

45.2%、「療養食加算を優先して算定している」30.3%、「指導・監督(監査)の基準が不明確」29.7%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」(16.9% vs 45.2%)、「検査のできる病院・医療機関との提携がない」(8.5% vs 26.5%)、「指導・監督(監査)の基準が不明確」(13.6% vs 29.7%)、「関連帳票類の様式例がない」(11.0% vs 23.9%)、「対象者がいない」(7.6% vs 19.4%)が統計的に有意に低い割合であった(表 C-4)。

特養、老健に共通して経口維持加算Ⅱの非算定施設において加算が算定できない理由として、「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」「算定対象者の基準が不明確」「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」であった(表 C-4)。

5. 各加算の算定の有無による摂食・嚥下障害の取り組みに対する今後の課題

(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「言語聴覚士がいない」45.7%、「歯科衛生士がいない」37.1%、「摂食・嚥下機能評価が困難」35.7%の順に、非算定施設では「摂食・嚥下機能評価が困難」55.4%、「医師の指示が得にくい」49.0%、「言語聴覚士がいない」46.0%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「摂食・嚥下機能評価が困難」(35.7% v.s. 55.4%)、「医師の指示が得にくい」(34.3% v.s. 49.0%)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「歯科医師が摂食・嚥下機能評価に関わっていない」36.0%、「言語聴覚士がいない」35.0%、「摂食・嚥下機能評価が困難」31.0%の順に、非算定施設では「言語聴覚士がいない」54.9%、「摂食・嚥下機能評価が困難」47.4%、「歯科衛生士がいない」34.9%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「摂食・嚥下機能評価が困難」(31.0% v.s. 47.4%)、「言語聴覚士がいない」(35.0% v.s. 54.9%)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「言語聴覚士がいない」37.5%、「摂食・嚥下機能評価が困難」「医師の指示が得にくい」34.4%、「歯科医師が摂食・嚥下機能評価に関わっていない」34.4%の順に、非算定施設では「摂食・嚥下機能評価が困難」54.0%、「医師の指示が得にくい」46.8%、「言語聴覚士がいない」46.8%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「摂食・嚥下機能評価が困難」(34.4% v.s. 54.0%)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、算定施設では「歯科医師が摂食・嚥下機能評価に関わっていない」37.1%、「言語聴覚士がいない」37.1%、「歯科衛生士がいない」22.9%の順に、非算定施設では「言語聴覚士がいない」49.4%、「摂食・嚥下機能評価が困難」45.1%、「歯科医師が摂食・嚥下機能評価に関わっていない」34.6%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「摂食・嚥下機能評価が困難」(17.1% v.s. 45.1%)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「言語聴覚士がいない」42.5%、「歯科医師が摂食・嚥下機能評価に関わっていない」34.4%、「歯科衛生士がいない」33.3%の順に、非算定施設では「摂食・嚥下機能評価が困難」60.3%、「言語聴覚士がいない」47.1%の順に多く回答されていた。算定施設は、非算定施設に対して「摂食・嚥下機能評価が困難」(30.8% v.s. 60.3%)、「医師の指示が得にくい」(30.8% v.s. 60.3%) (うち「施設に常時いない」(24.2% v.s. 40.1%))、「他の医療機関との連携がない」(13.3% v.s. 23.1%)で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「言語聴覚士がいない」41.5%、「歯科医師が摂食・嚥下機能評価に関わっていない」「歯科衛生士がいない」同率 31.4%の順に、非算定施設では「摂食・嚥下機能評価が困難」56.8%、「言語聴覚士がいない」52.9%、「歯科医師が摂食・嚥下機能評価に関わっていない」38.1%の順に多く回答されていた。算定施設は、非算定施設に対して「施設長が熱心でない」(5.9% v.s. 14.2%)、「摂食・嚥下機能評価が困難」(22.0% v.s. 56.8%)、「医師の指示が得にくい」(12.7% v.s. 23.9%) (うち「施設の医師が専門外である」(8.5% v.s. 18.1%))で有意に低い割合であった(表C-4)。

6. 嚥下障害に関わる制度上の《課題や要望》取り組み上の《不安》に関する管理栄養士による自由記述の質的分析

設問の回答数は、特養では《課題や要望》125件、《不安》126件、老健では《課題や要望》88件、《不安》86件、合計《課題や要望》213件、《不安》212件であった。各記載文書から検出されたコード数は、特養では《課題や要望》175件、《不安》

190件、老健では《課題や要望》134件、《不安》115件であった。全コードは18のカテゴリに分類され、2人の担当者によるカテゴリ化の一致率は《課題や要望》0.793($\kappa = 0.758$)、《不安》0.738($\kappa = 0.699$)と一致性は高く、信頼性が確認された。《課題や要望》の各カテゴリ別コード数の全コードに占める割合は、特養、老健ともに【基準・マニュアル・様式例・簡素化】(特養 47%、老健 26%)、【加算点数】(特養 26%、老健 27%)、【人員不足】(特養 21%、老健 19%)の順に多く、また、《不安》の各カテゴリ別コード数の全コードに占める割合は、特養、老健ともに【事故の危険性】(特養 41%、老健 21%)、【人員不足】(特養 32%、老健 21%)の順に多く回答されていた。(表C-5)(表C-6)

これらの質的分析結果を量的データの分析結果と比較検討したところ、両者が一致したカテゴリは、【人員不足】、【180日の制限】、【摂食嚥下評価の体制】、【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・簡素化】であり、本研究による質的分析によって新たに把握されたカテゴリは、【事故の危険性】であった。また、量的データの分析では、加算算定の「対象者がいない」が問題とされたが、質的分析では把握されず、最も中心となった《不安》のカテゴリは【事故の危険性】であり、【人員不足】・【知識不足】とともに多く挙げられた。

また、具体的な要望として、特養ならびに老健で共通して①経口維持加算Ⅱの介護報酬を「5単位」と設定した根拠、②加算算定期間が180日を超えた場合の2週間毎の医師の指示が必要であるとした「180日」、「2週間」の根拠、③療養食加算と同時に算定ができない根拠の提示が求められていた。

特に、〈7.1 関連帳票類の様式例・簡素化〉

に対しては、「関連帳票の事務処理が多いため二の足を踏んでしまう」、「加算請求するにあたり、必要書類が不備なくあるかが不安である」、「加算の要件・制度が複雑でわかりにくい」、「経口維持加算Ⅰ・Ⅱの対象者の区別がわかりにくい」、「細かい基準が多い」、「簡単明瞭に説明してほしい」、「もっと簡素化してほしい」という記載が多かった。

<7.3 明確な基準>においては、「嚥下機能評価の仕方の基準等細かく示されていない」、「どういう取り組みをするのか基準がない」、「対象者の基準を明確にしてほしい」、「監査基準が不明確」という記載が見られた。

<7.5 研修>では、「取り組み方、すすめ方、体制づくりも含めて、もっと事例紹介や研修会などをして頂き、関わっていく職員が、自信を持って取り組めるようにいろいろな情報等を普及させて欲しい(取り組みやすい流れを教えて頂きたい)」、「情報(法令等はわかるが、それによって具体的にこうすればいいというもの)が、十分でない」、「管理栄養士が主体となって機能評価を行える方法など研修をしてほしい」、「栄養ケア・マネジメントに関する研修はたくさんあるのに、経口移行や経口維持に関する研修が少ないので、増やしてほしい」、「管理栄養士が摂食・嚥下の評価を出していけるような制度を作ってほしい。また、そのような知識を得る制度もほしい」、「嚥下機能の評価方法等の研修を行ってほしい」、「管理栄養士に対する教育や、施設全体に対する摂食嚥下訓練を行えるよう配慮していきたい。そのモデルとなるよう、取り組みをしていきたい」など摂食・嚥下障害に対する取り組み方について、研修の推進が望まれていた。

7. 管理栄養士による摂食・嚥下障害への取り組み方について

(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、「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」87.1%、「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」85.7%、「利用者本人の嗜好や楽しみを食事に反映している」81.4%、「スプーンの形状等の食事道具への配慮をしている」80.0%、「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」77.1%が上位に挙げられ、非算定施設においても同様であった。また、経口移行加算算定施設では、「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」(87.1% v.s.76.2%)、「経口移行計画の作成に関わっている」(44.3% v.s. 6.9%)、「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」(41.4% v.s. 27.7%)、「経口維持計画の作成に関わっている」(40.0% v.s. 19.1%)、「摂食・嚥下機能評価の場に参加している」(35.7% v.s 12.2%)、「フードテストの場に参加している」(34.3 v.s. 12.2%)、「経口維持計画の作成に中心的な役割を担っている」(32.9% v.s 14.7%)、「経口移行計画の作成に中心的な役割を担っている」(31.4% v.s. 3.6%)が非算定施設に比べて統計的に有意に高い割合であった(表 C-7)。

一方老健において、経口移行加算の算定施設では、「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」87.0%、「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」86.0%、「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」84.0%、「利用者本人の嗜好や楽しみを食事に反映している」77.0%、

「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」72.0%が上位に回答され、非算定施設においても同様であった。また、経口移行加算算定施設では、「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」(86.0% v.s. 76.0%)、「経口移行計画の作成に関わっている」(63.0% v.s. 13.1%)、「経口維持計画の作成に関わっている」(53.0% v.s. 29.1%)、「経口移行計画の作成に中心的な役割を担っている」(43.0% v.s. 9.1%)、「経口維持計画の作成に中心的な役割を担っている」(36.0% v.s. 18.9%)が非算定施設に比べて統計的に有意に高い割合であった(表 C-7)。

(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、「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」90.6%、「利用者本人の嗜好や楽しみを食事に反映している」87.5%、「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」81.3%、「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」81.3%、「スプーンの形状等の食事道具への配慮をしている」78.1%が上位に挙げられ、非算定施設においても同様であった。また、経口維持加算 I の算定施設では、「経口維持計画の作成に関わっている」(46.9% v.s. 21.0%)、「経口維持計画の作成に中心的な役割を担っている」(40.6% v.s. 15.8%)、「フードテストの場に参加している」(40.6% v.s. 13.8%)、「経口移行計画の作成に中心的な役割を担っている」(18.8% v.s. 7.3%)が非算定施設に比べて統計的に有意に高い割合であった(表 C-8)。

一方老健において、経口維持加算 I の算定施設では、「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」88.6%、「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」77.1%、「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」71.4%、「利用者本人の嗜好や楽しみを食事に反映している」68.6%、「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」68.6%が上位に回答され、非算定施設においても同様であった。また、経口維持加算 I 算定施設では、「経口維持計画の作成に関わっている」(57.1% v.s. 35.0%)が非算定施設に比べて統計的に有意に高い割合で、「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」(71.4% v.s. 85.2%)が非算定施設に比べて統計的に有意に低い割合であった(表 C-8)。

(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、「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」83.3%、「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」83.3%、「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」75.8%、「利用者本人の嗜好や楽しみを食事に反映している」75.8%、「スプーンの形状等の食事道具への配慮をしている」75.0%が上位に挙げられ、非算定施設においても同様であった。また、経口維持加算 II の算定施設では、「経口維持計画の作成に関わっている」(59.2% v.s. 9.0%)、「経口維持計画の作成に中心的な役割を担っている」(46.7% v.s. 6.7%)、「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」(41.7% v.s. 29.5%)、「摂食・嚥下機能評価の場に参加している」(31.7% v.s. 9.3%)、「フードテストの場に参加している」(26.7% v.s. 11.2%)、「経口移行計画の作成に関わってい

る」(23.3% v.s. 9.0%)、「フードテストに用いるゼリーを作成している」(15.8% v.s. 5.8%)、「経口移行計画の作成に中心的な役割を担っている」(15.0% v.s. 5.4%)が非算定施設に比べて統計的に有意に高い割合であった(表 C-9)。

一方老健において、経口維持加算Ⅱの算定施設では、「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」89.8%、「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」85.6%、「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」84.7%、「利用者本人の嗜好や楽しみを食事に反映している」80.5%、「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」71.2%が上位に回答され、非算定施設においても同様であった。また、経口維持加算Ⅱの算定施設では、「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」(85.6% v.s. 75.5%)、「経口維持計画の作成に関わっている」(66.9% v.s. 15.5%)、「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」(52.5% v.s. 36.8%)、「摂食・嚥下機能評価の場に参加している」(45.8% v.s. 21.9%)、「経口維持計画の作成に中心的な役割を担っている」(44.9% v.s. 10.3%)、「フードテストの場に参加している」(39.8% v.s. 24.5%)、「フードテストに用いるゼリーを作成している」(24.6% v.s. 14.2%)が非算定施設に比べて統計的に有意に高い割合であった(表 C-9)。

D. 考察

本研究は、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て、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、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た。

8. 対象集団について

本研究における調査票の回収数は、特養440、老健275であった。本研究に必要な標本数は、許容できる最大誤差を0.05、信頼率を0.95、信頼率に対応する正規分布点を1.96、予想される母集団の比率を0.5とした場合、特養361以上、老健で347以上、合計で371以上について解析することが求められた。なお、本研究の調査票の回収率は両施設種で平均29.1%であり、これは従来¹⁾の杉山らの介護保険施設に対する実態調査の回収率と同様の回収状況である¹⁾が、全国の中でも特に高齢者の経口摂取の維持や栄養ケア・マネジメントに積極的に取り組んでいる集団であったことも考えられる。

また、本研究の対象施設は、全国の特養及び老健の3割を無作為抽出し、有効回答を得られた施設であった。対象施設の基本的特性について、平均床数は、特養70.9±26.7床(全国平均70.1床)、老健91.6±25.4床(全国平均91.4床)であり、また1施設当たりの常勤換算平均管理栄養士配置数は、特養1.0±0.5名(全国平均値0.8名)、老健1.1±0.4名(全国平均値1.0名)であることから²⁾、本研究の対象施設は全国の特養や老健と相違のない集団が抽出されたと判断できる。

以上より、本研究により提示された結果は、高齢者の経口摂取の維持や栄養ケア・マネジメントに積極的に取り組んでいる施設の結果を強く反映している可能性を含んではいるが、今後全国の介護保険施設において摂食・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に寄与できるものと考えられる。

9. 各加算の算定が困難な理由について

(1) 各加算共通

各加算に共通して、算定施設においては、「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」と回答した施設の割合が非算定施設に対して有意に高かったことから、加算算定期間の延長や継続基準の見直し等が必要であると考えられる。同様に「対象者がいない」の回答割合も算定施設で高く、これは摂食・嚥下機能評価はできているものの経口移行対象者の基準が厳しく対象に当てはまらない等の理由が考えられ、評価基準の見直しを検討してみることが求められる。

(2) 経口移行加算

特養において、経口移行加算の非算定施設では「検査のできる病院・医療機関との提携がない」「指導・監督(監査)の基準が不明確」と回答した施設の割合が算定施設に対して有意に高かった。平成18年4月の改正により経口移行加算においてVF、VEによる評価は必須ではなくなっているにもかかわらず経口移行加算の非算定施設で「検査のできる病院・医療機関との提携がない」が関与していることは、介護報酬に関する通知の徹底及びその理解が不十分であることを示唆しており、今後の研修等を通じて啓発すべき点である。

(3) 経口維持加算Ⅰ

経口維持加算Ⅰの特養、老健の非算定施設では、「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」「検査のできる病院・医療機関との提携がない」が加算の算定が困難な理由であったことから、各地域での施設と医療機関との提携をさらに促すような介護報酬のあり方を検討していくことが求められる。

(4) 経口維持加算Ⅱ

経口維持加算Ⅱの非算定施設では、特養、老健において「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、改定水飲みテストなどを含む>、頸部聴診法等)が困難」「算定対象者の基準が不明確」「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」が共通の理由としてあげられ、経口維持加算Ⅱの摂食・嚥下評価に、合田らの提示する摂食・嚥下困難の課題把握のための簡便なアセスメントを加えることにより加算・算定の基準をより容易にすることや、関連帳票類の様式例の提示が求められると考えられる。

10. 摂食・嚥下障害の取り組みに対する今後の課題について

摂食・嚥下障害の取り組みに対する今後の課題については、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、加えて算定施設では「歯科医師が摂食・嚥下機能評価に関わっていない」、非算定施設では「摂食・嚥下機能評価が困難」が多く回答された。摂食・嚥下機能評価に関わる言語聴覚士の配置に関しては加算の算定有無を問わず共通の課題であり、医療機関の言語聴覚士による施設への巡回や相談支援体制等について検討する必要があると考えられる。

また、施設種、加算種を問わず、算定施設では「摂食・嚥下機能評価が困難」と回答した施設の割合が非算定施設に対して有意に高かった。また、「医師の指示が得にくい(施設に常時いない、施設の医師が専門外である)」、「言語聴覚士がいない」、「他の医療機関との連携がない」、「施設長が熱心でない」と回答した施設の割合にも有意差が見られた。これより、

摂食・嚥下機能評価が困難であることが加算算定に大きく関与しており、その理由として医師・言語聴覚士等の医療職種、他の医療機関との連携が十分できていないことが挙げられる。また、施設長が摂食・嚥下に関わる取り組みに熱心であるかどうかにも影響されるものと考えられる。今後、多職種が高齢者の「食べること」を支援する意義を共有し、共同して摂食・嚥下機能評価に取り組むことができる体制を整えることが求められる。

管理栄養士の自由記載の質的な分析結果からは、次の介護報酬制度改正時に検討が望まれていた項目は、以下の8つと考えられた。①経口維持加算Ⅱに関わる労力と報酬上の評価、②摂食・嚥下障害へ対応した食事への加算、③経管栄養の受け入れに対する加算、④療養食加算との重複算定の許容、⑤嚥下を評価できる専門職の必置規定、⑥180日を超えた場合の2週間毎の医師の指示の期間緩和、⑦経口維持加算Ⅰに必要な検査(VE、VF)が受けられる環境整備、⑧食事形態名の統一化であったといえる。また、特養ならびに老健の特養、老健から共通して①経口維持加算Ⅱの介護報酬を「5単位」と設定した根拠、②加算算定期間が180日を超えた場合の2週間毎の医師の指示が必要であるとした「180日」、「2週間」の根拠、③療養食加算と同時に算定ができない根拠の提示が求められた。

また、摂食・嚥下障害への対応に関する基準・マニュアル・様式例の提示、及び簡素化については、アセスメント・モニタリングに関する標準的な項目を入れた明確な関連帳票類の様式例の提示を行うとともに、フローチャートやパンフレット、算定のマニュアル等により啓発していくことが求められた。さらに、管理栄養士は知識及び技術向上への研修などを通じて積極的に取り組んでいくことを切望しており、摂

食・嚥下障害に対する取り組み方についての研修の推進が望まれていた。

一方、摂食・嚥下障害に対応する栄養ケア上の多くの不安が、制度上の課題や要望とともにあげられ、最も中心となった《不安》のカテゴリーは【事故の危険性】が【人員不足】・【知識不足】とともに多く挙げられ、医療連携や評価基準、栄養ケア・マネジメントにおけるアセスメント・モニタリング手法、把握された課題に対する栄養ケア上の対応について具体的に提示し、研修を行っていくことで不安を軽減できると考えられた。

本研究の経口移行加算、経口維持加算Ⅰ、Ⅱ算定施設は管理栄養士による摂食・嚥下障害に対応した栄養ケア・マネジメントが推進されていたことから、次年度への継続研究として摂食・嚥下障害に対応した栄養ケア・マネジメントによる食事摂取量の改善、誤嚥性肺炎や入院、死亡件数などのアウトカム評価を実施し、さらなる検討を行っているところである。

E. 結論

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、老健共通で加算算定施設において挙げられた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」の回答が非算定施設に比べ多く挙げられた。

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挙げられた。

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挙げられた。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挙げられ、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。

F. 研究発表

1. 和文原著

なし

2. 論文発表

高田健人、西谷えみ、杉山みち子、三橋扶佐子、田中和美、麻植有希子、西本悦子、宮本啓子、星野和子、桐谷裕美子、梶井文子、菊谷武、合田敏尚、高田和子、葛谷雅文：介護保険施設、病院における高齢者の経口摂取状況、経口移行・経口維持の取り組みの実態に関する研究 平成 22 年 8 月 名古屋開催 日本臨床栄養学会
西谷えみ、高田健人、杉山みち子、三橋扶佐子、田中和美、麻植有希子、西本悦子、星野和子、桐谷裕美子、梶井文子、菊谷武、合田敏尚、宮本啓子、高田和子、葛谷雅文：介護保険施設、病院における高齢者の経口摂取維持に関する情報連携の実態に関する研究 平成 22 年 8 月 名古屋開催 日本臨床栄養学会
西本悦子、星野和子、西谷えみ、杉山みち子、葛谷雅文：医療療養病床における管理栄養士病棟専従配置と摂食・嚥下に関わる取り組みの実態に関する研究 平成 22 年 8 月 名古屋開催 日本臨床栄養学会
桐谷裕美子、杉山みち子、合田敏尚：回復期リハビリテーション病棟における管理栄養士病

棟専従配置と摂食・嚥下に関わる取り組み 平成 22 年 8 月 名古屋開催 日本臨床栄養学会

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

H. 引用文献

- 1) 杉山みち子 分担研究者：厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「介護保険施設、医療療養病床及び回復期リハビリテーション病棟における高齢者の経口摂取状況、経口移行・経口維持の取り組みと情報連携の実態に関する研究」、2010, 3, 11-51.
- 2) 厚生労働省：平成 19 年 介護サービス施設・事業所調査結果の概況，平成 21 年 1 月 23 日。
- 3) 厚生労働省：指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護にかかる部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について，老企第 40 号，平成 12 年 3 月 8 日。
- 4) 杉山みち子 他：厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究 平成 18 年度～平成 20 年度 総括・分担研究報告書」，2009, 3, 46.
- 5) 厚生労働省：平成 21 年度 介護給付費実態調査結果の概況，平成 22 年 7 月 29 日。

表 C-1 介護保険施設における高齢者の経口移行、経口維持支援のための介護報酬制度³⁾

| | 経口移行加算 | 経口維持加算 I | 経口維持加算 II |
|-------|--|-----------------------|---|
| 対象基準 | 静脈・経腸栄養法利用者 | 経口摂取者 (非静脈・経腸栄養法者) | |
| 評価基準 | 経口移行対象者* <small>* 経管栄養利用者のうち、下記1～4の全該当者</small> 1. 全身状態が安定していること 2. 覚醒を保っていられること 3. 嚥下反射がみられること 4. 咽頭内容物を吸引した後は唾液を嚥下しても「むせ」がないこと | 造影撮影 又は 内視鏡検査 | 水飲みテスト (「氷碎片飲み込み検査」、 「食物テスト(food test)」、 「改定水飲みテスト」等を含む) 頸部聴診法等 |
| 医師の指示 | 有 | | |
| 実施内容 | 多職種協働による摂食・嚥下機能に配慮した経口移行計画(経口維持計画)を作成し、管理栄養士、栄養士が食事の摂取(継続した摂取)を進めるための栄養管理(特別な管理)の実施 ※()経口維持加算 I・II | | |
| 算定期間 | 180日以内、その後2週間毎に医師の指示(入所者の同意)を要する | | |
| 加算 | 28単位 | 28単位 | 5単位 |
| 様式例 | 特に指定なし | | |

表C-2 経口移行加算算定状況と算定が困難な理由及び摂食・嚥下に関する今後の課題

| | 特養 | | | | 老健 | | | |
|---------------------------------------|-------------|---------|---------------|--------|--------------|---------|-------------|--------|
| | 算定施設 (n=70) | | 非算定施設 (n=361) | | 算定施設 (n=100) | | 非算定施設 (175) | |
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) |
| 経口移行加算算定有無 | | | | | | | | |
| 経口移行加算について | | | | | | | | |
| 加算新設から現在までの間に算定したことがあるか | | | | | | | | |
| はい | 70 | (100.0) | 0 | (0.0) | 100 | (100.0) | 0 | (0.0) |
| いいえ | 0 | (0.0) | 305 | (84.5) | 0 | (0.0) | 144 | (82.3) |
| 取り組んでいるが加算なし | 0 | (0.0) | 56 | (15.5) | 0 | (0.0) | 31 | (17.7) |
| 7月の算定 | 19 | (27.1) | - | - | 36 | (36.0) | - | - |
| 経口移行加算を算定するのが困難と考えられる理由(複数回答可) | | | | | | | | |
| 対象者がいない | 32 | (45.7) | 118 | (32.7) | 48 | (48.0) | 80 | (45.7) |
| 算定対象者の基準が不明確 | 19 | (27.1) | 136 | (37.7) | 31 | (31.0) | 48 | (27.4) |
| 関連帳票類の様式例がない | 15 | (21.4) | 104 | (28.8) | 14 | (14.0) | 38 | (21.7) |
| 検査のできる病院・医療機関との提携がない | 19 | (27.1) | 204 | (56.5) | 35 | (35.0) | 59 | (33.7) |
| 療養食加算を優先して算定している | 8 | (11.4) | 42 | (11.6) | 14 | (14.0) | 47 | (26.9) |
| 経営上のメリットがない | 1 | (1.4) | 20 | (5.5) | 9 | (9.0) | 9 | (5.1) |
| 加算請求の事務処理に時間を要する | 5 | (7.1) | 52 | (14.4) | 9 | (9.0) | 18 | (10.3) |
| 人員不足 | 14 | (20.0) | 86 | (23.8) | 23 | (23.0) | 39 | (22.3) |
| 指導・監督(監査)の基準が不明確 | 8 | (11.4) | 83 | (23.0) | 26 | (26.0) | 42 | (24.0) |
| 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 | 19 | (27.1) | 55 | (15.2) | 18 | (18.0) | 15 | (8.6) |
| その他 | 13 | (18.6) | 34 | (9.4) | 10 | (10.0) | 16 | (9.1) |
| 経口移行加算算定状況と摂食・嚥下に関する今後の課題(複数回答可) | | | | | | | | |
| 必要性を職員が認識していない | 8 | (11.4) | 61 | (16.9) | 12 | (12.0) | 25 | (14.3) |
| 施設長が熱心でない | 6 | (8.6) | 19 | (5.3) | 10 | (10.0) | 19 | (10.9) |
| 摂食・嚥下機能評価が困難 | 25 | (35.7) | 200 | (55.4) | 31 | (31.0) | 83 | (47.4) |
| 個別の食事提供が困難 | 8 | (11.4) | 52 | (14.4) | 12 | (12.0) | 33 | (18.9) |
| 医師の指示が得にくい | 24 | (34.3) | 177 | (49.0) | 19 | (19.0) | 33 | (18.9) |
| 施設の医師が専門外である | 6 | (8.6) | 38 | (10.5) | 15 | (15.0) | 23 | (13.1) |
| 施設に常時いない | 19 | (27.1) | 138 | (38.2) | 6 | (6.0) | 6 | (3.4) |
| その他 | 0 | (0.0) | 9 | (2.5) | 1 | (1.0) | 5 | (2.9) |
| 歯科医師が摂食嚥下機能評価に関わっていない | 24 | (34.3) | 138 | (38.2) | 36 | (36.0) | 60 | (34.3) |
| 言語聴覚士がいない | 32 | (45.7) | 166 | (46.0) | 35 | (35.0) | 96 | (54.9) |
| 歯科衛生士がいない | 26 | (37.1) | 127 | (35.2) | 29 | (29.0) | 61 | (34.9) |
| 管理栄養士の関わりが不十分 | 7 | (10.0) | 34 | (9.4) | 9 | (9.0) | 22 | (12.6) |
| 経営上のメリットがない | 7 | (10.0) | 21 | (5.8) | 13 | (13.0) | 20 | (11.4) |
| 他の医療機関との連携がない | 12 | (17.1) | 75 | (20.8) | 21 | (21.0) | 29 | (16.6) |
| その他 | 3 | (4.3) | 10 | (2.8) | 3 | (3.0) | 7 | (4.0) |

χ^2 検定 *: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$ n.s.:有意差なし

表C-3 経口維持加算 I 算定状況と算定が困難な理由及び摂食・嚥下に関する今後の課題

| | 特養 | | | 老健 | | |
|---------------------------------------|----------------------|------------------------|----------|----------------------|------------------------|---------|
| | 算定施設 (n=32) n (%) | 非算定施設 (n=400) n (%) | p値 | 算定施設 (n=35) n (%) | 非算定施設 (n=237) n (%) | p値 |
| 経口維持加算 I 算定有無 | | | | | | |
| 経口維持加算 I について | | | | | | |
| 加算新設から現在までの間に算定したことがあるか | | | | | | |
| はい | 32 (100.0) | 0 (0.0) | | 35 (100.0) | 0 (0.0) | |
| いいえ | 0 (0.0) | 345 (86.3) | <0.001** | 0 (0.0) | 203 (85.7) | |
| 取り組んでいるが加算なし | 0 (0.0) | 55 (13.8) | | 0 (0.0) | 34 (14.3) | |
| 7月の算定 | 8 (25.0) | - | - | 16 (45.7) | - | - |
| 経口維持加算 I を算定するのが困難と考えられる理由(複数回答可) | | | | | | |
| 対象者がいない | 7 (21.9) | 67 (16.8) | n.s. | 10 (28.6) | 53 (22.4) | n.s. |
| 算定対象者の基準が不明確 | 5 (15.6) | 131 (32.8) | 0.045* | 8 (22.9) | 62 (26.2) | n.s. |
| 関連帳票類の様式例がない | 3 (9.4) | 97 (24.3) | n.s. | 4 (11.4) | 50 (21.1) | n.s. |
| 検査のできる病院・医療機関との提携がない | 13 (40.6) | 209 (52.3) | n.s. | 6 (17.1) | 99 (41.8) | 0.005** |
| 療養食加算を優先して算定している | 6 (18.8) | 39 (9.8) | n.s. | 10 (28.6) | 52 (21.9) | n.s. |
| 経営上のメリットがない | 3 (9.4) | 23 (5.8) | n.s. | 3 (8.6) | 24 (10.1) | n.s. |
| 加算請求の事務処理に時間を要する | 3 (9.4) | 49 (12.3) | n.s. | 4 (11.4) | 20 (8.4) | n.s. |
| 人員不足 | 4 (12.5) | 83 (20.8) | n.s. | 10 (28.6) | 44 (18.6) | n.s. |
| 加算基準となる摂食・嚥下機能評価(VF、VEI)による評価が困難 | 15 (46.9) | 253 (63.3) | n.s. | 6 (17.1) | 100 (42.2) | 0.005** |
| 指導・監督(監査)の基準が不明確 | 7 (21.9) | 84 (21.0) | n.s. | 6 (17.1) | 56 (23.6) | n.s. |
| 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 (34.4) | 62 (15.5) | 0.006** | 9 (25.7) | 30 (12.7) | 0.040* |
| その他 | 5 (15.6) | 18 (4.5) | 0.021* | 2 (5.7) | 12 (5.1) | n.s. |
| 経口維持加算 I 算定状況と摂食・嚥下に関する今後の課題(複数回答可) | | | | | | |
| 必要性を職員が認識していない | 6 (18.8) | 64 (16.0) | n.s. | 5 (14.3) | 31 (13.1) | n.s. |
| 施設長が熱心でない | 2 (6.3) | 25 (6.3) | n.s. | 1 (2.9) | 28 (11.8) | n.s. |
| 摂食・嚥下機能評価が困難 | 11 (34.4) | 216 (54.0) | 0.032* | 6 (17.1) | 107 (45.1) | 0.002** |
| 個別の食事提供が困難 | 3 (9.4) | 58 (14.5) | n.s. | 7 (20.0) | 38 (16.0) | n.s. |
| 医師の指示が得にくい | 11 (34.4) | 187 (46.8) | n.s. | 7 (20.0) | 45 (19.0) | n.s. |
| 施設の医師が専門外である | 2 (6.3) | 42 (10.5) | n.s. | 6 (17.1) | 32 (13.5) | n.s. |
| 施設に常時いない | 10 (31.3) | 145 (36.3) | n.s. | 3 (8.6) | 9 (3.8) | n.s. |
| その他 | 1 (3.1) | 8 (2.0) | n.s. | 0 (0.0) | 6 (2.5) | n.s. |
| 歯科医師が摂食嚥下機能評価に関わっていない | 11 (34.4) | 150 (37.5) | n.s. | 13 (37.1) | 82 (34.6) | n.s. |
| 言語聴覚士がいない | 12 (37.5) | 187 (46.8) | n.s. | 13 (37.1) | 117 (49.4) | n.s. |
| 歯科衛生士がいない | 10 (31.3) | 143 (35.8) | n.s. | 8 (22.9) | 81 (34.2) | n.s. |
| 管理栄養士の関わりが不十分 | 1 (3.1) | 39 (9.8) | n.s. | 4 (11.4) | 27 (11.4) | n.s. |
| 経営上のメリットがない | 3 (9.4) | 25 (6.3) | n.s. | 3 (8.6) | 30 (12.7) | n.s. |
| 他の医療機関との連携がない | 4 (12.5) | 84 (21.0) | n.s. | 5 (14.3) | 44 (18.6) | n.s. |
| その他 | 0 (0.0) | 13 (3.3) | n.s. | 2 (5.7) | 8 (3.4) | n.s. |

χ²検定 * : p < 0.05 ** : p < 0.01 n.s. : 有意差なし

表C-4 経口維持加算II算定状況と算定基準の見直しの周知度、算定が困難な理由及び摂食・嚥下に関する今後の課題

| | 経口維持加算II算定有無 | | | 特養 | | | 老健 | | | p値 |
|--|--------------|---------|-----|-----------|----------|-----|-----------|-----|--------|----------|
| | 算定施設 n | (%) | p値 | 算定施設 n | (%) | p値 | 算定施設 n | (%) | p値 | |
| 平成21.4月より経口維持加算IIの算定基準における誤嚥の評価が見直されたことについて | 88 | (73.3) | 196 | (62.8) | 0.039* | 79 | (66.9) | 103 | (66.5) | n.s. |
| 見直されたことについて知っていた | 7 | (5.8) | 5 | (1.6) | <0.001** | 6 | (5.1) | 3 | (1.9) | <0.001** |
| 見直されたことにより加算請求するようになったか | 37 | (30.8) | 29 | (9.3) | <0.001** | 39 | (58.5) | 143 | (92.3) | <0.001** |
| はい | 75 | (62.5) | 0 | (0.0) | | 69 | | 3 | (1.9) | |
| いいえ | 16 | (13.3) | 7 | (2.2) | | 20 | (16.9) | 5 | (3.2) | |
| 既に加算請求していた | 93 | (77.5) | 130 | (41.7) | <0.001** | 85 | (72.0) | 86 | (55.5) | <0.001** |
| 対象となる入所者は増えたか | 10 | (8.3) | 159 | (51.0) | | 7 | (5.9) | 57 | (36.8) | |
| はい | 18 | (15.0) | 4 | (1.3) | <0.001** | 14 | (11.9) | 5 | (3.2) | 0.007** |
| いいえ | 21 | (17.5) | 43 | (13.8) | | 37 | (31.4) | 46 | (29.7) | |
| 加算の算定が増えない理由 | 32 | (26.7) | 79 | (25.3) | 0.031* | 16 | (13.6) | 20 | (12.9) | n.s. |
| 療養食加算 | 3 | (2.5) | 0 | (0.0) | | 2 | (1.7) | 2 | (1.3) | |
| その他 | | | | | | | | | | |
| 経口維持加算IIについて | | | | | | | | | | |
| 加算新設から現在までの間に算定したことがあるか | 120 | (100.0) | 0 | (0.0) | | 118 | (100.0) | 0 | (0.0) | <0.001** |
| はい | 0 | (0.0) | 258 | (62.7) | <0.001** | 0 | (0.0) | 127 | (81.9) | <0.001** |
| いいえ | 0 | (0.0) | 54 | (17.3) | | 0 | (0.0) | 28 | (18.1) | |
| 取り組んでいるが加算なし | 81 | (67.5) | - | - | | 77 | (65.3) | - | - | |
| 7月の算定 | | | | | | | | | | |
| 経口維持加算IIを算定するのが困難と考えられる理由(複数回答可) | 6 | (5.0) | 56 | (17.9) | 0.001** | 9 | (7.6) | 30 | (19.4) | 0.006** |
| 対象者がいない | 27 | (22.5) | 113 | (36.2) | 0.006** | - | - | - | - | |
| 算定対象者の基準が不明確 | 15 | (12.5) | 78 | (25.0) | 0.005** | 13 | (11.0) | 37 | (23.9) | 0.007** |
| 関連書類の様式がない | 20 | (16.7) | 144 | (46.2) | <0.001** | 10 | (8.5) | 41 | (26.5) | <0.001** |
| 検査のできる病院・医療機関との提携がない | 23 | (19.2) | 30 | (9.6) | 0.007** | 46 | (39.0) | 47 | (30.3) | n.s. |
| 療養食加算を優先して算定している | 7 | (5.8) | 23 | (7.4) | n.s. | 23 | (19.5) | 20 | (12.9) | n.s. |
| 経路上のメリットがない | 18 | (15.0) | 45 | (14.4) | n.s. | 14 | (11.9) | 17 | (11.0) | n.s. |
| 加算請求の事務処理に時間を要する | 12 | (10.0) | 69 | (22.1) | 0.004** | 19 | (16.1) | 34 | (21.9) | n.s. |
| 人員不足 | 50 | (41.7) | 177 | (56.7) | 0.005** | 20 | (16.9) | 70 | (45.2) | <0.001** |
| 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、改定水飲みテストなどを含む)、頭部 | 27 | (22.5) | 70 | (22.4) | n.s. | 16 | (13.6) | 46 | (29.7) | 0.002** |
| 聴診法等)が困難 | 35 | (29.2) | 45 | (14.4) | <0.001** | 18 | (15.3) | 19 | (12.3) | n.s. |
| 指導・監督(監査)の基準が不明確 | 11 | (9.2) | 21 | (6.7) | n.s. | 7 | (5.9) | 5 | (3.2) | n.s. |
| 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) | 14 | (11.7) | 56 | (17.9) | n.s. | 15 | (12.7) | 22 | (14.2) | n.s. |
| が満たせない | 5 | (4.2) | 22 | (7.1) | n.s. | 7 | (5.9) | 22 | (14.2) | 0.028* |
| 経口維持加算II算定状況と摂食・嚥下に関する今後の課題(複数回答可) | 37 | (30.8) | 188 | (60.3) | <0.001** | 26 | (22.0) | 88 | (56.8) | <0.001** |
| 必要性を職員が認識していない | 14 | (11.7) | 47 | (15.1) | n.s. | 17 | (14.4) | 28 | (18.1) | n.s. |
| 施設長が熱心でない | 37 | (30.8) | 160 | (51.3) | <0.001** | 37 | (31.4) | 37 | (23.9) | 0.020* |
| 摂食・嚥下機能評価が困難 | 7 | (5.8) | 37 | (11.9) | n.s. | 10 | (8.5) | 28 | (18.1) | 0.023* |
| 個別の食事提供が困難 | 29 | (24.2) | 125 | (40.1) | 0.002** | 3 | (2.5) | 9 | (5.8) | n.s. |
| 医師の指示が得にくい | 1 | (0.8) | 8 | (2.6) | n.s. | 2 | (1.7) | 4 | (2.6) | n.s. |
| 施設の医師が専門外である | 46 | (38.3) | 115 | (36.9) | n.s. | 37 | (31.4) | 59 | (38.1) | n.s. |
| 施設に常時いない | 51 | (42.5) | 147 | (47.1) | n.s. | 49 | (41.5) | 82 | (52.9) | n.s. |
| その他 | 40 | (33.3) | 113 | (36.2) | n.s. | 37 | (31.4) | 53 | (34.2) | n.s. |
| 歯科医師が摂食嚥下機能評価に関わっていない | 9 | (7.5) | 31 | (9.9) | n.s. | 10 | (8.5) | 21 | (13.5) | n.s. |
| 言語聴覚士がいない | 8 | (6.7) | 20 | (6.4) | n.s. | 14 | (11.9) | 19 | (12.3) | n.s. |
| 歯科衛生士がいない | 16 | (13.3) | 72 | (23.1) | 0.024* | 24 | (20.3) | 26 | (16.8) | n.s. |
| 管理栄養士の関わりが不十分 | 4 | (3.3) | 9 | (2.9) | n.s. | 7 | (5.9) | 3 | (1.9) | n.s. |
| 経路上のメリットがない | | | | | | | | | | |
| 他の医療機関との連携がない | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | |

χ^2 検定 *: $p<0.05$ **: $p<0.01$ n.s.:有意差なし

表 C-5 《課題と要望》における再カテゴリー化後の、サブカテゴリー名と、該当コード数

| 制度に対する要望のコード | | | | |
|-----------------------------|----------------------|-----------|-----------|-----------|
| コード No | 内容 | 特養 | 老健 | 合計 |
| 加算点数 | | 26 | 27 | 53 |
| 1.1 | 加算全般 | 5 | 11 | 16 |
| 1.2 | 摂食嚥下障害へ対応した食事への加算 | 11 | 5 | 16 |
| 1.3 | 経口維持加算 | 5 | 5 | 10 |
| 1.4 | その他 | 5 | 6 | 11 |
| 療養食加算と経口維持・移行加算の同時算定 | | 1 | 12 | 13 |
| 情報連携 | | 8 | 3 | 11 |
| 人員不足 | | 21 | 19 | 40 |
| 4.1 | 全般 | 5 | 6 | 11 |
| 4.2 | ST | 4 | 9 | 13 |
| 4.3 | 医師 | 5 | 0 | 5 |
| 4.4 | 管理栄養士 | 2 | 3 | 5 |
| 4.5 | 摂食嚥下障害の専門職 | 5 | 1 | 6 |
| 180日の制限 | | 16 | 10 | 26 |
| 摂食嚥下評価の体制 | | 18 | 8 | 26 |
| 基準・マニュアル・様式例・簡素化 | | 47 | 26 | 73 |
| 7.1 | 関連帳票類の様式例・簡素化 | 16 | 10 | 26 |
| 7.2 | 加算制度をわかりやすく・簡素化してほしい | 12 | 8 | 20 |
| 7.3 | 明確な基準 | 8 | 5 | 13 |
| 7.4 | 食事形態名の統一 | 4 | 2 | 6 |
| 7.5 | 研修 | 7 | 1 | 8 |
| 多職種との連携、協力、関係 | | 12 | 8 | 20 |
| その他 | | 21 | 12 | 33 |
| 9.1 | 利用者・家族にとっての負担 | 6 | 1 | 7 |
| 9.2 | その他 | 15 | 11 | 26 |

表 C-6 《不安》における再カテゴリー化後の、サブカテゴリー名と、該当コード数

| 摂食・嚥下の取り組みに関わる不安のコード | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------|-----------|-----------|
| コード No | 内容 | 特養 | 老健 | 合計 |
| 適切な食事形態が提供できているかが不安 | | 18 | 15 | 33 |
| 1.1 | 食事形態が適切であるかの全般的な不安 | 15 | 14 | 29 |
| 1.2 | 評価が困難なため、食形態が適切か不安 | 3 | 1 | 4 |
| 人員不足 | | 32 | 21 | 53 |
| 2.1 | 人員不足に関わる全般的な不安 | 9 | 2 | 11 |
| 2.2 | 摂食・嚥下障害に関わる専門職 | 8 | 5 | 13 |
| 2.3 | ST | 7 | 11 | 18 |
| 2.4 | 管理栄養士 | 2 | 2 | 4 |
| 2.5 | 医師 | 6 | 1 | 7 |
| 知識不足 | | 26 | 11 | 37 |
| 3.1 | 知識や技術不足による全般的な不安 | 19 | 9 | 28 |
| 3.2 | 研修会 | 7 | 2 | 9 |
| 事故の危険性 | | 41 | 21 | 62 |
| 4.1 | 誤嚥のリスクが高い | 12 | 6 | 18 |
| 4.2 | 安全とQOLのどちらを優先すべきかが難しい | 6 | 5 | 11 |
| 4.3 | 評価に伴う危険 | 8 | 2 | 10 |
| 4.4 | 生命に関わる危険 | 3 | 2 | 5 |
| 4.5 | 訴訟・責任問題が不安 | 2 | 4 | 6 |
| 4.6 | 取り組みに伴う事故への全般的な不安 | 10 | 2 | 12 |
| 多職種との連携 | | 19 | 10 | 29 |
| 5.1 | 医師・歯科医師との連携が難しい | 5 | 3 | 8 |
| 5.2 | 多職種との連携・理解が難しい | 14 | 7 | 21 |
| 監査に関する不安 | | 12 | 14 | 26 |
| 6.1 | 評価や監査全般に関する不安 | 8 | 9 | 17 |
| 6.2 | 関連帳票類の様式例がない | 3 | 2 | 5 |
| 6.3 | 明確な基準 | 1 | 3 | 4 |
| 業務の負担が大きい | | 8 | 6 | 14 |
| 情報連携 | | 5 | 2 | 7 |
| その他 | | 25 | 12 | 37 |
| 9.1 | 重症化・認知症など困難例への対応 | 4 | 3 | 7 |
| 9.2 | 家族の理解 | 7 | 2 | 9 |
| 9.3 | VE・VFの設備がないことによる不安 | 0 | 3 | 3 |
| 9.4 | その他 | 14 | 4 | 18 |

表C-7 経口移行加算算定状況と管理栄養士による摂食・嚥下に関わる取り組み

| | 特養 | | | | 老健 | | | | |
|------------------------------------|-------------|--------|---------------|--------|--------------|--------|-------------|--------|----------|
| | 算定施設 (n=70) | | 非算定施設 (n=361) | | 算定施設 (n=100) | | 非算定施設 (175) | | |
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| 経口移行加算算定有無 | | | | | | | | | p値 |
| 摂食・嚥下機能評価の場に参加している | 25 | (35.7) | 44 | (12.2) | 38 | (38.0) | 50 | (28.6) | n.s. |
| フードテスト(食形態の確認のため)の場に参加している | 24 | (34.3) | 44 | (12.2) | 34 | (34.0) | 51 | (29.1) | n.s. |
| フードテストに用いるゼリーを作成している | 13 | (18.6) | 25 | (6.9) | 23 | (23.0) | 28 | (16.0) | n.s. |
| 経口移行計画の作成に中心的な役割を担っている | 22 | (31.4) | 13 | (3.6) | 43 | (43.0) | 16 | (9.1) | <0.001** |
| 経口移行計画の作成にかかわっている | 31 | (44.3) | 25 | (6.9) | 63 | (63.0) | 23 | (13.1) | <0.001** |
| 経口維持計画の作成に中心的な役割を担っている | 23 | (32.9) | 53 | (14.7) | 36 | (36.0) | 33 | (18.9) | 0.002** |
| 経口維持計画の作成に関わっている | 28 | (40.0) | 69 | (19.1) | 53 | (53.0) | 51 | (29.1) | <0.001** |
| サービスタ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 | 60 | (85.7) | 283 | (78.4) | 87 | (87.0) | 148 | (84.6) | n.s. |
| 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 | 54 | (77.1) | 261 | (72.3) | 86 | (86.0) | 133 | (76.0) | 0.048* |
| 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 | 29 | (41.4) | 100 | (27.7) | 40 | (40.0) | 71 | (40.6) | n.s. |
| 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 | 61 | (87.1) | 275 | (76.2) | 84 | (84.0) | 146 | (83.4) | n.s. |
| 毎食 | 2 | (2.9) | 19 | (5.3) | 2 | (2.0) | 14 | (8.0) | n.s. |
| 毎日 | 37 | (52.9) | 138 | (38.2) | 42 | (42.0) | 65 | (37.1) | |
| その他 | 19 | (27.1) | 102 | (28.3) | 35 | (35.0) | 60 | (34.3) | |
| スプーンの形状等の食事道具への配慮をしている | 56 | (80.0) | 268 | (74.2) | 62 | (62.0) | 122 | (69.7) | n.s. |
| 食事摂取時の姿勢や体位への配慮をしている | 48 | (68.6) | 204 | (56.5) | 56 | (56.0) | 106 | (60.6) | n.s. |
| 利用者本人の嗜好や楽しみを食事に反映している | 57 | (81.4) | 275 | (76.2) | 77 | (77.0) | 137 | (78.3) | n.s. |
| 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 | 29 | (41.4) | 110 | (30.5) | 44 | (44.0) | 75 | (42.9) | n.s. |
| 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 | 46 | (65.7) | 215 | (59.6) | 72 | (72.0) | 113 | (64.6) | n.s. |
| その他 | 4 | (5.7) | 8 | (2.2) | 3 | (3.0) | 3 | (1.7) | n.s. |
| 上記のいずれにも該当していない | 1 | (1.4) | 12 | (3.3) | 1 | (1.0) | 0 | (0.0) | n.s. |

χ^2 検定 * : p < 0.05 ** : p < 0.01 n.s. : 有意差なし

表C-8 経口維持加算 I 算定状況と管理栄養士による摂食・嚥下に関わる取り組み

| | 特養 | | | | 老健 | | | | |
|------------------------------------|-------------|--------|---------------|--------|-------------|--------|---------------|--------|--------|
| | 算定施設 (n=32) | | 非算定施設 (n=400) | | 算定施設 (n=35) | | 非算定施設 (n=237) | | |
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| 経口維持加算 I 算定有無 | | | | | | | | | p値 |
| 摂食・嚥下機能評価の場に参加している | 8 | (25.0) | 60 | (15.0) | 13 | (37.1) | 74 | (31.2) | n.s. |
| フードテスト(食形態の確認のため)の場に参加している | 13 | (40.6) | 55 | (13.8) | 13 | (37.1) | 70 | (29.5) | n.s. |
| フードテストに用いるゼリーを作成している | 5 | (15.6) | 32 | (8.0) | 8 | (22.9) | 42 | (17.7) | n.s. |
| 経口移行計画の作成に中心的な役割を担っている | 6 | (18.8) | 29 | (7.3) | 7 | (20.0) | 50 | (21.1) | n.s. |
| 経口移行計画の作成にかかわっている | 7 | (21.9) | 49 | (12.3) | 13 | (37.1) | 72 | (30.4) | n.s. |
| 経口維持計画の作成に中心的な役割を担っている | 13 | (40.6) | 63 | (15.8) | 8 | (22.9) | 60 | (25.3) | n.s. |
| 経口維持計画の作成に関わっている | 15 | (46.9) | 84 | (21.0) | 20 | (57.1) | 83 | (35.0) | 0.012* |
| サービスタ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 | 29 | (90.6) | 312 | (78.0) | 31 | (88.6) | 201 | (84.8) | n.s. |
| 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 | 26 | (81.3) | 288 | (72.0) | 27 | (77.1) | 190 | (80.2) | n.s. |
| 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 | (34.4) | 118 | (29.5) | 19 | (54.3) | 90 | (38.0) | n.s. |
| 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 | 26 | (81.3) | 313 | (78.3) | 25 | (71.4) | 202 | (85.2) | 0.040* |
| 毎食 | 2 | (6.3) | 19 | (4.8) | 1 | (2.9) | 15 | (6.3) | n.s. |
| 毎日 | 18 | (56.3) | 159 | (39.8) | 11 | (31.4) | 95 | (40.1) | n.s. |
| その他 | 5 | (15.6) | 117 | (29.3) | 10 | (28.6) | 83 | (35.0) | n.s. |
| スプーンの形状等の食事道具への配慮をしている | 25 | (78.1) | 296 | (74.0) | 21 | (60.0) | 161 | (67.9) | n.s. |
| 食事摂取時の姿勢や体位への配慮をしている | 21 | (65.6) | 231 | (57.8) | 17 | (48.6) | 144 | (60.8) | n.s. |
| 利用者本人の嗜好や楽しみを食事に反映している | 28 | (87.5) | 305 | (76.3) | 24 | (68.6) | 188 | (79.3) | n.s. |
| 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 | 14 | (43.8) | 127 | (31.8) | 20 | (57.1) | 97 | (40.9) | n.s. |
| 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 | 21 | (65.6) | 240 | (60.0) | 24 | (68.6) | 159 | (67.1) | n.s. |
| その他 | 2 | (6.3) | 10 | (2.5) | 2 | (5.7) | 4 | (1.7) | n.s. |
| 上記のいずれにも該当していない | 0 | (0.0) | 13 | (3.3) | 1 | (2.9) | 0 | (0.0) | n.s. |

χ²検定 * : p < 0.05 ** : p < 0.01 n.s. : 有意差なし

表C-9 経口維持加算Ⅱ 算定状況と管理栄養士による摂食・嚥下に関わる取り組み

| | 特養 | | | | 老健 | | | | |
|-----------------------------------|--------------|--------|---------------|--------|--------------|--------|---------------|--------|----------|
| | 算定施設 (n=120) | | 非算定施設 (n=312) | | 算定施設 (n=118) | | 非算定施設 (n=155) | | |
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| 経口維持加算Ⅱ算定有無 | | | | | | | | | p値 |
| 摂食・嚥下機能評価の場に参加している | 38 | (31.7) | 29 | (9.3) | 54 | (45.8) | 34 | (21.9) | <0.001** |
| フードテスト(食形態の確認のため)の場に参加している | 32 | (26.7) | 35 | (11.2) | 47 | (39.8) | 38 | (24.5) | 0.007** |
| フードテストに用いるゼリーを作成している | 19 | (15.8) | 18 | (5.8) | 29 | (24.6) | 22 | (14.2) | 0.029* |
| 経口移行計画の作成に中心的な役割を担っている | 18 | (15.0) | 17 | (5.4) | 31 | (26.3) | 28 | (18.1) | n.s. |
| 経口移行計画の作成にかかわっている | 28 | (23.3) | 28 | (9.0) | 42 | (35.6) | 44 | (28.4) | n.s. |
| 経口維持計画の作成に中心的な役割を担っている | 56 | (46.7) | 21 | (6.7) | 53 | (44.9) | 16 | (10.3) | <0.001** |
| 経口維持計画の作成に関わっている | 71 | (59.2) | 28 | (9.0) | 79 | (66.9) | 24 | (15.5) | <0.001** |
| 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 | 100 | (83.3) | 243 | (77.9) | 106 | (89.8) | 127 | (81.9) | n.s. |
| 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 | 91 | (75.8) | 224 | (71.8) | 101 | (85.6) | 117 | (75.5) | 0.039* |
| 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 | 41 | (34.2) | 89 | (28.5) | 53 | (44.9) | 58 | (37.4) | n.s. |
| 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 | 100 | (83.3) | 240 | (76.9) | 100 | (84.7) | 129 | (83.2) | n.s. |
| 毎日 | 5 | (4.2) | 16 | (5.1) | 5 | (4.2) | 11 | (7.1) | n.s. |
| 毎日 | 56 | (46.7) | 121 | (38.8) | 54 | (45.8) | 53 | (34.2) | |
| その他 | 35 | (29.2) | 87 | (27.9) | 34 | (28.8) | 60 | (38.7) | |
| スプーンの形状等の食事道具への配慮をしている | 90 | (75.0) | 232 | (74.4) | 79 | (66.9) | 104 | (67.1) | n.s. |
| 食事摂取時の姿勢や体位への配慮をしている | 72 | (60.0) | 181 | (58.0) | 68 | (57.6) | 94 | (60.6) | n.s. |
| 利用者本人の嗜好や楽しみを食事に反映している | 91 | (75.8) | 244 | (78.2) | 95 | (80.5) | 119 | (76.8) | n.s. |
| 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 | 50 | (41.7) | 92 | (29.5) | 62 | (52.5) | 57 | (36.8) | 0.009** |
| 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 | 79 | (65.8) | 184 | (59.0) | 84 | (71.2) | 101 | (65.2) | n.s. |
| その他 | 3 | (2.5) | 9 | (2.9) | 5 | (4.2) | 1 | (0.6) | n.s. |
| 上記のいずれにも該当していない | 2 | (1.7) | 11 | (3.5) | 1 | (0.8) | 0 | (0.0) | n.s. |

χ²検定 * : p < 0.05 ** : p < 0.01 n.s. : 有意差なし

平成 22 年度厚生労働省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
(主任研究者 葛谷雅文)

「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」

分担研究者 杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学教授

研究要旨

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、その対応を検討することを目的として全国から 3 割抽出された特養、老健、療養病床に対するアンケートによる実態調査を行い、以下の結果を得た。

1. 特養の回収数(n=380)は十分であったが、老健(n=195)と療養病床(n=108)については十分な回収数とは言えず、その結果は傾向を示しているとみなされた。また、本研究における分析対象とした回収施設は全国の中でも特に高齢者の経口摂取の維持や終末期の栄養ケア・マネジメントに積極的に取り組んでいたり、感心の高い集団であると考えられ、また、3 施設種の平均定員数、入所(院)高齢者の平均要介護度や平均年齢は各施設種を代表するものであった。

2. 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、特養施設で 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。

3. 特養では調査日に胃瘻(PEG)を行っている者の 100 床当たり平均人数は 16.9(SD66.3)人と老健の 100 床当たりの平均人数 6.5 名の 2 倍以上であり、療養病床では 100 床当たりの平均人数は 32 名にも及び中心経鼻栄養法の者や静脈栄養法の者を加えた経腸・静脈栄養法の利用者は 100 床当たり 54.3 名と半数以上に及んでいた。看取りの段階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 ヶ月では特養平均 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。特養施設は、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、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が、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 割以下であり中心静脈栄養法が 3 割弱に及んでいた。一方、療養病床においては、「入院時(入所時)にすでに胃瘻(PEG)であった者」は全施設定員数の 2 割弱であり、「入院時(入所時)にすでに経鼻栄養であった者」「入院中に病院に入院し、胃瘻(PEG)を造設して施設に再入所した者」を合わせれば経腸栄養法の利用者は 3 割程度であったが、特養・老健では経管栄養の利用者は 1 割に満たなかった。

4. 入所(院)者の終末期は、3施設種共通に主に「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」「日常的な食事摂取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。

5. 胃瘻の造設に関する決定に対しても、特養・老健では「医師が他職種等と相談のうえ決定している」は7割を下回り、「胃瘻の造設を決定することはない」が2割程度みられた。療養病床では「医師が他職種等と相談のうえ決定している」が9割近く、いずれの施設種においても医師単独での決定は極めて少なく、家族や看護師の相談が行われているものの、介護支援専門員、管理栄養士あるいは言語聴覚士が相談に参加している施設は3~2割程度にすぎず、また、委員会で決定されている施設も殆どみられない状況であった

6. 終末期において食べられなくなったときの栄養補給方法について本人・家族への意思・希望の確認の必要があるとし実施している施設は、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割と少なく、本人の意思・希望の確認をするときに参加する職種は殆どが看護師、医師であり、介護支援専門員、管理栄養士がこの確認に参加している施設は5割前後にすぎなかった。

7. 以下の結果は、過去1年間(平成21年11月~平成22年10月)に最期まで経口摂取(経管栄養併用可)で看取った利用者・患者がいると回答した特養281施設、老健103施設、療養病床62施設において、その代表的なケースの終末期における状態についての集計結果である。

(1) 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、各施設種ともに終末期に対応して、患者・利用者の好きな食べ物、食べたい物についての情報取得を8割以上の施設が保証人である家族に対して、特養・老健では主に介護職、看護職、管理栄養士が、療養病床では看護師、管理栄養士が行っていた。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。

(2) 終末期における栄養ケア・マネジメントに当たり、食事の提供内容で重視したことは、3施設種ともに、「嚥下状態」「嗜好」を6~7割が回答し、次いで「患者・入所者の希望」「家族の希望」「脱水状況」「医師等の指示」の順であり、栄養ケア計画の説明は主に管理栄養士によって行われ、その説明時期は「終末期と判断された時点」「終末期の判断後」「入所~終末期以前」「入所前~入所時」と一定ではなかった。栄養ケア計画を立てる際には管理栄養士は、「看護師」「介護職」「介護支援専門員」「生活相談員」「医師」と相談しており、モニタリングの情報収集源としては、「介護記録」「申し送り」「看護記録」「家族からの情報」「医師の診察」「カルテ」などの情報資源であった。

(3) 終末期の栄養ケア・マネジメントに取り組んだ事例について、「体重の増加を目標に