

基礎看護技術 4 講義 1～5 まとめ

・食事をするということは（教科書P32）

・ **生理的**意義

生命の維持
活動に必要なエネルギーの確保
疾病の回復、予防
健康の維持、増進
生活リズムの調整

・ **心理的**意義

食欲の充足
精神活動の安定、活性化
満足感や充足感の獲得
生活意欲の向上

・ **社会的**意義

人間関係、社会関係の形成
コミュニケーションの場である
マナーの獲得の場である

・食べるを5つの過程に分けると

①食欲がわく

食欲は視床下部で管理されている。
お腹が空くと**空腹**中枢が働き、満腹になると**満腹**中枢が働く。
その人が食欲がわくように想像させる声掛けがポイント。

②食物を口に運ぶ

食物を口に運ぶために筋肉の連動が必要。
錐体路：脳からの運動指令を脊髄の錐体を通して骨格筋に伝える。**随意**運動。
錐体路外路：錐体路以外の道で伝達する。**不随意**運動。
見なくても手がどの位置にあるかわかるのは、深部感覚が働いているから。

③食物を嚥んで飲む

口：食べ物を細かく砕く
食道：唾液と混ざりあった食べ物を運ぶ
胃：3～4時間かけてドロドロの粥状にする
小腸：約8時間かけて栄養素を吸収
大腸：水分を吸収しつくし、便として溜めておく

④食物を消化し、栄養素、水分を吸収する

小腸では三大栄養素やビタミン、電解質、水を吸収する。
大腸では水や電解質、ビタミンを吸収する。

⑤栄養素、水分を使う

糖や蛋白質、ビタミン、脂質などは**門脈**（肝臓への栄養血管（静脈））から肝臓へ行く。
脂質のほとんどは**リンパ管**を通して肝臓へ行く。
肝臓は必要なエネルギーや物質に変えるところ。代謝を主とした臓器である。

各過程のどの部分が障害・阻害されると食事を摂ることができなくなり、その人らしさがなくなること意識することが重要。

教科書 II P.38

栄養状態を知ることが大切

全身状態の観察をしましょう

主観的包括栄養評価 SGA...問診、視診、触診で状態を知る方法

客観的栄養評価 ODA.....SGAで栄養障害と判断された場合に実施する。
身体測定や血液検査で状態を知る方法。

教科書P.33 P.35

基礎エネルギー消費量 BEE 生命維持に必要なエネルギー量のこと
計算方法

女性

$655.1 + (9.56 \times \text{体重kg}) + (1.85 \times \text{身長cm}) - (4.68 \times \text{年齢})$

1552kcal

摂食・嚥下の過程

- ①**先行期** 食物を認知する
- ②**準備期** 咀嚼して食塊を形成する
- ③**口腔期** 食塊を咽頭へ送る
- ④**咽頭期** 嚥下反射にて食道へ送る
- ⑤**咽頭期** 食塊を胃まで移送する

食事の種類はその人に合わせて提供する

特別食の種類

- ①栄養成分やエネルギー制限に合わせた食事
- ②検査や手術の治療に応じた食事
- ③アレルギーに合わせた食事

食事形態

主食....硬さを変える 全粥、五分粥、重湯など

副食....硬さを変える 常菜、軟菜など

咀嚼・嚥下障害がある場合....とろみ食、ペースト食、ミキサー食、ムース食

※ムースはカスタード状、ミキサーは超細かい刻み食。

食事摂取の介助

自力で食事ができない患者に対して必要な**栄養**や**水分**を**安全**に摂取してもらう

注意すること

- ①食欲増進するような関わりをする
- ②本人のペースで食事が進むようにする
- ③食事中、食事後に誤嚥させないように注意する
- ④食への満足感を得られるような関わりをする

対象

運動麻痺がある人

食事姿勢が保持困難な人

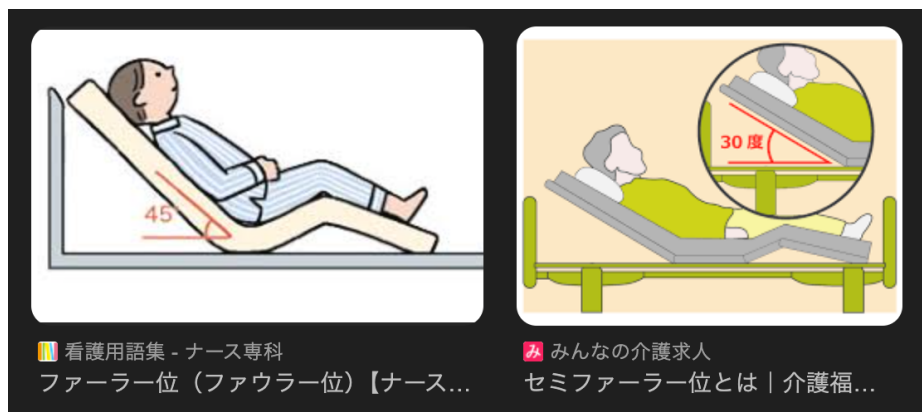
食事行動が自力困難な人

適正な食事ペースが保てない人（認知症など）

右完全麻痺を例に看護計画を考える

日常生活動作 ADL や耐久性に合わせた体位を保つことが大切

基本は座位またはファロー位



食事に集中できる環境を整える

食事を置くテーブルを片付け、食事スペースを確保する。

汚物や使用済みの尿器などを片付ける。

患者さんの準備

食事30分前には排泄の有無を確認し、済ませておくよう促す。

食事前の手洗いを行う。

義歯などの装着が必要であれば、装着する。（あるから着けるというわけではない）

衣服が汚れる恐れがある場合は必要に応じてエプロンを装着する。（罪悪感、自尊心）

介助

食器を食べやすいように配置する。

食事を認識してもらう。

食べる順番は対象が食べたいものを優先する。

主食と副食を交互にバランスよく食べてもらうのが好ましいが、

強要することはできないので、食器の位置をさっと変えたりしてさり気なく介助する。

患者より低い位置に座ることで患者は自然と頸部軽度前屈位になる。

車椅子での食事では足底を床に着ける。

NG：患者より高い位置からの介助では患者が見上げる姿勢になり誤嚥しやすい。

片麻痺がない人はスプーンで一口程度をすくい、正面から口に入れる。

右麻痺がある方への食事介助では、スプーンは健側の口角の横や下から入れ、健側の舌にのせる。

スプーンを口から引き抜く時は上に上げすぎると顎を上げる姿勢になり誤嚥につながる。

うまく口の中にスプーンが入らないと、すすり食べをし誤嚥につながる。

観察

咀嚼と嚥下

咀嚼・嚥下の様子

喉頭挙上の有無

呼吸状態

飲み込むまでの時間

むせの有無、程度

食事への集中力

口腔内に食塊が残っていないか

食後

口腔ケアを行う。

最低でも30分、～1時間は座るか30°以上上半身を上げて過ごしてもらう。

非経口栄養摂取

経管栄養法...消化管を通して体内へ栄養をいれる

経鼻経管栄養法...鼻腔から管を入れて胃または十二指腸に栄養剤を投与する

経瘻孔法

胃瘻法...胃壁に瘻孔を開け管を挿入し栄養剤を投与する

空腸瘻法...空腸に瘻孔を開け管を挿入し栄養剤を投与する

静脈栄養法...点滴を通して体内へ栄養をいれる

胃管カテーテルの長さ

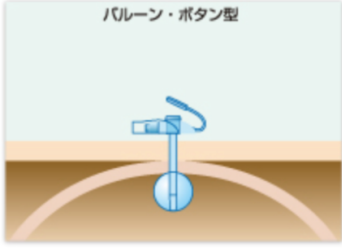
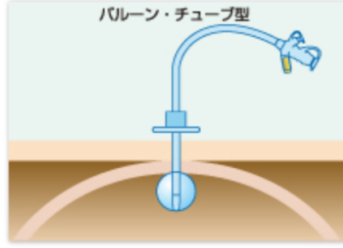
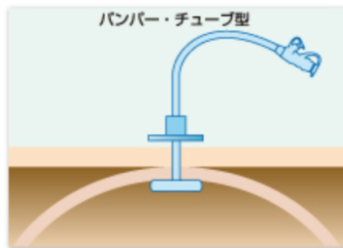
鼻から噴門までの長さ **45～55** cm

サイズは **5～14** Fr (1.7mm～4.7mm)

※1Fr=0.33mm

教科書P.49

胃瘻カテーテルの種類

	ボタン 閉塞や自己抜去はしづらく汚れにくい 管理が多少難しい	チューブ 管理しやすいが 事故（自己抜去）しやすく 汚れやすい 閉塞リスクが高い
バルーン 1～2ヶ月で交換 交換しやすいが 抜けやすい 水道水、生理食塩水はゴムが硬化し 取り外せなくなるため 禁忌 。		
バンパー 4～6ヶ月で交換 抜けにくい 交換が多少難しい		

経管栄養

座位かファロー位（30°～45°）にするのはなぜ？

→ゼリー状の栄養剤が胃から逆流して誤嚥や嘔吐につながるため。

注入が終わっても20～30分は状態を起こしておく。

栄養剤は体温

→熱いと火傷、冷たいと下痢になるため。

注入が早すぎると嘔吐、遅すぎると長時間同じ姿勢で苦痛増、褥瘡の可能性。

初回は30分で100ml

消化管などに障害がないことを条件に300～500mlを30分～1時間で投与する。

異常の早期発見のため注入前からの観察が重要。特に呼吸状態

点滴による栄養法

中心静脈栄養法▶高カロリー 高栄養

心臓近くの太い血管に高カロリーの点滴を行う

内頸静脈、鎖骨下静脈、大腿静脈

脳へのリスクは空気塞栓、血糖・電解質異常、感染による脳症で最悪死ぬ。

抹消静脈栄養法▶

濃度が低い薬液や水分、電解質を短期間投与する際に使用する。