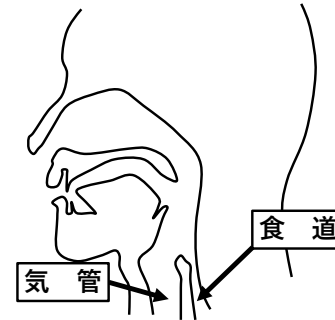


薬の視点から考える食支援

日本歯科大学
口腔リハビリテーション多摩クリニック
高橋賢晃

食道と気管の位置関係



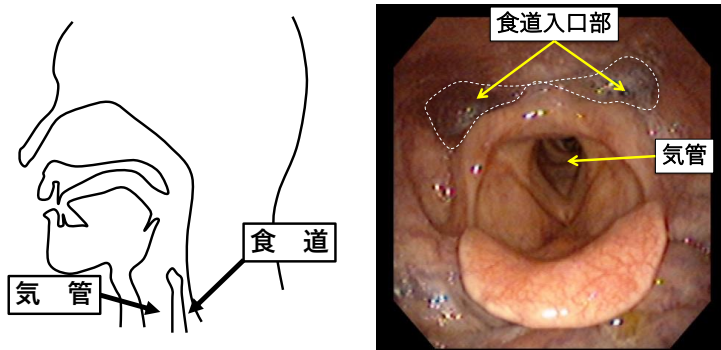
食物の道



呼吸の道



食道と気管の位置関係



実際の食事場面の観察 ミールラウンド

ミールラウンドの重要性

例えば、食事中にむせるという主訴により、外来受診した患者に対して、摂食嚥下機能の検査を行い、適切な食形態を提供すればむせることはない？誤嚥性肺炎にならない？

口腔・咽頭の評価

+

食べ方・食べる環境
の評価

ミールラウンドのポイント：

- 食事環境(姿勢や介助方法)の観察
- どのように食べているか(食べ方)の観察
- ➔ 食形態と機能の乖離を評価

食事時のむせが観察された

- いつむせたのかの確認
- ➔ 食事前・中・後、食後しばらくしてから
- 何でむせたのかの確認➔水分か固形物、メニュー
- 咳の観察(パワー)
- 食事姿勢の確認
- 自食か介助かの確認
- ➔一口量・ペース、適切な介助方法か
- 疲 労
- 覚醒状態➔薬による影響

Videoendoscopic Assessment of Swallowing Function to Predict the Future Incidence of Pneumonia of the Elderly. J Oral Rehabil, 39: 429-437, 2012. Takahashi N, Kikutani T, et al.

Table 3. The results of the Cox proportional hazard analysis for the possible predictors of the incidence of pneumonia

Predictors	B	P-value	HR	95% CI
Age	0.011	0.860	1.011	0.900-1.135
Self-feeding	0.105	0.909	1.111	0.182-6.785
Barthel Index	-0.010	0.769	0.990	0.927-1.057
BMI < 18.5	2.064	0.070	7.874	0.844-73.440
Pharyngeal residue	-0.621	0.615	0.537	0.048-6.067
Laryngeal penetration	0.571	0.642	1.771	0.160-19.644
Aspiration of food (negative/positive/positive with SA)	-0.216	0.830	0.805	0.112-5.794
Aspiration of saliva (negative/positive/positive with SA)	1.290	0.025	3.634	1.174-11.242

HR, hazard ratio; CI, confidence interval; SA, silent aspiration.

・施設入居の要介護高齢者に対してVE評価および評価に基づく食支援を行い、3か月後の肺炎発症について調査した。

・肺炎に影響する有意な予測因子は唾液誤嚥であった。一方で、食物誤嚥は肺炎の因子ではなかった。

誤嚥の分類(Logemann JA)

分類	原因
嚥下前誤嚥	①口腔保持機能の低下 口腔期障害、意識障害により食塊の口腔保持できずに咽頭流入する ②嚥下反射の遅延
嚥下中誤嚥	喉頭閉鎖不全による ①声帯の閉鎖、②喉頭の閉鎖、③喉頭蓋の閉鎖が不良
嚥下後誤嚥	嚥下後の喉頭蓋谷や梨状陥凹に貯留した食塊があふれて誤嚥する ①咽頭内圧が低い②食道入口部の開大が不十分

Logemann JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. San Diego: College-Hill Press; 1983. p. 65-9.

嚥下前誤嚥しやすい食品

噛むとじゅわっと汁がでるもの、
口腔内に固形物が残り、液体は咽頭に流入する食品

- ・お粥
- ・トマト
- ・オレンジ
- ・味噌汁
- ・高野豆腐
- ・おでん

学会分類2021（とろみ）早見表

	段階1 薄いとろみ【Ⅲ-3項】	段階2 中間のとろみ【Ⅲ-2項】	段階3 濃いとろみ【Ⅲ-4項】
英語表記	Mildly thick	Moderately thick	Extremely thick
性状の説明 (飲んだとき)	「drink」するという表現が適切なとろみの程度口に入れると口腔内に広がる液体の種類・味や温度によっては、とろみが付いていることがあまり気にならない場合もある飲み込む際に大きな力を要しないストローで容易に吸うことができる	明らかにとろみがあることを感じ、かつ「drink」という表現が適切なとろみの程度口腔内での動態はゆっくりですぐには広がらない舌の上でまとめやすいストローで吸うのは抵抗がある	明らかにとろみが付いていて、まとまりがよい送り込むの力が必要スプーンで「eat」という表現が適切なとろみの程度ストローで吸うことは困難
性状の説明 (見たとき)	スプーンを傾けるとすっと流れ落ちるフォークの歯の間から素早く流れ落ちるカップを傾け、流れ出た後には、うっすらと跡が残る程度の付着	スプーンを傾けるととろりと流れるフォークの歯の間からゆっくりと流れ落ちるカップを傾け、流れ出た後には、全体にコーティングしたように付着	スプーンを傾けても、形状がある程度保たれ、流れにくいフォークの歯の間から流れ出ないカップを傾けても流れ出ない(ゆっくりと塊となって落ちる)

日本摂食嚥下リハビリテーション学会
嚥下調整食分類2021

嚥下中誤嚥

原因

- 喉頭閉鎖不全 [1]
- 喉頭挙上の遅延と速度の低下 [3, 4]
- 声帯閉鎖、偽声帯閉鎖、披裂の前方への傾き、喉頭蓋反転の減弱や協調のずれ [2]

対応

- 嚥下パターン訓練、息こらえ嚥下

1. Logemann JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. San Diego: College-Hill Press; 1983. p. 65-9.
2. Murray J. Manual of dysphagia assessment in adults. London: Singular Publishing; 1999. p. 142-3.
3. Lin S, et al. Esophageal, Gastric, and Duodenal Disorders 1996; A177.
4. Kahrilas PJ, et al. Gastroenterology 1997; 113: 1457-64.

嚥下後誤嚥

咽頭残留により誤嚥リスクが高まる

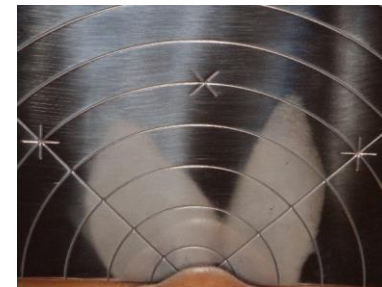


Logemann JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. San Diego: College-Hill Press; 1983. p. 65-9.

咽頭残留の評価ポイント

- 口唇閉鎖
発音(pa、ma)、麻痺側の有無
- 鼻咽腔閉鎖
開鼻声、鼻息鏡、ブローイング
- ミールラウンド時のポイント
食べこぼし、食事時の鼻水やくしゃみ
大きな嚥下音（空気嚥下、呑気症）
嚥下後「アー」の発音時の湿性嗝声を確認する
- 頸部聴診による残留音の有無

鼻息鏡



ブローイング検査



鼻咽腔機能の検査、水を入れたコップのなかにストローを差し込み、ブクブクと泡立てるようにストローを吹く。

【手技】ストローの先は5cm程度水のなかに差し込む。
大きく息を吸ってから、できるだけ長い時間泡立てるように指示する。

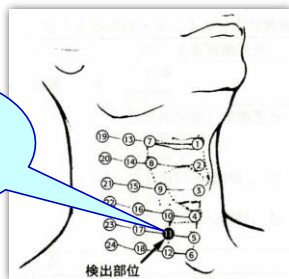
【判定】健常者では10秒以上持続することが可能である。

頸部聴診法



- 頸部聴診法は嚥下時に産生される音(嚥下音)ならびに嚥下前後の呼吸音を頸部に聴診し、主に咽頭相における嚥下障害を判定する方法である。
- 熟練を要するが、非侵襲的で、チェアサイドにて行うことが可能なため、嚥下障害のスクリーニングとして大変有効である。

嚥下音検出の最適部位



•輪状軟骨直下
気管外側部

- Takahashi K, Groher ME, et al: Methodology for Detecting Swallowing Sounds. Dysphagia, 9: 54-62.1994.
- 高橋浩二: ビデオ版 頸部聴診による嚥下障害診断法. 高橋浩二, 東京, 2002, 医歯薬出版

頸部聴診による判定

【嚥下音】

聴診音	疑われる嚥下障害
長い嚥下音	舌による送り込みの障害、咽頭
弱い嚥下音	収縮の減弱、喉頭挙上障害、食
複数回の嚥下音	道入口部の弛緩障害
泡立ち音(bubbling sound)	誤嚥
むせに伴う喀出音	

【呼吸音】

聴診音	疑われる嚥下障害
湿性音(wet sound)	誤嚥、喉頭侵入、咽頭部におけ
嗽音(gargling sound)	る液体の貯留
液体振動音	

平野 薫、高橋浩二、宇山理紗、道 健一：嚥下障害判定のための頸部聴診法の診断精度の検討。口外誌47(2)：93-100、2001.

咽頭クリアランスとは

- 咽頭から食道へ食塊を送り込む能力
- 嚥下圧と食道入口部開大が影響する
- 咽頭残留（特に喉頭蓋谷の残留、梨状窩の残留）が観察されたら、咽頭クリアランスの低下が疑われる

嚥下をイメージする



咽頭残留の対応法

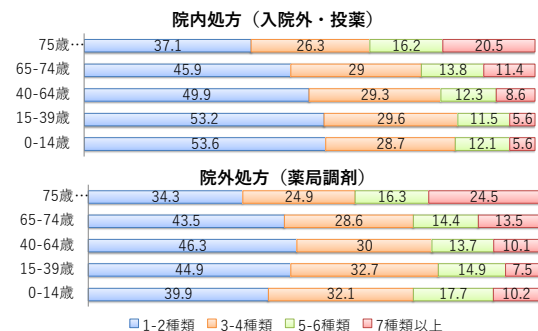
- 間接訓練（治療的アプローチ）
咽頭収縮力低下；前舌保持嚥下
喉頭挙上不良；頭部挙上訓練、メンデルゾーン手技
食道入口部開大不全；バルーン訓練、メンデルゾーン手技
- 代償法（代償的アプローチ）
一口量の調整、ペースング指導、複数回嚥下、交互嚥下

誤嚥の原因はどこにあるのか

- 誤嚥は結果であり、その原因は様々である。
- 重要なことは、誤嚥の有無ではなく、誤嚥の原因を探ることである。必ずしも咽頭（のど）が原因とは限らない。。

摂食嚥下機能に影響する 薬剤

年齢別の薬剤種類数の割合



平成29年 社会医療診療行為別統計の概況（厚生労働省）より抜粋。図を加工して作成

ポリファーマシー

複数の疾病に対して専門医を受診し、疾病ごとに処方された薬を服用することがきっかけとなって生じる

- 薬物有害事象
 - ：薬を投与された患者さんに生じる好ましくない医療上のあらゆる出来事
 - ：高齢者では処方される薬の種類が6つ以上になると薬物有害事象の発生リスクが高まる。
- 飲み間違い
- 残薬の発生

服薬アドヒアランス向上の工夫

- ①服薬数を少なく
 - 降圧薬や胃薬など同効果2~3剤を力価の強い1剤か合剤にまとめる
- ②服用法の簡便化
 - 1日3回服用から2回あるいは1回への切り替え 食前、食後、食後30分など服薬方法の混在を避ける
- ③介護者が管理しやすい服用法
 - 出勤前、帰宅後などにまとめる
- ④剤形の工夫
 - 口腔内崩壊錠や貼付剤の選択
- ⑤一包化調剤の指示
 - 長期保存できない、途中で用量調節できない欠点あり 緩下剤や睡眠薬など症状によって飲み分ける薬剤は別にする
- ⑥服薬カレンダー、薬ケースの利用

日本老年医学会：健康長寿診療ハンドブック、2011

嚥下機能に影響する主な薬剤

薬剤の分類	主な副作用
向精神薬 ・ 抗認知症薬 ・ 抗精神病薬 ・ 抗うつ薬 ・ 三環系抗うつ薬 ・ 抗不安薬 ・ ベンゾジアゼピン系 ・ 睡眠薬 ・ ベンゾジアゼピン系 ・ 非ベンゾジアゼピン系	錐体外路症状、食欲不振、嘔気、活動性亢進（BPSDの出現） 眠気、嚥下障害、構音障害、寡動、振戦、食欲低下 便秘、口腔乾燥、認知機能低下、眠気、めまい 認知機能の低下、せん妄、ふらつき、転倒 認知機能の低下、せん妄、ふらつき、転倒 ふらつき、転倒
抗てんかん薬	めまい、眠気、嘔気、食欲低下、小脳性運動失調
抗パーキンソン薬 ・ 抗コリン薬	認知症機能低下、せん妄、不活発、口渇、便秘
解熱性消炎鎮痛薬 ・ 非ステロイド性抗炎症薬	胃炎など消化管出血、食欲低下

参考文献
 ・ 「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン（第2版）」平成27年度厚生労働科学特別研究事業
 ・ 高齢者が気をつけたい多すぎる薬と副作用。「高齢者の多剤処方見直しのための医師・薬剤師連携ガイド作成に関する研究」研究班、日本老年薬学会、日本老年医学会 編集
 ・ てんかん診療ガイドライン2018、第7章 抗てんかん薬の副作用。

1. 摂食嚥下に直接的に影響する薬剤
嚥下反射を低下させる
咽頭の収縮力を低下させる
2. 摂食嚥下に間接的に影響する薬剤
精神機能障害により先行期に影響する
口腔乾燥により準備期、口腔期に影響する
消化管出血により食思不振になる

- ・ 抗精神病薬
- ・ 神経伝達物質のサブスタンスPは咳反射や嚥下反射を誘発し、ドパミンがドパミン受容体に結合するときに咽頭に放出される
- ・ 抗精神病薬はそのドパミン受容体を遮断するためにサブスタンスPの濃度が低下して、咳反射、嚥下反射が低下する。

参考）これだけでわかる！摂食嚥下障害と誤嚥性肺炎、メディカ出版、2022

- ・ 抗コリン薬
- ・ 副交感神経はアセチルコリンで調整されている。
- ・ 副交感神経を抑制するため、口渇、ふらつき、せん妄、視野障害、眼圧上昇、尿閉などが生じる
- ・ 口渇は摂食嚥下に間接的に影響するために薬剤性嚥下障害の原因になる

参考）これだけでわかる！摂食嚥下障害と誤嚥性肺炎、メディカ出版、2022

錐体外路症状を引き起こす薬剤

- 薬剤性パーキンソニズム；薬剤によりドパミンD2受容体が過剰に遮断されて、パーキンソン症状が生じる
- 遅発性ジスキネジア；
長期間の向精神薬、制吐剤、抗胃潰瘍薬の投与による舌、下顎、顔面を中心とする不随意運動である
長期服用後にD2受容体の感度に変化が生じ、種々の不随意運動がみられる

錐体外路症状を引き起こす薬剤

- 抗精神病薬
- 抗うつ薬（特に三環系）
- 抗てんかん薬
- 抗パーキンソン病薬
- カルシウム拮抗薬
ジルチアゼム（ヘルベッサ®）
- 消化管運動機能改善薬、制吐薬
ドンペリドン（ナウゼリン®）
メトクロプラミド（プリンペラン®）

二藤 隆春；嚥下機能に影響をおよぼす薬剤,JOHNS35(3)2019

眠気、集中力の低下、認知機能低下 を引き起こす薬剤

- 抗不安薬、睡眠薬
- 抗精神病薬
- 抗うつ薬
- 抗てんかん薬
- パーキンソン病治療薬
- 筋弛緩薬
- 抗ヒスタミン薬（第1世代>第2世代）
- オピオイド鎮痛薬

二藤 隆春；嚥下機能に影響をおよぼす薬剤,JOHNS35(3)2019

ベンゾジアゼピン系薬剤

- 鎮静、催眠、抗不安作用
→傾眠による先行期障害
- 筋弛緩作用
→嚥下関連筋を弛緩させる

口腔乾燥を引き起こす薬剤

- ・抗不安薬
 - ・睡眠薬
 - ・抗精神病薬
 - ・抗うつ薬（特に三環系）
 - ・筋弛緩薬
- ・パーキンソン病治療薬（抗コリン薬）
トリヘキシ フェニジル（アーテン®）
ピペリデン（アキネトン®）
 - ・消化性潰瘍治療薬
スコポラミン（ブスコパン®）
 - ・抗ヒスタミン薬
 - ・オピオイド鎮痛薬
 - ・鎮暈薬
 - ・ジフェンヒドラミン（トラベルミン®）
ジフェニドール（セファドール®）

二藤 隆春；嚥下機能に影響をおよぼす薬剤,JOHNS35(3)2019

消化管障害を引き起こす薬剤

- ・非ステロイド系抗炎症薬
消化管潰瘍
- ・副腎皮質ホルモン剤
胃酸分泌の亢進、胃粘膜防御因子の低下
- ・ビスフォスフォネート系薬剤
食道潰瘍
- ・抗生剤、経口糖尿病薬
粘膜防御機構の低下による粘膜障害
- ・カリウム製剤
小腸潰瘍

谷口ら；栄養状態に影響する薬剤, JSPEN,22(4),2007.

チアプリドについて

- ・定型抗精神病薬(ドーパミンD₂受容体遮断薬)
- ・働き
ドーパミンの働きを抑え、興奮、攻撃性の症状を改善する。
- ・適応
統合失調症の治療に使用される
ジスキネジアの治療に用いられる
精神興奮、徘徊、せん妄に保険適応もある
- ・代表的な症状
意識障害
錐体外路症状(筋肉のこわばり、四肢の震えや痙攣、流涎)

定型抗精神病薬と非定型抗精神病薬

定型抗精神病薬

- ・強力なD₂受容体拮抗作用を有している。
- ・脳内の他のドーパミン活動を低下させるために様々な副作用が生じる。
- ・陰性症状の悪化、錐体外路症状として、振戦、筋強剛、歩行障害

非定型抗精神病薬

- ・定型と比較してD₂受容体拮抗作用は弱い。
- ・セロトニンを阻害することにより、セロトニンのドーパミン抑制を解除し、ドーパミンの過剰な遮断を防ぐ。

抗認知症薬による薬剤性嚥下障害

- アルツハイマー型認知症
→神経伝達物質であるアセチルコリンが減少する。
- 塩酸ドネペジル（アリセプト）はアセチルコリンエステラーゼ阻害薬であり、アセチルコリン量を増加させる。
- 認知症の陰症状（無気力、無関心）に対して抗認知症薬（アリセプト）が処方される。一方、徘徊・暴力・妄想・介護抵抗などの陽性症状と言われる症状についてはむしろ悪影響を示す。結果、活動性の上昇により、BPSDが出現する。
- BPSDの出現に対して、抗精神病薬(グラマリール)がさらに処方され嚥下機能の低下が顕著となる。

オーラルジスキネジア

- 抗パーキンソン病薬、抗精神病薬の長期服用により出現。
- 錐体外路系の運動障害;
反復性の舌突出、咀嚼様運動
- 咀嚼運動を妨げ、嚥下動作を遅延させる
→摂取量の低下、体重減少、低栄養
- 口腔の問題;
義歯の転覆、外れやすくなる
褥瘡性潰瘍
口腔内外傷

嚥下に好影響する薬剤

嚥下に好影響する薬剤

- ACE阻害薬（降圧薬）、レボドパ（パーキンソン薬）、アマンタジン（パーキンソン薬）、シロスタゾール（抗血小板薬）
：サブスタンスPの増加により肺炎予防の報告
- エリスロマイシン（マクロライド系抗菌薬）
：胃排泄機能を高め、胃食道逆流を減少させる
- 漢方薬
：六君子湯 胃食道逆流、食欲増進に有効
：半夏厚朴湯 嚥下反射を改善

嚥下障害が服用に影響

- 口腔周囲の感覚、運動障害による薬剤が口腔内に残留する
- 唾液分泌低下によるOD錠が溶けずに残留する
- 喉頭挙上の低下に伴う咽頭内残留のために多くの水を口に含んで、上を向いて流しこむために誤嚥のリスクが高くなる

脳梗塞後遺症患者の症例



- 80歳、男性
- 脳梗塞に伴う麻痺
- 日常生活において介護が必要な状態
- 移動、着替え、食事、排泄、歯磨き・・・
- 食事中にたびたびムセる
- 会話が聞き取りにくい

脳梗塞後遺症患者の義歯



口蓋部に残留したトロミ薬



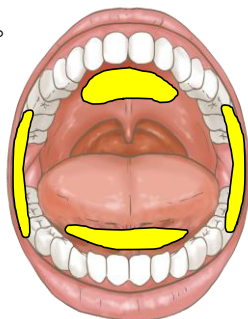
トロミ粘度が強いと
嚥下しにくい

機能低下した舌

服薬時の注意点

- 薬剤の残留がないか口腔内を観察する。
- 特に、薬剤が残留しやすい部位として

- 歯肉と頬粘膜の間
- 硬口蓋
- 舌下部
- 義歯の内面



口腔粘膜潰瘍



メトトレキサート (リウマトレックス®)

- 免疫抑制作用と抗炎症作用
- 関節リウマチの治療において第1選択薬
- 作用として、葉酸の働きを阻害する
- 主な副作用
血球減少症、間質性肺炎、感染症、リンパ腫など
口内炎、下痢、嘔吐、食思不振
- 内服方法
週に1～2回の内服(※毎日服用する薬ではない)
特殊な用法のため服薬スケジュール(曜日、時間、量)の確認

参考：メトトレキサートを服用する患者さんへ、第3版、日本リウマチ学会。

簡易懸濁法 ；錠剤、カプセルを温湯に崩壊懸濁させて投与方法

利点；

- 服用直前まで剤形を保持できる、粉末状にしていないため薬の内容を確認できる
- 55°C、10分の理由；**
- 実際には37°Cの温度を保持することは困難であるので、10分間放置しても37°C以下にならない最低温度が55°Cのため

注意点；

- 長期間の放置は有効成分の分解、配合変化の危険があるため、10分を越えて放置しない。
- 温度が高いと崩壊、懸濁時に固まってしまう薬剤(ピオフェルミン、タケプロン)
- 鉄剤と一部抗菌薬(ニューキノロン系、テトラサイクリン系)を同時に懸濁するとキレート形成のために吸収が阻害される

Parkinson病

- 機序：脳内の黒質にある神経細胞が（ドパミン細胞）が変性・消失し、神経伝達物質ドパミンの減少により運動の命令が伝わらなくなる。
- 有病率：脳神経内科で診療を受ける最も多い疾患の一つ。
- 四大症状： 安静時振戦、無動・寡動、筋固縮、姿勢反射障害
- その他の症状：
自律神経障害、精神症状、排尿障害、嚥下障害、咀嚼障害、便秘、流涎、oily face、認知障害など

パーキンソン病で見られる症状

前傾姿勢
すくみ足
すり足
加速歩行（突進現象）
ジスキネジア

Hoehn & Yahrの重症度分類
I～V
I；日常生活にほとんど影響なし
II；やや不便だが可能
III；自立の生活が何とか可能
IV；生活に一部介助が必要
V；ベット上または車いす生活



Parkinson病における摂食嚥下障害の特徴

- 嚥下の各ステージにおける障害
 - ① 先行期障害；嗅覚障害、認知機能障害（遂行機能障害、注意障害、視空間認知障害）
 - ② 準備期障害；上肢の振戦による食べこぼし、開口障害、咀嚼障害、嚥下回数の減少に伴う流涎
 - ③ 口腔期障害；舌運動障害、送り込み障害
 - ④ 咽頭期障害；嚥下反射の遅延、喉頭挙上の低下、咽頭残留、誤嚥
 - ⑤ 食道期障害；食道、胃の蠕動運動の低下、胃食道逆流症

パーキンソン病の注意すべき症状

- **ウェアリング・オフ現象；**
薬の効く時間が短縮する。
起床時、昼食時、夕食時に症状が悪化してくる。
→内服を食後から食前への変更を依頼する。
- **オン・オフ現象；**
Lドパの服用時間と関係なく症状が良くなったり（オン症状）、悪くなったりする（オフ症状）。
- 対応；
食事時は誤嚥、窒息に注意
抗パーキンソン薬が効いている時間帯に食事を行う

レビー小体型認知症の特徴

- パーキンソン症状が現れやすい。
例)身体機能障害、歩行障害、嚥下障害
- 転倒しやすい。
- 幻視、妄想が認められる。
- 視空間機能障害がみられる。
- 自律神経障害を伴う。
例)起立性低血圧、消化管症状、便秘など

Parkinson病の症例

年齢、性別；82歳、男性

主訴；食事に時間がかかる。時々むせる。

疾患；パーキンソン病、レビー小体型認知症、脳梗塞

経過；3年前より歩行障害が出現、精査の結果、パーキンソン病の診断となる。レボドパの内服を開始、経過良好であったが、その後、徐々に病状が進行し、オンオフ症状が顕著となる。朝は覚醒不良であり、昼から夕にかけて覚醒よくなる。

既往歴；肺炎、狭心症、便秘症、起立性低血圧

家族構成；妻と二人暮らし

介護度；要介護4

介護サービス；デイサービス週3回、入浴サービス2回

認知機能；MMSE 13/30

ADL；

介助により歩行可能であるが、外出時は車椅子を使用する。食事は一部介助しているが、着替え、入浴、トイレは全介助
食事摂取状況；

普通食を一部介助で摂取している。水分にとろみ付与していない。食事時間は30分～60分ほどかかる。

栄養状態；体重 57kg、身長 165cm、BMI 20.9

服 薬

- ワーファリン（抗凝固薬）
- リスパダール（抗精神病薬）
- アリセプト（抗認知症薬）
- マドパー（パーキンソン病治療薬）
- ミドドリン（昇圧剤）
- ラキソベロン（便秘薬）
- 酸化マグネシウム（便秘薬）

ここまでの問題点について整理してください。

- 全身疾患；パーキンソン病、レビー小体型認知症、脳梗塞
- 身体機能；ほぼ全介助（食事は一部介助）
- 認知機能；MMSE 13（23点以下は認知症疑い）
- 食 欲；朝は覚醒悪く、昼から夕にかけて覚醒よくなる
- 栄養状態；摂取量良好、BMI良好
- 口腔機能；低舌圧、自浄作用の低下
- 嚥下機能；咽頭残留（喉頭蓋谷）あり。明らかな誤嚥は認められない。一口量が多いと咽頭に負荷をかけ、咽頭残留認められる。

対 応

- 自食は嚥下後誤嚥、窒息のリスクあるため、一口量とペースに留意した介助を行う。
- 追加嚥下、複数回嚥下を行う。
- 食事時間の延長に伴う誤嚥、食事摂取量の低下が予想されるため、栄養補助食品について検討する。
- 覚醒状態の良いオン状態で食事を行い、オンの時に栄養価の高い食事を提供する。
- パーキンソン病薬は、主治医と相談して食前の服用を検討する。
- セルフケア困難のため、口腔清掃管理の介入頻度について検討する。
- 病気の進行とともに各ステージの障害が顕在化してくるため、定期的な評価を行う。



ご静聴ありがとうございました。