

が可能である。

本報告書では登録時における対象者背景、施設背景の解析の結果を報告する。また縦断的な調査結果を本年度は報告できないため、我々の実施している特別養護老人ホーム入所者における調査で経口維持加算にあたる対象者を横断的に解析し、経口摂取障害がある対象者の背景因子を検討し合わせて報告する。

B. 研究方法

1. 対象

対象施設は分担研究者である杉山らの横断的調査で、「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人保健施設 219、特別養護老人ホーム 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。

2. 方法

まず研究協力の同意が得られた施設に対して、施設の概要を把握するため表1, 2にある施設調査を行った。調査対象は、さらに同意の得られた施設に入所中の要介護高齢者のうち、経口摂取維持症例または経口摂取移行症例で、患者本人または家族の同意が得られた者とした。

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。

<研究デザイン:前向き観察研究>

介護老人保健施設ならびに特別養護老人ホーム入所中の要介護高齢者のうち、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する。登録時には各施設所属の管理栄養士により以下の調査を実施する。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。

基本調査(登録時のみ)

- (ア) 基本情報：性別、年齢、生活状況、要介護状態
- (イ) 身体情報、食事摂取状況
 - 1) 身長、体重
 - 2) 栄養摂取ルート：経口、それ以外（経管栄養、経静脈栄養）
 - 3) 義歯の有無
 - 4) 経口摂取状況（とろみ剤の使用、時間、嚥下能力など）
- (ウ) 基本的 ADL (Barthel index)
- (エ) 認知症有無
 - 1) Cognitive performance scale
- (オ) 併存疾患
 - 1) 主疾患、合併疾患
- (カ) 薬剤調査
 - 1) 処方薬数
 - 2) 処方薬の種類
- (キ) 老年症候群の有無
 - 1) 転倒骨折、2) 頻尿、3) 尿失禁、4) 腰痛ならびに関節痛、5) 褥創
- (ク) 経口維持 (I、II) 経口移行加算の算定の有無

追跡調査(3ヶ月毎で1年間)

イベント調査

- 1) 急性期病院への入院と原因疾患
- 2) 死亡の有無と原因疾患
- 3) 介護保険施設退所
- 4) 発熱
- 5) 食事内容・量の変更
- 6) 経口摂取状況の変化

解析方法

今年度は登録時の基本調査より経口維持加算 (I+II) 経口摂取困難になる原因と、経口摂取移行が成功する要因は追跡調査の結果をもとに、登録時のデータを共変数として Cox proportional hazard model を使用して解析をする。

特別養護老人ホームのコホート研究方法

1. 対象:

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。

2. 方法

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。登録は老人ホームスタッフから書面で研究内容に関する説明をし、文章での同意を得られた入所者を調査対象(登録者)とした。対象者によっては親族に説明し同意を得た。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)。

基本調査内容:

- ア) 基本情報: 性別、年齢
- イ) 身体計測: 身長、体重、BMI、腹囲、上腕皮下脂肪厚、上腕周径
- ウ) 基本的 ADL

エ) 認知機能 (MMSE)

オ) 合併疾患: 主疾患、合併疾患

カ) 内服薬

キ) 血液検査(施設で行われる健康診断のデータを使用): アルブミン、総コレステロール

ク) 栄養調査: 食事種類、食事カロリー、必要カロリー、摂取量、摂取カロリー、体重減少率(過去 3 ヶ月)、嚥下能力、mini-nutritional assessment-short form (MNA-SF)

3. 解析(横断的)

登録時の経口摂取状況、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。

(倫理面への配慮)

本研究は名古屋大学医学部倫理委員会の了解を得て実施した。十分なインフォームド・コンセントの後、必ず患者本人、親族の書面による同意書をもって登録とした。匿名化された情報は名古屋大学で厳重に管理し、全て集团的に分析し、個々のデータの提示などは行わず、個人のプライバシー保護に努めた。

C. 研究結果

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。

図 1, 2 は特養、老健それぞれ各施設の登録実数を示す。表 1, 2 は経口維持加算 (I と II 合計) 算定の有無別対象者の背景の相違を示す。維持加算の算定有無は特養、老健での施設間の相違は認めなかった。また性別、年齢、要介護度、基本的日常生活動作 (bADL) においても両群で差を認めなかった。慢性疾患では虚血性心疾患、心不全の罹患割合が維持加算算定者で多かったが、その他の疾患、さらには併存症の重症度表す Charlson comorbidity index も両群で差を認めなかった。一方薬剤数においては算定していない群で有意に多かった。

栄養状態の指標として body mass index (BMI)、血清アルブミン値、さらには栄養リスク評価においても両群で差を認めなかった、食事形態に関しても差を見出せなかったが、増粘剤の使用頻度は加算を算定している群で多く、食事時間は短い結果であった。VF (嚥下造影検査)、VE (嚥下内視鏡検査) 検査の実施の有無は維持加算算定で有意に多かったが、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の有無は算定者で明らかに多かった。算定者の中には算定予定者も含むため少数ではあるが嚥下テスト未実施者が含まれたものと思われる。また言語聴覚士 (ST) などリハビリスタッフの嚥下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算定者に関与が多かった (表 2)。

表 3, 4 に維持加算 I と II を算定した対象者の相違を検討した。各項目で有意な差があったのはリハビリスタッフの嚥下に関する何らかの関与があるかどうかのみであった。

経口維持加算の算定をしていない理由を

図 3 に示した。もっとも多かった理由は嚥下評価ができない (45.3%) でその後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。

経口移行加算に相当する対象者は 26 名しかリクルートすることができず、そのうち 10 名が移行加算算定されていた。その 2 群の様々な背景の相違を検討した (表 5, 6)。差を認めたのは施設要因で移行加算は老健で多くの対象者が算定されていた。それ以外にはリハビリスタッフの関与があるかどうかの項目で有意差が出ており、算定されている群で関与が有意に多かった。

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 (図 4)。

特別養護老人ホームの経口摂取障害者の横断的解析：

特別養護老人ホーム入所中の 657 名中、経口摂取のみで栄養補給をしている 601 名を対象とし、その中で摂食嚥下障害のない 467 名と何らかの摂食嚥下障害がある 134 名を比較検討した。なお、何らかの摂食嚥下障害があるとは、誤嚥性肺炎の既往者ならびに食事摂取時に頻回にムセる対象者とした。

表 7, 8 に摂食嚥下障害の有無別に対象者の背景を比較した。性別、年齢では両群で有意な相違は認められなかった。入所 2 年未満の割合、要介護度、基本的 ADL など相違があり、摂食嚥下障害がある対象者はより入所期間が長い対象者が多く、ADL が悪く、高い要介護度が多かった。一方慢性疾患に関しては摂食嚥下障害がある対象者で脳血管障害、認知症が有意に多

かったが、それ以外に両群で差がなく、Charlson comorbidity index も差を認めなかった。

一方で老年症候群の集積数で比較すると摂食嚥下障害がある対象者ではより多くの老年症候群の集積があり、その中では排尿障害、移動障害、認知機能障害が高頻度で存在していた(表7)。

また、摂食嚥下障害がある対象者では義歯を所有しておらず、十分な咀嚼ができない対象者がより多かった(表8)。さらに摂食嚥下障害がある対象者では BMI, 血清アルブミンも低値であり、包括的栄養評価法である MNA-SF も低得点であった。このような摂食嚥下障害がある対象者では既にとろみ剤が多く使用されており、食事の形態も摂食嚥下障害の対象者とは異なっていた。すなわち主食も副食も普通食の割合が少なかった。

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(表9)。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。しかし併存症の重症度を表す Charlson comorbidity index は有意なORを示さなかった。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(表9、モデル2)。

D. 考察

今回事前に共同研究者の杉山らが横断的調査をした施設で縦断調査の協力が得られそうな施設に限って登録の依頼をしたにも関わらず、371 特別養護老人ホーム、219 老人保健施設中、特養39施設、246名、老健23施設、87名の登録を得たに過ぎなかった。その理由として a) 一年に及ぶ調査であること、b) 調査項目が煩雑であること、c) 十分な謝金を用意できなかった、などの要因が考えられる。移行加算調査は中でも少数しか登録されておらず、移行加算調査に関しては十分な解析が望まれない。また維持加算算定対象者にしてもそのほとんどは加算IIであり、Iを算定した対象者は8人に過ぎなかった。

経口維持加算算定の有無別解析では嚥下テストの実施率、リハビリスタッフの関与があるかどうかで有意に差があった。実際算定ができない理由として最も多くの理由として「嚥下評価ができない」が上がっていた。さらに維持加算IとIIの比較においてもリハビリ

スタッフの関与の有無が有意に異なっていた。

このようにせつかく経口摂取維持をはかる目的で維持加算が設定されてきたが、積極的にこの靴さんを使用できない理由としてはもっとも大きい理由は嚥下評価が行いにくい環境であり、その理由としては嚥下機能評価をするのに言語聴覚士などの係わりがないこと、と想像される。

経口摂取移行加算は上で述べたように登録対象者が少なく十分な解析が困難である。そのためか算定の有無別解析では有意差が出たものは少ないが、ここでもリハビリスタッフの関与ができるか否かが有意な差として出ている。実際、移行加算算定者できない理由として「嚥下評価ができない」という理由がもっとも多い理由であった。

以上より経口維持・移行加算とも靴さんを算定できない理由としては管理栄養士だけが配置されていても十分な嚥下機能評価は困難であり、言語聴覚士などの協力が必要であることが判明した。

特別養護老人ホームの経口摂取障害者の横断的解析：

今回の横断的解析では摂食嚥下障害との関連するのは病気としては脳血管障害、認知症、悪性腫瘍のみであった。要介護度が悪くなることは摂食嚥下障害と密に関連しているが、これは ADL との関連でも同様である。一方、興味あることはいわゆる老年症候群の集積とも摂食嚥下障害は関連していたが、その関連性は ADL に比較すると強くはなかった(表9)。老年症候群の中では食欲低下が摂食嚥下障害と関連していたが、食欲自体が摂食嚥下と密な交絡の関係にある可能性がある。が、排尿障害、移動能力障害も

摂食嚥下障害と強く関連しており、興味ある結果であった。これらの関係は脳血管障害、認知症、悪性腫瘍とは独立したものであった(表9)。

しかし、これらの結果はあくまでも横断調査の結果であり、結果、原因が明確ではなく、縦断調査の結果が待たれる。明らかに脳血管障害は嚥下機能に直結するし、認知症も末期になると嚥下障害を起しやす。排尿障害、移動障害が何故嚥下機能に関連するのか興味深い。

E. 結論

経口維持加算、移行加算の有無別の背景因子を検討したが、どちらの加算も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重要であった。また横断的調査による摂食嚥下障害に関連するものは ADL, 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。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Okada K, Enoki H, Izawa S, Iguchi A, Kuzuya M. Association between masticatory performance and anthropometric measurements and nutritional status in the elderly. *Geriatr Gerontol Int.* 2010 Jan;10(1):56-63.

2) Izawa S, Enoki H, Hirakawa Y, Iwata M, Hasegawa J, Iguchi A, Kuzuya M. The longitudinal change in anthropometric measurements and the association with physical function decline in Japanese community-dwelling frail elderly. Br J Nutr. (2010), 103, 289-294

2. 学会発表

1) 榎裕美, 葛谷雅文, 鈴木富夫, 新美珠美, 田中文彦, 加藤昌彦. 急性期病院における Mini-Nutritional Assessment short form を用いた栄養スクリーニングの有用性についての検討. 第 52 回日本老年医学会学術集会 神戸 平成 22 年 6 月

2) 榎裕美, 加藤昌彦, 長谷川潤, 広瀬貴久, 井澤幸子, 菊谷武, 杉山みち子, 葛谷雅文. 病院退院時の栄養ケアの連携(継続性)の実態について. 第 52

回日本老年医学会学術集会 神戸 平成 22 年 6 月

3) 井澤幸子, 村松英子, 加藤恵美, 内藤夕記子, 葛谷雅文. 施設入所中の低栄養高齢者への補食の効果に関する研究. 日本静脈経腸栄養学会

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

(研究協力者)

長谷川潤

広瀬貴久

図1. 各特別養護老人ホーム別登録者実数

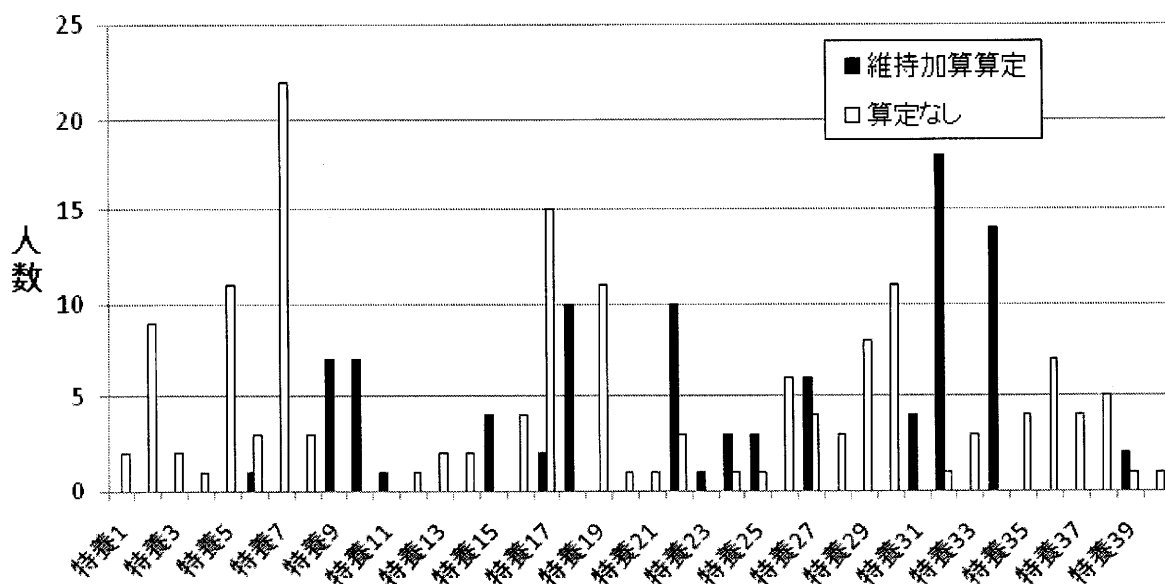


図2. 各老人保健施設別登録者実数

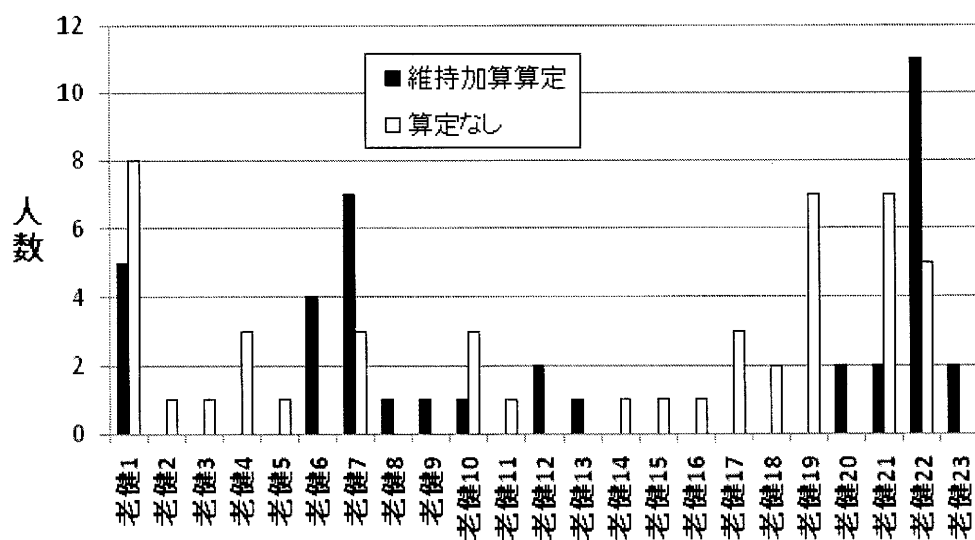


表1. 経口維持加算有無別の背景相違 1

| | 経口維持加算算定の有無(加算I+II) | | | | p |
|--|---------------------|--------|------------------|--------|-------|
| | 無し n=201 | | 有りまたは予定 n=132 | | |
| 施設 | | | | | |
| 特養 (n=40), n, % | 153 | 76.1 | 93 | 70.5 | 0.250 |
| 老健 (n=23), n, % | 48 | 23.9 | 39 | 29.5 | |
| 入所期間(日), mean SD * | 1437.1 | 1333.2 | 1283.4 | 1204.0 | 0.276 |
| 特養入所期間(日), n=40, mean SD * | 1768.2 | 1356.6 | 1696.0 | 1204.0 | 0.674 |
| 老健入所期間(日), n=23, mean SD * | 381.9 | 343.4 | 299.5 | 279.5 | 0.231 |
| 男性, n, % | 57 | 28.4 | 33 | 25.0 | 0.500 |
| 年齢, mean SD * | 85.7 | 8.3 | 86.8 | 7.7 | 0.238 |
| 要介護度 | | | | | |
| 要介護1 | 0 | 0.0 | 1 | 0.8 | 0.220 |
| 要介護2 | 6 | 3.0 | 1 | 0.8 | |
| 要介護3 | 23 | 11.4 | 9 | 6.8 | |
| 要介護4 | 70 | 34.8 | 46 | 34.8 | |
| 要介護5 | 102 | 50.7 | 75 | 56.8 | |
| bADL (range:0-100), mean SD * | 12.1 | 16.8 | 11.1 | 15.3 | 0.591 |
| BMI (kg/m ²), mean SD * | 19.0 | 2.8 | 19.1 | 2.5 | 0.576 |
| Albumin (加算無, n=90: 加算有, n=42), mean SD* | 3.5 | 0.4 | 3.5 | 0.4 | 0.549 |
| Charlson comorbidity index, mean SD * | 3.0 | 1.6 | 2.7 | 1.4 | 0.067 |
| 慢性疾患, n, % | | | | | |
| 虚血性心疾患 | 34 | 16.9 | 12 | 9.1 | 0.043 |
| 心不全 | 40 | 19.9 | 13 | 9.8 | 0.014 |
| COPD | 16 | 8.0 | 16 | 12.1 | 0.208 |
| 脳血管障害 | 100 | 49.8 | 69 | 52.3 | 0.653 |
| 認知症 | 125 | 62.2 | 78 | 59.1 | 0.571 |
| 悪性腫瘍 | 4 | 2.0 | 2 | 1.5 | 0.750 |
| 褥創 | 10 | 5.0 | 7 | 5.3 | 0.894 |
| 誤嚥性肺炎の既往 | 30 | 14.9 | 17 | 12.9 | 0.600 |
| 窒息の経験 | 6 | 3.0 | 4 | 3.0 | 0.981 |
| 服薬剤数(外用以外), mean SD * | 4.2 | 2.4 | 3.7 | 2.5 | 0.046 |

* student t-test, それ以外はカイ二乗検定

表2. 経口維持加算有無別の背景相違 2

| | 経口維持加算算定の有無(加算I+II) | | | | p |
|-----------------------|---------------------|------|---------|------|--------|
| | 無し | | 有りまたは予定 | | |
| | n=201 | | n=132 | | |
| 低栄養リスク, n, % | | | | | |
| 低リスク | 85 | 42.3 | 66 | 50.0 | 0.376 |
| 中リスク | 97 | 48.3 | 56 | 42.4 | |
| 高リスク | 19 | 9.5 | 10 | 7.6 | |
| 主食形態, n, % | | | | | |
| 普通 | 14 | 7.0 | 3 | 2.3 | 0.160 |
| 軟飯 | 21 | 10.4 | 11 | 8.3 | |
| 粥食 | 105 | 52.2 | 68 | 51.5 | |
| ペースト食 | 61 | 30.3 | 50 | 37.9 | |
| 副食, n, % | | | | | |
| 普通 | 8 | 4.0 | 2 | 1.5 | 0.432 |
| 一口大 | 11 | 5.5 | 7 | 5.3 | |
| きざみ・ミキサー・ゼリー・ソフト・ケア食 | 182 | 90.5 | 123 | 93.2 | |
| 増粘剤の使用, n, % | 166 | 82.6 | 121 | 91.7 | 0.019 |
| 補食あり, n, % | 69 | 34.3 | 42 | 31.8 | 0.635 |
| ムセの有無, n, % | | | | | |
| みられない | 14 | 7.0 | 23 | 17.4 | 0.003 |
| 食事中または食後にみられる | 187 | 93.0 | 109 | 82.6 | |
| むせる場合ムセの程度(食事中), n, % | | | | | |
| 1~2回 | 129 | 69.0 | 83 | 76.1 | 0.187 |
| 3回以上 | 58 | 31.0 | 26 | 23.9 | |
| むせる場合な何でムセるか, n, % | | | | | |
| 水分で | 64 | 34.2 | 37 | 33.9 | 0.959 |
| 食べ物で | 83 | 44.4 | 50 | 45.9 | |
| 両方で | 40 | 21.4 | 22 | 20.2 | |
| 食事時間, n, % | | | | | |
| ~30分 | 97 | 48.3 | 88 | 66.7 | 0.002 |
| 30~60分 | 97 | 48.3 | 43 | 32.6 | |
| 60分以上 | 7 | 3.5 | 1 | 0.8 | |
| VE/VFの実施, n, % | | | | | |
| なし | 196 | 97.5 | 122 | 92.4 | 0.029 |
| 実施した | 5 | 2.5 | 10 | 7.6 | |
| 嚥下テストの実施, n, % | | | | | |
| なし | 176 | 87.6 | 17 | 12.9 | <0.001 |
| 実施した | 25 | 12.4 | 115 | 87.1 | |
| リハスタッフ関与あり, n, % | 24 | 11.9 | 40 | 30.3 | <0.001 |

全てカイ二乗検定

表3. 経口維持加算 I & II 比較 1

| | 維持加算算定 | | | | p |
|---------------------------------------|--------|--------|--------|--------|-------|
| | 加算 I | | 加算 II | | |
| | n=8 | | n=124 | | |
| 施設, n, % | | | | | |
| 特養 | 4 | 50.0 | 89 | 71.8 | 0.191 |
| 老健 | 4 | 50.0 | 35 | 28.2 | |
| 入所期間(日), mean SD * | 1528.3 | 1126.5 | 1267.6 | 1211.5 | 0.555 |
| 男性, n, % | 3 | 37.5 | 30 | 24.2 | 0.400 |
| 年齢, mean SD * | 82.1 | 8.3 | 87.1 | 7.6 | 0.076 |
| 要介護度, n, % | | | | | |
| 要介護1 | 0 | 0.0 | 1 | 0.8 | |
| 要介護2 | 0 | 0.0 | 1 | 0.8 | 0.942 |
| 要介護3 | 0 | 0.0 | 9 | 7.3 | |
| 要介護4 | 3 | 37.5 | 43 | 34.7 | |
| 要介護5 | 5 | 62.5 | 70 | 56.5 | |
| bADL (range:0-100), mean SD * | 3.8 | 5.2 | 11.6 | 15.6 | 0.159 |
| BMI (kg/m ²), mean SD * | 18.0 | 1.8 | 19.2 | 2.6 | 0.184 |
| Charlson comorbidity index, mean SD * | 3.4 | 1.5 | 2.7 | 1.4 | 0.170 |
| 慢性疾患, n, % | | | | | |
| 虚血性心疾患 | 1 | 12.5 | 11 | 8.9 | 0.729 |
| 心不全 | 1 | 12.5 | 12 | 9.7 | 0.795 |
| COPD | 1 | 12.5 | 15 | 12.1 | 0.973 |
| 脳血管障害 | 7 | 87.5 | 62 | 50.0 | 0.040 |
| 認知症 | 4 | 50.0 | 74 | 59.7 | 0.589 |
| 悪性腫瘍 | 0 | 0.0 | 2 | 1.6 | 0.717 |
| 褥創 | 0 | 0.0 | 7 | 5.6 | 0.490 |
| 誤嚥性肺炎の既往 | 1 | 12.5 | 16 | 12.9 | 0.974 |
| 窒息の既往 | 1 | 12.5 | 3 | 2.4 | 0.107 |
| 服薬剤数(外用以外), mean SD * | 3.0 | 2.1 | 3.7 | 2.5 | 0.431 |

* student t-test, それ以外はカイ二乗検定

表4. 経口維持加算 I & II 比較 2

| | 維持加算算定 | | | | p |
|-----------------------|--------|-------|-------|------|-------|
| | 加算 I | | 加算 II | | |
| | n=8 | | n=124 | | |
| 低栄養リスク, n, % | | | | | |
| 低リスク | 2 | 25.0 | 64 | 51.6 | |
| 中リスク | 6 | 75.0 | 50 | 40.3 | 0.147 |
| 高リスク | 0 | 0.0 | 10 | 8.1 | |
| 主食形態, n, % | | | | | |
| 普通 | 0 | 0.0 | 3 | 2.4 | |
| 軟飯 | 1 | 12.5 | 10 | 8.1 | |
| 粥食 | 3 | 37.5 | 65 | 52.4 | 0.795 |
| ペースト食 | 4 | 50.0 | 46 | 37.1 | |
| 副食, n, % | | | | | |
| 普通 | 0 | 0.0 | 2 | 1.6 | |
| 一口大 | 1 | 12.5 | 6 | 4.8 | 0.609 |
| きざみ・ミキサー・ゼリー・ソフト・ケア食 | 7 | 87.5 | 116 | 93.5 | |
| 増粘剤の使用, n, % | 8 | 100.0 | 113 | 91.1 | 0.379 |
| ムセの有無, n, % | | | | | |
| みられない | 1 | 12.5 | 22 | 17.7 | |
| 食事中または食後にみられる | 7 | 87.5 | 107 | 82.3 | 0.705 |
| むせる場合ムセの程度(食事中), n, % | | | | | |
| 1~2回 | 7 | 100.0 | 76 | 74.5 | |
| 3回以上 | 0 | 0.0 | 26 | 25.5 | 0.126 |
| むせる場合な何でムセるか, n, % | | | | | |
| 水分で | 2 | 28.6 | 20 | 19.6 | |
| 食べ物で | 2 | 28.6 | 35 | 34.3 | 0.844 |
| 両方で | 3 | 42.9 | 47 | 46.1 | |
| 食事時間, n, % | | | | | |
| ~30分 | 7 | 87.5 | 81 | 65.3 | |
| 30~60分 | 1 | 12.5 | 42 | 33.9 | 0.433 |
| 60分以上 | 0 | 0.0 | 1 | 0.8 | |
| リハスタッフ関与あり, n, % | 5 | 62.5 | 35 | 28.2 | 0.041 |

全てカイ二乗検定

図3. 経口維持加算を算定しない理由

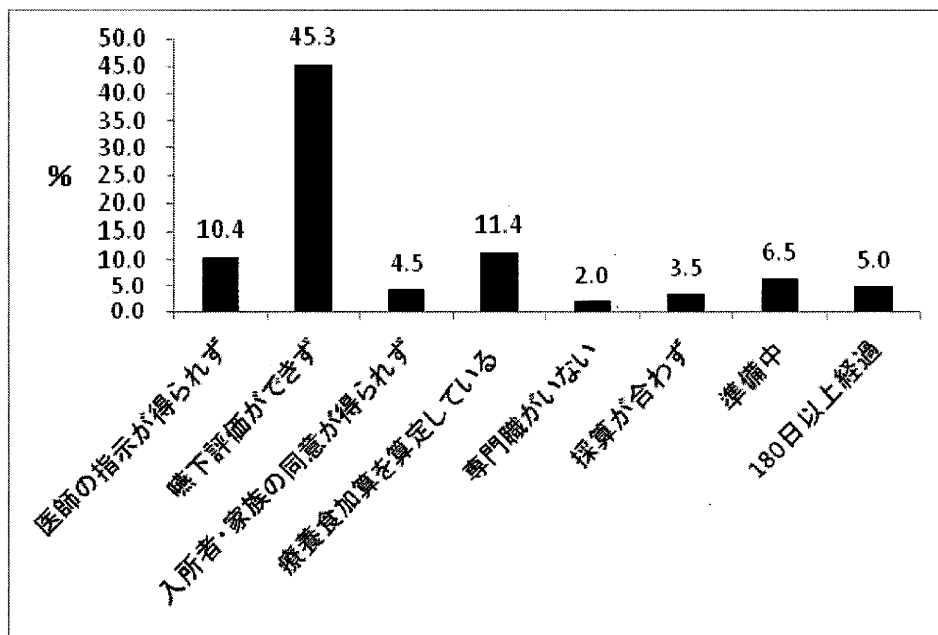


図4. 経口移行加算を算定しない理由

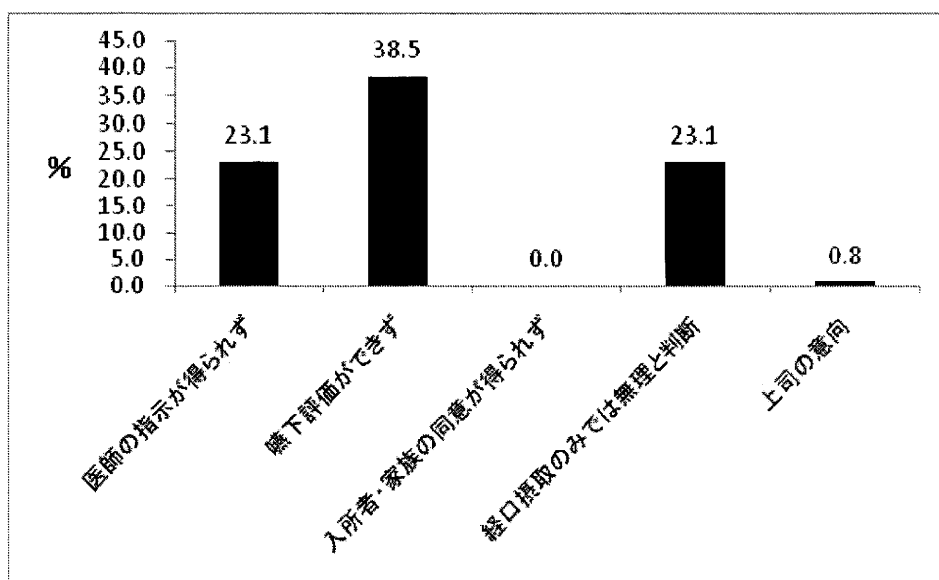


表6. 経口移行加算算定有無別背景 2

| | 経口移行加算算定の有無 | | | | p |
|-----------------------|-------------|-------|-----------------|------|-------|
| | 無し n=13 | | 有りまたは予定 n=10 | | |
| 低栄養リスク, n, % | | | | | |
| 低リスク | 1 | 7.7 | 0 | 0.0 | |
| 中リスク | 4 | 30.8 | 5 | 50.0 | 0.488 |
| 高リスク | 8 | 61.5 | 5 | 50.0 | |
| ムセの有無, n, % | | | | | |
| みられない | 5 | 50.0 | 5 | 50.0 | 1.000 |
| 食事中または食後にみられる | 5 | 50.0 | 5 | 50.0 | |
| むせる場合ムセの程度(食事中), n, % | | | | | |
| 1~2回 | 5 | 100.0 | 4 | 80.0 | 0.292 |
| 3回以上 | 0 | 0.0 | 1 | 20.0 | |
| むせる場合な何でムセるか, n, % | | | | | |
| 水分で | 1 | 20.0 | 1 | 20.0 | 1.000 |
| 食べ物で | 4 | 80.0 | 4 | 80.0 | |
| 両方で | | | | | |
| 食事時間, n, % | | | | | |
| ~30分 | 10 | 100.0 | 8 | 80.0 | |
| 30~60分 | 0 | 0.0 | 2 | 20.0 | 0.136 |
| 60分以上 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | |
| VE/VFの実施, n, % | | | | | |
| なし | 11 | 84.6 | 6 | 60.0 | 0.183 |
| 実施した | 2 | 15.4 | 4 | 40.0 | |
| 嚥下テストの実施, n, % | | | | | |
| なし | 8 | 61.5 | 2 | 25.0 | 0.104 |
| 実施した | 5 | 38.5 | 6 | 75.0 | |
| リハスタッフ関与あり, n, % | 2 | 15.4 | 7 | 70.0 | 0.008 |

全てカイ二乗検定

表7. 摂食嚥下障害の有無別背景 1

| | 摂食嚥下障害あり(誤嚥性肺炎の既往+高頻度に誤嚥) | | | | p |
|---------------------------------------|---------------------------|------|-------------|------|--------|
| | なし n=467 | | あり n=134 | | |
| 男性, n, % | 87 | 18.6 | 28 | 20.9 | 0.557 |
| 年齢, mean SD * | 85.3 | 7.7 | 85.0 | 8.9 | 0.700 |
| 入所2年未満, n, % | 193 | 41.4 | 41 | 30.8 | 0.027 |
| 要介護度 (n, %) | | | | | |
| 要介護1 | 29 | 6.2 | 2 | 1.5 | |
| 要介護2 | 95 | 20.4 | 3 | 2.3 | |
| 要介護3 | 129 | 27.7 | 19 | 14.3 | <0.001 |
| 要介護4 | 144 | 30.9 | 50 | 37.6 | |
| 要介護5 | 69 | 14.8 | 59 | 44.4 | |
| bADL (range:0-100), mean SD * | 42.1 | 27.6 | 12.4 | 18.0 | <0.001 |
| Charlson comorbidity index, mean SD * | 2.3 | 1.6 | 2.5 | 1.6 | 0.177 |
| 慢性疾患, n, % | | | | | |
| 虚血性心疾患 | 80 | 17.1 | 14 | 10.5 | 0.065 |
| 心不全 | 72 | 15.4 | 22 | 16.5 | 0.753 |
| 脳血管障害 | 217 | 46.7 | 75 | 56.8 | 0.039 |
| 閉塞性肺疾患 | 35 | 7.5 | 14 | 10.5 | 0.263 |
| 糖尿病 | 75 | 16.1 | 15 | 11.3 | 0.173 |
| 認知症 | 248 | 53.1 | 95 | 71.4 | <0.001 |
| 神経変性疾患 | 37 | 7.9 | 13 | 9.8 | 0.495 |
| 悪性腫瘍 | 13 | 2.8 | 9 | 6.8 | 0.031 |
| 老年症候群集積数 (range: 0-7) a * | 3.3 | 1.5 | 4.1 | 1.1 | <0.001 |
| 老年症候群集積数 (range: 0-6) b * | 3.0 | 1.3 | 3.6 | 1.0 | <0.001 |
| 老年症候群, n, % | | | | | |
| 視力障害 | 184 | 39.6 | 65 | 48.9 | 0.055 |
| 聴力障害 | 216 | 46.4 | 67 | 50.4 | 0.412 |
| 転倒 | 49 | 10.5 | 2 | 1.5 | <0.001 |
| 食欲不振 | 123 | 26.4 | 56 | 42.4 | <0.001 |
| 排尿障害 | 338 | 73.6 | 129 | 97.0 | <0.001 |
| 移動障害 | 367 | 78.8 | 129 | 97.0 | <0.001 |
| 認知機能障害 | 248 | 53.1 | 95 | 71.4 | <0.001 |
| 薬剤総数(外用除く), mean SD * | 4.8 | 2.6 | 3.8 | 2.4 | <0.001 |

a 以下の7老年症候群の集積数: 転倒、排尿、認知、食欲、移動、聴力、視力障害

b 以下の6老年症候群の集積数: 転倒、排尿、認知、移動、聴力、視力障害

* student t-test それ以外はカイ二乗検定

表8. 摂食嚥下障害の有無別背景 2

| | 摂食嚥下障害あり(誤嚥性肺炎の既往+高頻度に誤嚥) | | | | p |
|-------------------------------------|---------------------------|------|-------------|------|--------|
| | なし n=467 | | あり n=134 | | |
| とろみ剤の使用, n, % | 74 | 15.9 | 121 | 90.3 | <0.001 |
| 義歯使用あり, n, % | 253 | 54.4 | 43 | 32.1 | <0.001 |
| 十分な咀嚼できず, n, % | 52 | 11.1 | 73 | 55.3 | <0.001 |
| BMI (kg/m ²), mean SD * | 20.3 | 3.8 | 18.1 | 2.9 | <0.001 |
| Albumin (g/dL), mean SD* | 3.6 | 0.4 | 3.4 | 0.4 | <0.001 |
| 総コレステロール (mg/dL), mean SD * | 179.4 | 38.7 | 162.7 | 35.2 | 0.007 |
| MNA-SF (range: 0-14), mean SD * | 9.5 | 2.3 | 7.7 | 2.0 | <0.001 |
| MNA-SFカテゴリー, n, % | | | | | |
| 栄養不良 | 85 | 19.6 | 45 | 40.5 | |
| 栄養障害リスクあり | 254 | 58.5 | 63 | 56.8 | <0.001 |
| 栄養良好 | 95 | 21.9 | 3 | 2.7 | |
| 主食形態, n, % | | | | | |
| 普通食 | 138 | 29.9 | 7 | 5.6 | |
| 軟飯 | 105 | 22.7 | 13 | 10.4 | |
| 粥食 | 194 | 42.0 | 49 | 39.2 | <0.001 |
| ペースト | 25 | 5.4 | 56 | 44.8 | |
| 副食, n, % | | | | | |
| 普通食 | 133 | 28.5 | 2 | 1.5 | |
| 治療食 | 333 | 71.5 | 132 | 98.5 | <0.001 |

* student t-test それ以外はカイ二乗検定

MNA-SF: mini-nutritional assessment-short form

表9. 摂食嚥下障害に関連する要因(ロジスティック回帰)

| | univariate | | multivariate (model 1) | | multivariate (model 2) | |
|----------------------------|------------|--------------|------------------------|-------------|------------------------|--------------|
| | OR | 95%CI | OR | 95%CI | OR | 95%CI |
| 男性 (vs 女性) | 1.15 | 0.72 - 1.86 | 1.47 | 0.82 - 2.63 | 1.43 | 0.79 - 2.58 |
| 年齢(連続変数) | 1.00 | 0.97 - 1.02 | 1.00 | 0.97 - 1.03 | 0.99 | 0.96 - 1.02 |
| 入所2年以上 (vs 未満) | 1.59 | 1.05 - 2.39 | 1.14 | 0.71 - 1.84 | 1.54 | 0.98 - 2.43 |
| 要介護度 | | | | | | |
| 要介護1 | 1.00 | | | | | |
| 要介護2 | 0.46 | 0.07 - 2.87 | | | | |
| 要介護3 | 2.14 | 0.47 - 9.68 | | | | |
| 要介護4 | 5.03 | 1.16 - 21.87 | | | | |
| 要介護5 | 12.40 | 2.84 - 54.16 | | | | |
| 慢性疾患 (vs 無し) | | | | | | |
| 虚血性心疾患 | 0.57 | 0.31 - 1.04 | | | | |
| 心不全 | 1.09 | 0.65 - 1.83 | | | | |
| 脳血管障害 | 1.50 | 1.02 - 2.22 | | | 1.63 | 1.05 - 2.52 |
| 閉塞性肺疾患 | 1.45 | 0.75 - 2.78 | | | | |
| 糖尿病 | 0.66 | 0.37 - 1.20 | | | | |
| 認知症 | 2.21 | 1.45 - 3.35 | | | 1.80 | 1.14 - 2.83 |
| 神経変性疾患 | 1.26 | 0.65 - 2.44 | | | | |
| 悪性腫瘍 | 2.53 | 1.06 - 6.07 | | | 5.42 | 1.74 - 16.88 |
| Charlson comorbidity index | 1.09 | 0.96 - 1.22 | | | | |
| bADL (range:0-100)(連続変数) | 0.94 | 0.93 - 0.95 | 0.94 | 0.93 - 0.96 | | |
| 薬剤総数(外用除く)(連続変数) | 0.85 | 0.79 - 0.93 | | | | |
| 老年症候群集積数 (range:0-7) a * | 1.50 | 1.29 - 1.73 | 1.02 | 0.84 - 1.23 | | |
| 老年症候群集積数 (range: 0-6) b * | 1.49 | 1.27 - 1.75 | | | | |
| 視力障害(vs 無し) | 1.46 | 0.99 - 2.15 | | | | |
| 聴力障害 | 1.17 | 0.80 - 1.73 | | | | |
| 転倒 | 0.13 | 0.03 - 0.54 | | | | |
| 食欲不振 | 2.05 | 1.37 - 3.07 | | | 1.78 | 1.14 - 2.80 |
| 排尿障害 | 11.55 | 4.18 - 31.90 | | | 5.97 | 2.05 - 17.43 |
| 移動障害 | 8.70 | 3.14 - 24.11 | | | 4.89 | 1.63 - 14.72 |
| めまい | 0.32 | 0.14 - 0.72 | | | | |
| 褥瘡 | 1.57 | 0.47 - 5.17 | | | | |

a 以下の7老年症候群の集積数: 転倒、排尿、認知、食欲、移動、聴力、視力障害

b 以下の6老年症候群の集積数: 転倒、排尿、認知、移動、聴力、視力障害

表9. 摂食嚥下障害に関連する要因(ロジスティック回帰)

| | univariate | | multivariate (model 1) | | multivariate (model 2) | |
|----------------------------|------------|--------------|------------------------|-------------|------------------------|--------------|
| | OR | 95%CI | OR | 95%CI | OR | 95%CI |
| 男性 (vs 女性) | 1.15 | 0.72 - 1.86 | 1.47 | 0.82 - 2.63 | 1.43 | 0.79 - 2.58 |
| 年齢(連続変数) | 1.00 | 0.97 - 1.02 | 1.00 | 0.97 - 1.03 | 0.99 | 0.96 - 1.02 |
| 入所2年以上 (vs 未満) | 1.59 | 1.05 - 2.39 | 1.14 | 0.71 - 1.84 | 1.54 | 0.98 - 2.43 |
| 要介護度 | | | | | | |
| 要介護1 | 1.00 | | | | | |
| 要介護2 | 0.46 | 0.07 - 2.87 | | | | |
| 要介護3 | 2.14 | 0.47 - 9.68 | | | | |
| 要介護4 | 5.03 | 1.16 - 21.87 | | | | |
| 要介護5 | 12.40 | 2.84 - 54.16 | | | | |
| 慢性疾患 (vs 無し) | | | | | | |
| 虚血性心疾患 | 0.57 | 0.31 - 1.04 | | | | |
| 心不全 | 1.09 | 0.65 - 1.83 | | | | |
| 脳血管障害 | 1.50 | 1.02 - 2.22 | | | 1.63 | 1.05 - 2.52 |
| 閉塞性肺疾患 | 1.45 | 0.75 - 2.78 | | | | |
| 糖尿病 | 0.66 | 0.37 - 1.20 | | | | |
| 認知症 | 2.21 | 1.45 - 3.35 | | | 1.80 | 1.14 - 2.83 |
| 神経変性疾患 | 1.26 | 0.65 - 2.44 | | | | |
| 悪性腫瘍 | 2.53 | 1.06 - 6.07 | | | 5.42 | 1.74 - 16.88 |
| Charlson comorbidity index | 1.09 | 0.96 - 1.22 | | | | |
| bADL (range:0-100)(連続変数) | 0.94 | 0.93 - 0.95 | 0.94 | 0.93 - 0.96 | | |
| 薬剤総数(外用除く)(連続変数) | 0.85 | 0.79 - 0.93 | | | | |
| 老年症候群集積数 (range:0-7) a * | 1.50 | 1.29 - 1.73 | 1.02 | 0.84 - 1.23 | | |
| 老年症候群集積数 (range: 0-6) b * | 1.49 | 1.27 - 1.75 | | | | |
| 視力障害 (vs 無し) | 1.46 | 0.99 - 2.15 | | | | |
| 聴力障害 | 1.17 | 0.80 - 1.73 | | | | |
| 転倒 | 0.13 | 0.03 - 0.54 | | | | |
| 食欲不振 | 2.05 | 1.37 - 3.07 | | | 1.78 | 1.14 - 2.80 |
| 排尿障害 | 11.55 | 4.18 - 31.90 | | | 5.97 | 2.05 - 17.43 |
| 移動障害 | 8.70 | 3.14 - 24.11 | | | 4.89 | 1.63 - 14.72 |
| めまい | 0.32 | 0.14 - 0.72 | | | | |
| 褥瘡 | 1.57 | 0.47 - 5.17 | | | | |

a 以下の7老年症候群の集積数: 転倒、排尿、認知、食欲、移動、聴力、視力障害

b 以下の6老年症候群の集積数: 転倒、排尿、認知、移動、聴力、視力障害

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

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-

研究分担者 合田 敏尚 静岡県立大学食品栄養科学部教授
杉山 みち子 神奈川県立保健福祉大学栄養学科教授
協力研究者 桐谷 裕美子 初台リハビリテーション病院
大谷 千晴 医療法人洋和会栄養課長

研究要旨

回復期リハビリテーション病棟（回復期リハ）における摂食・嚥下機能に関わる情報の特徴を解析し、この情報が、多職種の情報連携のもとで患者の退院先へ情報提供されることの意義を、施設高齢者の経口移行・経口維持の阻害要因との関連性から検討した。また、回復期リハから退院先施設への摂食・嚥下機能に関わる情報提供を促進する要因を解析した。さらに、施設高齢者の経口移行・経口維持を支える多職種のケアチームが活用すべき、患者および施設入所者の摂食・嚥下機能に関わる情報の収集、交換、ケア計画への利用、および退院先への提供に関わる職種と役割のモデルを、回復期リハおよび介護施設の特徴を考慮して検討した。回復期リハでは、言語聴覚士の配置が充実し、摂食・嚥下機能評価が言語聴覚士によって日常的に実施されていた。また、回復期リハでは摂食機能療法が定常的に行われ、経口移行の推進体制ができていることから、摂食・嚥下リハ技術の情報が集積しているものと考えられた。一方、回復期リハでは、摂食・嚥下機能の評価および患者の退院先への摂食・嚥下機能に関わる情報提供に関与している管理栄養士は少なく、今後は、摂食・嚥下に関わるケアチームの一員として管理栄養士の参加を促す必要性が考えられた。回復期リハの多くは、介護老人保健施設に退院高齢者の摂食・嚥下機能に関わる情報を提供していたが、その情報の受信者は主に看護師であり、言語聴覚士と管理栄養士への情報の提供は限られていた。介護老人保健施設における摂食・嚥下機能の評価とそのケア計画への活用の主体職種は言語聴覚士と管理栄養士であり、経口移行・経口維持を支えるケアチームを充実させるためには、言語聴覚士の配置と管理栄養士への情報提供の促進が必要と考えられた。

A. 研究目的

回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ）は、急性期医療と介護保険施設および居宅ケアサービスの間位置づけられる。回復期リハでは、言語聴覚士の配置が充実し、摂食・嚥下機能評価が言語聴覚士によって日常的に実施されており、摂食機能療法が定常的に行

われている¹⁾。それゆえ、回復期リハでは、経口移行・経口維持を推進するための摂食・嚥下機能評価および摂食・嚥下リハ技術に関する情報が集積されていると考えられる。一方、回復期リハから退院した患者は居宅、介護保険施設等で療養するが、これらの施設等におけるケアサービスの中で、経口移行・経口維持加算の算

定対象となる割合はきわめて低く、摂食・嚥下障害を有する高齢者の経口移行・経口維持を支援するための摂食・嚥下の機能評価とリハビリ計画に関する情報が有効に提供・活用されているとは考えられない。

そこで、本研究では、回復期リハビリから退院先施設への摂食・嚥下機能に関わる情報提供を促進する要因を解析し、さらに、回復期リハビリにおける摂食・嚥下機能に関わる情報の中で、多職種連携のもとで患者の退院先へ優先的に情報提供されるべき情報とその情報連携に関与しうる担当職種を検討し、回復期リハビリテーション病棟が地域の摂食・嚥下障害を有する高齢者の経口摂取維持の要としての機能を有効に発揮するための体制づくりに寄与することを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象施設と回答者

対象施設は、杉山らの研究報告¹⁾と同じ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 箇所であった。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。

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。調査内容は、杉山らの研究報告¹⁾と同様であった。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、匿名化されたデータの入力された CD を用いて、静岡県立大学内において分析した。SPSS ver. 17.0 を用いて集計・分析を行い、独立性の検定には χ^2 検定またはフィッシャーの直接法、平均値の比較には対応のない t 検定を用いた。

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（承認番号 21-32-006）を得て実施した。

C. 研究結果

1. 回収状況と回答者

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。

2. 摂食・嚥下機能に関する情報連携体制による摂食・嚥下に関わる取り組みの特性

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他施設との連携体制が「ある」病棟と「ない」病棟での摂食・嚥下に関わる取り組みに特徴的な差のみられた内容を表 1 に示した。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%）。

表1 回復期リハビリテーション病棟における摂食・嚥下機能に関する情報連携体制による摂食・嚥下に関わる取り組みの特性

| | 摂食・嚥下機能に関する情報連携体制 | | | | | | p-値 |
|--------------------------------|-------------------|--------|---------|--------|---------|--------|--------|
| | ない | | ある | | 合計 | | |
| | n = 42 | | n = 167 | | n = 209 | | |
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| 経口移行の対象となる患者の数 (100床あたり) | 1.4 | (2.9) | 2.9 | (4.5) | 2.6 | (4.2) | 0.040 |
| | 平均 | SD | 平均 | SD | 平均 | SD | |
| 嚥下障害のリスクを疑う患者の数 (100床あたり) | 10.0 | (14.3) | 16.9 | (16.2) | 15.5 | (16.0) | 0.013 |
| | 平均 | SD | 平均 | SD | 平均 | SD | |
| 摂食・嚥下機能の評価法 | | | | | | | |
| 水飲みテスト | 25 | (65.8) | 118 | (72.4) | 143 | (71.1) | 0.419 |
| 改訂水飲みテスト | 34 | (87.2) | 144 | (91.7) | 178 | (90.8) | 0.380 |
| 反復唾液嚥下テスト | 34 | (87.2) | 155 | (95.1) | 189 | (93.6) | 0.070 |
| 段階的フードテスト | 29 | (72.5) | 142 | (87.1) | 171 | (84.2) | 0.023 |
| 頸部触診 | 27 | (75.0) | 144 | (90.6) | 171 | (87.7) | 0.010 |
| 摂食機能療法加算 | 30 | (75.0) | 143 | (87.7) | 173 | (85.2) | 0.042 |
| 食事形態の選択・変更に関わる職種 | | | | | | | |
| 言語聴覚士 | 38 | (90.5) | 163 | (97.6) | 201 | (96.2) | 0.054 |
| 管理栄養士による摂食・嚥下に関わる取り組み | | | | | | | |
| 経口移行計画の作成に関わっている | 9 | (21.4) | 48 | (28.7) | 57 | (27.3) | 0.341 |
| 経口維持計画の作成に関わっている | 6 | (14.3) | 40 | (24.0) | 46 | (22.0) | 0.177 |
| 嚥下障害に対応した段階的な食形態の食事を提供 | 34 | (81.0) | 149 | (89.2) | 183 | (87.6) | 0.147 |
| 患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 | 25 | (59.5) | 110 | (65.9) | 135 | (64.6) | 0.442 |
| 摂食・嚥下に関わる取り組みが実施できている理由 | | | | | | | |
| 施設長(経営者・理事長・院長)が熱心 | 7 | (16.7) | 63 | (37.7) | 70 | (33.5) | 0.010 |
| 摂食・嚥下機能評価が可能 | 32 | (76.2) | 143 | (85.6) | 175 | (83.7) | 0.138 |
| 個別の食事提供が可能 | 21 | (50.0) | 120 | (71.9) | 141 | (67.5) | 0.007 |
| 医師の指示が得やすい | 15 | (35.7) | 88 | (52.7) | 103 | (49.3) | 0.049 |
| 病棟の医師が専門である | 3 | (7.1) | 34 | (20.4) | 37 | (17.7) | 0.045 |
| 言語聴覚士がいる | 37 | (88.1) | 162 | (97.0) | 199 | (95.2) | 0.016 |
| 歯科衛生士がいる | 4 | (9.5) | 39 | (23.4) | 43 | (20.6) | 0.055 |
| 管理栄養士が積極的にかかわっている | 19 | (45.2) | 92 | (55.1) | 111 | (53.1) | 0.253 |
| ほかの医療機関との連携がある | 2 | (4.8) | 54 | (32.3) | 56 | (26.8) | <0.001 |
| 文書による「栄養・食事に関する情報提供」 | | | | | | | |
| 病棟の体制として常に提供 | 10 | (23.8) | 65 | (38.9) | 75 | (35.9) | 0.068 |
| 退院時に本人・家族へは、常に提供 | 2 | (4.8) | 30 | (18.0) | 32 | (15.3) | 0.032 |
| 介護支援専門員等に提供 | 6 | (14.3) | 53 | (31.7) | 59 | (28.2) | 0.025 |