

脳血管疾患患者の栄養ケア

—摂食・嚥下障害への対応

脳血管研究所 美原記念病院 栄養科
小谷野美智子 *Koyano, Michiko*

keyword

嚥下スクリーニング、必要栄養量の確保、モニタリング

はじめに

脳血管研究所美原記念病院は、総病床数 189 床(急性期病棟 45 床、回復期リハビリテーション病棟 99 床、障害者病棟 45 床)の脳・神経疾患専門病院である。脳卒中後遺症のため、意識障害や嚥下障害を呈し、経口摂取が困難な患者は少なくない。脳卒中では、その病期により栄養管理の目的が異なり、急性期には疾患そのものの治療が、亜急性期にはリハビリテーションの円滑な実施が、慢性期には再発のリスクファクターである生活習慣病の改善が、それぞれの病期に応じた重要な目的となる¹⁾。当院では、各病棟に専属の管理栄養士を配置し、栄養サポートチーム (NST) と連携しながら、病棟の特徴に合わせた栄養管理を実施している。

摂食・嚥下障害のある患者の栄養管理で管理栄養士に求められることは、早期に的確なアセスメントを行い、最適な栄養補給を行っていくことである。脳血管疾患患者の栄養状態は発症時点で比較的良好であることが多く、入院時スクリーニングの subjective global assessment (SGA) や臨床検査項目において、栄養評価が「低リスク」として判断されることが多い。しかし、その後の栄養補給の段階で栄養量が確

保できない状況が続くと、容易に栄養不足に陥ってしまう。管理栄養士には、言語聴覚士や看護師の協力を得て食形態の検討を行い、患者の現状と照らし合わせて必要栄養量を算出し、これに基づいた食事提供を行い、さらに、その食事が確実に患者の栄養確保に繋がっているのかを臨床の場で評価していくことが求められる。当院では Nutrition Care and Management (NCM) システム²⁾を導入し、すべてのスタッフが標準化したアセスメントを手早く行えるようにシステムを整えた。すなわち、電子カルテ上にテンプレート(図 1)を作成し、必要栄養量の算出から提供している食事の栄養量の算出まで病棟にいても行えるようになり、多職種からの食事の相談も臨床の現場で解決することが可能となっている。

栄養科は、病院組織において診療協力部に所属し、スタッフは管理栄養士 5 名、調理師 12 名、パート 16 名の構成であり、関連施設(介護老人保健施設、特別養護老人ホーム)の管理栄養士 2 名、調理師 4 名と連携し、3 施設合わせて、1 日 1400 食の食事提供を行っており、そのなかで摂食・嚥下障害に対応した食事提供は 29 % である。

嚥下スクリーニングチーム

管理栄養士は 2000 年よりベッドサイドにおける臨床業務を開始し、食事開始後 24 時間以内に患者訪問を行っている。臨床業務開始当時は、

図 1 栄養アセスメント用の電子カルテ画面

経口摂取の基準がなく主治医個人の主観により食事開始されていたため、食事開始までの時間は症例により異なり、数日間にわたり経口摂取ができていないケースも少なくなかった。なげもう少し早く食事の開始ができなかったのかと疑問に思うことや、禁食の患者の空腹を訴える声も聞かれ、経口摂取に向けてのシステムの導入が望まれた。

そこで、2005 年に NST が発足し、ワーキンググループの一つである嚥下スクリーニングチームが、入院患者すべてを対象とした嚥下スクリーニングの確立³⁾を目的として活動を開始した。構成メンバーは、医師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士、作業療法士が中心となり、嚥下スクリーニングマニュアルの作成やスクリーニン

グチャートの作成、データの集計、摂食機能療法の算定や看護師の技術の標準化などを行い、同年 10 月より早期経口摂取開始のシステムを完成させた(図 2)。現在は、嚥下スクリーニングに関しては看護部に一任され、新人看護師教育の一環として取り入れられている。嚥下スクリーニングチームのなかでは、管理栄養士はフードテストに使用するゼリーの作成を担当し、当院独自の嚥下ゼリーを作成した。そのゼリーは、酸味による味覚的刺激と色による視覚的刺激を図るために果汁 100 % のオレンジジュースを選択し、濃度については、言語聴覚士を中心とした NST メンバーが検討した結果、口腔内へ取り込み後、咀嚼や送り込み機能を評価するためにはゼラチン濃度 2 % が適していると判断