

201025011A

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

高齢者の経口摂取の維持ならびに
栄養ケア・マネジメントの活用に関する研究

平成22年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 葛谷雅文

平成23(2011)年3月

目 次

I. 総括研究報告

- 高齢者の経口摂取の維持ならびに栄養ケア・マネジメントの活用に関する研究 1
葛谷 雅文 (名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学専攻老年科学)

II. 分担研究報告

1. (1)介護保険施設における高齢者の経口維持を支援するための経口移行加算、経口維持加算Ⅰ・Ⅱの算定困難な理由に関する研究 13
(2)「介護保険施設、療養病床における終末期の栄養ケア・マネジメントに関する実態調査」 36
杉山 みち子 (神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科)
2. 要介護高齢者の経口摂取に関する縦断調査 77
葛谷 雅文 (名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学専攻老年科学)
加藤 昌彦 (相山女学園大学生生活科学部)
3. 高齢者の経口摂取の維持ならびに栄養ケア・マネジメントの活用に関する研究
—回復期リハビリテーション病棟における摂食・嚥下に関わる情報連携の意義—
..... 95
合田 敏尚 (静岡県立大学食品栄養科学部)
4. 通所サービス事業所における高齢者の栄養改善、口腔機能向上加算における課題の検討 101
高田 和子 (独立行政法人国立健康・栄養研究所 健康増進プログラム)
5. 「介護保険施設における高齢者の最期まで「食べること」を支援し看取るための栄養ケア・マネジメントのあり方に関する研究」 110
梶井 文子 (聖路加看護大学看護学部)
6. 要介護高齢者における嚥下内視鏡検査を用いた予後予測の検討 145
菊谷 武 (日本歯科大学生命歯学部)
7. 栄養ケアの連携(継続性)のモデル事業 152
榎 裕美 (愛知淑徳大学 健康医療科学部)

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 171

IV. 研究成果の刊行物・別刷 175

I. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)

総括研究報告書

高齢者の経口摂取の維持ならびに栄養ケア・マネジメントの活用に関する研究

主任研究者 葛谷雅文 名古屋大学大学院医学系研究科(老年科学)

本研究の目的は、1) 高齢者の経口摂取の維持を目指すため、経口摂取の維持に対する阻害因子、さらには経口摂取への移行を推進する因子を明らかにし、それらの因子に対する適切な介入を実行するためのプログラムを構築する。2) 終末期における栄養ケア・マネジメントの必要性、有効性を明らかにすること。3) それらの目的を達成するために在宅における栄養ケア・マネジメントを推進し、高齢者の QOL の向上に寄与することである。今年度は 1) 多施設全国調査を基に、介護施設での経口移行、経口維持加算取得が困難な理由を明らかにする、2) 介護老人福祉施設において、管理栄養士の終末期にある高齢者への栄養ケア・マネジメントの支援の実態を明らかにする、3) 回復期リハビリ病棟(病院)を基盤とした摂食・嚥下機能に関わる情報連携の実態ならびに問題点を明らかにする、4) 地域で栄養ケア連携の実態調査、ならびに、地域における栄養ケア連携モデルを構築する、5) 介護老人福祉施設における嚥下内視鏡検査結果とそのアウトカムに関する縦断的研究、を実施した。

葛谷雅文:名古屋大学大学院医学系研究科(老年科学) 准教授
杉山みち子:神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部栄養学科 教授
加藤昌彦:椛山女学園大学生生活科学部 教授
合田敏尚:静岡県立大学食品栄養科学部 教授
高田和子:独立行政法人国立健康・栄養研究所 健康増進プログラム
梶井文子:聖路加看護大学看護学部 准教授
菊谷 武:日本歯科大学生命歯学部 准教授
榎 裕美 東海学園大学人間健康学部管理栄養学科 准教授

A. 研究目的

高齢者の経口摂取困難は栄養障害、新たな疾病、障害発生、患者の生命予後やQOLの低下のみならず介護者のQOLの低下につながる。適切な介入によりできるだけ長期に経口摂取の維持を図ることは、さらなる高齢社会を迎えるわが国にとっては極めて重要

である。

本研究の目的は、1) 高齢者の経口摂取の維持を目指すため、経口摂取の維持に対する阻害因子、さらには経口摂取への移行を推進する因子を明らかにし、それらの因子に対する適切な介入を実行するためのプログラムを構築する。2) 終末期における栄養

ケア・マネジメントの必要性、有効性を明らかにすること。3) それらの目的を達成するために在宅における栄養ケア・マネジメントを推進し、高齢者のQOLの向上に寄与することである。

昨年度は介護施設・病院・通所介護(リハビリ)における経口摂取状況の実態調査、経口移行加算、経口維持加算Ⅰ、Ⅱの算定率の全国調査を実施し、さらには経口摂取維持に係る因子を同定するための縦断研究を構築した。また、終末期の栄養ケア・マネジメントのニーズに関するサーベイを行い、栄養管理の連携の実態を明らかにする目的で Nutritional support team 稼働施設を対象にアンケート調査を実施した。

昨年度の研究結果よりいくつかの問題点が明らかになった。1) 介護施設を初め、高齢者の介護・医療の現場では高頻度で摂食嚥下障害者が存在している。2) それにもかかわらず、介護施設での経口維持加算、移行加算算定率は低い。3) 終末期を含め人工栄養に依存しない経口摂取維持の必要性を管理栄養士などの現場スタッフは認識している。今後、終末期の栄養ケア・マネジメントに関する知識、技術向上の必要性が共通に認識されている。4) 施設間の栄養ケア連携は脆弱であり、今後地域での栄養ケア連携の構築が必要である、などである。

今年度は1) 介護保険施設の全国調査を基に、また昨年度構築した経口摂取維持に係る因子を同定するための縦断調査の登録時データを使用し、経口移行、経口維持加算取得が困難な理由を明らかにする。2) 介護老人福祉施設において、高齢者の終末期における栄養ケア・マネジメントの実態とその課題を明らかにし、3) 回復期リハビリ病棟(病院)を基盤

とした摂食・嚥下機能に関わる情報連携に関する調査、4) 地域で栄養ケア連携の実態調査、ならびに、地域における栄養ケア連携モデルの構築、5) 介護老人福祉施設における嚥下内視鏡検査とそのアウトカムに関する縦断的研究を実施した。

B. 研究方法

① 要介護高齢者の経口摂取に関する縦断調査ならびに横断調査による経口移行、経口維持加算取得が困難な要因に関する研究

(研究1)

対象施設は昨年度実施した分担研究者である杉山らの横断的調査(老健、特養に限る)で、「引き続き協力いただける」と回答いただいた施設とした。研究協力を依頼した施設数は老健 219、特養 371施設であるが、協力要請に対し返送いただいた施設は計139施設で、そのうち協力の同意が得られた施設は67施設であった。

経口摂取維持症例とは「経口維持加算に該当する対象者で、経口により食事を摂取しているものであって、著しい摂食障害を有し、誤嚥が認められる者」とした。経口摂取移行症例とは「経口移行加算に該当する対象者で、経管栄養を受けておられる方のうち、意識レベルが良好で、全身状態もよく嚥下機能が比較的保たれている者」とした。

上記の経口摂取維持症例または経口摂取移行症例を登録し、登録時に各施設所属の管理栄養士により以下の調査を実施した。さらに、登録者は3か月ごとに、管理栄養士により経口摂取状況さらには入院、死亡、発熱、肺炎の有無などを登録時より1年間モニターする。

(研究2)

対象は社会福祉法人 なごや福祉施設協会の特別養護老人ホーム 12 施設に入所し、文章による同意が得られた要介護高齢者である。なごや福祉施設協会の特別養護老人ホーム 12 施設の協力を得て、平成 21 年 6 月に登録を行った。登録時基本調査を実施し、その後 2 年間に及ぶ追跡調査を行う(観察研究)。今回は登録時のデータを基に経口摂取状況、ならびに登録前一年間の誤嚥性肺炎の既往のデータより嚥下に問題ある群と問題ない群に分け、種々の背景の相違を検討した。解析は student-t test, カイ二乗検定、ロジスティック回帰法を用いた。

② 介護保険施設における経口移行、経口維持加算取得状況、経口移行、経口維持加算取得が困難な理由に関する研究

昨年度行った全国3割を無作為抽出した特養1,517施設、老健941施設の計2,458施設に対する調査において、経口移行加算、経口維持加算Ⅰ、Ⅱの加算取得について有効回答を得られた介護老人福祉施設(以下、特養)440施設、老人保健施設(以下、老健)275施設を対象とした。なお、回答者は各施設の常勤管理栄養士、不在の場合は常勤看護師とした。

調査内容は施設種別、経口移行加算、経口維持Ⅰ、Ⅱの加算施設と非加算施設に区分し、経口移行については各加算取得が困難な理由を調査した。さらに、摂食・嚥下障害の取り組みに対する今後の課題、また現在実施している管理栄養士としての取り組みに関しても調査した。前年度のアンケート調査票の一部である自由記述式質問摂食・嚥下に関わる制度や体制に対して解決してほしい課題・要望(以下、《課題と要望》)

や摂食・嚥下に関わる取り組みの中で不安に感じる事(以下、《不安》)に、回答が得られた416施設の管理栄養士による記載文章を、電子媒体に入力し、コード化後カテゴリー化をした。カテゴリー化は、二人の研究担当者が行い、一致率とカッパ(κ)係数によってカテゴリー化の信頼性を確認後、47のサブカテゴリーに分類し、サブカテゴリー別に要点を把握した結果を、量的データの結果と比較した。

③ 介護老人福祉施設における終末期栄養ケア・マネジメントの実態調査

対象施設は、全国の登録名簿から地域別床数別に3割無作為抽出した介護老人福祉施設(以下、特養)1,517施設、介護老人保健施設(以下、老健)941施設、医療療養病床(以下、療養病床)1,134施設の合計3,592施設であった。

調査内容は、(1)施設概要(施設種別、法人種別、利用者・患者数、平均要介護度、平均年齢、加算取得件数、医師の配置状況等)(2)本人・家族のニーズの把握(living will)について(終末期の判断時期、判断を行う職種、本人・家族への希望・意思確認の状況)(3)終末期の栄養ケア・マネジメント(最期まで経口摂取での看取りを含む栄養補給方法の確認時期、食事状況観察頻度、多職種との情報交換の頻度、食事提供で重視したこと)(4)多職種との連携(定期的なカンファレンス・マニュアルの有無、各職種の役割、チームに必要な職種、終末期の経口栄養に対する不安と対応)(5)家族支援(家族説明・家族支援のマニュアル・遺族への支援の有無、介護負担について)であった。

④ 介護老人福祉施設における終末期栄養ケア・マネジメントに係わる管理栄養士への面接調査

看取りの場である介護老人福祉施設において、終末期の高齢者が最期まで経口摂取をあきらめずに「食べることを支援しながら看取りを実施した事例に関して、管理栄養士らを中心に面接調査を実施した。

対象施設は、昨年度の結果から平成 22 年度においても、研究協力機関として任意の同意が得られている1都 6 県内に所在する介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)55 箇所と、平成 22 年度 10 月 1 日付けで、WAMNET にて東京都の「老人福祉施設」に登録されている施設 400 箇所とした。その中で研究対象は、施設長ならびに管理栄養士に研究協力を依頼し、最期まで経口摂取をあきらめずに看取る取り組みを積極的に行っている施設(過去1年間に最期まで経口摂取を継続しながら看とれた事例を少なくとも 5 事例以上もつ施設)に所属する施設の管理栄養士9名とした。

面接方法は管理栄養士に、高齢者の最期まで経口摂取を継続して行った具体的な栄養ケアに関する支援内容、他職種との連携等について、事前にインタビューガイドを送付し、1 名につき約 60 分～90 分の半構成的面接を行った。

インタビューガイドの項目は、語った事例について、①終末期の様子、最期まで経口摂取を継続して看取るために、②管理栄養士として、どのような状態の時期に、具体的に何を行ったか、③他職種は、どのような状態の時期に、具体的に何を行ったか、④管理栄養士が、本人・家族のニーズ(意思・希望)について、どのように対応したか、⑤栄養ケア・マネジメントとして、何が重要と考えたか、⑥栄養ケア・マネ

ジメント中に不安や困難の内容と対応、⑦最期まで経口摂取を継続して看取れた事例から、感じたり、考えたりした内容、とした。

⑤ 回復期リハビリ病棟(病院)を基盤とした摂食・嚥下機能に関わる情報連携に関する調査

対象施設は全国回復期リハビリテーション病棟協議会会員名簿に登録された全回復期リハビリテーション病棟(以下、回復期リハ)742 箇所である。対象施設の施設(院)長、責任者宛てならびに回答者への調査協力依頼文書は、依頼状を ID を付し連結可能匿名化した調査票とともに郵送し、回答者の自由意思に基づいた調査票の返信をもって協力の承諾を得たとみなした。回答者は、常勤管理栄養士、管理栄養士が不在の場合は看護師長とした。

回収数は、回復期リハ 217 病棟(29.2%)であった。回答者は、管理栄養士 57.3%、看護師 19.0%であり、その他は、管理栄養士と看護師等その他の職種が共同して回答した。

摂食・嚥下機能に関する情報の他施設との連携体制の有無別の背景因子などの相違を検討した。

⑥ 地域で栄養ケア連携の実態調査、ならびに、地域における栄養ケア連携モデルの構築

(研究 1) 横浜南部地域一体型NST の代表である横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科の若林秀隆氏にインタビューを実施した。インタビューの時期は、横浜南部地域一体型NST 連絡会の開催日とし、横浜南部地域一体型NST 勉強会および連絡会の見学も同時に行った。

(研究 2) 愛知県南部に位置する蒲郡市内の医療法人北辰会みらいあグループ蒲郡厚

生館病院を中核とした地域の介護施設との摂食・嚥下、栄養ケアの地域連携システムの構築準備を開始した。

⑦ 介護老人福祉施設における嚥下内視鏡検査とそのアウトカムに関する縦断的研究

調査期間は2007年3月から2009年2月までの2年間とし、介護老人福祉施設6施設に入居する647名を対象とした。最終的に148名(男性43名、女性105名、平均年齢85.1±8.0歳)を本研究の対象とした。

嚥下機能は、嚥下内視鏡検査(VE)を用いて評価した。食物あるいは唾液の誤嚥においてムセがない場合を不顕性誤嚥と定義した。

摂食機能評価にもとづいた食形態指導は、外部観察評価とVE検査の結果をもとに行った。

予後予測因子の検討では3ヶ月間の追跡後の転帰を肺炎発症とした。肺炎発症しなかった対象者において、体重増加または-3%から0%の体重変化をした者を良好群、-3%以上の体重変化をした者を悪化群に分けた。分析された予測因子は年齢、Barthel Index、BMI、 $BMI \leq 18.5$ 、咽頭残留、喉頭侵入、食物誤嚥、唾液誤嚥、不顕性の食物誤嚥および不顕性の唾液誤嚥とした。

C. 研究結果

① 要介護高齢者の経口摂取に関する縦断調査ならびに横断調査による経口移行、経口維持加算取得が困難な要因に関する研究

(研究1)

全国371特別養護老人ホーム、219老人保健施設に登録の依頼を行い、特養39施設、246名、老健23施設、87名の登録があった。そのうち、経口維持加算対象者のうち未算定は

201名、加算Ⅰの算定は8名、加算Ⅱの算定は124名存在した。経口移行加算対象者23名中、実際に移行加算している対象者は10名に過ぎなかった。1年間の縦断調査は平成23年1月に終了し、現在データベース化ならびに解析に入っている。

登録時のデータを使用して経口維持加算、ならびに移行加算の算定を実施している施設ならびに実施していない施設の相違を検討した。VF(嚥下造影検査)、VE(嚥下内視鏡検査)検査の実施率は維持加算算定で有意に高かったが、それでも算定者の7.6%に過ぎなかった。また改訂水飲みテスト、反復唾液嚥下テストなどの実施率は算定群で明らかに高かった。言語聴覚士などリハビリスタッフの嚥下評価に関する何らかの関与があるかどうかの質問に対しては、有意に算定群に関与が多かった。経口維持加算の算定をしていない理由としては、もともと多かったのは嚥下評価ができない(45.3%)でその他は療養食加算を算定している(11.4%)、医師の指示が得られず(10.4%)などであった。経口移行加算が取れていない理由は嚥下評価ができない(38.5%)、医師の指示が得られず、経口摂取のみでは無理と判断がそれぞれ23.1%であった。

(研究2)

その他特別養護老人ホーム入所者657名に経口摂取障害者の横断解析を実施した。

ロジスティック回帰分析により摂食嚥下障害の存在との関連する因子を検討したところ、入所期間が2年以上の入所者は未満の入所者に比較し摂食嚥下障害が存在するリスクは1.59倍のオッズ比(OR)(95%信頼区間、95%CI: 1.05-2.39)であった。要介護1の対象者に対して要介護度3以上では要介護度が上がれば上がるほど摂食嚥下障害が存在する

ORが増加し、要介護5ではOR:12.40, 96%CI: 2.84-54.16であった。慢性疾患の有無別では脳血管障害、認知症、悪性腫瘍の存在は無い対象者に比較し摂食嚥下障害が存在するORはそれぞれ、1.50 (1.02-2.22)、2.21 (1.45-3.35)、2.53 (1.06-6.07)であった。基本的ADLが高い(日常生活が自立している)ほど摂食嚥下障害が存在するORは低く(0.94: 0.93-0.95)、老年症候群の集積があるほどORは高かった(1.50: 1.29-1.73)。老年症候群の構成因子である食欲不振、排尿障害、移動障害が存在すると摂食嚥下障害が存在するORは高かった(それぞれ、2.05: 1.37-3.07, 11.55: 4.18-31.90, 8.70: 3.14-24.11)。

多重解析では老年症候群の集積数よりもADL障害が摂食嚥下障害の存在には大きく関連していることが明らかであり、また慢性疾患の脳血管障害、認知症、悪性腫瘍、さらには老年症候群の食欲不振、排尿障害、移動障害はそれぞれ独立して摂食嚥下障害との関連を認めた。

②介護保険施設における経口移行、経口維持加算取得状況、経口移行、経口維持加算取得が困難な理由に関する研究

特養、老健の加算算定施設において加算算定が困難な理由として、経口移行加算には「対象者がいない」が、また各加算に共通して「加算算定期間(180日)を超えた場合の継続基準(医師の指示等)が満たせない」が非算定施設に比べ多く回答された。

経口移行加算の非算定施設において加算算定が困難な理由は、特養では、「検査のできる病院・医療機関との提携がない」「指導・監督(監査)の基準が不明確」が、老健では「療養食加算を優先して算定している」が算定施

設に比べ多く回答された。

経口維持加算Iの非算定施設は、特養では「算定対象者の基準が不明確」が、老健では「加算基準となる摂食・嚥下機能評価(VF、VEによる評価)が困難」「検査のできる病院・医療機関との提携がない」がそれぞれ算定施設に比べ多く回答された。特養では「加算基準となる摂食・嚥下機能評価(VF、VEによる評価)が困難」「検査のできる病院・医療機関との提携がない」が半数以上であった。

経口維持加算IIの非算定施設は、特養、老健に共通して「加算基準となる摂食・嚥下機能評価が困難」「検査のできる病院・医療機関との提携がない」「関連帳票類の様式例がない」「対象者がいない」が、さらに特養では「人員不足」、老健では「指導・監督(監査)の基準が不明確」が算定困難な主たる理由であった。

摂食・嚥下障害の取り組みに対する今後の課題としては、各加算の算定の有無に関わらず「言語聴覚士がいない」が多く回答され、加えて非算定施設では特養、老健に共通して「摂食・嚥下機能評価が困難」、特養では「医師の指示が得にくい」、「他の医療機関との連携がない」が算定施設と比べ多く回答された。

③介護老人福祉施設における終末期栄養ケア・マネジメントの実態調査

最期まで経口摂取を継続して施設において看取った経験のある施設は、特養で7割以上であったが、老健や療養病床では約5割を上回る程度にすぎず、看取り加算は、特養では約3割、老健では約2割しか取得されていなかった。

入所(院)者の終末期の判断は、3施設共通に主に「積極的な治療的医療を行わない状

況」「嚥下困難・障害が頻回に見られるようになった時」「日常的な食事摂食量が一定の量以下になった時」「上記以外の病態の変化」「体重減少率が増加してきた場合」によって殆どが医師によって判断されていた。終末期全般についての希望や意思を本人・家族に確認をしていない施設も1割前後みられた。

看取りとしての対応が行われている者は、特養では100床当たり1ヶ月では平均3名、老健では平均1名、療養病床では平均6名程度であり、1年では100床当たり特養8名、老健4名、療養病床40名であった。特養では、最期まで経口摂取を継続して施設において看取った経験のある施設は7割以上と回答したが、看取った者の数は、過去1年間で全施設定員数の1割にみたなかったが、その7割以上が経口摂取のみ(末梢点滴は併用可)であり、看取りの最後まで経口摂取に取り組む姿勢がみられた。一方看取り加算の取得は約3割程度であり、経口維持の関連加算の取得も殆ど行われていなかった。一方、老健、療養病床では、看取りの経験のある施設は約5割を上回る程度であり、1年間での看取り数は老健全施設定員数の0.5割以下、療養病床では3割近くあり、老健ではそのうち経口摂取のみでの看取りが7割近かったが、療養病床では2割以下であった。

終末期において食べられなくなった時の栄養補給方法について本人・家族への意思・希望の確認を行っている施設は、3施設種で7～9割であり、その7～8割は家族に対して行われ、本人の以前の発言や文書によっても行われていたが、法定代理人に対しては極めて少なかった。また、文章による承諾や署名を行っている施設は3施設種ともに3割程度、入所(院)時から行っている施設も約3割と少なかった。

た。

終末期には栄養改善よりも本人・家族の希望や意向の尊重が8～9割の施設で行われ、また、最期まで経口摂取で看取った患者の7～8割には職員による食事の全介助がおこなわれていた。「終末期の約束食事箋のようなものがあつた」施設は殆どなく、「その他、重点的にアセスメントした内容(項目)があつた」施設も少なかった。また、「栄養ケア計画を終末期用に作成、または作り直しをした」施設は、特養・老健では約半数、療養病床では3割程度と少なかった。

最期まで経口摂取をあきらめず、少量でも経口摂取で看取る場合の食事介助時間は、「21～30分」が2～3割あり、「51～60分」も2割程度であり、「31分以上」は、4割程度であった。また最期まで経口摂取をあきらめず、少量でも経口摂取で看取る場合の栄養補給方法の実施が「正直負担」との回答が6割を上回り、「精神的支援」と「技術的/時間的支援」の両方の支援が求められていた。

④ 介護老人福祉施設における終末期栄養ケア・マネジメントに係わる管理栄養士への面接調査

9名の管理栄養士の管理栄養士、在職年数は、平均18.6(SD6.9)年、現施設での職務年数は、平均8.8(SD5.4)年であった。過去1年以内の施設内での看取りの件数は、最大14件、最小5件であり、平均7.6(SD2.9)件であった。

最期まで経口摂取を継続して看取るために、管理栄養士が実施した内容は、『終末期における食事内容・形態の変更の工夫』『看取り期における食事の提供の工夫』『利用者の食事状況やニーズの把握の方法と内容』『他職種

への食事に関する指示・連絡』『家族との会話』『栄養摂取エネルギーの目算』『身体計測』『摂食・嚥下のアセスメント』『他職種へ経口摂取の方針の説明』『最期まで食事の提供(食止めをしない)』『他職種の業務も実行する』『食事介助を促すための対応』『調理師・委託業者への協力依頼』『楽しみのある食事の提供方法』であった。

本人と家族の意思・希望への管理栄養士の対応は『家族に納得してもらいながら対応する』『自分に置き換えて考えて対応する』『日常の会話から高齢者を理解する』『家族の気持ちのゆれへの肯定』『食べることを大事にする家族の意思を肯定する』『悩んでいる家族には経口摂取への方針を積極的に説明する』『家族の質問に答える』『への身体の変化への理解』『好みの食事の提供』『一緒に時間を過ごす』『本人・家族の思いの尊重』『施設内での看取り体制を調整しながら実施』『家族へのムンテラへの参加』『一人にしない配慮』が抽出された。

管理栄養士における最期まで経口摂取を継続して看取るための栄養ケア・マネジメントで重要なことは『他職種とのコミュニケーションができる』『人間性が求められる』『重視する視点のチェンジが必要』『最期までの管理栄養士が何をすべきか・できるかを知っていること』『管理栄養士を超えた役割』『人を理解すること』『管理栄養士が食べることに対する精神的支柱になれること』『栄養以外の医療、一般的な幅広い学習が必要』『普段から好みの食べ物を把握して対応できること』『家族とよく関わっておくこと』『本人と家族の希望を尊重した食事の提供』『安全に食べる』『食事環境』『食事を楽しみにしている』『苦痛もないこと・安楽で心地よくあること』『最期まで1口を食べてもらう

こと』『家族の協力』『食以外の本人の希望に応える』『世の中の情勢への敏感さ』であった。

管理栄養士が、最期まで経口摂取を継続して看取れた事例から重要であると考えた内容は、『看護が大きな鍵を握る』『施設での看取りの体制(看護・介護)があること』『管理栄養士の役割の意思表示していくこと』『看護師からの報告の意味を理解できること』『フロアに上がることが、管理栄養士が他職種の信頼を得るための第一歩』『家族の思いに配慮した対応』『自分自身への達成感の言い聞かせ』『死顔や遺体が美しいことが評価となる』『家族との信頼関係は普段のコミュニケーションから築かれる』『責任ある大変な仕事』『個別性の大切さ』『多職種チーム支援の大切さ』『食事以外の生活時間の関わりが大事』『生きる意味は何かを考えた』『多職種間での振り返りの話し合いをもつこと』『家族への看取りの受け入れの丁寧な説明』『最期までこれでよかったのかどうかを悩む』『最期まで食べさせられて良かったと感じる』『自分に置き換えて考える』『本人の希望を聞いて尊重したい』『終の棲家としての自信』が抽出された。

⑤回復期リハビリ病棟(病院)を基盤とした摂食・嚥下機能に関わる情報連携に関する調査

摂食・嚥下機能に関する情報の他施設との連携体制が「ある」と回答した回復期リハは全体の80%であった。

摂食・嚥下機能に関する情報の連携体制が「ある」病棟では、「ない」病棟に比べて、経口移行の対象となる患者の数が多く(100床あたり2.9人 vs 1.4人)、嚥下障害のリスクを疑う患者の数も多くなっていた(100床あたり16.9人 vs 10.0人)。また、摂食・嚥下機能に関する情報の連携体制が「ある」病棟では、「ない」病棟

に比べて、摂食・嚥下機能の評価法のうち、段階的フードテスト(87.1 % vs 72.5 %)や頸部触診(90.6 % vs 75.0 %)など、言語聴覚士が専門的に実施している摂食・嚥下評価法を採用している施設の割合が多くなっており、それと平行して、摂食機能療法加算を算定している施設が多くなっていった(87.7 % vs 75.0 %)。さらに、摂食・嚥下機能に関する情報の連携体制が「ある」病棟では、「ない」病棟に比べて、摂食・嚥下障害があると思われる高齢者の食事形態の選択・変更に関わる職種として、「言語聴覚士」が多く回答されていた(97.6 % vs 90.5 %)。

⑥ 地域で栄養ケア連携の実態調査、ならびに、地域における栄養ケア連携モデルの構築

(研究1) 横浜南部地域一体型NSTは、横浜南地区において急性期病院、リハビリテーション病院、診療所、歯科医師会、介護施設、在宅、行政などで栄養療法に関する学習、交流、連携を推進し、患者のQOL向上に貢献することを目的に立ち上げられた。NST稼働施設4施設(神奈川県立汐見台病院、済生会若草病院、神奈川県立こども医療センター、社会保険横浜中央病院)が中心となっている。

横浜南部地域一体型NSTの成果の1つは、「NST(嚥下)施設間連絡票」の運用である。退院時にこの連絡票を使うことにより地域内で統一したケアがスムーズに実施できる。また、地域内の「摂食・嚥下相談窓口一覧表」を作成し、さらに在宅との連携強化の策として、居宅対応可能薬局の情報を神奈川県薬剤師会HPに在宅医療受け入れ可能リストとして掲載し、その情報を研究会で共有している。

問題点としてはそれらの連絡票が円滑に利用されているかという点において今後のさらなる啓蒙が望まれるとのことであった。

(研究2) 地域における栄養ケア連携を構築するために、愛知県東三河地区を実践の場として、地域病院を中心とした介護施設、地域の摂食嚥下栄養ケア連携のシステムを構築した。具体的には、1) 医療、介護サービス利用者ならびに家族用、さらには専門職に対する摂食嚥下障害の啓蒙用のパンフレットを作製した。2) 管理栄養士、看護師、介護支援専門員、訪問介護員(ヘルパー)、介護福祉士、薬剤師などの多職種を対象とした勉強会の開催(2か月に一回)。3) 地域介護施設入所者を対象とした地域病院を中核として外来嚥下造影検査の整備と検査依頼システムを構築し、嚥下、食形態指導のシステムを構築した。

⑦ 介護老人福祉施設における嚥下内視鏡検査とそのアウトカムに関する縦断的研究

148名中、咽頭残留97名(65.5%)、喉頭侵入67名(45.3%)、食物誤嚥41名(27.7%)、不顕性の食物誤嚥19名(12.8%)、唾液誤嚥8名(5.41%)、不顕性の唾液誤嚥10名(6.76%)がそれぞれ認められた。2年間の調査期間中、摂食機能評価および指導後、3ヶ月間で肺炎を発症したものは12名(8.1%)であった。さらに、66名(48%)が体重増加を、また維持が35名(26%)、3%以上の体重減少を示した者は35名(26%)であった。肺炎発症と不顕性の唾液誤嚥との間に有意な関連が認められたが、体重減少と不顕性の唾液誤嚥との間には有意な関連は認められなかった。

D. 考察

今回の調査研究で経口移行、維持加算の算定率が上がらない理由としては、1) 言語聴覚士が配置されていない、2) VE、VF、検査のできる病院・医療機関との提携がない、3)

加算基準となる摂食・嚥下機能評価などが困難、が上がっている。

2) は介護施設とVE, VFなどの検査が可能な医療機関との連携が出来ていないことが原因である。これに関して、今回愛知県の東三河地区でVF検査ができる施設で周囲の介護施設入所者が使用できるような病院介護施設連携を構築した。次年度、このシステムにどれほどの入所者が利用したか、その結果についても検討する予定である。また、上記の1), 3)に関しては言語聴覚士が配置されていないために、簡易水飲みテストなどが現場で実施できていないということである。これの解決策としては看護師による検査を推進する、または言語聴覚士を配置するなどの施設側の対応が求められる。実際今回の調査でも明らかのように、現場でも言語聴覚士の配置の要請がある。また、今後これらの加算算定が真に経口移行、維持にどれほどの効果があるのかを検証しなければならない。我々の構築したコホートにより次年度に報告できるはずである。危惧することは、摂食嚥下評価を実施し、管理栄養士により、栄養評価、適切な食形態などの介入が実施されることは意義があることであるが、肝心の摂食嚥下に対するリハビリテーションが欠如している。嚥下リハの経口維持、移行への有用性は明らかであり、管理栄養士による食形態への介入と言語聴覚士によるリハビリテーションのセットが必要ではないかと思う。

終末期の栄養ケアは今後ますます重要になってくる。昨今、高齢者の摂食嚥下困難者に対しての安易な人工栄養、特に経管栄養の導入に対する是非が盛んに議論されている。嚥下機能評価もせず、安易に経管栄養を導入するのは当然問題視されねばならない。今回の調査で、経口摂取のみで施設で看取ることが

できた数自体はまだまだ少ない。しかし、今後経口摂取が難しくなった高齢者が経管栄養を希望せず、出来るだけ経口摂取を維持し、終末期を迎えたい、との希望が増えてくる可能性がある。しかしながら、これらの対象者の希望に添えるだけの終末期における経口摂取維持に対する終末期栄養ケアが確立されているわけではない。人員配置もまだまだ不十分である。今回介護施設で実際看取りを経験し、経口摂取維持に係わった管理栄養士へのインタビューを通じて、実際に実行している内容、問題点などが抽出された。今後、介護施設での看取りは益々増えていくことが想定されており、今回の調査内容を基盤として、高齢者終末期の栄養ケアのマニュアル・ガイドライン作成が求められる。次年度の成果として期待したい。

栄養ケア連携は高齢者における摂食嚥下障害、栄養管理を実施する上で不可欠である。しかし、実際には有機的な施設間、地域の連携が構築されていないことが昨年の研究で明らかになった。この連携不足は前にも記載したが、介護施設の経口移行、維持加算算定に必要なVE, VFなどの検査が実施出来ないことの原因ともなっている。さらに、在宅における栄養ケアに関しても実施されているかどうか疑問である。病院または介護保険施設に入所中に栄養ケアが実施されていても、退院、退所した後、在宅ではそれらの栄養ケアが継続出来ていない。地域NSTも各地で少しずつ構築されつつあると聞くが、その多くは地域の病院間、病院施設間での栄養ケア連携であり、在宅を組み込んでいるシステムはまだまだ少ないと聞く。在宅訪問栄養指導も実際にはあまり利用されていない。その大きな原因は地域に管理栄養士が配置されていないことである。また、栄養評価、食事指導、食形態の指導だ

けでは不十分であることも事実である。高齢者では摂食嚥下障害が低栄養の原因であったり、誤嚥性肺炎の原因になる。従って在宅においても栄養ケアを実施するには管理栄養士と言語聴覚士とが協働できるシステムが是非必要である。実際にはこの2職種が十分地域に配置することは困難であることが想像できる。今後通所リハビリなどにこの2職種が配置されるのならば、この場を基盤として摂食嚥下評価、栄養評価、栄養指導、嚥下リハなど実施でき、効率的であると思う。

E. 結論

経口摂取をいかに維持するかは高齢者医療にとって極めて重要な問題である。

なるべく人工栄養に依存せず、終末期に至りまで経口摂取を維持させることは高齢者本人にとっても、その介護者・家族の QOL にとっても重要である。それを実現するにはまだ、多

くのハードルがある。介護施設には経口維持を支援する加算が存在するが、現実的には有効に利用されているとは言えない。これを有効に利用し、経口維持を実現するためには言語聴覚士が配置され、管理栄養士、看護師とチームを組み協働することが今後求められる。終末期の栄養ケアの方策を具現化し、啓蒙してゆくことが求められる。さらに地域において、栄養ケア連携を実践する上において、通所リハサービスなどの場を利用して、在宅療養高齢者の経口摂取の維持に係わるのが現実的ではないかと提言したい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

各分担研究報告者に記載した。

II. 分担研究報告

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)
分担研究報告書

介護保険施設における高齢者の経口維持を支援するための
経口移行加算、経口維持加算 I・II の算定困難な理由に関する研究
分担研究者 杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学栄養学科教授

研究要旨

介護保険施設における高齢者の経口移行、経口維持の支援を推進するための介護報酬である経口移行加算、経口維持加算 I、II の算定は全国的に低迷している。前年度の当該実態調査から、経管栄養利用者が「いる」施設は特養 93.4%(n=411)、経管栄養総数では 100 床当たり 11.7 (SD8.5) 人、老健 86.2%(n=237)、経管栄養総数では 100 床当たり 7.4 (SD7.0) 人であったが、加算算定基準となる経口移行の対象となる者が「いる」施設は特養全体の 22.2%、老健全体の 31.2% であり、嚥下障害のリスクを疑う者が「いる」施設は特養全体の 95.2%、100 床当たり平均 23.7 名 (SD17.0 名)、老健全体の 95.5%、100 床当たり平均 15.6 名 (SD13.7 名) に及んでいた。しかし、経口移行加算の算定施設は特養全体の 16.2%、老健全体の 36.4%、経口維持加算 I は特養全体の 7.4%、老健全体の 12.9%、経口維持加算 II は特養全体の 27.8%、老健全体の 43.2% にすぎなかった。本研究では、前年度の調査データから経口移行、経口維持加算 I、II の算定が困難な理由や今後の課題について検討し、さらに、管理栄養士のこれらの加算制度に対する要望と不安に対する自由記載回答を質的に分析すると共に、加算算定の有無による管理栄養士の摂食・嚥下の取り組みの相違を検討し、以下のことが明らかとなった。

1. 特養、老健の加算算定施設において加算算定が困難な理由として、経口移行加算には「対象者がいない」が、また各加算に共通して「加算算定期間(180 日)を超えた場合の継続基準(医師の指示等)が満たせない」が非算定施設に比べ多く回答された。
2. 経口移行加算の非算定施設において加算算定が困難な理由は、特養では、「検査のできる病院・医療機関との提携がない」「指導・監督(監査)の基準が不明確」が、老健では「療養食加算を優先して算定している」が算定施設に比べ多く回答された。
3. 経口維持加算 I の非算定施設は、特養では「算定対象者の基準が不明確」が、老健では「加算基準となる摂食・嚥下機能評価(VF、VEによる評価)が困難」「検査のできる病院・医療機関との提携がない」がそれぞれ算定施設に比べ多く回答された。また、特養では「加算基準となる摂食・嚥下機能評価(VF、VEによる評価)が困難」「検査のできる病院・医療機関との提携がない」が半数以上であった。
4. 経口維持加算 II の非算定施設は、特養、老健に共通して「加算基準となる摂食・嚥下機能評価(水飲みテスト<氷砕片飲み込みテスト、食物テスト、改訂水飲みテストなどを含む>、頸部聴診法等)が困難」「検査のできる病院・医療機関との提携がない」「関連帳票類の様式例がない」「対象者がいない」が、さらに特養では「人員不足」、老健では「指導・監督(監査)の基準が不明確」が算定困難な主たる理由であった。
5. 「摂食・嚥下障害の取り組みに対する今後の課題」は、各加算の算定の有無に関わらず「言語聴覚士がいない」が多く回答され、加えて非算定施設では特養、老健に共通して「摂食・嚥下

機能評価が困難」、特養では「医師の指示が得にくい」、「他の医療機関との連携がない」が算定施設と比べ多く回答された。

6. 介護保険施設に勤務する管理栄養士が、摂食・嚥下に関わる制度や体制に対して解決してほしい課題・要望や摂食・嚥下に関わる取り組みへの不安に対する自由記述式回答の質的分析からは、【人員不足】、【180日の制限の緩和】、【摂食嚥下評価の体制化】、【療養食加算と経口維持・移行加算の同時算定】、【基準・マニュアル・様式例の提示と簡素化】、【事故の危険性に対する不安】がカテゴリー化された。
7. 管理栄養士の摂食・嚥下障害に関わる取り組みに関する要望や不安に関する自由記載の質的分析からは、「誤嚥のリスクが高いこと」や、「対応するための知識や人員の不足」が課題として挙げられ、不安の対象とされていた。また、「栄養ケア・マネジメントの手順等の基準やマニュアル、経口移行、経口維持加算Ⅰ、Ⅱ算定のための栄養ケア・マネジメントの様式例がないこと」、「労力に見合う報酬上の評価が行われていないこと」などから、管理栄養士が摂食・嚥下障害の問題に取り組みにくい現状にあることが具体的に明らかになった。
8. 各加算算定施設において、管理栄養士による摂食・嚥下に関わる取り組みは、特養、老健に共通して「摂食・嚥下機能評価の場への参加」、「フードテストの場への参加」、「フードテストに用いるゼリーの作成」、「経口移行、維持計画作成の中心的な役割を担う」、「施設内の摂食・嚥下障害に関する研修会、勉強会への積極的な参加」が、非算定施設に比べ多く回答され、また特養では「栄養指導などで食事形態や嚥下障害に説明や助言をする」、「利用者の食事時の身体状況、食事摂取状況の観察を頻回に行う」、が、老健では「嚥下障害に対応した段階的な食形態の食事を提供している」が非算定施設に比べて多く行われていた。

以上の結果より、経口移行加算、経口維持加算の算定は、介護保険施設における摂食・嚥下障害に対応した栄養ケア・マネジメントの取り組みを推進していた。今後の見直しのための課題としては、摂食・嚥下機能評価が可能となる介護・医療連携の強化(医師、歯科医師への研修を含めて)、医師・歯科医師による指示が確実に得られるようにすること、加算算定に際しての摂食・嚥下評価基準の検討、関連帳票類の様式例等の提示、加算算定期間の延長の検討や継続基準の見直し等を行い、介護保険施設と医療機関との連携を促進し、多職種が共同して摂食嚥下機能評価をしていくことのできる体制を整えていくことが求められている。なお、加算算定の有無による1年間の誤嚥性肺炎による入院件数、死亡件数などのアウトカム評価を本年度から次年度に継続して調査しているところである。

分担研究者

葛谷雅文(名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学専攻発育・加齢医学講座浪人科学・本研究の主任研究者)

協力研究者

中島都・新出まなみ・高田健人(神奈川県立保健福祉大学栄養ケア・マネジメント研究室)

A. 目的

本研究は、介護保険施設に平成17年及び平成18年に導入された経口移行加算、経口維持加算制度について、介護保険施設における経口移行、経口維持を必要とする入所者の経口移行、経口維持加算取得状況、経口移行、経口維持加算取得が困難な理由と今後

の課題を検討し、摂食・嚥下障害を有する高齢者の「食べること」の支援に資することを目的とした。

B. 方法

1. 対象施設

対象施設は国からの指定を受けている全国9,682の介護保険施設から、定員数30床未満の施設を除外し、施設種・地域・床数別に層別化した後、その3割を無作為抽出した特養1,517施設、老健941施設の計2,458施設に対し調査票を郵送した前年度の実態調査において、経口移行加算、経口維持加算Ⅰ、Ⅱの加算取得について有効回答を得られた介護老人福祉施設(以下、特養)440施設、老人保健施設(以下、老健)275施設とした。なお、回答者は各施設の常勤管理栄養士、不在の場合は常勤看護師とした。

2. 調査内容

経口移行加算、経口維持加算Ⅰ、Ⅱの算定基準等を表C-1に示す。施設種別、経口移行加算、経口維持Ⅰ、Ⅱの加算施設と非加算施設に区分し、経口移行については各加算取得が困難な理由として、①対象者がいない ②算定対象者の基準が不明確 ③関連帳票類の様式例がない ④検査の出来る病院・医療機関との提携がない ⑤療養食加算を優先して算定している ⑥経営上のメリットがない ⑦加算請求の事務処理に時間を要する ⑧人員不足 ⑨指導・監督(監査)の基準が不明確 ⑩加算算定期間(180日)を超えた場合の継続基準(医師の指示等)が満たせない ⑪その他 の11項目について、経口維持加算Ⅰの加算取得が困難な理由として、上記の経口移行加算における11項目に「加算基準となる摂食・嚥下機能評価(嚥下造影検査(videofluoroscopic examination of

swallowing: VF、嚥下内視鏡検査(videoendoscopic examination of swallowing: VE)による評価)が困難」を加えた12項目について、経口維持加算Ⅱの加算取得が困難な理由として、「加算基準となる摂食・嚥下機能評価(水飲みテスト<氷碎片飲み込みテスト、食物テスト、改訂水飲みテストなどを含む>、頸部聴診法等)が困難」を加えた12項目への回答について検討した。さらに、摂食・嚥下障害の取り組みに対する今後の課題として、①必要性を職員が認識していない ②施設長が熱心でない ③摂食・嚥下機能評価が困難 ④個別の食事提供が困難 ⑤医師の指示が得にくい(施設の医師が専門外である、施設に常時いない、その他) ⑥歯科医師が摂食嚥下機能評価に関わっていない ⑦言語聴覚士がいない ⑧歯科衛生士がいない ⑨管理栄養士の関わりが不十分 ⑩経営上のメリットがない ⑪他の医療機関との連携がない ⑫その他 の12項目について、また、管理栄養士による摂食・嚥下に関わる取り組みは、①摂食・嚥下機能評価の場に参加している ②フードテスト(食形態の確認野ため)の場に参加している ③フードテストに用いるゼリーを作成している ④経口移行計画の作成に中心的な役割を担っている ⑤経口移行計画の作成に関わっている ⑥経口維持計画の作成に中心的な役割を担っている ⑦経口維持計画の作成に関わっている ⑧サービス担当者会議等で食事形態や内容に関して提案や助言を行っている ⑨嚥下障害に対応した段階的な食形態の食事を提供している ⑩栄養指導などで、食事形態や嚥下障害について説明や助言をしている ⑪利用者の食事時の身体状況、食事摂取状況の観察を頻回に行っている(毎食、毎日、その他) ⑫スプーンの形状等の食事道具への配慮をしている ⑬食事摂取時の姿勢

や体位への配慮をしている ⑭利用者本人の嗜好や楽しみを食事に反映している ⑮施設内の摂食・嚥下に関する研修会、勉強会に積極的に参加している ⑯施設外の摂食・嚥下に関する研修会、勉強会に積極的に参加している ⑰その他 ⑱上記のいずれにも該当していないの 18 項目への回答について検討した。統計解析には SPSS(ver.17.0 for windows)を用いて基本集計を行った後、施設種・加算種ごとに加算取得の有無別に χ^2 検定を行った。

さらに、萱間ら(2007 年)の方法に準じて、前年度のアンケート調査票の一部である自由記述式質問摂食・嚥下に関わる制度や体制に対して解決してほしい課題・要望(以下、《課題と要望》)や摂食・嚥下に関わる取り組みの中で不安に感じる事(以下、《不安》)に、回答が得られた 416 施設の管理栄養士による記載文章を、電子媒体に入力し、コード化後カテゴリー化をした。カテゴリー化は、二人の研究担当者が行い、一致率とカッパ(κ)係数によってカテゴリー化の信頼性を確認後、47 のサブカテゴリーに分類し、サブカテゴリー別に要点を把握した結果を、量的データの結果と比較した。

3. 倫理面への配慮

本研究は連結可能匿名化による自由意思に基づいたアンケート調査であり、神奈川県立保健福祉大学倫理委員会の承認(承認番号 21-32-006)を得て実施した。

C. 結果

4. 各加算の算定が困難な理由

(1) 経口移行加算

特養において、経口移行加算の算定施設では「対象者がいない」45.7%、「加算算定期間(180 日)を超えた場合の継続基準(医師の指示等)が満たせない」、「検査のできる病院・

医療機関との提携がない」、「算定対象者の基準が不明確」の 3 項目が同率 27.1%と多く、一方、非算定施設では「検査のできる病院・医療機関との提携がない」56.5%、「算定対象者の基準が不明確」37.7%、「対象者がいない」32.7%の順に多く回答されていた。算定施設は、非算定施設に比べて「対象者がいない」(45.7% v.s. 32.7%)、「加算算定期間(180 日)を超えた場合の継続基準(医師の指示等)が満たせない」(27.1% v.s. 15.2%)がともに統計的に有意に高い割合であり、「病院・医療機関との提携がない」(27.1% v.s. 56.5%)、「指導・監督(監査)の基準が不明確」(11.4% v.s. 23.0%)が統計的に有意に低い割合であった(表 C-2)。

一方、老健において、算定施設では「対象者がいない」48.0%、「検査のできる病院・医療機関との提携がない」35.0%、「算定対象者の基準が不明確」31.0%の順に、非算定施設では「対象者がいない」45.7%、「検査のできる病院・医療機関との提携がない」33.7%、「算定対象者の基準が不明確」27.4%の順に多く回答されていた。算定の有無に関わらず「対象者がいない」の回答割合が最も高かったが、算定の有無による有意差は見られなかった。算定施設は、非算定施設に比べて「加算算定期間(180 日)を超えた場合の継続基準(医師の指示等)が満たせない」(18.0%v.s.8.6%)が統計的に有意に高い割合であり、「療養食加算を優先して算定している」(14.0% v.s. 26.9%)が統計的に有意に低い割合であった(表 C-2)。

(2) 経口維持加算 I

特養において、経口維持加算 I の算定施設では「加算基準となる摂食・嚥下機能評価(VF、VEによる評価)が困難」46.9%、「検査のできる病院・医療機関との提携がない」

40.6%、「加算算定期間(180日)を超えた場合の継続基準(医師の指示等)が満たせない」34.4%の順に、非算定施設では「加算基準となる摂食・嚥下機能評価(VF、VEによる評価)が困難」63.3%、「検査のできる病院・医療機関との提携がない」52.3%、「算定対象者の基準が不明確」32.8%の順に多く回答されていた。算定施設は、非算定施設に比べて「加算算定期間(180日)を超えた場合の継続基準(医師の指示等)が満たせない」(34.4% v.s. 15.5%)が統計的に有意に高い割合であり、「算定対象者の基準が不明確」(15.6% v.s. 32.8%)が統計的に有意に低い割合であった(表 C-3)。

一方、老健において、経口維持加算Ⅰの算定施設では「人員不足」28.6%、「対象者がいない」28.6%、「加算算定期間(180日)を超えた場合の継続基準(医師の指示等)が満たせない」25.7%の順に、非算定施設では「加算基準となる摂食・嚥下機能評価(VF、VEによる評価)が困難」42.2%、「検査のできる病院・医療機関との提携がない」41.8%、「算定対象者の基準が不明確」26.2%の順に多く回答されていた。算定施設は、非算定施設に比べて「加算算定期間(180日)を超えた場合の継続基準(医師の指示等)が満たせない」(25.7% v.s. 12.7%)が統計的に有意に高い割合であり、「加算基準となる摂食・嚥下機能評価(VF、VEによる評価)が困難」(17.1% v.s. 42.2%)、「検査のできる病院・医療機関との提携がない」(17.1% v.s. 41.8%)が統計的に有意に低い割合であった(表 C-3)。

(3) 経口維持加算Ⅱ

特養において、経口維持加算Ⅱの算定施設では「加算基準となる摂食・嚥下機能評価(水飲みテスト<氷碎片飲み込みテスト、食物テスト、改訂水飲みテストなどを含む>、頸部

聴診法等)が困難」41.7%、「加算算定期間(180日)を超えた場合の継続基準(医師の指示等)が満たせない」29.2%、「算定対象者の基準が不明確」22.5%、「指導・監督(監査)の基準が不明確」22.5%の順に、非算定施設では「加算基準となる摂食・嚥下機能評価(水飲みテスト<氷碎片飲み込みテスト、食物テスト、改訂水飲みテストなどを含む>、頸部聴診法等)が困難」56.7%、「検査のできる病院・医療機関との提携がない」46.2%、「算定対象者の基準が不明確」36.2%の順に多く回答されていた。また、算定施設は非算定施設に比べて「加算算定期間(180日)を超えた場合の継続基準(医師の指示等)が満たせない」(29.2% v.s. 14.4%)、「療養食加算を優先して算定している」(19.2% v.s. 9.6%)で有意に高い割合であり、「加算基準となる摂食・嚥下機能評価(水飲みテスト<氷碎片飲み込みテスト、食物テスト、改訂水飲みテストなどを含む>、頸部聴診法等)が困難」(41.7% v.s. 56.7%)、「算定対象者の基準が不明確」(22.5% v.s. 36.2%)、「検査のできる病院・医療機関との提携がない」(16.7% v.s. 46.2%)、「人員不足」(10.0% v.s. 22.1%)、「関連帳票類の様式例がない」(12.5% v.s. 25.0%)、「対象者がいない」(5.0% v.s. 17.9%)が統計的に有意に低い割合であった(表 C-4)。

一方、老健において、算定施設では「療養食加算を優先して算定している」39.0%、「経営上のメリットがない」19.5%、「加算基準となる摂食・嚥下機能評価(水飲みテスト<氷碎片飲み込みテスト、食物テスト、改訂水飲みテストなどを含む>、頸部聴診法等)が困難」16.9%の順に、非算定施設では「加算基準となる摂食・嚥下機能評価(水飲みテスト<氷碎片飲み込みテスト、食物テスト、改訂水飲みテストなどを含む>、頸部聴診法等)が困難」