Ⅱ）特別講演

『歯科医療職と他職種とのチームアプローチ』
－摂食・嚥下リハビリテーションの実際－

大阪府守口市開業　　吉 田 春 陽

（1）事例紹介（ビデオ）

患者：M.I.（女性　72歳）　市内Ｋ病院入院　嚥下時にむせる　微熱が続く

概要：昭和 48 年より複数の全身性疾患（下肢骨折・卵巣腫瘍・狭心症・脳血管性痴呆等）
平成 12 年乳房腫瘍摘出術後要介護状態となる
ＡＤＬランク　Ｃ２　全粥経口摂取　誤嚥症状　熱発（微熱）１～２回／週

経過：平成 13 年８月　肺炎のため他院入院　退院後胃瘻造設を勧められる
同院ケアマネジャーと病棟婦長が摂食嚥下機能訓練を希望して当会に訪問リハを依頼

（2）摂食・嚥下機能訓練における姿勢

①端座位

・端座位で全身の筋肉や関節にかかる重力は深部刺激として中枢に働き、意識を回復する上で非常に大きな意味がある

・端座位を取り、意識レベルを上げることで、摂食嚥下機能訓練の第一段階である『捕食』（食べ物であるという認知・これから食べ物が口に入るという認識・食物の口腔内への取り込み）への導入がスムーズになる

②端座位足底接地

・足底が接地していない端座位では、体を安定させるために前傾姿勢（「顎を前に突き出した姿勢」＝つまり気道伸展位）をとることになる

・気道伸展位でものを飲み込むと甲状軟骨の上方への移動距離が長くなり、嚥下障害患者にとっては、過度な負荷がかかって誤嚥の危険性が高まる。

・　嚥下反射時には、軟口蓋の挙上による鼻咽腔閉鎖に続き、喉頭が前上方に移動するとともに喉頭蓋がたおれこんで気道を閉鎖する（このときノドボトケに指を当てると、ゴクンと上下に動くのが観察される）

③端座位足底接地前屈位

・安全に嚥下するためには甲状軟骨の移動距離を短くすること、即ち「うつむく姿勢」である前屈位をとることが重要

・仰向きの状態では食塊は重力に引っ張られて咽頭に流れ落ちてしまうので、口腔を咽頭より低い位置に置き、重力に逆らって、意識を集中して嚥下することが必要（「口がのどより下に位置する」ために前屈位が必要となる）

※　**端座位がとれないケース**：頭頸部・体幹・下肢の位置関係を維持したままで、端座位足底接地前屈位を後方に寝かせればよい

（3）一口サイズ

①ゼリー食の大きさ

・大きすぎれば入らない。小さすぎれば反射性嚥下を誘発しない。

・最適の大きさは個人によって、また状況によってまちまち。試行錯誤で見つけるほかない。

②ゼリー食の粘調度・温度

・粘調度の調整は気温（室温）を考慮して。

・　機能が低下している場合、人肌の食物は反射性嚥下を誘発しない。

無断使用および転載禁止