪化）の予防
→摂食・嚥下チームの介入

3）食事が安全に摂取ができるか否かの評価

4）入院時より、早期経口摂取開始し、廃用予防と機能改善のためのリハビリ

koyama tamami

急性期医療での生理的な栄養管理

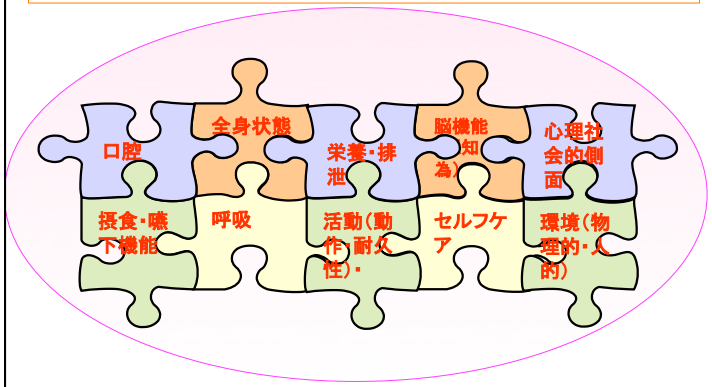
無意味な絶食は止めよう！
不用意な食事の開始も止めよう！
不適切な食事の提供も止めよう1
未熟な食事介助も止めよう！

⇩

口や姿勢を整える
気道のクリアランスを良好に
正しい評価から強みやケア方法を見出す
早期経口摂取開始
早期離床
安全でQOLの高い食事と栄養を

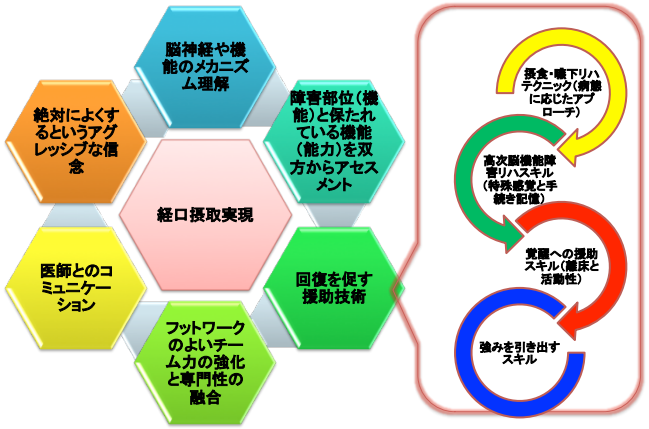
Koyama tamami

経口摂取拡大のためのアセスメント視点



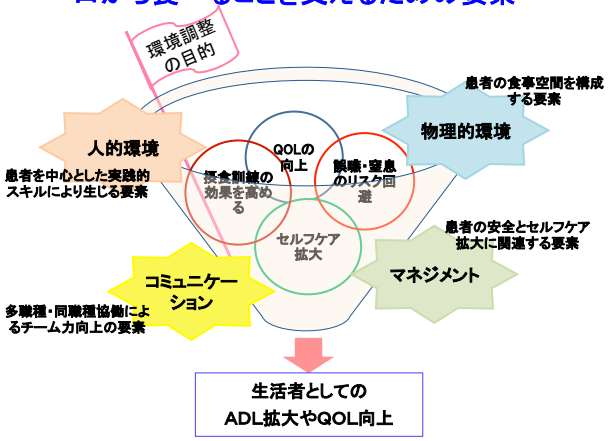
koyama tamami

経口摂取実現のための要素とスキル



koyama tamami

口から食べることを支えるための要素



koyama tamami

脳障害による摂食・嚥下障害のタイプ

（１）一側性の脳損傷
脳の左右どちらかに出血・梗塞・腫瘍などの病巣がある場合
高次脳機能障害を合併しやすい

（２）球麻痺
脳幹部の延髄に病巣がある場合。延髄外側の梗塞によるワレンベルグ症候群など

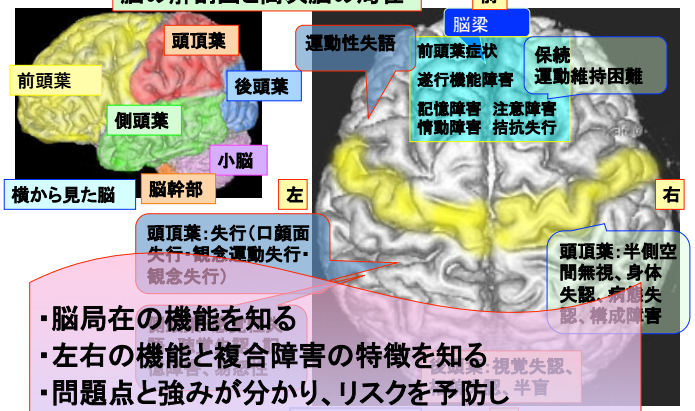
（３）仮性球麻痺
脳血管障害の再発により、左右の脳の両方に損傷があることによって起こってくる病態

（４）全般的な脳機能低下
多発性の脳梗塞、低（無）酸素脳症、低血糖性脳症、アルツハイマー型の認知症などによる脳全般にわたる機能障害

（５）脳疾患の合併
脳血管障害の多発、一側性の脳梗塞と脳外傷、脳血管性認知症と脳出血、多発性脳梗塞と脳腫瘍など複数以上の脳機能障害を合併している場合

koyama tamami

脳の解剖図と高次脳の局在

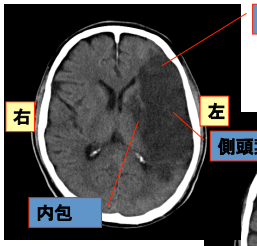


・脳局在の機能を知る
・左右の機能と複合障害の特徴を知る
・問題点と強みが分かり、リスクを予防し良好な機能を高めるアプローチとなる

koyama tamami

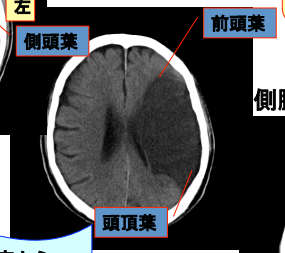
基底核・視床レベル

80代　左内径動脈閉塞

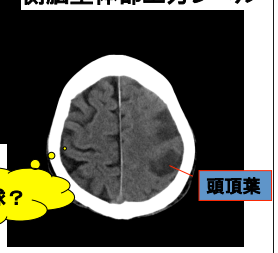


起こりうる
高次脳機能障害は？

脳梁体部レベル



側脳室体部上方レベル

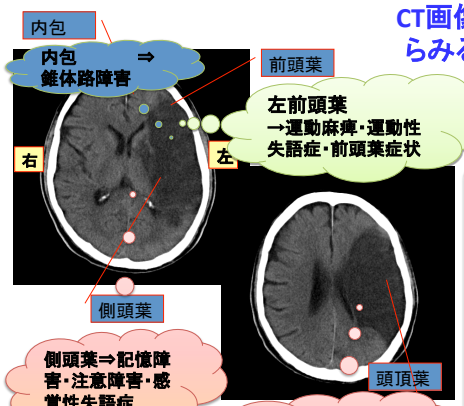


病巣の部位・程度から
症状を類推し観察と援助を！

非損傷半球？

Koyama tamami

CT画像での障害部位からみる問題点と良好な機能の抽出



左前頭葉
→運動麻痺・運動性
失語症・前頭葉症状

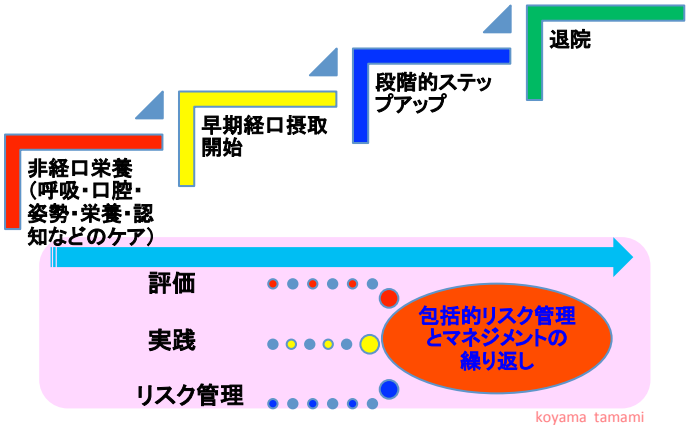
側頭葉⇒記憶障害・注意障害・感覚性失語症

頭頂葉⇒感覚障害・
失行・空間失認

＜強み＞
病巣だけでなく
良好な脳の機能
に着目
↓
右半球の機能
は保たれている
両側前頭前野は温
存している
両側後頭葉も障害
を受けていない

koyama tamami

段階的ステップアップにおける　評価・実践・リスク管理・退院調整



koyama tamami

摂食訓練開始基準

一般的な開始基準

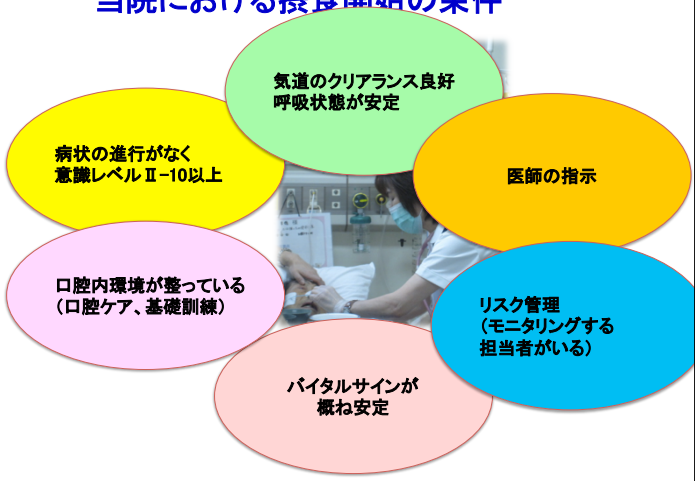
1. 意識レベルがクリアもしくはⅠ桁
2. 食事が認識でき、指示に従える
3. 全身状態が安定している

意識レベルや病状の改善を待つだけでは、非経口栄養が長期化
⇒経口摂取開始の遅れ・廃用症候群の進行
⇒ADL拡大の遅れ・QOL低下

リスク管理下による早期経口摂取開始と離床による覚醒レベル改善へのアプローチ

koyama tamami

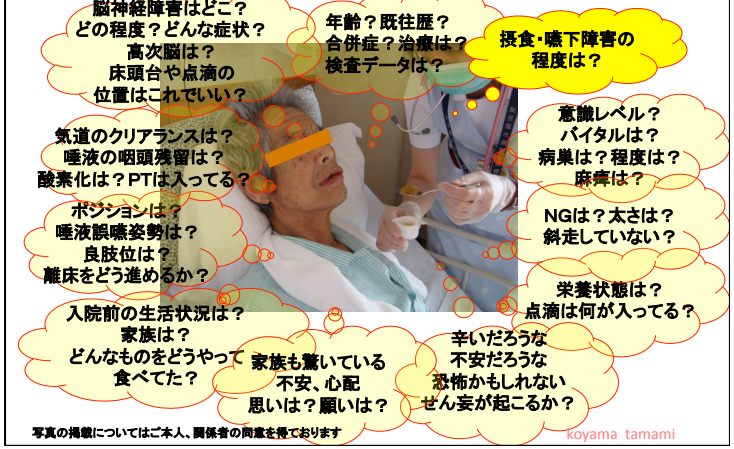
当院における摂食開始の条件



koyama tamami

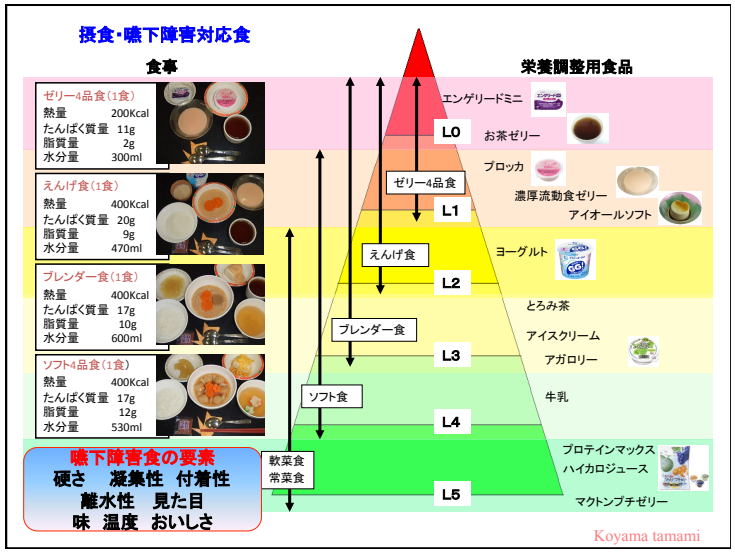
評価視点を総動員しながらプランを立てる
→強みや良好な機能を引き出す評価を！

ダメだしはだれでもできる



写真の掲載についてはご本人、関係者の同意を得ております

koyama tamami


摂食・嚥下障害対応食
食事
栄養調整用食品
ゼリー4品食（1食）
熱量 200Kcal
たんぱく質量 11g
脂質量 2g
水分量 300ml
えんげ食（1食）
熱量 400Kcal
たんぱく質量 20g
脂質量 9g
水分量 470ml
ブレンダー食（1食）
熱量 400Kcal
たんぱく質量 17g
脂質量 10g
水分量 600ml
ソフト4品食（1食）
熱量 400Kcal
たんぱく質量 17g
脂質量 12g
水分量 530ml
嚥下障害食の要素
硬さ 凝集性 付着性
離水性 見た目
味 温度 おいしさ
軟菜食
常菜食
ソフト食
ブレンダー食
えんげ食
ゼリー4品食
L0
L1
L2
L3
L4
L5
エンゲリードミニ
お茶ゼリー
ブロッカ
濃厚流動食ゼリー
アイオールソフト
ヨーグルト
とろみ茶
アイスクリーム
アガロリー
牛乳
プロテインマックス
ハイカロジュース
マクトンプチゼリー
Koyama tamami

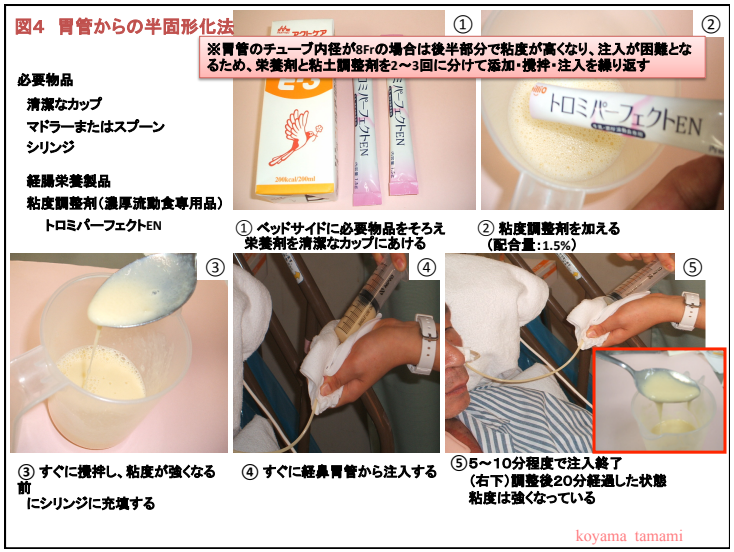


図4 胃管からの半固形化法
※胃管のチューブ内径が8Frの場合は後半部分で粘度が高くなり、注入が困難となるため、栄養剤と粘土調整剤を2～3回に分けて添加・撹拌・注入を繰り返す
必要物品
清潔なカップ
マドラーまたはスプーン
シリンジ
経腸栄養製品
粘度調整剤（濃厚流動食専用品）
トロミパーフェクトEN
① ベッドサイドに必要物品をそろえ栄養剤を清潔なカップにあける
② 粘度調整剤を加える（配合量：1.5%）
③ すぐに撹拌し、粘度が強くなる前にシリンジに充填する
④ すぐに経鼻胃管から注入する
⑤5～10分程度で注入終了（右下）調整後20分経過した状態粘度は強くなっている
koyama tamami

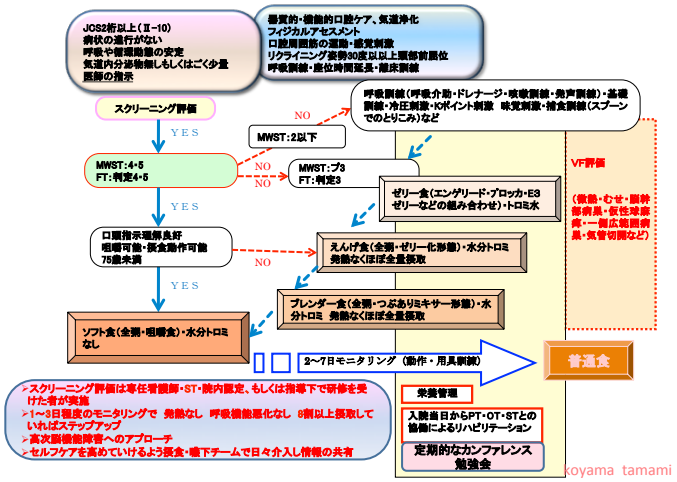
ベッド上の場合
＜体幹角度の調整＞頸部軽度屈曲位⇒頭頸部の安定、重力位による誤嚥防止
両上肢をやや挙上し、胸郭が広がるようにゆったりした姿勢⇒上半身の安定性保持
殿部から膝下をクッションで支えて挙上⇒ずり落ち防止、体幹、下半身の安定性保持
足底の固定⇒ずり落ち防止、安定性保持、咬合力に影響
車イス座位の場合
食事を見渡すことができる
テーブルの上に肘、前腕が乗る
頭頸部が安定しており、頸部に過度な筋緊張がなくリラックスできた状態。
背もたれに隙間がない。（ある場合は埋める。）
足底が床に着く
図3：良好な嚥下機能へとつながる安定した姿勢
koyama tamami

不適切な食事介助
どこが間違いか？
◆ 横からスプーンが入ってくるので捕食しづらい
→こぼれやすい・啜る→むせやすい
◆ 介助者の手元ですくう動作をしている間、患者はその動作に目線が行く
→頸部は左側へ回旋している→疲労の助長
◆ 頸部回線しているので左梨状窩通過を阻害している
→咽頭残留→誤嚥のリスク 嚥下＋認知機能の阻害
写真の掲載についてはご本人、関係者の同意を得ております
koyama tamami

急性期脳卒中摂食・嚥下リハプログラム実践の成果

koyama tamami

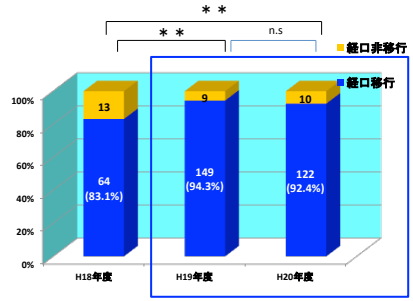
摂食・嚥下リハビリテーション段階的経口摂取プログラム



koyama tamami

脳卒中患者の経口移行について H18～H20年のチーム活動による変化

退院時の経口移行者と非移行者の割合（n=367）



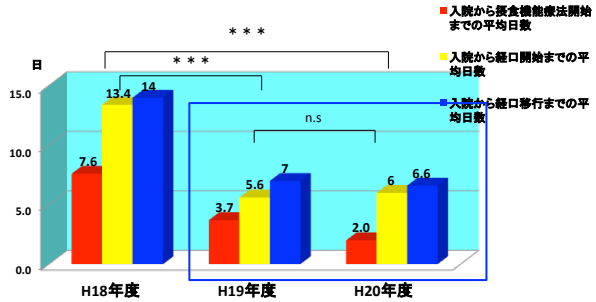
χ^2 検定:　　＊＊P＜0.001

原著：脳卒中急性期から始める早期経口摂取獲得を目指した摂食・嚥下リハビリテーションプログラムの効果：日本摂食嚥下リハ学会誌　Vol16　No.1p20-31, 2012

TOMEI　HOSPITAL　Koyama.T

入院から経口移行までの日数

入院から摂食機能療法開始までの日数、入院から経口開始までの日数、入院から経口移行までの平均日数（n=367）

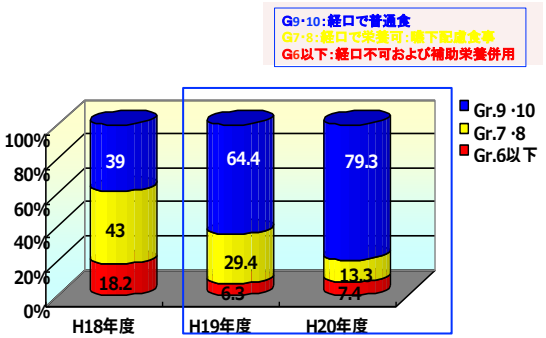


Kruskal Wallis検定，Mann-WhitneyのU 検定

＊＊P＜0.001

TOMEI　HOSPITAL　Koyama.T

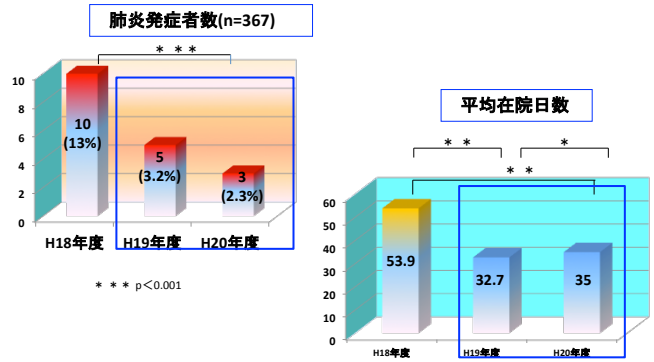
退院時摂食・嚥下能力グレード



χ² 検定： ＊＊P＜0.001

TOMEI HOSPITAL Koyama.T

肺炎発症と在院日数



Kruskal Wallis検定， Mann-WhitneyのU 検定

＊p＜0.05
＊＊p＜0.01

TOMEI HOSPITAL Koyama.T

図5 脳卒中急性期患者の早期経口摂取開始における留意点

早期経口摂取開始してよい場合	早期経口摂取を慎重にしなければいけない場合
➢ 病状の進行がない ➢ 呼吸器疾患以外の熱源による発熱 ➢ 覚醒不良な症例（特に高齢者） ➢ 高次脳機能障害が顕著な症例 ➢ 脳の一側障害で咽頭期障害が軽い場合 ➢ 時間はかかるが食べられるようになるため、根気強さが必要	◆ 脳幹部症状（特に延髄） BAD（進行性脳梗塞） など ◆ 臨床症状から病型と障害部位を類推 ◆ 症状が悪化していくと懸念される場合は摂食訓練を見合わせる ◆ 医師・ナース・リハとの綿密なリスク管理と連携が重要

koyama tamami

脳卒中急性期における早期経口摂取開始適応と予後予測

☆発症早期に開始しステップアップ
1側病変
全身状態概ね良好 意識レベルⅠ桁～クリア

☆早期開始しても時間を要するが経口摂取へ移行
1側病変で障害広範囲・仮性球麻痺・重度高次脳機能障害 意識レベルⅡ桁

☆早期開始とステップアップを慎重に経口へ移行
球麻痺 BAD
全身状態不良 意識レベルⅡ桁

★経口移行困難
重度球麻痺・仮性球麻痺（四肢麻痺）
全身状態不良 意識レベルⅡ～Ⅲ桁

koyama tamami

当院での摂食・嚥下障害患者の概要 (H19～H22年度：1707名）

項目	内容	全体	脳卒中	肺炎	その他
人数		1707	693(40.6)	434(25.4)	580(34.0)
性別	男	962(56.4)	407(58.7)	243(56.0)	312(53.8)
	女	745(43.6)	286(41.3)	191(44.0)	268(46.2)
年齢	平均	75.0	69.8	80.7	76.9

詳しくは当院ホームページを http://www.tomei.or.jp/hospital/

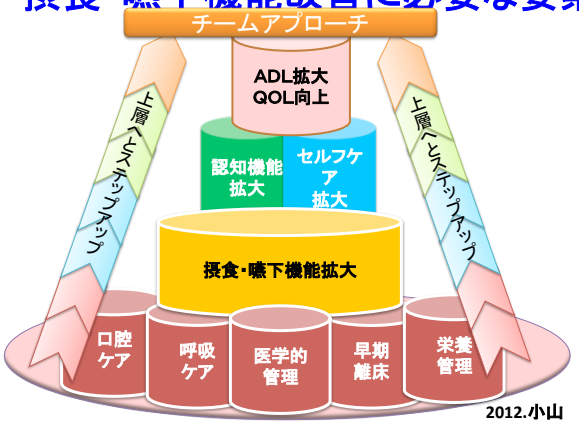
TOMEI HOSPITAL Koyama.T

当院での摂食・嚥下障害患者の概要 (H19～H22年度：1707名）

項目	全体	脳卒中	肺炎	その他
退院時経口移行の有無	1518(88.9)	636(91.8)	358(82.5)	524(90.3)
入院中肺炎併発（45名）	45(2.6)	14(2.0)	13(3.0)	18(3.1)
入院から経口移行までの日数	7.0	7.3	7.7	8.7

TOMEI HOSPITAL Koyama.T

生活者としての 摂食・嚥下機能改善に必要な要素



2012.小山

koyama tamami

ドラッカーの言葉

- 一人ひとりの自己啓発が組織の発展にとって重要な意味を持つ。
- 人は自分が成果や業績とみなすものに従って成長する。
- 自分に少ししか求めなければ成長しない。

もし高校野球部の女子マネージャーが
ドラッカーの「マネジメント」を読んだら
ー岩崎夏海　著　ダイヤモンド社ー

FIM7点がゴール？

食事のFIM7点：
「配膳後介助をまったく必要とせず、通常の時間内に食物を容器から口に運び、咀嚼し、嚥下する間に介助者を必要としない」

脳卒中患者の機能評価SIASとFIMの実際
p56千野直一編著，シュプリンガー・ジャパン株式会社，2007．11刷．

食形態は？用具は？団
経管栄養を自分で準備し注入（滴下）できれば7点？
食事は単に、安全に食べられればよいのではなく、美味しさと豊かさと楽しさの幸せのエッセンスがほしい！？

koyama tamami

チーム活動の意義と志向

- 自分がして欲しいことを人（患者さん）にする
- 人に働きかける（行動せざるを得ない）
- 同志が助けてくれる（支えてくれる）
- 心が動く
- 輪が広がる
- パッションと行動力は組織を動かす

➢ 希望を見据えて前へ進むパッションとアクション
➢ リーダーシップを発揮できる行動力のある人材
➢ 専門的志向・患者本位志向・協働志向・連携志向

koyama tamami

専門職として必要な技術とは?!

技術は患者さんから学ぶもの

- 医療者中心ではなく、患者の願いを実現できる実践的スキル
- 意味知識や経験のみではなく、手続的知識にクロスし有形化できるスキル
- リスク回避ではなく、リスクを減らし、困難に立ち向かうスキル
- エビデンスや過去に頼ることなく、可能性への挑戦的スキル

koyama tamami

すべての人に口から食べるチャンスを！「生きる」を支え挑む食支援を！

摂食・嚥下リハビリテーションの展望。

可能性を加速できる専門家！

今日できたことは明日もっとできるように！

今（今日）できなかったことが次（明日）はできるように

写真の掲載についてはご本人、関係者の同意を得ております

Koyama tamami