

摂食・嚥下検査を受ける方へ

摂食・嚥下機能（食べる・飲み込む機能）に障害のある方、または障害が疑われる方に対して、安全な栄養摂取方法の確立を目的として摂食・嚥下機能検査を行っております。さらにその結果に基づき、安全な栄養摂取方法の設定および必要な訓練の指導をおこないます。

【外部評価】

摂食・嚥下機能の評価をする際、舌や顎の動き、口唇の閉鎖、一口の量、食べるペース等の情報を得るために外部より食事の様子を観察することは非常に重要です。食事の様子を観察することで口の動き、適切な介助の方法などを調べます。また、観察の際、ビデオ等でその様子を録画し、繰り返し観察することが必要となります。

【嚥下内視鏡検査】

鼻咽腔ファイバースコープ（直径約3mm）を鼻の穴から挿入し、鼻の奥・のどの形や動き、衛生状態、粘膜の状態、唾液貯留の有無、誤嚥や残留の有無・程度を調べます（食道の中には入れません）。内視鏡を鼻の穴に挿入する際の鼻出血は0.3%程度しか起こらないとされています。

☆検査中に多量に誤嚥した場合は検査を一時中断し、誤嚥物の排出に努めます。ただし、のどの状態を直接観察しながら食物を摂取していただくため、検査中に多量に誤嚥するようなことは通常考えられません。

【咳テスト】

ネブライザーでクエン酸入りの蒸気を出し、それを口から吸いこんでいただきます。これにより、誤嚥性肺炎のリスク因子であるムセない誤嚥（不顕性誤嚥）の有無を発見することができます。また、治療にかかる費用はすべて保険診療内です。

*個人情報の保護について

この検査でデータや映像などは、個人が特定されない状態で研究や学会発表に用いる場合があります。

上記内容についての説明を受け、良くお読みになりご理解していただいた上で、下記同意書に御署名をお願いいたします。

年 月 日

日本歯科大学附属病院 口腔リハビリテーション科

説明者氏名： _____

TEL:03-3261-4768

摂食・嚥下機能検査同意書

上記項目につきまして十分な説明を受け理解しましたので、摂食・嚥下機能検査の実施に同意します。

年 月 日

患者氏名（署名）： _____ 住所： _____

同意者氏名（署名）： _____ 住所： _____

患者との続柄： _____