

表 C-16-7 終末期に対応して患者・利用者の好きな食べ物の情報を得た職種

	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	(%)
医師	6	2.4	10	11.4	6	11.5
看護師	123	49.6	52	59.1	35	67.3
管理栄養士	102	41.1	45	51.1	25	48.1
介護職	188	75.8	52	59.1	16	30.8
事務職	3	1.2	2	2.3	1	1.9
その他	32	12.9	8	9.1	3	5.8

表 C-16-8 食事介助の状況

	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	(%)
職員による半介助	29	10.3	20	19.4	13	21.0
職員による全介助	241	85.8	80	77.7	44	71.0
家族による半介助	20	7.1	13	12.6	9	14.5
家族による全介助	62	22.1	30	29.1	16	25.8
その他	9	3.2	1	1.0	3	4.8

表 C-16-9 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

	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	(%)
嚥下状態	202	71.9	64	62.1	42	67.7
嗜好	183	65.1	62	60.2	36	58.1
脱水状況	118	42.0	38	36.9	20	32.3
患者・入所者の希望	145	51.6	47	45.6	32	51.6
家族の希望	145	51.6	52	50.5	28	45.2
医師等の指示	75	26.7	30	29.1	15	24.2
その他	8	2.8	4	3.9	3	4.8

表 C-16-10 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

	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	(%)
医師	6	2.1	4	3.9	9	14.5
看護師	20	7.1	11	10.7	17	27.4
管理栄養士	125	44.5	43	41.7	21	33.9
介護職	19	6.8	4	3.9	2	3.2
介護支援専門員	101	35.9	36	35.0	13	21.0
生活相談員	42	14.9	7	6.8	3	4.8
その他	11	3.9	2	1.9	3	4.8

表 C-16-11 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	(%)
入所前～入所時	38	13.5	11	10.7	17	27.4
入所～終末期以前	45	16.0	21	20.4	16	25.8
終末期と判断された時点	100	35.6	37	35.9	14	22.6
終末期の判断後	51	18.1	21	20.4	5	8.1
その他	25	8.9	3	2.9	5	8.1

表 C-16-12 栄養ケア計画を立てる際に相談した職種

	介護老人福祉施設 n=230		介護老人保健施設 n=80		医療療養病床 n=44	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
医師	68	29.6	45	56.3	21	47.7
看護師	191	83.0	69	86.3	43	97.7
管理栄養士	71	30.9	23	28.8	22	50.0
介護職	166	72.2	48	60.0	13	29.5
生活相談員	113	49.1	15	18.8	2	4.5
介護支援専門員	157	68.3	41	51.3	12	27.3
その他	13	5.7	13	16.3	2	4.5

表 C-16-13 モニタリングの情報収集源

	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	(%)
介護記録	225	80.1	65	63.1	16	25.8
看護記録	138	49.1	58	56.3	47	75.8
カルテ	41	14.6	61	59.2	43	69.4
申し送り	149	53.0	52	50.5	28	45.2
医師の診察	66	23.5	29	28.2	15	24.2
家族からの情報	81	28.8	33	32.0	24	38.7
その他	27	9.6	11	10.7	3	4.8

表 C-16-14 終末期の栄養ケア・マネジメント

	介護老人福祉施設		介護老人保健施設		医療療養病床	
	n=281		n=103		n=62	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
体重の測定を行っていた	198	70.5	77	74.8	45	72.6
体重の増加を目標にするのは中止した	225	80.1	74	71.8	48	77.4
血清アルブミン値の改善を目標にするのは中止した	219	77.9	72	69.9	42	67.7
食事摂取量の増加を目標にするのは中止した	216	76.9	63	61.2	40	64.5
少しでも食べられることを目標にした	234	83.3	87	84.5	51	82.3
栄養補助食品等を提供した	240	85.4	89	86.4	43	69.4
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	140	49.8	49	47.6	26	41.9
終末期の約束食事箋のようなものがあった	25	8.9	8	7.8	3	4.8
その他、重点的にアセスメントした内容(項目)があった	76	27.0	27	26.2	12	19.4
栄養ケア計画を終末期用に作成、または作り直しをした	147	52.3	52	50.5	21	33.9
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	167	59.4	70	68.0	36	58.1
計画を立てる際、相談した職種がいた	230	81.9	80	77.7	44	71.0
モニタリング結果の共有をしていた	188	66.9	71	68.9	37	59.7
モニタリングの状況を家族に伝えた	168	59.8	62	60.2	30	48.4
家族の満足感は得られた	216	76.9	85	82.5	39	62.9
食事提供に関して、家族と意見は一致した	235	83.6	87	84.5	45	72.6
食事提供に関して、他職種と意見は一致した	246	87.5	89	86.4	52	83.9

表 C-16-15 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

	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	(%)
<b>患者・入所者の食事の様子の観察を行う頻度</b>						
ほぼ毎日	180	64.1	56	54.4	31	50.0
1週間に4~5回	43	15.3	19	18.4	8	12.9
1週間に2~3回	25	8.9	13	12.6	9	14.5
1週間に1回	8	2.8	2	1.9	6	9.7
それ以下	3	1.1	1	1.0	1	1.6
無回答	22	7.8	12	11.7	7	11.3
<b>家族の食事に対する意向を伺う頻度</b>						
1週間に数回	51	18.1	28	27.2	11	17.7
1週間に1回	64	22.8	12	11.7	10	16.1
2週間に1回	49	17.4	15	14.6	9	14.5
1ヶ月に1回以下	75	26.7	35	34.0	21	33.9
<b>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</b>						
毎日	6	2.1	2	1.9	1	1.6
1週間に数回	148	52.7	41	39.8	22	35.5
1週間に1回	37	13.2	19	18.4	8	12.9
2週間に1回	28	10.0	11	10.7	12	19.4
1ヶ月に1回以下	27	9.6	14	13.6	7	11.3
<b>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</b>						
毎日	11	3.9	3	2.9	1	1.6
1週間に数回	177	63.0	52	50.5	20	32.3
1週間に1回	34	12.1	19	18.4	18	29.0
2週間に1回	17	6.0	5	4.9	7	11.3
1ヶ月に1回以下	10	3.6	7	6.8	5	8.1
<b>医師から情報をもらう頻度</b>						
毎日	1	0.4	1	1.0	0	0.0
1週間に数回	45	16.0	18	17.5	6	9.7
1週間に1回	95	33.8	26	25.2	11	17.7
2週間に1回	21	7.5	14	13.6	12	19.4
1ヶ月に1回以下	70	24.9	23	22.3	16	25.8
無回答	49	17.4	21	20.4	17	27.4
<b>食事摂取量を把握する頻度</b>						
毎日	19	6.8	6	5.8	1	1.6
1週間に数回	176	62.6	66	64.1	31	50.0
1週間に1回	20	7.1	11	10.7	11	17.7
2週間に1回	17	6.0	7	6.8	3	4.8
1ヶ月に1回以下	2	0.7	1	1.0	0	0.0
無回答	47	16.7	12	11.7	16	25.8
<b>水分摂取量を把握する頻度</b>						
毎日	25	8.9	9	8.7	1	1.6
1週間に数回	183	65.1	61	59.2	30	48.4
1週間に1回	24	8.5	10	9.7	9	14.5
2週間に1回	17	6.0	8	7.8	9	14.5
1ヶ月に1回以下	2	0.7	3	2.9	4	6.5
<b>脱水の状態について観察する頻度</b>						
毎日	17	6.0	8	7.8	2	3.2
1週間に数回	183	65.1	53	51.5	26	41.9
1週間に1回	24	8.5	11	10.7	11	17.7
2週間に1回	14	5.0	12	11.7	9	14.5
1ヶ月に1回以下	10	3.6	6	5.8	5	8.1
無回答	33	11.7	13	12.6	9	14.5
<b>食べる時、口腔内や姿勢などの痛みについて把握する頻度</b>						
毎日	20	7.1	6	5.8	2	3.2
1週間に数回	182	64.8	58	56.3	31	50.0
1週間に1回	26	9.3	9	8.7	8	12.9
2週間に1回	10	3.6	10	9.7	7	11.3
1ヶ月に1回以下	9	3.2	6	5.8	5	8.1
無回答	34	12.1	14	13.6	9	14.5

17. 終末期において最期まで経口摂取で看取るための多職種連携（チーム）について

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、特養では 61.8%（n=235）、老健では 54.9%（n=107）、療養病床では 37.0%（n=40）と少なかった（表 C-17-1）。

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について、特養では「すでに作成されている」11.8%、「現在検討中（作成中）である」8.4%、「まだこれから検討する予定である」22.6%、「作成については未定である」51.6%であり、老健では「すでに作成されている」8.2%、「現在検討中（作成中）である」4.1%、「まだこれから検討する予定である」24.1%、「作成については未定である」51.8%であった。療養病床では「すでに作成されている」3.7%、「現在検討中（作成中）である」2.8%、「まだこれから検討する予定である」14.8%、「作成については未定である」73.1%であった（表 C-17-2）。

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かについて、特養では「明確になっている」30.3%、「現在検討中である」11.8%、「まだこれから検討する予定である」40.8%、「職種の役割について必要ない」5.8%であり、老健では「明確になっている」22.6%、「現在検討中である」12.3%、「まだこれから検討する予定である」43.1%、

「職種の役割について必要ない」5.6%であった。療養病床では「明確になっている」15.7%、「現在検討中である」13.0%、「まだこれから検討する予定である」47.2%、「職種の役割について必要ない」13.0%であった（表 C-17-3）。

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について、特養では「看護師」93.7%、「管理栄養士」91.8%、「介護職員」91.6%、「介護支援専門員」83.2%、「生活相談員」82.1%、「医師」81.6%、「施設長」48.4%、「リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）」28.4%、「ソーシャルワーカー」7.4%、「臨床心理士」2.1%、「ボランティア」0.3%であり、老健では「看護師」87.7%、「管理栄養士」87.2%、「介護職員」85.1%、「医師」84.6%、「介護支援専門員」73.3%、「リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）」71.3%、「生活相談員」51.8%、「施設長」51.8%、「ソーシャルワーカー」25.1%、「臨床心理士」4.1%、「ボランティア」1.0%であった。一方、療養病床では「看護師」94.4%、「管理栄養士」91.7%、「医師」91.7%、「介護職員」81.5%、「リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）」73.1%、「ソーシャルワーカー」39.8%、「介護支援専門員」35.2%、「施設長」18.5%、「臨床心理士」17.6%、「生活相談員」11.1%、「ボランティア」2.8%であった（表 C-17-4）。

表 C-17-1 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)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	(%)
ある	235	61.8	107	54.9	40	37.0
ない	125	32.9	64	32.8	65	60.2
無回答	20	5.3	24	12.3	3	2.8

表 C-17-2 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栄養ケア指針・栄養ケアマニュアル等の作成状況

	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	(%)
すでに作成されている	45	11.8	16	8.2	4	3.7
現在検討中（作成中）である	32	8.4	8	4.1	3	2.8
まだこれから検討する予定である	86	22.6	47	24.1	16	14.8
作成については未定である	196	51.6	101	51.8	79	73.1
無回答	21	5.5	23	11.8	6	5.6

表 C-17-3 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化の状況

	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	(%)
明確になっている	115	30.3	44	22.6	17	15.7
現在検討中である	45	11.8	24	12.3	14	13.0
まだこれから検討する予定である	155	40.8	84	43.1	51	47.2
職種の役割について必要ない	22	5.8	11	5.6	14	13.0
無回答	43	11.3	32	16.4	12	11.1

表 C-17-4 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

	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	(%)
施設長	184	48.4	101	51.8	20	18.5
医師	310	81.6	165	84.6	99	91.7
看護師	356	93.7	171	87.7	102	94.4
ソーシャルワーカー	28	7.4	49	25.1	43	39.8
臨床心理士	8	2.1	8	4.1	19	17.6
介護職員	348	91.6	166	85.1	88	81.5
管理栄養士	349	91.8	170	87.2	99	91.7
生活相談員	312	82.1	101	51.8	12	11.1
介護支援専門員	316	83.2	143	73.3	38	35.2
リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）	108	28.4	139	71.3	79	73.1
ボランティア	1	0.3	2	1.0	3	2.8
その他	33	8.7	20	10.3	8	7.4

18. 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不安を感じた経験について

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不安を感じた経験がある施設は、特養で 73.4% (n=279)、老健で 71.3% (n=139)、療養病床で 70.4% (n=76) であり多くの施設の管理栄養士が不安を感じていた (表 C-18-1)。

不安を感じた具体的な内容について、特養では「発熱、意識等体調悪化」58.8%、「食形態」57.7%、「食事量」52.3%、「食事の停止の時期」47.3%、「提供食品 (プリン、ゼリー等) の選択」46.6%、「基準・経験的な参考がない不安」40.9%、「家族の意識の変化」26.2%、「一人職種の不安 (相談できる人がいない)」25.8%、「看護・介護等チームとの意見の相違」17.6%であり、老健では「発熱、意識等体調悪化」60.4%、「食形態」60.4%、「食事量」48.9%、「基準・経験的な参考がない不安」48.2%、「食事の停止の時期」44.6%、「提供食品 (プリン、ゼリー等) の選択」41.0%、「家族の意識の変化」28.1%、「一人職種の不安 (相談できる人がいない)」21.6%、「看護・介護等チームとの意見の相違」20.1%であった。一方、療養病床では「発熱、意識等体調悪化」71.1%、「食形態」71.1%、「食事量」60.5%、「食事の停止の時期」50.0%、「提供食品 (プリン、ゼリー等) の選択」40.8%、「基準・経験的な参考がない不安」35.5%、「家族の意識の変化」25.0%、「看護・介護等チームとの意見の相違」18.4%、「一人職種の不安 (相談できる人がいない)」13.2%であった (表 C-18-2)。

その不安への対応について、特養では「他

の職種に相談した」82.4%、「カンファレンス等に積極的に出席した」31.2%、「終末期に関する参考書を読んだ」11.8%、「自分の担当する役割の確認事項をチェックした」7.5%であり、老健では「他の職種に相談した」77.0%、「カンファレンス等に積極的に出席した」24.5%、「終末期に関する参考書を読んだ」10.8%、「自分の担当する役割の確認事項をチェックした」3.6%であった。療養病床では「他の職種に相談した」81.6%、「カンファレンス等に積極的に出席した」19.7%、「終末期に関する参考書を読んだ」10.5%、「自分の担当する役割の確認事項をチェックした」5.3%であった (表 C-18-3)。

その不安への対応として「他の職種に相談した」と回答した施設における相談した職種について、特養では「看護師」93.0%、「介護職」80.4%、「介護支援専門員・生活相談員」60.4%、「医師」36.1%、「他のスタッフ」1.0%であり、老健では「看護師」92.5%、「介護職」68.2%、「医師」65.4%、「介護支援専門員・生活相談員」43.9%、「他のスタッフ」28.0%であった。一方、療養病床では「看護師」95.2%、「医師」67.7%、「介護職」43.5%、「他のスタッフ」29.0%、「介護支援専門員・生活相談員」12.9%であった (表 C-18-4)。

医師へ相談したと回答した場合の相談内容について、特養では「食事の停止・中断の時期」68.7%、「発熱、意識などの体調悪化」56.6%、「食事量」38.6%、「食形態」36.1%、「提供食品 (プリン、ゼリー等) の選択」21.7%、「家族の意識の変化」8.4%、「チームとの意見の相違」1.2%であり、老健では「食事の停止・中断の時期」70.0%、「発熱、意識などの体調悪化」58.6%、「食

形態」52.9%、「食事量」45.7%、「提供食品（プリン、ゼリー等）の選択」28.6%、「家族の意識の変化」10.0%、「チームとの意見の相違」2.9%であった。一方、療養病床では「食事の停止・中断の時期」71.4%、「発熱、意識などの体調悪化」71.4%、「食形態」54.8%、「食事量」52.4%、「提供食品（プリン、ゼリー等）の選択」31.0%、「家族の意識の変化」23.8%、「チームとの意見の相違」7.1%であった（表C-18-5）。

看護師へ相談したと回答した場合の相談内容について、特養では「食形態」67.8%、「発熱、意識などの体調悪化」65.0%、「食事の停止・中断の時期」62.1%、「食事量」53.7%、「提供食品（プリン、ゼリー等）の選択」51.4%、「家族の意識の変化」11.7%、「チームとの意見の相違」5.6%であり、老健では「発熱、意識などの体調悪化」67.7%、「食形態」61.6%、「提供食品（プリン、ゼリー等）の選択」52.5%、「食事量」51.5%、「食事の停止・中断の時期」40.4%、「家族の意識の変化」14.1%、「チームとの意見の相違」6.1%であった。一方、療養病床では「発熱、意識などの体調悪化」74.6%、「食形態」72.9%、「食事量」71.2%、「提供食品（プリン、ゼリー等）の選択」55.9%、「食事の停止・中断の時期」37.3%、「家族の意識の変化」18.6%、「チームとの意見の相違」10.2%であった（表C-18-6）。

介護職へ相談したと回答した場合の相談内容について、特養では「食形態」76.2%、「提供食品（プリン、ゼリー等）の選択」68.6%、「食事量」68.1%、「発熱、意識などの体調悪化」33.0%、「食事の停止・中断の時期」24.3%、「家族の意識の変化」9.2%、「チームとの意見の相違」4.9%であり、老

健では「食事量」72.6%、「食形態」71.2%、「提供食品（プリン、ゼリー等）の選択」53.4%、「発熱、意識などの体調悪化」34.2%、「食事の停止・中断の時期」23.3%、「家族の意識の変化」13.7%、「チームとの意見の相違」5.5%であった。一方、療養病床では「食事量」92.6%、「食形態」66.7%、「提供食品（プリン、ゼリー等）の選択」37.0%、「発熱、意識などの体調悪化」37.0%、「食事の停止・中断の時期」22.2%、「家族の意識の変化」18.5%、「チームとの意見の相違」11.1%であった（表C-18-7）。

介護支援専門員・生活相談員へ相談したと回答した場合の相談内容について、特養では「家族の意識の変化」55.4%、「食形態」43.2%、「提供食品（プリン、ゼリー等）の選択」42.4%、「食事量」41.0%、「食事の停止・中断の時期」32.4%、「発熱、意識などの体調悪化」27.3%、「チームとの意見の相違」17.3%であり、老健では「家族の意識の変化」51.1%、「食形態」38.3%、「提供食品（プリン、ゼリー等）の選択」34.0%、「食事量」27.7%、「発熱、意識などの体調悪化」23.4%、「食事の停止・中断の時期」17.0%、「チームとの意見の相違」14.9%であった。一方、療養病床では「食形態」75.0%、「食事量」62.5%、「家族の意識の変化」50.0%、「提供食品（プリン、ゼリー等）の選択」50.0%、「発熱、意識などの体調悪化」50.0%、「食事の停止・中断の時期」37.5%、「チームとの意見の相違」12.5%であった（表C-18-8）。

他のスタッフへ相談したと回答した場合の相談内容について、特養では「食形態」56.5%、「提供食品（プリン、ゼリー等）の選択」56.5%、「食事量」26.1%、「食事の



停止・中断の時期」26.1%、「発熱、意識などの体調悪化」21.7%、「チームとの意見の相違」17.4%、「家族の意識の変化」13.0%であり、老健では「食形態」86.7%、「提供食品（プリン、ゼリー等）の選択」36.7%、「食事の停止・中断の時期」23.3%、「食事量」16.7%、「発熱、意識などの体調悪化」13.3%、「家族の意識の変化」10.0%、「チームとの意見の相違」0%であった。一方、療養病床では「食形態」66.7%、「提供食品（プリン、ゼリー等）の選択」50.0%、「食事量」38.9%、「食事の停止・中断の時期」27.8%、「発熱、意識などの体調悪化」11.1%、「家族の意識の変化」11.1%、「チームとの意見の相違」11.1%であった（表C-18-9）。  
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」83.3%、「カンファレンスに定期的に参加している」56.4%、「自身が担当する専門的な確認事項を理解できている」20.5%、老健では「他職種にいつでも確認する機会をもっている」83.3%、「カンファレンスに定期的に参加している」53.3%、「自身が担当する専門的な確認事項を理解できている」23.3%、療養病床では「他職種にいつでも確認する機会をもっている」85.7%、「カンファレンスに定期的に参加している」52.4%、「自身が担当する専門的な確認事項を理解できている」33.3%であった（表C-18-10）。

表C-18-1 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不安を感じた経験の有無

	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	(%)
ある	279	73.4	139	71.3	76	70.4
ない	78	20.5	30	15.4	21	19.4
無回答	23	6.1	26	13.3	11	10.2

表C-18-2 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不安を感じた際の具体的な内容

	介護老人福祉施設 n=279		介護老人保健施設 n=139		医療療養病床 n=76	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
食形態	161	57.7	84	60.4	54	71.1
食事量	146	52.3	68	48.9	46	60.5
発熱、意識等体調悪化	164	58.8	84	60.4	54	71.1
食事の停止の時期	132	47.3	62	44.6	38	50.0
提供食品（プリン、ゼリー等）の選択	130	46.6	57	41.0	31	40.8
看護・介護等チームとの意見の相違	49	17.6	28	20.1	14	18.4
家族の意識の変化	73	26.2	39	28.1	19	25.0
基準・経験的な参考がない不安	114	40.9	67	48.2	27	35.5
一人職種の不安（相談できる人がいない）	72	25.8	30	21.6	10	13.2
その他	20	7.2	17	12.2	6	7.9

表 C-18-3 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感じた不安への対応

	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	(%)
他の職種に相談した	230	82.4	107	77.0	62	81.6
カンファレンス等に積極的に出席した	87	31.2	34	24.5	15	19.7
自分の担当する役割の確認事項をチェックした	21	7.5	5	3.6	4	5.3
終末期に関する参考書を読んだ	33	11.8	15	10.8	8	10.5
その他	13	4.7	15	10.8	4	5.3

表 C-18-4 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不安を感じた際に相談した職種

	介護老人福祉施設 n=230		介護老人保健施設 n=107		医療療養病床 n=62	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
医師	83	36.1	70	65.4	42	67.7
看護師	214	93.0	99	92.5	59	95.2
介護職	185	80.4	73	68.2	27	43.5
介護支援専門員・生活相談員	139	60.4	47	43.9	8	12.9
他のスタッフ	23	10.0	30	28.0	18	29.0

表 C-18-5 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不安を感じた際の医師への相談内容

	介護老人福祉施設 n=83		介護老人保健施設 n=70		医療療養病床 n=42	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
食形態	30	36.1	37	52.9	23	54.8
食事量	32	38.6	32	45.7	22	52.4
発熱、意識などの体調悪化	47	56.6	41	58.6	30	71.4
食事の停止・中断の時期	57	68.7	49	70.0	30	71.4
提供食品(プリン、ゼリー等)の選択	18	21.7	20	28.6	13	31.0
チームとの意見の相違	1	1.2	2	2.9	3	7.1
家族の意識の変化	7	8.4	7	10.0	10	23.8
その他	1	1.2	3	4.3	2	4.8

表 C-18-6 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不安を感じた際の看護師への相談内容

	介護老人福祉施設 n=214		介護老人保健施設 n=99		医療療養病床 n=59	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
食形態	145	67.8	61	61.6	43	72.9
食事量	115	53.7	51	51.5	42	71.2
発熱、意識などの体調悪化	139	65.0	67	67.7	44	74.6
食事の停止・中断の時期	133	62.1	40	40.4	22	37.3
提供食品(プリン、ゼリー等)の選択	110	51.4	52	52.5	33	55.9
チームとの意見の相違	12	5.6	5	5.1	6	10.2
家族の意識の変化	25	11.7	14	14.1	11	18.6
その他	4	1.9	6	6.1	3	5.1

表 C-18-7 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不安を感じた際の介護職への相談内容

	介護老人福祉施設 n=185		介護老人保健施設 n=73		医療療養病床 n=27	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
食形態	141	76.2	52	71.2	18	66.7
食事量	126	68.1	53	72.6	25	92.6
発熱、意識などの体調悪化	61	33.0	25	34.2	10	37.0
食事の停止・中断の時期	45	24.3	17	23.3	6	22.2
提供食品(プリン、ゼリー等)の選択	127	68.6	39	53.4	10	37.0
チームとの意見の相違	9	4.9	4	5.5	3	11.1
家族の意識の変化	17	9.2	10	13.7	5	18.5
その他	1	0.5	4	5.5	3	11.1

表 C-18-8 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不安を感じた際の介護支援専門員・生活相談員への相談内容

	介護老人福祉施設 n=139		介護老人保健施設 n=47		医療療養病床 n=8	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
食形態	60	43.2	18	38.3	6	75.0
食事量	57	41.0	13	27.7	5	62.5
発熱、意識などの体調悪化	38	27.3	11	23.4	4	50.0
食事の停止・中断の時期	45	32.4	8	17.0	3	37.5
提供食品(プリン、ゼリー等)の選択	59	42.4	16	34.0	4	50.0
チームとの意見の相違	24	17.3	7	14.9	1	12.5
家族の意識の変化	77	55.4	24	51.1	4	50.0
その他	3	2.2	3	6.4	0	0.0

表 C-18-9 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不安を感じた際の他のスタッフへの相談内容

	介護老人福祉施設 n=23		介護老人保健施設 n=30		医療療養病床 n=18	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
食形態	13	56.5	26	86.7	12	66.7
食事量	6	26.1	5	16.7	7	38.9
発熱、意識などの体調悪化	5	21.7	4	13.3	2	11.1
食事の停止・中断の時期	6	26.1	7	23.3	5	27.8
提供食品(プリン、ゼリー等)の選択	13	56.5	11	36.7	9	50.0
チームとの意見の相違	4	17.4	0	0.0	2	11.1
家族の意識の変化	3	13.0	3	10.0	2	11.1
その他	4	17.4	2	6.7	3	16.7

表 C-18-10 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不安を感じない理由

	介護老人福祉施設 n=78		介護老人保健施設 n=30		医療療養病床 n=21	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
他職種にいつでも確認する機会をもっている	65	83.3	25	83.3	18	85.7
カンファレンスに定期的に参加している	44	56.4	16	53.3	11	52.4
自身が担当する専門的な確認事項を理解できている	16	20.5	7	23.3	7	33.3
終末期に関する知識・経験に自信がある	2	2.6	5	16.7	1	4.8
マニュアルや指針があるため	4	5.1	5	16.7	1	4.8
その他	17	21.8	8	26.7	4	19.0

19. 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家族支援について

「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、特養では75.6%、老健では67.7%、療養病床では63.9%であった。「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35.5%、老健16.4%、療養病床

3.7%にすぎなかったが、作成を行っている場合に「そのマニュアルのなかには遺族へのケアが含まれている」施設が特養69.5%、老健82.5%、療養病床は4施設全てであった、「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」施設は特養13.7%、老健6.7%、療養病床3.7%にすぎなかった(表C-19)。

表 C-19 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

	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	(%)
最期まで経口摂取での看取りを含む栄養補給について、家族への説明を行っている	288	75.8	132	67.7	69	63.9
終末期の家族支援のマニュアル作成を行っている	135	35.5	32	16.4	4	3.7
終末期の家族支援のマニュアル中の遺族へのケアが含まれている(n=171)	94	69.6	20	62.5	4	100.0
終末期の治療や家族支援について、家族が自宅に持ち帰り情報を見直せるパンフレット(冊子)が作成されている	52	13.7	17	8.7	4	3.7
遺族への支援についての対応がなされている	123	32.4	38	19.5	21	19.4

20. 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スタッフの介護負担とその支援について

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分が特養28.9%、老健25.6%。療養病床37.0%であり、51~60分も特養21.1%、老健27.7%、療養病床11.1%であり、31分以上は、特養42.9%、老健47.6%、療養病床32.4%であった(表C-20-1)。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する者は、特養63.9%、老健

61.5%、療養病床63.9%であり(表C-20-2)、負担があるという場合には、精神的支援と技術的/時間的支援の両方の回答が、特養の46.8%、老健70.8%、療養病床の38.9%であり(表C-20-3)、負担がないという場合の支援については、特養では精神的負担に対する支援が特養13.2%、老健22.7%、療養病床11.1%、技術的/時間的負担に対する支援が特養9.4%、老健6.8%、療養病床22.2%、その両方の支援があるという者は特養57.5%、老健56.8%、療養病床55.6%であった(表C-20-4)。

表 C-20-1 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

分	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	(%)
5~10	19	5.0	5	2.6	4	3.7
11~20	41	10.8	14	7.2	14	13.0
21~30	110	28.9	50	25.6	40	37.0
31~40	43	11.3	19	9.7	11	10.2
41~50	26	6.8	16	8.2	8	7.4
51~60	80	21.1	54	27.7	12	11.1
61~90	8	2.1	3	1.5	0	0.0
91~120	6	1.6	1	0.5	4	3.7
無回答	47	12.4	33	16.9	15	13.9

表 C-20-2 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負担の有無

	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	(%)
はい	243	63.9	120	61.5	69	63.9
いいえ	106	27.9	44	22.6	27	25.0
無回答	31	8.2	31	15.9	12	11.1

表 C-20-3 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について、感じる負担の種類

	介護老人福祉施設 n=243		介護老人保健施設 n=120		医療療養病床 n=69	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
精神的負担	25	10.3	10	8.3	4	5.8
技術的/時間的負担	33	13.6	24	20.0	21	30.4
両方	178	73.3	85	70.8	42	60.9
無回答	7	2.9	1	0.8	2	2.9

表 C-20-4 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について、負担を軽減させる支援の種類

	介護老人福祉施設 n=106		介護老人保健施設 n=44		医療療養病床 n=27	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
精神的支援	14	13.2	10	22.7	3	11.1
技術的/時間的支援	10	9.4	3	6.8	6	22.2
両方	61	57.5	25	56.8	15	55.6
無回答	21	19.8	6	13.6	3	11.1

#### D. 考察

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った。

##### 1. 分析の対象となった施設について

本研究の必要な標本数は、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 と仮定すると、有限母集団（特養 N=6,107、老健 N=3,575、療養病床 N=1,134、合計 N=10,816）において、特養は 361 以上、老健は 347 以上、療養病床は 287 以上、合計で 371 以上が求められ、特養の回収数は 380 であり十分であったが、老健と療養病床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る。しかし、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る集団であったと考えられ、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. 経管栄養法利用者数と看取り状況と看取り加算の算定状況

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。

特養では調査日に胃瘻（PEG）を行っている者は 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 名であり、そのうち、特養・老健では経口摂取のみで看取った者が殆どであり、療養病床では経口摂取での看取りは 3 割程度であったことから、介護保険施設においては、最期まで経口摂取を支援しようとしていると推察された。しかし、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 100 床当たり 29 人、「入院時（入所時）にすでに経鼻栄養であった者」12 人、「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」5 名を合わせれば経腸栄養法を利用者は半数程度にも及び、経口摂取と抹消静脈併用で看取る事例は 3 割程度にすぎず、入院前に病院に移行して死亡する者も 100 床当たり 1 年間で平均 11 名ほどであり、最期まで経口摂取で看取を行う取り組みは介護保険施設に比べて希薄な状況にあると考えられた。

## 3. 患者・入所者の終末期を判断や胃瘻の造設の実施に関する決定と本人・家族や専門職のかかわり

入所(院)者の終末期は、3 施設種共通に「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」「体重増加が期待できなくなった場合」によって殆ど医師によって判断されていた。終末期全般について希望や意思を本人・家族に確認をしていない施設も 1 割前後みられたことは問

題であった。

一方、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」が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の単独での決定は極めて少なく、家族や看護師と相談との相談が行われていたが、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にあった。このことは、終末期の判断や胃瘻の造設には医師と本人・家族の判断や決定に委ねられていると言え、医師ならびに家族の終末期に関する知識や考え方が以下に述べる終末期の経口維持を左右することになると考えられた。

#### 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割は保証人である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は約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、

介護支援専門員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。このことから、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・家族への意思・希望の確認を入所時の基本情報として必須とすべきかどうかも検討していくことが求められる。

#### 5. 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

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おり、今後、看取りの件数が増大すれば職員の介護負担に対する支援体制が求められる。

#### 6. 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は、3施設種ともに、主に「嚥下状態」「嗜好」であり、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」であった。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」などの全ての関連資源であった。

終末期の栄養ケア・マネジメントについて、「体重の増加を目標にするのは中止した」「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」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、監査に対応して体重測定を継続している状況が推察された。また、「栄養補助食品等を提供した」「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」などの先に述べた「摂食嚥下状態」「嗜好」に対応した栄養ケアが行われていた。

「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・老健の約6割、療養病床の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

の8割以上、療養病床の7割以上であり、管理栄養士は、家族の意見を重視して満足のでられる見取りのための栄養ケアを提供していたことが推察された。

しかし、「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」施設も少なかったことから、終末期に求められる便秘、脱水、痛み、口腔内乾燥などに関するアセスメント・モニタリングは殆どおこなわれてなかったのではないかと推察される。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割程度であり、今後は、終末期の栄養ケア・マネジメントの手順や知識の啓発が求められていた。

#### 7. 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を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も1週間に数回が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、毎日実施した施設は少なかった。終末期の栄養ケア・マネジメントにおける入所者の食事や水分摂取状況の観察や職種間の情報交換はより頻回になると考えられ毎日毎食の食事時の観察



を管理栄養士は看護職や介護職と連携して実施していくことが求められるが、適正な観察頻度についても、今後、具体的に検討していく必要がある。

#### 8. 終末期において最期まで経口摂取での看取るための多職種連携（チーム）について

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割を下回りとならなかった。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、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・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、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」であり、いずれの施設種においても、最期まで経口摂取で看取るためのチームに管理栄養士は必要とされる人材であり、今後、終末期の高齢者のカンファレンスへの管理栄養士の積極的な参加が求められた。

#### 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不安を感じた経験につ

いて

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施設種とも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）」などであったが、「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」であり、今後、管理栄養士が終末期の栄養ケア・マネジメントへの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参加、終末期の心身の変化と栄養状態に関する知識の啓発が必要とされていた。

#### 10. 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家族支援について

「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、特養が3割を超えるものの、老健が3割程度、療養病床では1割に満たない状況にあり、また、「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1割に満たない状況にあり、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家族支援については今後の大きな課題であった。

#### 1 1. 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スタッフの介護負担とその支援について

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割程度であり、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する者は6割を上回り、負担には、精神的支援と技術的/時間的支援の両方が求められていると考えられた。

### E. 結論

本研究では、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った。

終末期の最期まで経口摂取による看取りは、特養・老健において特に実施されており、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・希望を確認する、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・家族の満足感へと転換し、食事摂取量や水分摂取量に対する頻回な観察、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が多く、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等の終末期のための栄養ケア・マネジメントのマニュアル作成等が殆どおこなわれていなかったこと、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いことから、今後は、終末期の栄養ケア・マネジメントの手順を提供し研修を通じて啓発するとともに、管理栄養士が終末期の栄養ケア・マネジメントへの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、家族満足感があつたと回答され、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ると考えられた。

**F. 研究発表**

なし

**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**

要介護高齢者の経口摂取に関する縦断調査

研究分担者 葛谷雅文 名古屋大学大学院医学系研究科(老年科学)  
加藤昌彦 相山女学園大学生生活科学部

**研究要旨** 本研究は老人福祉介護施設に入所中の要介護高齢者の経口摂取維持または経口摂取移行に係る因子を抽出するための前向きコホート研究を研究である。現在調査進行中であり、今回の報告書では同コホートの登録時の横断的調査を基に、経口維持・移行加算算定に係る因子を明らかにした。どちらの加算も算定には嚥下機能評価が可能かどうか重要な要因であることが明らかになり、言語聴覚士のようなリハビリテーションスタッフの存在が加算算定には関わっていた。また特別養護老人ホーム入所者を対象にした摂食嚥下障害に関連する因子を検討したところ、ADL 障害、老年症候群の集積、個々の因子としては脳血管障害、認知症、悪性腫瘍の存在、さらには食欲不振、排尿障害、移動能力障害の存在であった。

A. 研究目的

昨年度は名古屋市で行われた在宅療養要介護高齢者(1872名)の経口摂取能力と3年間の生命予後との関連を検討した。経口摂取者に比較し不能者(経管栄養・または静脈栄養実施者)、さらには普通食摂取者に比較し、治療食、経管栄養、静脈栄養実施者は有意に生命予後の悪化を認めた。これらの結果は経口摂取能力が要介護高齢者の生命予後に大いに関連していることが明らかにされ、今後経口摂取の維持を推進する対策が高齢者医療、介護の現場で極めて重要であることが示唆された。

経口摂取維持を図る上で、まずはその経口摂取が破たんする原因を明らかにし、その要因に対しての介入プロジェクトを推進する

必要がある。その要因を明らかにする目的で昨年の報告書にも記載したように、介護老人保健施設ならびに特別養護老人ホーム入所中で経口摂取維持加算、さらには移行加算に該当するような要介護高齢者を対象に一年間にその経口摂取状況がどのように変化していくか、さらには経口摂取障害の要因、経口移行が成功する要因は何か、ということを明らかにする目的で縦断調査を企画し実施している。調査内容は施設の管理栄養士の方々の協力をいただきながら、登録時の基本調査、さらには3か月ごとに1年間の経過を観察する。平成23年の1月に調査は終了する予定である。本調査では経口維持、移行加算の算定別の解析も行う予定であり、加算を算定したことによる効果判定も行うこと