

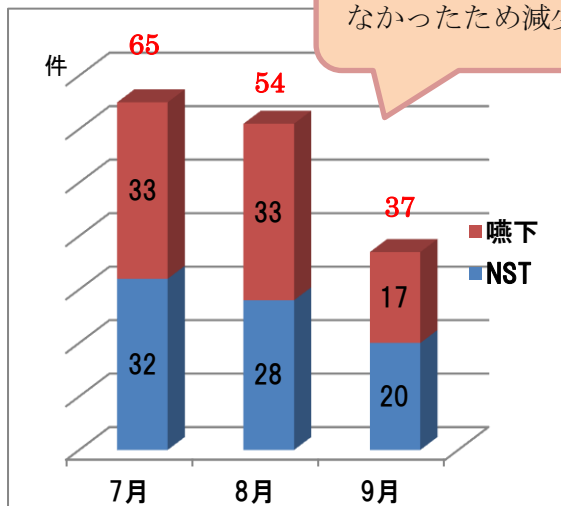
NST 秋号のテーマは、<sup>えんげ</sup>嚥下治療です。「嚥下」とは、食べる機能のことです。栄養治療チームは、食べる機能を向上させること、適した食事形態にすることで、摂取量を増加させ、患者さんの栄養療法をサポートしています。嚥下NST回診は、毎週水曜日に行っています。

## えんげちりょう 嚥下治療チームについて

- 「食べる機能」の障害の有無をチェックします。
- 嚥下障害のリハビリテーションを行います。
- 個々の障害に応じたお食事の取り方や形態を工夫し、スムーズに口からお食事ができるように援助します。
- 障害の強い患者さんには、お口からの食事以外の栄養摂取方法を考えます。
- 食べることはお口の清潔から始まります。  
お口のケアや歯科往診の依頼も行います。
- 必要に応じて、嚥下機能を詳しく見る検査  
(嚥下造影検査・嚥下内視鏡検査)を行います。



9月は、回診回数が少なかったため減少



月別栄養サポートチーム加算件数

NEW

## 専任チームの紹介

大山、山本（専任医師）  
岡本、十川、前島、河田（専任看護師）  
九鬼（専任薬剤師）  
木村、木下（専任管理栄養士）  
西山（専任管理栄養士）

新たに、看護師の岡本・十川・前島・管理栄養士の木下がメンバーに加わりました。回診開始時には、「NST 回診が始まります！」とお声がけするので、病棟の看護師さんぜひ、患者さんの情報を共有してください！

# 嚥下 NST 回診の流れ

嚥下スクリーニング



咳嗽テスト



NSTチェック

食事変更後の確認



入院時・食事開始時に病棟看護師によるスクリーニングで「嚥下障害あり」「義歯調整必要あり」の患者さんのもとへ訪問

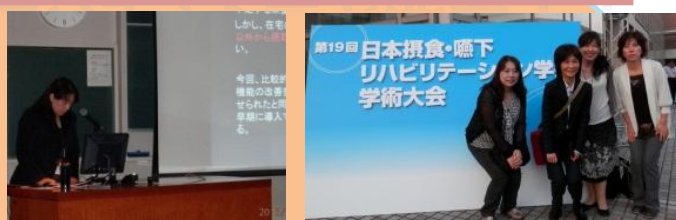
嚥下回診(毎週水曜)  
咳嗽テスト・フードテストなどを行う。適した食事形態を検討

NST専任看護師が皮下脂肪量や筋肉量、浮腫の有無について確認。栄養障害がある場合、NSTチームへ紹介

患者さんやご家族に栄養実施計画書を配布。変更後の食事形態のが合っているか再度確認を行う。

## 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会で発表！！

耳鼻科の山本先生が2013年9月22日～23日、倉敷市の川崎医療福祉大学で行われた第19回日本摂食嚥下リハビリテーション学会に参加し、下記の内容で発表されました。



この学会は毎年5000人以上の参加者が集まる学会で、多職種で活発な意見交換が行える貴重な学会です。当院の嚥下治療チームは2006年から毎年発表を行っています。

今年は「**栄養管理とリハビリテーションを早期に行う重要性を再認識させられた1症例**」という演題を発表しました。

### 発表症例

75歳男性。既往歴：ラクナ脳梗塞。10Kgの体重減少あり。水分摂取時に必ずむせがあり。食後にも咳き込み食欲低下がありH24年3月16日耳鼻咽喉科受診。発熱の出現、誤嚥性肺炎の既往はなし。嚥下内視鏡・嚥下造影検査の結果、**経腸栄養とリハビリの併用**を提案される。

☆5月10日 入院。藤島摂食嚥下能力グレード3。

ゼリーも気道へ流入し誤嚥。

☆5月15日 胃瘻作成。リハビリ開始。

☆5月19日 経腸栄養1200kcal/日+ゼリー食ハーフ1食開始。

☆6月14日 退院。藤島摂食嚥下能力グレード4。

経腸栄養1125～1150kcal/日+ゼリー食1食。

☆10月31日 藤島摂食嚥下能力グレード6と嚥下機能改善。

体重が4kg増加。細刻みあんかけ食に変更。

経腸栄養800kcal/日に減量。

☆H25年4月17日 藤島摂食嚥下能力グレード8に改善。刻みあんかけ食も誤嚥なく摂取。

経腸栄養400kcal/日に減量。

誤嚥

入院時嚥下造影画像

嚥下障害患者さんのほとんどが栄養障害を伴っています。栄養を摂取するための機能である嚥下が悪い患者さんに、たくさんの栄養を口からのみ摂取させるのは非常に困難な事です。このような場合、この症例のように経腸栄養の併用を必要とします。

嚥下機能の改善には、リハビリと十分な栄養の補給を同時に行う事が必須です。

# チェアマンの役割



えんげ  
嚥下における役割

嚥下治療チームは、NST 同様多職種で構成され、2005 年 9 月に正式に院内の医療チームとして認められました。各職種の特性を生かして多方面から患者さんに関わり、誤嚥性肺炎の防止、嚥下機能（食べる機能）の回復、日常生活における活動性の向上を目指し活動しています。

チームの中でチェアマンは、以下のような役割を担います。

- 1) 患者さんの全身状態や摂食・嚥下機能を評価する。
- 2) 評価に基づいて治療方針を決定し、患者さんやその家族へ説明・指導を行う。
- 3) スタッフの知識や技術を適切に評価し指導する。
- 4) 各職種間で情報を共有し、意見の調整を行う。

嚥下障害は様々な疾患、状態で起こりうる障害です。各患者さんの状態に合わせたきめ細かいアプローチ・ケアを心がけて、今後も活動していきたいと思っております。

編集担当 NST 専任医師 山本美佐子



# 看護師の役割

私たちは、全ての入院患者さんの中から、嚥下機能低下の疑いのある患者さんをピックアップして、水飲みテストを行い嚥下障害の判定を行っています。患者さんの全身状態や摂食状況を観察し、他の職種と嚥下回診を行うことで、食事形態や水分にはとろみ剤を使用するなど個々に応じて工夫しています。

入院中の生活では、安全に食事を食べられるよう姿勢を正しく保ち、嚥下状態・食べるペースを調整しながら食事介助を行っています。また、高齢患者さんが多いこともあり、口の内に問題のある患者さんについては、歯科衛生士と連携をはかり、口腔ケア用具の選択・注意点などの助言を受け口腔ケアの実践をおこなっています。

口腔ケア指導風景



入れ歯はどうですか？

日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定看護師 2 名が現場で活躍しています

編集担当 3 西 嚥下チーム看護師

# 薬剤師の役割



嚥下機能に関係するお薬を紹介したいと思います。

まず、**嚥下機能を向上させる薬剤**としては次のようなものがあります。

**ACE 阻害剤**（タナトリル等） サグスタツP の濃度を上昇させることで咳反射・嚥下反射を亢進し、不顕性誤嚥および誤嚥性肺炎を予防します。

**シンメトレル** ドパミンという物質の濃度を上げサグスタツP を増加させ、肺炎を予防します。

**エリスロシン** 胃食道逆流を減少させて、夜間の誤嚥を予防します。

逆に**摂食・嚥下障害を来す薬剤**には次のようなものがあります。

抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、制吐剤、筋弛緩剤、局所麻酔剤

副作用により**口腔乾燥を生じる薬剤**として降圧剤、利尿剤、抗ヒスタミン剤等があります。

編集担当 専任薬剤師 九鬼由忠



# 管理栄養士の役割



管理栄養士は、毎週水曜日(第1水は除く)に嚥下・NST回診に、耳鼻科医・薬剤師・言語聴覚士・看護師と共に同行しています。回診では、患者さんの摂取カロリー、食事形態、摂取量などの情報を提供しています。食事形態が変更可能な患者さんには、主治医の許可のもと回診日の夕食から変更しスピーディーな対応をしています。その後のフォローも、勿論実施しています。

次に、当院の嚥下食ですが嚥下1～5の5段階に設定しており、患者さんの嚥下機能に応じた嚥下食を提供しています。特に嚥下2形態は型で成型をして食材の名前が分かるようにして提供しています。



かわいい魚の形にしているため、介助者の「魚ですよ」との声かけにより患者さんにも食材を認識して食べてもらえます。



かぼちゃ

また、退院時には施設職員、ヘルパー、家族の方々に嚥下食の作り方を説明しています。  
編集担当 管理栄養士 木村 千鶴

## 言語聴覚士の役割

言語聴覚士は、嚥下リハビリとチェアマンと一緒に嚥下造影検査(VF)を担当します。



★嚥下リハビリには2種類あります。

●間接的嚥下訓練：食物を用いずにおこないます。

嚥下に関わる器官(頬、舌、のどなど)の筋力や動きを改善します。

●直接的嚥下訓練：実際に食物を用いておこないます。

誤嚥せずに食べるための一口量、口に運ばれる速度、食物の形状、姿勢などを調整し、低下した機能を補う代償方法をみつけます。

患者さんご自身だけでなくご家族や看護師さんにも姿勢やとろみの粘度を指導し、誰が患者さんに関わっても統一した食事が摂取出来るように努めています。

編集担当 言語聴覚士 更紗 里奈

## 臨床検査技師の役割



臨床検査技師と嚥下治療プロジェクトは、患者さんが誤嚥性肺炎を起こしたときに関わりを持ちます。

誤嚥性肺炎とは、誤嚥によって食べ物などと一緒に口腔内や咽頭に存在する常在菌が気道に侵入することで発症する肺炎のことです。通常、口腔内常在菌は病原性が弱く、菌量が少なければ免疫により容易に排除され、肺炎は起こることはありませんが、免疫力が低下していたり、誤嚥によって口腔内常在菌が多量に気管に侵入した場合に、肺炎になることがあります。

検査技師は、これらの原因となる細菌を検査し、臨床側へ報告を行っています。また細菌検査だけでなく、白血球数やCRP、赤沈などの検査を行い、肺炎による炎症反応の重症度なども調べています。

編集担当 臨床検査技師 武富 琴奈