

いつもNSTの活動にご理解ご協力を頂きありがとうございます。
今回は今年度6回目の発行で、言語聴覚士さんからのコラムを掲載しております。
よりたくさんの方々のお目にかかる幸いです。



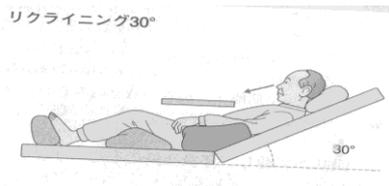
言語聴覚士からの★コラム

脳血管障害や誤嚥性肺炎、身体機能の低下に伴う廃用症候群やサルコペニアによって嚥下機能の低下は起こります。ムセの軽減や摂取量の安定は食事の姿勢や介助方法によって大きく影響します。

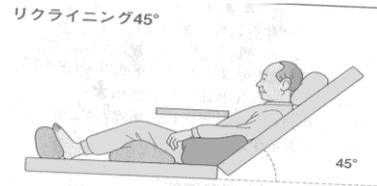
今回は『**食事における姿勢・食事介助のポイント**』をお伝えしたいと思います。

食事の姿勢はベッド30～90°とし、患者さん1人1人の身体状況に合わせて調整します。入院直後、離症前の安静時期ではベッド30°で実施し、問題がなければ45°へと変更します。嚥下能力・姿勢保持能力（ベッドアップ時の耐久性）を観察しながら段階的にベッドの角度60～90°へと調整していきましょう！！

リクライニング30°



リクライニング45°



- ◆ベッド30°：**食事は全介助、誤嚥リスクあり看護師の対応が望ましい。**
ムセがある場合でも**重力を利用し咽頭へ送り込みができ誤嚥予防効果もある姿勢。**
※痰の量が多く唾液でムセあり、頸部のコントロール困難、誤嚥性肺炎やパーキンソン病・脳血管障害の入院初期で用いる姿勢。
- ◆ベッド45°：食事はほぼ全介助、**疲労性への配慮やムセに注意が必要。**
頸部など自己調整が難しく介助を要する場合の姿勢。
(30度でムセなく嚥下できる)
- ◆ベッド60°：姿勢の崩れなど見守りは必要、疲労があれば**補助者による介助も必要。**
ADLが車いすレベル、セッティングすることで自力摂取が可能な場合の姿勢。

※図の様に必ず**頸部前屈位、足底を固定し、両肘を枕で支える等し、姿勢の崩れを防止**しましょう！！

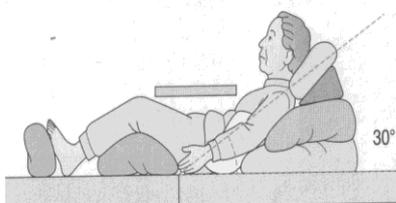


次ページへつづく



◆円背の患者さんの場合

円背の場合は、ベッドで角度調整をするのではなく、体幹の角度で合わせる。
背中が曲がっている分、ベッドを上げずに背面に枕を挿入することで角度をつける。 両上肢・膝・足底の固定の安定、頸部の安定も図る。



食事介助のポイント

- ・ 食前に口腔ケア（入れ歯の装着・口腔ケア・吸引）をする事で覚醒を促し口腔内の環境を整える。
 - ・ 姿勢調整後、介助者は患者の顔から30cmほど離れた場所から介助し、椅子に座り目線を合わせ食べ物を見せながら正中から介助する。
 - ・ 食べ物を飲み込んだ後、口腔内に残渣する場合や咽頭部で湿性音がある場合は水分との交互嚥下や追加嚥下を促す。残渣がない事を確認し次を運ぶように意識する。
 - ・ 食事目安は約30分、疲労性があり摂取状況や摂取量が安定しない場合は食事形態の見直しを検討する必要もある。
 - ・ 食後に口腔ケアし、口腔内残渣を除去（誤嚥のリスクあり）食後30分はベッドUPで離床を促し誤嚥性肺炎予防をする。
- ※ 認知機能の低下、高次脳機能障害により食事に集中できず多弁な場合はテレビなどの環境音の遮断やカーテンを引いて食事に集中できる環境を介助者が作る必要がある。

参考・文献

実践で身につく！摂食・嚥下障害へのアプローチ
監修 小山珠美・芳村直美



多数のご参加ありがとうございました。

10月19日（金）に当院で開催されました研修会

講師小山珠美先生『口から食べるための包括的支援』に、多数のご参加を頂きまして誠にありがとうございました。

おかげさまで持ちまして研修会には約200名の方にご参加頂きました。

食べることについて、改めて考えさせられた、ひとときでした。

