

図2 嚥下スクリーニングフローチャート

された。当初、ゼラチンを使用していたが、傾眠傾向や咽頭への送り込みの遅い人では、口腔内でゼラチンが溶解し誤嚥の危険性が増すため、2007年より「酵素入りゼリー食の素」へ変更した。これによりゼリーは常温でも安定した硬さを維持できるようになっている。看護部による嚥下スクリーニングを入院時に導入したことにより、2008年1月～5月において入院3日以内に経口摂取が開始された人は全体の94%となった(図3)。早期経口摂取は在院日数にも影響し、スクリーニング導入前の2005年4月～6月は18.9日であったのに対し、2008年1月～5月は13.6日と短縮されている(図4)。

### 必要栄養量の算定

摂食・嚥下障害のある患者の必要栄養量の算定は、実際に食事場を観察してから行うことが必要である。事前に身体状況、摂食・嚥下状

態、SGA、認知、麻痺、失語、食事内容、喫食量、臨床検査項目、リハビリ内容など、電子カルテより情報収集を行い、摂食・嚥下状態や覚醒状態に問題がある場合や失語・認知力に問題がある場合には、事前に担当看護師やリハビリスタッフから現時点での状況を聞いてから訪室する。

当院では必要栄養量の算定に、Harris-Benedictの式を利用している。ストレス・活動係数は日本静脈経腸栄養学会の係数<sup>4)</sup>を基本とするが、活動係数については、理学療法士にリハビリ内容・強度の確認を行い、係数が決められている。当院では、積極的に急性期リハビリを実施しており、リハビリ開始が早い。訪室時にベッド上安静でも、数日後にはリハビリを行っている場合もあるため、エネルギー不足に陥らないために活動係数はやや多めに設定している。

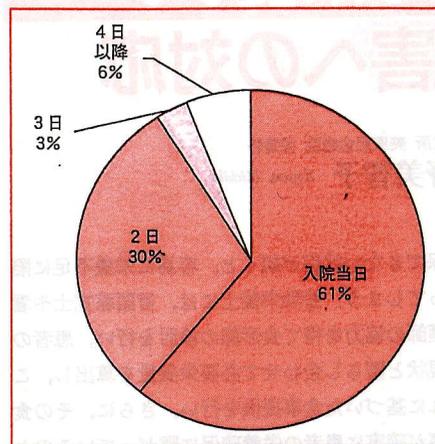


図3 入院から経口摂取開始までの期間  
\* 2008年1月～5月に急性期病棟に入院した脳梗塞・脳出血患者149名  
男性: 94名 (平均年齢 67歳±12)  
女性: 55名 (平均年齢 74歳±12)

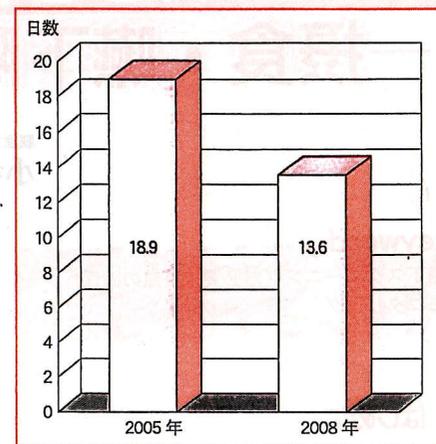


図4 急性期病棟に入院した脳梗塞・脳出血患者  
\* 急性期病棟に入院した脳梗塞・脳出血患者  
導入前: 2005年4月～6月: 75名  
導入後: 2008年1月～5月: 149名

に対する食事づくりが家族の負担となつては、家族のQOLの向上は望めない。筆者らは家族のQOLの向上があつてこそ、患者のQOLの向上があると考えている。

当院においては、嚥下訓練食導入に関しても検討したが、言語聴覚士から反対意見が出され導入は見送りとなった。嚥下訓練食を導入した場合、食事内容が画一となり、患者の細かい状況に合わせた主食、副食別の食形態の食事提供ができなくなってしまうこと、嚥下訓練食の食上がりに合わせて食事を提供しなければならないため、患者の現状に最適の食事提供ができなくなってしまうからである。したがって、副食は、加熱温度、食材に配慮し、水分不足で口の中で広がらないことや、きざみ食のとろみ調整を行うとともに、誤嚥しない食べ方を患者に指導し、誤嚥を防いでいる。また、言語聴覚士の嚥下評価時に栄養士が同席することで、言語聴覚士の推奨する形態に合わせた食事を調整している。

### 食事形態

当院の食事形態は、主食形態が、米飯、おにぎり、軟飯、全粥、ミキサー粥、分粥、副食形態が、常菜、軟菜、一口大、粗きざみ、きざみ、極きざみ、ミキサームース状、ミキサー流動様となっており、要望に応じてそれぞれにとろみを付加している。きざみ食はできあがった料理を刻むのではなく、素材の段階から刻み、調理工程も別に行うため、大きさの均一、見た目、硬さ、テクスチャーなど、安定された状態で食事が提供できている。きざみ食は誤嚥の危険性が高いと評価している報告もあるが、当院ではあえてソフト食を導入していない。それは、当院のミッションが脳血管疾患の急性期治療からリハビリテーション、そして家庭復帰まで一貫して治療にあたることを目的としているためである。すなわち、病院入院中あるいは施設入所中だけソフト食を提供しても、家庭で継続して提供できなければ意味がないからである。患者