

管理栄養士による摂食・嚥下に関わる取り組みについては、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」病棟のいずれでも、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施設は多く (65.9 % vs 59.5 %)、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施設も多かった (89.2 % vs 81.0 %)。しかしながら、摂食・嚥下機能に関する情報の連携体制が「ある」病棟であっても、管理栄養士が経口移行計画や経口維持計画の作成に関わっている施設は少なく (それぞれ 28.7 %、24.0 %)、摂食・嚥下機能に関する情報の連携体制が「ない」病棟では、管理栄養士が経口移行計画や経口維持計画の作成に関わっている施設の割合がさらに少ない傾向がみられた (それぞれ 21.4 %、14.3 %)。

摂食・嚥下に関わる取り組みができていない理由としては、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、「施設長 (経営者、理事長、院長) が熱心である」 (37.7 % vs 16.7 %)、「個別の食事提供が可能」 (71.9 % vs 50.0 %) が多いほか、「医師の指示が得やすい (52.7 % vs 35.7 %)」、「言語聴覚士がいる (97.0 % vs 88.1 %)」、「歯科衛生士がいる (23.4 % vs 9.5 %)」など、摂食・嚥下に関わるケアチーム間の連携が充実している傾向がみられ、「ほかの医療機関との連携がある」施設も多くなっていた (表1)。

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、文書による栄養・食事に関する情報提供を、「病棟の体制として常に提供している」施設や、「退院時に本人・家族へは常に提供している」施設が多いという傾向がみられたが、これらの情報を提供している施設の割合は、摂食・嚥下機能に関する情報の連携体制が「ある」病棟でさえ、それぞれ、39 %、18 %と低いものであった。

D. 考察

1. 回復期リハにおける摂食・嚥下機能に関する情報の特徴

回復期リハビリテーション病棟 (回復期リハ) は、急性期医療の後に家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための施設であり、医師、看護師の他に、理学療法士、作業療法士等のリハビリテーション専門職が多く従事している。近年では、脳血管疾患の後遺症としての摂食・嚥下障害に対するリハビリテーションが重視され、回復期リハにおける言語聴覚士の配置が進みつつある。杉山らの報告によると、回復期リハ病棟における摂食・嚥下機能の評価は、機器を用いた検査以外は、主に言語聴覚士によって実施されており、回復期リハの92%で摂食・嚥下機能評価体制が整備されている¹⁾。また、回復期リハでは摂食機能療法加算が定常的に算定され (85%)、経口移行の推進体制ができていることから、摂食・嚥下障害者に対する摂食・嚥下機能維持および摂食・嚥下リハに関する技術の情報が集積しているものと考えられる。

本研究では、回復期リハの80%が、摂食・嚥下機能に関して他施設との情報連携体制を持っていることが明らかになった。そこで、この情報連携体制を維持するのに必要な要因を明らかにするために、情報連携体制を持つ施設と持たない施設の間で、摂食・嚥下に関わる取り組みの特性にどのような違いがあるかを検討した。その結果、他施設との情報連携体制を持っている回復期リハでは、段階的フードテストや頸部触診のような言語聴覚士の専門性をいかした摂食・嚥下機能評価方法が積極的に採用されていた。また、これらの回復期リハのほとんどの施設では、言語聴覚士が食事形態の選択・変更に関わっているなど、摂食・嚥下に関する取り組みに言語聴覚士が中枢的な役割を果たしていることが明らかになった。

他施設との情報連携体制を持っている回復期リハでは、医師、言語聴覚士、歯科衛生士など複数の職種と連携できることが、摂食・嚥下に関わる取り組みが実施できる理由としてあげられていた。それゆえ、回復期リハでは、言語聴覚士を構成メンバーとする摂食・嚥下ケアチームの形成が、他施設への情報提供に対しても有効に機能しているものと考えられた。

一方、回復期リハの管理栄養士は、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い、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というように、栄養ケア・マネジメントの体制は整備されているように見受けられた。しかしながら、回復期リハでは、摂食・嚥下機能評価に参加する管理栄養士は少なく、経口移行・経口維持計画に関わる管理栄養士も少ない。すなわち、回復期リハの管理栄養士は、摂食・嚥下ケアチームの一員として位置づけられているわけではないと考えられた。

2. 回復期リハ退院者の摂食・嚥下機能に関する情報の発信と受信に関する専門職の連携モデル

回復期リハおよび高齢者介護施設における専門職の配置と摂食・嚥下に関わる情報連携体制の特性を考慮した上で、施設高齢者の経口移行・経口維持を支える多職種の栄養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間の連携モデルを考案してみた（図1）。

施設高齢者の経口移行・経口維持の主要な阻害要因は、摂食・嚥下機能評価の困難さと言語聴覚士などの摂食・嚥下機能評価専門職の配置の少なさである¹⁾。一方、回復期リハには言語聴覚士の配置が進んでおり、言語聴覚士によって評価された摂食・嚥下機能の情報が大量に存在する。

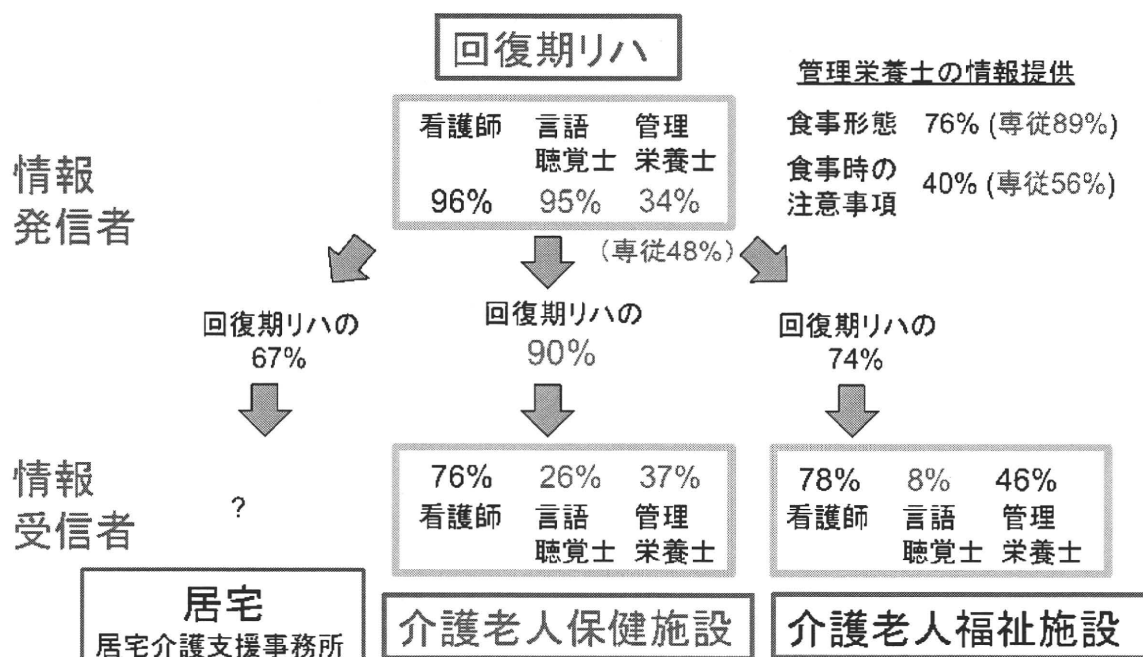


図1 摂食・嚥下にかかわる専門職の地域連携モデル
回復期リハ退院者の摂食・嚥下機能に関する情報の発信者と受信者の関連

それゆえ、回復期リハは、患者の診療記録やリハビリテーションの経過に加えて、摂食・嚥下機能の評価結果およびそれに対応した食事形態の情報を、退院先に文書によって情報提供する体制を整えることが期待される。しかしながら、杉山らの研究¹⁾によると、回復期リハから退院先への情報提供の担当者は、看護師(96%)と言語聴覚士(95%)であるのに対し、管理栄養士は少ない(34%)。一方、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るが、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る。また、退院先に言語聴覚士が配置されていないければ、回復期リハ退院者の摂食・嚥下機能に関する情報は、施設入所者の経口移行・経口維持のために有効に活用することができない。

先の研究²⁾によると、回復期リハにおける管理栄養士の病棟専従配置は、サービス担当者会議等における管理栄養士からの提案を増やし、管理栄養士による他施設への食事形態、食事時の注意に関する情報提供を促すことが示唆されている。今後は、管理栄養士の病棟専従配置などを介して、摂食・嚥下に関わる栄養ケアチームへの管理栄養士の積極的な参加を促す必要があるものと考えられた。

一方、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。

E. 結論

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、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である。

引用文献

1) 杉山みち子、梶井文子、菊谷武、合田敏尚、高田和子、葛谷雅文他：在宅、施設、病院における高齢者の経口摂取状況（終末期を含む）の実態調査：介護保険施設、医療療養病床、回復期リハビリテーション病棟、通所サービス事業所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、平成21年度厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業 高齢者の経口摂取の維持ならびに栄養ケア・アネジメントの活用に関する研究報告書（研究代表者 葛谷雅文）2010.

2) 合田敏尚、杉山みち子、葛谷雅文他、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管理栄養士病棟専従と摂食・嚥下に関わる取り組み-、平成21年度厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業 高齢者の経口摂取の維持ならびに栄養ケア・アネジメントの活用に関する研究報告書（研究代表者 葛谷雅文）2010.

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

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と摂食・嚥下に関わる取り組み. 日本臨床栄養学会、2010年8月（名古屋）

G. 知的所有権の出願・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

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

通所サービス事業所における高齢者の栄養改善、口腔機能向上加算における課題の検討

研究分担者 高田和子 独立行政法人国立健康・栄養研究所上級研究員
杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学教授
梶井文子 聖路加看護大学看護学部准教授
菊谷武 日本歯科大学生命歯学部付属病院口腔保健・リハビリテーションセンター長
合田敏尚 静岡県立大学食品栄養科学部教授

研究協力者

西谷えみ 高田健人（神奈川県立保健福祉大学大学院）
麻植有希子（横浜育明会介護老人保健施設都筑シニアセンター栄養管理部室長）
桐谷裕美子（初台リハビリテーション病院）
古賀奈保子（医療法人社団茨城回茨城診療所）
田中和美（特別養護老人ホームふれあいの森栄養サービス課長）
花井麻己（ブース記念老人保健施設グレイス）
星野和子（医療法人溪仁会溪仁会グループ統括本部経営戦略部）
西本悦子（医療法人平成博愛会博愛記念病院管理栄養部課長）
三橋扶佐子（日本歯科大学助教）
宮本啓子（静岡県立大学大学院）
矢守麻奈（大阪河崎リハビリテーション大学言語聴覚学専攻教授）

本年度は、昨年度、通所サービス事業所を対象に実施した調査結果をもとに、栄養改善加算及び口腔機能向上加算の取得の有無と、算定が困難な理由、摂食・嚥下評価体制、食形態変更の状況を比較した。それにより、加算取得を増加させるための要因、及び今後、経口移行や経口維持加算を通所サービス事業所へ導入する際の課題の検討を行った。

その結果、栄養改善・口腔機能向上のいずれも加算取得においては、対象者の有無、多職種への支援、算定基準などの実施上の課題と考えられる項目は、加算有の施設で多く見られ、加算無では、専門職の配置が課題となっていた。栄養改善加算では、管理栄養士の取り組みには、加算の有無で差がみられた。口腔機能向上では、嚥下障害の判断を加算有の施設では、看護師や歯科衛生士が担当し、加算におけるアセスメントや咽喉挙上の触診などがされているが、加算無では摂食・嚥下障害の評価はあまりされていない。通所リハ施設では、加算無の施設においても、嚥下障害の評価や評価に医師、看護師、言語聴覚士等が関わっており、施設に口腔機能向上に関われる可能性のある専門職が多数、存在することが伺われた。

加算をしている施設では、実施上の課題がみられており、これらへの対応が必須であるが、加算をしていない施設では、栄養改善や口腔機能向上に取り組んでいるにも関わらず加算を取得していない例も多くみられ、手続きなどの課題があると推測された。

A. 研究目的

介護保険施設入所者の約 40%近くに低栄養状態がみられ、その 3～4 割には管理栄養士による栄養ケア・マネジメントによる

改善がみられている^{1,2)}。一方、平成 17、18 年に経口摂取の促進を目指して介護報

酬としての経口移行加算や経口維持加算が導入されたが、これらの加算の算定施設は未だ少なく、その原因には摂食機能評価の困難なことがあげられている^{1,2)}。

昨年度は、通所サービス事業所を対象に、高齢者の経口摂取状況、経管栄養から経口への移行や経口維持の取り組みの実態について調査を行い、現状について検討した。本年度は、昨年度に実施した調査結果をもとに栄養改善加算や口腔機能向上加算の取得実績によって、事業所の体制等がどのように異なるかを比較し、今後、加算取得を増やすためにどのようなことが必要かを検討した。また、現時点では通所施設では経口移行、経口維持の加算は行われていないが、今後、通所施設でも経口移行をすすめていく際には同様の課題が関わってくると予測し、今後の課題等について検討した。

B. 研究方法

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1割を無作為抽出した通所サービス事業所（通所介護事業所・認知症対応型通所介護事業所 以下通所介護、通所リハビリテーション事業所、以下通所リハ）5,669 事業所であった。回答者は、通所サービス事業所では事業所責任者、責任者が指定した者（看護師等）、あるいは管理栄養士が配置されている場合には管理栄養士とした。

2. 調査方法

対象施設の施設長、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、(1)施設概要（利用者・患者

数、平均要介護度、平均年齢、平均医療区分等）

(2)摂食・嚥下障害や経口摂取状況（経管栄養者数、経口移行対象者数、嚥下障害のリスクを疑う者の数、摂食・嚥下機能評価体制）(3)摂食・嚥下に関わる加算の算定状況と算定が困難な理由 (4)栄養部門の摂食・嚥下障害や経口摂取状況への取り組み（管理栄養士、栄養士配置数、食事形態の選択・変更に関わる職種と方法、栄養ケアの取り組み内容）(5)摂食・嚥下に関わる取り組みが実施できている理由と課題 (6)他施設との書面での情報提供の要望 (7)摂食・嚥下に関わる制度上の課題や要望(自由記載) (8)摂食・嚥下に関わる取り組みにおける不安(自由記載) 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た。本年度は、これまで栄養改善加算、口腔機能向上加算の取得の有無により、どのような要因が異なるかを検討した。すべての統計処理は、SPSSver17.0を用いておこなった。

（倫理面への配慮）

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. 栄養改善加算の有無に影響する要因

栄養改善加算取得の有無別に栄養改善加算の算定が難しい理由を表1にまとめた。加算の有無により算定困難な理由としてあげた項目で差がみられたものは通所介護、通所リハとも「対象者がいない」、「介護支援専門員の理解不足」、「対象者の把握基準が不明確」は加算有の施設で多く、加算無の施設で多い理由は「専門職を配置できな

い」であった。

表 1 栄養改善加算取得の有無に関連する要因（困難な要因）

	通所介護			通所リハ		
	加算有 (N=36)	加算無 (N=630)	χ^2 検定	加算有 (N=32)	加算無 (N=163)	χ^2 検定
栄養改善加算の算定が難しい理由						
対象者がいない	38.9	23.0	0.030			
経営上のメリットがない	19.4	21.7	0.744	9.4	19.6	0.167
加算請求の事務処理に時間を要する	22.2	23.8	0.828	15.6	26.4	0.197
介護支援専門員の理解不足	19.4	7.3	0.009	25.0	10.4	0.024
他職種の協力が得られない	16.7	8.9	0.118	9.4	9.2	0.975
利用者・家族の同意が得られにくい	27.8	16.7	0.086	31.2	30.1	0.894
対象者の把握基準が不明確	44.4	24.9	0.009	34.4	32.5	0.838
専門職を配置できない	16.7	65.6	<0.001	6.2	35.6	0.001
指導・監督の基準が不明確	19.4	13.5	0.314	18.8	9.8	0.144
人員不足	5.6	16.0	0.091	6.2	15.3	0.174

表 2 栄養改善加算取得の有無に関連する要因（判断基準）

	通所介護			通所リハ		
	加算有 (N=36)	加算無 (N=630)	χ^2 検定	加算有 (N=32)	加算無 (N=163)	χ^2 検定
嚥下障害を疑う際の指標						
水分摂取の際にとろみ調整剤使用	80.6	71.9	0.259	96.9	82.2	0.036
食事摂取時の「むせ」	94.4	82.4	0.061	96.9	92.0	0.331
既往歴や現病歴で誤嚥性肺炎	52.8	61.9	0.274	78.1	77.3	0.919
嚥下障害の診断あり	63.9	57.0	0.415	75.0	73.0	0.816
摂食・嚥下評価体制あり	41.2	14.7	<0.001	61.3	44.1	0.079
摂食・嚥下障害の評価方法						
口腔機能向上加算によるアセスメント	36.1	9.5	<0.001	31.2	20.9	0.199
水飲みテスト	11.1	4.9	0.105	31.2	23.9	0.383
改訂水飲みテスト	5.6	1.9	0.138	34.4	18.4	0.043
咽喉挙上の触診、反復唾液嚥下テスト	25.0	5.2	<0.001	31.2	25.8	0.521
氷碎片飲み込みテスト	-	-	0.678	9.4	4.9	0.317
段階的フードテスト	0.0	1.9	0.403	18.8	10.4	0.182
頸部聴診	2.8	1.1	0.372	12.5	15.3	0.680
嚥下造影検査	2.8	0.6	0.147	3.1	7.4	0.380
超音波検査	-	-	-	-	-	-
嚥下内視鏡検査	-	-	-	0.0	5.5	0.174
上記以外の医師の判断	0.0	1.3	0.496	3.1	6.1	0.500
摂食・嚥下機能評価者						
医師	0.0	3.0	0.290	31.2	23.3	0.341
歯科医師	0.0	1.0	0.556	6.2	1.8	0.149
看護師	33.3	20.6	0.070	37.5	27.0	0.230
言語聴覚士	2.8	1.4	0.517	28.1	25.2	0.725
理学療法士	-	-	-	9.4	8.0	0.792
作業療法士	-	-	-	12.5	8.0	0.407
歯科衛生士	19.4	3.0	<0.001	0.0	6.1	0.150
管理栄養士	8.3	17.0	0.007	25.0	14.1	0.123
介護職	16.7	11.9	0.395	21.9	15.3	0.361
薬剤師	-	-	-	-	-	-
決まっていない	0.0	1.7	0.424	0.0	1.8	0.439

栄養改善加算取得の有無に関連する要因のうち、摂食・嚥下障害の判断に関する項目の違いを表2に示した。嚥下障害を疑う際の指標として利用している項目には、加算取得の有無により大きな差はなく、通所リハにおける「とろみ調整剤使用」であったが、いずれでも80%を超える高率であった。評価体制は、通所介護では加算有で多くなっていたが、加算有でも41%とあまり高率ではなかった。評価方法で使用している項目は、口腔機能向上加算によるアセスメントが最も多く、通所介護の加算の有無では差がみられた。また、通所介護の加

算有では「咽喉挙上の触診、反復唾液嚥下テスト」が多くみられた。通所リハでは、どの項目の使用も同じ程度で、加算の有無による差もあまり見られなかった。評価者は、加算有では歯科衛生士が多くみられたが、管理栄養士は通所介護では加算無で多くみられた。通所リハでは、医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士、介護職など様々な職種が摂食・嚥下機能の評価に携わっていた。

加算の有無別に、食事形態の選択・変更に関する項目について、表3に示した。

表3 栄養改善加算の有無別の比較（食事形態の選択）

	通所介護			通所リハ		
	加算有 (N=36)	加算無 (N=630)	χ^2 検定	加算有 (N=32)	加算無 (N=163)	χ^2 検定
摂食・嚥下障害者の食事形態の選択・変更に関わる職種						
医師	5.6	10.0	0.382	53.1	57.1	0.682
歯科医師	0.0	1.3	0.496	3.1	2.5	0.826
看護師	88.9	82.7	0.336	96.9	85.3	0.073
言語聴覚士	5.6	2.4	0.240	31.2	26.4	0.571
理学療法士	2.8	2.1	0.771	21.9	26.4	0.594
作業療法士	2.8	1.3	0.446	34.4	25.8	0.317
歯科衛生士	19.4	4.0	<0.001	0.0	6.1	0.150
管理栄養士	69.4	19.8	<0.001	78.1	63.8	0.118
栄養士	13.9	15.6	0.788	9.4	13.5	0.524
介護職	80.6	78.3	0.744	68.8	71.2	0.784
摂食・嚥下障害者の食事形態の選択・変更方法						
機能評価の結果	16.7	6.5	0.021	43.8	31.9	0.195
食事摂取状況の観察	94.4	87.8	0.229	96.9	91.4	0.289
栄養状態の評価	22.2	16.7	0.388	56.2	40.5	0.100
本人や家族の希望	83.3	76.0	0.315	71.9	79.8	0.322
多職種の会議	86.1	71.4	0.056	71.9	71.2	0.935
管理栄養士による摂食・嚥下に関わる取り組み						
管理栄養士が行っている取り組み	71.4	25.1	<0.001	74.2	57.6	0.084
評価の場に参加	2.8	1.0	0.296	21.9	9.2	0.038
フードテストの場に参加	0.0	2.1	0.384	37.5	12.3	<0.001
フードテストのゼリー作成	0.0	1.1	0.525	15.6	11.0	0.463
経口移行計画の作成に中心的な役割	-	-	-	9.4	6.1	0.502
経口移行計画の作成に関わる	8.3	1.1	0.001	12.5	5.5	0.148
経口維持計画の作成に中心的な役割	-	-	-	12.5	5.5	0.148
経口維持計画の作成に関わる	5.6	1.0	0.014	18.8	7.4	0.042
サービス担当者会議での提案・助言	41.7	11.1	<0.001	53.1	30.1	0.012
嚥下障害に対応した食形態の食事提供	47.2	12.2	<0.001	53.1	43.6	0.320
栄養指導での説明・助言	33.3	4.3	<0.001	37.5	22.7	0.078
利用者の食事時の観察	30.6	10.6	<0.001	43.8	28.8	0.096
食事道具への配慮	36.1	11.4	<0.001	53.1	25.8	0.002
食事摂取時の姿勢や体位への配慮	25.0	9.7	0.004	40.6	14.7	0.001
利用者本人の嗜好や楽しみを反映	47.2	13.3	<0.001	56.2	41.1	0.114
事業所内の研修会等への参加	22.2	5.6	<0.001	37.5	23.3	0.093
事業所外の研修会等への参加	33.3	10.2	<0.001	53.1	30.7	0.014

通所介護で食事の選択・変更に関わる職種は、看護師が最も多いが、加算の有無での違いはみられなかった。加算の有無により差がみられる職種は、歯科衛生士と管理栄養士であった。通所リハでは、いずれの職種の関与も加算の有無で違いはなく、関わっている職種としては、看護師、管理栄養士、介護職が多かった。

食事形態の選択・変更方法は通所介護通所リハとも、「食事摂取状況の観察」、「本人や家族の希望」、「多職種の会議」が多いが、加算の有無で差がみられた項目は、通所介護の「機能評価の結果」であった。

管理栄養士が摂食・嚥下に関わる取り組みをしている施設は、通所介護、通所リハとも加算有の施設で多くみられた。管理栄養士が行っている項目として多いものは、

評価に参加するよりは、食事提供や観察、食事道具や姿勢への配慮、食事時の観察など、実際の食事提供に関わる場面で多く見られた。また、研修会への参加は事業所内外に関わらず、多かった。

2. 口腔機能向上加算の有無に影響する要因

口腔機能向上加算の有無別に加算算定が難しい理由を表4に示した。通所介護、通所リハとも、「介護支援専門員の理解不足」や「利用者・家族の同意が得られにくい」は加算有で多く見られ、「専門職を配置できない」は加算無で多くみられた。

表4 口腔機能向上加算取得の有無に関連する要因（困難な要因）

	通所介護			通所リハ		
	加算有 (N=121)	加算無 (N=452)	χ^2 検定	加算有 (N=54)	加算無 (N=143)	χ^2 検定
口腔機能向上加算の算定が難しい理由						
対象者がいない	13.8	16.5	0.429	16.7	21.0	0.498
経営上のメリットがない	19.3	21.4	0.577			
加算請求の事務処理に時間を要する	25.5	25.4	0.982	27.8	28.0	0.978
介護支援専門員の理解不足	16.6	6.6	<0.001	22.2	9.8	0.021
他職種の協力が得られない	5.5	8.9	0.186	7.4	11.2	0.433
利用者・家族の同意が得られにくい	26.2	14.0	<0.001	29.6	16.1	0.033
対象者の把握基準が不明確	33.8	25.6	0.051	24.1	30.8	0.355
専門職を配置できない	33.1	62.4	<0.001	25.9	47.6	0.006
指導・監督の基準が不明確	19.3	15.4	0.254	7.4	13.3	0.252
人員不足	15.2	16.3	0.739	14.8	16.1	0.827

口腔機能向上加算の有無別に摂食・嚥下機能の判断方法を表5に示した。嚥下障害を疑う項目には、加算取得の有無による差は見られず、通所介護、通所リハとも「食事摂取時のむせ」、「水分摂取の際のどろみ調整剤使用」が多くみられた。摂食・嚥下評価体制は加算有で、通所介護、通所リハとも多くみられた。評価方法は、通所介護では加算有で「口腔機能向上加算によるアセスメント」、「咽喉挙上の触診、反復唾液嚥下テスト」が多く使用されていた。通所リハでは、加算有でほとんどの項目が加算

無より多く使用されていた。

摂食・嚥下機能の評価者は、通所介護では看護師が最も多く、加算の有無による違いも見られた。歯科衛生士、歯科医師、言語聴覚士も評価者として参加している比率は低いですが、加算の有無による違いは見られた。通所リハでは、言語聴覚士による評価が多く、加算の有無による差がみられた。評価者としての参加が多いのは、看護師や歯科医師であったが、加算の有無で差がみられたのは作業療法士や歯科衛生士であった。

表5 口腔機能向上加算取得の有無に関連する要因（判断基準）

	通所介護			通所リハ		
	加算有 (N=121)	加算無 (N=452)	χ^2 検定	加算有 (N=54)	加算無 (N=143)	χ^2 検定
嚥下障害を疑う際の指標						
水分摂取の際にとろみ調整剤使用	77.9	70.6	0.081	88.9	83.2	0.323
食事摂取時の「むせ」	84.8	82.5	0.516	94.4	93.0	0.717
既往歴や現病歴で誤嚥性肺炎	60.7	61.1	0.928	87.0	74.1	0.052
嚥下障害の診断あり	57.2	57.3	0.989	79.6	72.0	0.277
摂食・嚥下評価体制あり	47.8	7.7	<0.001	72.2	37.6	<0.001
摂食・嚥下障害の評価方法						
口腔機能向上加算によるアセスメント	43.4	2.1	<0.001	61.1	9.1	<0.001
水飲みテスト	13.1	3.0	<0.001	40.7	19.6	0.002
改訂水飲みテスト	2.8	1.9	0.520	37.0	16.8	0.002
咽喉拳上の触診、反復唾液嚥下テスト	22.8	1.9	<0.001	53.7	18.2	<0.001
氷砕片飲み込みテスト	1.4	0.4	0.166	13.0	3.5	0.013
段階的フードテスト	1.4	1.9	0.676	20.4	9.1	0.031
頸部聴診	3.4	0.8	0.013	29.6	10.5	0.001
嚥下造影検査	1.4	0.6	0.315	14.8	4.2	0.010
超音波検査	-	-	-	-	-	-
嚥下内視鏡検査	-	-	-	5.6	4.9	0.851
上記以外の医師の判断	1.4	1.1	0.813	9.3	4.2	0.167
摂食・嚥下機能評価者						
医師	3.4	2.7	0.611	29.6	23.8	0.400
歯科医師	3.4	0.2	<0.001	1.9	2.8	0.707
看護師	44.1	15.6	<0.001	33.3	27.3	0.403
言語聴覚士	3.4	0.9	0.028	51.9	17.5	<0.001
理学療法士	-	-	-	9.3	8.4	0.847
作業療法士	0.0	0.8	0.293	13.0	7.0	0.183
歯科衛生士	17.2	0.6	<0.001	13.0	2.1	0.002
管理栄養士	2.8	1.9	0.520	7.4	19.6	0.039
介護職	16.6	11.4	0.096	16.7	16.8	0.984
薬剤師	-	-	-	-	-	-
決まっていない	0.7	2.1	0.260	-	-	-

食事形態の選択・変更に関わる職種は、通所介護、通所リハとも看護師が最も高率であるが、加算の有無による差は見られなかった。加算の有無により差がある職種は、通所介護、通所リハとも言語聴覚士と歯科衛生士であった。

食事形態の選択・変更方法として多いものは、通所介護、通所リハとも「食事摂取状況の観察」、「本人や家族の希望」、「多職種の会議」であるが、それらに加算の有無による差はなく、加算の有無による差があるのは、「機能評価の結果」であった。

管理栄養士の関わりには差がなく、管理栄養士が行っている取り組みも多くはなかった。通所リハでは、いずれの項目も加算の有無による差はなく、通所介護で加算の有無による差がみられたのは、「経口移行計画の作成に関わる」、「サービス会議での提案」、「食事道具への配慮」、「本人の嗜好や楽しみの反映」であった。

表 6 口腔機能向上加算の有無別の比較（食事形態の選択）

	通所介護			通所リハ		
	加算有 (N=121)	加算無 (N=452)	χ^2 検定	加算有 (N=54)	加算無 (N=143)	χ^2 検定
摂食・嚥下障害者の食事形態の選択・変更に関わる職種						
医師	10.3	9.5	0.757	57.4	56.6	0.923
歯科医師	0.7	1.3	0.530	1.9	2.8	0.707
看護師	84.1	82.4	0.614	92.6	85.3	0.171
言語聴覚士	6.2	1.5	0.001	53.7	18.2	<0.001
理学療法士	2.8	1.9	0.520	18.5	28.7	0.147
作業療法士	2.1	1.1	0.388	25.9	27.3	0.849
歯科衛生士	17.9	1.3	<0.001	13.0	2.1	0.002
管理栄養士	24.8	21.3	0.358	57.4	68.5	0.143
栄養士	13.8	16.1	0.493	14.8	11.9	0.582
介護職	72.4	79.7	0.060	70.4	71.3	0.895
摂食・嚥下障害者の食事形態の選択・変更方法						
機能評価の結果	14.5	4.9	<0.001	53.7	27.3	0.001
食事摂取状況の観察	84.8	88.8	0.193	94.4	92.3	0.603
栄養状態の評価	17.9	17.3	0.852	46.3	42.0	0.583
本人や家族の希望	79.3	75.7	0.365	85.2	77.6	0.239
多職種の会議	73.8	71.3	0.562	74.1	71.3	0.702
管理栄養士による摂食・嚥下に関わる取り組み	37.2	25.2	0.009	56.9	59.7	0.723
管理栄養士が行っている取り組み						
評価の場に参加	1.4	0.8	0.482	5.6	13.3	0.124
フードテストの場に参加	2.8	1.5	0.318	14.8	16.8	0.738
フードテストのゼリー作成	0.0	1.3	0.163	11.1	11.9	0.880
経口移行計画の作成に中心的な役割	-	-	-	3.7	7.0	0.389
経口移行計画の作成に関わる	4.1	0.6	0.001	5.6	7.0	0.717
経口維持計画の作成に中心的な役割	1.4	0.2	0.057	5.6	7.0	0.717
経口維持計画の作成に関わる	2.8	0.6	0.021	7.4	9.8	0.605
サービス担当者会議での提案・助言	20.0	10.6	0.003	27.8	35.7	0.296
嚥下障害に対応した食形態の食事提供	17.9	12.5	0.093	37.0	46.9	0.216
栄養指導での説明・助言	9.7	4.6	0.019	24.1	25.9	0.796
利用者の食事時の観察	13.1	10.8	0.441	27.8	30.8	0.683
食事道具への配慮	18.6	11.0	0.015	27.8	30.8	0.683
食事摂取時の姿勢や体位への配慮	13.8	9.3	0.114	14.8	21.0	0.328
利用者本人の嗜好や楽しみを反映	20.0	13.3	0.043	44.4	41.3	0.686
事業所内の研修会等への参加	6.2	6.5	0.915	22.2	26.6	0.531
事業所外の研修会等への参加	13.8	10.2	0.227	35.2	33.6	0.831

D. 考察

栄養改善加算取得においては、対象者の有無、多職種の支援、算定基準などの実施上の課題と考えられる項目については、加算有の施設で多く見られ、これらは加算の開始に関わる課題ではなく、スタート後の実施件数の増加や継続についての課題と考えられた。加算無では、専門職の配置が課題となっており、加算取得にあたって、人材がいない、あるいは不足が問題と考えられた。しかし、実際には食事形態の選択・変更には、加算無の施設でも看護師や介護職が多数関わっており、必ずしも専門職種が不在なわけではないかもしれない。あるいは、管理栄養士の取り組みには、加算の有無で差がみられ、課題となっている専門職種は特に管理栄養士を示しているかもしれない。栄養摂取状況の観察、本人や家族の希望、多職種の会議による食事形態の選択・変更は加算の有無に関わらず、多数の施設で実施されていること、特に通所リハでは、摂食・嚥下障害の評価が様々な指標で加算の有無に関わらず実施されていることから、栄養改善に関する取り組みは実際の現場では様々な形で行われているにも関わらず、加算申請がされていないと推測される。また、申請にあたって課題となる専門職種として管理栄養士の存在が大きいことが推測された。

口腔機能向上加算についても、加算の難しい理由は、栄養改善加算と同様であり、加算有の施設では、「介護支援専門員の理解不足」、「利用者・家族の同意がえられにくい」といった実施上の課題が多いが、加算無の施設の方が多く項目は、「専門職の配置ができない」ことであった。実際に、嚥下障害の判断も加算有の施設では、看護師や歯科衛生士が担当し、加算におけるアセスメントや咽喉挙上の触診などがされているが、加算無では摂食・嚥下障害の評価はあまりされていない。特に加算によるアセスメントができず、評価ができないこと、あるいは評価のための人員不足が加算取得ができない状況にしていると考えられた。一方で、通所リハ施設では、加算無の施設においても、嚥下障害の評価や評価に医師、看護師、言語聴覚士等が関わっており、施設に口腔機能向上に関わる可能性のある専門職が多数、存在することが伺われた。口腔機能向上加算の有無では、摂食・嚥下への管理栄養士の関わりに差はなく、口腔機能向上加算に関わる業務と管理栄養士の関係は少ない。

栄養改善加算、口腔機能向上加算とも、加算の難しいと感じている点は、加算取得がある施設では、対象者が少ないことや、多職種の理解など実施上の課題が大きいですが、まだ加算をしていない施設においては、専門職をどう配置するかが課題となっていた。しかし、加算の有無に関わらず、専門職が摂食・嚥下障害の判断や食事形態の選択・変更に多く関わっている例がみられた。一部の施設では、実際に栄養改善や口腔機能向上の取り組みは行っているが、それを加算という形にしていないことが推測された。特に、通所リハでは、リハビリテーションのためかもしれないが、摂食・嚥下障害の評価が通所介護に比べて実施されており、専門職の関わりも多いように思われ、今後、これらの施設が取り入れやすいように加算取得の手続き等を改善することで、加算件数は増えるのではないかと思われた。

現在、経口移行や経口維持の加算は、通所施設では取り入れられないが、本調査におい

ては、通所介護、通所リハとも経管栄養利用者がおり、経口移行の対象となる者がいると回答している施設が 10%程度ある。今後、栄養改善や口腔機能向上のように、実際には経口移行を進める施設がでてくる可能性はあるが、それらが加算につながるように、手続き等を工夫していく必要はあると思われた。

E. 結論

通所施設における栄養改善加算及び口腔機能向上加算の取得の有無により、加算取得の課題、摂食・嚥下障害の評価、食事形態の選択・変更に関わる要因について比較した。加算の取得のない施設では、専門職がないことが課題となっていた。栄養改善加算では、加算有の施設では、管理栄養士が摂食・嚥下に取り組んでいる例が多く見られ、課題となる専門職として管理栄養士の問題が大きいと思われた。一方で、口腔機能向上では、特に通所リハで加算無でも摂食・嚥下障害の様々な評価がなされており、手続き等の工夫によっては、加算が増える可能性がみられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

3. その他

小長谷陽子、渡邊智之、太田壽城、高田和子. 地域在住高齢者の Quality of life (QOL) と慢性疾患およびその発症との関連性—4年間の縦断調査から—. 日老医誌 2010;47:308-314.

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

3. その他

なし

H. 引用文献

- 1) 平成 18-20 年度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総合研究報告書 (研究代表者 杉山みち子) 2009.
- 2) 葛谷雅文、高齢者終末期の医療連携—特に栄養ケアの連携について—、日本老年医学会雑誌 46(6), 524-527 2009.

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)

「介護保険施設における高齢者の最期まで「食べること」を支援し看取るための
栄養ケア・マネジメントのあり方に関する研究」

分担研究者 梶井文子 聖路加看護大学 准教授

研究要旨

本研究では、看取りの場である介護老人福祉施設において、終末期にある高齢者が最期まで経口摂取をあきらめずに「食べること」を支援しながら看取れた事例に関して、管理栄養士らを中心に実施した栄養ケア・マネジメントの支援内容を明らかにすることを目的とし、過去 1 年間に最期まで経口摂取を継続しながら看とれた事例を 5 事例以上経験した管理栄養士に面接調査を実施し、以下の結果を得た。

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

2. 管理栄養士が経験した事例の終末期の状態は、『終末期にあると判断した身体的状態』『終末期にあると判断した食事に関する状態』『看取り期の身体状態 (食事を含む)』の 3 カテゴリであった。

3. 最期まで経口摂取を継続して看取るために、管理栄養士が実施した内容は、『介入開始時期』『介入期間』『終末期における食事内容・形態の変更の工夫』『看取り期における食事の提供の工夫』『利用者の食事状況やニーズの把握の方法と内容』『他職種への食事に関する指示・連絡』『家族との会話』『栄養摂取エネルギーの目算』『身体計測』『摂食・嚥下のアセスメント』『他職種へ経口摂取の方針の説明』『最期まで食事の提供(食止めをしない)』『他職種の業務も実行する』『食事介助を促すための対応』『調理師・委託業者への協力依頼』『楽しみのある食事の提供方法』の 16 カテゴリであった。

4. 最期まで経口摂取を継続して看取るために、他職種の実施内容は、医師 3 カテゴリ『家族への説明』『協力体制』『看取りの判断を行う』、看護師 9 カテゴリ『看取りのムンテラの必要性の判断』『定期的な健康チェックと様子観察』『食事内容と食事形態の検討・調整』『身体状況の把握と処置への判断』『介護職への病態の説明』『本人へ、身体状態や食事の変更についての説明』『医師への連絡』『栄養士から連絡を医師へ伝達』『夜間の看護師・介護職：判断と実施内容』、介護職 5 カテゴリ『食事介助』『買い物と調理』『具体的な食事内容の報告』『食べられる時に簡単な食事の提供』『全身のケアと最期の水分補給』等であった。

施設全体としては、9 カテゴリ『ムンテラ時の同席』『看取りのムンテラ時期と状況』『看取りに向けてのカンファレンスの時期』『家族への看取りの環境の配慮』『状況変化に対する職種間の情報共有』『看取りに向けての研修受講と今後の指針作成』『看取り期の本人の

身体変化への統一的対応』『看取り期での方針・対応確認』『施設内での看取りケアの経験』であった。

5. 本人や家族の意思や希望は、家族は3カテゴリ『看取りへの意思・希望や行動』『終末期への希望』『積極的協力を希望』、本人『意思・希望』1カテゴリであった。

6. 本人と家族の意思・希望への管理栄養士の対応は、14カテゴリ『家族に納得してもらいながら対応する』『自分に置き換えて考えて対応する』『日常の会話から高齢者を理解する』『家族の気持ちのゆれへの肯定』『食べることを大事にする家族の意思を肯定する』『悩んでいる家族には経口摂取への方針を積極的に説明する』『家族の質問に答える』『への身体の変化への理解』『好みの食事の提供』『一緒に時間を過ごす』『本人・家族の思いの尊重』『施設内での看取り体制を調整しながら実施』『家族へのムンテラへの参加』『一人にしない配慮』が抽出された。

7. 管理栄養士における最期まで経口摂取を継続して看取るための栄養ケア・マネジメントで重要なことは、19カテゴリ『他職種とのコミュニケーションができる』『人間性が求められる』『重視する視点のチェンジが必要』『最期までの管理栄養士が何をすべきか・できるかを知っていること』『管理栄養士を超えた役割』『人を理解すること』『管理栄養士が食べることに對する精神的支柱になれること』『栄養以外の医療、一般的な幅広い学習が必要』『普段から好みの食べ物を把握して対応できること』『家族とよく関わっておくこと』『本人と家族の希望を尊重した食事の提供』『安全に食べる』『食事環境』『食事を楽しみにしている』『苦痛もないこと・安楽で心地よくあること』『最期まで1口を食べてもらうこと』『家族の協力』『食以外の本人の希望に応える』『世の中の情勢への敏感さ』であった。

8. 多職種における、最期まで経口摂取を継続して看取るための栄養ケア・マネジメントで重要なことは、5カテゴリ『チームメンバー間の看取りの共通理解』『看取り介護に必要な連携』『チームケアに求められること』『私最終的な意思決定権は家族にある』『協力病院の必要性』であった。

9. 管理栄養士の立場での栄養ケア・マネジメント中の不安・困難は、12カテゴリ『誤嚥・窒息への不安』『本人の刻々と変化している状態への不安』『拒絶行為への判断の難しさ』『苦痛への判断の難しさ』『本人の病態をみてつらく感じる』『看取り期の形態・内容・量の適切性への不安』『食止めに対する複雑な思い』『死への虚無感』『本人のニーズ把握の不十分さへのジレンマ』『胃ろうか経口か選択時の葛藤・不安』『各家族の都合で決まってしまう寂しさ』『食事の個別対応できない困難さ』であった。

10. 管理栄養士と他職種間での栄養ケア・マネジメント中での不安・困難は、9カテゴリ『他職種への依頼の難しさ』『他職種の不安感の理解の難しさ』『他職種へケア方針について確認をとりたい』『他職種との相互コミュニケーション(関わり)の課題』『相談する人が自分しかいない』『若い頃他職種への脅威』『管理栄養士自身の無力さへの自覚』『管理栄養士としてのジレンマ・あせり』『チーム内の情報伝達面の残念さ』であった。

11. 管理栄養士が、最期まで経口摂取を継続して看取れた事例から重要であると考えた内

容は、22 カテゴリ『看護が大きな鍵を握る』『施設での看取りの体制〔看護・介護〕があること』『管理栄養士の役割の意思表示していくこと』『看護師からの報告の意味を理解できること』『フロアに上がることが、管理栄養士が他職種の信頼を得るための第一歩』『家族の思いに配慮した対応』『自分自身への達成感の言い聞かせ』『死顔や遺体が美しいことが評価となる』『家族との信頼関係は普段のコミュニケーションから築かれる』『責任ある大変な仕事』『個別性の大切さ』『多職種チーム支援の大切さ』『食事以外の生活時間の関わりが大事』『生きる意味は何かを考えた』『多職種間での振り返りの話し合いをもつこと』『家族への看取りの受け入れの丁寧な説明』『最期までこれでよかったのかどうかを悩む』『最期まで食べさせられて良かったと感じる』『自分に置き換えて考える』『本人の希望を聞いて尊重したい』『終の棲家としての自信』が抽出された。

12. 最期まで経口摂取を継続して看取れた事例から今後の課題と考えたことは、7 カテゴリ『管理栄養士は多職種に相談したい』『嚥下機能のリスク者への食事介助・食事内容の課題』『栄養学以外の幅広い知識が必要』『関連他領域での研修が必要』『医師の死亡診断書記載内容への複雑な心境』『施設としてのマニュアルの必要性』『胃瘻の必要性への疑問』であった。

以上から、終末期にある高齢者が最期まで経口摂取をあきらめずに「食べること」を支援しながら看取れた事例に経験豊富な管理栄養士らが実施してきている栄養ケア・マネジメントの支援内容は、高齢者の人生最期の時期に関わるケア担当者の1名として、その責務は非常に重要であり、その業務の幅は非常に多岐にわたり他職種と連携の中で実施ができていたことが明らかになった。終末期における高齢者へ、安全・安楽にそして本人の嗜好を重視した食事を、死にゆく過程での身体変化にタイムリーに対応し提供していくために、多職種が連携をして質の高い栄養ケア・マネジメントを実践していくためのいくつかの課題が明らかになった。

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

杉山みち子 分担研究者 神奈川県立保健福祉大学教授

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)

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)

田中和美 (特別養護老人ホームふれあいの森栄養サービス課長)

古賀奈保子 (医療法人社団茨城回茨城診療所)

A. 目的

今後、高齢者や家族の QOL 向上の視点に立ち、最期まで経口摂取を続けることを重点においた終末期の栄養ケアの取り組みを促進するために、今年度、別途に行う「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」では、介護保険施設での終末期における栄養ケア・マネジメントの実態を明らかにした。

本研究は、看取りの場である介護老人福祉施設において、終末期にある高齢者が最期まで経口摂取をあきらめずに「食べることを」支援しながら看取れた事例に関して、管理栄養士らを中心に実施した栄養ケア・マネジメントの支援内容を明らかにすることを目的とした。

<用語の定義>

本研究における「終末期」とは、主疾患ががん以外の根治的な治療ができない慢性疾患や難病、身体的な機能障害が主な老衰の状態にある時期であり、いわゆる狭義の終末期(看取り期)に限定せず、その前の時期(期間については未定)も含むものとする。

「最期まであきらめずに『食べることを』を支援する」とは、経口摂取のみの場合だけでなく、胃瘻等の経管栄養や末梢点滴を併用しながらも、たとえ少量でも経口摂取を継続しながら最期を看取することをいう。

B. 方法

本研究は、看取りの場である介護老人福祉施設において、終末期の高齢者が最期まで経口摂取をあきらめずに「食べることを」支援しながら看取りを実施した事例に関して、管理栄養士らを中心に実施した栄養ケア・マネジメントの支援内容とそのプロセスを明らかにすることを目的としているため、実際に栄養ケア・マネジメントに関わった管理栄養士への面接調査を実施した。

1. 研究施設ならびに研究対象

対象施設は、平成 21 年度厚生労働省労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「高齢者の経口摂取の維持ならびに栄養ケア・マネジメントの活用に関する研究」における「在宅、施設、病院における高齢者の経口摂取状況(終末期を含む)の実態調査」の結果から、平成 22 年度においても、研究協力機関として任意の同意が得られている 1 都 6 県内に所在する介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 55 箇所と、平成 22 年度 10 月 1 日付けで、WAMNET にて東京都の「老人福祉施設」に登録されている施設 400 箇所とした。

研究対象は、施設長ならびに管理栄養士に研究協力を依頼し、最期まで経口摂取をあきらめずに看取る取り組みを積極的に行っている施設（過去1年間に最期まで経口摂取を継続しながら看とれた事例を少なくとも5事例以上もつ施設）に所属する施設の管理栄養士とした。本研究の趣旨を理解し、面接調査の協力を任意の同意の得られた者とした。

管理栄養士が研究対象とする理由としては、栄養ケア・マネジメントを実施する上での中心的役割を担う者であり、管理栄養士と医師、看護師、介護職等をはじめとする他職種との間の連携や具体的な栄養ケアの内容を明らかにする必要があると考えたからである。

2. 調査方法

1で対象施設として選定された施設の施設長及び管理栄養士に対して、協力依頼状及び計画書を送付し、施設長ならびに管理栄養士の両者から承諾書の返信のあった施設を協力施設とした。研究事務局（聖路加看護大学梶井研究室、以下事務局）は協力施設に、施設IDを付与した。

1) 面接調査の方法

(1) 承諾書にある管理栄養士と面接し、文書を用いて研究内容、プライバシーの保護・研究参加の任意性、守秘義務等について説明をし、文書による同意を得た。

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

インタビューガイドの項目は、語った事例について、①終末期の様子、最期まで経口摂取を継

続して看取るために、②管理栄養士として)、どのような状態の時期に、具体的に何を行ったか、③他職種は、どのような状態の時期に、具体的に何を行ったか、④管理栄養士が、本人・家族のニーズ（意思・希望）について、どのように対応したか、⑤栄養ケア・マネジメントとして、何が重要と考えたか、⑥栄養ケア・マネジメント中に不安や困難の内容と対応、⑦最期まで経口摂取を継続して看取れた事例から、感じたり、考えたりした内容とした。

(3) 面接内での語りに登場する患者・入所者や家族、医師、看護師らが特定されないように匿名性の遵守して実施した。

2) 分析方法

質的帰納的分析を行った。管理栄養士の語った援助内容等について、ひとつのまとまった意味が読み取れる文節ごとに逐語録を区切り、各文節の意味を変えないように注意しながら簡潔な表現に要約し、分析単位（コード）とした。各事例のコードを、事例ごとに類似するコードどうしを集めて細かく分類し、代表するラベルをつける。全事例のラベルについて類似するもの同士を集めて分類を繰り返すとともに、逐語録の内容を確かめながらカテゴリ化（サブカテゴリ、カテゴリ）をすすめた。分析結果については、質的研究者に客観的な意見をもらうことで、妥当性につとめた。

3. 倫理的配慮

本調査は、聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号10-050）を得て実施した。

C. 結果

1. 面接調査の対象者の概要

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

2. 面接調査の結果

今回の面接調査では、管理栄養士が、過去に経験した1例以上の事例について、インタビューガイドの質問項目にもとづいて具体的に語ってもらい、その内容について質的帰納的分析を行った。結果は『カテゴリ』『サブカテゴリ』として示した。

管理栄養士が経験した事例の終末期の状態を示す3カテゴリは、『終末期にあると判断した身体的状態』『終末期にあると判断した食事に関する状態』『看取り期の身体的状態(食事を含む)』であり、それぞれに具体的な状態のサブカテゴリが抽出された。

1) 管理栄養士がとらえた終末期の状態(表C-1)

管理栄養士が経験した事例の終末期の状態を表す3カテゴリ、具体的な状態を表す24サブカテゴリが抽出された。

①『終末期にあると判断した身体的状態』は、14コードから9サブカテゴリが、②『終末期にあると判断した食事に関する状態』では、20コードから9サブカテゴリが、③『看取り期にあると判断した状況』では、9コードから6サブカテゴリが導かれた。(表C-1)

表C-1 管理栄養士がとらえた終末期の状態

カテゴリ	サブカテゴリ
終末期にあると判断した身体状況	ADLの急激な低下 傾眠時間が増える 看取りの前に数回の入院があった 弱ってきている 医師による血液検査結果 褥瘡が発症 動きが少なくなる 衰弱し、発声がなくなる 点滴の併用になる
終末期にあると判断した食事に関する状態	日常の特徴的行動がなくなる(食行動など) 食事介助時間が長くなる 飲み込む力が弱くなる 食への執着がなくなる・無関心 食事への拒否行動(開口拒否・吐き出し) 食事摂取量が減少した 食事摂食量が少量になる 食事摂取量にむらがある 誤嚥の危険が高くなった(むせが多くなった)
看取り期にあると判断した状況	食べられない 咀嚼・嚥下もできない 開口不能 フロア移動(重度の部屋に、居室移動となる) 採血や点滴ができない状態 脱水と誤嚥への注意が必要となる

2) 最期まで経口摂取を継続して看取るために、管理栄養士が実施した内容(表C-2)

最期まで経口摂取を継続して看取るために、管理栄養士が実施した内容を表す16カテゴリ、その具体的内容を表す50サブカテゴリが抽出された。

最期まで経口摂取を継続して看取るために、管理栄養士が実施した内容を表す16カテゴリは、『介入開始時期』『介入期間』『終末期における食事内容・形態の変更の工夫』『看取り期における食事の提供の工夫』『利用者の食事状況やニーズの把握の方法と内容』『他職種への食事に関する指示・連絡』『家族との会話』『栄養摂取エネルギーの目算』『身体計測』『摂食・嚥下のアセスメント』『他職種へ経口摂取の方針の説明』『最期まで食事の提供(食止めをしない)』『他職種の業務も実行する』『食事介助を促すための対応』『調理師・委託業者への協力依頼』『楽しみのある食事の提供方法』であり、それぞれに具体的な内容のサブカテゴリが抽出された。

①『介入開始時期』では、2コードから2サブカテゴリ、②『介入期間』では、3コードから2サブカテゴリ、③『終末期における食事内容・形態の変更の工夫』では、40コードから9サブカテゴリ、④『看取り期における食事の提供の工夫』では、21コードから4サブカテゴリ、⑤『利用者の食事状況やニーズの把握の方法と内容』では、70コードから以下の12サブカテゴリ、⑥『他職種への食事に関する指示・連絡』では13コードから4サブカテゴリ、⑦『家族との会話』では、14コードから4サブカテゴリ、⑧『栄養摂取エネルギーの目算』では1コードから1サブカテゴリ、⑨『身体計測』では3コードから1サブカテゴリ、⑩『摂食・嚥下のアセスメント』では、3コードから3サブカテゴリ、⑪『他職種へ経口摂取の方針の説明』では、

2コードから1サブカテゴリ、⑫『最期まで食事の提供(食止めをしない)』では、3コードから1サブカテゴリ、⑬『他職種の業務も実行する』では、5コードから5サブカテゴリ、⑭『食事介助を促すための対応』では、1コードから1サブカテゴリ、⑮『調理師・委託業者への協力依頼』では、8コードから2サブカテゴリ、⑯『楽しみのある食事の提供方法』では、2コードから1サブカテゴリへまとめられた。

表C-2 最期まで経口摂取を継続して看取るために、管理栄養士具体的行動

カテゴリー	サブカテゴリー
介入開始時期	だんだん食事が低下したとき 意欲が低下したとき
介入期間	静養室に入るまで 最期まで 会話ができるまで
終末期における食事内容・形態の変更の工夫	栄養補助食品(ゼリー、プリン、濃厚流動、アイス)の追加 嗜好や体調の変化にあわせて食べられるもの、好きなものを出した 栄養補助食品のサンプルを多種類を取り寄せて、嗜好の変化に対応させた 好きなものは、見た目を大切に形あるように提供した 小鉢で追加したり、少量の形で出した 誤嚥を防止するために形態を嚥下しやすい状態に変更した 療養食を中止にした・内容は身体状態に合わせて量の調整を行った 果物を中心にした 食形態をそのときの状態に合わせて段階的に変更した
看取り期における食事の提供の工夫	電解質・水分を重視したOS-1やゼリーを中心にした 誤嚥しないように嗜好より形態を重視してとろみをつけたりやゼリー食、ムース食にする アイスクリームを追加した 本人・家族の意向や体調に合わせて内容・量等をタイムリーに対応する
利用者の食事状況やニーズの把握の方法と内	覚醒状態や嚥下状態を確認するために、食事の場面を観察する 他職種との情報交換も目的に食事の場に出向く 他職種への食事内容等の確認や相談をする 身体状況や処置等を教えてもらう 他職種と身体状況への情報交換を積極的にする 施設内の多職種共有用の記録用ソフトや紙面記録類から把握する 全体の申し送り後に他職種との話で情報をもらう 申し送り時の多職種の話す口調や雰囲気から緊急性等の様子がわかる 看護師から利用者の細かい情報(食べられるもの・時期)の提案や相談がある 食事が摂取できないときも、その方の居室を訪問した 当直業務からその人の生活が深く理解できる 食事介助を行いながら食べる状況を把握する
他職種への食事に関する指示・連絡	介護職へ状態に応じてゼリーや水分等の補食の食べさせ方の指示を出す 介護職へノート(フロアの連絡ノート)への記録の依頼 医師へ栄養摂取状態に関する情報を報告する 看護職へ褥瘡や検査値を含めた情報提供依頼をする
家族との会話	家族に、何でも食べさせたいものを持って来てくださいと依頼した 家族への栄養指導(脂肪分、水分)をした 家族へ食事量減少についての説明をした 家族との世間話を通じた本人の理解につとめた
栄養摂取エネルギーの目算	お菓子の摂取量の栄養計算
身体計測	身体計測
摂食・嚥下のアセスメント	頸部聴診法 安全な食べさせ方
他職種へ経口摂取の方針の説明	他職種へ経口摂取の方針を説明する
最期まで食事の提供(食止めをしない)	最期までいつでも食事が出せるように配慮する
他職種の業務も実行する	ケア・マネの仕事、生活相談員さんの送迎の仕事を行う 一緒に徘徊に付き合う、遊びにも関わる 訪室したとき、環境整備、掃除もする 掃除でも何でもする カレンダーの交換、髪の毛の拾いなどなんでもする
食事介助を促すための対応	直接、1対1の食事介助が可能になるように時間の変更を他職種へ調整した
調理師・委託業者への協力依頼	利用者の経過や食事内容の変更の依頼と協力をお願いした 貴重な仕事をしているという意義を説明する
楽しみのある食事の提供方法	喫茶店、バイキング、昼食会、お花見等