

viii. 経口摂取可能でもエネルギー必要量を摂取できない患者への対応

【極度の食思低下を呈する患者への対応】

患者の食の嗜好、精神状態、高次脳機能障害や消化器疾患等の全身状態を確認し、食思低下の要因を検討して対応する。「食べるきっかけづくり」として、患者の嗜好にあった食事・補助栄養食品の提供、見た目に負担とならない食事量の提供、家族の食事場面への立会いが有用なケースもある。また、一時的に経管栄養としてリハビリ時間・内容を減らし患者の精神的負担を軽減することも有用となるケースがある。

【摂食拒否を示し、経口摂取が進まない患者の対応】

エネルギーの不足に対しては補食（高カロリーゼリー等）による充足を検討する。なお、状況によっては経腸経管栄養や静脈栄養を選択し、エネルギー必要量を充足させるように努める。また、経口摂取が進むよう患者の嗜好調査、1回の食事量の調整、食事介助者の変更、内服薬の変更も考慮する。なお、上記の対応により食べてもらうあらゆる工夫を講じて30日を超えて摂食拒否が改善しない場合は、患者および家族の意向も確認し、胃瘻造設も検討する。

【VF/VEで適切とされた食形態では、エネルギー必要量を担保するための食事量が明らかに過大となる場合の対応】

エネルギーの不足に対しては補食（高カロリーゼリー等）による充足を検討する。なお、状況によっては経腸経管栄養や静脈栄養を選択し、エネルギー必要量を充足させるように努める。その他、粉あめやプロテインパウダー等を食品へ添加し、エネルギーを充足させる方法もある。なお、これらの工夫を講じて30日を超えて食事のみではエネルギー摂取不足が継続する場合は、患者および家族の意向も確認し胃瘻造設を検討することもある。

ix. 経腸経管栄養時のトラブルの対応

【液体栄養剤による下痢の対応】

下記の3つの対応方法が標準的であり、患者の状態により対応する。

1. 液体栄養剤の種類を変更
2. 液体栄養剤の投与速度を減速
3. 半固形化栄養剤（液体栄養剤の半固形化、粘度調整食品の使用も含む）に変更

上記以外の対応方法としては投与水分量の調整、希釈による栄養剤の浸透圧の調整、繊維質の増加、整腸剤投与がある。

【嘔吐への対応】

嘔吐の原因を見極めたうえで、下記に記載するような栄養剤の種類、投与方法、投与姿勢の変更や、薬剤投与等の対応があげられる。

- ・高濃度栄養剤に変更
- ・半固形化栄養剤に変更
- ・栄養剤の1回の投与量を減らし、投与回数を増やす

- ・栄養剤の投与速度を調整する
- ・ベッドのリクライニング角度を上げる等、投与体位の調整
- ・経腸経管栄養を一時休止し、消化管を休める
- ・消化管蠕動促進薬・制吐剤の使用

上記のあらゆる工夫を講じても改善されない場合は、TPN ポート造設を検討する場合もある。

x. 胃瘻栄養に関連する事項

【長期間、意識状態や摂食嚥下機能の問題で経口摂取不可の患者への胃瘻造設】

脳卒中治療ガイドライン 2009 では「発症 1 か月後以降も経口摂取困難な状況が継続しているときには胃瘻での栄養管理が勧められる (グレード B)」と記載されており、脳卒中発症後 30 日程度で胃瘻造設を検討してもよいが、それ以降に嚥下機能が回復してくる患者もいるため、患者の回復状況に応じてケースバイケースで検討する。回復期リハビリテーション病棟に入院後の胃瘻造設時期については、摂食嚥下機能の評価後 30 日程度での胃瘻造設が推奨されるが、患者の回復状況に応じて個々に検討すべきである。なお、『食べるための胃瘻』として、早期に胃瘻を造設し必要なエネルギーや水分を胃瘻から補給し、食べられるものを口から食べるという取り組みが推奨されるが、その胃瘻造設時期についても摂食嚥下機能障害の診断後、30 日程度が目安となる。

【胃瘻患者に推奨される栄養剤の形態】

半固形化栄養剤は、液体栄養剤よりも投与時間の短縮ができ、患者の栄養剤投与による拘束時間の減少が期待できるため、胃瘻患者には積極的に半固形化栄養剤の使用を推奨する。

【胃瘻抜去の検討】

胃瘻患者が、経口摂取のみでエネルギー必要量を安定的に摂取できるようになった場合、標準的には 30 日程度は様子を見て問題がなければ胃瘻抜去を検討する。ただし、水分や薬剤の投与ルートとして胃瘻を使用することが有用な場合もあり、脳卒中の再発リスクも含めてケースバイケースで検討すべきである。

xi. その他：今後の要検討課題

回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の栄養状態、摂食嚥下機能を向上させるための栄養管理、摂食嚥下訓練・評価についてはコンセンサスガイドラインにまとめたが、下記の 2 事項についても今後検討を要する。

【回復期リハビリテーション病棟における歯科の介入】

歯科的な観点から入院時に口腔内のスクリーニングができること、義歯の製作や口腔ケアをとおして嚥下能力・栄養状態が改善される見込みが大きいことから、常勤歯科医師、歯科衛生士の配置が望ましい。非常勤の場合でも頻回に診察できる体制とするべきである。

【間欠的経管栄養】

経口摂取の転帰に良い影響があることが示唆されているが、リスク管理の問題で導入施設が少ない現状である。今後、患者のメリットおよびリスク管理を勘案し、検討するべきである。

D. 考察

急性期 NGD の過程において、口腔ケア、間接訓練、直接訓練に関しては、そのいずれについても原則として毎日実施すべきとの意見での合意形成を得た。経口摂取状態の改善を期する場合、これらのケア・訓練の重要性は疑う余地がなく、少なくとも今回の委員間においては、必要な患者に対して早期から密に実施すべきとの意識は各職種間で統一されていると考えられる。しかしながら、本研究事業の初年度に実施した急性期病院 34 施設の脳卒中入院患者の栄養管理状況および摂食・嚥下訓練の後ろ向き実態調査（解析対象 728 例）の解析結果では、脳卒中急性期において摂食嚥下障害があると判断された患者のうち、間接訓練が実施された割合は 62% に過ぎず、またその頻度も、週 5～6 回以上実施出来ていた患者は 54% に留まっていた。NGD で得られたコンセンサスと後ろ向き調査で得られた実態との間に差異が生じた理由として、言語聴覚士や歯科専門職といった人員の配置・体制の施設間格差などが考えられるが、今後、実臨床上で本コンセンサスガイドラインを適応していくことで、ガイドラインの有用性の評価とともに、種々のバリエーションや課題の抽出、およびその解決方法の提案に繋げることができると考えられる。

一方、嚥下機能スクリーニング評価の項では、臨床的判断に加えて MWST と FT をできる限り実施すべきとの合意形成に至った。また、不顕性誤嚥の精査を含め、詳細な検査には VE、VF のいずれかまたは VE、VF の両方を実施すべきとのコンセンサスを得た。不顕性誤嚥に関しては、栄養投与経路の選択の項に於いても重要な点として議論されている。他方、前述の実態調査では、MWST の実施割合は 45%、VF・VE に至っては 1 割に満たなかった (5%、1%)。VF や VE の実施には造影装置や内視鏡が必要となるため、施設によっては物理的に実施できない施設もあることが推察されるが、MWST や FT は VF・VE に比して簡便な検査であり、スクリーニング検査の必要性・有用性を周知することで実施率は向上できるものと考えられる。この点に於いても、実臨床上で本コンセンサスガイドラインを適用し、その有用性を評価していくことが必要であると言えよう。

回復期 NGD では、コンセンサスとして纏められた全 10 項目のうち、栄養に関する項目が 7 項目を占めた。また、経管栄養時の合併症や、経口摂取時の食思低下や摂食拒否等への対応についても盛り込まれた。回復期リハビリテーション病棟は急性期に比べ在院日数が長いこと、中長期の視点に立って栄養管理計画を立案・実施・モニタリングできる半面、合併症等に難渋するとリハビリテーションの実施にも影響が及ぶことから、具体的な例示を以てこれらの事項が纏められたことは有用と考えられる。また、近年、所謂「リハビリテーション栄養」の概念が浸透し、積極的なリハビリテーションを実施する際には併

せて適切な栄養介入を行うことが提唱されてきている。こうした概念の普及も、回復期のコンセンサスガイドラインにおいて栄養管理に関する項目が重点をおかれた要因の一つであろう。急性期のコンセンサスガイドラインと同様に、今後実臨床上でコンセンサスガイドラインを適用し、栄養状態の推移を始めとして、その有用性を評価していくとともに、栄養管理に関するトラブルの対処法の意見収集等を行い、充実を図っていくことが必要と考えられる。

E. 結論

「脳卒中急性期患者を対象とした栄養管理および摂食嚥下機能訓練のコンセンサスガイドライン」および「回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者を対象とした栄養管理および摂食嚥下機能訓練のコンセンサスガイドライン」について、急性期から回復期にかけて実臨床に適用し、有用性を評価するとともにバリエーションや課題の抽出、およびその解決方法を提言として纏めて行く必要があると考えられた。

F. 健康危険情報

現在のところ報告すべき情報はない。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

