

するのは中止した」「血清アルブミン値の改善を目標にするのは中止した」「食事摂取量の増加を目標にするのは中止した」した施設が 8 割以上であり、栄養ケアの目標は低栄養状態の改善から「少しでも食べられることを目標にした」というように食べることを支援することによる QOL の向上へと転換していたが、「体重の測定を行っていた」施設は 7 割を超え、終末期に至っても監査の対応のために体重測定を継続しているものと推察された。また、「栄養補助食品等を提供した」や「毎日、個別の食品や食事の作成を調理スタッフに指示した」などの栄養ケアが行われていた。

(4)「栄養ケア内容で、計画立案の際に気をつけたことが具体的にあった」施設は、3 施設種共に 6 割程度であり、他職種への相談も 7 割以上の施設で行われ、「モニタリング結果の共有をしていた」施設は 5～6 割、「モニタリングの状況を家族に伝えた」施設は、特養・老健で約 6 割、療養病床 5 割程度であった。また、「家族の満足感は得られた」施設は、特養・老健で 8 割、老健療養病床で約 6 割以上、「食事提供に関して、家族と意見は一致した」施設は、特養・老健で 8 割以上、療養病床で 7 割以上であった。

(5)「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。

(6)終末期の栄養ケア・マネジメントに関する各ケア項目を実施する頻度について、患者・入所者の食事の様子の観察を行う頻度について、3 施設種では「ほぼ毎日」が 5～6 割であったが、それ以外は「1 週間に数回」程度であり、また、家族の意向を伺う頻度は、「1 週間に数回」から「1 ヶ月に 1 回以下」まで様々であった。また、看護職・介護職と相互に情報提供を行う頻度は「1 週間に数回」という施設が 3～5 割程度、医師からの情報を得るのは「1 週間 1 回」、食事摂取量や水分摂取の把握頻度は「1 週間に数回」であり、これらの情報収集を毎日実施した施設は少なかった。

8. 終末期において最期まで経口摂取での看取りを含む栄養補給方法について多職種（チーム）で検討する定期的なカンファレンス(会議)が「ある」施設は、特養・老健では 5～6 割、療養病床では 4 割を下回っていた。また、最期まで経口摂取で看取りを含む栄養補給方法を含む「栄養ケア指針・栄養ケアマニュアル等の作成されている」施設も 3 施設種を通じて 1 割に満たない状況にあり、従って、最期まで経口摂取で看取りを含む栄養補給方法を含む栄養ケア・マネジメントを実施する時、「多職種の各役割を明確にしている」施設は 2～3 割にすぎなかったが、最期まで栄養ケア・マネジメントを実施する時、チームメンバーに常に必要と考える職種は、特養では「看護師」「管理栄養士」「介護職員」「介護支援専門員」老健では「看護師」「管理栄養士」「介護職員」「医師」、一方、療養病床では「看護師」「管理栄養士」「医師」「介護職員」であった。

9. 栄養ケア・マネジメントを実施する時の食事提供に対して管理栄養士が不安を感じた経験が「ある」施設は、3 施設種で 7 割以上と多く、その不安は、3 施設種ともに「発熱、

意識等体調悪化」「食形態」「食事量」「食事の停止の時期」「提供食品（プリン、ゼリー等）の選択」「基準・経験的な参考がない不安」「家族の意識の変化」「一人職種の不安（相談できる人がいない）」などであり、「他の職種に相談した」「カンファレンス等に積極的に出席した」によって対応され、「看護師」「介護職」「介護支援専門員・生活相談員」「医師」への相談がおこなわれていた。一方、終末期において、最期まで経口摂取での看取りを含む栄養ケア・マネジメントを実施する時に不安を感じたことが「ない」という管理栄養士の理由としては、特養では「他職種にいつでも確認する機会をもっている」「カンファレンスに定期的に参加している」「自身が担当する専門的な確認事項を理解できている」であった。

10. 「最期まで経口摂取での見取りを含む栄養補給についての家族支援について、家族への説明を行っている」施設は、3施設種とも7割前後であったが、「終末期の家族支援についてマニュアル(基準)の作成を行っている」施設は、特養では3割を超えるものの、老健では3割程度、療養病床では1割に満たない状況にあり、「終末期の治療や家族支援について、家族が自宅に持ち帰る情報や見直せるパンフレット(冊子)が作成されている」施設も3施設種ともに1割に満たない状況であった。

11. 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す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する場合の栄養補給方法の実施が「正直負担」の者は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。

以上の結果から、終末期の最期まで経口摂取による看取りは、特養・老健において多くみられ、療養病床においては経管栄養法による看取りが多くみられた。しかし、特養・老健における看取り加算や経口維持加算の取得は低く、看取り時期やその判断は医師と家族に委ねられており、管理栄養士を含めたチームによるカンファレンスによる判断や、入所時基本情報として終末期の栄養補給方法について本人・家族の意思・希望を確認し承諾・署名を得る手続き体制、法廷代理人の活用などは未だ殆どみられなかった。

一方、最期まで経口摂取で看取った患者・入所者の代表的なケースに対する栄養ケア・マネジメントは明らかに従来の低栄養状態の改善から本人・家族の満足感の重視へと転換し、摂食嚥下、嗜好が重視された個別食対応、他職種との情報交換がおこなわれていた。しかし、頻回な食事観察が行われていない場合も多くみられ、終末期に対応したアセスメント・モニタリング基準、栄養ケア計画の見直しの方針、終末期のための栄養ケア・マネジメントのマニュアルがなく、さらに、管理栄養士が終末期の食事提供に対する不安が大きかったことから、今後は、終末期の栄養ケア・マネジメントの手順を明確にし研修を通じて啓発するとともに、管理栄養士不安を解消し自信をもって対応するためには看護師、介護職、医師などの他職種との情報連携、カンファレンスへの積極的な参加が求められていた。

また、最後まで経口摂取で看取った事例においては、家族満足感があったと回答されており、終末期に最期まで経口摂取での看取りを含む栄養補給についての相談やパンフレッ

トの提供などの家族支援が求められた。一方、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看護師や介護職の食事介助時間は増大することから、専門職に対しても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

分担研究者：

梶井文子 分担研究者 聖路加看護大学看護学部准教授

葛谷雅文 主任研究者 名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学専攻発育・加齢医学講座老年科学

協力研究者：

井形昭弘 (名古屋学芸大学学長)

野地有子 (千葉大学看護学部教授)

小山秀夫 (兵庫県立大学大学院教授)

今村恵美子 (千葉大学看護学部講師)

大木和子 (昭和女子大学准教授)

清水史子 (昭和女子大学講師)

秋吉美穂子 (文教大学講師)

三橋扶佐子 分担研究者 日本歯科大学助教

田中和美 (特別養護老人ホーム栄養栄養サービスク長)

古賀奈保子 (医療法人社団茨城会茨城診療所)

新出まなみ (神奈川県立保健福祉大学)

西谷えみ (神奈川県立保健福祉大学大学院)

A. 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 (日老医誌, 44:95-101, 2007)。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。しかし、終末期の栄養の問題、特に「口から食べられない」問題は今まで十分な対応

がされてこなかった。当該分担研究は、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にする。

B. 方法

1. 対象施設と回答者

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。回答者は対象施設に勤務する常勤管理栄養士、管理栄養士不在の場合は常勤看護師長及び常勤介護士長とした。

2. 調査方法

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、依頼状に 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とみなした。

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。

調査票は神奈川県立保健福祉大学内事務局において収集後、電子媒体にデータ入力し、研究協力者の協力を得て解析し、SPSSver. 17.0 を用いて基本集計をおこなった。

3. 倫理的配慮

本調査は連結可能匿名化による自由意思に基づいた調査であり、神奈川県立保健福祉大学倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 結果

1. 回収状況

施設別のアンケート回収数は、特養 380 (25.0%)、老健 195 (20.7%)、療養病床 108 (9.5%)、総回収数 683 (19.0%) であった (表 C-1)。

2. 回答者について

特養、老健ともに、回答者の 7 割以上が「管理栄養士」であった。特養では「看護師」が約 1.6 割程度、その他の職種が回答した施設が約 1.2 割程度、「介護士」が約 0.5 割であった。老健では「看護師」が約 1.9 割程度、その他の職種が回答した施設が約 0.7 割程度であった。一方、

療養病床では回答者の約 7.7 割程度が「管理栄養士」であり、「看護師」が 3 割以上、その他の職種が回答した施設が約 0.5 割程度であった (表 C-2)。

3. 施設の種類について

特養では、9 割以上が「社会福祉法人」であり、「医療法人」は約 0.1 割程度であった。老健では、6 割以上が「医療法人」であり、「社会福祉法人」が 2 割以上であった。一方、療養病床では 7 割以上が「医療法人」であり、「その他」が約 2 割程度であった (表 C-3)。

4. 施設・病院の特性について

特養の平均定員数は、72.3 (SD26.4) 名、平均要介護度 3.9 (SD0.3)、入所者の平均年齢 85.9 (SD1.9) 歳、老健の平均定員数 85.3 (SD24.7) 名、平均要介護度 3.3 (SD0.4)、入所者の平均年齢 85.2 (SD2.0) 歳であった。一方、療養病床では入所患者の平均定員数 65.1 (SD61.1) 名、平均要介護度 4.1 (SD0.6)、入院患者の平均年齢 81.8 (SD4.5) 歳であった (表 C-4)。

5. 介護保険施設における関連加算算定状況

看取りならびに栄養ケア・マネジメント関連の加算算定は、特養において看取り加算 34.7% (n=132)、栄養マネジメント加算 81.8% (n=311)、経口移行加算 10.0% (n=38)、経口維持加算 I 5.3% (n=20)、経口維持加算 II 14.2% (n=54)、一方、老健においては、看取り加算 23.6% (n=46)、栄養マネジメント加算 94.9% (n=185)、経口移行加算 15.9% (n=31)、経口維持加算 I 4.1% (n=8)、経口維持加算 II 29.2% (n=57) の施設で算定されていた

(表 C-5-1)。

看取りならびに栄養ケア・マネジメント関連の加算を算定していると回答した施設のうち、各加算の100床当たりの平均算定件数は、特養では看取り加算 2.8 (SD10.2) 件、栄養マネジメント加算 283.8 (SD715.8) 件、経口移行加算 5.2 (SD17.3) 件、経口維持加算 I 5.0 (SD7.0) 件、経口維持加算 II 30.2 (SD107.1) 件であった。老健では、看取り加算 1.1 (SD1.1) 件、栄養マネジメント加算 414.4 (SD891.3) 件、経口移行加算 5.7 (SD17.5) 件、経口維持加算 I 3.9 (SD4.6) 件、経口維持加算 II 21.2 (SD47.7) 件であった (表 C-5-2)。

6. 特養における医師の配置について

特養における医師の配置は「常勤」が 6.6% (n=25)、「非常勤」が 90.5% (n=344) であった (表 C-6)。

7. 最後まで経口摂取を継続して施設において看取った経験について

最後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

73.9% (n=281)、老健で 52.8% (n=103)、療養病床で 57.4% (n=62) であった (表 C-7)。

8. 胃瘻 (PEG)、経鼻栄養法、中心静脈栄養法ならびに看取りの段階としての対応を行っている者の100床当たりの平均人数(調査日)について

調査日における胃瘻 (PEG)、経鼻栄養法、中心静脈栄養法ならびに看取りの段階としての対応を行っている者の100床当たりの平均人数は、特養では胃瘻 (PEG) 16.9 (SD66.3) 人、経鼻栄養法 2.2 (SD5.0) 人、中心静脈栄養法 0 (SD0.3) 人、看取りの段階としての対応 3.4 (SD19.0) 人であった。老健では胃瘻 (PEG) 6.5 (SD5.8) 人、経鼻栄養法 1.2 (SD2.7) 人、中心静脈栄養法 0 (SD0.2) 人、看取りの段階としての対応 1.2 (SD2.2) 人であった。一方、療養病床では胃瘻 (PEG) 32.0 (SD31.7) 人、経鼻栄養法 12.9 (SD12.5) 人、中心静脈栄養法 9.4 (SD24.9) 人、看取りの段階としての対応 6.2 (SD22.3) 人であった (表 C-8)。

表 C-1 実態調査における施設種別回収率

	発送数	回収数	回収率
	n	n	%
介護老人福祉施設(特養)	1,517	380	25.0
介護老人保健施設(老健)	941	195	20.7
医療療養病床(療養病床)	1,134	108	9.5
合計	3,592	683	19.0

表 C-2 介護保健施設、療養病床における回答者

	介護老人福祉施設 n=380		介護老人保健施設 n=195		医療療養病床 n=108	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
管理栄養士	292	76.8	165	84.6	83	76.9
看護師	62	16.3	37	19.0	34	31.5
その他	46	12.1	14	7.2	5	4.6
介護士	19	5.0	0	0.0	0	0.0

表 C-3 施設の種類

	介護老人福祉施設 n=380		介護老人保健施設 n=195		医療療養病床 n=108	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
医療法人	4	1.1	121	62.1	83	76.9
社会福祉法人	364	95.8	45	23.1	1	0.9
その他	10	2.6	28	14.4	23	21.3
無回答	2	0.5	1	0.5	1	0.9

表 C-4 施設・病院の特性

	介護老人福祉施設					介護老人保健施設					医療療養病床				
	n	mean	(SD)	min	max	n	mean	(SD)	min	max	n	mean	(SD)	min	max
入院高齢者数	364	72.3	(26.4)	28	189	190	85.3	(24.7)	39	188	101	65.1	(61.1)	5	377
平均要介護度	354	3.9	(0.3)	2.80	4.70	188	3.3	(0.4)	2.00	4.54	66	4.1	(0.6)	1.00	5.00
平均年齢	349	85.9	(1.9)	78.6	91.0	185	85.2	(2.0)	80.0	91.4	101	81.8	(4.5)	66.5	95.0

表 C-5-1 看取りならびに栄養ケア・マネジメント関連の加算算定施設数

	介護老人福祉施設 n=380		介護老人保健施設 n=195	
	n	(%)	n	(%)
看取り加算	132	34.7	46	23.6
栄養マネジメント加算	311	81.8	185	94.9
経口移行加算	38	10.0	31	15.9
経口維持加算 I	20	5.3	8	4.1
経口維持加算 II	54	14.2	57	29.2

表 C-5-2 看取りならびに栄養ケア・マネジメント関連の加算算定件数 (100床当たり)

	介護老人福祉施設					介護老人保健施設				
	n	mean	(SD)	min	max	n	mean	(SD)	min	max
看取り加算数	112	2.8	(10.2)	.0	102.0	42	1.1	(1.1)	.0	4.3
栄養マネジメント加算数	272	283.8	(715.8)	62.5	3326.1	154	414.4	(891.3)	73.5	3364.0
経口移行加算数	35	5.2	(17.3)	.0	94.9	30	5.7	(17.5)	.0	93.9
経口維持加算Ⅰ数	20	5.0	(7.0)	.0	24.0	8	3.9	(4.6)	.0	12.7
経口維持加算Ⅱ数	48	30.2	(107.1)	.0	751.0	53	21.2	(47.7)	.0	338.9

表 C-6 特養における医師の配置状況

	介護老人福祉施設	
	n=380	
	n	(%)
常勤	25	6.6
非常勤	344	90.5
無回答	11	2.9

表 C-7 最後まで経口摂取を継続して施設において看取った経験

	介護老人福祉施設		介護老人保健施設		医療療養病床	
	n=380		n=195		n=108	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
あり	281	73.9	103	52.8	62	57.4
なし	24	6.3	20	10.3	1	0.9
無回答	75	19.7	72	36.9	45	41.7

表 C-8 胃瘻 (PEG)、経鼻栄養法、中心静脈栄養法、看取りの段階としての対応を行っている者

	介護老人福祉施設					介護老人保健施設					医療療養病床				
	n	mean	(SD)	min	max	n	mean	(SD)	min	max	n	mean	(SD)	min	max
胃瘻(PEG)	364	16.9	(66.3)	.0	900.0	184	6.5	(5.8)	.0	32.1	97	32.0	(31.7)	.0	250.0
経鼻栄養法	357	2.2	(5.0)	.0	50.0	178	1.2	(2.7)	.0	17.9	96	12.9	(12.5)	.0	55.4
中心静脈栄養	345	0.0	(0.3)	.0	4.5	177	0.0	(0.2)	.0	2.2	96	9.4	(24.9)	.0	225.0
看取りの段階として対応	343	3.4	(19.0)	.0	250.0	174	1.2	(2.2)	.0	15.4	73	6.2	(22.3)	.0	160.0

9. 過去1年間の経腸栄養法利用と看取りに関する状況について

過去1年間の利用者・患者の経腸栄養法利用と看取りに関する状況について、各該当者の人数は以下のとおりであった。

特養 380 施設、入所定員合計数 27811 人のうち「入院時（入所時）にすでに胃瘻（PEG）であった者」3.1%（852 人）、「入院時（入所時）にすでに経鼻栄養であった者」0.4%（119 人）、「入所中に病院に入院し、胃瘻（PEG）を造設して施設に再入所した者」3.1%（868 人）、「入院中に自施設で胃瘻（PEG）を造設した者」0.2%（119 人）、「施設において看取った者」7.5%（2094 人）、「施設から病院に移行してその後死亡した者」5.7%（1588 人）、「施設から自宅に移行してその後死亡した者」0.1%（17 人）であり、老健 195 施設、入所定員合計数 17901 人のうち「入院時（入所時）にすでに胃瘻（PEG）であった者」6.7%（1199 人）、「入院時（入所時）にすでに経鼻栄養であった者」1.0%（182 人）、「入所中に病院に入院し、胃瘻（PEG）を造設して施設に再入所した者」1.7%（310 人）、「入院中に自施設で胃瘻（PEG）を造設した者」0.1%（9 人）、「施設において看取った者」3.7%（666 人）、「施設から病院に移行してその後死亡した者」4.1%（741 人）、「施設から自宅に移行してその後死亡した者」0.3%（50 人）であった。一方、療養病床においては 108 施設、入所定員合計数 7197 人のうち「入院時（入所時）にすでに胃瘻（PEG）であった者」17.7%（1271 人）、「入院時（入所時）にすでに経鼻栄養であった者」7.8%（562 人）、「入所中に病院に入院し、胃瘻（PEG）を造設して施設に再入所した者」

1.3%（94 人）、「入院中に自施設で胃瘻（PEG）を造設した者」3.3%（234 人）、「施設において看取った者」27.1%（1949 人）、「施設から病院に移行してその後死亡した者」5.0%（7197 人）、「施設から自宅に移行してその後死亡した者」0.1%（6 人）であった（表 C-9-1）。

看取った者の栄養補給方法の状況について、特養では「施設において看取った者」は 2094 人、そのうち最期まで経口摂取を継続して看取った者（経口摂取をあきらめずに、たとえ少しでも経口摂取してもらうことができた者をいう）の殆どが、「経口摂取のみ」（末梢点滴は併用可）71.8%（1504 人）であり、その他「経口と胃瘻（PEG）を併用」1.4%（29 人）、「経口と経鼻栄養を併用」0.6%（13 人）であった。「胃瘻（PEG）のみであった者」は 11.8%（248 人）、「中心静脈栄養法のみであった者」は 1.3%（27 人）であった。老健では「施設において看取った者」は 666 人、そのうち最期まで経口摂取を継続して看取った者（経口摂取をあきらめずに、たとえ少しでも経口摂取してもらうことができた者をいう）の殆どが、「経口摂取のみ」（末梢点滴は併用可）68.5%（456 人）であり、その他「経口と胃瘻（PEG）を併用」0.9%（6 人）、「経口と経鼻栄養を併用」0.8%（5 人）であった。「胃瘻（PEG）のみであった者」は 12.9%（86 人）、「中心静脈栄養法のみであった者」は 1.5%（10 人）であった。一方、療養病床においては「施設において看取った者」は 1949 人、そのうち最期まで経口摂取を継続して看取った者（経口摂取をあきらめずに、たとえ少しでも経口摂取してもらうことができた者をいう）は、「経口摂取のみ」（末梢

点滴は併用可)18.1% (352 人) であり、その他「経口と胃瘻 (PEG) を併用」1.3% (26 人)、「経口と経鼻栄養を併用」1.6% (31 人) であった。「胃瘻 (PEG) のみであった者」は 13.9% (270 人)、「中心静脈栄養法のみであった者」は 24.8% (483 人) であった (表 C-9-2)。

10. 患者・入所者の終末期を判断する時期について

患者・入所者の終末期を判断する時期について、特養では「積極的な治療的医療を行わない状況」63.9%、「嚥下困難・障害が頻回に見られるようになった時」58.4%、「日常的な食事摂取量が一定の量以下になった時」52.4%、「上記以外の病態の変化」34.2%、「体重減少率が増加してきた場合」32.1%、「体重増加が期待できなくなった場合」8.4%などであり、

老健では、「積極的な治療的医療を行わない状況」59.0%、「嚥下困難・障害が頻回見られるようになった時」49.7%、「日常的な食事摂取量が一定の量以下になった時」48.7%、「上記以外の病態の変化」38.5%、

「体重減少率が増加してきた場合」31.8%、「体重増加が期待できなくなった場合」8.7%などであった。一方、療養病床では「積極的な治療的医療を行わない状況」58.3%、「上記以外の病態の変化」48.1%、「嚥下困難・障害が頻回見られるようになった時」41.7%、「日常的な食事摂取量が一定の量以下になった時」32.4%、「体重減少率が増加してきた場合」19.4%、「体重増加が期待できなくなった場合」11.1%などによって判断されていた (表 C-10)。

11. 終末期の判断を行う職種等について (複数回答可)

終末期の判断について、特養では「医師」90.3%、「看護師」42.4%、「家族」18.2%などによって行われており、老健では、「医師」85.1%、「看護師」29.2%、「家族」12.8%などによって行われていた。療養病床では、「医師」91.7%、「看護師」27.8%、「家族」14.8%などによって行われており、3 施設種ともに医師、看護師によって行われていた (表 C-11)。

表 C-9-1 過去1年間の利用者・患者に関する状況

	介護老人福祉施設 (定員合計 27811人中)		介護老人保健施設 (定員合計 17901人中)		医療療養病床 (定員合計 7197人中)	
	(人)	%	(人)	%	(人)	%
入院時(入所時)にすでに胃瘻(PEG)	852	3.1	1199	6.7	1271	17.7
入院時(入所時)にすでに経鼻栄養	119	0.4	182	1.0	562	7.8
胃瘻(PEG)を造設して施設に再入所	868	3.1	310	1.7	94	1.3
入院中に自施設で胃瘻(PEG)を造設した者	61	0.2	9	0.1	234	3.3
施設において看取った者	2094	7.5	666	3.7	1949	27.1
施設から病院に移行してその後死亡した者	1588	5.7	741	4.1	359	5.0
施設から自宅に移行してその後死亡した者	17	0.1	50	0.3	6	0.1

表 C-9-2 過去1年間で施設において看取った者の栄養補給方法の状況

	介護老人福祉施設 (定員合計 27811人中)		介護老人保健施設 (定員合計 17901人中)		医療療養病床 (定員合計 7197人中)	
	(人)	%	(人)	%	(人)	%
	施設において看取った者	2094	7.5	666	3.7	1949
経口摂取のみ*	1504	71.8	456	68.5	352	18.1
経口と胃瘻(PEG)を併用	29	1.4	6	0.9	26	1.3
経口と経鼻栄養を併用	13	0.6	5	0.8	31	1.6
胃瘻(PEG)のみであった者	248	11.8	86	12.9	270	13.9
中心静脈栄養法のみであった者	27	1.3	10	1.5	483	24.8
無回答	273	13.0	103	15.5	787	40.4

*末梢点滴は併用可

表 C-10 患者・入所者の終末期を判断する時期

	介護老人福祉施設 n=380		介護老人保健施設 n=195		医療療養病床 n=108	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
	日常的な食事摂取量が一定の量以下になった時	199	52.4	95	48.7	35
嚥下困難・障害が頻回見られるようになった時	222	58.4	97	49.7	45	41.7
体重減少率が増加してきた場合	122	32.1	62	31.8	21	19.4
体重増加が期待できなくなった場合	32	8.4	17	8.7	12	11.1
上記以外の病態の変化	130	34.2	75	38.5	52	48.1
積極的な治療的医療を行わない状況	243	63.9	115	59.0	63	58.3
その他	64	16.8	32	16.4	8	7.4

表 C-11 終末期の判断を行う職種等

	介護老人福祉施設 n=380		介護老人保健施設 n=195		医療療養病床 n=108	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
	医師	343	90.3	166	85.1	99
看護師	161	42.4	57	29.2	30	27.8
管理栄養士	19	5.0	7	3.6	2	1.9
介護職	45	11.8	12	6.2	4	3.7
家族	69	18.2	25	12.8	16	14.8
特に決まっていない	27	7.1	18	9.2	5	4.6
その他	4	1.1	0	0.0	0	0.0

1.2. 終末期全般についての希望・意思を

本人・家族への確認の有無について

終末期全般についての希望・意思を本人・家族へ確認している施設は、特養で88.9% (n=338)、老健で79.0% (n=154)、療養病床で91.7% (n=99)であり、3施設種ともに9割前後の施設において本人・家族の希望・意思の確認が行われていた(表C-12)。

1.3. 胃瘻の造設の実施に関する決定について

胃瘻の造設の実施に関する決定について、特養では「医師が他職種等と相談のうえ決定している」67.9%、「胃瘻の造設を決定することはない」21.8%などであり、老健では「医師が他職種等と相談のうえ決定している」61.0%、「胃瘻の造設を決定することはない」26.7%などであった。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 87.0%を占めていた(表 C-13-1)。いずれの施設種においても医師が単独での決定は極めて少なかったものの委員会で決定されている施設も殆どなかった。

医師が他職種等と相談の上、胃瘻の造設を決定している時のメンバーについては、特養では「家族」98.1%、「看護師」63.6%、「介護支援専門員」35.3%、「管理栄養士」20.2%、「他の医師」12.8%などであり、老健では「家族」99.2%、「看護師」77.3%、「介護支援専門員」38.7%、「管理栄養士」35.3%、「他の医師」21.0%、「言語聴覚士」20.2%などであった。一方、療養病床では「家族」97.9%、「看護師」63.8%、「言語聴覚士」27.7%、「管理栄養士」25.5%、「他の医師」23.4%、「介護支援専門員」13.8%などであった(表 C-13-2)。

胃瘻の造設の実施に関する決定を医師が他職種と相談している施設は未だ 6 割程度であり、その殆どの相談は家族、看護師と行われ、介護支援専門員、管理栄養士、言語聴覚士が決定のための相談に参加している施設は未だ少なかった。

1 4. 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・希望の確認について

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・希望の確認を行っている施設は、特養では 89.5% (n=340)、老健では 81.0% (n=158)、療養病床では 93.5% (n=101)であった(表 C-14-1)。しかし、文書で承諾・署名をとっている施設は、特養では 44.5% (n=169)、老健では 32.8% (n=64)、療養病床では 31.5% (n=34) と 3 分の 1 程度であった(表 C-14-2)。

本人・家族への意思・希望の確認を行う時期は、特養では「入院・入所後の病態の変化に応じて」68.7%、「入院・入所時/入院時ならびに入所後の病態の変化に応じて」9.2%、「入院・入所時」4.2%などであり、老健では「入院・入所後の病態の変化に応じて」69.2%、「入院・入所時ならびに入院・入所後の病態の変化に応じて」4.1%などであった。一方、療養病床では「入院・入所後の病態の変化に応じて」67.8%、「入院・入所時」11.1%、「入院・入所時ならびに入院・入所後の病態の変化に応じて」9.3%などであり、3 施設種ともに入院・入所後の病態の変化時に栄養補給法に関する本人・家族への意思・希望の確認が 7 割程度の施設において行われていたが、入院・入所時に栄養補給法に関する本人・家族への意思・希望の確認が行われていた施設は約 3 割程度であった(表 C-14-3)。

1 5. 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、本人の意思・希望の確認について

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、本人の意思・希望の確認について、特養では「保証人(家族) 81.3%、「患者・利用者本人」34.2%、「法廷代理人(後見人を含む)」7.4%であり、老健では「保証人(家族) 66.7%、「患者・利用者本人」28.7%、「法廷代理人(後見人を含む)」1.5%であった。一方、療養病床では「保証人(家族) 79.6%、「患者・利用者本人」44.4%、「法廷代理人(後見人を含む)」5.6%であった(表 C-15-1)。

「患者・利用者本人」と回答した施設において、本人の意思の確認方法については、特養では「本人に直接」70.0%、「以前の本人

人の発言」50.8%、「以前の本人の文書」6.2%などであり、老健では「本人に直接」75.0%、「以前の本人の発言」42.9%、「以前の本人の文書」8.9%などであった。療養病床では「本人に直接」77.1%、「以前の本人の発言」37.5%、「以前の本人の文書」10.4%などであった(表 C-15-2)。終末期において食べられなくなったときの栄養補給法についての本人の意志や希望の確認に、以前の本人の文書や法定代理人(後見人を含む)が活用されている施設は未だ少なかった(表 C-15-2)。

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、本人の意思・希望の確認をするときに参加する職種について、特養では「看護師」80.3%、「生活相談員」62.4%、「介護職」58.4%、「介護支援専門員」58.2%、「管理栄養士」56.6%、「医師」55.8%などであり、老健では「看護師」69.2%、「医師」66.7%、「管理栄養士」43.6%、

「介護支援専門員」40.0%、「介護職」35.9%、「生活相談員」26.2%などであった。一方、療養病床では「医師」87.0%、「看護師」86.1%、「管理栄養士」38.9%、「介護職」20.4%、「介護支援専門員」17.6%、「生活相談員」8.3%などであり、3職種ともに看護師が8割以上であり、医療系の老健や療養病床では医師が参加していたが、管理栄養士等の他職種が参加している施設は特養では6割を下回り、医療系の老健、療養病床では4割程度と少なかった。(表 C-15-3)。

なお、患者・利用者本人の健康な時期(意思表示可能な時期)に、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の意思確認の必要性について、必要があると回答した施設は、特養で77.1%(n=293)、老健で73.3%(n=143)、療養病床で80.6%(n=87)と高い割合であった(表 C-15-4)。

表 C-1 2 終末期全般についての希望・意思を本人・家族への確認の有無

	介護老人福祉施設 n=380		介護老人保健施設 n=195		医療療養病床 n=108	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
確認している	338	88.9	154	79.0	99	91.7
確認していない	33	8.7	26	13.3	2	1.9

表 C-1 3-1 胃瘻の造設の実施に関する決定方法

	介護老人福祉施設 n=380		介護老人保健施設 n=195		医療療養病床 n=108	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
医師が単独で決定	13	3.4	2	1.0	4	3.7
医師が他職種等と相談のうえ決定している	258	67.9	119	61.0	94	87.0
委員会で決定している	1	0.3	0	0.0	1	0.9
胃瘻の造設を決定することはない	83	21.8	52	26.7	3	2.8
その他	29	7.6	17	8.7	2	1.9

表 C-1 3-2 医師が他職種等と相談のうえで胃瘻の造設を決定している時のメンバー

	介護老人福祉施設		介護老人保健施設		医療療養病床	
	n=258		n=195		n=108	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
家族(保証人・法廷代理人含む)	253	98.1	118	99.2	92	97.9
他の医師	33	12.8	25	21.0	22	23.4
看護師	164	63.6	92	77.3	60	63.8
管理栄養士	52	20.2	42	35.3	24	25.5
介護支援専門員	91	35.3	46	38.7	13	13.8
理学療法士	3	1.2	13	10.9	8	8.5
作業療法士	3	1.2	11	9.2	6	6.4
言語聴覚士	2	0.8	24	20.2	26	27.7
その他	51	19.8	19	16.0	10	10.6

表 C-1 4-1 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・希望の確認の有無

	介護老人福祉施設		介護老人保健施設		医療療養病床	
	n=380		n=195		n=108	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
行っている	340	89.5	158	81.0	101	93.5
行っていない	33	8.7	26	13.3	3	2.8

表 C-1 4-2 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・希望の確認時の文書による承諾・署名の有無

	介護老人福祉施設		介護老人保健施設		医療療養病床	
	n=380		n=195		n=108	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
とっている	169	44.5	64	32.8	34	31.5
とっていない	150	39.5	87	44.6	59	54.6
無回答	61	16.1	44	22.6	15	13.9

表 C-1 4-3 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・希望の確認を行う時期

	介護老人福祉施設		介護老人保健施設		医療療養病床	
	n=380		n=195		n=108	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
入院・入所時	16	4.2	3	1.5	12	11.1
入院・入所後の病態の変化に応じて	261	68.7	135	69.2	73	67.6
その他	11	2.9	5	2.6	1	0.9
入院・入所時/入院・入所後の病態の変化に応じて	35	9.2	8	4.1	10	9.3
入院・入所時/その他	3	0.8	0	0.0	0	0.0
入院・入所後の病態の変化に応じて/その他	1	0.3	2	1.0	0	0.0
入院・入所時/入院・入所後の病態の変化に応じて/その他	5	1.3	1	0.5	1	0.9
無回答	48	12.6	41	21.0	11	10.2

表 C-15-1 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、本人の意思・希望の確認

	介護老人福祉施設 n=380		介護老人保健施設 n=195		医療療養病床 n=108	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
患者・利用者本人	130	34.2	56	28.7	48	44.4
保証人(家族)	309	81.3	130	66.7	86	79.6
法廷代理人(後見人を含む)	28	7.4	3	1.5	6	5.6

表 C-15-2 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、本人の意思・希望の確認方法

	介護老人福祉施設 n=130		介護老人保健施設 n=56		医療療養病床 n=48	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
本人に直接	91	70.0	42	75.0	37	77.1
以前の本人の発言	66	50.8	24	42.9	18	37.5
以前の本人の文書	8	6.2	5	8.9	5	10.4
その他	5	3.8	1	1.8	3	6.3

表 C-15-3 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、本人の意思・希望の確認をするときに参加する職種

	介護老人福祉施設 n=380		介護老人保健施設 n=195		医療療養病床 n=108	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
医師	212	55.8	130	66.7	94	87.0
看護師	305	80.3	135	69.2	93	86.1
管理栄養士	215	56.6	85	43.6	42	38.9
介護職	222	58.4	70	35.9	22	20.4
生活相談員	237	62.4	51	26.2	9	8.3
介護支援専門員	221	58.2	78	40.0	19	17.6
特に決まっていない	37	9.7	16	8.2	6	5.6
その他	48	12.6	21	10.8	15	13.9

表 C-15-4 患者・利用者本人の健康な時期(意思表示可能な時期)に、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の意思確認の必要性

	介護老人福祉施設 n=380		介護老人保健施設 n=195		医療療養病床 n=108	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
必要がある	293	77.1	143	73.3	87	80.6
必要がない	27	7.1	20	10.3	7	6.5
その他	55	14.5	28	14.4	8	7.4

16. 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）で看取った患者・入所者のうち代表的なケースの終末期における状態について

(1) 最期まで経口摂取での看取りを含む栄養補給方法について、本人の意思・希望の確認時期について

以下の結果は、過去1年以内に最期まで経口摂取で看取った利用者・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に対する回答の集計結果である。

終末期における最期まで経口摂取での看取りを含む栄養補給方法について、本人の意思・希望の確認時期について、特養では「入院・入所後の病態の変化に応じて」73.0%、「入院・入所時」12.8%などであり、老健では「入院・入所後の病態の変化に応じて」78.6%、「入院・入所時」4.9%などであった。療養病床では「入院・入所後の病態の変化に応じて」69.4%、「入院・入所時」12.9%などであり、上記の施設における回答の状況と同様であった（表C-16-1）。

(2) 最期まで経口摂取での看取りを含む栄養補給方法について、本人の意思・希望の確認を行った相手について

最期まで経口摂取での看取りを含む栄養補給方法について、本人の意思・希望の確認を行った相手について、特養では「保証人（家族）」77.9%、「患者・利用者本人」31.3%、「法廷代理人（後見人を含む）」3.2%であり、老健では「保証人（家族）」71.8%、「患者・利用者本人」32.0%、「法廷代理人（後見人を含む）」1.0%であった。一方、療養病床では「保証人（家族）」56.5%、「患

者・利用者本人」51.6%、「法廷代理人（後見人を含む）」1.6%であり、上記の施設における回答と同様であった（表C-16-2）。(3) 患者・利用者本人への確認方法について患者・利用者本人への確認を行っているとは回答した施設における確認方法について、特養では「本人に直接」70.5%、「以前の本人の発言」38.6%、「以前の本人の文書」2.3%などであり、老健では「本人に直接」69.7%、「以前の本人の発言」39.4%、「以前の本人の文書」3.0%などであった。療養病床では「本人に直接」75.0%、「以前の本人の発言」25.0%、「以前の本人の文書」3.1%などであり、上記の施設における回答の状況と同様であった（表C-16-3）。

(4) 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について

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を行った施設は、特養では89.0%（n=250）、老健では86.4%（n=89）、療養病床では80.6%（n=50）であった（表C-16-4）。

(5) 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について

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について情報を得た施設は、特養では88.3%（n=248）、老健では85.4%（n=88）、療養病床では83.9%（n=52）であった（表C-16-5）。

情報を得た施設において、誰から情報を得たかについて、特養では「保証人（家族）」80.6%、「患者・利用者本人」62.9%、「法廷代理人（後見人を含む）」3.6%であり、老健では「保証人（家族）」68.9%、「患者・

利用者本人」59.1%、「法廷代理人（後見人を含む）」1.0%であった。一方、療養病床では「患者・利用者本人」71.2%、「保証人（家族）」69.2%、「法廷代理人（後見人を含む）」3.8%であった（表 C-16-6）。

情報を得た職種については、特養では「介護職」75.8%、「看護師」49.6%、「管理栄養士」41.1%、「医師」2.4%、「事務職」1.2%であり、老健では「介護職」59.1%、「看護師」59.1%、「管理栄養士」51.1%、「医師」11.4%、「事務職」2.3%であった。療養病床では「看護師」67.3%、「管理栄養士」48.1%、「介護職」30.8%、「医師」11.5%、「事務職」1.9%であった（表 C-16-7）。

(6) 食事介助の状況について

食事介助の状況について、特養では「職員による全介助」85.8%、「家族による全介助」22.1%、「職員による半介助」10.3%、「家族による半介助」7.1%であり、老健では「職員による全介助」77.7%、「家族による全介助」29.1%、「職員による半介助」19.4%、「家族による半介助」12.6%であった。療養病床では「職員による全介助」71.0%、「家族による全介助」25.8%、「職員による半介助」21.0%、「家族による半介助」14.5%であった（表 C-16-8）。

(7) 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について

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について、特養では「嚥下状態」71.9%、「嗜好」65.1%、「患者・入所者の希望」51.6%、「家族の希望」51.6%、「脱水状況」42.0%、「医師等の指示」26.7%であり、老健では「嚥下状態」62.1%、「嗜好」60.2%、「家

族の希望」50.5%、「患者・入所者の希望」45.6%、「脱水状況」36.9%、「医師等の指示」29.1%であった。療養病床では「嚥下状態」67.7%、「嗜好」58.1%、「患者・入所者の希望」51.6%、「家族の希望」45.2%、「脱水状況」32.3%、「医師等の指示」24.2%であった（表 C-16-9）。

(8) 栄養ケア計画について

栄養ケア計画について、ご家族に署名を頂く際の説明を行った職種に関しては、特養では「管理栄養士」44.5%、「介護支援専門員」35.9%、「生活相談員」14.9%、「看護師」7.1%、「介護職」6.8%、「医師」2.1%であり、老健では「管理栄養士」41.7%、「介護支援専門員」35.0%、「看護師」10.7%、「生活相談員」6.8%、「介護職」3.9%、「医師」3.9%であった。一方、療養病床では「管理栄養士」33.9%、「看護師」27.4%、「介護支援専門員」21.0%、「医師」14.5%、「生活相談員」4.8%、「介護職」3.2%、であった（表 C-16-10）。

ご家族に署名を頂く際の説明を行った時期については、特養では「終末期と判断された時点」35.6%、「終末期の判断後」18.1%、「入所～終末期以前」16.0%、「入所前～入所時」13.5%であり、老健では「終末期と判断された時点」35.9%、「終末期の判断後」20.4%、「入所～終末期以前」20.4%、「入所前～入所時」10.7%であった。一方、療養病床では「入所前～入所時」27.4%、「入所～終末期以前」25.8%、「終末期と判断された時点」22.6%、「終末期の判断後」8.1%、であった（表 C-16-11）。

(9) 栄養ケア計画を立てる際に相談した職種について

栄養ケア計画を立てる際に相談した職種に

については、特養では「看護師」83.0%、「介護職」72.2%、「介護支援専門員」68.3%、「生活相談員」49.1%、「管理栄養士」30.9%、「医師」29.6%であり、老健では「看護師」86.3%、「介護職」60.0%、「医師」56.3%、「介護支援専門員」51.3%、「管理栄養士」28.8%、「生活相談員」18.8%であった。一方、療養病床では「看護師」97.7%、「管理栄養士」50.0%、「医師」47.7%、「介護職」29.5%、「介護支援専門員」27.3%、「生活相談員」4.5%であった（表 C-16-12）。モニタリングの情報収集源について

モニタリングの情報収集源について、特養では「介護記録」80.1%、「申し送り」53.0%、「看護記録」49.1%、「家族からの情報」28.8%、「医師の診察」23.5%、「カルテ」14.6%であり、老健では「介護記録」63.1%、「カルテ」59.2%、「看護記録」56.3%、「申し送り」50.5%、「家族からの情報」32.0%、「医師の診察」28.2%であった。一方、療養病床では「看護記録」75.8%、「カルテ」69.4%、「申し送り」45.2%、「家族からの情報」38.7%、「介護記録」25.8%、「医師の診察」24.2%であった（表 C-16-13）。

(10) 終末期の栄養ケア・マネジメントについて

最期まで経口摂取で看取った代表的な事例についての、終末期の栄養ケア・マネジメントについて、「体重の測定を行っていた」は、特養で70.5%（n=198）、老健で74.8%（n=77）、療養病床で72.6%（n=45）であった。しかし、「体重の増加を目標にするのは中止した」は、特養で80.1%（n=225）、老健で71.8%（n=74）、療養病床で77.4%（n=48）、「血清アルブミン値の改善を目標

にするのは中止した」は、特養で77.9%（n=219）、老健で69.9%（n=72）、療養病床で67.7%（n=42）、「食事摂取量の増加を目標にするのは中止した」は、特養で76.9%（n=216）、老健で61.2%（n=63）、療養病床で64.5%（n=40）であった。一方、「少しでも食べられることを目標にした」は、特養で83.3%（n=234）、老健で84.5%（n=87）、療養病床で82.3%（n=51）、「栄養補助食品等を提供した」は、特養で85.4%（n=240）、老健で86.4%（n=89）、療養病床で69.4%（n=43）であった。しかし、「毎日、個別の食品や食事の作成を調理スタッフに指示した」は、特養で49.8%（n=140）、老健で47.6%（n=49）、療養病床で41.9%（n=26）であった。また、「終末期の約束食事箋のようなものがあつた」は、特養で8.9%（n=25）、老健で7.8%（n=8）、療養病床で4.8%（n=3）であった。

「その他、重点的にアセスメントした内容（項目）があつた」は、特養で27.0%（n=76）、老健で26.2%（n=27）、療養病床で19.4%（n=12）と少なく、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」は、特養で52.3%（n=147）、老健で50.5%（n=52）、療養病床で33.9%（n=21）と半数から3割程度であった。「栄養ケア内容で、計画立案の際に気をつけたことが具体的にあつた」は、特養で59.4%（n=167）、老健で68.0%（n=70）、療養病床で58.1%（n=36）であった。また、「計画を立てる際、相談した職種があつた」は、特養で81.9%（n=230）、老健で77.7%（n=80）、療養病床で71.0%（n=44）であったが、「モニタリング結果の共有をしていた」は、特養で66.9%（n=188）、老健で68.9%（n=71）、

療養病床で 59.7% (n=37)、「モニタリングの状況を家族に伝えた」は、特養で 59.8% (n=168)、老健で 60.2% (n=62)、療養病床で 48.4% (n=30)であった。「家族の満足感は得られた」は、特養で 76.9% (n=216)、老健で 82.5% (n=85)、療養病床で 62.9% (n=39)であった。「食事提供に関して、家族と意見は一致した」は、特養で 83.6% (n=235)、老健で 84.5% (n=87)、療養病床で 72.6% (n=45)であった。「食事提供に関して、他職種と意見は一致した」は、特養で 87.5% (n=246)、老健で 86.4% (n=89)、療養病床で 83.9% (n=52)であった (表 C-16-14)。

(11) 終末期の栄養ケア・マネジメントに関する各ケア項目を実施する頻度について

終末期の栄養ケア・マネジメントに関する各ケア項目を実施する頻度について、患者・入所者の食事の様子の観察を行う頻度について、特養では「ほぼ毎日」64.1%、「1週間に4~5回」15.3%、「1週間に2~3回」8.9%、「1週間に1回」2.8%、「それ以下」1.1%であり、老健では「ほぼ毎日」54.4%、「1週間に4~5回」18.4%、「1週間に2~3回」12.6%、「1週間に1回」1.9%、「それ以下」1.0%であった。一方、療養病床では「ほぼ毎日」50.0%、「1週間に2~3回」14.5%、「1週間に4~5回」12.9%、「1週間に1回」9.7%、「それ以下」1.6%であった。

家族の食事に対する意向を伺う頻度について、特養では「1ヶ月に1回以下」26.7%、「1週間に1回」22.8%、「1週間に数回」18.1%、「2週間に1回」17.4%であり、老健では「1ヶ月に1回以下」34.0%、「1週間に数回」27.2%、「2週間に1回」14.6%、

「1週間に1回」11.7%であった。一方、療養病床では「1ヶ月に1回以下」33.9%、「1週間に数回」17.7%、「1週間に1回」16.1%、「2週間に1回」14.5%、であった。

利用者の食事や栄養ケアの状況について、看護職・介護職に情報提供を行う頻度について、特養では「1週間に数回」52.7%、「1週間に1回」13.2%、「2週間に1回」10.0%、「1ヶ月に1回以下」9.6%、「毎日」2.1%であり、老健では「1週間に数回」39.8%、「1週間に1回」18.4%、「1ヶ月に1回以下」13.6%、「2週間に1回」10.7%、「毎日」1.9%であった。一方、療養病床では「1週間に数回」35.5%、「2週間に1回」19.4%、「1週間に1回」12.9%、「1ヶ月に1回以下」11.3%、「毎日」1.6%であった。

利用者の食事や栄養ケアの状況について看護職・介護職から情報提供を、行う頻度について、特養では「1週間に数回」63.0%、「1週間に1回」12.1%、「2週間に1回」6.0%、「毎日」3.9%、「1ヶ月に1回以下」3.6%であり、老健では「1週間に数回」50.5%、「1週間に1回」18.4%、「1ヶ月に1回以下」6.8%、「2週間に1回」4.9%、「毎日」2.9%であった。一方、療養病床では「1週間に数回」32.3%、「1週間に1回」29.0%、「2週間に1回」11.3%、「1ヶ月に1回以下」8.1%、「毎日」1.6%であった。

医師から情報をもらう頻度について、特養では「1週間に1回」33.8%、「1ヶ月に1回以下」24.9%、「1週間に数回」16.0%、「2週間に1回」7.5%、「毎日」0.4%であり、老健では「1週間に1回」25.2%、「1ヶ月に1回以下」22.3%、「1週間に数回」17.5%、「2週間に1回」13.6%、「毎日」1.0%であった。一方、療養病床では「1ヶ

月に1回以下」25.8%、「1週間に1回」17.7%、「2週間に1回」19.4%、「1週間に数回」9.7%、「毎日」0%であった。

食事摂取量を把握する頻度について、特養では「1週間に数回」62.6%、「1週間に1回」7.1%、「毎日」6.8%、「2週間に1回」6.0%、「1ヶ月に1回以下」0.7%であり、老健では「1週間に数回」64.1%、「1週間に1回」10.7%、「2週間に1回」6.8%、「毎日」5.8%、「1ヶ月に1回以下」1.0%であった。一方、療養病床では「1週間に数回」50.0%、「1週間に1回」17.7%、「2週間に1回」4.8%、「毎日」1.6%、「1ヶ月に1回以下」0%であった。

水分摂取量を把握する頻度について、特養では「1週間に数回」65.1%、「毎日」8.9%、「1週間に1回」8.5%、「2週間に1回」6.0%、「1ヶ月に1回以下」0.7%であり、老健では「1週間に数回」59.2%、「1週間に1回」9.7%、「毎日」8.7%、「2週間に1回」7.8%、「1ヶ月に1回以下」2.9%であった。一方、療養病床では「1週間に数回」48.4%、「1週間に1回」14.5%、「2週間に1回」14.5%、「1ヶ月に1回以下」6.5%、

「毎日」1.6%であった。

脱水の状態について観察する頻度について、特養では「1週間に数回」65.1%、「1週間に1回」8.5%、「毎日」6.0%、「2週間に1回」5.0%、「1ヶ月に1回以下」3.6%であり、老健では「1週間に数回」51.5%、「2週間に1回」11.7%、「1週間に1回」10.7%、「毎日」7.8%、「1ヶ月に1回以下」5.8%であった。一方、療養病床では「1週間に数回」41.9%、「1週間に1回」17.7%、「2週間に1回」14.5%、「1ヶ月に1回以下」8.1%、「毎日」3.2%であった。

食を食べるとき、口腔内や姿勢などの痛みについて把握する頻度について、特養では「1週間に数回」64.8%、「1週間に1回」9.3%、「毎日」7.1%、「2週間に1回」3.6%、「1ヶ月に1回以下」3.2%であり、老健では「1週間に数回」56.3%、「1週間に1回」8.7%、「2週間に1回」9.7%、「毎日」5.8%、「1ヶ月に1回以下」5.8%であった。一方、療養病床では「1週間に数回」50.0%、「1週間に1回」12.9%、「2週間に1回」11.3%、「1ヶ月に1回以下」8.1%、「毎日」3.2%であった（表C-16-15）。

表 C-16-1 終末期における最期まで経口摂取での看取りを含む栄養補給方法について、本人の意思・希望の確認時期

	介護老人福祉施設 n=281		介護老人保健施設 n=103		医療療養病床 n=62	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
入院・入所時	36	12.8	5	4.9	8	12.9
入院・入所後の病態の変化に応じて	205	73.0	81	78.6	43	69.4
その他	29	10.3	6	5.8	4	6.5

表 C-16-2 最期まで経口摂取での看取りを含む栄養補給方法について、本人の意思・希望の確認を行った相手

	介護老人福祉施設 n=281		介護老人保健施設 n=103		医療療養病床 n=62	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
患者・利用者本人	88	31.3	33	32.0	32	51.6
保証人（家族）	219	77.9	74	71.8	35	56.5
法廷代理人（後見人を含む）	9	3.2	1	1.0	1	1.6

表 C-16-3 患者・利用者本人への確認方法

	介護老人福祉施設 n=88		介護老人保健施設 n=33		医療療養病床 n=32	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
本人に直接	62	70.5	23	69.7	24	75.0
以前の本人の発言	34	38.6	13	39.4	8	25.0
以前の本人の文書	2	2.3	1	3.0	1	3.1
その他	6	6.8	1	3.0	2	6.3

表 C-16-4 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

	介護老人福祉施設 n=281		介護老人保健施設 n=103		医療療養病床 n=62	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
した	250	89.0	89	86.4	50	80.6
しなかった	6	2.1	2	1.9	1	1.6

表 C-16-5 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の有無

	介護老人福祉施設 n=281		介護老人保健施設 n=103		医療療養病床 n=62	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
情報を得た	248	88.3	88	85.4	52	83.9
情報を得なかった	10	3.6	3	2.9	3	4.8
無回答	23	8.2	12	11.7	7	11.3

表 C-16-6 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を得た相手

	介護老人福祉施設 n=248		介護老人保健施設 n=88		医療療養病床 n=52	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
患者・利用者本人	156	62.9	52	59.1	37	71.2
保証人（家族）	200	80.6	71	68.9	36	69.2
法廷代理人（後見人を含む）	9	3.6	1	1.0	2	3.8