

VEを核とした地域包括嚥 下管理における完全側臥位

上松川診療所 歯科口腔外科科長
摂食・嚥下リハビリテーション学会認定士

JSPEN認定歯科医師

原 純一

在宅で求められる嚥下治療のゴール

- 要望先: 本人／家族／スタッフ
- 要望: ～を食べたい(食べさせたい)／経口摂取できないのか調べたい／ムセないように／痩せを改善したい／合った食形態か確認したい
- 要望達成度: 食べられた／経口摂取できた／むせなくなった／体重が増えた／食事が安定した／熱が出なくなった

高齢化社会に対する 社会的ニーズはなにか

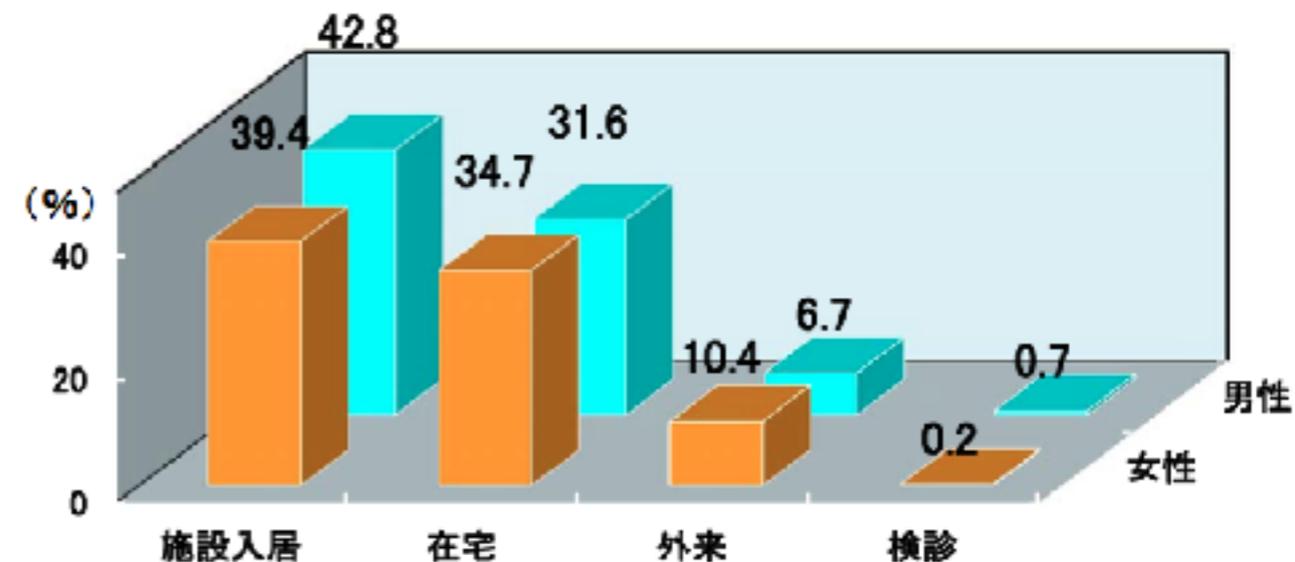
社会的な要求と現状がマッチしているかは別として、
いくつになっても、病気や認知症になっても

- 適切な栄養をしてほしい
- 安全に食べさせてほしい

と望んでいる、と解釈される。

在宅療養患者には低栄養が多い

- ◆ 高齢者施設入居および在宅療養者の約40%は低栄養状態
- ◆ 高齢外来患者の約10%は低栄養状態



肺炎にならない対策と

能力を維持・回復させる訓練

- 嚥下治療はリハビリテーション理念そのものである。
- 「現状で安心・安全にすごせること」と、
「能力を回復させること」の
両輪が重要。
- 前者のプロフェッショナルは
看護師・介護職・栄養科・歯科衛生士！
後者のプロフェッショナルは言語聴覚士！
- 医師・歯科医師の診断は
これらの方針を強く裏付けるために必須！

VE嚥下内視鏡検査の勧め

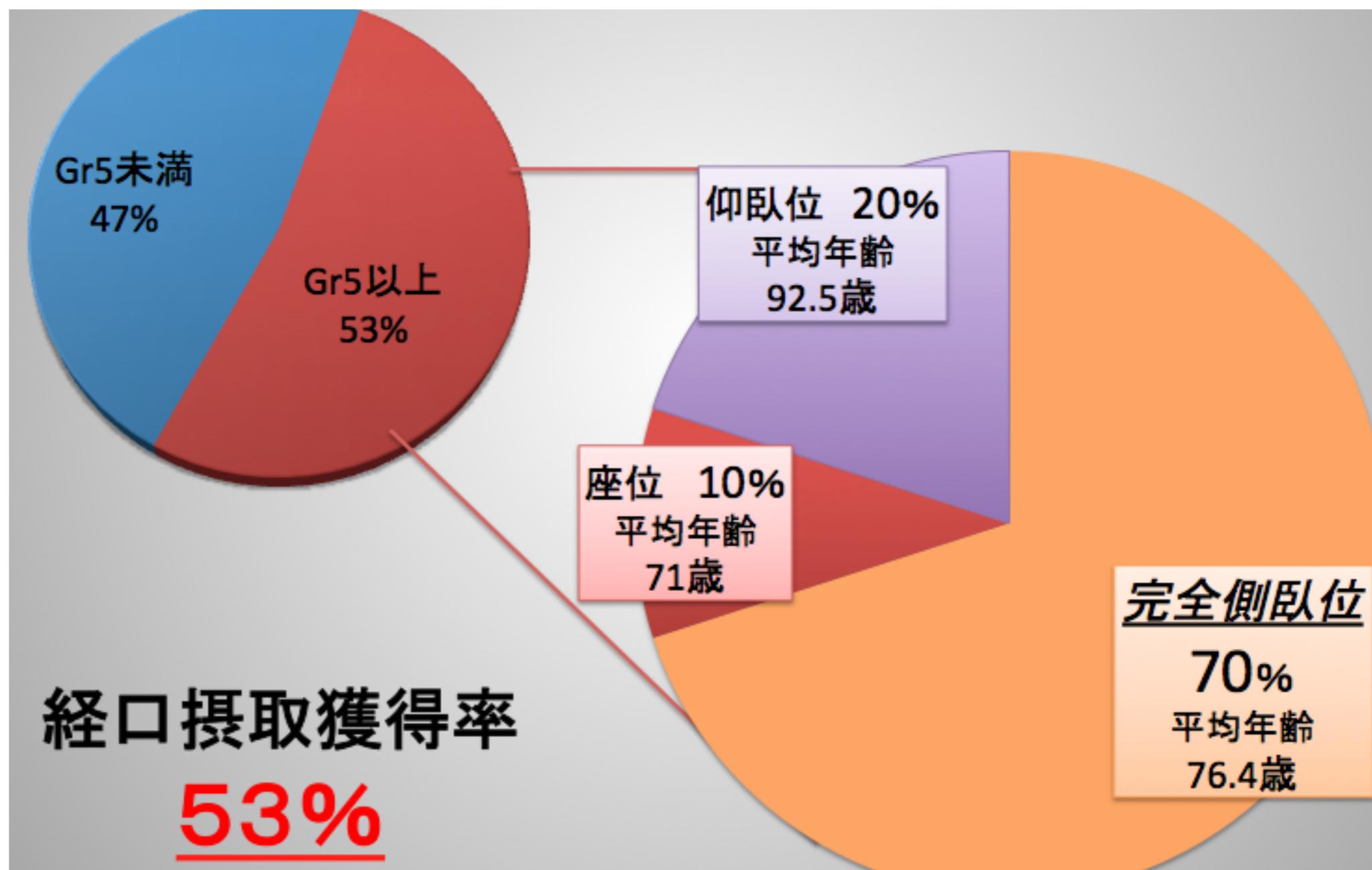
- ・ 問題が生じている場所について十分な情報を得ることが目標
- ・ 誤嚥しにくい姿勢を作り確認をしていける
- ・ 誰が見てもわかりやすく、問題の原因究明と解決方法を見て聞いて指導できるので、関わるさまざまな人達が実際の食事現場での対応の理解がしやすくなる

嚥下内視鏡を軸に診察計画

時間	歯科医師	嚥下担当(歯科衛生士/ST)	家族・施設職員
5分	病歴・資料確認 神経学的検査	コミュニケーション・ 希望確認	病歴 希望
5分	VE準備 口腔内診察 検査説明	RSST VE時使用物品準備	検査について 質問 同意書署名
5分	VE	VE介助	VE見学
5分	カンファレンス	カンファレンス	カンファレンス参加
5分	病状説明 対策の必要性説明	片付け	歯科医師の説明 について質問
5分	所見記載・指示	介護方法・ 訓練方法の指導	歯科衛生士の説明 について質問
2分		次の検査の準備	(次の検査の準備)

慣れてくると30分で1名診察可能

在宅で非経口栄養者の経口摂取率 おたのしみならほぼ100%



完全側臥位法

福村ら, 2012

重力で咽頭内の食材の流れを変える

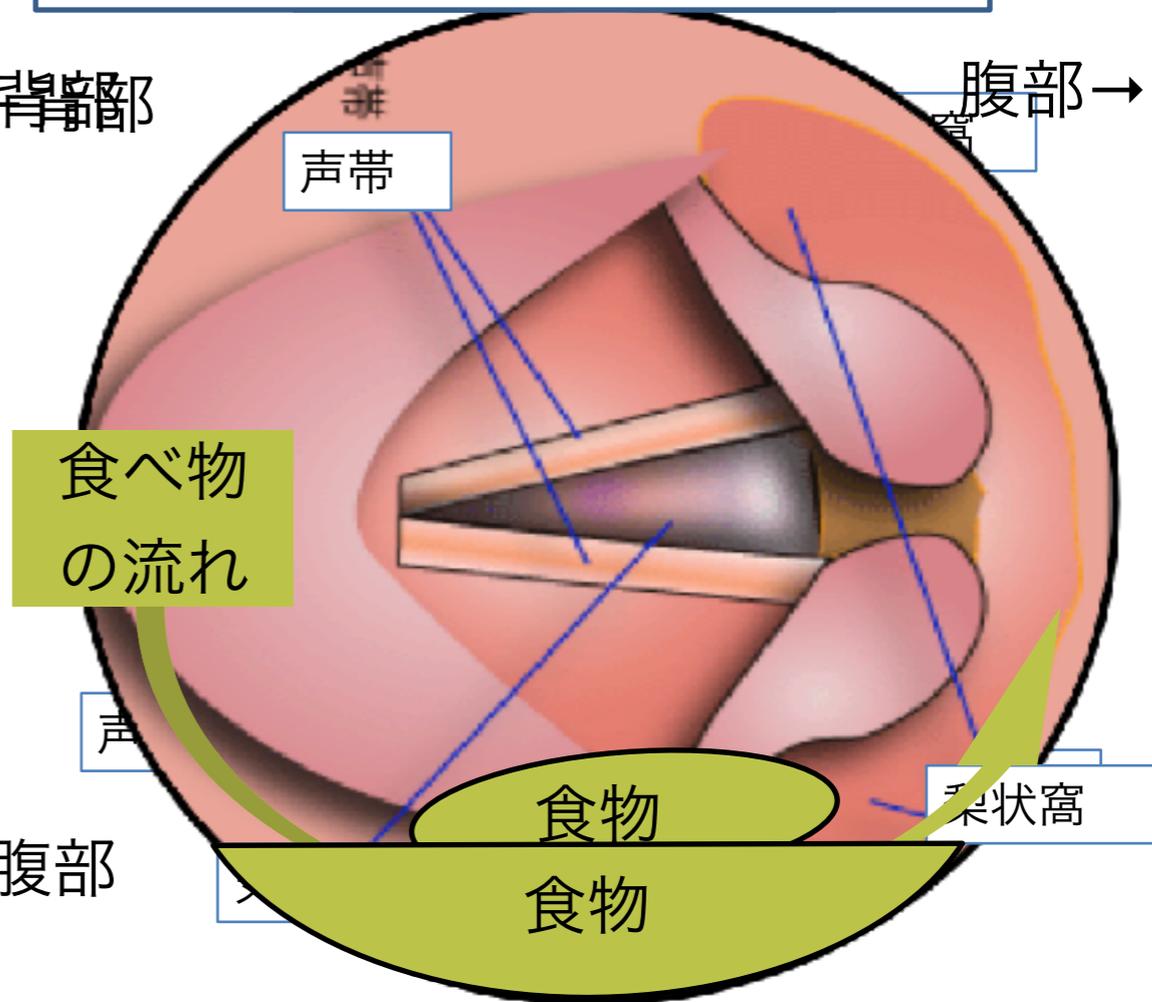


完全側臥位

↑背部

→腹部

↓腹部



残留物を気管から引き離しやすく
重力で気管に侵入しやすく
また、食塊が咽頭内に貯留できる容量を増やす
誤嚥リスクあり

姿勢による代償の基本 「完全側臥位法」

治療の考え方

- 誤嚥性肺炎・窒息は予防できる
- 経口摂取をし続ける選択肢を考える

—嚥下検査時に行うこと—

- 全身状態の把握（基礎疾患、内服薬、食事量、口腔内環境）
- 家庭環境の確認（生活スタイル、食事作成者はだれか、普段の食事状況、口腔ケア状況）
- 嚥下検査の結果から栄養改善指導・経口摂取訓練（直接・間接）・口腔ケア指導・運動指導を個人に合わせて提案する。（チームアプローチ）

診断的嚥下内視鏡

- 姿勢、食材、量はプロトコール通り
- 食材の咽頭残留、喉頭侵入、誤嚥を評価

(利点)

比較的早期から導入できる。

(欠点)

検査時間がかかる

解釈に時間がかかる

治療的嚥下内視鏡

- 嚥下機能と対策を事前に分析してから必要な検査を適宜行う。
- 咽頭、喉頭などの構造や運動を評価

(利点)

検査時間がかからない。

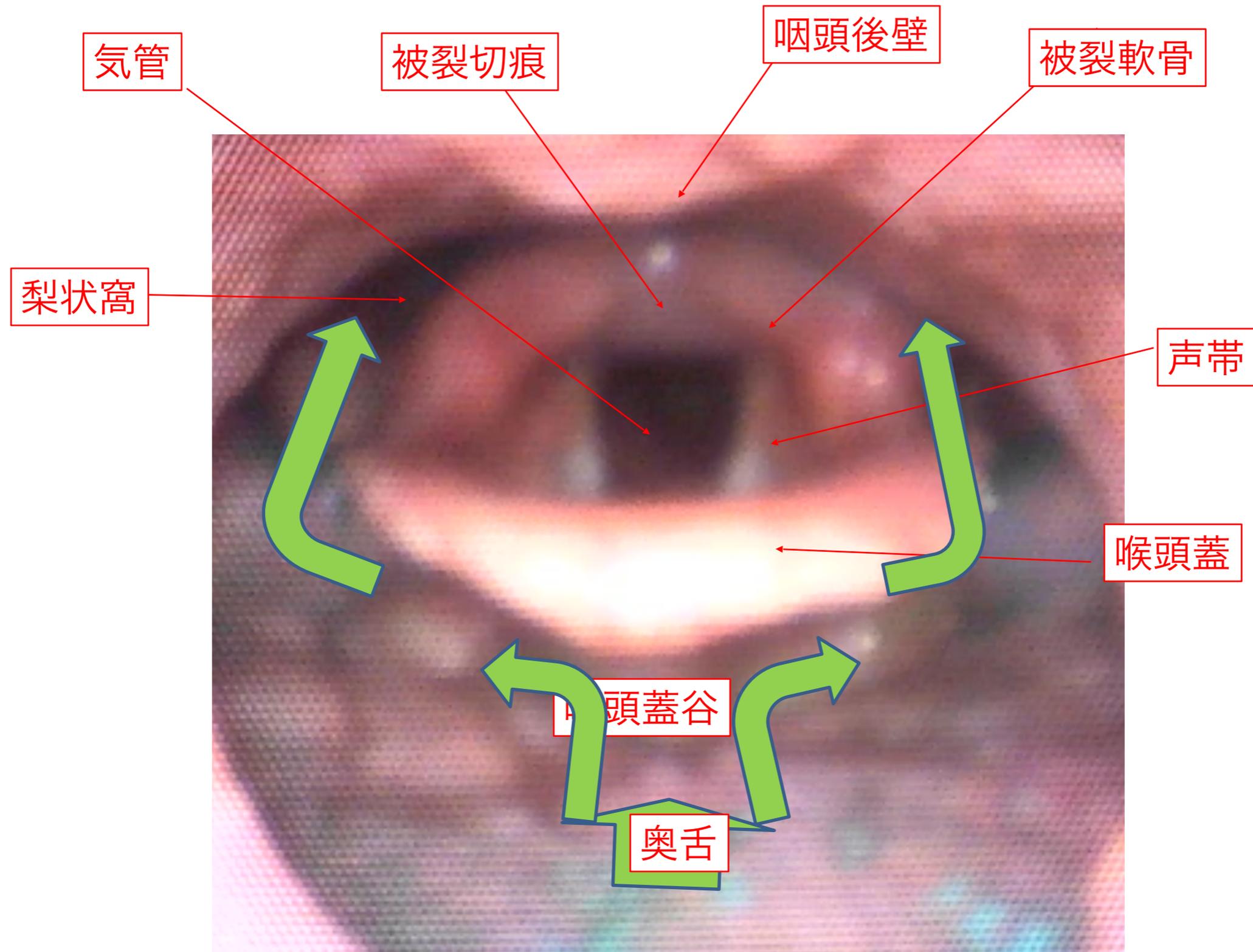
ただちに対策へ反映できる。

(欠点)

習得に時間がかかる。

指導者が不足している。

咽頭でどう流れるのか



評価のポイント

すべては誤嚥の評価

- 静的: 写真で評価できるもの
- 動的: 人的または食材、唾液などの動き
- 嚥下中現象の予測因子:
直接評価するのが難しい、
嚥下中の現象を推定するための
嚥下反射前後の情報

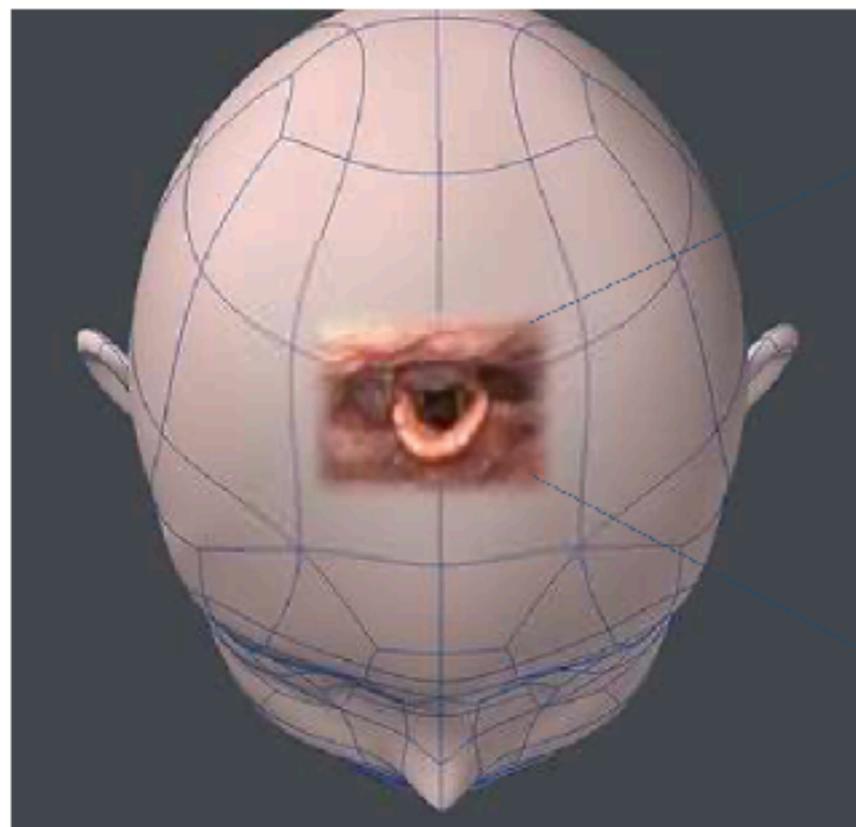
嚥下

- 嚥下回数600回／日
- 食事中180回／h
- 食事以外20回／h・睡眠中5回／h
- 唾液の分泌量1～1.5l／day
- 嚥下に要する時間0.5～1.0秒

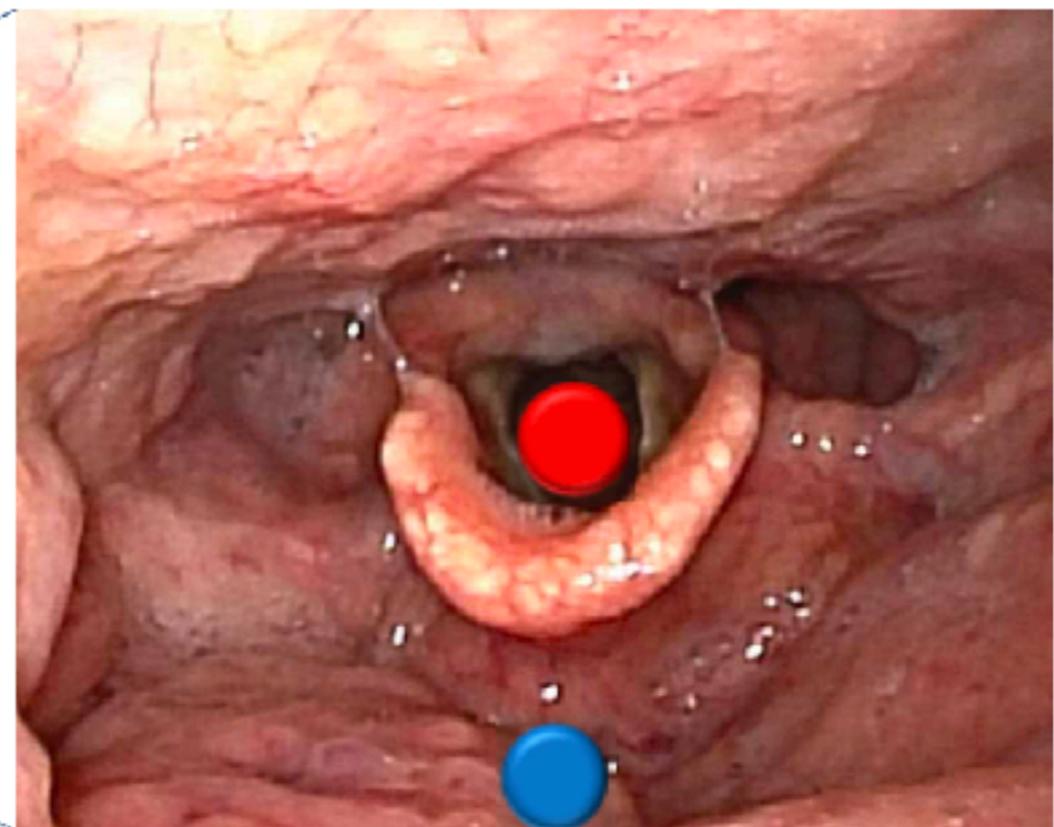
(嚥下に伴う無呼吸時間＝10分／day)

嚥下内視鏡の見方

後



右

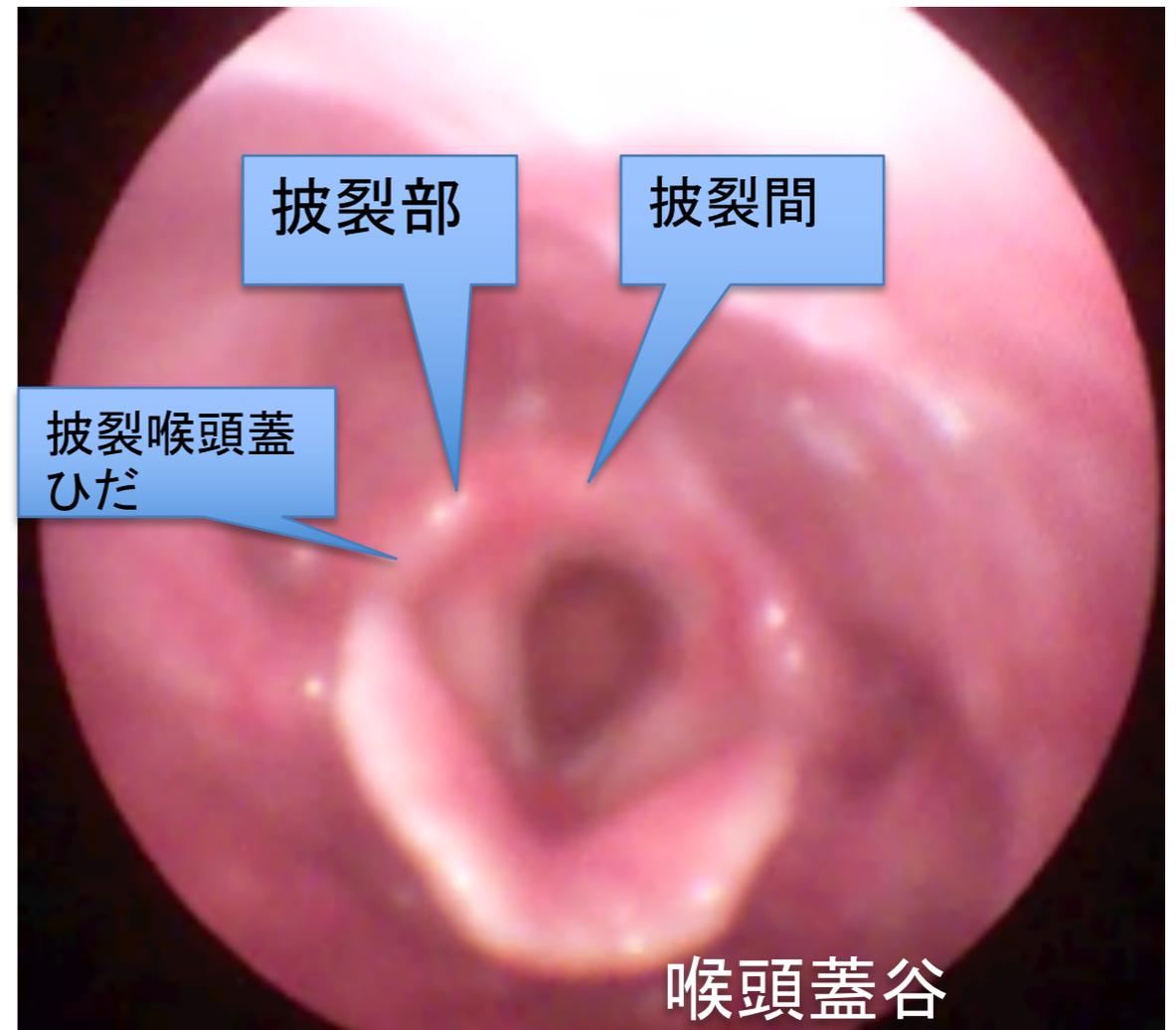
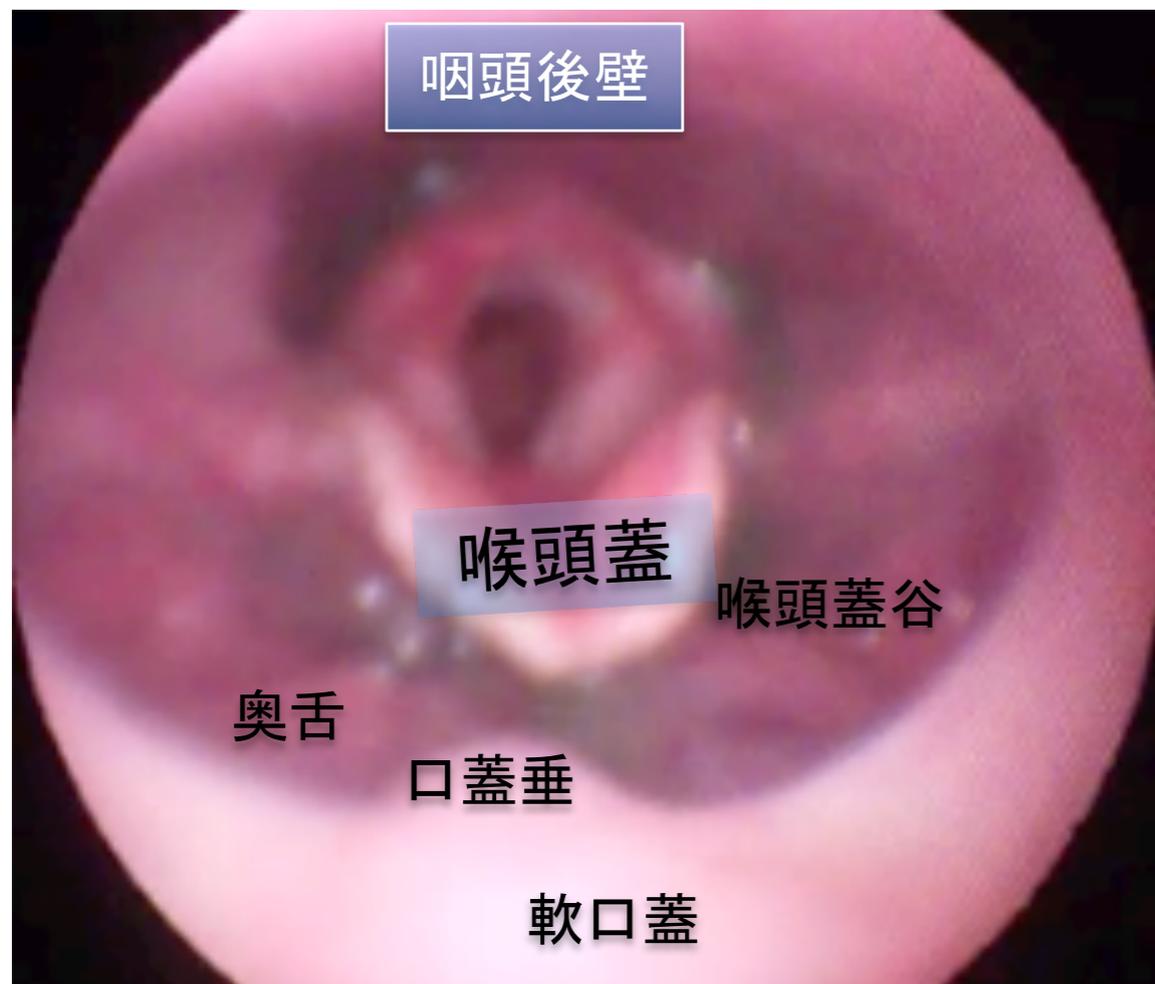


左

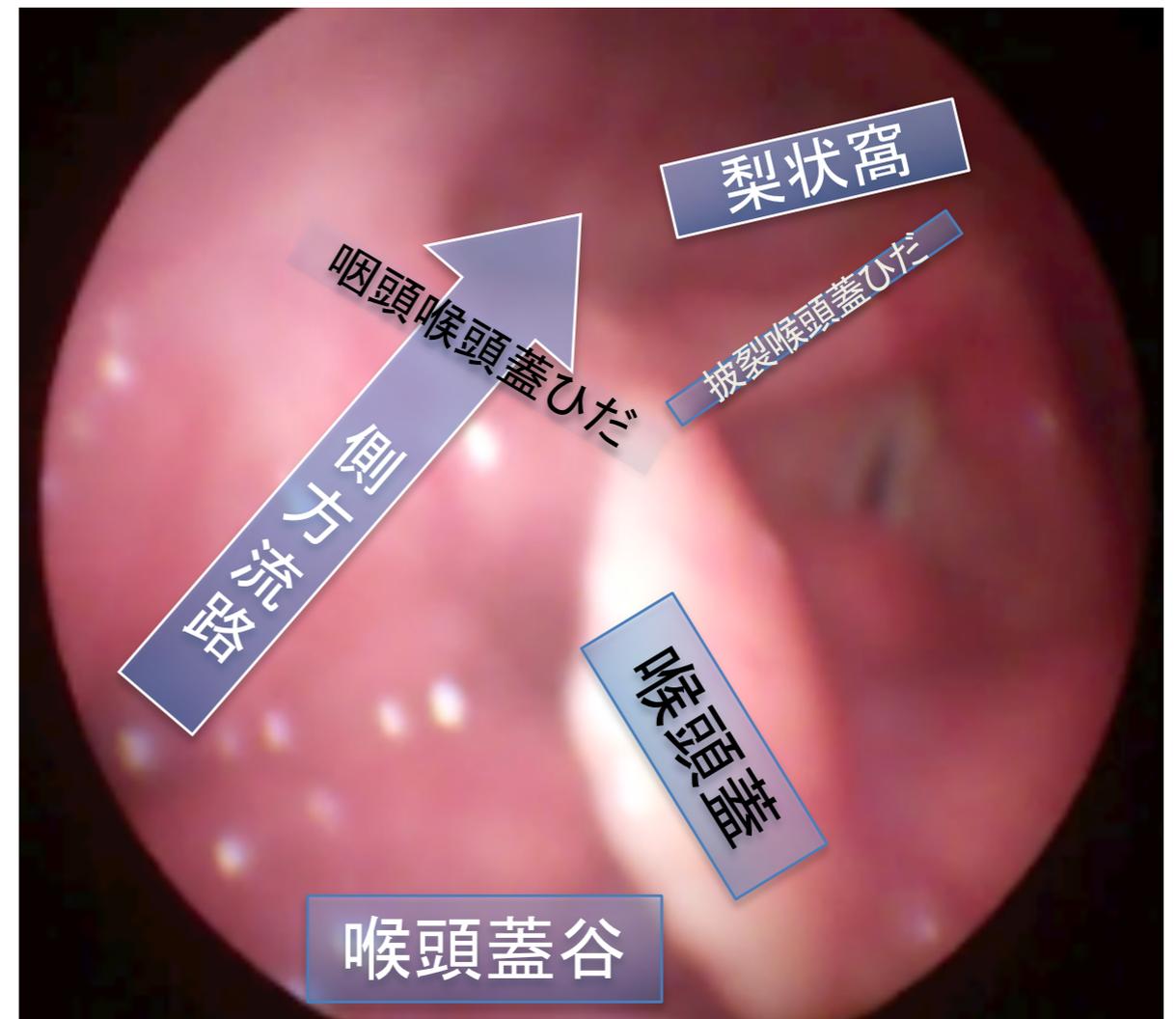
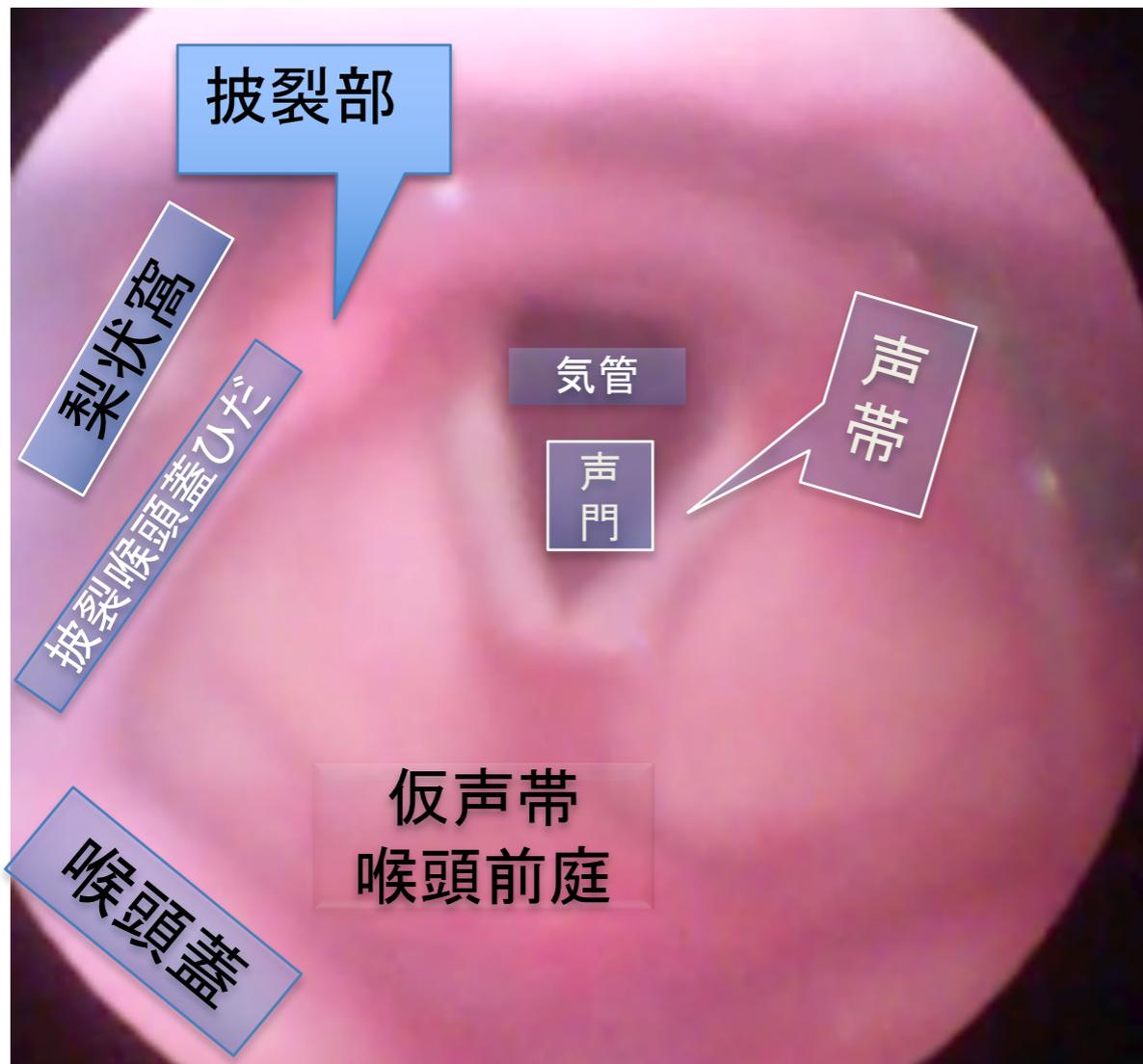
前

飛騨市民病院内科工藤先生プレゼンより

咽頭喉頭構造解剖1



咽頭喉頭構造解剖2

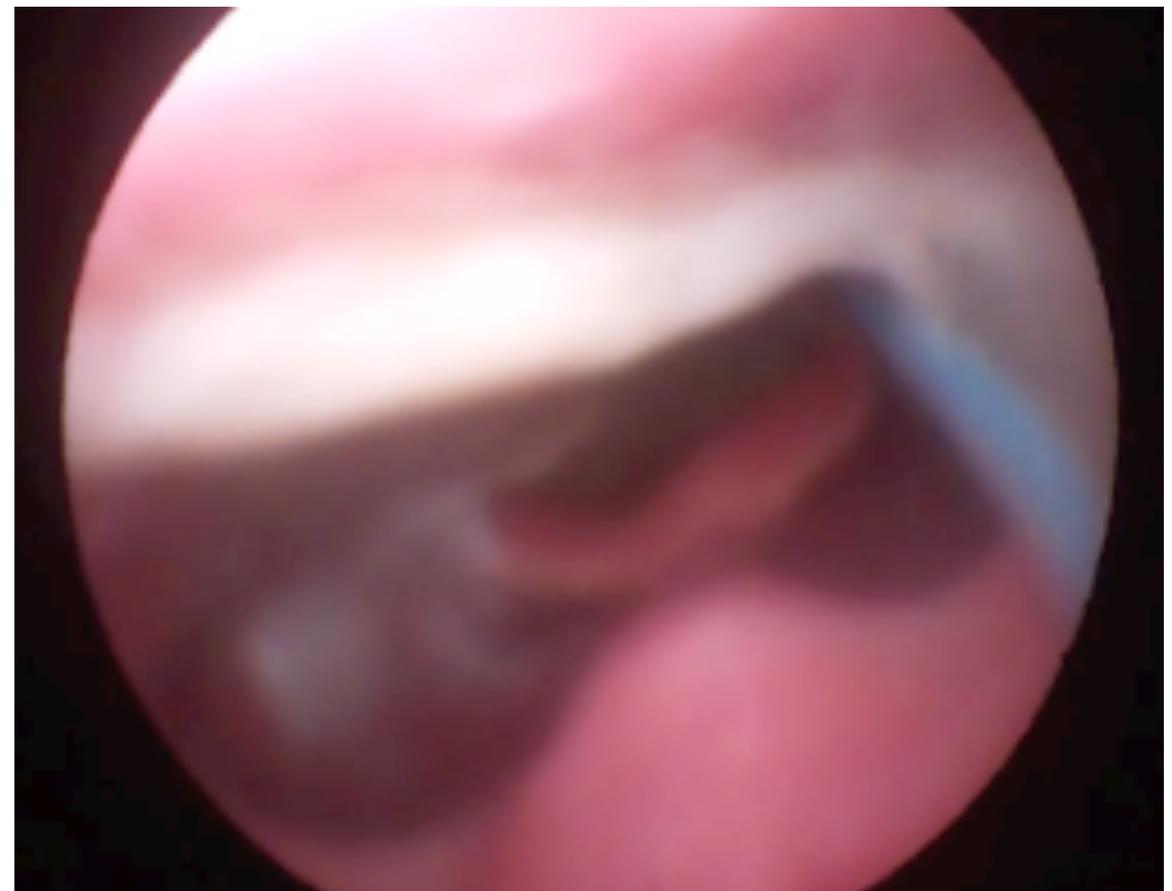


評価のポイント

- 静的
 - 上咽頭汚染
 - 中・下咽頭汚染
 - 喉頭汚染
 - 気管内汚染
 - 咽頭の広さ、概形
 - 喉頭蓋形状
 - 披裂間
 - 披裂喉頭蓋ヒダ
 - 仮声帯
 - 声帯
 - 咽頭後壁
 - ルート of 総合評価 (嚥下後)
 - 残留位置
 - 喉頭侵入位置
 - 誤嚥リスク of 総合評価
- 動的
 - 上咽頭閉鎖 (逆流の観察)
 - 食道咽頭逆流
 - ゲップ
 - 咀嚼中の奥舌と喉頭蓋の動き
 - 送り込み時の奥舌と喉頭蓋の動き
 - 食材流入後の流路
 - 嚥下反射惹起時の食材位置
 - 嚥下反射終了後の食材のふるまい
- 嚥下中現象の予測因子
 - 食道入口部開大
 - 泡沫様唾液
 - 下咽頭残留量左右差
 - 喉頭蓋反転
 - 反射後の動き
 - 後壁残留の様子
 - 披裂間残留
 - 喉頭蓋周囲の付着物
 - 声門閉鎖
 - 仮声帯のボリュームと硬さ
 - 発生時の様子
 - 息こらえの様子
 - 喉頭侵入物の位置とかたち

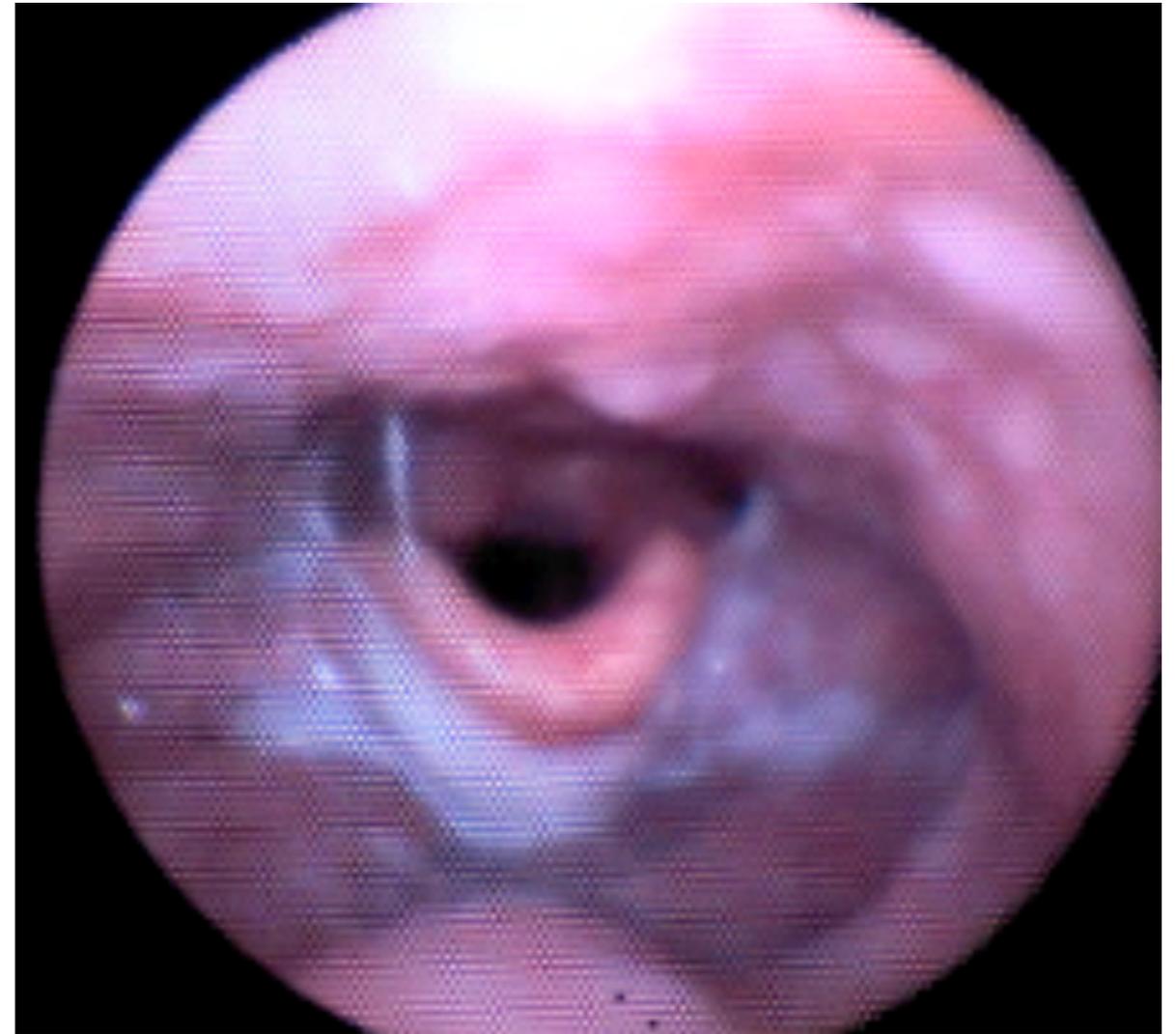
評価のポイント：静的：上咽頭汚染

- 経鼻的に観察する際
- 上咽頭の汚染程度を確認
- また汚染の様子によって中咽頭からの逆流なのか、上咽頭汚染や出血なのか確認



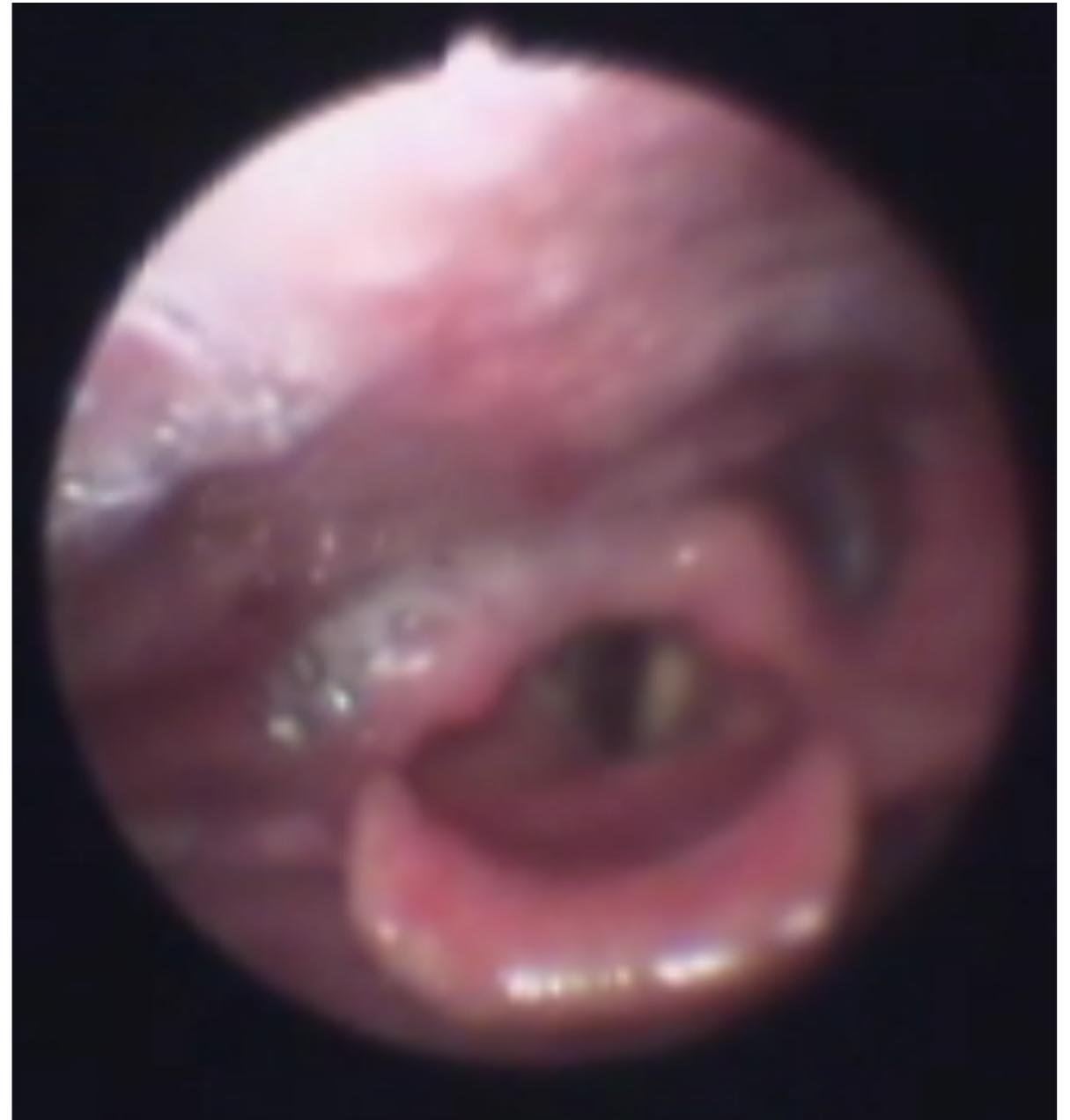
評価のポイント：静的：中咽頭汚染

- 口腔ケア不足、歯周病、副鼻腔炎、絶食、経鼻チューブなどが汚染の原因となる。
- 持続唾液誤嚥がどの程度のリスクになるかを推定



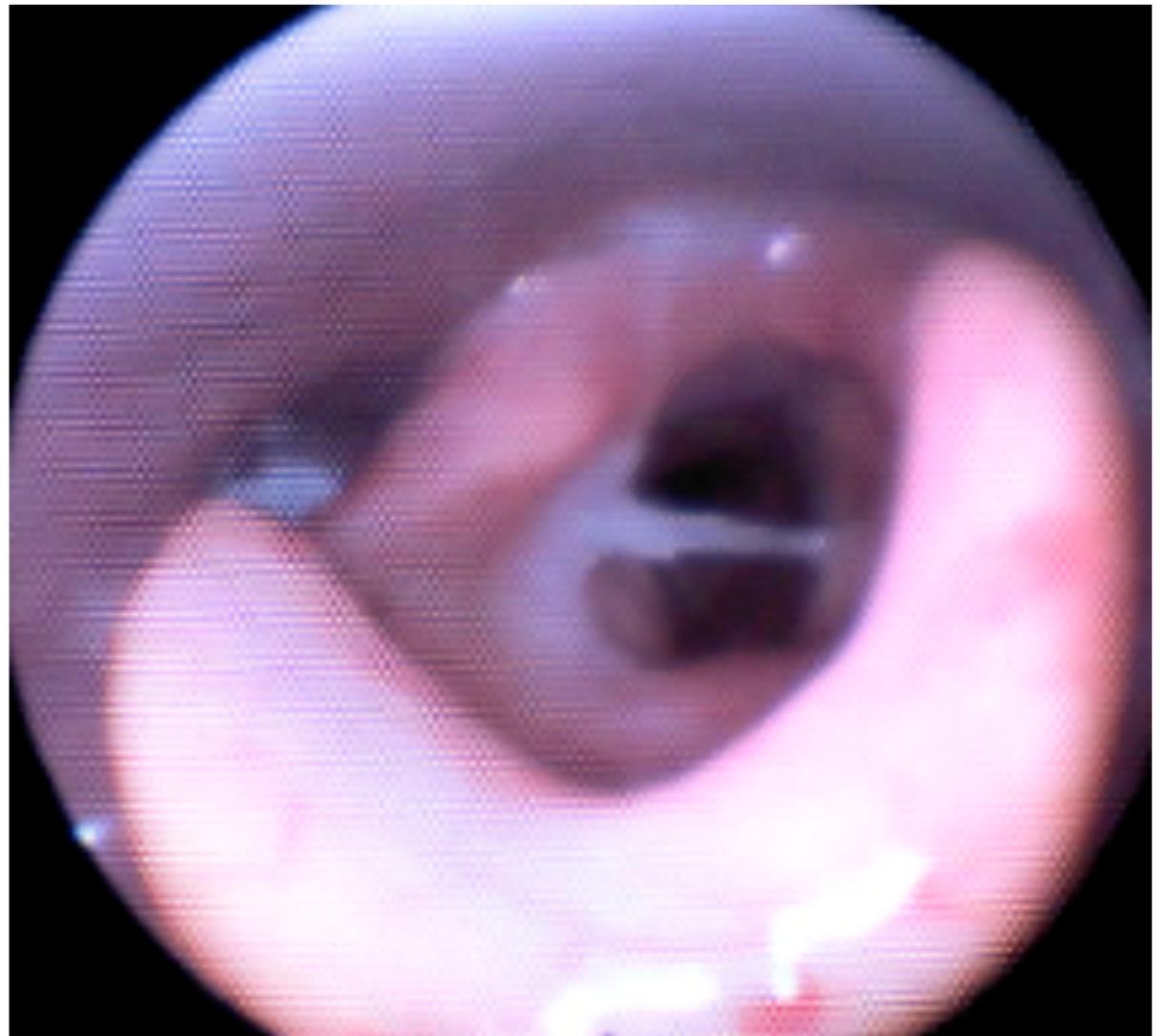
評価のポイント：静的：下咽頭汚染

- 下咽頭の汚染は慢性的な残留を疑う
- 下咽頭収縮不全や食道入口部開大不全が原因
- 汚染が目立つ場合、
- 唾液分泌が少ない
- 口腔ケア不足
- 絶食
- 副鼻腔炎など



評価のポイント：静的：喉頭汚染

- 喉頭に唾液や汚染の侵入があるか確認
- 汚染は嚥下中の侵入だけでなく、嚥下前や嚥下後のたれ込みを意味することも多い
- 食物試験を実施しなければ喉頭侵入のパターンは確定しない



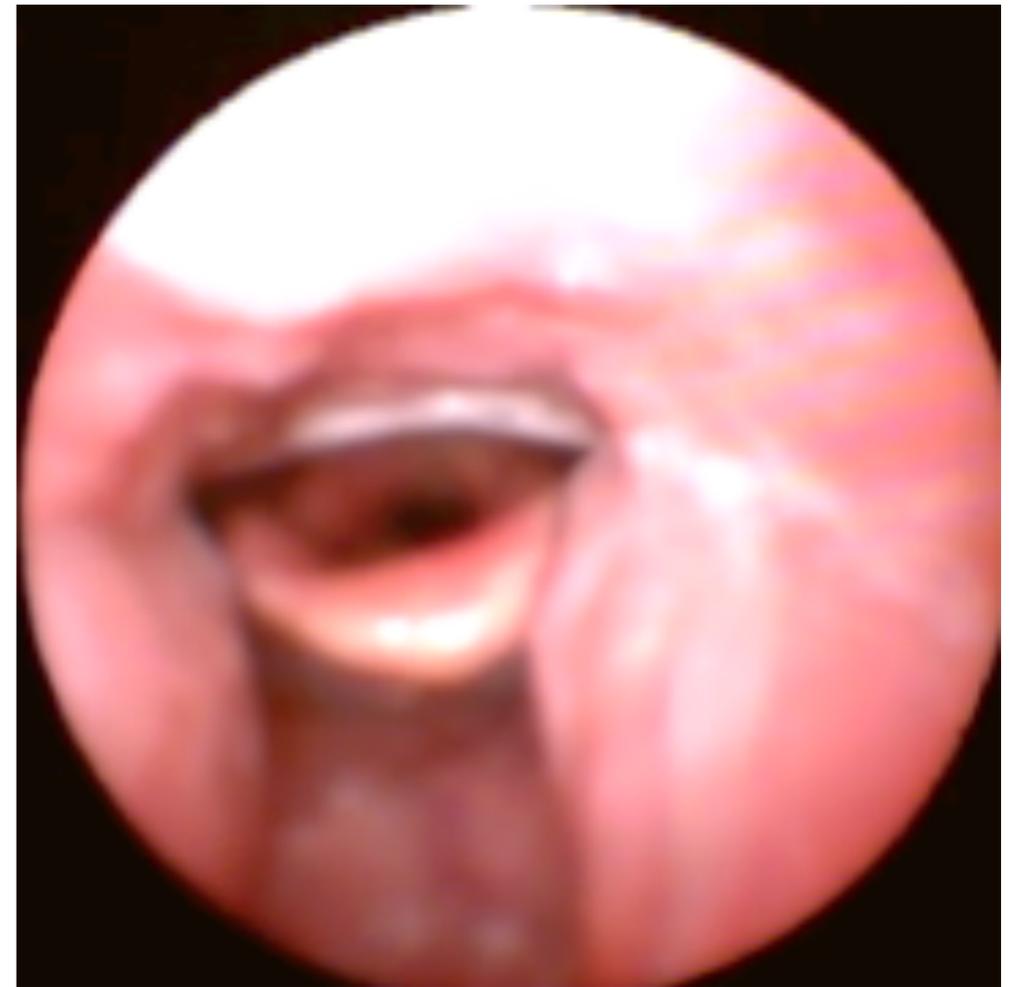
評価のポイント：静的：気管内汚染

- 気管内汚染は姿勢や位置により観察可能性が変化する
- 座位では気道内汚染は末梢に移動しやすい
- 0° 仰臥位（背臥位）では気管後壁に汚染物がたまりやすく、観察は難しい
- 写真はフラット左側臥位
- 側臥位になるだけで咽頭に排出される



評価のポイント：静的：咽頭の広さ

- 咽頭腔の広さ
- ・・狭いと
 - (有利) 残留が減る
 - (不利) 貯留スペースが減る
- ・・・広いと
 - (有利) 貯留スペースが増える
 - (不利) 残留が増える



評価のポイント：静的：喉頭蓋形状

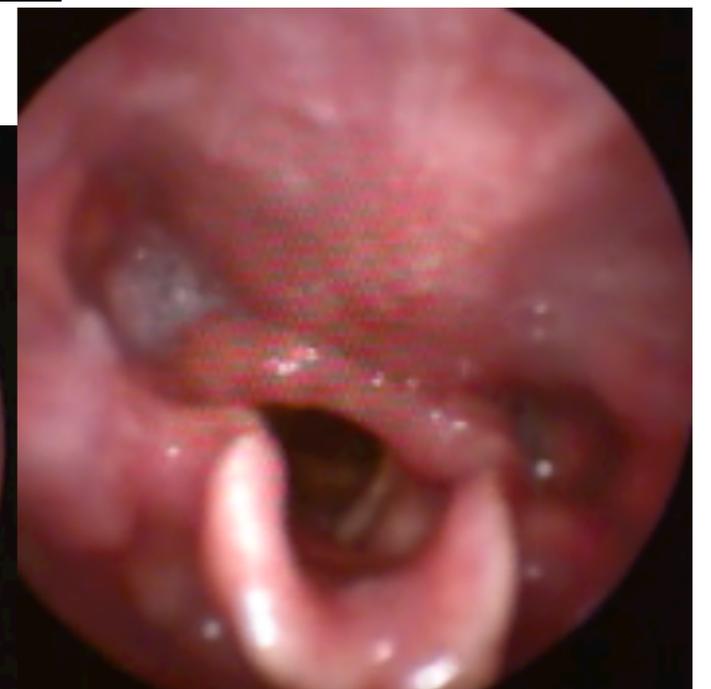
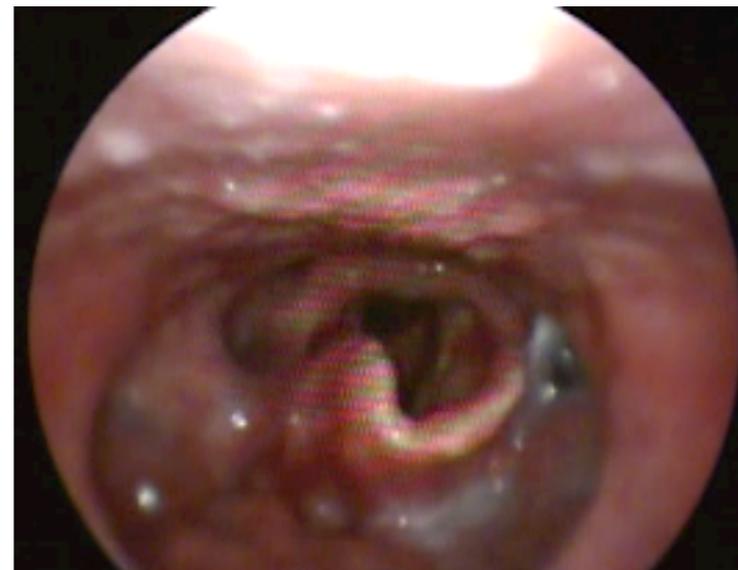
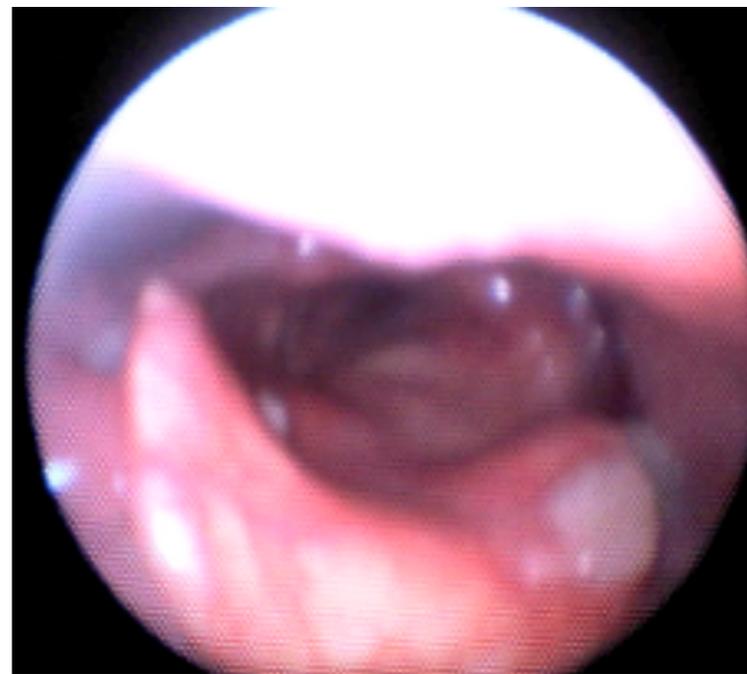
喉頭蓋の形は食物流路
に大きな影響を持つ

扁平

カール

U字、V字

舌との距離や喉頭蓋の幅
も重要である



メモ:食べる条件は様々

- 食事の内容、姿勢、食べ方、環境など
複数の条件で多数の選択肢がある
- 「食べられない」=「安全に食べる方法がない」
不在証明はすべての条件で食べられないことを証明しなければならない
⇒安全に食べる方法が見つからなくても
食べられる方法がないとは言えないことを
忘れないでください

完全側臥位

完全側臥位法

福村ら, 2012

重力で咽頭内の食材の流れを変える

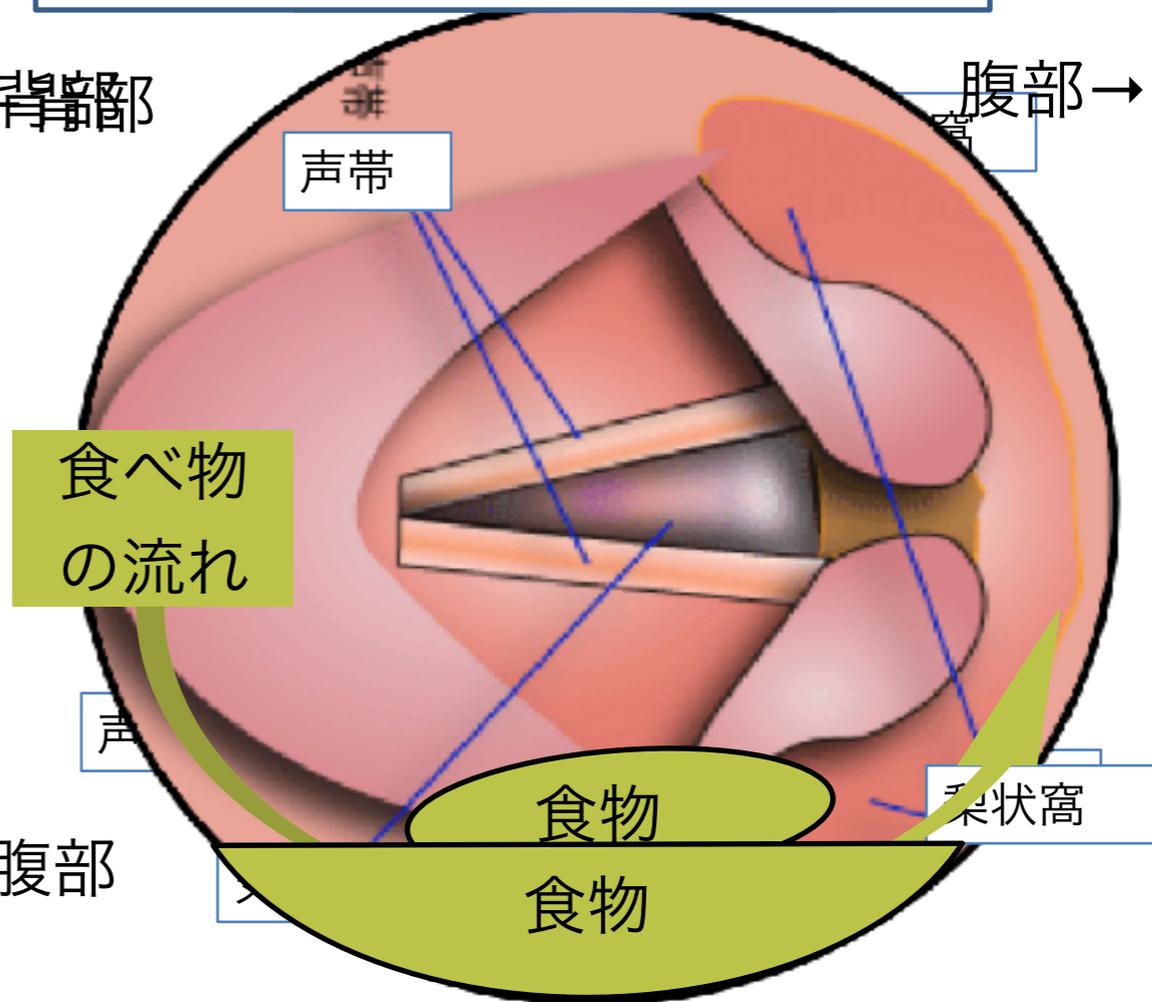


完全側臥位

↑背部

→腹部

↓腹部



残留物を気管から引き離しやすく
重力で気管に侵入しやすく
また、食塊が咽頭内に貯留できる容量を増やす
誤嚥リスクあり



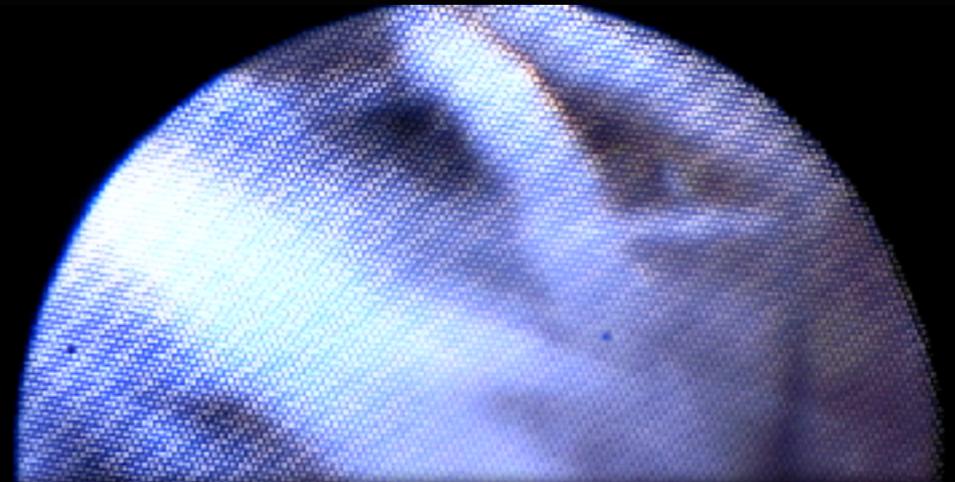
施設職員の思いに応える
誰がやっても安全に経口摂取
ができる安心を
VEと完全側臥位でサポート

右

施設 送り込み障害＋嚥下反射遅延

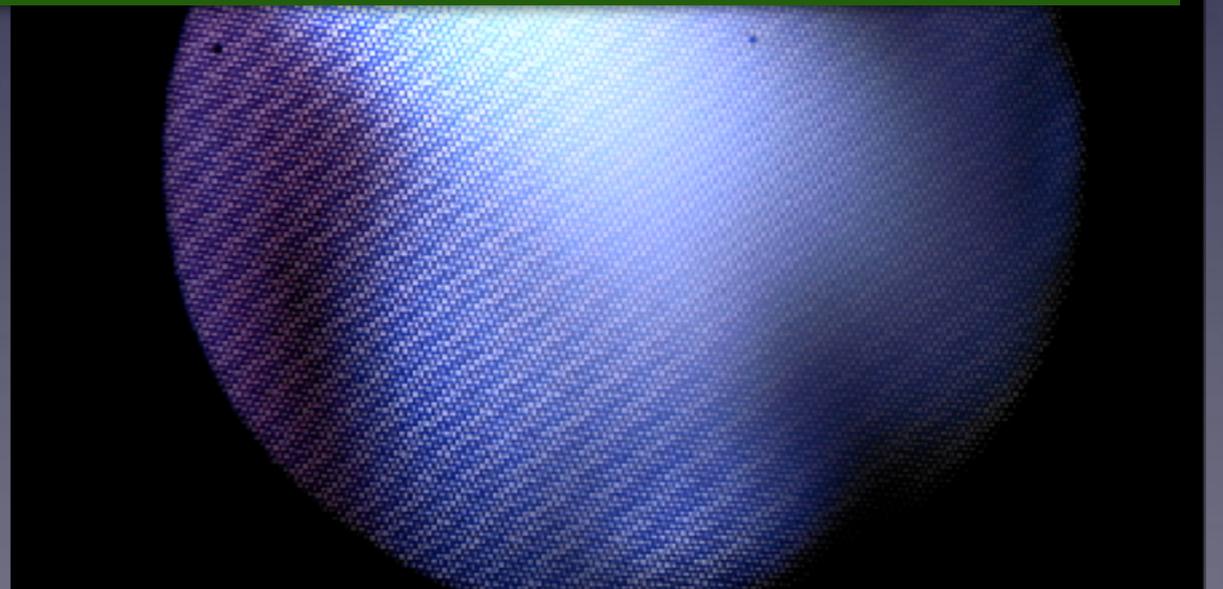
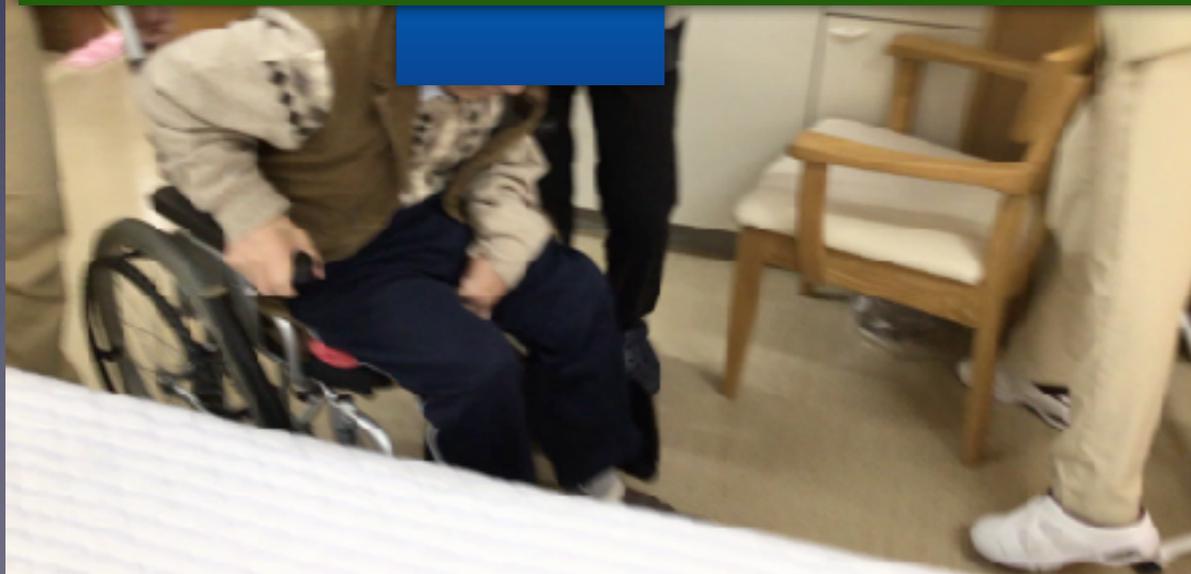
右下完全側臥位 8度リクライニング

意識消失する
ケースでの誤嚥
防止に
完全側臥位



むせ無くなっているを証明するVEで
変化に気づき

完全側臥位で悪化を防止できるを知って
地域包括管理が可能になる



ムセない誤嚥 → 誤嚥しない姿勢へ



誤嚥してもムセない

側横

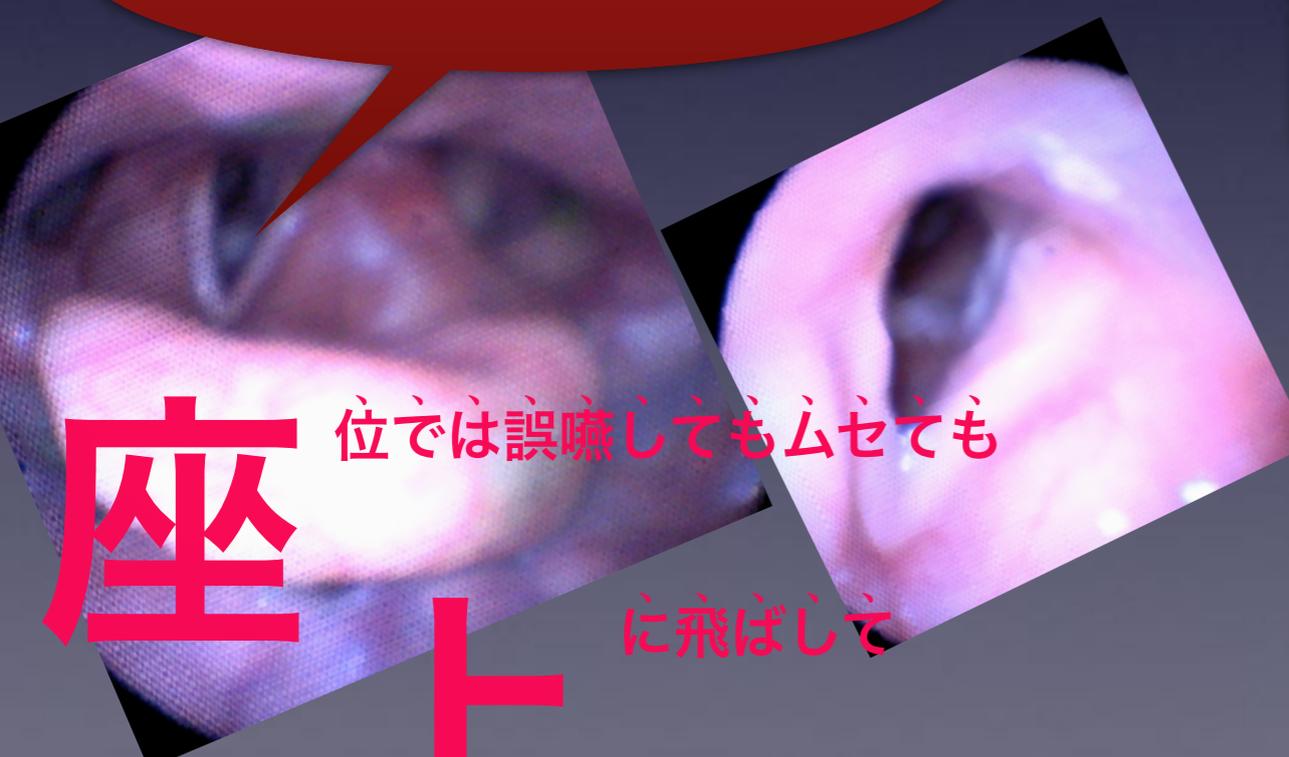


臥位姿勢であれば上ではなく

に

小さな呼吸力で

出せる



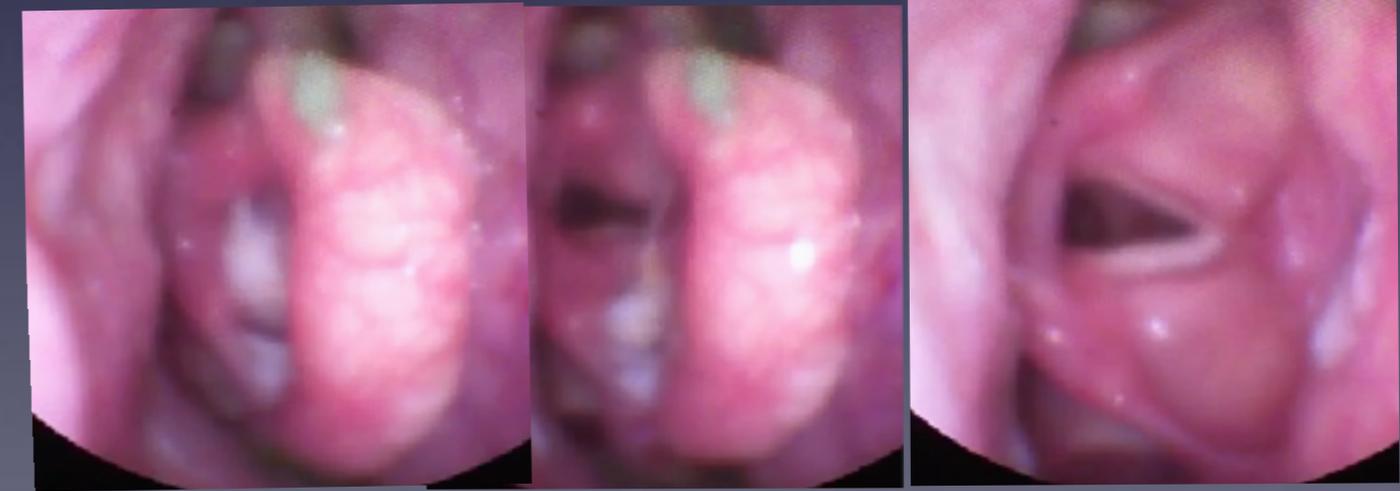
位では誤嚥してもムセても

座

に飛ばして

上

出せない



完全側臥位では誤嚥しない

従来の嚥下評価診断では嚥下困難

- 座位や30度などリクライニング仰臥位頸部前屈位で指示の入るケースでなければ嚥下検査しても経口摂取不能との判断となりNGTなど経管栄養となっている。今回のケースは認知症の進行を言われNGTも抜去でターミナル診断となった
- 家族は経管栄養を拒否し経口摂取を希望
- 退院後の施設では困惑し、当科へ往診依頼が来た

現場の食事介助者が目で見てイメージを付けて安全な食事介助方法を習得できるのがVEの有効な点である

- VEは誤嚥を確認することが目的ではない
- 多くの経口摂取困難評価は、客観的評価が正しく出来ていないままであることが多い
- 故に、私が行うVEは誤嚥しないことの確認を

現場の人に見せるものである。経口摂取困難との判断をVEの確認無しに行うことは不顕性の誤嚥を見逃し認知症高齢者の経口摂取の可能性をゼロにしてしまう物と言える

座位から完全側臥位へ
そして座位へ

食後完全側臥位や
食事以外完全側臥位

完全側臥位法

福村ら, 2012

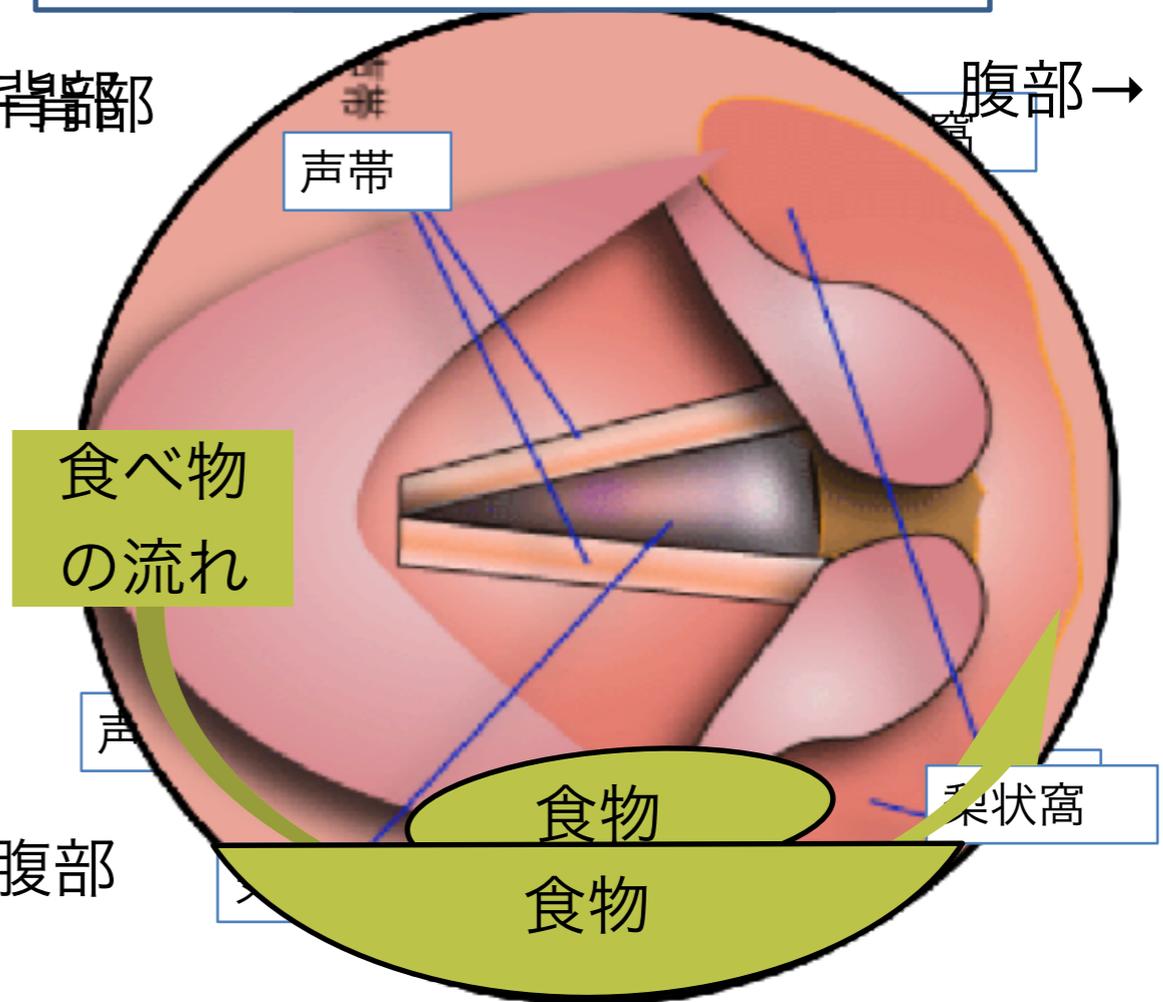
重力で咽頭内の食材の流れを変える



完全側臥位

↑背部

腹部→



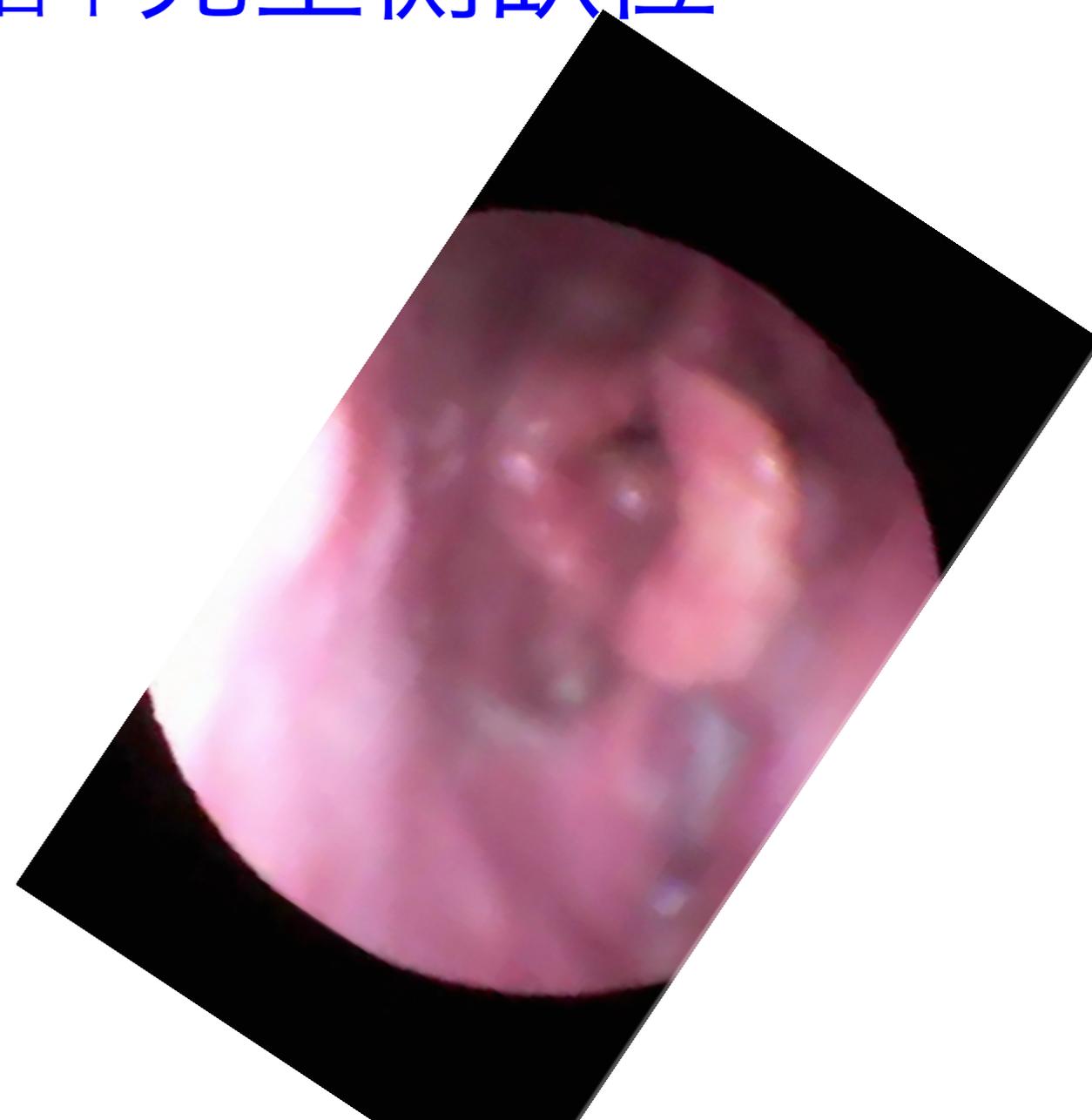
残留物を気管から引き離しやすく
重力で気管に侵入しやすく
また、食塊が咽頭内に貯留できる容量を増やす
誤嚥リスクあり

逆流を誤嚥させない完全側臥位

仰臥位



右下完全側臥位



誤嚥させない口腔ケア は誤嚥しない姿勢で



誤嚥させない 完全側臥位での口腔ケア





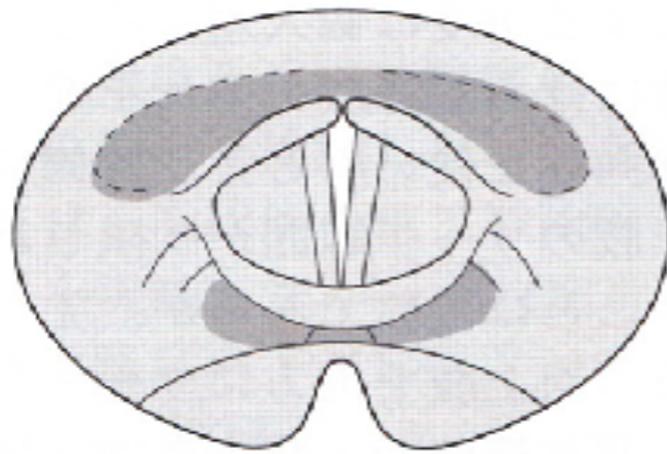
口腔ケアは咽頭までイメージして行って
急性期 保湿剤の問題

完全側臥位で行うと誤嚥の心配なく見やすく取りやすい

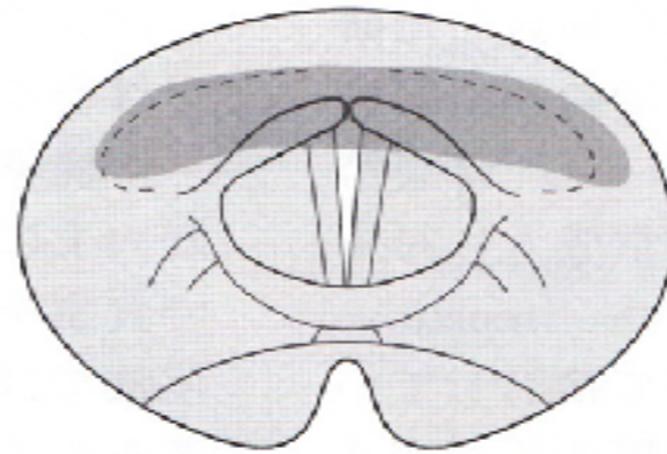
完全側臥位法の効果

咽頭に大きな貯留スペースが形成され、嚥下前誤嚥と嚥下後誤嚥のリスク軽減が可能になる

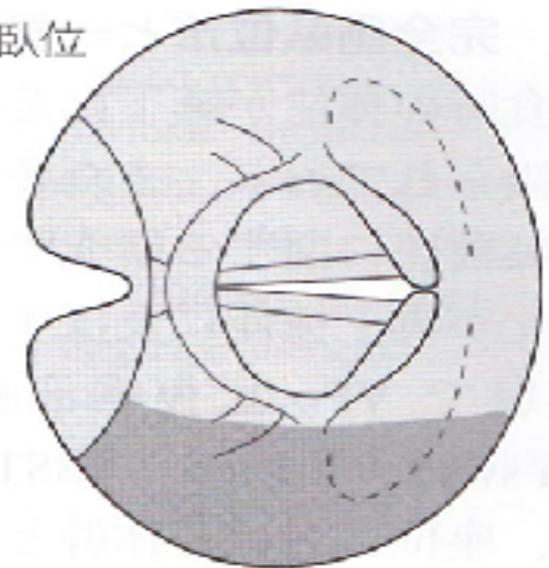
座位



仰臥位



側臥位



側臥位をとることで咽頭側面に食塊を安全に貯留するスペースができる

図 2 体位による咽頭腔内の食塊の位置 (概念図)
側臥位をとることで咽頭側面に食塊を安全に貯留するスペースができる