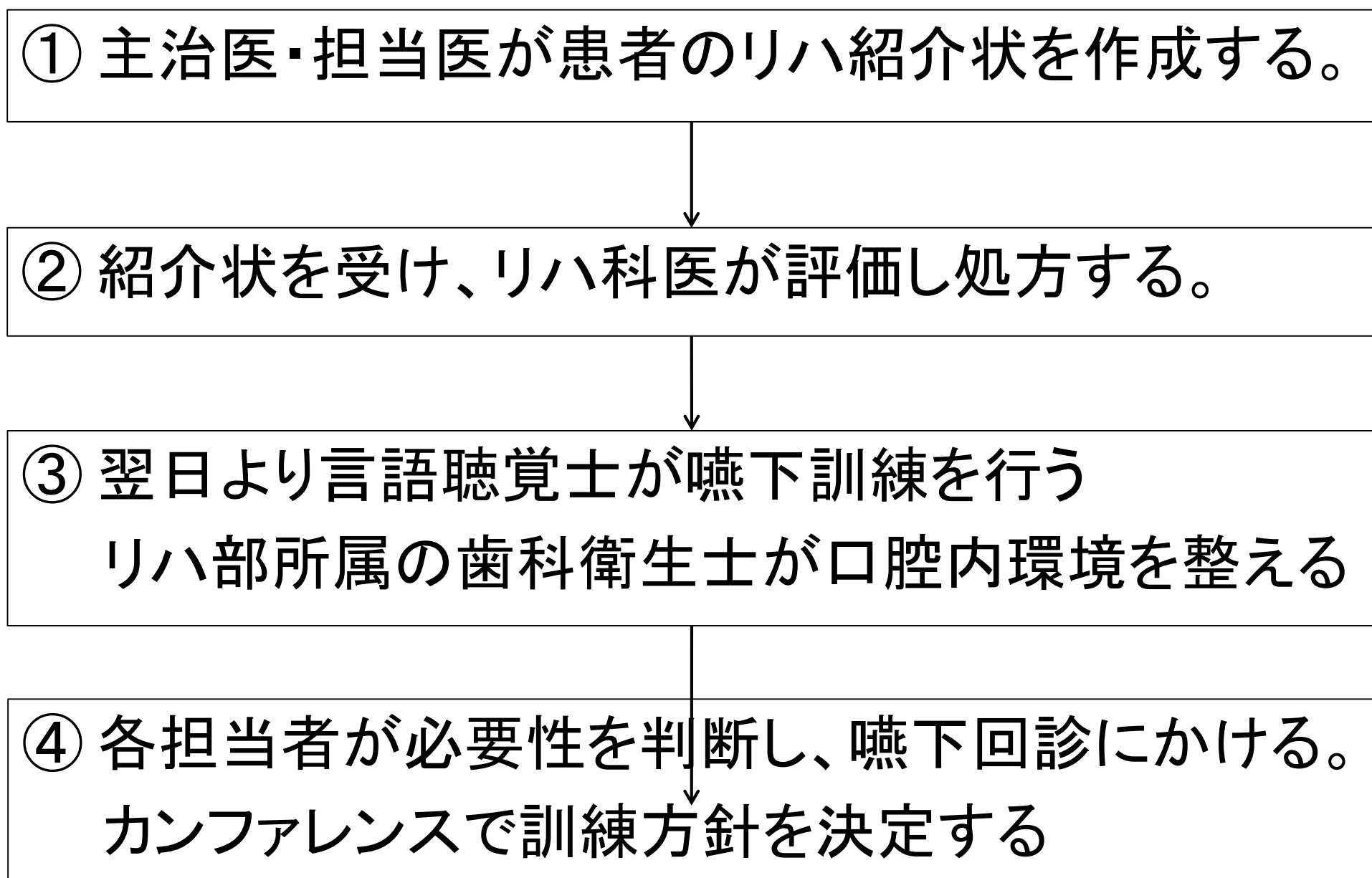


# 当院での誤嚥・窒息予防の取り組みと嚥下リハビリテーション

群馬大学医学部附属病院 リハビリテーション部, 摂食嚥下チーム

## 嚥下機能評価・訓練の流れ



## 嚥下回診について

- 嚥下内視鏡による回診は週3回実施している
- 2016年度は延べ230件(嚥下内視鏡224件、嚥下造影検査6件)
- 禁忌(鼻腔の器質的な問題や易出血傾向など)を除いた嚥下訓練中の多くの症例において、嚥下内視鏡検査を実施しており、その結果で直接訓練開始の可否を判断している。

<火曜日> 13:30 ~  
歯科衛生士もしくは摂食嚥下認定看護師介入中の患者

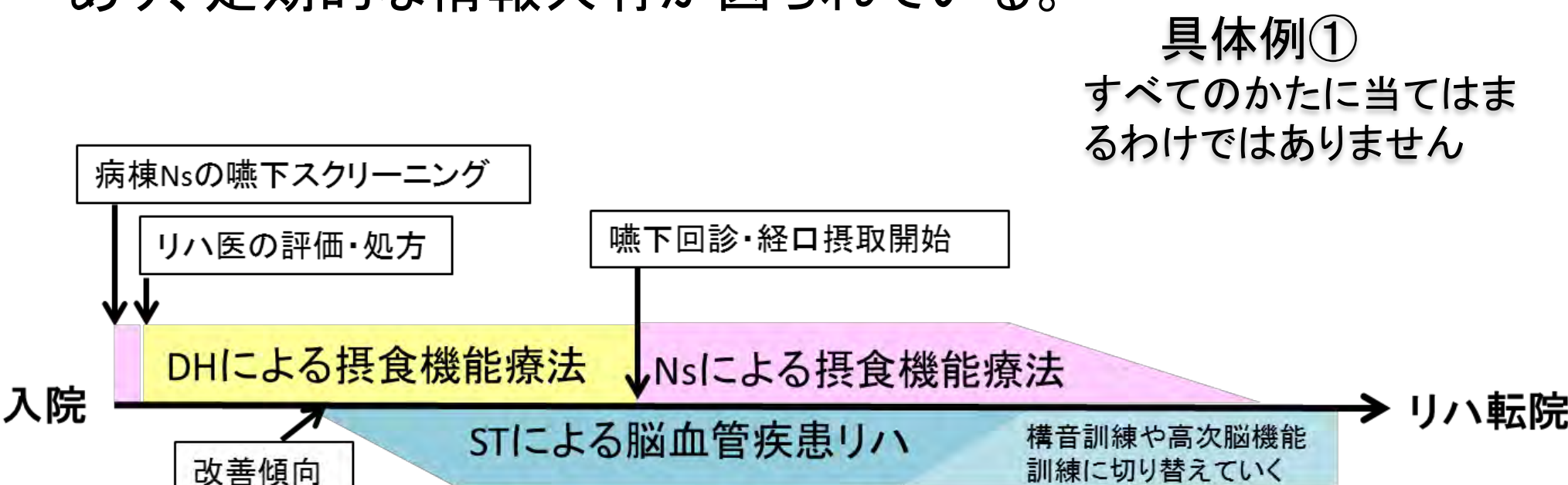
<水曜日> 16:00 ~  
耳鼻咽喉科医師や薬剤師も立ち会う。  
回復困難症例などを積極的に提示し検討する。

<木曜日> 14:30 ~  
週の後半に入り回復傾向にある患者など  
上記以外に、随時嚥下造影検査を行っている。

## 疾患毎の嚥下訓練の状況と各診療科・各病棟との関わり

### 【脳卒中】

- 脳卒中による仮性球麻痺や意識障害の患者が多い
- SCUに入室する脳卒中患者には、リハ部の歯科衛生士が口腔内スクリーニングを実施し、口腔ケアと間接嚥下訓練を行っている(経口摂取開始前)。
- 食形態調整や訓練・摂食に関する介助が必要な患者については、病棟看護師が食事介助や訓練指導を行い、病棟で摂食機能療法を算定している。
- SCUカンファレンスが週3回、北8階病棟カンファレンスが週1回あり、定期的な情報共有が図られている。

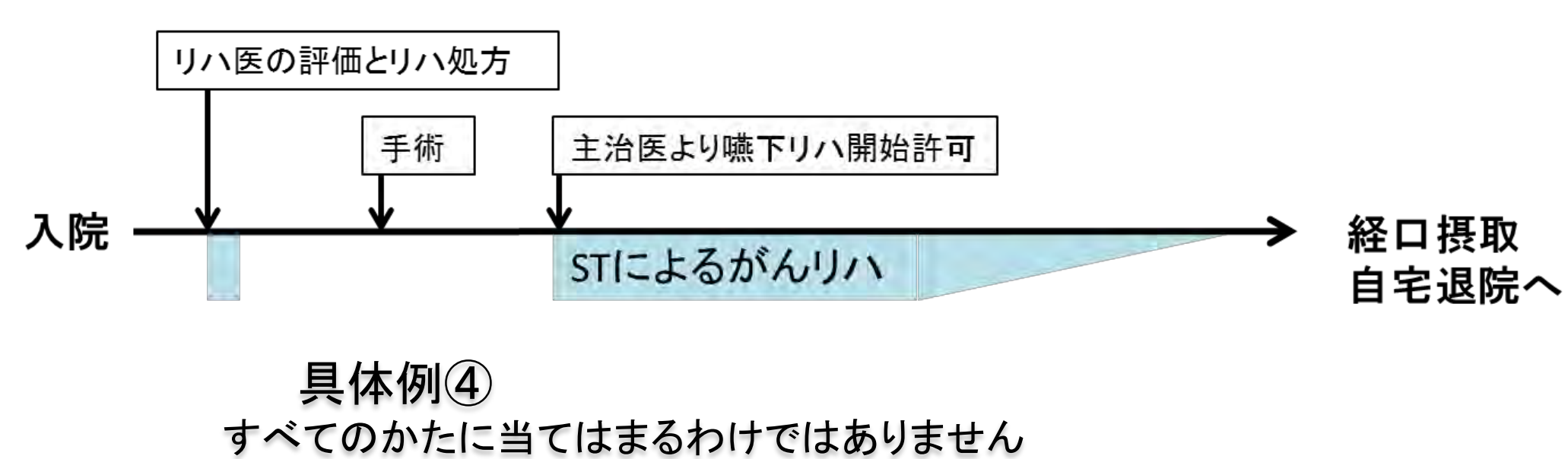


### 【食道癌】

- 手術による頸部リンパ節郭清が嚥下機能に影響を及ぼす。
- 食道癌の患者は術前よりリハ依頼があり、がんリハとして介入している。術前はオリエンテーションを実施している。
- 歯科口腔外科受診と口腔ケアが術前に介入済である
- 術後は主治医の指示に従って術後5-7日目あたりから訓練を開始する。大半の症例において、1-2回の間接嚥下訓練を経て直接嚥下訓練に移行し、段階的食上げで安定した経口摂取に至ることが多い。
- 放射線治療後や姑息術症例は回復に時間がかかる。

### 【頭頸部癌】

- 術後14-28日以降、創部や皮弁が安定してから、主治医の指示があり嚥下リハが開始となる。がんリハで言語聴覚士が介入する。
- 気管切開・頸部回旋禁止などの制限も多い。
- 主治医が嚥下造影や嚥下内視鏡を実施することも多く、リハスタッフと情報を共有し訓練を行っている。
- 術後放射線治療や化学療法が追加されると、嚥下機能が再び低下するため、介入が長期にわたることが多い。



### 【リハビリテーション科医】

- 現在、リハ科専門医5名を含む7名が在籍
- 全体像の把握(原疾患が進行性か回復傾向か)
- 訓練開始時の全身状態の評価
- 初期評価(スクリーニング)
- 算定基準を踏まえたリハ処方と計画書の作成
- 嚥下回診(火・水・木)の実施、直接訓練開始の判断
- 摂食機能療法介入中の患者は毎週月曜日に訓練の進捗状況を確認し、検討を行っている。
- 「脳血管疾患等」や「がんリハ」、「廃用症候群」で介入中の患者は3ヶ月に1回、全体カンファレンスの再評価で確認・検討を行っている。

### 【耳鼻咽喉科医】

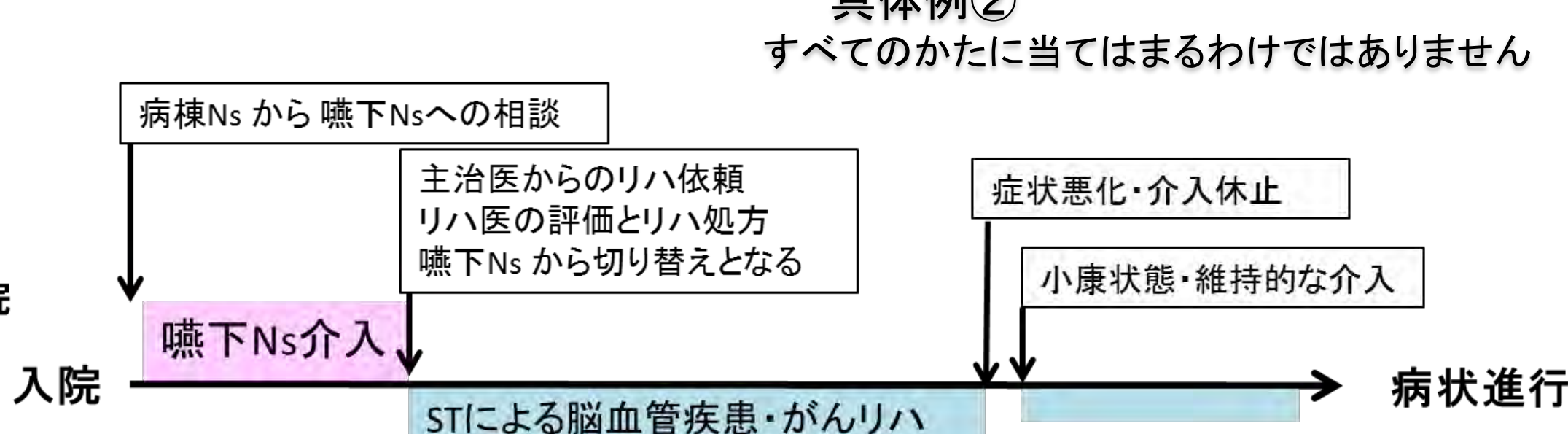
- 嚥下回診(水曜日)で嚥下内視鏡を実施
- 耳鼻咽喉科専門領域からの助言
- 手術適応(嚥下機能改善手術・誤嚥防止手術)の判断
- 耳鼻咽喉科に嚥下機能評価で診察依頼が来た場合でも、原則リハビリテーション科への紹介を勧めている

### 【歯科衛生士】

- 認定歯科衛生士(摂食嚥下)1名がリハビリテーション部に所属しており、嚥下障害の患者への口腔ケアおよび間接嚥下訓練を行っている。
- リハ科医が初期評価した時点で口腔内汚染がある場合や直接訓練の適応とならない場合は歯科衛生士が介入している。

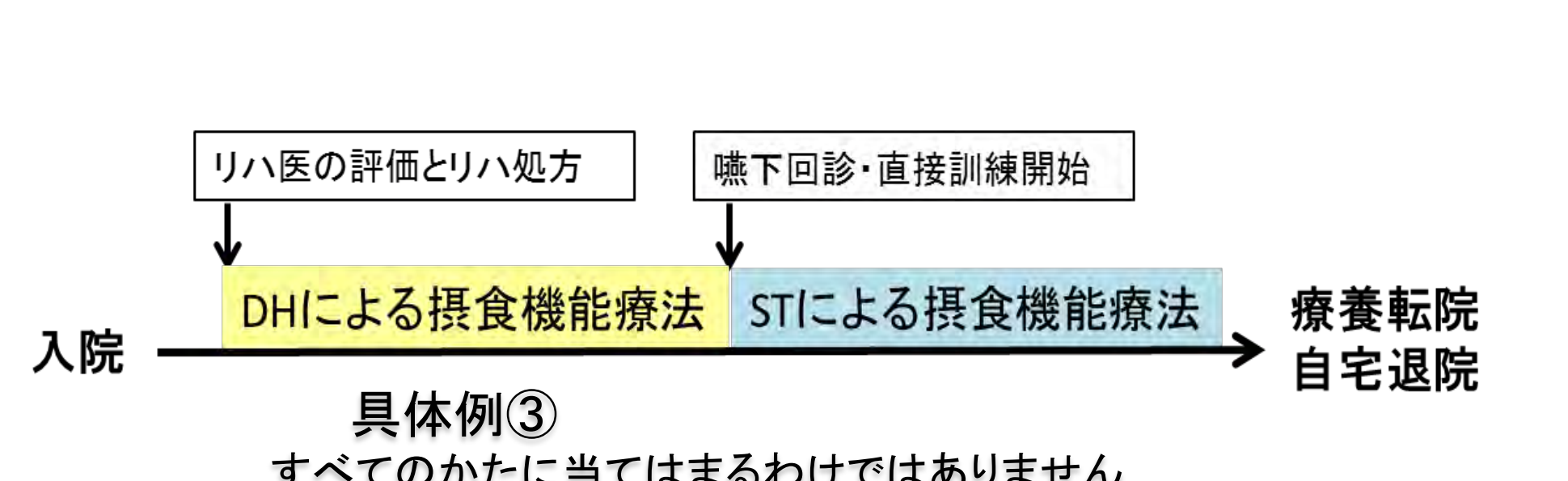
### 【神経変性疾患、癌末期】

- 進行する神経変性疾患や癌末期では嚥下機能も低下していくため嚥下評価・訓練依頼に加えて、看護相談も多い。
- 過剰な訓練は疲労を誘発するので、評価と調整が主体となる。
- 誤嚥や窒息なく「食べたいものを少しでも食べられる」を目標とし、必要栄養量の全量経口摂取は必ずしも目指さない。
- 入院前まで常食で問題なかった場合でも、発熱による入院や処置などを契機に嚥下障害の急激な増悪をきたすことがある。
- 食物誤嚥を起こすと急変しやすく、誤嚥性肺炎を起こすと治療に難渋しやすいため、誤嚥を起こさずに食形態を調整していくことが肝要となる。



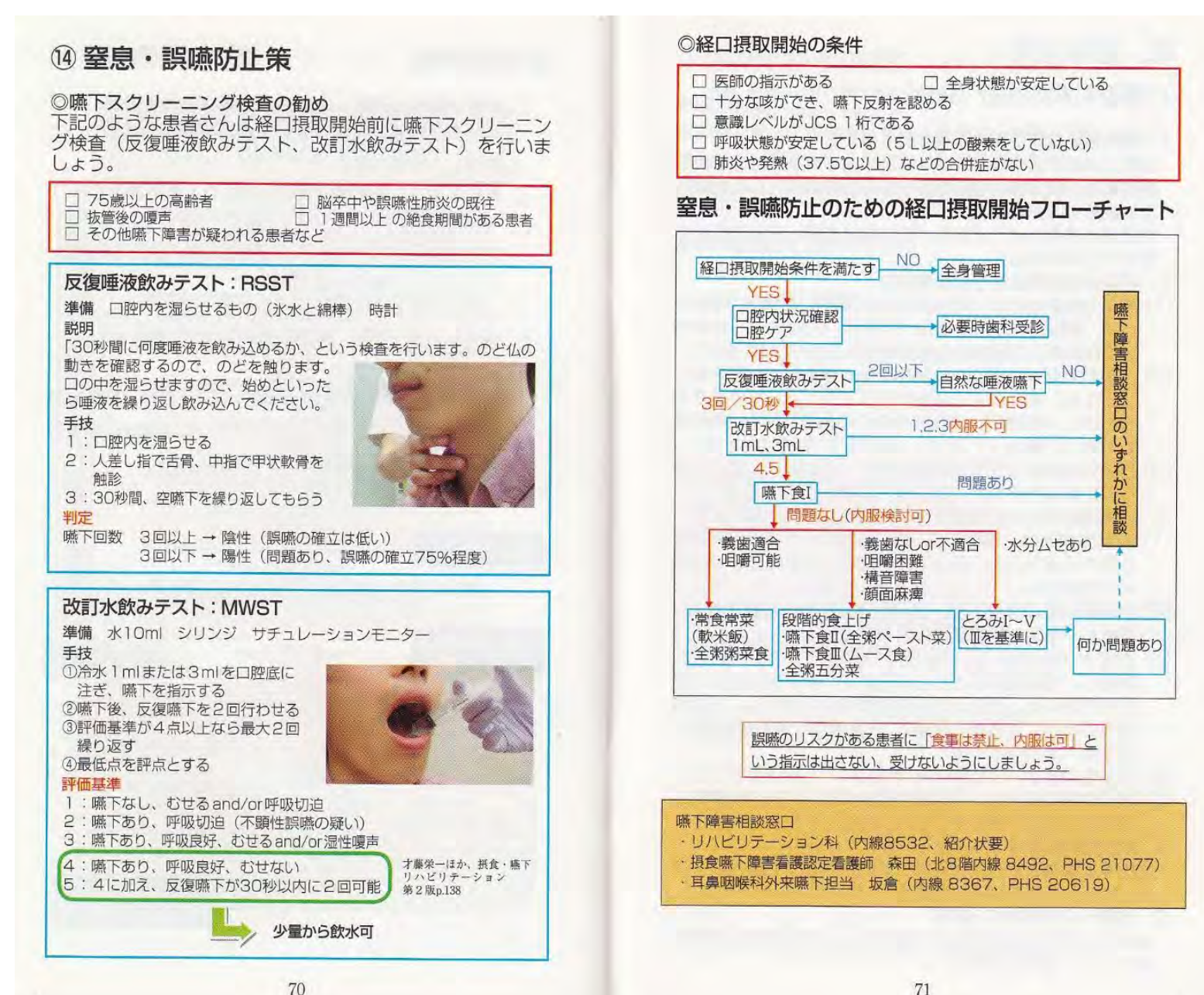
### 【高齢者の誤嚥性肺炎】

- COPDの急性増悪、慢性心不全、認知症などが併存疾患としてあることが多く、呼吸理学療法も介入となる。
- 嚥下障害の原因の多くは加齢によるサルコペニアや咽喉頭の知覚低下による。
- 口腔内の衛生状態の影響が非常に大きい
- 全身状態の改善とともに嚥下機能も改善し、経口摂取が可能となることがある。全身状態の把握が重要となる。
- 訓練を行ったが、「口から十分な量のご飯が食べられない」場合もある。経鼻胃管や胃瘻などの代替栄養手段については、QOLを尊重した方針決定が重要となる



## まとめ

- 当院では、誤嚥・窒息予防の取り組みと嚥下リハビリテーションを上記の通り行っています。
- 全職員が携帯している院内医療安全ポケットマニュアルには「窒息・誤嚥防止策」があり、経口摂取開始基準や嚥下スクリーニング方法などが記載されています。
- リハビリテーション部のみならず、多くの職員が窒息や誤嚥に関心を持ち、安全管理ができるよう啓蒙を進めていきます。



群馬大学医学部リハビリテーション科の田澤昌之医師と言語聴覚士・歯科衛生士は三菱製紙株式会社と協力し、嚥下訓練における冷感刺激用のアイスマッサージ棒「アイススティック」を開発いたしました。