

平成 2 5 年 度
老人保健健康増進等事業
による 研 究 報 告 書

平成 2 5 年 度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

摂食・嚥下機能障害を有する高齢者を取りまく
諸外国の状況に関する調査研究

報告書

平成 2 6 (2 0 1 4) 年 3 月

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会



医療経済研究機構

調査研究体制

【アドバイザー】

岡村 世里奈	国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野 准教授
高橋 泰	国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野 教授
多田羅 浩三	大阪大学 名誉教授・日本公衆衛生協会 会長
西 信雄	国立健康・栄養研究所国際産学連携センター センター長
ホスラー 晃子	ニューヨーク州立大学オルバニー校公衆衛生大学院 准教授
堀田 聰子	労働政策研究・研修機構 研究員
宮川 絢子	カロリンスカ病院泌尿器科 医師

(平成 26 年 3 月 31 日現在、五十音順、敬称略)

【調査研究担当】

篠崎 淳一	医療経済研究機構 企画調査部 企画調査部長
○高久 玲音	医療経済研究機構 研究部 研究員
玉川 淳	医療経済研究機構 研究主幹
中西 三春	医療経済研究機構 研究部 主任研究員 (平成 26 年 2 月まで)
服部 啓子	医療経済研究機構 研究部 主任研究員

(○は主担当)

【業務一部委託先】

株式会社 日本総合研究所

山田 敦弘	総合研究部門 公共コンサルティング部 主任研究員
青島 耕平	総合研究部門 公共コンサルティング部 研究員

摂食・嚥下機能障害を有する高齢者をとりまく諸外国の状況に関する調査研究

【研究要旨】

I 目的

今後わが国が超高齢社会を迎えようとしている中で、住民ができるだけ住み慣れた地域で最後まで生活することを支援する「地域包括ケア」が提唱されている。地域包括ケアの推進において、摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への対応は喫緊の検討課題と考えられる。

日本老年医学会は平成 24 年 6 月に「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン：人工的水分・栄養補給を中心として」を公表した。しかし、こうしたガイドライン等の存在が現場への対応にどのような影響を及ぼすのかは明らかではない。また両者の間にかい離があった場合には、ガイドラインの次の段階となる方策を検討することが求められる。そのための基礎資料として、摂食・嚥下機能障害を有する高齢者をとりまく諸外国の状況を調査することが必要である。

本調査研究事業では、諸外国において摂食・嚥下機能障害を有する高齢者に対し、どのような対応が行われており、どのようなケア（胃ろうを含む）が推奨されているのかを把握する。ガイドラインと実際のケアとの対応状況や、今後の支援のあり方についてどのような政策提言が行われているのかを調査する。これにより、わが国における摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への対応方策への示唆を得ることが本研究事業の目的である。

II 方法

摂食・嚥下機能障害を有する高齢者の状況や、その対処ガイドライン（以下、ガイドライン）の存在と影響などについて、諸外国を対象に（1）文献調査および（2）長期ケア提供機関・研究機関への質問紙調査を通じて把握した。

（1）文献調査

調査対象国は、米国、カナダ、英国（イングランド・ウェールズ・スコットランド・北アイルランド）、フランス、オランダ、スウェーデン、デンマーク、オーストラリアの合計 8 か国とした。以下について、対象国の全般的な状況を把握した。

- 摂食・嚥下機能障害を有する高齢者の状況
- 長期ケア施設の職員配置、看取りの実施状況
- 看取りにおける意思決定に関わる制度
- 長期ケア施設における栄養支援の実施状況
- 高齢者の摂食・嚥下機能障害に関するガイドラインの概要と特徴

対象国の保健医療福祉部門を担当する政府機関、老年学や栄養支援等に関連する学術団体、長期ケア施設の事業者団体やアルツハイマー病協会などの当事者団体等による文献を収集し、目的にそって整理・分析した。

長期ケア施設における看取りの実施および栄養支援の実施状況の収集にあたっては、Web of Knowledge 等の文献データベースを用いた学术论文の検索をあわせて行った。

また、ガイドラインの収集の際には、独立行政法人国立健康・栄養研究所が運営する「特別用途食品・栄養療法エビデンス情報」における「栄養摂取障害 咀嚼・嚥下障害」の栄養療法エビデンス一覧も参照した。

(2) 質問紙調査

調査対象国は、米国、カナダ、英国（イングランド）、フランス、オランダ、スウェーデン、デンマーク、オーストラリアの合計 8 か国とした。調査対象者は、これらの国において、実際に摂食・嚥下機能障害を有する高齢者がいる長期ケア施設の施設長とした。質問紙調査票では、以下の内容について回答者の長期施設での対応状況を尋ねた。

- 摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への栄養支援の実施状況
- 人工的水分・栄養補給の実施の有無、実施するときの入居者の状況・状態像
- 対応を判断するにあたり関連するガイドラインの有無
- 栄養支援の質を向上するための取組み、ガイドラインの利活用

調査の背景の説明において、日本老年医学会が「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」を作成するにあたり実施した、「認知症末期患者に対する人工的水分・栄養補給法の施行実態とその関連要因に関する調査」のシナリオ症例および結果の概要を提示した。

対象者（協力者）を選定し、電子メールにて調査票を送付し、電子メールにて返送を依頼した。

III 結果

(1) 文献調査

1) 摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への対応の状況

米国、カナダ、オーストラリアでは、高齢者に経管栄養が実施されていることを「複合的なケアニーズを有する状態」と捉えられていた。

- 米国ヘルスケア協会（American Health Care Association）の統計によれば、2013 年 12 月時点で全米のメディケアやメディケイドの認証を受けている、または州の認可を受けているナースィングホームの入居者 1,372,284 名のうち、経管栄養（tube feeding）を実施している者は 5.36%であった。[1]

- カナダ保健情報機構（Canadian Institute for Health Information）がカナダの一部地域を対象に実施している調査では、2012年のケア施設（residential care）入居者135,333名の中で、経管栄養を実施しているのは1,715名（1.0%）であった。[2]
- オーストラリア連邦政府の保健高齢省（Department of Health and Ageing）が高齢者ケア法に基づく施設ケアパッケージ（Residential Aged Care）の2010年12月時点の入居者162,874名のケアニーズ評価を再分析した結果、現在進行中の経管栄養の管理を受けている者は0.9%であった。[3]

欧州では高齢者に提供される食事の質や栄養支援という観点での調査が多く実施されており、嚥下機能障害を有する高齢者に対しても経口摂取を前提としたケアを想定していることがうかがえた。

- 英国静脈経腸栄養学会（British Association for Parenteral and Enteral Nutrition）の調査によれば、2009年に病院外で経腸栄養を実施しているとして登録されていた成人患者のうち、身体介護を中心としたレジデンシャルホーム（residential home）の入居者が3.3%、看護ケアを提供するナーシングホーム（nursing home）の入居者が25.4%を占めていた。[4]
- オランダで実施されている「ケアにおける問題の測定（Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, LPZ）」の2013年4月の調査結果では、慢性期入院医療やナーシングホームを含む長期ケア施設の入居者4,429名のうち、低栄養状態であると判定されたのは14.5%であり、経管栄養が実施されていたのはその中の0.6%であった。[5]
- スウェーデンのストックホルム市が実施している、特別な住居（särskilt boende）における医療介入の状況の調査によると、2012年の調査対象者391名のうち経管栄養を実施していたのは4名（1.1%）であった。[6]
- デンマーク政府が2002年に実施した、介護付き住宅（plejecentre）の入居者32,019名に対する栄養支援の調査では、経管栄養が実施されていたのは0.5%であった。[7]
- フランスのオーヴェルニュ（Auvergne）地域圏の保健庁（Agences régionales de santé, ARS）が2011年6月に実施した調査では、圏内の要介護高齢者滞在施設（établissement d' hébergement pour personnes âgées dépendantes, EHPAD）入居者3,997名のうち低栄養状態にある者が24%であり、経管栄養が実施されていたのは低栄養状態にある者の中の0.1%であった。[8]

イングランド、オランダ、スウェーデンでは高齢者に対するケアの質の指標として、食事や栄養支援に関する項目が含まれていた。[5,9,10] 食事における個人の選択が保障されていることや、必要な食事量を満たせるような支援の提供、栄養状態の定期的なスクリーニングの実施、食事の味や食事の時間が一日の楽しみになっているかどうか、といったことがケアの質の指標として測定されていた。

調査対象とした国のいずれにおいても、摂食・嚥下機能リハビリテーションの実施状況を把握する調査が行われた形跡はあまり見られなかった。

2) 摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への対応に関するガイドライン

米国、カナダ、オーストラリアでは、摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への栄養支援について、関連学会や職能団体などが個別にガイドラインを出していた。

欧州では、欧州臨床栄養代謝学会（European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN）がガイドラインを発表し、高齢者に人工的な水分や栄養の補給を実施するか否かの判断基準や実施手順の統一的な見解を示していた。それ以外にも、それぞれの国で関連学会や職能団体、事業者団体などがガイドラインを発表しているが、概ね ESPEN のガイドラインに準拠した内容であった。

摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への栄養支援に関連するガイドラインの整備状況や推奨事項のレベル（個別の医療行為の適否に踏み込んでいるか）は国やガイドラインを作成した団体によっても異なるが、認知症の終末期には経管栄養を推奨しないと多くの国で見られた。

（2）質問紙調査

8 か国中 3 か国（米国・スウェーデン・オーストラリア）から回答を得た。

- 「嚥下機能障害がある高齢入居者に実施している栄養支援」については、全ての回答において、「嚥下調整食」、「流動食」の2つの支援を行っているとの回答があった。一方、「嚥下機能リハビリテーション」を行っているとの回答はなかった。そのため、高齢入居者の嚥下機能の改善を目指すというよりも、現状に合わせた適切な方法により栄養支援を行っていることは、共通であることが推察された。
- 「栄養支援チームを設置している」との記述が全ての回答にあったことや、その栄養支援チームに言語療法士やナースプラクティショナーが加わっていることの記述もあったことから、「嚥下調整食」、「流動食」などの検討は、横断的な職種で構成されたチームにおいて実施されていると考えられた。
- 人工的な水分・栄養補給を受けている高齢者の受け入れについては、回答にばらつきが見られ、施設の有している対応能力に依存していることが推察された。対応能力の高い施設では、人工的な水分・栄養補給を受けている高齢者を在宅から受け入れており、かつその受け入れについて優先順位の判断等は行っていなかった。

- 全ての回答において、「嚥下機能障害をもつ高齢入居者への人工的な水分・栄養補給に関する意思決定とガイドライン」が現場で判断する際に「関わっている」との回答であった。加えて、それらのガイドラインの勉強会を施設にて開催しているという回答が、全ての回答において見られた。そのため、栄養支援の際には、ガイドラインの内容に重きを置き判断を行っていることが推察された。

IV 考察

調査対象とした8か国において、長期ケア施設の入居者に対する経管栄養の実施は、日本と比べると全般的に少ない状況であった。ただし国ごとに長期ケア施設の体系が異なるため、入居している高齢者の状態像も一様とは言えない点に注意が必要である。

ガイドラインを策定している国では、ガイドラインを重視しながら、栄養支援チームを組成し、栄養支援の検討・判断を行っている傾向があることが分かった。

これらの国々では、摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への栄養支援に関連するガイドラインの中で、認知症の終末期には経管栄養を推奨しないとするものが多く見られた。一方で、ガイドライン等で経管栄養の実施が推奨されない状態像を明確にしている国の方が、そうではない国と比べて、長期ケア施設における経管栄養の実施が少ないというわけでは必ずしもなかった。

いくつかの国では、食事内容の工夫や栄養支援の実施状況が、長期ケア施設における高齢者へのケアの質の指標としてとらえられていた。

わが国における摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への対応方策を検討するにあたっては、経口摂取を支援する食事の提供や環境整備、人工的水分・栄養補給の実施の有無を含む総合的な栄養支援が、長期ケアの質の指標としてより重視されるべきと考えられた。今後は人工的水分・栄養補給に関連したガイドラインだけでなく、長期ケア全体のプロセスを見渡した栄養支援のガイドラインや、栄養支援の質を評価する手法について、検証が必要と思われる。

以上

文献

1. American Health Care Association. Nursing Facility Patient Characteristics Report, December 2013.
2. Canadian Institute for Health Information. CCRS Profile of Residents in Continuing Care Facilities 2012-2013.
3. Department of Health and Ageing. Review of the Aged Care Funding Instrument.

4. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. Annual BANS Report 2010: Artificial nutrition support in the UK, 2000–2009.
5. Halfens RJG, van Nie NC, Meijers JMM, Meesterberends E, Neyens JCL, Rondas ALM, Rijcken S, Wolters S, Schols JMGA. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen Rapportage Resultaten 2013.
6. Stockholms Stad. Kartläggning av hälso- och sjukvårdsinsatser - kvalitetsindikatorer i särskilda boendeformer för äldre, 6 Kartläggning 2012 Hälso-och sjukvård.
7. Beck AM, Kofod J. Måltidsservice på plejecentre, Status og forslag til initiativer.
8. ARS d’Auvergne. Evaluation de la prise en charge médicale des résidents: Risques iatrogènes et de Dénutrition dans les EHPAD d’Auvergne.
9. Sveriges Kommuner och Landsting & Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2012 – Vård och omsorg om äldre, kan beställas eller laddas ned från.
10. Care Quality Commission. Time to listen in care homes. Dignity and nutrition inspection programme 2012.

図表1 摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への対応に関するガイドラインの状況

国	No.	キーワード									経管栄養の実施が推奨されない状態像
		嚥下機能障害	脳卒中	認知症	終末期	在宅	長期ケア施設	食事・栄養	人工栄養	口腔ケア	
米国	1	✓	✓								
	2								✓		経腸栄養・静脈栄養：することの利益と比べて不釣り合いな負担がかかる・することによる利益がない状態
	3			✓	✓		✓				栄養補給：認知症が進行して、口の中に入れた食べ物をどうして良いか分からない・飲み込むことができない状態
	4						✓	✓			
カナダ	5		✓								
	6			✓			✓				
アルベータ	7						✓				
ブリティッシュコロンビア	8						✓				
ニューブランズウィック	9						✓				
欧州	10								✓		経腸栄養：認知症の終末期
	11								✓		静脈栄養：認知症の終末期
	12					✓			✓		
	13			✓	✓						経管栄養：認知症の終末期
英国	14				✓			✓			
	15			✓	✓						人工栄養：認知症の終末期
イングランド	16							✓	✓		PEG：認知症が進行した状態
ウェールズ	17	✓									
スコットランド	18	✓	✓								
北アイルランド	19							✓	✓		
オランダ	20						✓			✓	
	21							✓	✓		

	22							✓	✓		経管栄養：全体的な状態像の改善が見られないとき
	23			✓	✓						
スウェーデン	24							✓	✓		人工栄養：認知症が重度になっている者
	25			✓							経管栄養（経腸栄養）：認知症の人が終末期の段階にあり、低栄養状態や嚥下機能障害があるとき
	26							✓	✓		人工栄養：重度の認知症
デンマーク	27							✓	✓		
フランス	28							✓	✓		経腸栄養：認知症の終末期、重度のアルツハイマー病
オーストラリア	29	✓									
	30				✓		✓				経腸栄養・静脈栄養：認知症が進行して摂食・嚥下機能障害が起きている者 PEG：終末期
	31					✓			✓		
	32							✓	✓		
	33					✓			✓		経腸栄養：することによる利益がない状態
	34	✓									経腸栄養・静脈栄養：終末期で飲み込みやコミュニケーションの問題を呈する状態

出典

1. American College of Chest Physicians. Cough and Aspiration of Food and Liquids Due to Oral-Pharyngeal Dysphagia. ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines.
2. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Statement on Ethics of Withholding and/or Withdrawing Nutrition Support Therapy.
3. Alzheimer's Association. Dementia Care Practice Recommendations for Assisted Living Residences and Nursing Homes: Phase 3 End-of-Life Care.
4. American Medical Directors Association. Altered Nutritional Status, AMDA Clinical Practice Guideline.
5. Canadian Stroke Network. Canadian best practice recommendations for stroke care.
6. Alzheimer Society of Canada. Guidelines for Care: Person-centred care of people with dementia living in care homes.
7. Alberta Health Services. Nutrition Guideline: Dysphagia.
8. Ministry of Health, the British Columbia. Healthy Eating for Seniors.

9. Department of Social Development. Standards and Procedures for Adult Residential Facilities.
10. Sobotka L, Schneider SM, Berner YN, Cederholm T, Krznaric Z, Shenkin A, Stanga Z, Toigo G, Vandewoude M, Volkert D; ESPEN. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: geriatrics. *Clinical Nutrition* 2009;28(4):461-466.
11. Volkert D, Berner YN, Berry E, Cederholm T, Coti Bertrand P, Milne A, Palmblad J, Schneider S, Sobotka L, Stanga Z; DGEM (German Society for Nutritional Medicine), Lenzen-Grossimlinghaus R, Krys U, Pirlich M, Herbst B, Schütz T, Schröer W, Weinrebe W, Ockenga J, Lochs H; ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clinical Nutrition* 2006;25(2):330-360.
12. Staun M, Pironi L, Bozzetti F, Baxter J, Forbes A, Joly F, Jeppesen P, Moreno J, Hébuterne X, Pertkiewicz M, Mühlebach S, Shenkin A, Van Gossum A; ESPEN. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: home parenteral nutrition (HPN) in adult patients. *Clinical Nutrition* 2009;28(4):467-479.
13. Alzheimer Europe. Alzheimer Europe Report: "End-of-life care for people with dementia".
14. Royal College of Physicians, British Society of Gastroenterology. Oral feeding difficulties and dilemmas: A guide to practical care, particularly towards the end of life.
15. Alzheimer's Society. My life until the end: Dying well with dementia.
16. National Institute for Health and Care Excellence. Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition (NICE CG 32).
17. NHS National Patient Safety Agency. Problems swallowing? Ensuring safer practice for adults with learning disabilities who have dysphagia.
18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia.
19. Department of Health, Social Services and Public Safety. Promoting good nutrition: A strategy for good nutritional care for adults in all care settings in Northern Ireland.
20. Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen. Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen.
21. Stuurgroep Ondervoeding. Richtlijn Ondervoeding: Screening en behandeling van ondervoeding.
22. Stuurgroep Ondervoeding. Leidraad ondervoeding bij de geriatrische patient.
23. Vilans. Handreiking voor een goede samenwerking tussen palliatieve zorg en dementiezorg.
24. The Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg.
25. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010.
26. Socialstyrelsen. Näring för god vård och omsorg - en vägledning för att förebygga och behandla undernäring.
27. Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske dætister – Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko
28. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.
29. Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine. Position Statement 12 Dysphagia and Aspiration in Older People.
30. The National Palliative Care Program. Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care.

31. AuSPEN. AuSPEN clinical practice guideline for home parenteral nutrition patients in Australia and New Zealand.
32. Dietitians Association of Australia. Evidence Based Practice Guidelines for the Nutritional Management of Malnutrition in Adult Patients Across the Continuum of Care.
33. AuSPEN. AuSPEN Clinical Practice Guidelines for Home Enteral Nutrition in Australia.
34. Speech Pathology Association of Australia. Clinical Guideline Dysphagia.

目 次

調査研究体制	i
研究要旨	ii
目次	xii
第1章 調査研究の概要	1
第1節 調査の目的	1
第2節 調査実施体制	1
第3節 調査の設計・方法	2
1. 文献調査	2
2. 質問紙調査	3
3. 留意点	3
第2章 文献調査	5
第1節 北米	9
1. 米国	9
2. カナダ	23
第2節 欧州	37
1. 英国	41
2. オランダ	65
3. スウェーデン	77
4. デンマーク	85
5. フランス	93
第3節 アジア・オセアニア	101
1. オーストラリア	101
2. 日本	111

第3章 質問紙調査	123
第1節 北米	124
1. 米国	124
第2節 欧州	126
1. スウェーデン	126
第3節 アジア・オセアニア	128
1. オーストラリア	128
第4章 調査結果の総括	130
第1節 文献調査	130
1. 摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への対応の状況	130
2. 摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への対応に関連するガイドライン ...	131
第2節 質問紙調査	132
第3節 考察	132
資料編	138
質問紙票（米国）	140
質問紙票（カナダ）	151
質問紙票（英国）	162
質問紙票（オランダ）	173
質問紙票（スウェーデン）	185
質問紙票（デンマーク）	196
質問紙票（フランス）	207
質問紙票（オーストラリア）	219

第1章 調査研究の概要

第1節 調査の目的

今後わが国が超高齢社会を迎えようとしている中で、住民ができるだけ住み慣れた地域で最後まで生活することを支援する「地域包括ケア」が提唱されている。地域包括ケアの推進において、摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への対応は喫緊の検討課題と考えられる。

日本老年医学会は平成24年6月に「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン：人工的水分・栄養補給を中心として」を公表した。しかし、こうしたガイドライン等の存在が現場への対応にどのような影響を及ぼすのかは明らかではない。また両者の間にかい離があった場合には、ガイドラインの次の段階となる方策を検討することが求められる。そのための基礎資料として、摂食・嚥下機能障害を有する高齢者を取りまく諸外国の状況を調査することが必要である。

本調査研究事業では、諸外国において摂食・嚥下機能障害を有する高齢者に対し、どのような対応が行われており、どのようなケア（胃ろうを含む）が推奨されているのかを把握する。ガイドラインと実際のケアとの対応状況や、今後の支援のあり方についてどのような政策提言が行われているのかを調査する。これにより、わが国における摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への対応方策への示唆を得ることが本研究事業の目的である。

第2節 調査実施体制

本調査研究事業では、有識者・学識経験者等によるアドバイザーを設置し、調査設計、調査結果の分析について検討を行った。

■アドバイザー

岡村 世里奈	国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野 准教授
高橋 泰	国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野 教授
多田羅 浩三	大阪大学 名誉教授・日本公衆衛生協会 会長
西 信雄	国立健康・栄養研究所国際産学連携センター センター長
ホスラー 晃子	ニューヨーク州立大学オルバニー校公衆衛生大学院 准教授
堀田 聡子	労働政策研究・研修機構 研究員
宮川 絢子	カロリンスカ病院泌尿器科 医師

(平成26年3月31日現在、五十音順、敬称略)

第3節 調査の設計・方法

摂食・嚥下機能障害を有する高齢者の状況や、その対処ガイドライン（以下、ガイドライン）の存在と影響などについて、諸外国を対象に（１）文献調査および（２）長期ケア提供機関・研究機関への質問紙調査を通じて把握した。

1. 文献調査

1)調査対象

調査対象国は、米国、カナダ、英国（イングランド・ウェールズ・スコットランド・北アイルランド）、フランス、オランダ、スウェーデン、デンマーク、オーストラリアの合計 8 か国とした。

2)調査内容

以下について、対象国の全般的な状況を把握する。

- 摂食・嚥下機能障害を有する高齢者の状況
- 長期ケア施設の職員配置、看取りの実施状況
- 看取りにおける意思決定に関わる制度
- 長期ケア施設における栄養支援の実施状況
- 高齢者の摂食・嚥下機能障害に関するガイドラインの概要と特徴

3)調査方法

対象国の保健医療福祉部門を担当する政府機関、老年学や栄養支援等に関連する学術団体、長期ケア施設の事業者団体やアルツハイマー病協会などの当事者団体等による文献を収集し、目的にそって整理・分析した。

長期ケア施設における看取りの実施および栄養支援の実施状況の収集にあたっては、Web of Knowledge 等の文献データベースを用いた学術論文の検索をあわせて行った。

また、ガイドラインの収集の際には、独立行政法人国立健康・栄養研究所が運営する「特別用途食品・栄養療法エビデンス情報」における「栄養摂取障害 咀嚼・嚥下障害」の栄養療法エビデンス一覧も参照した。

2. 質問紙調査

1) 調査対象

調査対象国は、米国、カナダ、英国（イングランド）、フランス、オランダ、スウェーデン、デンマーク、オーストラリアの合計8か国とした。

調査対象者は、これらの国において、実際に摂食・嚥下機能障害を有する高齢者がいる長期ケア施設の施設長とした。

2) 調査内容

質問紙調査票では、以下の内容について回答者の長期施設での対応状況を尋ねた。

- 摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への栄養支援の実施状況
- 人工的水分・栄養補給の実施の有無、実施するときの入居者の状況・状態像
- 対応を判断するにあたり関連するガイドラインの有無
- 栄養支援の質を向上するための取組み、ガイドラインの利活用

調査の背景の説明において、日本老年医学会が「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」を作成するにあたり実施した、「認知症末期患者に対する人工的水分・栄養補給法の施行実態とその関連要因に関する調査」のシナリオ症例および結果の概要を提示した。

3) 調査方法

対象者（協力者）を選定し、電子メールにて調査票を送付し、電子メールにて返送を依頼した。対象者には調査への回答に加えて、他の施設長2-3名に依頼文および質問紙調査票を転送して彼らにも調査への参加を呼びかけることを依頼した。

3. 留意点

文献調査では、それぞれの国で実施された調査結果等を引用しており、長期ケア施設や経管栄養の定義・範囲もその調査によって異なる。各国における長期ケア施設の体系に関しては第2章の各国編を参照されたい。摂食・嚥下機能障害に関連する用語については、一覧を表に示す。

図表 1-3-1 摂食・嚥下機能障害に関する用語

	嚥下機能障害	人工的栄養補給	経管栄養
英語	dysphagia	artificial nutrition	tube feeding
オランダ語	dysfagie, slikstoornis	kunstmattige voeding	sondevoeding
スウェーデン語	dysfagi	artificiell nutrition	sondnäring, sondmatning
デンマーク語	dysfagi	kunstig ernæring	sondemadning
フランス語	dysphagie	nutrition artificielle	alimentation par sonde

文献

日本老年医学会. 平成 22 年度厚生労働省老健局老人保健健康増進等事業「認知症末期患者に対する人工的な栄養・水分補給法の導入・差し控え・中止に関するガイドライン作成へ向けた検討」報告書. Available from: http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/josei/pdf/h22_jissekihoukoku.pdf

第2章 文献調査

医療機関や長期ケア施設における食事や栄養ケアの国際的な状況を把握する調査として、「nutritionDay」があげられる。「nutritionDay」は年に一度、各国で同じ1日に、病院やICU、ナーシングホームで調査を行っている。この調査は2003年の欧州評議会（Council of Europe）の決議をふまえて開始された。事務局はオーストリアにある。2011年は合計678ユニット、患者14,207名が調査に参加した。2012年は合計658ユニット、患者14,093名が調査に参加した。

しかし、本調査の対象国の中には「nutritionDay」に参加していないものもある。そこで本章（文献調査）では各国の長期ケア施設における統計や調査を個別に収集し整理した。調査項目の定義や範囲は国ごとに異なる可能性があることに留意されたい。

図表 2-1-1 「nutritionDay」2011年の調査結果

	日本	米国	カナダ	スウェーデン	デンマーク	フランス	オーストリア
ユニット数	74	37	76	9	8	21	13
うち長期ケア	0	1	2	0	0	2	0
患者数	1,700	578	737	169	105	368	287
栄養療法%							
経腸栄養	4.82	3.81	1.76	1.78	2.86	5.43	2.09
静脈栄養	15.2	2.60	1.76	12.4	9.52	4.89	0
経腸・静脈	1.29	0	0.54	0	0	0	0
特別な食事	10.9	38.2	42.5	13.6	0.95	11.1	24.0
タンパク質のサプリメント	11.4	9.69	8.28	26.0	47.6	16.6	18.1
病院食	61.2	47.8	60.0	76.3	91.4	67.9	48.1
その他	2.76	13.8	6.78	1.18	4.76	5.16	2.79
欠損	2.88	2.42	1.49	1.18	0	3.53	16.0
チューブ%							
なし	62.0	57.6	76.5	29.6	86.7	52.4	80.8
中心静脈	6.24	11.6	4.07	6.51	11.4	8.15	0.70
経鼻	2.41	2.42	1.22	0.59	1.90	0	1.05
その他（PEG, PEJ など）	29.4	28.4	18.2	63.3	0	39.4	17.4

出典：nutritionDay WORLDWIDE. National reports 2011.

図表 2-1-2 「nutritionDay」2012 年の調査結果

	日本	米国	オランダ	スウェーデン	オーストラリア
ユニット数	41	78	10	8	22
うち長期ケア	1	1	0	0	0
患者数	830	1,529	185	129	405
栄養療法%					
経腸栄養	6.99	3.47	1.62	0	4.69
静脈栄養	14.9	1.64	1.62	8.53	1.23
経腸・静脈	1.69	0.39	0	1.55	0.99
特別な食事	13.1	37.1	8.65	5.43	16.5
タンパク質の サプリメント	8.80	8.70	11.9	43.4	22.7
病院食	61.6	47.1	36.8	89.1	58.8
その他	1.08	8.31	2.70	1.55	1.98
欠損	0.24	8.57	49.2	0	2.72
チューブ%					
なし	60.6	55.1	97.3	42.6	45.9
中心静脈	4.58	8.57	0	2.33	10.9
経鼻	2.05	0.92	0	0	3.21
その他 (PEG, PEJ など)	32.8	35.4	2.70	55.0	40.0

出典：nutritionDay WORLDWIDE. National reports 2012.

「nutritionDay」以外にも、各国の長期ケア施設における栄養支援の状況を把握した調査が過去に行われてきた。複数の研究を概観したところでは、長期ケア施設に入居している嚥下機能障害を有する認知症の人に対しては、水分補給の手段としてとろみ付き液体（thickened fluids）が有効であることが示唆されている（Hines et al., 2010）

また、栄養支援に関するガイドライン等を発行している国際的な団体として、欧州臨床栄養代謝学会（旧称: 欧州静脈経腸栄養学会 European Society for Parenteral and Enteral Nutrition, ESPEN; 現在は European Society for Clinical Nutrition and Metabolism）があげられる。欧州臨床栄養代謝学会は欧州 26 か国に計 27 の会員学会を有し、本調査の対象国にも以下の関連団体がある。

図表 2-1-3 欧州臨床栄養代謝学会(静脈経腸栄養学会)の関連団体

地域	略称	名称
日本	JAPEN	日本静脈経腸栄養学会
米国	ASPEN	American Society for Parenteral and Enteral Nutrition
カナダ	CNS/SCN	Canadian Nutrition Society/la Société canadienne de nutrition
英国	BAPEN	British Association for Parenteral and Enteral Nutrition
オランダ	NESPEN	Netherlands Society for Clinical Nutrition and Metabolism; Nederlandse Vereniging voor Gastroenterologie
スウェーデン	SWESPEN	Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism
デンマーク	DSKE	Danish Society of Parenteral and Enteral Nutrition; Dansk Selskab for Klinisk Ernæring
フランス	SFNEP	Société Francophone de Nutrition Entérale et Parentérale
オーストラレーシア	AuSPEN	Australasian Society for Parenteral and Enteral Nutrition

文献

Hines S, McCrow J, Abbey J, Gledhill S. Thickened fluids for people with dementia in residential aged care facilities. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 2010; 8:252-255.

nutritionDay November 2011 in AUSTRALIA. June 2012. Available from:
http://www.nutritionday.org/uploads/media/ND11_country_AU_EN_04.pdf

nutritionDay November 2011 in CANADA. June 2012. Available from:
http://www.nutritionday.org/uploads/media/ND11_country_CA_EN_01.pdf

nutritionDay November 2011 in DENMARK. June 2012. Available from:
http://www.nutritionday.org/uploads/media/ND11_country_DK_EN_01.pdf

nutritionDay November 2011 in FRANCE. June 2012. Available from:
http://www.nutritionday.org/uploads/media/ND11_country_FR_EN_01.pdf

nutritionDay November 2011 in JAPAN. June 2012. Available from:
http://www.nutritionday.org/uploads/media/ND11_country_JP_EN_01.pdf

nutritionDay November 2011 in SWEDEN. June 2012. Available from:
http://www.nutritionday.org/uploads/media/ND11_country_SE_EN_01.pdf

nutritionDay November 2011 in UNITED STATES OF AMERICA. June 2012. Available from:
http://www.nutritionday.org/uploads/media/ND11_country_US_EN_01.pdf

nutritionDay November 2012 in AUSTRALIA. May 2013. Available from:
http://www.nutritionday.org/uploads/media/ND12_country_AU_EN.pdf

nutritionDay Novermber 2012 in JAPAN. May 2013. Available from:
http://www.nutritionday.org/uploads/media/ND12_country_JP_EN.pdf

nutritionDay Novermber 2012 in NEHTERLANDS. May 2013. Available from:
http://www.nutritionday.org/uploads/media/ND12_country_NL_EN.pdf

nutritionDay Novermber 2012 in SWEDEN. May 2013. Available from:
http://www.nutritionday.org/uploads/media/ND12_country_SE_EN.pdf

第1節 北米

1. 米国

米国には欧州や日本のような公的な介護保障制度は存在せず、後述する一部の介護サービスが「医療」の範疇として公的医療保障でカバーされている。高齢者介護サービスにおける民間部門の果たす役割が大きいことが、米国の特徴とされている。公的医療保障制度としては、高齢者および障害者に対応するメディケア（Medicare）、低所得者に対するメディケイド（Medicaid）がある。

1) 高齢化率

7月1日	2000	2005	2010	2011	2012
総人口	282,162,411	295,516,599	309,326,225	311,587,816	313,914,040
65歳以上人口	35,069,568	36,649,798	40,476,849	41,372,530	43,145,356
高齢化率 (%)	12.4	12.4	13.1	13.3	13.7

出典：United States Census Bureau. Intercensal Estimates of the Resident Population by Sex and Age for the United States: April 1, 2000 to July 1, 2010; Annual Estimates of the Resident Population for Selected Age Groups by Sex for the United States, States, Counties, and Puerto Rico Commonwealth and Municipios: April 1, 2010 to July 1, 2012

2) 栄養支援の体制

米国静脈経腸栄養学会（ASPEN）は「特別な栄養支援の標準：在宅ケアを受けている患者（Standards for Specialized Nutrition Support: Home Care Patients）」の第1章において、栄養支援サービス（nutrition support service）の基準を定めている。患者が紹介された先の医師（referring physician）、在宅ケア提供事業者、栄養支援実践者（nutrition support practitioner）の間の連携によって、多職種による栄養ケア計画がたてられるべきである。医師は在宅静脈栄養や経腸栄養の専門性を有すること、看護師や栄養士、薬剤師、その他の保健医療専門職と協働することが求められる（American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, 2005）。

3) 長期ケア施設の体系と職員配置

国の統計（National Nursing Home Survey）において、ナーシングホーム（nursing home）は次のように定義されている：3床以上、メディケアまたはメディケイドのど

ちらかで認証されている、またはその州のナーシングホームとして認可を受けている。これ以外に、各種団体がそれぞれ異なる名称でナーシングホームに類する長期ケア施設の統計を報告している。連邦政府のメディケア・メディケイド・サービスセンター（Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS）は各州の長期ケア調査機関との協働のもと OSCAR（Online Survey, Certification and Reporting）というネットワークを運営しており、この OSCAR が米国におけるナーシングホームの最も包括的なデータベースとなっている。米国ヘルスケア協会（American Health Care Association）は OSCAR の登録情報に基づき、3か月おきに全米のナーシングホームの施設特性や患者特性に関する統計を報告している。ナーシングホームの中でも、高度看護施設（skilled nursing facility）は日常生活の支援に加えて、看護ケア、薬物療法のモニタリングを提供するなど、よりケア必要度が高い者を対象にしている。

米国ヘルスケア協会（American Health Care Association）の調査によれば、ナーシングホームの職員の60%以上を看護職員が占めており、次いで食事サービス関連が10%程度となっている。

これらのナーシングホームと在宅ケアの中間に位置づけられるものとして、介助付き居住施設（assisted living）がある。介助付き居住施設は、ひとりでは生活できない成人に対し ADL 介助や食事、薬物療法およびそれに関連した支援を提供する。高度看護ケア（skilled care）の提供は要求されていない。介助付き居住施設に標準的な定義はなく、州ごとに異なる認定基準を用いている。

国の統計（National Survey of Residential Care Facilities）において、ナーシングホーム以外の居住施設としては、介助付き居住施設のほかにも次のような施設が含まれている：ケアホーム（board and care home）、集合ケア住宅（congregate care enriched housing program）、高齢者住宅（home for the aged）、介護ケアホーム（personal care home）、共有住宅（shared housing establishment）。国の統計によれば、2010年時点で全国に居住施設は31,100か所あり、定員数が合計971,900と推計されている（Park-Lee et al., 2011）。

図表 2-1-4 ナーシングホーム(3床以上で公的医療保障または州の認可)の数

	年				
	1973-74	1977	1985	1995	2004
施設数	15,700	18,900	19,100	16,700	16,100
定員数	1,177,300	1,402,400	1,924,200	1,770,900	1,730,000

出典：Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. National Nursing Home Survey, Trends from 1973 through 2004.

図表 2-1-5 OSCARデータベースに基づくナーシングホームの数

	2012年			
	3月	6月	9月	12月
施設数	15,690	15,677	15,678	15,677
定員数	1,705,165	1,704,182	1,703,958	1,703,177
メディケア	92,986	94,295	96,345	97,144
メディケア/ メディケイド	1,487,422	1,487,792	1,488,500	1,488,073
メディケイド	88,996	86,603	84,999	83,064
上記の認証外	35,761	35,492	34,114	34,896

	2013年			
	3月	6月	9月	12月
施設数	15,681	15,679	15,672	15,666
定員数	1,708,408	1,708,067	1,702,165	1,702,642
メディケア	97,796	97,121	98,451	97,897
メディケア/ メディケイド	1,489,150	1,489,018	1,490,743	1,492,387
メディケイド	81,428	81,084	77,825	76,090
上記の認証外	40,034	40,844	35,146	36,268

出典：American Health Care Association. Nursing Facility Operational Characteristics Report.

図表 2-1-6 職種別にみたナーシングホームの被雇用者数

	2010年		2011年	
	推定人数	(%)	推定人数	(%)
合計	1,940,820	100.0	1,976,073	100.0
事務・管理	88,310	4.6	92,551	4.7
看護	1,272,870	65.6	1,300,736	65.8
療法士	81,760	4.2	111,148	5.6
食事サービス	222,550	11.5	219,009	11.1
掃除・維持	188,480	9.7	166,751	8.4
社会サービスと活動	86,850	4.5	85,875	4.3

出典：American Health Care Association. Staffing Survey Report.

図表 2-1-7 高度看護施設の数(メディケアの対象となっているもの)

	1999	2000	2005	2010	2011
施設数	14,914	14,841	15,006	15,084	15,132
入所数	1,795,672	1,824,281	2,409,331	2,424,931	2,460,764

出典：Center for Medicare & Medicaid Services. Medicare & Medicaid Statistical Supplement, Medicare Skilled Nursing Facilities.

図表 2-1-8 介助付き居住施設の数

	年	
	2007	2010
施設数	53,774	51,367
定員数	1,046,631	1,233,690

出典：AARP Public Policy Institute. Assisted Living and Residential Care in the States in 2010.

4) 長期ケア施設等における看取りの実施状況

米国では通常、死亡統計において死亡場所の分布を公表していない。疾患管理予防センターが死亡統計を再分析した報告によれば、医療機関の占める割合は減少傾向にあり、2007年では50%弱である。ナーシングホームの占める割合は20%強となっている。

2003-2007年にかけて、メディケアまたはメディケイドの認可を受けているナーシングホーム 16,872 施設で死亡退居した 2,992,261 名の死亡場所を把握した調査によれば、死亡退居者の20%が病院で死亡していた。死期が迫っているときに病院に移動する者の割合は年々上昇する傾向にあった (Temkin-Greener H et al., 2013)。

図表 2-1-9 死亡場所の分布(1989-2001年)

(%)	年				
	1989	1997	1999	2000	2001
ナーシングホーム	16.0	21.4	22.0	22.3	22.3
医療機関内			50.9	50.0	49.2
入院患者	48.6	41.5	41.0	40.3	39.8
外来または救急	7.9	8.1	7.8	7.7	7.6
到着時に死亡	--	--	1.6	1.4	1.3
状況不明	--	--	0.5	0.5	0.5
ホスピス	--	--	--	--	--
自宅	15.9	22.3	22.3	22.7	22.8
その他	11.6	6.8	4.8	5.1	5.6
不明	--	--	0.0	0.0	0.0

図表 2-1-10 死亡場所の分布(2002-2007年)

(%)	年				
	2002	2003	2004	2005	2007
ナーシングホーム	22.4	22.2	22.1	22.2	21.7
医療機関内	48.5	47.4	46.5	46.7	
入院患者	39.2	38.6	37.6	37.0	36.0
外来または救急	7.5	7.5	7.4	7.4	7.0
到着時に死亡	1.2	1.1	1.0	0.9	--
状況不明	0.5	--	--	--	--
ホスピス	--	0.2	0.4	1.4	
自宅	23.2	23.8	24.4	24.6	25.4
その他	5.9	6.2	6.6	6.2	9.9
不明	0.0	0.3	0.3	0.3	--

出典：Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Health, United States, 2010: With Special Feature on Death and Dying.; Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. GNWK309 Deaths by Place of death, Age, Race, and Sex United States, 1999-2005.

5) 看取りにおける意思決定に関わる制度

米国では、自分の意思が表明できなくなったときのケアに関する意思決定を支援する手段として、高齢者自身の「事前ケア計画（advance care planning）」の作成が推奨されている（Centers for Disease Control and Prevention, 2012）。事前ケア計画に関わるものとして、最初に提案されたのは1967年の「生前遺言（living will）」であった。生前遺言では医師やその他の保健医療ケア提供者に対し、生命維持の治療に関する意思決定ができなくなったときに備えて、そうした治療をいつ行うか・差し控えるか・中止するかが示される。

しかし、生前遺言で決定できる範囲は狭いため、後に「永続的代理権（durable power of attorney）」が推奨されるようになった。永続的代理権は、保健医療ケアに関する決定を行う代理者を指定する制度である。1997年末までに、米国の全ての州が保健医療ケアに関する永続的代理権を何らかの形で法制化している。

また1990年代初期には、「蘇生処置を行わない指示（do not resuscitate order, DNR）」を法制化することへのニーズが表面化している。こうした指示がない場合、救急の医療サービス提供者は蘇生措置をすることが義務づけられていた。1999年末までに、米国の42の州でDNRプロトコルの位置づけ（通常は法制化）がなされている。

これらに加えて、オレゴン州で始まった「生命維持治療に関する医師の指示（physician orders for life-sustaining treatment, POLST）」では、患者と医師の間で終末期ケアの目標と希望が話し合われ、医師の指示として書式化される。医師の指示は蘇生措置、人工栄養と水分補給、快適なケアか・より積極的なケアを選ぶかといった内容に関するものである。およそ15の州と都市でPOLSTの使用が認証されている。

以上の様々な様式を「事前指示（advanced directive）」として統合する動きもある。連邦単位の法制度では1990年に「患者自己決定法（Patient Self-Determination Act）」が制定され、メディケアやメディケイドの指定を受けている医療機関に職員や患者への教育、事前指示の確認、また州法の規定に従うことを定めた。また、1993年に「単一保健医療ケア決定法（Uniform Health-Care Decisions Act）」が採択され、ほぼあらゆる形の書面もしくは口頭での患者意思の表明を事前指示と見なすための原則が定められた。

6) 長期ケア施設等における栄養支援の実施状況

メディケアまたはメディケイドの認可を受けているナーシングホームでは、MDS（Minimum Data Set）に基づく定期的なケアの質の測定が行われている。2013年4月に改訂されたMDSのマニュアルでは、転倒や痛みの有無、インフルエンザの予防接種率や身体拘束といった指標の他に、著しい体重減少の有無が指標に含まれている。し

かし、栄養支援の実施状況を直接に示す指標は含まれていない（Centers for Medicare & Medicaid Services, 2013）。

一方、米国ヘルスケア協会の統計によれば、介護施設の入居者のうち経管栄養を実施している割合は5-6%で推移しており、機械的嚥下食などの栄養支援を受けている者は全体の3割程度である。

図表 2-1-11 OSCARに登録されているナーシングホーム入居者の特別なケアニーズ

%	2012年			
	3月	6月	9月	12月
入居者数	1,387,727	1,385,955	1,385,119	1,383,806
経管栄養	5.68	5.66	5.62	5.51
機械式嚥下食	34.02	34.12	33.58	32.84
特別なリハビリ	25.45	25.72	25.86	26.06
補助的な食器	8.39	8.35	8.36	8.41

%	2013年			
	3月	6月	9月	12月
入居者数	1,382,201	1,379,870	1,375,033	1,372,284
経管栄養	5.43	5.38	5.37	5.36
機械式嚥下食	32.22	32.03	32.20	32.47
特別なリハビリ	26.22	26.65	27.17	27.63
補助的な食器	8.49	8.57	8.67	8.64

出典：American Health Care Association. Nursing Facility Patient Characteristics Report.

重度の認知症に対する経管栄養の実施については、ナーシングホームのMDSを分析した以下のような研究が行われている。

1994年の65歳以上のナーシングホーム入居者で重度の認知機能障害を有する57,029名のうち、26.2%が経管栄養を実施していた（Ahronheim et al., 2001）。一方、1999年4月時点のナーシングホーム入居者で重度の認知機能障害をもつ186,835名のうち、経管栄養を実施しているのは63,101名（33.8%）であった（Mitchell et al., 2003）。

1999年のナーシングホーム入居者で、重度の認知機能障害をもち摂食の問題を有するリスクがあるとされた36,462名を対象に、2007年の状態を把握した調査が行われている。彼らの中で、摂食の問題が出てから1年以内に経管栄養を実施したのは1,957名(5.4%)であった。しかし、実施の時期に関わらず、経管栄養による延命効果は見られなかった(Teno et al., 2012)。

また、1991年のワシントン州のナーシングホーム入居者で、咀嚼や嚥下機能に障害がある65歳以上の者5,266名を対象とした1年間の追跡調査が行われている。1年間に10.5%が経管栄養を実施されたが、経管栄養を実施しなかった集団と比較して、生命予後は悪かった(Mitchell SL et al., 1998)。

7) 高齢者の摂食・嚥下機能障害に関するガイドラインの概要と特徴

「口・咽頭嚥下機能障害による食物と液体の咳込と誤嚥: ACCPのエビデンスに基づく臨床ガイドライン」

Cough and Aspiration of Food and Liquids Due to Oral-Pharyngeal Dysphagia. ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines

米国胸部専門医学会(American College of Chest Physicians)が2006年に学術誌で公表したガイドラインである。誤嚥のリスクアセスメントや摂食・嚥下機能訓練の手法について15項目の推奨事項を示している。推奨事項13において、嚥下機能障害のある患者に食事の指示が処方されること、またその指示は通常の固形物や液体を与えたときの反応を評価する嚥下造影検査(video fluoroscopic swallow evaluation, VSE)や嚥下内視鏡検査(fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing, FEES)を行って再設計されることを推奨している。

「栄養支援療法の差し控え・中止の倫理に対する米国静脈経腸栄養学会の立場表明」

American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Statement on Ethics of Withholding and/or Withdrawing Nutrition Support Therapy

米国静脈経腸栄養学会が2008年9月に発表した、経腸栄養や静脈栄養の差し控えと中止に関する法的・倫理的な推奨事項である。計7項目の推奨が提示されている。これらの栄養支援療法(経腸栄養や静脈栄養)は医学的介入とみなされるべきであり(項目1)、これによる利益と負担についてケア提供者は熟知している必要がある(項目3)。栄養支援療法を続けることで利益と釣り合いな負担がかかる、またはもはや利益がないときは、栄養支援療法は調整したり中止したりされなければならない(項目6)。

「介助付き居住施設やナーシングホームにおける認知症ケアの実践への推奨」

Dementia Care Practice Recommendations for Assisted Living Residences and Nursing Homes

米国アルツハイマー病協会（Alzheimer's Association）が2009年に発表した、施設におけるケアの推奨である。終末期ケア（End-of-Life Care）においては、認知症の人の状態が悪化して飲み込みに影響が出た場合、とろみ付き液体（thickened liquids）を自然な食事方法（経口摂取）で与えることが適切な対応とされている。口の中に入れた食べ物をどうして良いか分からない、あるいは飲み込むことができないという状態のときは、その患者の栄養補給を中止することが、本人の快適さを重んじた選択となる。この状況下で栄養補給を行うことは窒息や誤嚥性肺炎を引き起こしかねないとされている。

「栄養状態の変化、AMDA の臨床実践ガイドライン」

Altered Nutritional Status, AMDA Clinical Practice Guideline

米国施設長協会（American Medical Directors Association）が2010年に改訂版を公表した（有償配布）。ナーシングホームの入居者に大きな体重変化が生じる・あるいはそのリスクがあると見なされる場合の、スクリーニング／診断／評価の方法、栄養状態の管理／治療についての推奨事項を示している。推奨事項の第21項（step 21）において、経管栄養の実施は特定の環境下においては臨床的に適切な治療だが、他の（経口摂取を中心とした）栄養療法が失敗したからといって自動的に行ってはならないとしている。経管栄養が適切と考えられる状況としては、実施による利益がリスクよりも上回ることに加えて、その選択が患者と家族の価値観や選好とも一致することが求められている。

文献

AARP Public Policy Institute. Assisted Living and Residential Care in the States in 2010. July 2012. Available from:
http://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/public_policy_institute/ltc/2012/residential-care-insight-on-the-issues-july-2012-AARP-ppi-ltc.pdf

Ahronheim JC, Mulvihill M, Sieger C, Park P, Fries BE. State practice variations in the use of tube feeding for nursing home residents with severe cognitive impairment. Journal of the American Geriatrics Society 2001;49(2):148-152.

Alzheimer's Association. Dementia Care Practice Recommendations for Assisted Living Residences and Nursing Homes: Phase 3 End-of-Life Care. Available from:
http://www.alz.org/national/documents/brochure_DCPRphase3.pdf

American Health Care Association. Nursing Facility Operational Characteristics Report, March 2012. Available from:
http://www.ahcancal.org/research_data/oscar_data/Nursing%20Facility%20Operational%20C haracteristics/OperationalCharacteristicsReport_Mar2012.pdf

American Health Care Association. Nursing Facility Operational Characteristics Report, June 2012. Available from:
http://www.ahcancal.org/research_data/oscar_data/Nursing%20Facility%20Operational%20C haracteristics/OperationalCharacteristicsReport_Jun2012.pdf

American Health Care Association. Nursing Facility Operational Characteristics Report, September 2012. Available from:
http://www.ahcancal.org/research_data/oscar_data/Nursing%20Facility%20Operational%20C haracteristics/OperationalCharacteristicsReport_Sept2012.pdf

American Health Care Association. Nursing Facility Operational Characteristics Report, December 2012. Available from:
http://www.ahcancal.org/research_data/oscar_data/Nursing%20Facility%20Operational%20C haracteristics/LTC+STATS_PVNF_OPERATIONS_2012Q4_FINAL.pdf

American Health Care Association. Nursing Facility Operational Characteristics Report, March 2013. Available from:
http://www.ahcancal.org/research_data/oscar_data/Nursing%20Facility%20Operational%20C haracteristics/LTC%20STATS_PVNF_OPERATIONS_2013Q1_FINAL.pdf

American Health Care Association. Nursing Facility Operational Characteristics Report, June 2013. Available from:
http://www.ahcancal.org/research_data/oscar_data/Nursing%20Facility%20Operational%20C haracteristics/LTC%20STATS_PVNF_OPERATIONS_2013Q2_FINAL.pdf

American Health Care Association. Nursing Facility Operational Characteristics Report, September 2013. Available from:
http://www.ahcancal.org/research_data/oscar_data/Nursing%20Facility%20Operational%20C haracteristics/LTC%20STATS_PVNF_OPERATIONS_2013Q3_FINAL.pdf

American Health Care Association. Nursing Facility Operational Characteristics Report, December 2013. Available from:
http://www.ahcancal.org/research_data/oscar_data/Nursing%20Facility%20Operational%20C haracteristics/LTC%20STATS_PVNF_OPERATIONS_2013Q4_FINAL.pdf

American Health Care Association. Nursing Facility Patient Characteristics Report, March 2012.

Available from:

http://www.ahcancal.org/research_data/oscar_data/NursingFacilityPatientCharacteristics/LTC%20STATS_HSNF_PATIENT_2012Q1_FINAL.pdf

American Health Care Association. Nursing Facility Patient Characteristics Report, June 2012.

Available from:

http://www.ahcancal.org/research_data/oscar_data/NursingFacilityPatientCharacteristics/LTC%20STATS_HSNF_PATIENT_2012Q2_FINAL.pdf

American Health Care Association. Nursing Facility Patient Characteristics Report, September 2012. Available from:

http://www.ahcancal.org/research_data/oscar_data/NursingFacilityPatientCharacteristics/LTC%20STATS_HSNF_PATIENT_2012Q3_FINAL.pdf

American Health Care Association. Nursing Facility Patient Characteristics Report, December 2012. Available from:

http://www.ahcancal.org/research_data/oscar_data/NursingFacilityPatientCharacteristics/LTC+STATS_HSNF_PATIENT_2012Q4_FINAL.pdf

American Health Care Association. Nursing Facility Patient Characteristics Report, March 2013.

Available from:

http://www.ahcancal.org/research_data/oscar_data/NursingFacilityPatientCharacteristics/LTC%20STATS_HSNF_PATIENT_2013Q1_FINAL.pdf

American Health Care Association. Nursing Facility Patient Characteristics Report, June 2013.

Available from:

http://www.ahcancal.org/research_data/oscar_data/NursingFacilityPatientCharacteristics/LTC%20STATS_HSNF_PATIENT_2013Q2_FINAL.pdf

American Health Care Association. Nursing Facility Patient Characteristics Report, September 2013. Available from:

http://www.ahcancal.org/research_data/oscar_data/NursingFacilityPatientCharacteristics/LTC%20STATS_HSNF_PATIENT_2013Q3_FINAL.pdf

American Health Care Association. Nursing Facility Patient Characteristics Report, December 2013. Available from:

http://www.ahcancal.org/research_data/oscar_data/NursingFacilityPatientCharacteristics/LTC%20STATS_HSNF_PATIENT_2013Q4_FINAL.pdf

American Health Care Association. 2010 Nursing Facility Staffing Survey. Available from:

http://www.ahcancal.org/research_data/staffing/Documents/REPORT%20OF%20FINDINGS%20ONURSING%20FACILITY%20STAFFING%20SURVEY%202010.pdf

American Health Care Association. 2011 Staffing Survey Report. Available from:
http://www.ahcancal.org/research_data/staffing/Documents/2011%20Staffing%20Survey%20Report.pdf

American Medical Directors Association. Clinical Practice Guideline (CPG): Altered Nutritional Status (ANS). Available from: <http://www.amda.com/tools/cpg/nutritionalstatus.cfm>

American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Standards of Practice, Standards for Specialized Nutrition Support: Home Care Patients. Available from:
<http://www.nutritioncare.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=558>

American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Statement on Ethics of Withholding and/or Withdrawing Nutrition Support Therapy. Available from: <http://www.nutritioncare.org/Index.aspx?id=3566>

Centers for Disease Control and Prevention, Healthy Aging Program. Advanced Care Planning: Ensuring Your Wishes Are Known and Honored If You Are Unable to Speak for Yourself. Available from: <http://www.cdc.gov/aging/pdf/advanced-care-planning-critical-issue-brief.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. GNWK309 Deaths by Place of death, Age, Race, and Sex United States, 1999. Available from:
http://www.cdc.gov/nchs/data/statab/VS00199_TABLE309.pdf

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. GNWK309 Deaths by Place of death, Age, Race, and Sex United States, 2000. Available from:
http://www.cdc.gov/nchs/data/statab/mortfinal2000_work309.pdf

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. GNWK309 Deaths by Place of death, Age, Race, and Sex United States, 2001. Available from:
http://www.cdc.gov/nchs/data/statab/mortfinal2001_work309.pdf

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. GNWK309 Deaths by Place of death, Age, Race, and Sex United States, 2002. Available from:
http://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/mortfinal2002_work309.pdf

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. GNWK309 Deaths by Place of death, Age, Race, and Sex United States, 2003. Available from:
http://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/MortFinal2003_WorkTable309.pdf

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. GNWK309 Deaths by Place of death, Age, Race, and Sex United States, 2004. Available from:
http://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/MortFinal2004_Worktable309.pdf

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. GNWK309 Deaths by Place of death, Age, Race, and Sex United States, 2005. Available from:
http://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/Mortfinal2005_worktable_309.pdf

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Health, United States, 2010: With Special Feature on Death and Dying. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus10.pdf>

Centers for Medicare & Medicaid Services. MDS 3.0 Quality Measures User's Manual v8.0 04-15-2013. Available from: <http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/NursingHomeQualityInits/Downloads/MDS-30-QM-User%E2%80%99s-Manual-V80.pdf>

Center for Medicare & Medicaid Services. Medicare & Medicaid Statistical Supplement, Medicare Skilled Nursing Facilities 2001. Available from: http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Research/MedicareMedicaidStatSupp/Downloads/01SS_SNF_z.zip

Center for Medicare & Medicaid Services. Medicare & Medicaid Statistical Supplement, Medicare Skilled Nursing Facilities 2006. Available from: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Research/MedicareMedicaidStatSupp/Downloads/06SNF.zip>

Center for Medicare & Medicaid Services. Medicare & Medicaid Statistical Supplement, Medicare Skilled Nursing Facilities 2011. Available from: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/MedicareMedicaidStatSupp/Downloads/2011SNF.zip>

Center for Medicare & Medicaid Services. Medicare & Medicaid Statistical Supplement, Medicare Skilled Nursing Facilities 2012. Available from: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/MedicareMedicaidStatSupp/Downloads/2012SNF.zip>

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. National Nursing Home Survey, Trends from 1973 through 2004. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nnhsd/nursinghomes1973-2004.pdf>

Mitchell SL, Kiely DK, Lipsitz LA. Does artificial enteral nutrition prolong survival of institutionalized elders with chewing and swallowing problems? *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 1998;33A(3):M207-M213.

Mitchell SL, Teno JM, Roy J, Kabumoto G, Mor V. Clinical and organizational factors associated with feeding tube use among nursing home residents with advanced cognitive impairment. *JAMA* 2003;290(1):73-80.

Park-Lee E, Caffrey C, Sengupta M, Moss AJ, Rosenoff E, Harris-Kojetin LD. Residential care facilities: A key sector in the spectrum of long-term care providers in the United States. NCHS data brief, no 78. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2011. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db78.htm>

Smith Hammond CA, Goldstein LB. Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;129(1 Suppl):154S-168S.

Temkin-Greener H, Zheng NT, Xing J, Mukamel DB. Site of death among nursing home residents in the United States: changing patterns, 2003-2007. *Journal of the American Medical Directors Association* 2013;14(10):741-748.

Teno JM, Gozalo PL, Mitchell SL, Kuo S, Rhodes RL, Bynum JP, Mor V. Does feeding tube insertion and its timing improve survival? *Journal of the American Geriatrics Society* 2012;60(10):18-21.

United States Census Bureau. Intercensal Estimates of the Resident Population by Sex and Age for the United States: April 1, 2000 to July 1, 2010. Available from:
<http://www.census.gov/popest/data/intercensal/national/tables/US-EST00INT-01.xls>

United States Census Bureau. Annual Estimates of the Resident Population for Selected Age Groups by Sex for the United States, States, Counties, and Puerto Rico Commonwealth and Municipios: April 1, 2010 to July 1, 2012. Available from:
<http://factfinder2.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?src=bkmk>

2. カナダ

カナダにおける高齢者支援のサービスやマネジメント提供体制は州によって異なり、高齢者を対象とした長期ケア施設も州ごとに違った類型と呼称を使用している。

図表 2-2-1 カナダ各州の高齢者を対象とした長期ケア施設の類型

州	介護ケアを提供	看護・医療ケアに対応
Alberta	ロッジ (Lodge) 支援付ホーム (Support home) 介護ケアホーム (Personal care home) 集合住宅 (Congregate living)	長期ケア施設 (Long-Term Care facility)
British Columbia	高齢者向け支援付住宅 (Senior's Supportive Housing) 介助付き居住施設 (Assisted Living)	長期居住ケア (Long-term residential care service)
Manitoba	支援付高齢者住宅 (Supportive housing for seniors) 高齢者自立住宅 (Independent Senior's Housing)	介護ケアホーム (Personal Care Home)
New Brunswick	特別ケアホーム (Special Care Home)	ナーシングホーム (Nursing Home)
Newfoundland Labrador	介護ケアホーム (Personal Care Home) 保護付地域住居 (Protective Community Residence)	長期ケア施設 (Long Term Care Facility)
Northwest Territories	長期ケア施設 (Long Term Care Facility)	
Nova Scotia	高齢者ホーム (Home for the Aged) 居住ケア施設 (Residential Care Facility)	ナーシングホーム (Nursing Home)
Nunavut	自立支援施設 (Supported Independent Living Program) 高齢者ホーム (Elders' Home)	代替的医療ホーム (Alternative Medical Home) 継続ケアセンター (Continuing Care Centre)
Ontario	高齢者ホーム (Retirement Home) 支援付住宅の介助付居住サービス (Assisted Living Service in Supportive Housing)	長期ケアホーム (Long-Term Care Home)
Prince Edward Island	地域ケア施設 (Community Care Facility)	民間ナーシングホーム (Private Nursing Home) 公立介護施設 (Public Nursing Facility)
Quebec	長期ケア施設 (Hébergement et soins de longue durée)	
Saskatchewan	介護ケアホーム (Personal Care Home)	特別ケアホーム (Special Care Home)
Yukon	居住ケアプログラム (Residential care program)	

1) 高齢化率

	7月1日		
	2000	2005	2010
総人口	30,685,730	32,242,364	34,005,274
65歳以上人口	3,843,678	4,205,501	4,796,143
高齢化率 (%)	12.5	13.0	14.1

	7月1日		
	2011	2012	2013
総人口	34,342,780	34,754,312	35,158,304
65歳以上人口	4,950,310	5,164,772	5,379,622
高齢化率 (%)	14.4	14.9	15.3

出典：Statistics Canada. CANSIM Table 051-0001 Estimates of population, by age group and sex for July 1, Canada, provinces and territories annual.

2) 栄養支援の体制

栄養支援サービスについての全国的な定義や基準は設けられていないが、カナダ栄養学会（Canadian Nutrition Society）では2010年8月に「カナダの病院における栄養ケアの調査（Nutrition Care in Canadian Hospitals: Study）」を開始している。この調査では8州の18病院から協力を得て、患者および医師を対象としたデータを収集している。現在は第二段階の結果が公表されている。調査に回答した831名の医師のうち、利用可能な資源として栄養支援チーム（Nutrition support team）をあげた者は48.9%であった（Duerksen et al., 2012）。

3) 長期ケア施設の体系と職員配置

国の統計におけるケア施設（residential care facility）の定義は4床以上で、各州の保健または社会サービス部門が認可した施設とされているが、認可基準は前述の通り州によって異なる。統計上、大まかには高齢者施設と精神障害者施設とに分けられる。

高齢者施設には高齢者ホーム（home for the aged）、ナーシングホーム（nursing home）、高齢者用住宅（lodge for senior citizen）、療養施設（rest home）などが含まれる。高齢者向け住宅や集合住宅でも、ケアを提供していないものは高齢者施設の統計には含まれていない。

精神障害者施設には精神疾患による障害や精神発達遅滞を有する者、情緒障害をもつ子ども、薬物やアルコールの問題を有する者を対象としたものが含まれる。

それ以外のケア施設には、身体障害者や非行少年、短期滞在者のための施設がある。

以上のケア施設には該当しないが、ケア付き住宅として、民間の高齢者向け住宅 (seniors' housing) があげられる。

図表 2-2-2 ケア施設の数

		年				
		1984	1990	2000	2005	2009
高齢者ホーム	施設数	2,092	2,200	1,946	2,086	2,136
	床数	155,587	168,012	176,264	206,170	215,313
精神障害者施設	施設数	2,224	2,505	1,995	1,915	2,202
	床数	61,249	56,235	35,801	36,992	40,258
その他	施設数	436	678	316	290	295
	床数	11,567	15,480	9,244	9,163	9,649

出典：Statistics Canada. CANSIM Table 107-5501 Residential care facilities, by ownership, principal characteristic of predominant group of residents and size of facility, Canada, provinces and territories.

図表 2-2-3 ケア施設の常勤換算職員数

	年				
	1984	1990	2000	2005	2009
高齢者ホーム	84,632	112,903	137,001	171,429	186,110
精神障害者施設	25,065	25,891	15,942	18,788	22,314
その他	88	191	95	42	0

出典：Statistics Canada. CANSIM Table 107-5505 Full-time equivalent personnel in residential care facilities, by principal characteristic of the predominant group of residents and size of facility, Canada, provinces and territories.

図表 2-2-4 ナーシングホーム・長期ケア施設に勤務する看護師数

	年					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
登録看護師	27,111	26,309	25,432	24,891	25,410	25,631
特定看護師	32	38	41	61	62	69
准看護師	27,477	27,764	28,055	29,295	30,614	32,273
登録精神科看護師	1,053	996	971	909	842	858

出典：Canadian Institute for Health Information. Nursing Data Tables 2007-2011.; Nursing Tables 2008-2012.

図表 2-2-5 ナーシングホーム・高齢者ホームに勤務する医師数

	2007年			2010年		
	調査対象	回答者	割合	調査対象	回答者	割合
家庭医/GP	30,393名	10,270名	22.1%	34,565名	6,602名	17.4%
専門医	27,364名	8,969名	2.6%	31,818名	5,474名	1.8%

	2013年		
	調査対象	回答者	割合
家庭医/GP	27,195名	4,626名	18.7%
専門医	32,849名	5,861名	1.9%

出典：The College of Family Physicians of Canada, Canadian Medical Association, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. National Physician Survey.

図表 2-2-6 高齢者住宅の数

	2011年	2012年	2013年
住宅数	2,571	2,586	2,579
ユニット数	198,739	204,496	208,301
入居者数	195,262	202,091	205,112

出典：Canada Mortgage and Housing Corporation. Housing Market Information, Senior's Housing Report: Canada Highlights.

図表 2-2-7 共同住宅の居住者数(2011年国勢調査)

	合計	65歳以上
合計	613,110	393,095
保健医療関連施設	445,350	368,455
一般・専門病院	9,220	6,305
ナーシングホーム、慢性期・長期ケア病院	242,795	224,280
高齢者住宅	135,240	127,920
身体障害者グループホーム、治療施設	2,0280	4,125
精神・発達障害者グループホーム、治療施設	37,815	5,830

出典：Statistics Canada. 2011 Census of Canada: Topic-based tabulations, Selected Collective Dwelling and Population Characteristics (52) and Type of Collective Dwelling (17) for the Population in Collective Dwellings of Canada, Provinces and Territories, 2011 Census.

4) 長期ケア施設等における看取りの実施状況

カナダでは死亡場所を病院とそれ以外とに分けており、長期ケア施設の占める割合は明らかではないが、病院の割合は70%前後で推移している。ただし2007年以降は集計項目が変更されているため、2006年以前との比較には注意を要する。

一方、カナダ保健情報機構（Canadian Institute for Health Information）の調査によれば、施設ケアから退居した者の約50%は死亡によるものであり、病院への入院は20%前後となっている。

図表 2-2-8 死亡場所の分布

		年				
		1991	1995	2000	2005	2009
病院	N	150,535	156,952	157,089	137,308	157,921
	%	77.0	74.5	72.0	59.7	66.2
自宅、長期ケア施設	N	44,027	44,138	52,580	62,483	80,407
	%	22.5	20.9	24.1	27.2	33.7
不明	N	1,007	9,643	8,393	30,341	90
	%	0.5	4.6	3.8	13.2	0.0

出典：Statistics Canada. CANSIM Table 102-0509 Deaths in hospital and elsewhere, Canada, provinces and territories, annual.

図表 2-2-9 施設ケアの退居者数(2008-2010 年)

	2008 年		2009 年		2010 年	
	N	%	N	%	N	%
合計	18,277	100.0	35,741	100.0	45,274	100.0
死亡退居	9,268	50.7	18,655	52.2	23,467	51.8
病院	3,821	20.9	6,683	18.7	8,191	51.8
入院急性期	3,301	18.1	5,640	15.8	6,925	15.3
入院継続ケア	200	1.1	445	1.2	492	1.1
入院リハビリ	96	0.5	154	0.4	312	0.7
救急サービス	63	0.3	94	0.3	131	0.3
入院精神科	161	0.9	350	1.0	331	0.7
施設ケア	1,610	8.8	4,210	11.8	6,031	13.3
24 時間看護	1,334	7.3	3,612	10.1	5,390	11.9
食事とケア	276	1.5	598	1.7	641	1.4
自宅	2,932	16.1	5,771	16.1	7,474	16.5
在宅ケア付き	596	3.3	1,279	3.6	1,537	3.4
在宅ケア無し	2,336	12.8	4,492	12.6	5,937	13.1
その他、不明	646	3.5	422	1.2	111	0.2

図表 2-2-10 施設ケアの退居者数(2011-2012年)

	2011年		2012年	
	N	%	N	%
合計	41,929	100.0	45,461	100.0
死亡退居	21,549	51.4	23,791	52.3
病院	11,000	26.2	8,244	18.1
入院急性期	9,759	23.3	7,132	15.7
入院継続ケア	484	1.2	399	0.9
入院リハビリ	269	0.6	237	0.5
救急サービス	195	0.5	164	0.4
入院精神科	293	0.7	312	0.7
施設ケア	5,506	13.1	5,639	12.4
24時間看護	4,982	11.9	5,035	11.1
食事とケア	524	1.2	604	1.3
自宅	3,773	9.0	7,711	17.0
在宅ケア付き	908	2.2	1,602	3.5
在宅ケア無し	2,865	6.8	6,109	13.4
その他、不明	101	0.2	76	0.2

出典：Canadian Institute for Health Information. CCRS Profile of Residents in Continuing Care Facilities.

5) 看取りにおける意思決定に関わる制度

カナダでは、自分の意思が表明できなくなったときの保健医療ケアに関する意向を事前に定める「事前ケア計画」について、全ての州が個別に法制化している

(Canadian Hospice Palliative Care Association, 2012)。そのため、規定されている内容は州によって異なる。例えば、いくつかの州では予め意思決定を代理する者を指定しておくことができるが、その名称は“substitute decision maker”であったり“proxy”であったりと、統一されていない。また事前指示として認証されているものも、オンタリオ州では“powers of attorney for personal care”、アルベルタ州では“personal directives”、ノヴァスコシア州では“written authorizations”などとなっている。

6) 長期ケア施設等における栄養支援の実施状況

カナダ保健情報機構では一部の州の病院患者や施設入居者等を対象に、臨床の状態像およびケアの質を測定する調査を毎年実施している。施設入居者・在宅ケア利用者に関しては MDS の入居者アセスメント (Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set, RAI-MDS 2.0) のカナダ版を使用しており、こうした MDS に基づく報告システムを CCRS (Continuing Care Reporting System) と称している。CCRS に参加している州はニューファンドランド・ラブラドール、ノバスコシア、オンタリオ、マニトバ、サスカチュワン、アルベルタ、ブリティッシュコロンビア、ユコンの 8 州である (Canadian Institute for Health Information, 2013)。CCRS の報告によると、施設ケア入居者における経管栄養の実施率は 1%前後、在宅ケア利用者では 1-2%で推移している。

図表 2-2-11 在宅ケア利用者、施設ケア入居者の栄養状態、支援の実施状況

	年		
	2008	2009	2010
施設ケア入居者	57,296	120,824	148,260
低栄養状態にある	13,889 (24.2%)	27,608 (22.8%)	34,107 (23.0%)
言語療法を実施	116 (0.2%)	340 (0.3%)	441 (0.3%)
経管栄養を実施	718 (1.3%)	1,463 (1.2%)	1,887 (1.3%)
在宅ケア利用者	149,492	152,297	153,867
言語療法を実施	718 (0.5%)	745 (0.5%)	789 (0.5%)
経管栄養を実施	1,363 (0.9%)	1,408 (0.9%)	1,559 (1.0%)

	年	
	2011	2012
施設ケア入居者	138,147	135,333
低栄養状態	31,597 (22.9%)	31,504 (23.3%)
言語療法実施	489 (0.4%)	492 (0.4%)
経管栄養実施	1,598(1.2%)	1,654 (1.2%)
在宅ケア利用者	168,276	172,998
言語療法実施	966 (0.6%)	1,033 (0.6%)
経管栄養実施	1,559 (1.0%)	1,715 (1.0%)

出典：Canadian Institute for Health Information. CCRS Profile of Residents in Continuing Care Facilities; HCERS Profile of Clients in Home Care.

7) 高齢者の摂食・嚥下機能障害に関するガイドラインの概要と特徴

①カナダ全国

「カナダの脳卒中ケアの最良な実践に関する推奨」

Canadian best practice recommendations for stroke care

カナダ脳卒中ネットワーク（Canadian Stroke Network）が2006年に公表した推奨である。2008年に更新された。推奨内容は（1）一般の認識の向上と患者教育、（2）脳卒中の予防、（3）超急性期の脳卒中のマネジメント、（4）急性期の入院患者への脳卒中ケア、（5）脳卒中リハビリテーション、（6）脳卒中マネジメントにおける特定の問題、の6領域にわたる。「4.2 脳卒中の急性期患者への入院ケア」における「4.2e 栄養」では、患者の経口摂取が難しい場合、入院から7日以内の経管栄養を考慮することが推奨されている。また経管栄養の決断は多職種チーム、患者本人、介護者および家族との共同でなされるべきとされている。

「ケアのガイドライン: ケアホームで生活している認知症の人に対する本人中心のケア」

Guidelines for Care: Person-centred care of people with dementia living in care homes

カナダのアルツハイマー病協会（Alzheimer Society of Canada）が2011年1月に公表した、介護施設における認知症ケアのガイドラインである。2012年12月には同プロジェクトの延長で「本人中心の言葉（Person-centred language）」が発表されている。2011年のガイドラインでは終末期ケアにおける疼痛管理、医療の実施に関する意思決定、スピリチュアルケアといった内容に言及している。「医療の実施に関する意思決定」では、アルツハイマー病の終末期に経管栄養を実施した場合の延命効果は証明されておらず、感染や不快さをもたらす可能性があるとされている。しかし予め実施期間を定めたいうで検討されることもある。点滴による水分補給も、本人の身体的な負担を増す可能性があり、実施を検討する際は期間を限ったうで特定の目標を定めて行われるべきである。

②アルベルタ州

「栄養ガイドライン」

Nutrition Guideline

アルベルタ州政府は 2012 年に、看護師・医師その他の保健医療専門職を対象とした「栄養ガイドライン (Nutrition Guideline)」を公表した。一次医療 (Primary Care)、妊婦、子どもと青年期、高齢者、乳幼児といった対象層ごとに分けて推奨事項を示している。「5.2.1 嚥下機能障害 (Dysphagia)」においては、嚥下機能障害のある者に対する栄養支援として食感を調整した食事 (texture modified diet) を推奨している。食感を調整した食事の種類として、嚥下機能障害のためのソフト食 (Dysphagia Soft)、刻み食 (Minced)、裏ごしした (ピューレ) 食事 (Pureed)、ピューレ状のパン (Pureed Bread Products) があげられている。ただし、これらの硬さが異なる食事を一緒に摂らないこと (No Mixed Consistencies) も注意事項として記載されている。例えばスープと穀類や野菜または肉、シリアルと牛乳といった組み合わせは、飲み込みを困難にする恐れがある。これらの食感を調整した食事に加えて、流動食 (thick fluids) の提供も勧められている。

③ブリティッシュコロンビア州

「高齢者が健康に食べること」

Healthy Eating for Seniors

ブリティッシュコロンビア州政府の保健省 (Ministry of Health Services) が 2007 年に公表した高齢者および栄養士向けのガイドラインである。「5. 慢性疾患がある状況で適切に食べることは」との章で、アルツハイマー病や嚥下機能障害がある場合の食事支援について言及されている。アルツハイマー病がある人は食事をうまく噛めなくなったり、噛むということを忘れてしまっていたりすることがある。アルツハイマー病がある入居者への食事支援としては、以下のことがあげられている：定期的な食事の時間を設定する、本人にとって馴染みのある食事を出す、一回につきひとつの食事を提供する (一度にたくさん食べさせようとしない)、食事の間は邪魔になるものを避ける (テレビやラジオを消す、お喋りをしすぎない)、食べ物は小さく切って分けるか指でつかめる形のものを用意する、コーヒーやお茶は 1 日 1 杯までにする、アルコール類は 1 日 1 回までにする。

④ニューブランズウィック州

「成人の居住施設における標準と手順」

Standards and Procedures for Adult Residential Facilities

2012年に社会開発省（Department of Social Development）がケア施設の基準として発表した。「第5章 入居者へのケア」の「5.8 栄養サービス」と「付録G：栄養」において、摂食の問題がある入居者への対応方法が述べられている。付録の「3 特別な栄養ケアを要する状態」において、アルツハイマー病を有する入居者の栄養ケアの推奨として5項目があげられている：（1）毎月の体重の確認、（2）適切な食事量の確保、（3）食事行動がコントロールできないときや体重増加が続く場合は医師にその問題を知らせる、（4）食事の時間における適切な監督と支援の提供、（5）食べることを繰り返し拒否する入居者に対し、食事の頻度を増やして1回分の量は少なくする、本人の好きな食べ物を間食として提供する、食事の種類や食べる場所や一緒に食べる人・介助者を変えてみるなどの試み。

文献

Alberta Health Services. Nutrition Guideline: Dysphagia. December 2012. Available from: <http://www.albertahealthservices.ca/hp/if-hp-ed-cdm-ns-5-2-1-dysphagia.pdf>

Alzheimer Society of Canada. Guidelines for Care: Person-centred care of people with dementia living in care homes. Available from: http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Culture-change/culture_change_framework_e.ashx

Canada Mortgage and Housing Corporation. Housing Market Information, Senior's Housing Report: Canada Highlights 2011. Available from: http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/65991/65991_2011_A01.pdf?fr=1372746696797

Canada Mortgage and Housing Corporation. Housing Market Information, Senior's Housing Report: Canada Highlights 2012. Available from: http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/65991/65991_2012_A01.pdf?fr=1372746696797

Canada Mortgage and Housing Corporation. Housing Market Information, Senior's Housing Report: Canada Highlights 2013. Available from: http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/65991/65991_2013_A01.pdf?fr=1372746696797

Canadian Institute for Health Information. CCRS Profile of Residents in Continuing Care Facilities 2007-2008. Available from: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/xls/internet/CCRS_QUICKSTATS_07-08_EN

Canadian Institute for Health Information. CCRS Profile of Residents in Continuing Care Facilities 2008-2009. Available from: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/xls/internet/ccrs_quickstats_08-09_EN

Canadian Institute for Health Information. CCRS Profile of Residents in Continuing Care Facilities 2009-2010. Available from: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/xls/internet/STAT_PROFILE_RES_9-10_EN.XLS

Canadian Institute for Health Information. CCRS Profile of Residents in Continuing Care Facilities 2010-2011. Available from: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/xls/internet/STAT_PROFILE_RES_10-11_EN

Canadian Institute for Health Information. CCRS Profile of Residents in Continuing Care Facilities 2011-2012. Available from: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/xls/internet/STAT_PROFILE_RES_11-12_EN

Canadian Institute for Health Information. CCRS Profile of Residents in Continuing Care Facilities 2012-2013. Available from: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/xls/internet/STAT_PROFILE_RES_12-13_EN

Canadian Institute for Health Information. HCRS Profile of Clients in Home Care 2007-2008. Available from: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/xls/internet/STAT_PROFILE_HC_07-08_EN.XLS

Canadian Institute for Health Information. HCRS Profile of Clients in Home Care 2008-2009. Available from: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/xls/internet/STAT_PROFILE_HC_08_09_EN.XLS

Canadian Institute for Health Information. HCRS Profile of Clients in Home Care 2009-2010. Available from: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/xls/internet/STAT_PROFILE_HC_09-10_EN.XLS

Canadian Institute for Health Information. HCRS Profile of Clients in Home Care 2010-2011. Available from: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/xls/internet/HCRS_Quickstats_2010-2011_en

Canadian Institute for Health Information. HCRS Profile of Clients in Home Care 2011-2012. Available from: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/xls/internet/HCRS_Quickstats_2011-2012_en

Canadian Institute for Health Information. HCRS Profile of Clients in Home Care 2012-2013. Available from: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/xls/internet/HCRS_Quickstats_2012-2013_en

Canadian Institute for Health Information. Nursing Data Tables 2007-2011. Available from: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/xlsx/internet/STATS_NURSING_2011_DT_EN

Canadian Institute for Health Information. Nursing Data Tables 2008-2012. Available from: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/xlsx/internet/STATS_NURSING_2012_DT_EN

Canadian Institute for Health Information. When a nursing home is home: how do Canadian nursing homes measure up on quality? January 2013. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/CCRS_QualityinLongTermCare_EN.pdf

Canadian Hospice Palliative Care Association. Advance Care Planning in Canada: National Framework. January 2012. Available from: <http://www.advancecareplanning.ca/media/40158/acp%20framework%202012%20eng.pdf>

Department of Social Development. Standards and Procedures for Adult Residential Facilities. April 2012. Available from: <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/Standards/AdultResidential-e.pdf>

Duerksen D, Keller HH, Allard J, Bernier P, Gramlich L, Jeejeebhoy K, Laporte M, Payette H. Physicians' perceptions on nutrition care process in Canadian hospitals: an update. 2012. Available from: http://nutritioncareincanada.ca/files/CMTF_PhysicianSurveyPoster_May2012.pdf

Lindsay P, Bayley M, Hellings C, Hill M, Woodbury E, Phillips S. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care: Summary. CMAJ 2008;179(12):S1-S25.

Ministry of Health, the British Columbia. Healthy Eating for Seniors. 2007. Available from: http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/topic/2038E757D68E49D5DC8C3CD0061E8E1B/pdf/hefs_english.pdf

National Physician Survey. 2007 National Results by FP/GP or Other Specialist, Sex, Age, and All Physicians. Available from: http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2012/08/NPS.2007.National.Results.Binder.Final_.pdf

National Physician Survey. 2010 National Results by FP/GP or Other Specialist, Sex, Age, and All Physicians. Available from: <http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2012/07/2010-National-Q4a.pdf>

National Physician Survey 2013. National Results by FP/GP or Other Specialist, Sex, Age, and All Physicians. Available from: <http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2013/08/2013-National-EN-Q17a.pdf>

Statistics Canada. 2011 Census of Canada: Topic-based tabulations, Selected Collective Dwelling and Population Characteristics (52) and Type of Collective Dwelling (17) for the Population in Collective Dwellings of Canada, Provinces and Territories, 2011 Census. Available from: <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/tbt-tt/Rp-eng.cfm?LANG=E&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&PID=102239&PRID=0&PTYPE=101955&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2011&THEME=91&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=>

Statistics Canada. CANSIM Table 051-0001 Estimates of population, by age group and sex for July 1, Canada, provinces and territories annual. Available from:
<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=eng&p2=33&id=0510001>

Statistics Canada. CANSIM Table 102-0509 Deaths in hospital and elsewhere, Canada, provinces and territories, annual. Available from: <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=eng&p2=33&id=1020509>

Statistics Canada. CANSIM Table 107-5501 Residential care facilities, by ownership, principal characteristic of predominant group of residents and size of facility, Canada, provinces and territories. Available from:
<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&retrLang=eng&id=1075501&pattern=107-5501%2C107-5510%2C107-5502%2C107-5511%2C107-5503%2C107-5512%2C107-5504%2C107-5505%2C107-5506%2C107-5507%2C107-5508%2C107-5509&tabMode=dataTable&srchLan=-1&p1=-1&p2=-1>

Statistics Canada. CANSIM Table 107-5505 Full-time equivalent personnel in residential care facilities, by principal characteristic of the predominant group of residents and size of facility, Canada, provinces and territories. Available from:
<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&retrLang=eng&id=1075505&pattern=107-5501%2C107-5510%2C107-5502%2C107-5511%2C107-5503%2C107-5512%2C107-5504%2C107-5505%2C107-5506%2C107-5507%2C107-5508%2C107-5509&tabMode=dataTable&srchLan=-1&p1=-1&p2=-1>

第2節 欧州

欧州では1997年に、各国の在宅における静脈栄養の利用者の発生率と有病率を算出した研究が実施されている。人口100万あたりの有病率は0.65-12.7と、国によって大きく異なっている。

図表 2-3-1 欧州における静脈栄養の利用状況

人口 100 万あたり	発生率	有病率
オランダ	3.0	3.7
フランス	2.9	3.6
デンマーク	2.8	12.7
ベルギー	2.6	3.0
英国	1.2	3.7
スペイン	0.7	0.65
ポーランド	0.36	1.1

出典：Bakker H, Bozzetti F, Staun M, Leon-Sanz M, Hebuterne X, Pertkiewicz M, Shaffer J, Thul P. Home parenteral nutrition in adults: a european multicentre survey in 1997. ESPEN-Home Artificial Nutrition Working Group. *Clinical Nutrition* 1999;18(3):135-140.

「ESPEN の経腸栄養ガイドライン: 老年医学」

ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics

欧州臨床栄養代謝学会が学術誌で公表したガイドラインである。「2.7 経腸栄養は認知症の人に処方されるか」という項目では、認知症の程度により推奨されるか否かが異なるとされている。初期から中程度の段階の認知症では、低栄養の予防のために経管栄養を行うことは推奨されるが、認知症の終末期にある患者に対しては推奨されない。

「ESPEN の静脈栄養ガイドライン: 老年医学」

ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Geriatrics

欧州臨床栄養代謝学会が2009年に学術誌で公表したガイドラインである。「12. 終末期の、認知症または死にゆく高齢者に人工的な栄養補給や水分管理を行うことの倫

理的な問題はあるか」という項目で、静脈栄養は基本的なケアというよりは医学的治療と考えられるべきとされている。この段階では快適さが最も高い優先順位にあり、栄養支援はその他の緩和的な治療に沿って行われるべきとされている。

「ESPEN の静脈栄養ガイドライン:成人患者の在宅静脈栄養」

EPSEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Home Parenteral Nutrition (HPN) in adult patients

欧州臨床栄養代謝学会が 2009 年に学術誌で公表したガイドラインである。「9.在宅静脈栄養における生活の質」という項目で、在宅での静脈栄養の実施は患者の QOL に良い影響と悪い影響の両方を与える可能性があることが指摘されている。QOL に悪い影響が出る可能性がある条件として、患者が 55 歳以上であること、腸間膜血管の疾患や膵臓疾患、吸収不良、全身性硬化症、人工肛門、麻酔薬の使用があげられている。

このガイドラインでは「2.在宅静脈栄養の栄養支援チーム」において、栄養支援体制についても推奨事項を示している。栄養支援チームの中核となる専門職は医師、特定栄養看護師 (nutrition nurse specialist)、主任栄養士および主任臨床薬剤師とされている。通常、栄養支援チームは医療機関の特定の科 (消化器科や外科) に併設されている。

「認知症の人の終末期ケア」

End-of-life care for people with dementia

欧州アルツハイマー病協会 (Alzheimer Europe) が 2008 年に公表した立場表明および推奨事項である (有償配布)。「栄養摂取と嚥下の問題」において、認知症の終末期にある患者に対し、人工的な水分や栄養補給のための経管栄養 (胃ろうを含む) を行うことによる低栄養、感染、じょく創や誤嚥性肺炎の予防効果はないとされている。したがって、認知症の終末期にある患者に対し、経管栄養が処方されるべきではない。

文献

Alzheimer Europe. Alzheimer Europe Report: "End-of-life care for people with dementia". Available from: <http://www.alzheimer-europe.org/Ethics/Ethical-issues-in-practice/End-of-Life-care-for-people-with-dementia/Our-position-and-guidelines-on-End-of-life-care?#fragment-5>

Bakker H, Bozzetti F, Staun M, Leon-Sanz M, Hebuterne X, Pertkiewicz M, Shaffer J, Thul P. Home parenteral nutrition in adults: a european multicentre survey in 1997. ESPEN-Home Artificial Nutrition Working Group. *Clinical Nutrition* 1999;18(3):135-140.

Sobotka L, Schneider SM, Berner YN, Cederholm T, Krznaric Z, Shenkin A, Stanga Z, Toigo G, Vandewoude M, Volkert D; ESPEN. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: geriatrics. *Clinical Nutrition* 2009;28(4):461-466.

Staun M, Pironi L, Bozzetti F, Baxter J, Forbes A, Joly F, Jeppesen P, Moreno J, Hébuterne X, Pertkiewicz M, Mühlebach S, Shenkin A, Van Gossum A; ESPEN. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: home parenteral nutrition (HPN) in adult patients. *Clinical Nutrition* 2009;28(4):467-479.

Volkert D, Berner YN, Berry E, Cederholm T, Coti Bertrand P, Milne A, Palmblad J, Schneider S, Sobotka L, Stanga Z; DGEM (German Society for Nutritional Medicine), Lenzen-Grossimlinghaus R, Krys U, Pirlich M, Herbst B, Schütz T, Schröer W, Weinrebe W, Ockenga J, Lochs H; ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clinical Nutrition* 2006;25(2):330-360.

1. 英国

英国はイングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドの4か国からなる連合王国である。それぞれの国で保健医療サービスや社会サービスの制度に一部違いがあり、長期ケアに関する統計も国ごとに項目が異なっている。

1) 高齢化率

① イングランド (千人)

	6月30日				
	2000	2005	2010	2011	2012
総人口	49,233.3	50,606.0	52,642.5	53,107.2	53,493.7
65歳以上人口	7,783.4	8,028.0	8,563.7	8,729.7	9,056.5
高齢化率 (%)	15.8	15.9	16.3	16.4	16.9

出典：Office for National Statistics. Annual Mid-year Population Estimates for England and Wales

② ウェールズ

	6月30日				
	2001	2005	2010	2011	2012
総人口	2,910,232	2,969,309	3,049,971	3,063,758	3,074,067
65歳以上人口	506,041	519,336	557,255	566,393	585,878
高齢化率 (%)	17.4	17.5	18.3	18.5	19.1

出典：Stats Wales. National-level population estimates for Wales by age and year.

③ スコットランド

	6月30日				
	2000	2005	2010	2011	2012
総人口	5,062,940	5,094,800	5,222,100	5,254,800	5,313,600
65歳以上人口	799,485	833,094	879,492	892,387	925,751
高齢化率 (%)	15.8	16.4	16.8	17.0	17.4

出典：General Register Office for Scotland. Mid-year Population Estimates; Scotland by quinary age and sex: 1911 to 2012.

④北アイルランド

	6月30日				
	2001	2005	2010	2011	2012
総人口	1,688,800	1,727,700	1,804,800	1,814,300	1,823,600
65歳以上人口	224,100	234,900	259,600	265,800	272,800
高齢化率 (%)	13.3	13.6	14.4	14.6	15.0

出典：Northern Ireland Statistics and Research Agency. Population and Migration Estimates Northern Ireland (2012) – Statistical Report.

2) 栄養支援の体制

英国静脈経腸栄養協会（British Association for Parenteral and Enteral Nutrition, BAPEN）は、2007年に「病院における食事栄養支援の組織（Organisation of Food and Nutritional Support in Hospitals）」を発表し、病院における栄養支援の体制のガイドラインを提示した。これは1994年の「病院における栄養支援の組織（Organisation of Nutrition Support within Hospitals）」を出発点として、国民保健サービス（National Health Service）の構造改革をふまえ、改訂したものである。病院における食事栄養支援の中核となる活動目的には、入院中の食事と栄養のみならず、退院計画および地域や外来での栄養ケアを継続することが含まれている。

BAPENのガイドラインにおいて、全ての入院患者に対するスクリーニングは病棟看護師と医療チームが行うが、経口栄養の補助や経腸栄養については栄養士が、静脈栄養を実施する患者については栄養支援チーム（nutrition support team）が責任を負うとされている。栄養支援チームは最低限、医師、特定栄養看護師、栄養士、薬剤師がいなければならない。とくに在宅静脈栄養の支援において専門家としての役割を担う。栄養支援チームの焦点は人工栄養の安全な提供にあるが、より広い観点で、教育的な支援を職員に提供する（British Association for Parenteral and Enteral Nutrition, 2007）。

3) 長期ケア施設の体系と職員配置

英国の長期ケア施設は、公的な社会サービスにおける成人対象の施設ケア（adult social residential care）として位置づけられているケアホーム（care home）が主となっている。ケアホーム（care home）は身体介助を中心としたレジデンシャルホーム（residential home）と、それらに加えて看護ケアを提供するナーシングホーム（nursing home）とに分けられる。

また社会サービス対象の施設ケアの中には、障害者を対象とした成人矯正施設（adult placement）もある。

社会サービスの施設ケアとは別に、保護付き住宅（sheltered housing）、特別ケア付き保護住宅（extra care/very sheltered housing）、日本の認知症グループホームにあたる支援付住居（supported living）などのケア付き住居がある。これらは、統計上は自宅として扱われている。

①イングランド

イングランドにおいて、公的な社会サービスを提供するケアホームはCQC（Care Quality Commission）に登録する必要がある。CQC登録施設のうち、レジデンシャルホームの職員の中で登録看護師が占める割合は0.5%であるのに対し、ナーシングホームは17.0%となっており、両者では看護職員の配置状況が大きく異なる（Skills for Care, 2010）。

図表 2-3-2 成人を対象とした長期ケア施設の利用者数

	3月31日					
	2001	2005	2010	2011	2012	2013
レジデンシャルホーム	142,070	161,290	166,755	162,365	162,575	158,175
自治体立	42,300	27,820	17,975	16,070	13,275	10,950
民間	--	--	148,780	146,290	149,300	147,220
ナーシングホーム	71,845	74,040	58,805	57,240	57,150	56,390
成人矯正	--	--	4,210	4,310	4,725	4,895
その他	5,590	4,085	--	--	--	--

出典：The Information Centre for Health and Social Care. National Adult Social Care Intelligence Service (NASICIS) – ASC-CAR S1 Number of residents supported by your local authority in residential care, nursing care and adult placements as at 31 March, by type of residence, primary client type and age group.

図表 2-3-3 成人を対象とした民間ケアホームの職員数(2009年9月)

	CQC 登録		CQC 未登録	
	レジデンシャル	ナーシング	レジデンシャル	ナーシング
管理・監督	31,550	13,720	10,460	2,510
専門職	2,390	39,890	1,930	12,830
登録看護師	1,400	38,900	1,540	12,110
直接ケア支援	198,820	122,290	48,810	39,340
高齢者介護士	34,900	14,320	4,650	2,650
介護士	158,330	105,040	37,170	35,880
サポートワーカー	2,090	510	2,600	
その他の役割	45,790	52,650	10,260	1,990
管理・事務	5,080	5,540	2,570	1,430
補助	35,990	43,380	5,250	
合計	278,520	228,540	71,460	56,670

出典：Skills for Care. State of the Adult Social Care Workforce in England, 2010.

図表 2-3-4 ケア付き住宅の数

	2005年4月20日	2008年8月31日
住宅数	711	962
ユニット数	26,279	41,185

出典：Elderly Accommodation Counsel. Statistics on 'Extra Care' Sheltered Housing in England.; Statistics on Housing with Care in England.

②ウェールズ

社会サービスのケアホーム以外にも、ケア付き住宅に類するものとして、自治体 (local authority) や住宅協会 (housing association) が高齢者や障害者向け住宅を提供している。高齢者向け住宅には支援付き住宅 (supported housing)、保護付住宅 (sheltered housing) がある。障害者向けには一般のニーズに対応した住宅 (general needs) がある。

図表 2-3-5 成人を対象とした長期ケア施設の数

		2011年			
		3月	6月	9月	12月
高齢者向け ケアホーム	施設数	704	703	702	698
	定員数	23,340	23,352	23,318	23,191
障害者向け ケアホーム	施設数	463	464	474	475
	定員数	3,302	3,308	3,418	3,441
成人矯正	施設数	13	13	13	13

		2012年			
		3月	6月	9月	12月
高齢者向け ケアホーム	施設数	694	691	686	686
	定員数	23,199	23,205	23,098	23,169
障害者向け ケアホーム	施設数	470	471	469	462
	定員数	3,403	3,422	3,409	3,383
成人矯正	施設数	12	12	12	12

		2013年		
		3月	6月	9月
高齢者向け ケアホーム	施設数	684	681	677
	定員数	23,050	22,962	22,934
障害者向け ケアホーム	施設数	459	456	458
	定員数	3,410	3,357	3,401
成人矯正	施設数	12	11	11

出典：StatsWales. Settings and places regulated by CSSIW by setting type.

図表 2-3-6 高齢者および精神障害をもつ高齢者への施設サービス(RSEEMIP)の職員数

	3月31日				
	2005	2010	2011	2012	2013
管理者	136	119	113	103	95
副管理者	171	111	100	77	96
他の管理職	157	186	166	152	159
ケア職員	2,761	2,708	2,584	2,208	2,193
ソーシャルワーカー	0	--	--	--	--
ソーシャルワーク研修生	1	--	--	--	--
その他	1,264	1,323	1,219	1,066	1,008

民間セクターの職員は含まれていない。

出典：StatsWales. Staff of local authority social services departments by local authority and post title.

図表 2-3-7 ケア付き住宅の定員数

	3月31日				
	2009	2010	2011	2012	2013
障害など一般のニーズに対応	190,199	190,027	190,604	189,004	189,161
支援付き住宅	27,225	28,297	28,873	31,307	31,055
保護付き住宅	--	--	--	27,784	27,360
その他	--	--	--	3,523	3,695
特別ケア付き住宅	743	972	1,219	1,484	1,579
合計	218,617	219,296	220,696	221,795	221,795

出典：StatsWales. Self contained stock at social rent by year, provider type and accommodation type.

③スコットランド

スコットランドにおいて、公的な社会サービスを提供するケアホームは Care Inspectorate に登録する必要がある。

ケア付き住宅に類するものとして、自治体や住宅協会が高齢者や障害者向け住宅を提供している。高齢者向け住宅には特別保護付住宅（very sheltered housing）、保護付住宅（sheltered housing）、保護付車椅子用住宅（sheltered wheelchair housing）、アメ

ニティ住宅（amenity housing）、アラーム付住宅（community alarm）がある。障害者向けには車椅子用住宅（wheelchair housing）、身体障害者向け住宅（ambulant disabled housing）、その他の特別な適用住宅（other specially adapted housing）といった種類がある。

図表 2-3-8 成人を対象としたケアホームの施設数

		3月31日					
		2000	2005	2010	2011	2012	2013
高齢者 向け	施設数	1,059	975	943	920	916	911
	定員数	39,178	38,259	39,150	38,341	38,465	38,508
	民間	27,969	27,981	29,759	29,998	30,111	29,993
	ボランティア	4,779	4,525	4,179	3,502	3,532	3,713
障害者 向け	施設数	39	46	44	43	45	44
	定員数	823	548	621	630	644	669
精神保健 問題	施設数	125	99	82	80	74	71
	定員数	1,252	1,276	1,182	1,123	1,086	1,135
知的 障害者	施設数	380	329	277	264	249	233
	定員数	3,598	2,860	2,573	2,431	2,302	2,125
その他	施設数	66	49	29	22	23	23
	定員数	860	620	361	285	310	318

出典：ISD Scotland. Scottish Care Home Census, March 2000 - March 2013 tables.

図表 2-3-9 社会サービスに従事するNHSの常勤換算職員数

	2011年	2012年			
	12月	3月	6月	9月	12月
合計	929.4	923.2	902.0	896.2	893.2
牧師	65.3	65	67.8	67.2	66.5
健康増進	856.1	850.1	826.2	821.9	816.9
性に関する健康	--	--	--	--	--
ソーシャルワーク	6.7	6.7	6.6	5.6	5.6
上記に特定されない	1.4	1.4	1.4	1.5	4.2

出典：ISD Scotland. NHS Scotland Workforce, Other Therapeutic Staff and Personal Social Care.

	2013 年		
	3 月	6 月	9 月
合計	906.3	897.8	909.3
牧師	66.3	65.4	67.7
健康増進	827.3	815.3	819.5
性に関する健康	--	--	--
ソーシャルワーク	9.1	17.1	22.1
上記に特定されない	3.6	--	--

出典：ISD Scotland. NHS Scotland Workforce, Other Therapeutic Staff and Personal Social Care.

図表 2-3-10 ケア付き住宅のユニット数

	年						
	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013
高齢者向け住宅							
特別な保護付	0	1,822	3,893	5,320	5,542	5,440	5,482
保護付	0	34,615	33,212	32,993	31,921	31,474	31,204
うち車椅子用	0	1,488	919	1,803	2,375	2,093	2,131
中程度のケア	0	16,674	13,413	12,795	15,342	14,370	15,034
アラーム付	0	37,968	31,029	29,072	27,797	27,245	27,093
障害者向け住宅							
車椅子用	0	3,551	4,678	6,342	6,934	7,097	7,471
身体障害者用	0	14,868	14,439	22,151	23,772	25,185	24,912
その他の適用	0	6,047	4,748	8,504	10,623	10,847	8,794

出典：The Scottish Government. Housing Statistics for Scotland – Housing for older people, those with disabilities and those with supported tenancies.

④北アイルランド

北アイルランドでは、英国内の他国とは異なり、保健医療サービスと社会サービスの双方をトラスト（Health and Social Care Trust）が提供している。

図表 2-3-11 成人を対象としたケアホームの施設数

		3月31日						
		1999	2000	2005	2010	2011	2012	2013
レジデンシャル	施設数	429	442	437	236	236	230	218
	定員数	7,027	6,853	6,556	6,011	5,992	5,491	5,347
ナーシング	施設数	270	268	205	253	260	267	268
	定員数	9,788	9,507	7,539	9,387	9,833	10,876	10,872

出典：Department of Health, Social Services and Public Safety. Statistics on Community Care for Adults in Northern Ireland.

図表 2-3-12 社会サービスの従事者の常勤換算職員数

	3月31日			
	2001	2005	2006	2007
主任管理者	64	64.8	73.2	46.2
管理者	182.4	212.1	221.7	143.4
主任ソーシャルワーカー／チームリーダー	454.8	486.3	475.9	345.6
主任プラクティショナー	11.0	177.7	210.8	164.0
ソーシャルワーカー	--	1691.3	--	--
資格あり	1,471.0	--	1,759.4	1,489.8
資格なし	165.0	--	230.3	164.0
リハビリ、感覚器障害	24.2	22.9	25.1	19.7
ソーシャルワーク補助	302.1	675.8	412.1	366.9
ケア職員（デイケア）	624.7	779.7	797.0	637.0
ケア職員（施設）	410.2	482.1	481.3	380.6
その他	--	6.0	9.6	9.6
合計	3,709.4	4,598.9	4,696.4	3,766.7

	3月31日					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
社会サービス（ホームヘルプ除く）	6,320.0	6,483.7	6,604.4	6,581.5	6,648.8	8,476.9
病院ソーシャルワーカー	110.3	124.3	114.4	115.5	118.8	123.8
高齢者ソーシャルワーカー	267.6	272.6	263.6	250.2	286.6	302.0
身体障害ソーシャルワーカー	166.9	205.0	205.9	194.6	184.0	188.6
児童家庭ソーシャルワーカー	1,340.1	1,535.9	1,600.6	1,631.6	1,727.2	1,743.7
知的障害ソーシャルワーカー	171.4	146.1	141.0	141.9	169.7	183.4
精神保健ソーシャルワーカー	158.0	244.1	262.4	269.3	278.7	289.7
訓練教育ソーシャルワーカー	10.0	61.4	62.2	72.2	68.5	67.0
地域発達ソーシャルワーカー	23.2	39.9	36.5	36.9	28.0	29.6
ソーシャルワーカーの管理・監督	299.6	426.3	412.3	415.2	338.2	307.7
その他のソーシャルワーカー	718.7	161.8	--	--	--	--
AYE ソーシャルワーカー	--	--	58.8	78.7	114.1	114.5
ソーシャルワーク研修生	--	--	160.0	147.4	97.0	58.0
社会ケア職員	2,999.8	3,297.2	3,287.9	3,228.0	3,238.2	3,245.5
ホームヘルプ	2,054.9	2,044.1	1,952.4	1,934.8	1,894.2	1,823.5
その他	27.5	--	--	--	--	--

AYE（Assessed Year in Employment）は 2010 年に新設されたソーシャルワーカーの資格である。

出典：Department of Health, Social Services and Public Safety. Northern Ireland Health and Social Care Workforce Census.

図表 2-3-13 長期の健康問題や障害を有する者向けの地域施設・住宅の入居者数(2011年)

	件数
地域施設・住宅数	1,143
入居者数	22,524
一般病院	168
精神保健病院	497
他のトラストが運営する施設	2,011
住宅協会	733
ケアホーム・ナーシング	7,682
ケアホーム・レジデンシャル	2,699
子ども向けのケアホーム	40
その他の医療・社会サービス施設	339
教育施設	4,742
その他の施設	3,613

出典：Census Office for Northern Ireland. Census 2011, Communal Establishment Residents and Long-Term Health Problem or Disability.

4) 長期ケア施設等における看取りの実施状況

イングランドとウェールズは、同じ項目を用いて死亡場所の分布の統計を公表している。2011年の医療機関が占める割合は50%強だが、2010年以降に項目が変更されており（地域施設や医療機関からケアホームが分離して単独の項目にまとめられた）、2009年以前との比較には注意を要する。ケアホームの占める割合は20%弱となっている。

スコットランドは死亡統計において死亡場所の分布を公表していない。その一方、死亡前6か月間を過ごした場所の統計を独自にとっており、それによれば死亡者の90%強は自宅または地域のケアホームで死亡前6か月間を過ごしている。また、2011年度にケアホームを退所した長期の高齢入居者のうち、78%は死亡退所によるものであり、18%は他のケアホームまたは病院に移動したものであった（ISD Scotland, 2012）。

北アイルランドでは、病院の占める割合は減少傾向にあり、2011年で50%弱である。ナーシングホームの割合は2011年で18%弱となっている。

①イングランド

図表 2-3-14 死亡場所の分布

		年					
		1998	2000	2005	2010	2011	2012
精神科以外の病院	N	335,087	328,865	324,571	245,570	230,850	228,959
	%	64.5	65.6	67.7	53.3	51.0	49.1
精神科病院	N	3,731	3,031	2,771	--	--	--
	%	0.7	0.6	0.6	--	--	--
ホスピス	N	22,732	22,309	22,698	24,651	25,490	26,691
	%	4.4	4.5	4.7	5.3	5.6	5.7
ケアホーム	N	--	--	--	85,112	88,082	98,363
	%	--	--	--	18.5	19.5	21.1
地域施設	N	42,865	39,661	31,992	1,465	1,381	1,541
	%	8.2	7.9	6.7	0.3	0.3	0.3
自宅	N	101,879	95,227	88,085	95,831	98,645	103,011
	%	19.6	19.0	18.4	20.8	21.8	22.1
民間住宅、その他	N	13,310	11,866	9,329	8,388	8,414	8,214
	%	2.6	2.4	1.9	1.8	1.9	1.8

出典：Office for National Statistics. Mortality Statistics: Deaths Registered in England and Wales.

②ウェールズ

図表 2-3-15 死亡場所の分布

		年					
		1998	2000	2005	2010	2011	2012
精神科以外の病院	N	22,850	22,769	22,630	18,683	17,799	18,078
	%	67.2	68.3	70.5	59.9	58.5	57.4
精神科病院	N	330	281	222	--	--	--
	%	1.0	0.8	0.7	--	--	--
ホスピス	N	517	560	831	938	830	775
	%	1.5	1.7	2.6	3.0	2.7	2.5
ケアホーム	N	--	--	--	4,146	4,247	4,738
	%	--	--	--	21.1	22.0	15.0
地域施設	N	2,273	2,160	1,655	169	153	168
	%	6.7	6.5	5.2	0.5	0.5	0.5
自宅	N	7,156	6,730	6,158	6,583	6,708	7,097
	%	21.1	20.2	19.2	21.1	22.0	22.5
民間住宅、その他	N	856	823	608	678	689	646
	%	2.5	2.5	1.9	2.2	2.3	2.1

出典：Office for National Statistics. Mortality Statistics: Deaths Registered in England and Wales.

③スコットランド

図表 2-3-16 死亡前6か月間を自宅または地域(ケアホーム)で過ごした割合

年齢層	年					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
0-54 歳	91.4	91.7	91.2	91.6	91.6	92.4
55-64 歳	90.2	90.6	90.9	90.5	90.8	91.0
65-74 歳	89.9	89.8	89.6	90.0	90.2	90.5
75-84 歳	89.8	89.8	89.6	89.9	90.0	90.4
85 歳以上	91.5	91.3	91.4	91.4	91.6	92.0
全年齢	90.5	90.5	90.4	90.5	90.7	91.2

外的な要因による死亡（交通事故やその他の事故、医療や外科処置の合併症による死亡）を除く。

出典：ISD Scotland. Percentage of End of Life Spent at Home or in a Community Setting.

図表 2-3-17 ケアホームの長期型高齢入居者の死亡退居者数

	3月31日					
	2004	2005	2010	2011	2012	
入居者数	33,278	32,770	32,685	32,545	32,555	31,752
年間の入居数	14,433	13,849	14,466	13,578	12,686	13,044
年間の退居数（死亡除く）	4,225	4,223	3,173	3,425	2,780	2,949
年間の死亡退居数	10,496	10,134	10,834	10,293	9,896	10,898

出典：ISD Scotland. Care Home Census 2013 Statistics on Adult Residents in Care Homes in Scotland.

④北アイルランド

図表 2-3-18 死亡場所の分布

		年				
		2001	2005	2010	2011	2012
病院	N	7,340	7,506	7,311	6,980	7,190
	%	50.6	52.8	50.6	49.1	48.7
ナーシングホーム	N	2,575	2,085	2,309	2,496	2,708
	%	17.7	14.7	16.0	17.6	18.4
その他	N	4,598	4,633	4,837	4,728	4,858
	%	31.7	32.6	33.5	33.3	32.9

出典：Northern Ireland Statistics & Research Agency. Registrar General Annual Report 2012, Deaths by place of death, 2001 to 2012.

5) 看取りにおける意思決定に関わる制度

2005年に成立した「(Mental Capacity Act)」では、意思決定能力が障害されている成人の代理者を指定する「永続的代理権 (lasting power of attorney, LPA / enduring power of attorney, EPA)」や、治療の拒否に関する事前指示 (advance decisions to refuse treatment) を定めている (Department for Constitutional Affairs, 2007)。2007年10月1日よりイングランドとウェールズで施行されている。従前の制度における EPA は財産管理を行うのに対し、LPA はそれらに加えて保健医療ケアや治療への同意といった個人の福祉に関することの決定権を有する点が異なる。

スコットランドでは各地域の NHS が個別に「事前ケア計画 (anticipatory care plan)」の内容を定めている。通常、事前ケア計画には代理権 (power of attorney) の指定が含まれている。意思決定能力が障害されている者に対しては、「意思決定能力の障害がある成人法 (Adults With Incapacity Act)」において、医学的治療を行う際の同意の取得に関する規定がある (Scottish Government, Health Delivery Directorate, Improvement and Support Team, 2010)。

北アイルランドでは、永続的代理権 (enduring power of attorney) はケア・擁護局 (Office of Care and Protection) に登録する制度となっている (Northern Ireland Court Service, 2007)。

6) 長期ケア施設等における栄養支援の実施状況

英国静脈経腸栄養協会の調査では、2007年から2010年にかけて、在宅またはケアホームで静脈栄養を利用している成人の点有病率は減少傾向にあった。

図表 2-3-19 在宅(ケアホームを含む)における成人の静脈栄養の点有病率

人口 100 万あたり	年	
	2007	2010
英国	14.5	10.02
イングランド	14.5	9.77
ウェールズ	16.1	12.83
スコットランド	7.5	7.65
北アイルランド	22.8	15.56

出典：British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. Annual BANS Report 2011. Artificial Nutrition Support in the UK 2000-2010.

また英国静脈経腸栄養協会の 2007 年の調査では、ケアホームで経腸栄養を利用して入居者の点有病率を算出している。病院外での経腸栄養実施として登録された成人は計 21,858 名であり、うちレジデンシャルホームが 2.6%を、ナーシングホームが 31.2%を占めていた (BAPEN, 2008)。2009 年にはレジデンシャルが 3.3%、ナーシングが 25.4%を占める計算になっている (BAPEN, 2010)。

図表 2-3-20 居所別にみた経腸栄養の利用状況

2007年 病院外での経腸栄養	自宅		レジデンシャル		ナーシング	
	N	%	N	%	N	%
新規事例（発生率）	3,545	68.4	77	1.5	1,503	29.0
点有病率	13,406	61.3	573	2.6	6,822	31.2

出典：British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. Annual BANS Report 2008: Artificial nutrition support in the UK, 2000-2007.

2009年 病院外での経腸栄養	合計	自宅	レジデンシャル	ナーシング
	N	%	%	%
16-64歳				
新規事例（発生率）	1,490	81.3	3.2	13.4
点有病率	2,079	75.1	4.6	17.9
65-75歳				
新規事例（発生率）	850	74.9	1.4	22.1
点有病率	946	73.5	1.3	23.7
75歳より上				
新規事例（発生率）	516	41.3	1.9	54.8
点有病率	621	43.4	1.9	53.2

出典：British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. Annual BANS Report 2010: Artificial nutrition support in the UK, 2000-2009.

なお、英国静脈経腸栄養協会は栄養ケアの原則として「食事が第一（food first）」を掲げている。これは食事の回数を増やす、食事の栄養価を高いものにする、本人の食欲を促す食事を提供するなどの介入を最初に行うことをさす。その次に経口栄養補助剤、経腸栄養、静脈栄養の順番で検討される。従って、この順に利用者も少なくなると想定されている。

イングランドでは2011年10月に、CQCがNHSの急性期トラスト100病院の高齢者ケア病棟を対象とした抜き打ち監査を行った。監査内容は高齢者ケアにおける尊厳と栄養に関するものであり、20病院が期待される基準を満たしていないと報告された。2012年には、他のNHSトラスト50か所とケアホーム500か所を対象に同様の監査が行われている。監査を受けたケアホームのうち、栄養に関する基準を満たしていたの

は413か所(83%)であった。ここでの栄養に関する基準とは、(1)個人が食事と飲みものを選べること、(2)利用者の宗教や文化的背景を尊重した食事が得られること、(3)必要な食事量を満たせるような支援が提供されていることをさしている。

(3)の食事支援を提供していたケアホームは430か所(86%)であった。その内容は福祉機器や装置の利用、食事のときの座位を保つ支援、食事介助が必要な者に(時間がかかるので)温かいものを先に提供する、栄養状態の定期的なアセスメントおよび必要時にはGPや栄養士や言語聴覚士の支援が得られる体制がある、などであった(Care Quality Commission, 2013)。

7)高齢者の摂食・嚥下機能障害に関するガイドラインの概要と特徴

①英国

「経口栄養の困難とジレンマ 実践のケア、とくに終末期に向けてのガイド」

Oral feeding difficulties and dilemmas: A guide to practical care, particularly towards the end of life

英国医師会(Royal College of Physicians)と英国消化器病学会(British Society of Gastroenterology)が2010年1月に共同で発表したガイドである。推奨事項の概要は8項目にまとめられている。多職種による栄養支援チームの体制で患者や家族を支援すること(推奨事項1)、飲み込みの障害があるとしても経口摂取の禁止は最後の手段であり最初にすべきではないこと(推奨事項5)、あくまで患者中心の決定を支援すべきであってケア職員や介護者の利便性で決めてはならないこと(推奨事項8)などが掲げられている。

「最期に至るまでの私の人生 認知症と共に良き死を迎える」

My life until the end: Dying well with dementia

英国のイングランド・ウェールズ・北アイルランドをカバーするアルツハイマー病協会(Alzheimer's Society)が2012年10月に発表した報告書である。エビデンスに基づいた認知症の人の終末期ケアに対する推奨事項を提示している。「3.5 治療の差し控えおよび中止」の項では、認知症の終末期における重要事項は生活の質であり、余命目的で人工的な栄養や水分の補給を行うことは必ずしも適切ではないという見解を示している。

②イングランド

「成人の栄養支援:経口栄養支援、経腸栄養および静脈栄養」

Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition (NICE CG 32)

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2013年4月より National Institute for Health and Care Excellence) が2006年2月に公表したガイドラインである。経腸栄養を開始する場合、嚥下機能障害のある患者に対しては(項目 1.7.10)、最初の2-4週間は経鼻栄養を試行したうえで決定するべきとされている。「4研究の推奨」において、認知症の初期から中程度の段階で嚥下機能障害が起きた場合の経管栄養の効果は明らかではなく、今後の研究で検証するべき課題としてあげている。

2013年8月に、このNICE CG 32に対するエビデンスの更新が行われた。「病院と地域における経腸経管栄養」という項目において、新しいエビデンスにより、認知症が進行した段階ではPEGを実施しても生命予後やQOLは向上しないことが示唆されたとしている。この示唆は従来のNICE CG32やNICE CG 42(認知症ケアのガイドライン)における推奨事項—できるだけ経口で摂取する—と一貫するものであった。

③ウェールズ

「嚥下の問題 知的障害を有する成人が嚥下機能障害のあるとき、より安全な実践を確保する」

Problems swallowing? Ensuring safer practice for adults with learning disabilities who have dysphagia

NHS National Patient Safety Agency が2007年7月に発行した、保健医療ケア提供者向けの資料である。嚥下機能障害のリスクのアセスメント、食事・水分補給・飲み込みのケア計画、食事の時間の援助といった支援の際の書式を提供している。

④スコットランド

「脳卒中患者の管理:嚥下機能障害の同定と管理」

Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia

NHS Quality Improvement Scotland の一部である、SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) が2010年6月に公表したガイドラインである。「6 栄養介入」の「6.2 経管栄養」において、脳卒中の後に嚥下機能障害が発生し経口摂取が難しい場合、

経管栄養として最初は経鼻栄養を試行し、その次に PEG を行うことが勧められている。しかし、PEG によって QOL が向上するというエビデンスはなく、PEG を実施しても患者の多くは介護者に依存した状態が継続するため、こうした負担について本人や介護者とよくカウンセリングを行うべきと指摘されている。

⑤北アイルランド

「良い栄養の推進: 北アイルランドのあらゆるケア環境における成人の良い栄養ケアのための戦略」

Promoting good nutrition: A strategy for good nutritional care for adults in all care settings in Northern Ireland

保健・社会サービス・公的安全省 (Department of Health, Social Services and Public Safety) が 2012 年 6 月 19 日に公表した栄養ケアに関する戦略である。保健医療サービスや社会サービスを利用する成人を対象とした 10 項目の行動計画をたてている。BAPEN が掲げる「食事が第一」のアプローチに則り (項目 3.16)、経口摂取による栄養支援を考慮する。経口摂取では栄養摂取が十分にできない、または安全が保障できない場合に、経腸栄養の実施を考慮する (項目 3.23)。経腸栄養が奏功しないときに、静脈栄養の実施を考慮する (項目 3.25)。

文献

Alzheimer's Society. My life until the end: Dying well with dementia. Available from:
http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=1537

British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. Annual BANS Report 2008: Artificial nutrition support in the UK, 2000–2007. Available from:
http://www.bapen.org.uk/pdfs/bans_reports/bans_report_08.pdf

British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. Annual BANS Report 2010: Artificial nutrition support in the UK, 2000–2009. Available from:
http://www.bapen.org.uk/pdfs/bans_reports/bans_report_10.pdf

British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. Annual BANS Report 2011. Artificial Nutrition Support in the UK 2000–2010. Available from:
http://www.bapen.org.uk/pdfs/bans_reports/bans_report_11.pdf

British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. Organisation of Food and Nutritional Support in Hospitals. Available from:
<http://www.bapen.org.uk/ofnsh/OrganizationOfNutritionalSupportWithinHospitals.pdf>

Care Quality Commission. Time to listen in care homes. Dignity and nutrition inspection programme 2012. Available from:

http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/media/documents/time_to_listen_-_care_homes_main_report_tag.pdf

Census Office for Northern Ireland. Census 2011, Communal Establishment Residents and Long-Term Health Problem or Disability. Available from:

[http://www.ninis2.nisra.gov.uk/Download/Census%202011_Excel/2011/Communal%20Establishment%20Residents%20and%20Long-Term%20Health%20Problem%20or%20Disability_KS407NI%20\(statistical%20geographies\).XLS](http://www.ninis2.nisra.gov.uk/Download/Census%202011_Excel/2011/Communal%20Establishment%20Residents%20and%20Long-Term%20Health%20Problem%20or%20Disability_KS407NI%20(statistical%20geographies).XLS)

Department for Constitutional Affairs. Mental Capacity Act 2005, Code of Practice. April 2007.

Available from: <http://www.justice.gov.uk/downloads/protecting-the-vulnerable/mca/mca-code-practice-0509.pdf>

Department of Health, Social Services and Public Safety. Community Statistics 1998/99. Available from: http://www.dhsspsni.gov.uk/comstats_99.pdf

Department of Health, Social Services and Public Safety. Community Statistics 1999/00. Available from: http://www.dhsspsni.gov.uk/comstats_00.pdf

Department of Health, Social Services and Public Safety. Community Statistics 2004/05. Available from: [http://www.dhsspsni.gov.uk/master_community_statistics_\(2004-05\).pdf](http://www.dhsspsni.gov.uk/master_community_statistics_(2004-05).pdf)

Department of Health, Social Services and Public Safety. Statistics on Community Care for Adults in Northern Ireland 2009-2010. Available from:

http://www.dhsspsni.gov.uk/community_statistics_09-10_-_revised-2.pdf

Department of Health, Social Services and Public Safety. Statistics on Community Care for Adults in Northern Ireland 2010-2011. Available from:

http://www.dhsspsni.gov.uk/adult_community_statistics_2010-13.pdf

Department of Health, Social Services and Public Safety. Statistics on Community Care for Adults in Northern Ireland 2011-2012. Available from:

http://www.dhsspsni.gov.uk/statistics_on_community_care_for_adults_in_northern_ireland_2011_-_2012-2.pdf

Department of Health, Social Services and Public Safety. Statistics on Community Care for Adults in Northern Ireland 2012-2013. Available from:

http://www.dhsspsni.gov.uk/statistics_on_community_care_for_adults_in_northern_ireland_2012_-_2013_publication.pdf

Department of Health, Social Services and Public Safety. Northern Ireland Health and Social Care Workforce Census March 2008. Available from:

http://www.dhsspsni.gov.uk/workforce_census_march_2008_web.pdf

Department of Health, Social Services and Public Safety. Northern Ireland Health and Social Care Workforce Census March 2009. Available from:

http://www.dhsspsni.gov.uk/workforce_census_march_2009_exc_sec_11.pdf

Department of Health, Social Services and Public Safety. Northern Ireland Health and Social Care Workforce Census March 2010. Available from:

http://www.dhsspsni.gov.uk/workforce_census_march_2010_web.pdf

Department of Health, Social Services and Public Safety. Northern Ireland Health and Social Care Workforce Census March 2011. Available from:

http://www.dhsspsni.gov.uk/workforce_census_march_2011.pdf

Department of Health, Social Services and Public Safety. Northern Ireland Health and Social Care Workforce Census March 2012. Available from:

http://www.dhsspsni.gov.uk/workforce_census_march_2012_-_web.pdf

Department of Health, Social Services and Public Safety. Northern Ireland Health and Social Care Workforce Census March 2013. Available from:

http://www.dhsspsni.gov.uk/workforce_census_march_2013_web.pdf

Department of Health, Social Services and Public Safety. Promoting good nutrition: A strategy for good nutritional care for adults in all care settings in Northern Ireland. June 2012. Available from:

<http://www.dhsspsni.gov.uk/clinical-nutrition-strategy-final-version-for-consultation.pdf>

Elderly Accommodation Counsel. Statistics on 'Extra Care' Sheltered Housing in England. April 2005.

<http://www.housingcare.org/downloads/kbase/2696.pdf>

Elderly Accommodation Counsel. Statistics on Housing with Care in England. January 2008.

http://www.housinglin.org.uk/_library/Resources/Housing/Housing_advice/Statistics_on_Extra_Care_Housing_in_England_EAC_April_2005.pdf

General Register Office for Scotland. Mid-year Population Estimates, Scotland by quinary age and sex: 1911 to 2012. Available from: <http://www.gro-scotland.gov.uk/files2/stats/time-series/pop-1911-2012-quinary-age.xls>

ISD Scotland. Care Home Census 2012 Statistics on Adult Residents in Care Homes in Scotland.

Available from: <http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Health-and-Social-Community-Care/Publications/2012-10-30/2012-10-30-CHCensus-Report.pdf?>

ISD Scotland. NHS Scotland Workforce, Data as at 31 December 2011. Available from:

<http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Workforce/Publications/2012-02-28/2012-02-28-Workforce-Report.pdf?23025149107>

ISD Scotland. NHS Scotland Workforce, Data as at 31 March 2012. Available from:

<http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Workforce/Publications/2012-05-29/2012-05-29-Workforce-Report.pdf?23025149107>

ISD Scotland. NHS Scotland Workforce, Data as at 30 June 2012. Available from:
<http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Workforce/Publications/2012-08-28/2012-08-28-Workforce-Report.pdf?23025149107>

ISD Scotland. NHS Scotland Workforce, Data as at 30 September 2012. Available from:
<http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Workforce/Publications/2012-11-27/2012-11-27-Workforce-Report.pdf?23025149107>

ISD Scotland. NHS Scotland Workforce, Data as at 31 December 2012. Available from:
<http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Workforce/Publications/2013-02-26/2013-02-26-Workforce-Report.pdf?23025149107>

ISD Scotland. NHS Scotland Workforce, Other Therapeutic Staff and Personal Social Care staff in post. Available from: http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Workforce/Publications/2013-11-26/OTPS_S2013.xls

ISD Scotland. Percentage of End of Life Spent at Home or in a Community Setting. Financial years ending 31 March 2007 to 2011. Available from: https://isdscotland.scot.nhs.uk/Health-Topics/Health-and-Social-Community-Care/Publications/2011-08-30/QOM10_tables_201108.xls?24324400

ISD Scotland. Percentage of End of Life Spent at Home or in a Community Setting. Financial years ending 31 March 2008 to 2012. Available from: https://isdscotland.scot.nhs.uk/Health-Topics/Health-and-Social-Community-Care/Publications/2013-08-27/QOM10_tables_201308.xls?17172748

ISD Scotland. Scottish Care Home Census, March 2000 - March 2013 tables. Available from:
https://isdscotland.scot.nhs.uk/Health-Topics/Health-and-Social-Community-Care/Publications/2013-10-29/SCHC_mar13_tables.xls

National Institute for Health and Care Excellence. CG32 Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. February 2006. Available from:
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10978/29979/29979.pdf>

National Institute for Health and Care Excellence. Nutrition support in adults, Evidence Update August 2013. A summary of selected new evidence relevant to NICE clinical guideline 32 'Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition' (2006). Available from: <https://www.evidence.nhs.uk/evidence-update-46>

NHS National Patient Safety Agency. Ensuring safer practice for adults with learning disabilities who have dysphagia. July 2007. Available from:
<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60131&type=full&servicetype=Attachment>

Northern Ireland Court Service. Enduring Power of Attorney Planning for the Future. A Guide for Uses of the Office of Care and Protection. January 2007. Available from:
<http://www.dhsspsni.gov.uk/circular-direct-payments-appendix-1c.pdf>

Northern Ireland Statistics and Research Agency. Population and Migration Estimates Northern Ireland (2012) – Statistical Report. Available from:

http://www.nisra.gov.uk/archive/demography/population/midyear/MYE_2012_Report.pdf

Northern Ireland Statistics & Research Agency. Registrar General Annual Report 2012, Deaths by place of death, 2001 to 2012. Available from:

http://www.nisra.gov.uk/archive/demography/publications/annual_reports/2012/Table5.11_2012.xls

Office for National Statistics. Mortality Statistics: General, England and Wales (Series DH1: discontinued) - No. 31, 1998 - Data Tables. Available from:

<http://www.ons.gov.uk/ons/rel/vsob1/mortality-statistics--general--england-and-wales--series-dh1--discontinued-/no--31--1998/mortality-statistics--general--england-and-wales--series-dh1--discontinued---no--31--1998---data-tables.zip>

Office for National Statistics. Mortality Statistics: Cause, England and Wales (Series DH2: discontinued) – No. 207, 2000 data tables. Available from:

<http://www.ons.gov.uk/ons/rel/vsob1/mortality-statistics--cause--england-and-wales--series-dh2--discontinued-/no--27--2000/mortality-statistics--cause--england-and-wales--series-dh2--discontinued---no--27--2000-data-tables.zip>

Office for National Statistics. Mortality Statistics: Deaths Registered in England and Wales (Series DH2: discontinued) – No.32, 2005 data tables. Available from:

<http://www.ons.gov.uk/ons/rel/vsob1/mortality-statistics--cause--england-and-wales--series-dh2--discontinued-/no--32--2005/mortality-statistics--cause--england-and-wales--series-dh2--discontinued---no--32--2005-data-tables.zip>

Office for National Statistics. Mortality Statistics: Deaths Registered in England and Wales (Series DR) 2010. Available from: <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/vsob1/mortality-statistics--deaths-registered-in-england-and-wales--series-dr-/2010/dr-table5-2010.xls>

Office for National Statistics. Mortality Statistics: Deaths Registered in England and Wales (Series DR) 2011. Available from: <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/vsob1/mortality-statistics--deaths-registered-in-england-and-wales--series-dr-/2011/dr-tables-2011.xls>

Office for National Statistics. Mortality Statistics: Deaths Registered in England and Wales (Series DR) 2012 Table 1-4 and Table 6-14. Available from:

<http://www.ons.gov.uk/ons/rel/vsob1/mortality-statistics--deaths-registered-in-england-and-wales--series-dr-/2012/dr-tables-2012.xls>

Office for National Statistics. Population Estimates for England and Wales, Mid-2002 to Mid-2010 Revised (National). Available from: <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/pop-estimate/population-estimates-for-england-and-wales/mid-2002-to-mid-2010-revised--national-/rft---mid-2002-to-mid-2010-revised-england-and-wales-national-tables.zip>

Office for National Statistics. Annual Mid-year Population Estimates for England and Wales, Mid 2011. Available from: http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171778_277794.pdf

Office for National Statistics. Annual Mid-year Population Estimates for England and Wales, Mid 2012. Available from: <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/pop-estimate/population-estimates-for-england-and-wales/mid-2012/rft---mid-2012-population-estimates-for-england-and-wales.zip>

Royal College of Physicians, British Society of Gastroenterology. Oral feeding difficulties and dilemmas A guide to practical care, particularly towards the end of life. Available from: <http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/oral-feeding-difficulties-and-dilemmas.pdf>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network, NHS Quality Improvement Scotland. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. June 2010. Available from: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign119.pdf>

Skills for Care. State of the Adult Social Care Workforce in England, 2010. Available from: <http://www.skillsforcare.org.uk/nmsruntime/saveasdialog.aspx?IID=4458&SID=237>

Stats Wales. National-level population estimates for Wales by age and year. Available from: <https://statswales.wales.gov.uk/Catalogue/Population-and-Migration/Population/Estimates/NationalLevelPopulationEstimatesForWales-by-Age-Year>

StatsWales. Self contained stock at social rent by year, provider type and accommodation type. Available from: <https://statswales.wales.gov.uk/Catalogue/Housing/Social-Housing-Stock-and-Rents/SelfContainedStockAtSocialRent-by-Year-ProviderType-Accommodation>

StatsWales. Settings and places regulated by CSSIW by setting type. Available from: <https://statswales.wales.gov.uk/Catalogue/Health-and-Social-Care/Settings-for-Social-Care-and-Childrens-Day-Care/CssiwSettingsAndPlaces-by-SettingType>

StatsWales. Staff of local authority social services departments by local authority and post title. Available from: <https://statswales.wales.gov.uk/Catalogue/Health-and-Social-Care/Social-Services/Staffing/StaffOfLocalAuthoritySocialServicesDepartments-by-LocalAuthority-PostTitle>

The Information Centre for Health and Social Care. National Adult Social Care Intelligence Service (NASCIS) – ASC-CAR S1 Number of residents supported by your local authority in residential care, nursing care and adult placements as at 31 March, by type of residence, primary client type and age group.

The Scottish Government. Housing Statistics for Scotland - Housing for Older People, those with Disabilities and those with Supported Tenancies. Available from: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/0044/00441751.xls>

The Scottish Government, Health Delivery Directorate, Improvement and Support Team. 2010. Anticipatory Care Planning, Frequently Asked Questions. Available from: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/309277/0097422.pdf>

2. オランダ

オランダでは医療保険（ZVW）、特別医療費保険（AWBZ）、任意加入の追加的な保険の3つで社会保険が構成されている。このうち、AWBZが長期ケア施設や一年以上の長期入院をカバーしている。いわゆる在宅介護の部分は、社会支援法（WMO）に基づき、基礎自治体が住民に提供する責任を負っている。

1) 高齢化率

	1月1日		
	2000	2005	2010
総人口	15,863,950	16,305,526	16,574,989
65歳以上人口	2,152,442	2,288,670	2,538,328
高齢化率 (%)	13.6	14.0	15.3

	1月1日		
	2011	2012	2013
総人口	16,655,799	16,730,348	16,779,575
65歳以上人口	2,594,946	2,716,368	2,824,345
高齢化率 (%)	15.6	16.2	16.8

出典：Centraal Bureau voor de Statistiek. Population; sex, age and marital status, 1 January.

2) 栄養支援の体制

オランダでは2004年より「ケアにおける問題の測定（Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, LPZ）」を実施しており、任意で参加しているケア施設を対象に、栄養問題を含むケアの実践状況を把握している。2008年からはドイツもLPZに加わっている（2014年現在、他にオーストリア、スイス、ニュージーランドが参加している）。

2013年4月のLPZ調査では、調査に回答した急性期医療機関で栄養状態に関する入院時と退院時の標準指針を有していたのは88%であったが、慢性期入院医療やナーシングホームを含む長期ケアの機関では79%であった（Halfens et al., 2013）。

図表 2-4-1 低栄養に関するケアの質の指標

	急性期	慢性期・介護
機関数	8	62
低栄養に関する諮問委員会を有する	100%	73%
低栄養の Protokolがある（予防と治療）	88%	84%
低栄養の Protokolを更新する責任者がいる	88%	87%
研修・訓練をやっている（予防と治療）	100%	76%
情報冊子をおいている	100%	34%
栄養状態に関する入院時と退院時の標準指針をもっている	88%	79%
病棟・部門数	58	175
責任者（aandachtsvelder）をおいている	72%	83%
多職種によるコンサルテーションを実施している	81%	100%
低栄養の Protokol／ガイドラインに沿っているか確認している	95%	97%
リスク状態にあることを記録のファイルに残す	93%	99%
行われた治療・介入を書面に残す	95%	99%
低栄養状態が疑われるときの標準的な食事を定めている	88%	93%
情報冊子をおいている	31%	37%
入院時と退院時に栄養状態に関する情報の伝達標準を定めている	83%	90%
入院時にスクリーニングを行う	93%	92%
食事の時間の雰囲気づくりを考慮する	83%	99%
体重と食事摂取量のモニタリングに関する標準指針を定めている	79%	94%
低栄養（のリスク）状態の利用者は標準的に栄養士へ紹介される	100%	94%

出典：Halfens RJG, van Nie NC, Meijers JMM, Meesterberends E, Neyens JCL, Rondas ALM, Rijcken S, Wolters S, Schols JMGA. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen Rapportage Resultaten 2013.

低栄養委員会（Stuurgroep Ondervoeding）とオランダの低栄養問題に取り組む栄養士会（Diëtisten Ondervoeding Nederland）による「低栄養のガイドライン 低栄養のスクリーニングと治療（Richtlijn Ondervoeding: Screening en behandeling van ondervoeding）」では、第6章「協働と移動」で栄養支援体制について言及している。どのようなケア環境においても、介護士（verzorgende）・看護師（verpleegkundige）・医師アシスタント（dokersassistent）・実践看護師（praktijkondersteuner）が低栄養を同定する責任を負っている。看護師と介護士は患者／利用者の栄養状態をモニタリングし、低栄養が疑われる場合は医師または栄養士につなげる。栄養士は低栄養の診断をして治療計画の見通しをつけ、医師に最終的な診断と治療計画を依頼する。入院患者が退院して

在宅ケアや長期ケア施設に移る際、病院と（地域の）栄養士との間で情報共有される必要がある（Stuurgroep Ondervoeding, 2011）。

また、同じ低栄養委員会による「老年科患者における低栄養のガイダンス（Leidraad ondervoeding bij de geriatrische patiënt）」の「6 関与する専門職とその役割」では、老年科患者に栄養支援を提供する多職種チームのうち、医師および栄養士と老年科看護師を「中核治療チーム（behandelkernteam）」の構成員としている（Stuurgroep Ondervoeding, 2010）。

3) 長期ケア施設の体系と職員配置

AWBZ の対象となる施設には介護施設（verzorgingshuis）、看護施設（verpleeghuis）、障害者施設（instelling voor gehandicapten）、国立リハビリテーションセンター（Het Dorp in Arnhem）、保護付住宅（regionale instelling voor beschermd wonen, RIBW'S）、精神科病院（psychiatrische ziekenhuis）、一般病院の精神科病棟（psychiatrische afdeling van algemene ziekenhuis, PAAZ'en）、リハビリテーション施設（ziekenhuis en instelling voor revalidatie）がある。

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/vraag-en-antwoord/wat-is-een-awbz-instelling.html>

オランダ政府は 2013 年に「scheiden wonen en zorg（住まいとケアの分離）」を方針として打ち出した。これは、介護施設や看護施設の住まいに関しては居住費として利用者が負担し、ケアの機能について医療保険や特別医療費保険または社会支援法に基づき費用を補助する、というものである（Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2013）。

介護施設・看護施設の職員のうち、もっとも多くを占めるのはケア職のレベル 3 に相当する介護士（verzorgenden 3）で約 6 割となっている（Prismant, 2009）。オランダでは 1997 年から看護・介護職の新しい資格構成を適用し、働く場所を問わず 5 段階のレベルが定義された。レベル 1 から 3 まだが日本でいう介護職、4 以上が看護職に相当する。

AWBZ における長期ケア施設とは別に、できるだけ自立した生活を長く過ごすというねらいのもと、高齢者住宅（seniorenwoning, ouderenwoning）の整備が進められている。2003 年から「住宅とケアセンター（Aedes-Arcanes Kenniscentrum Wonen-Zorg）」において、ケア付き重合住宅（woonzorgzone）、複合住宅（woonzorgcomplex）、認知症の人向けのグループホーム（kleinschalig groepswonen）といった高齢者住宅の登録制度が始まっている（Aedes-Arcanes Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2003）。

図表 2-4-2 AWBZ の給付を受けている施設の利用者数

	12月31日					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
看護・介護施設	162,315	161,270	160,190	163,690	162,170	164,790
65歳以上	155,485	154,020	152,455	155,075	153,165	155,560
障害者施設	49,820	51,820	53,725	56,355	56,900	59,790
65歳以上	5,005	5,145	5,265	5,670	5,755	6,135
精神保健問題	15,770	17,070	18,725	18,845	20,025	21,690
65歳以上	3,505	3,420	3,450	3,375	3,280	3,360

出典：Centraal Bureau voor de Statistiek. AWBZ-zorg met verblijf; herkomst.

図表 2-4-3 AWBZ の給付を受けている入院・入所者数(2010-2011年)

認定のカテゴリー	2010年		2011年	
	1月1日	7月1日	1月1日	7月1日
合計	316,660	323,925	332,960	341,895
身体疾患 0-64歳	7,450	7,400	7,455	7,780
身体疾患 65-74歳	10,195	9,765	9,615	10,410
身体疾患 75歳以上	101,055	98,975	98,525	99,450
老年精神疾患 (65歳以上)	71,415	73,055	74,580	75,995
精神疾患 (18歳以上)	35,955	37,755	39,790	41,475
知的障害 0-17歳	9,040	9,480	9,370	9,345
知的障害 18歳以上	67,000	69,450	72,540	74,650
感覚器障害	3,545	3,530	3,490	3,325
身体障害	10,925	14,455	17,555	19,450
不明	85	60	35	15

図表 2-4-4 AWBZ の給付を受けている入院・入所者数(2012-2013 年)

認定のカテゴリー	2012 年		2013 年	
	1 月 1 日	7 月 1 日	1 月 1 日	7 月 1 日
合計	348,625	356,455	343,895	343,645
身体疾患 0-64 歳	7,710	7,815	5,395	5,325
身体疾患 65-74 歳	10,150	10,600	6,290	6,030
身体疾患 75 歳以上	99,315	100,175	88,315	85,515
老年精神疾患 (65 歳以上)	77,955	79,250	80,655	81,445
精神疾患 (18 歳以上)	43,025	45,090	46,820	47,635
知的障害 0-17 歳	9,460	9,665	9,630	9,535
知的障害 18 歳以上	77,150	79,645	82,325	83,960
感覚器障害	3,325	3,330	3,355	3,360
身体障害	20,525	20,860	21,100	20,840
不明	10	10	5	--

出典：Centrum indicatiestelling zorg. CIZ Basisrapportage AWBZ.

図表 2-4-5 介護・看護施設の常勤換算職員数(千人)

	年		
	2006	2008	2009
verpleegkundigen 5 (ケア職のレベル5。看護師)	3.6	1.9	1.1
verpleegkundigen 4 (ケア職のレベル4。看護師)	9.6	19.1	11.3
verzorgenden 3 (ケア職のレベル3。介護士)	85.9	87.9	54.4
helpenden zorg en wzijn 2 (ケア職のレベル2。ヘルパー)	17.1	10.1	5.9
zorghulp 1 (ケア職のレベル1。ケアアシスタント)	5.1	3.6	2.1
social pedagogische hulpverlening 5 (社会支援職のレベル5。ソーシャルワーカー)	0.4	0.9	0.5
sociaalagoog 4 (社会支援職のレベル4)	2.6	6.7	3.9
sociaalagoog 3 (社会支援職のレベル3)	1.4	0.1	0.1
maatschappelijke dienstverlener 5 (社会援護職のレベル5)	0	1	0.6
その他	8.9	12.5	7.4

出典：Prismant. RegioMarge: De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden.

図表 2-4-6 高齢者住宅の住宅数(千)

	1998	1999	2000	2002	2006	2009	2012
高齢者住宅	426.0	459.0	439.0	486.8	474.5	537.5	497.2

高齢者住宅 (ouderenwoning) には高齢者ホーム (bejaardenwoning)、支援付住宅 (aanleunwoning)、サービスフラット (serviceflat)、複合住宅 (woonzorgcomplex) が含まれる。

出典：Centraal Bureau voor de Statistiek. Woningen; hoofdbewoner/huishouden.

4) 長期ケア施設等における看取りの実施状況

オランダでは通常、死亡統計において死亡場所の分布を公表していない。死亡統計を再分析した報告によれば、病院が占める割合は3割未満であり、看護施設・介護施設・その他の施設をあわせて40%弱を占めている。

図表 2-4-7 死亡場所の分布(2011年)

	件数	%
精神科以外の病院	39,104	28.8
精神科病院	429	0.3
看護施設	33,411	24.6
介護施設	13,097	9.6
その他の施設	5,447	4.0
自宅	39,234	28.9
その他	2,246	1.7
不明	2,773	2.0

出典：Agora – landelijk ondersteuningspunt palliatieve zorg. Factsheet palliatieve zorg 2012.

5) 看取りにおける意思決定に関わる制度

1995年に施行された医療行為契約法 (Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst, WGBO) では、家庭医や専門医に対し、患者の同意を得ずに検査や治療などの医療行為を行うことを禁じている。同意のもとに開始された治療であっても、後で患者は同意を撤回することが可能である。患者の同意に基づかない精神科病院への入院に関しては、精神科病院への特別な入院に関する法律 (Wet bijzondere opnemings psychiatrie ziekenhuizen, BOPZ) で規定されている。

2002年に施行された「要請に基づいた生命終結と、自殺ほう助に関する審査法（安楽死法, *Wet toetsing levensbee'indiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*）」は、患者の生命を終わらせる目的で医師が薬剤の投与を行う・あるいは医師が処方した薬剤を患者自身が用いる、いわゆる積極的安楽死について定めている。6つの要件を全て満たす場合においてのみ、安楽死が合法とされる（*Secretariaten Regionale toetsingscommissies euthanasia, 2013*）。

またオランダでも「事前指示（*wilsverklaring*）」の作成が推奨されているが、統一された書式は存在しない。自発的な終末期協会（*Nederlandse Vereniging voor Vrijwillig Levensende, NVVE*）、患者消費者連盟（*Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie*）といった団体が事前指示の形式を個別に提案している。通常の前指示に盛り込まれる内容としては、尊厳死の要求、治療の禁止、蘇生措置の拒否などがあげられている。

6) 長期ケア施設等における栄養支援の実施状況

2008年のLPZ調査では、オランダの介護施設の入居者5,848名のうち、低栄養のリスクがある者は31.7%であり、経管栄養を実施していたのは1.5%であった。ドイツでは介護施設の入居者4,923名のうち、29.1%が低栄養のリスクを有し、5.1%が経管栄養を実施していた（*van Nie-Visser et al., 2011*）。

2013年4月のLPZ調査では、慢性期入院医療やナーシングホームを含む長期ケアの入居者4,429名のうち、低栄養のリスクを有する者が1.7%、低栄養状態にある者が14.5%であった。低栄養状態である者への対応として経管栄養が実施されたのは0.6%であった（*Halfens et al., 2013*）。

一方、2001年6月時点のナーシングホームの医師を対象とした調査では、認知症を有する入居者における経管栄養の発生率は100人年あたり3.4と推計されている（*van Wigcheren et al., 2007*）。

図表 2-4-8 低栄養に関するケアの実施状況

	急性期	慢性期・介護
調査対象者	817名	4,429名
低栄養状態である	9.9%	14.5%
栄養士と相談	65.0%	49.2%
栄養価を高めた（高タンパク）食事	60.0%	12.9%
栄養価を高めた食事の中間効果	46.7%	24.1%
経口のサプリメント	16.6%	30.3%
経管栄養	11.7%	0.6%
静脈栄養	5.0%	0.0%
食事の凝集性を調整する	6.7%	16.8%
処方に従った水分量	26.7%	13.3%
栄養状態と指標について情報提供する	33.3%	21.3%
食事への意欲に働きかけるよう調整する	6.7%	5.4%
その他の対応	3.3%	5.8%
とくに対応はしていない	10.0%	29.5%
緩和ケアの方針があるため対応していない	0.0%	0.6%
対応による効果の評価	88.9%	79.1%

出典：Halfens RJG, van Nie NC, Meijers JMM, Meesterberends E, Neyens JCL, Rondas ALM, Rijcken S, Wolters S, Schols JMGA. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen Rapportage Resultaten 2013.

7) 高齢者の摂食・嚥下機能障害に関するガイドラインの概要と特徴

「ナーシングホームにおける虚弱高齢者への口腔ケアのガイドライン」

Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen

2007年にオランダ・ナーシングホーム協会（Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, NVVA：現在は Verenso）が発表したガイドラインである。利用者個人レベルでの口腔ケアの手法に加え、口腔ケアを行うための施設のケア体制、ケア提供者への訓練についての基準を示している。「2.5 終末期の段階の利用者」では、終末期における口腔ケアは緩和ケアの全体的な目的に基づいて行うものとしている。主要なテーマは3つあり、（1）症状の緩和、（2）不快さを和らげること、および（3）家族にとってその人の最期が（苦痛や不潔な口腔の状態であるために）嫌な記憶となることを防ぐことである。

このガイドラインに基づき、主としてナーシングホームのケア提供者を対象に、2008-2010年にかけて「虚弱高齢者の口腔ケア教育プロジェクト（Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen）」が地域訓練センター（Regionaal Opleidingen Centrum, ROC）Nijmegen と HWF zorggroep の共同で実施されている。プロジェクトを通じて開発されたモジュールの中に、嚥下機能障害や緩和ケア、終末期ケアにおける口腔ケアのあり方を論じる章がある。できるだけ最期のときまで、口や唇の渇きを予防し、口の中を清潔に保つ方法の学習に力点が置かれている。

「低栄養のガイドライン 低栄養のスクリーニングと治療」

Richtlijn Ondervoeding: Screening en behandeling van ondervoeding

低栄養委員会がオランダの低栄養問題に取り組む栄養士会との協働のもと、2009年10月に発表したガイドラインである。2011年6月に改訂が加えられた。児童や成人、入院および外来、在宅および介護施設の全ての状況に適用されうるが、終末期ケアは適用範囲外となっている。ガイドラインでは低栄養の定義、スクリーニング方法、診断および治療についての推奨事項を示している。「4.4 低栄養の患者に対する治療計画」において、必要なエネルギーに対し摂取量が50-75%の場合はタンパク質と栄養価を高めた食事に加え、飲料もしくは経管栄養を組み合わせることが推奨される。その場合も4-7日以内に評価をして、必要ならば治療の調整を行う。もし摂取量が50%に満たない場合は、経管栄養を実施するが、2-4日以内に評価をして、これも必要ならば治療の調整を行う。経腸栄養で目的が達成できないときの次のステップは静脈栄養になる。

「老年科患者における低栄養のガイダンス」

Leidraad ondervoeding bij de geriatrische patiënt

低栄養委員会が2010年に発表したガイドラインである。11名の老年科医を対象としたデルファイ法による質的研究を通じて開発された。老年科患者における低栄養の定義、スクリーニングとアセスメント、治療についての医師らの合意を示している。「5 低栄養の治療」において、経管栄養は、通常の食事と飲料の組み合わせでは栄養上の目標を達成できないときに実施することが考慮される。しかし、患者の全体的な状態像の現実的な改善が全く見られないときは、経管栄養は処方されない。

「緩和ケアと認知症ケアの良き連携のためのガイドライン」

Handreiking voor een goede samenwerking tussen palliatieve zorg en dementiezorg

2013年1月に保健省（Vilans）が発表したガイドラインである。保健省は2012年1月よりオランダ保健研究開発組織（ZonMw）、南オランダ諸島の緩和ケアネットワーク（Netwerk Palliatieve zorg Zuid-Hollandse Eilanden）および統合された認知症ケア（Ketenzorg Dementie Zuid-Hollandse Eilanden）との共同事業により、認知症の緩和ケアの良い実践例を収集すると共に、文献レビューを行い、ガイドラインとして整理した。良い実践例の中で、介入の目的を緩和ケアと認知症ケアの従事者間で共有することがあげられている（p.33）。緩和ケアは主として、認知症の人や彼らにインフォーマルケアを提供する介護者の情緒的なニーズに基づき提供される。緩和ケアにおいては快適さや尊厳、生活の質が重視され、PEG やその他の経腸栄養といった積極的・身襲的で生命予後の延長を目的とした治療以外のケアを検討することになる。

文献

Aedes-Arcare Kenniscentrum Wonen-Zorg. Housing and services for older people in the Netherlands, State of the art anno 2003. Available from:
http://www.kenniscentrumwonzorg.nl/doc/a_verplaatsen_trends/Housing%20and%20services%20for%20older%20people%20in%20the%20Netherlands.pdf

Aedes-Arcare Kenniscentrum Wonen-Zorg. De pijn verdelen: samenwerken bij scheiden van wonen en zorg. October 2013. Available from:
http://www.kenniscentrumwonzorg.nl/doc/scheiden_wonen_zorg/Aflevering_4_De_pijn_verdelen_samenwerken_bij_scheiden_van_wonen_en_zorg.pdf

Agora – landelijk ondersteuningspunt palliatieve zorg. Factsheet palliatieve zorg 2012. Available from: <http://www.agora.nl/Portals/31/agora%20publicaties/2012/2012-oktober-31-Factsheet-Palliatieve-zorg-in-Nederland.pdf>

Centraal Bureau voor de Statistiek. AWBZ-zorg met verblijf; herkomst. Available from:
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71568NED&D1=0&D2=0&D3=0,10-16&D4=a&D5=a&VW=T>

Centraal Bureau voor de Statistiek. Population; sex, age and marital status, 1 January. Available from:
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=7461ENG&D1=0&D2=0&D3=101-120&D4=50,55,60-62&LA=EN&VW=T>

Centraal Bureau voor de Statistiek. Woningen; hoofdbewoner/huishouden. Available from:
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=7409WBO&D1=0,3&D2=0&D3=0&D4=a&VW=T>

Centrum indicatiestelling zorg. CIZ Basisrapportage AWBZ. Available from:
<http://ciz.databank.nl/report/awbz.html>

Halfens RJG, van Nie NC, Meijers JMM, Meesterberends E, Neyens JCL, Rondas ALM, Rijcken S, Wolters S, Schols JMGA. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen Rapportage Resultaten 2013. October 2013. Available from: http://nld.lpz-um.eu/media/text/Landelijke_Prevalentiemeting_Zorgproblemen_-_2013.pdf

Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, Nederlandse Vereniging voor Gerontologie. Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen. Available from: http://www.venvn.nl/Portals/20/publicaties/RichtlijnMondzorgNVVA_web.pdf

ROC Nijmegen, ZZG zorggroep. Module mondverzorging. Available from: <http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Mondzorg/MetOpenMond/Module%20studenten.pdf>

Prismant. RegioMarge 2007: De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2007-2011. Available from: <http://www.werkenindeggz.nl/images/files/arbeidsmarkt/rapport%20regiomarge%202007.pdf>

Prismant. RegioMarge 2008: De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2008-2012. Available from: <http://www.werkenindeggz.nl/images/files/arbeidsmarkt/rapport%20regiomarge%202008.pdf>

Prismant. RegioMarge 2009: De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2009-2013. Available from: <http://www.werkenindeggz.nl/images/files/arbeidsmarkt/rapport%20regiomarge%202009.pdf>

Schols JM, van Staveren WA. The multidisciplinary guidelines on nutrition for patients indicated for nursing home care, 2001. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2002 Sep;33(4):166-74.

Secretariaten Regionale toetsingscommissies euthanasia. Regionale toetsingscommissies euthanasie, Jaarverslag 2012. September 2013. Available from: <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/09/23/regionale-toetsingscommissies-euthanasie-jaarverslag-2012/regionale-toetsingscommissies-euthanasie-jaarverslag-2012.pdf>

Stuurgroep Ondervoeding. Leidraad ondervoeding bij de geriatrische patient. Available from: <http://www.stuurgroepondervoeding.nl/fileadmin/dbc/Stuurgroep/Binnenwerk-2.pdf>

Stuurgroep Ondervoeding. Richtlijn Screening en behandeling ondervoeding. Available from: http://www.stuurgroepondervoeding.nl/fileadmin/dbc/Stuurgroep/Richtlijn_screenen_en_behandeling_van_ondervoeding_juni_2011.pdf

van Nie-Visser N, Meijers JMM, Schols JMGA, Lohrmann C, Bartholomeyczik S, Halfens RJG. Comparing quality of nutritional care in Dutch and German nursing homes. Journal of Clinical Nursing 2011;20(17-18):2501-2508.

van Wigcheren PT, Onwuteaka-Philipsen BD, Pasman HR, Ooms ME, Ribbe MW, van der Wal G. Starting artificial nutrition and hydration in patients with dementia in The Netherlands: frequencies, patient characteristics and decision-making process. *Aging Clinical and Experimental Research* 2007;19(1):26-33.

Vilans. Handreiking voor een goede samenwerking tussen palliatieve zorg en dementiezorg, palliatieve zorg bij dementie een logische verbinding. Available from: <http://www.agora.nl/Portals/31/thema/ouderen-dementie/2013-Palliatieve-zorg-bij-dementie-een-logische-verbinding-handreiking.pdf>

3. スウェーデン

1) 高齢化率

	12月31日				
	2000	2005	2010	2011	2012
総人口	8,882,792	9,047,752	9,415,570	9,482,855	9,555,893
65歳以上人口	1,530,887	1,565,377	1,737,246	1,784,668	1,828,283
高齢化率 (%)	17.2	17.3	18.5	18.8	19.1

出典：Statistiska Centralbyrån. Befolkningsstatistik - Folkmängd efter ålder, kön och tid.

2) 栄養支援の体制

高齢者の栄養支援の主たる実施責任は保健医療サービス側にあると見なされている。また基礎自治体コミューン (kommun) に配置されている医療責任看護師 (medicinskt ansvarig sjuksköterska) は地域ケアの全般的な監督を行っており、低栄養のアセスメントや治療、モニタリングにも関与する専門職として、「良き医療と社会ケアのための栄養－低栄養の予防と治療のガイドライン (Näring för god vård och omsorg - en vägledning för att förebygga och behandla undernäring)」にあげられている。

後述するエーデル改革 (Ädelreforme) に伴い、社会的入院をなくすために「社会的入院費支払い責任 (betalningsansvar av medicinskt färdigbehandlade)」制度が創設された。病院での医学的な治療が終わり、福祉事務所に退院の連絡があつてから5日たつてもコミューンが患者を引き受けることができなければ、患者の総費用をコミューンが負担しなければならない。したがって、患者の退院後については、保健医療サービスを管轄する広域自治体ランスタング (landsting) と、社会サービスを管轄するコミューンとの間の協働のもとで栄養支援を含むケア計画がたてられている (Socialstyrelsen, 2010)。

3) 長期ケア施設の体系と職員配置

1992年のエーデル改革 (Ädelreforme) により、それまで医療施設として位置づけられていた長期療養病院／地域療養ホームなどが社会サービス上のナーシングホームに移管された。また従来のナーシングホーム、老人ホーム、サービスハウスなど既存の施設が「特別な住居 (särskilt boende)」に一元化された。SoL法に基づく特別な住居は主に高齢者、LSS法に基づく特別な住居は主として障害者が対象である。

特別な住居への入居に際しては、社会サービスを統括するコミュニティの認定が必要である。そのため、介護の必要性は高くないものの一人暮らしには不安がある高齢者の存在が問題となっていた。そこでスウェーデン政府は、新たなケア付住宅の形態である「安心住宅 (trygghetsboende, trygghetsbostäder för äldre)」を普及させることとして、2010年から5億SEKの予算を配置している。安心住宅は民間ベースのため公式統計はないが、地方自治体協議会 (Sveriges Kommuner och Landsting, SKL) の報告によれば2011年の時点で3,350か所が整備されている (Boverket, 2013)。

これらの住居とは別に、一定の年齢に達した者を対象とした高齢者向け住宅 (seniorbostäder) が提供されている。年齢の基準は55歳以上とされていることが多い。入居者がケアを要するときは、一般の住居と同様に、在宅医療や在宅ケアが提供される。地方自治体協議会SKLの調査では、2011年の時点で全国に32623戸が提供されている (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013)。

図表 2-5-1 特別な住居の利用者数(永続的な入居)

	10月1日				
	2008	2009	2010	2011	2012
65歳以上	96,736	95,377	93,980	92,212	90,521
64歳以下	4,934	4,899	4,959	4,712	4,166

出典：Socialstyrelsen. Äldre och personer med funktionsnedsättning.

図表 2-5-2 基礎自治体の高齢者ケアに従事する職員の人数

	2007	2011
合計	239,600	230,200
常勤換算	163,100	161,400
管理者	5,774	5,728
看護師	7,746	7,706
准看護師・看護助手	126,802	127,026
看護のうち特別な住居で従事	74%	81%
作業療法士	1,846	1,870
理学療法士	1,010	1,121
その他	29,060	27,682

出典：Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013.

4) 長期ケア施設等における看取りの実施状況

スウェーデンでは通常、死亡統計において死亡場所の分布を公表していない。社会保健福祉庁（Socialstyrelsen）が死亡統計を再分析した報告によれば、病院の占める割合は1980年代には50%を超えていたが、その後減少しており、近年は37-38%で推移している。特別な住居は2010年の死亡場所の34.0%を占めている。

図表 2-5-3 死亡場所の分布(2010年)

	件数	%
病院	34,588	38.2
特別な住居	30,754	34.0
自宅	11,284	12.5
その他	3,671	4.1
不明	10,224	11.3

出典：Socialstyrelsen. Palliativ vård - kartläggning av datakällor.

5) 看取りにおける意思決定に関わる制度

2010年に保健医療に関する法律（HSL法）が改正され、患者の権利擁護を強化する目的で、「永続する保健医療ケアへのコンタクト（fast vårdkontakt）」や再アセスメント、患者への情報提供の拡張に関する規定が改められた（Socialstyrelsen, 2012）。「永続する保健医療ケアへのコンタクト」とは、他の保健医療サービス提供者や社会サービス、社会保険部門との連携を行う者またはチームを指している。

社会保健福祉庁は2011年に「延命治療の実施（すること・しないこと）に関するガイドライン（föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling）」を発表した（Socialstyrelsen, 2011）。延命治療に関するケア計画を策定する際には、保健医療サービスのセクターの責任者が「永続する保健医療ケアへのコンタクト」となる者を指定するよう求めている。患者が生命を脅かされている状態にあるときは、この「永続する保健医療ケアへのコンタクト」は医師資格を有する者でなければならない。「永続する保健医療ケアへのコンタクト」は、延命治療の実施の有無のみならず、患者の社会的、心理的、霊的なニーズを満たすようケア計画をたてなければならないとされている。

6) 長期ケア施設等における栄養支援の実施状況

ストックホルム市 (Stockholms stad) では毎年、一部の地域を対象に、特別な住居における医療介入の状況を医療責任看護師を通じて調査している。特別な住居の入居者に対する経管栄養の実施率は例年 1-2%前後で推移している。

図表 2-5-4 スtockホルム市の特別な住居における栄養支援の実施状況

		年						
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
調査対象入居者	N	1,189	2,463	880	825	508	472	391
食事支援	N	164	367	119	101	49	57	45
	%	15.5	16.2	15.0	13.1	10.6	13.1	12.4
経管栄養	N	10	26	7	10	6	2	4
	%	0.9	1.1	0.9	1.3	1.3	0.5	1.1
過去3か月に胃ろうを 付けた状態で入退院	N	3	7	0	6	3	2	3
	%	0.3	0.3	0.0	0.8	0.7	0.5	0.8

出典：Stockholms Stad. Kartläggning av hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilda boendeformer för äldre.

また、在宅で緩和ケアを利用する 891 名を対象とした調査では、791 名 (88.8%) が人工的栄養補給をしていなかった。経腸栄養の実施が 19 名 (2.1%)、静脈栄養が 71 名 (8.0%)、グルコース投与が 10 名 (1.1%) であった (Orrevall et al., 2013)。

なお 2010 年から、地方自治体協議会と社会保健福祉庁の共同事業により、特別な住居に入居している高齢者の保健医療サービスと社会サービスの質を複数の指標で測定し、全国自治体間で比較する「公開比較 高齢者の医療とケア (ÖPPNA JÄMFÖRELSE R Vård och omsorg om äldre)」が開始された。これは地方自治体協議会が 2007 年から 2009 年まで単独で実施してきた事業がもとになっている。2013 年は合計 37 指標の評価が実施されている。「1. 転落、低栄養、じょく創および口腔ケア」では低栄養リスクを予防するための対策 (食感や味付けの工夫、食事の時間の環境設定、薬物療法の見直し、栄養摂取量のモニタリングや栄養療法) の実施割合が測定されている。全国の実施割合は 65%で、自治体ごとの実施割合の範囲は 0-100%であった。また、低栄養リスクがある者の口腔ケアに関する何らかの対策の実施割合は全国で 48%、範囲は 2-98%であった。「8. 食べ物と食事環境」では提供される食事の味がいつも良いかどうか、食事の時間が一日の楽しみになっているかどうかを把握している。全国の入居者自身の回答では、食事の味を肯定的に評価した者は 77%、食事の時間が一日の楽しみであると回答した者は 70%であった (Sveriges Kommuner och Landsting & Socialstyrelsen,

2014)。入居者自身による特別な住居サービスの質の評価については、社会保健福祉庁の報告書において、より詳細な報告がされている (Socialstyrelsen, 2012)。

7) 高齢者の摂食・嚥下機能障害に関するガイドラインの概要と特徴

「保健医療と社会サービスのケアにおける栄養療法」

Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg

スウェーデン臨床栄養代謝学会 (SWESPEN) が 2006 年に公表した、成人・高齢者の低栄養を予防し治療するためのガイドラインである。低栄養の診断や検査、および栄養療法のあり方について示している。「栄養支援の基本原則」においては、食事の経口摂取を基本として位置づけ、それでは十分な栄養補給ができない又は経口摂取ができないときに経腸栄養や静脈栄養を行うとしている。「緩和ケアにおける食事と栄養」では、認知症が重度になっている者に対し、人工栄養や水分補給を行うことの利益が証明されておらず、むしろリスクがあることに言及している。

「認知症ケアのガイドライン」

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010

保健福祉庁が 2010 年 5 月に公表した、認知症ケアにおける優先順位を示すガイドラインである。合計 157 項目の介入について、優先順位を 1-10 または禁忌で表している。第 72 項目「認知症の人が終末期の段階にあり、低栄養状態や嚥下機能障害があるとき」において、経管栄養 (経腸栄養) の使用には、栄養状態や QOL を向上させるという科学的なエビデンスはないことを指摘している。例外的なケースにおいては経管栄養を行ってもよいとあるが、優先順位は 10 で、最も低い順位付けがされている。

「良き医療と社会ケアのための栄養—低栄養の予防と治療のガイドライン」

Näring för god vård och omsorg - en vägledning för att förebygga och behandla undernäring

2011 年 9 月 2 日に社会保健福祉庁が公表した栄養ケアのガイドラインである。高齢者と患者全般を対象層としている。診断と検査、栄養管理、医療費といった内容の他に、特別な住居で高齢者に提供される食事の質や口腔ケアを担保することにも言及している。認知症の人に対しては、食器や机・音などの環境設定を工夫して、経口摂取を支援する方法を推奨している。重度の認知症を有する者への人工的な栄養補給は効果が無く、水分補給は却って健康を害するリスクがあると指摘されている。

文 献

Boverket. Rapport 2013:7, Utvärdering av investeringsstödet till äldreboenden. February 2013. Available from: <http://www.boverket.se/Global/Webbokhandel/Dokument/2013/Utvardering-investeringsstod-aldreboende.pdf>

Orrevall Y, Tishelman C, Permert J, Lundström S. A national observational study of the prevalence and use of enteral tube feeding, parenteral nutrition and intravenous glucose in cancer patients enrolled in specialized palliative care. *Nutrients* 2013;5(1):267-282.

Socialstyrelsen. Äldre och personer med funktionsnedsättning/ funktionshinder – regiform m.m. för vissa insatser år 2008 - Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen. Available from: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8317/2009-125-6_20091256.pdf

Socialstyrelsen. Äldre och personer med funktionsnedsättning - regiform m.m. för vissa insatser år 2009. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17972/2010-3-26.pdf>

Socialstyrelsen. Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2010. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18275/2011-3-27.pdf>

Socialstyrelsen. Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2011 – Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18651/2012-3-25.pdf>

Socialstyrelsen. Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2012. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19025/2013-3-23.pdf>

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf>

Socialstyrelsen. Näring för god vård och omsorg - en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18400/2011-9-2.pdf>

Socialstyrelsen. Palliativ vård - kartläggning av datakällor. Available from: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-6-17/Documents/Bilaga_Kartlaggning%20av%20datak%20k%20k%20llor.pdf

Socialstyrelsen. SOSFS 2011:7 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling. July 2011. Available from: http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-7/Documents/2011_7.pdf

Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013. Available from:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18955/2013-02-02.pdf>

Socialstyrelsen. Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårds-lagen gällande fast vårdkontakt m.m. Slutrapport 2012. August 2012. Available from:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18803/2012-8-7.pdf>

Socialstyrelsen. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? - en rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2012. December 2012. Available from:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18926/2012-12-24.pdf>

Statistiska Centralbyrån. Befolkningsstatistik - Folkmängd efter ålder, kön och tid.

Stockholms Stad. Kartläggning av hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilda boendeformer för äldre år 2006, 27 Bilaga Tabeller samtliga stadsdelar. Available from:
<http://insyn.stockholm.se/eavantor/document/2007-03-22/Dagordning/28/27%20Bilaga%20Tabeller%20samtliga%20stadsdelar.pdf>

Stockholms Stad. Kartläggning av grundläggande hälso- och sjukvårdsinsatser vid särskilda boendeformer för äldre 2007, 5 Bilaga 2. Available from:
<http://insyn.stockholm.se/eavantor/document/2008-08-21/Dagordning/5/5%20Bilaga%202.pdf>

Stockholms Stad. Kartläggning av grundläggande hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilda boendeformer för äldre, 14 bilaga. Available from:
<http://insyn.stockholm.se/farsta/document/2009-10-22/Dagordning/14/14%20bilaga.pdf>

Stockholms Stad. Kartläggning av hälso- och sjukvårdsinsatser/- kvalitetsindikatorer i särskilda boendeformer för äldre, 3 Tjutbilaga 1 Kartläggning Hägersten-Liljeholmen. Available from:
<http://insyn.stockholm.se/Hagerstenliljeholmen/document/2011-03-17/Dagordning/3/3%20Tjutbilaga%201%20Kartl%3%a4ggning%20%20H%3%a4gersten-Liljeholmen.pdf>

Stockholms Stad. Kartläggning av hälso- och sjukvårdsinsatser - kvalitetsindikatorer i särskilda boendeformer för äldre. Återremitterat ärende, 2 Tjutbilaga 1 Kartläggning av hälso- och sjukvårdsinsatser. Available from:
<http://insyn.stockholm.se/Hagerstenliljeholmen/document/2011-06-16/Dagordning/2/2%20Tjutbilaga%201%20Kartl%3%a4ggning%20av%20h%3%a4lso-%20och%20sjukv%3%a5rdsinsatser.pdf>

Stockholms Stad. Kartläggning av hälso- och sjukvårdsinsatser/ kvalitetsindikatorer i särskilda boendeformer för äldre 2011, 7 Tjutbilaga Kartläggning HSL 2011. Available from:
<http://insyn.stockholm.se/Hagerstenliljeholmen/document/2012-02-09/Dagordning/7/7%20Tjutbilaga%20Kartlaggning%20HSL%202011.pdf>

Stockholms Stad. Kartläggning av hälso- och sjukvårdsinsatser - kvalitetsindikatorer i särskilda boendeformer för äldre, 6 Kartläggning 2012 Hälso-och sjukvård. Available from:

<http://insyn.stockholm.se/Hagerstenliljeholmen/document/2013-03-21/Dagordning/6/6%20Kartl%c3%a4ggning%202012%20H%c3%a4lso-och%20sjukv%c3%a5rd.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting & Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2013 – Vård och omsorg om äldre, kan beställas eller laddas ned från. January 2014. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19297/2014-1-3.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting. Seniorbostäder, 55+, 65+ bostäder. Kommunkartläggning 2011. Available from: <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-777-1.pdf?issuusl=ignore>

The Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg. Available from: <http://swespen.se/documents/Nutritionshandboken.pdf>

4. デンマーク

1) 高齢化率

	1月1日		
	2000	2005	2010
総人口	4,951,854	4,959,310	4,992,000
65歳以上人口	764,394	782,018	864,758
高齢化率 (%)	15.4	15.8	17.3

	1月1日		
	2011	2012	2013
総人口	4,998,111	5,000,055	8,001,954
65歳以上人口	893,947	926,576	956,271
高齢化率 (%)	17.9	18.5	19.1

出典：Danmarks Statistik. Befolkning og valg - FOLK2: Folketal 1. januar efter køn, alder, herkomst, oprindelsesland og statsborgerskab.

2) 栄養支援の体制

保健庁 (Sundhedsstyrelsen) は「医師、看護師、SOS アシスタント、SOS ヘルパー、臨床栄養士のガイドライン 栄養に関するリスクがある患者のスクリーニングと治療 (Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske døtister – Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko)」の中で、病院における栄養支援の体制を示している。低栄養のリスクアセスメントは医療職員が行い、支援ニーズの推定は看護師または臨床栄養士、食事形態や静脈栄養の処方医師が看護師および臨床栄養士と協働のもと提供することが望ましいとされている (Sundhedsstyrelsen, 2003)。

3) 長期ケア施設の体系と職員配置

1987年の高齢者住宅改革 (ældreboligreformen) により、高齢者や障害者の長期ケアを担う施設の施設形態を排し、居住機能とケア機能を分離することになった。この改革以降に始まった介護付き住宅 (plejebolig) は年齢に関わらず住むことができ、統計上は自宅として扱われている。

前述の改革に伴い、従来のナーシングホーム（plejehjem）と保護付き住宅（beskyttede bolig）については 1988 年以降の新規建設を廃止することになった。既存の施設についても、介護付き住宅への転換が進められている。

デンマークの介護付き住宅の職員構成において、他国にはあまりない特徴として、「ペタゴ」と呼ばれる教育職が配置されていることがあげられる。ペタゴに次いで SOS ヘルパー・SOS アシスタントと呼ばれる介護職の割合が高くなっている。

図表 2-6-1 介護付き住宅のユニット数(永続的な入居)

	年		
	2007	2008	2009
ナーシングホーム	10,356	8,507	7,443
保護付き住宅	2,202	2,013	1,824
高齢者向け介護付き住宅 (2006年より)	26,516	28,188	29,392
公営高齢者向け公営住宅 (2006年より)	29,616	30,148	31,776
その他の高齢者住宅 (2009年まで)	9,901	9,160	8,309
民間介護付き住宅 (2009年より)	0	0	311

	年			
	2010	2011	2012	2013
ナーシングホーム	6,789	5,621	5,126	4,040
保護付き住宅	1,804	1,507	1,313	1,053
高齢者向け介護付き住宅 (2006年より)	30,034	29,932	30,510	30,960
精神・身体障害者向け介護付き住宅 (2010年より)	2,404	4,121	5,618	7,106
公営高齢者向け公営住宅 (2006年より)	34,474	35,219	34,671	34,919
公営精神・身体障害者向け公営住宅 (2010年より)	702	1,234	1,615	1,291
民間介護付き住宅 (2009年より)	519	421	420	591

出典：Danmarks Statistik. Levevilkår - RESP01: Pladser på ældreområdet efter område, foranstaltningstype og pladstype.

図表 2-6-2 介護付き住宅(永続的入所)の常勤換算職員数

	年					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
管理	217	228.7	219.7	234.3	232.0	215.0
看護師	261.3	272.1	275.4	301.4	288.4	243.1
SOS ヘルパー・ペタゴ補助	3,705.5	3,983.7	4,074.8	4,023.5	3,784.6	3,743.6
SOS アシスタント	1,843.0	1,953.3	1,915.6	1,751.8	1,705.4	1,608.8
ペタゴ、教員	6,008.6	5,910.4	5,866.3	5,924.1	5,324.1	5,373.3
作業療法士	247.3	258.2	264.1	215.0	211.3	198.1
理学療法士	63.2	55.4	61.6	85.1	79.4	84.0
心理療法士	40.4	37.6	24.7	22.6	16.6	16.2
ソーシャルワーカー	69.9	70.8	68.8	67.9	45.0	37.1
執行・事務	522.8	550.1	583.2	448.7	398.0	370.3
管理人、用務員	240.7	213.1	241.7	248.2	251.5	235.1
清掃	512.4	516.6	499.9	456.6	424.5	368.4
配膳・調理	247.2	230.8	237.8	224.3	191.3	203.0

SOS ヘルパー (Social- og sundhedshjælper) は1年2か月の教育を受けたケア職。

SOS アシスタント (Social- og sundhedsassistent) は SOS ヘルパーに追加して1年8か月の教育を受けたケア職。

ペタゴ (Pædagog) は人を不特定の期間にわたり指導する教育職。保育所、幼稚園、クラブ、デイケアなどにも従事する。

出典：Danmarks Statistik. Levevilkår - RES10: Personale i omsorg og pleje, fuldtidsbeskæftigede efter område, arbejdsfunktion og hovedkonto.

4) 長期ケア施設等における看取りの実施状況

デンマークでは通常、死亡統計において死亡場所の分布を公表していない。緩和ケアセンター (Palliativt Videncenter) が死亡統計を再分析した報告によれば、病院の占める割合は50%弱であり、介護付き住宅や従来施設を含む自宅での死亡は40%強となっている。

図表 2-6-3 死亡場所の分布

		年						
		1995	1997	1998	1999	2004	2005	2006
病院	N	31,517	29,754	29,728	29,310	26,693	26,370	26,208
	%	50.2	49.9	51.2	49.9	48.0	48.2	47.5
従来施設	N	15,305	14,525	13,655	14,494	--	--	--
	%	24.4	24.4	23.5	24.7	--	--	--
自宅	N	13,777	12,912	12,633	12,643	23,599	23,228	23,632
	%	21.9	21.7	21.8	21.5	42.5	42.5	42.8
その他	N	2,216	2,415	2,063	2,204	5,300	4,579	5,335
	%	3.5	4.1	3.6	3.8	9.5	8.4	9.7
不明	N	--	--	--	71	0	493	0
	%	--	--	--	0.1	0.0	0.9	0.0

1995-1999 年の「従来施設」はナーシングホーム (plejehjem) や保護付き住宅 (beskyttede bolig) をさす。2004-2006 年の「自宅」は介護付き住宅や従来施設を含む。

出典：Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. Årgang 6, nr. 8 2002, Dødsårsagsregisteret 1999.; Palliativt Videncenter. Dødssted i Danmark i perioden 2004 til 2006.

5) 看取りにおける意思決定に関わる制度

デンマークでは 1998 年に「患者の権利に関する法律 (Lov om patienters retsstilling)」が施行され、「生前遺言の内容に関する医師の義務のガイダンス (Vejledning om lægers forpligtelser i relation til indholdet af livstestamenter)」が示されている (Sundhedsstyrelsen, 2006)。生前遺言 (livstestamenter) では、終末期や意思決定能力が障害されるなどの特定の状況における延命治療の希望もしくは拒否に関する意思表示がなされる。

デンマークは自己決定権の扱いに対して厳格な文化であり、例えば保健医療法 (lov om offentlig sygesikring) では、本人の同意なしに入院や治療を行うことが禁止されている。精神保健法 (psykiatrisloven) の規定により、精神科入院病棟に限り、同意に基づかない入院や治療の実施を認めている。本人の同意に基づかない社会サービスの提供や介入については、社会サービス法 (lov om social service) に規定がある。同意に基づかない介入を行うには、事前に基礎自治体コムーナ (kommune) の議会もしくは議会の中の委員会による審査を受け、承認を得る必要がある。許可された場合でも、時間を区切って行わなければならないなどの制限がある。

6) 長期ケア施設等における栄養支援の実施状況

デンマーク政府は 2002 年に、介護付き住宅で提供されている食事サービスや入居者の栄養状態に関する調査を実施した。調査対象者 32,019 名のうち、経管栄養を実施していたのは 0.5%であった (Beck & Kofod, 2003)。

図表 2-6-4 介護付き住宅における栄養支援の実施状況(2002 年)

	件数, %
調査対象者	32,019 名
通常の高齢者向けの食事 (脂質 30%)	41.3%
病院食 (脂質 40%)	29.3%
食欲がない人向けの食事 (脂質 50%)	7.1%
きざみ食	8.0%
グラタン食	0.5%
混合食	2.2%
ゼリー食	0.1%
流動食	1.3%
ベジタリアンのメニュー	0.5%
民族食	< 0.1%
お楽しみ食	0.9%
“好きになれない (食べようとしない) ”	4.6%
エネルギーとタンパク質を高めた手作りの飲みもの	4.3%
エネルギーとタンパク質を高めた工業製品のサプリメント	0.5%
経管栄養	0.5%
その他	1.4%

出典 : Beck AM, Kofod J. Måltidsservice på plejecentre, Status og forslag til initiativer.

7) 高齢者の摂食・嚥下機能障害に関するガイドラインの概要と特徴

「医師、看護師、SOS アシスタント、SOS ヘルパー、臨床栄養士のガイドライン 栄養に関するリスクがある患者のスクリーニングと治療」

Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske døtister – Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko

2003年に保健庁が公表した、栄養状態のアセスメントおよび栄養支援に関するガイドラインである。「4.2.1 経管栄養（経腸栄養）」では、食事やタンパク質・エネルギーの補助食品を用いても適切な栄養摂取が達成できない患者に対し、経腸栄養を用いるものとしている。静脈栄養に比べ経腸栄養の方が重篤な合併症が少なく、身体により自然な栄養の循環を提供することができ、安価であるとして、静脈栄養よりも経腸栄養を勧めている。「4.2.2 静脈栄養」において、経口摂取や経腸栄養が適用できない患者に対し、静脈栄養を行うものとしている。重篤な合併症のリスクを考慮して、年齢調整したスクリーニングの得点の結果をふまえ、実施する。ただし経腸栄養にも誤嚥などの副作用があることが指摘されている。

上記のガイドラインが策定されたのちも、政府は栄養支援に関するいくつかのプロジェクトを実施してきた。2007年には、保健庁が「患者のより良い食事 14 のプロジェクトの経験と栄養に関する将来の働きかけへの提案」を発表し、入院期間中の栄養状態のアセスメントや経管栄養の実施を判断するために必要な検査について、職員のスキル構築が必要だと示している（Sundhedsstyrelsen, 2007）。

またサービス庁（Servicestyrelsen）は高齢者における食事サービスの質を強化することを目的に、2009年10月から2010年8月にかけて「良い食事、良い生活（God mad – Godt liv）」プロジェクトを実施した。この事業の一環として、サービス庁国立食品機構（DTU Fødevarerinstitutionen）との共同で、これまでに開発された栄養アセスメントや治療の総括を報告している（Servicestyrelsen, 2010）。

その後、社会庁（Socialstyrelsen）は2012年から2013年にかけて、虚弱かつ低栄養状態にある高齢者への栄養介入の費用対効果研究（Cost-effectiveness studie af ernæringsindsats blandt svage underernærede ældre）を実施している。加えて、2013年5月に「在宅および介護付き住宅における高齢者の食事栄養に関する国家行動計画（National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen）」を発表した。この国家行動計画では、以下の5領域に対する推奨を提示している：①食事と栄養に関する指針（を持つこと）の重要性、②栄養のニーズ（を適切に把握す

ること)、③高齢者自身が食べたいと思うような(環境)基盤の整備、④セクターを越えた連携、⑤スキルと多職種連携。

文献

Beck AM, Kofod J. Måltidsservice på plejecentre, Status og forslag til initiativer. August 2003.

Available from:

<http://www.foedevarestyrelsen.dk/Publikationer/Alle%20publikationer/2003004.pdf>

Danmarks Statistik. Befolkning og valg - FOLK2: Folketal 1. januar efter køn, alder, herkomst, oprindelsesland og statsborgerskab. Available from:

<http://www.statbank.dk/statbank5a/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=FOLK2&PLanguage=0&PXId=0&wsid=cftree>

Danmarks Statistik. Levevilkår - RES10: Personale i omsorg og pleje, fuldtidsbeskæftigede efter område, arbejdsfunktion og hovedkonto. Available from:

<http://www.statbank.dk/statbank5a/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=RES10&PLanguage=0&PXId=0&wsid=cftree>

Danmarks Statistik. Levevilkår - RESP01: Pladser på ældreområdet efter område, foranstaltningsart og pladstype. Available from:

<http://www.statbank.dk/statbank5a/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=RESP01&PLanguage=0&PXId=0&wsid=cftree>

Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. Årgang 6, nr. 8 2002, Dødsårsagsregisteret 1999. Available from:

http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/nyetal6_8.pdf

Palliativt Videncenter. Dødssted i Danmark i perioden 2004 til 2006. March 2013. Available from:

http://www.pavi.dk/Libraries/projekter/Doedssted_i_Danmark_i_perioden_2004-2006.sflb.ashx

Servicestyrelsen. Projekt God maf – Godt liv Evalueringsrapport. Available from:

<http://www.socialstyrelsen.dk/godmadgodtliv/resolveuid/8e27f8348ce5e589b40b70ba2f1d3891>

Servicestyrelsen, DTU Fødevareinstituttet. Projekt "Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre". Available from: <http://www.servicestyrelsen.dk/filer/udgivelser/projekt-udvikling-af-et-redskab-til-ernaeringsvurdering-og-behandling-af-aeldre>

Socialstyrelsen. National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen. Available from: http://socialstyrelsen.dk/aeldre/forebyggelse-og-sundhed/filer/Nationalhandlingsplanformltidderogernringtilldre_2013.pdf

Sundhedsstyrelsen. Bedre mad til syge – fællesrapport. Erfaringer fra 14 projekter og idéer til den fremtidige ernæringsindsats. July 2007. Available from:

http://www.sst.dk/publ/Publ2007/CFF/Ernaering/BMts_faellesrapport.pdf

Sundhedsstyrelsen. TILSYNSTEMA 2006 Lægers viden om lov om patienters retsstilling. Available from:
http://www.sst.dk/publ/Publ2006/KOT/Tilsynstema/Laegers_viden_lov%20patienters_retsstilling.pdf

Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske døtister – Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. 2003. Available from:
http://www.sst.dk/publ/Publ2008/CFF/ernaering/BMTS_Vejl_dan_05mar08.pdf

5. フランス

1) 高齢化率

	1月1日		
	2000	2005	2010
総人口	60,508,150	62,730,537	64,612,939
65歳以上人口	9,571,659	10,233,832	10,731,701
高齢化率 (%)	15.8	16.3	16.6

	1月1日			
	2011	2012	2013	2014
総人口	64,948,520	65,280,857	65,585,857	65,820,916
65歳以上人口	10,860,516	11,174,879	11,495,890	11,848,343
高齢化率 (%)	16.7	17.1	17.5	18.0

出典：Institut national de la statistique et des études économiques. Population par sexe et groupes d'âges quinquennaux

2) 栄養支援の体制

高等保健機構（Haute Autorité de Santé）によるガイドライン「高齢者におけるタンパク質エネルギーの低栄養に対する栄養支援の戦略（Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée）」では、高齢者の栄養支援に参与する機関として、地域包括情報調整センター（centre locaux d'information et de coordination, CLIC）、食事栄養連絡委員会（comité de liaison en alimentation et nutrition, CLAN）、栄養に関する組織横断ユニット（unité transversales de nutrition, UTN）をあげている。

地域包括情報調整センターは高齢者やその関係者に情報・助言や指導を提供するワンストップの窓口機関である。しかし直接のケア提供や手当の給付をするわけではない。食事栄養連絡委員会は全国栄養健康プログラム（Programme national nutrition santé, PNNS）を通じて大学病院（Centre Hospitalier Universitaire, CHU）の中に設置され、組織内で患者に提供される食事や栄養支援を管理する役割を有する。委員会の構成は機関の規模によって異なる。栄養に関する組織横断ユニットは2006-2010年にかけて行われた第2期全国栄養健康プログラム（deuxième Programme national nutrition santé,

PNNS2) を通じて設立されたものである。このユニットは患者の居所に合わせて移動し、組織横断的に栄養ケアを実施する (Haute Autorité de Santé, 2007)。

3) 長期ケア施設の体系と職員配置

フランスでは高齢者の社会サービスをカバーする個別化自律手当 (Allocation personnalisée d'autonomie, APA)、障害者を対象とする障害補償給付 (prestation de compensation, PCH) がある。APA の給付対象となる要介護高齢者滞在施設 (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, EHPAD) には、日常生活援助や食事の提供などを支援する老人ホーム (maison de retraite)、自立した生活を営める高齢者用の住居施設である老人アパート (logement-foyer)、自立が困難で医療ニーズを有する者向けの長期療養施設 (soins de longue durée) などがある。老人ホームや老人アパートの中には、必ずしも EHPAD でないものもある。

APA の給付を受けている施設の職員構成をみると、心理・パラメディカル・ケア職の割合が多いが、その他に教育、社会関係の職員も配置されている。心理・パラメディカル・ケア職の中では介護士が6割を占め、看護師が2割となっている。

図表 2-7-1 高齢者施設の定員数(永続的入所)

	1月1日					
	2006	2007	2008	2010	2011	2012
老人ホーム	435,311	453,599	463,371	504,551	518,196	543,759
老人アパート	153,301	150,797	148,886	143,270	141,114	126,075
上2つのうち EHPAD でない	352,514	386,424	424,099	501,172	531,446	547,732
長期療養施設	72,434	68,378	68,156	44,938	34,075	32,555

出典：STATISS. STAtistiques et Indicateurs de la Santé et du Social.

図表 2-7-2 高齢者施設の常勤換算職員数(2007年12月31日)

	EHPAD	EHPAD でない 老人ホーム	EHPAD でない 老人アパート	長期療養施設
運営	9,558.8	1,244.5	432.5	68.5
一般業務	17,581.9	2,629.8	639.0	163
管理	1,373.1	158.6	286.1	4.9
教育、社会	14,194.4	1,051.7	271.5	123.5
医師	933.7	68.8	161.5	0.1
心理、パラメディカル、ケア	44,115.5	4,831.3	8,442.3	51
心理士	721.4	23.0	37.7	0.3
看護師	9,255.2	958.9	2,069.5	4.9
療法士（理学・作業・言語など）	504.0	44.9	154.2	0.2
栄養士	30.3	2.0	14.0	--
介護士	29,051.0	3,400.5	5,971.4	36.5
その他	4,553.6	402.0	195.5	9.1
公立病院のサービス派遣 または民間の派遣サービス	33,150.0	5,127.4	3,461.8	96.9
不明	327.6	4.9	13.7	--

出典：Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007.

4) 長期ケア施設等における看取りの実施状況

フランスの死亡統計において、医療機関（病院または民間診療所）が死亡場所であった割合は 60%弱で推移している。老人ホームの割合は 10%強、自宅・アパートが 25%程度を占めている。

図表 2-7-3 死亡場所の分布

		年						
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
病院	N	260,093	259,385	266,485	269,005	269,875	267,990	278,633
	%	49.4	48.8	49.1	49.0	49.0	49.2	48.9
民間 診療所	N	44,001	44,412	46,171	47,239	46,226	45,609	45,899
	%	8.3	8.4	8.5	8.6	8.4	8.4	8.1
老人 ホーム	N	53,808	55,690	59,199	62,569	62,999	63,215	70,262
	%	10.2	10.5	10.9	11.4	11.4	11.6	12.3
路上、 公道	N	8,839	8,583	8,284	8,455	8,177	8,091	7,806
	%	1.7	1.6	1.5	1.5	1.5	1.5	1.4
自宅、 アパート	N	142,380	144,095	145,075	143,630	141,984	136,611	142,947
	%	27.0	27.1	26.7	26.2	25.8	25.1	25.1
その他、 不明	N	17,915	19,108	17,361	17,643	21,957	23,541	24,321
	%	3.4	3.6	3.2	3.2	4.0	4.3	4.3

出典：Institut national de la statistique et des études économiques. Données détaillées des statistiques d'état civil sur les décès en 2012, Tableau DC3D - Décès suivant le lieu de décès par département et région d'enregistrement.

5) 看取りにおける意思決定に関わる制度

フランスでは 2002 年に「患者の権利及び保健システムの質に関する法律（Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé）」が施行され、第 2 章「保健衛生上の民主主義（Démocratie sanitaire）」において緩和医療を受ける権利が位置づけられた。その後、2005 年に「患者の権利及び生の終末に関する法律（Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie）」、通称レオネッティ法（Leonetti's law）が施行された。この法の主な目的は（1）無益な医学的治療の継続を禁止する、（2）人々の緩和ケアにアクセスする権利を強化する、（3）患者の自己決定の原則を促進することにある（Pennec et al., 2012）。

一方で、事前指示（directives anticipées / directives préalables）に関する法制化はなされておらず、患者の事前指示がある場合も医師がそれに従う義務はないと解釈されている（Ministre des Affaires sociales et de la Santé, 2010）。

6) 長期ケア施設等における栄養支援の実施状況

オーヴェルニュ（Auvergne）地域圏の保健庁（Agences régionales de santé, ARS）が2011年6月に実施した調査では、圏内のEHPADの入居者3,997名のうち低栄養状態にある者が24%いたと報告されている。そのうち経管栄養が実施されたのは0.1%であった（ARS d'Auvergne, 2013）。

図表 2-7-4 オーヴェルニュ地域圏のEHPAD入居者における栄養支援の実施状況

	件数, %
分析対象入居者	3,997名
低栄養の状態にある	24%
食感（テクスチャー）を調整した食事を提供	40%
サプリメントを提供	19%
栄養価を高くした食事を提供	9%
スナックなどの提供	0.3%
経管栄養の実施	0.1%

出典：ARS d'Auvergne. Evaluation de la prise en charge médicale des résidents: Risques latrogènes et de Dénutrition dans les EHPAD d'Auvergne.

一方、2005年にアキテーヌ（Aquitaine）地域圏で長期ケア施設461か所を対象に実施された調査では、1施設あたり経管栄養をしている入所者の割合の平均は5%（SD = 1）と報告されている（Bourdel-Marchasson et al., 2009）。

また、ブリュターニュ（Bretagne）地域圏の保健庁がPMSI（Programme de Médicalisation du Système d'Information）のデータを用いた分析では、在宅入院（hospitalisation à domicile, HAD）における経腸栄養の実施率は6%、静脈栄養の実施率は3%程度と報告されている。

図表 2-7-5 ブリュターニュ地域圏の在宅入院患者における人工栄養の実施状況

		年		
		2009	2010	2011
分析対象入居者	N	112,330	136,919	144,988
経腸栄養	N	6,742	8,314	7,952
	%	6.0	6.1	5.5
静脈栄養	N	3,296	3,903	4,382
	%	2.9	2.9	3.0

出典：ARS d'Bretagne, Direction de la Stratégie, de l'Evaluation, et de la Performance, Département Statistiques, Observation et Etudes. Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan PMSI HAD 2010.; PMSI HAD: Synthèse 2011.

7) 高齢者の摂食・嚥下機能障害に関するガイドラインの概要と特徴

「高齢者におけるタンパク質エネルギーの低栄養に対する栄養支援の戦略」

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée

高等保健機構が2007年4月に公表したガイドラインである。全国栄養健康プログラムを通して確立された。低栄養状態のスクリーニングや診断、栄養支援の方法を記載している。「5.1 栄養支援の異なる形態の指示」では、まず経口摂取における工夫を試み、それではニーズを満たせない場合に経腸栄養を試行することを推奨している。静脈栄養の実施を三つの条件下に限定している：解剖学的または機能的な理由で吸収が悪い状態にある、急性または慢性の腸疾患がある、経腸栄養ではうまくいかない（耐性が低い）。「5.8 老年科における栄養支援の推奨」では、認知症の終末期の段階にある高齢患者に対する経腸栄養は推奨されていない。また嚥下機能障害がある患者に対し、経腸栄養をすることで肺炎を予防する効果は証明されていない。「6. 特殊な状況におけるケア」の「6.1 アルツハイマー病」においては、重度のアルツハイマー病患者に対する経腸栄養の実施は、生命を脅かす合併症を起こすリスクがあり、かつ利益が証明されていないという理由で、推奨されていない。

文献

ARS d'Auvergne. Evaluation de la prise en charge médicale des résidents: Risques iatrogènes et de Dénutrition dans les EHPAD d'Auvergne. March 2013. Available from:
http://www.ars.auvergne.sante.fr/fileadmin/AUVERGNE/ARS_auvergne/soins_et_accompagnement/structure_medico_sociale/RIDE/resultats/restitution_ehpad_21_mars_2013.pdf

ARS d'Bretagne, Direction de la Stratégie, de l'Evaluation, et de la Performance, Département Statistiques, Observation et Etudes. Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan PMSI HAD 2010. Available from:
http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_Intranet/Espace_metiers/Direction_strategie/PMSI/Bilan_HAD_2010_mis_en_forme.pdf

ARS d'Bretagne, Direction de la Stratégie, de l'Evaluation, et de la Performance, Département Statistiques, Observation et Etudes. Institut national de la statistique et des études économiques. PMSI HAD: Synthèse 2011. Available from:
http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Qualite_et_performance/Secteur_hospitalier/3_Bilan_HAD_2011_vf.pdf

Bourdel-Marchasson I, Rolland C, Jutand MA, Egea C, Baratchart B, Barberger-Gateau P. Undernutrition in geriatric institutions in South-West France: policies and risk factors. *Nutrition* 2009;25(2):155-164.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007. February 2010. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat142-2.pdf>

Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. April 2007. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf

Institut national de la statistique et des études économiques. Population par sexe et groupes d'âges quinquennaux. Available from: <http://www.insee.fr/fr/ffc/figure/NATnon02150.xls>

Institut national de la statistique et des études économiques. Données détaillées des statistiques d'état civil sur les décès en 2012, Tableau DC3D - Décès suivant le lieu de décès par département et région d'enregistrement. Available from: http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/irweb/irsocsd20123/dd/excel/irsocsd20123_dc3d_f.xls

Ministre des Affaires sociales et de la Santé. Les directives anticipées. April 2010. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_directives_anticipees.pdf

Pennec S, Monnier A, Aubry R. End-of-life medical decisions in France: a death certificate follow-up survey 5 years after the 2005 act of parliament on patients' rights and end of life. *BMC Palliative Care* 2012;11:25.

STATISS. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social, 2006. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/statiss2006/macfranc.xls>

STATISS. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social, 2007. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/statiss2007/macfranc.xls>

STATISS. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social, 2008. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/statiss2008/macfranc.xls>

STATISS. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social, 2009. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/statiss2009/macfranc.xls>

STATISS. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social, 2010. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/statiss2010/Mafran2010.xls>

STATISS. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social, 2011. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/statiss2011/maqfranc2011.xls>

STATISS. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social, 2012. Available from:
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/maqfranc2012.xls>

第3節 アジア・オセアニア

1. オーストラリア

1) 高齢化率

	6月30日					
	2000	2005	2010	2011	2012	2013
総人口	19,157,037	20,328,609	22,342,398	22,323,933	22,723,904	23,130,931
65歳以上人口	2,360,234	2,668,001	3,009,114	3,076,539	3,211,211	3,337,592
高齢化率 (%)	12.3	13.1	13.5	13.8	14.2	14.4

出典：Australian Bureau of Statistics. 3101.0 - Australian Demographic Statistics.

2) 栄養支援の体制

オーストラレーシア静脈経腸栄養学会（Australasian Society of Parenteral and Enteral Nutrition, AuSPEN）による「オーストラリアにおける在宅経腸栄養の臨床実践ガイドライン（AuSPEN Clinical Practice Guidelines for Home Enteral Nutrition in Australia）」では、病院内の栄養支援チーム（nutrition support team）の体制についても推奨事項を示している。在宅経腸栄養患者のケアにおいては、一次医療を担う医師と栄養支援チーム（医師、看護師、栄養士、ストーマの療法士からなる）が協働して、ケアの初めから継続して責任を負うことを推奨している（Australasian Society of Parenteral and Enteral Nutrition, 2010）。

3) 長期ケア施設の体系と職員配置

高齢者ケア法（Aged Care Act）に基づく施設ケアパッケージ（Residential Aged Care, RAC）では、施設ケアがケアレベルの高低で二分されている他は、分類はない。高齢者ケア法に基づくケアを受けるには、ACAT（Aged Care Assessment Team）のアセスメントで認定される必要がある。このケアニーズ評価の際に使用される尺度はACFI（Aged Care Funding Instrument）という。

RACの職員で直接ケアを提供する職種のうち、介護職に相当する身体介護者が7割弱を占めており、看護師は25%前後となっている。

障害者に対しては国家障害協定（National Disability Agreement, NDA）に基づく施設サービス（accommodation support service）が提供されている。若年障害者（若年認知症を含む）でも、地域に NDA などの利用可能なサービスがないと認められる場合は、RAC を利用することができる。

これらの公的な社会サービスとは別に、高齢者が利用できる民間のケア付き住宅（retirement village）がある。2011 年の国勢調査（Census 2011）によると全国で 134,659 名がケア付き住宅に入居している。2006 年の国勢調査では 111,712 名であった。

図表 2-8-1 高齢者ケア法に基づく施設ケア RAC の利用者数(永続的入居, 6 月 30 日)

年	1999	2000	2005	2010	2011	2012
利用者数	132,420	133,387	149,091	162,597	165,032	166,976

出典：Australian Institute of Health and Welfare. Residential aged care in Australia: a statistical overview.; Residential aged care and aged care packages in the community 2011-2012.

図表 2-8-2 RAC の直接ケアを提供する常勤換算職員数

	年		
	2003	2007	2012
特定看護師			190
登録看護師	16,265	13,247	13,939
准看護師	10,945	9,856	10,999
身体介護者	42,943	50,542	64,669
コメディカル	5,776	5,204	
専門職			1,612
補助者			3,414

出典：Department of Health and Ageing. The Aged Care Workforce, 2012.

4) 長期ケア施設等における看取りの実施状況

オーストラリアでは通常、死亡統計において死亡場所の分布を公表していない。保健医療福祉機構（Australian Institute for Health and Welfare）が医療機関の死亡データを元に計算した分析では、病院の占める割合は 50%強となっている。その他のうち、自宅と長期ケア施設の内訳は明らかではない。ただし、高齢者ケア法に基づく施設ケア RAC の永続的入居者において、年間の退居者の 90%強は死亡によるものである。

図表 2-8-3 死亡場所の分布

		年					
		1999	2000	2001	2002	2003	2004
病院	N	67,740	69,161	70,557	71,477	71,826	70,707
	%	52.8	53.6	54.1	54.0	53.9	53.8
在宅での 病院ケア	N	--	--	114	96	106	92
	%	--	--	0.1	0.1	0.1	0.1
その他	N	60,656	59,796	59,652	60,889	61,418	60,579
	%	47.2	46.4	45.8	46.0	46.1	46.1

		年					
		2005	2006	2007	2008	2009	2010
病院	N	71,030	72,354	74,259	74,276	72,908	74,732
	%	53	53.3	52.8	51.7	51.8	51.5
在宅での 病院ケア	N	92	86	106	104	113	129
	%	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
その他	N	62,931	63,420	66,322	69,250	67,690	70,192
	%	46.9	46.7	47.1	48.2	48.1	48.4

出典：Australian Institute of Health and Welfare. Trends in Palliative Care in Australian Hospitals.; Palliative Care Services in Australia.

図表 2-8-4 高齢者ケア法に基づく施設ケア RAC の永続的入居者の退居先

	2008年		2009年		2010年		2011年	
	N	%	N	%	N	%	N	%
合計	55,310	100.0	54,193	100.0	56,422	100.0	57,315	100.0
死亡退居	48,874	88.4	48,541	89.6	51,203	90.8	52,220	91.1
地域に復帰	1,892	3.4	1,975	3.6	1,981	3.5	1,294	2.3
病院に入院	1,905	3.4	1,634	3.0	1,415	2.5	1,066	1.9
他の RAC へ移動	1,802	3.3	1,382	2.6	1,169	2.1	2,101	3.7
その他	837	1.5	661	1.2	654	1.2	634	1.1

出典：Australian Institute of Health and Welfare. Residential aged care in Australia: a statistical overview. Residential aged care and aged care packages in the community 2011-2012.

5) 看取りにおける意思決定に関わる制度

オーストラリアでは各州が個別に代理権（Power of Attorney）の指定に関する制度を設けている。各州の管轄機関は下の表の通りとなっている。

図表 2-8-5 各州における代理権を管轄する政府機関

州	管轄機関
Australian Capital Territory	Public Advocate of the ACT
Northern Territory	Department of Justice
New South Wales	Department of Ageing, Disability & Home
Queensland	Department of Justice & Attorney-General
South Australia	Legal Services Commission of South Australia
Tasmania	Legal Aid Commission of Tasmania
Victoria	Department of Justice Victoria
Western Australia	Department of the Attorney General

また、オーストラリアでも事前ケア計画（advanced care planning）の作成が推奨されている。オーストラリアの法体系は判例に基づく判例法（Common Law）と議会で制定される制定法（Statute Law）の2つで構成されており、事前ケア計画に関する判例法として最も有名なのは2009年のニューサウスウェールズ州における判例とされている。ここにおいて、特定の医療行為を拒否する事前指示は、要件を満たしているならば守られるべきであると判断された。事前指示の制定法は州ごとの立法となっており、ほぼ全ての州で事前指示や治療の拒否に関する規定がある。

<http://advancecareplanning.org.au/advance-care-planning/for-professionals/the-law-of-advance-care-planning/>

6) 長期ケア施設等における栄養支援の実施状況

高齢者ケア施設 RAC の運営に関するガイドライン「高齢者ケア施設のサービスマニュアルの標準とガイドライン（Standards and Guidelines for Residential Aged Care Services Manual）」では、「基準2 医療と介護ケア」の「2.10 栄養と水分」において、入居者が適切な栄養と水分を摂れるように、個々の健康ニーズと文化・宗教的な求めに応じた食物と液体を用意することを規定している（Department of Health and Ageing, 2009）。

保健高齢省（Department of Health and Ageing; 現在は保健省 Department of Health）は2009年6月と2010年12月のACFI（Aged Care Funding Instrument）によるアセスメントのデータを再分析している。2010年12月におけるRACの入居者162,874名を対象とした分析では、その時点で経管栄養が行われており管理を受けていたのは0.9%であった（Department of Health and Ageing, 2011）。

図表 2-8-6 RACの入居者のうち、複合的なケア手順が必要な者の割合(2010年12月)

	件数, %
対象者	162,874名
登録看護師による特別な食事の管理を少なくとも1日1回、1対1で受けている、重度の嚥下機能障害がある者（経管栄養は除く）	0.9%
カテーテルのケアプログラム（現在進行中）；一時的なものを除く	3.2%
ストーマケアの管理（現在進行中、一時的なものや恥骨上部カテーテルは除く）	1.3%
気道吸引、気管切開孔のケア	0.1%
現在進行中の経管栄養の管理	0.9%

出典：Department of Health and Ageing. Review of the Aged Care Funding Instrument.

また、病院の入院患者と高齢者ケア施設RACの入居者の栄養状態を比較した調査が過去に実施されている（Schönherr et al., 2012）。病院の患者2,326名のうち、栄養状態が悪いと判定された者は265名であり、その中で経腸栄養が実施されたのは10.9%、静脈栄養が実施されたのは20.0%であった。RACの入居者1,487名のうち、栄養状態が悪いと判定された者は324名であり、その中で経腸栄養が実施されたのは4.3%、静脈栄養が実施されたのは2.2%であった。

7) 高齢者の摂食・嚥下機能障害に関するガイドラインの概要と特徴

「立場証明 12 高齢者の嚥下機能障害と誤嚥」

Position Statement 12 Dysphagia and Aspiration in Older People

オーストラリア・ニュージーランド老年医学会（Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine）による12項目の立場表明である。2004年に発表されたのち、2010年に改訂された。項目9では以下のように記述されている：経管栄養は、誤嚥の要因が脳卒中などの非進行的な疾患である場合には、一時的な栄養支援として有効である。しかし、進行性の要因がある患者の多数における有効性には疑問がある。

項目 10 では、経管栄養（経鼻や胃ろう）は誤嚥を予防しないこと、かつ誤嚥のリスクがある患者に対して用いられる安全な方法とは言えないことが述べられている。

「高齢者の施設ケア RAC における緩和的なアプローチのガイドライン」

Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care

国家緩和ケアプログラム（The National Palliative Care Program）において 2006 年に確立されたガイドラインである。ガイドラインの「6.4 栄養と水分」の「6.4.1 栄養」では、認知症が進行していて摂食や嚥下機能障害が起きている者に対し、経管栄養を行うことで快適さや延命、誤嚥性肺炎の予防といった利益があるというエビデンスはないと示している。反対に、経管栄養の実施は誤嚥性肺炎のリスク要因となり、死亡率を高めることが指摘されている。したがって経腸栄養や静脈栄養は緩和的なアプローチの観点からは推奨されない。PEG も終末期の段階では、身体の方が（栄養の）摂取に耐えられなくなっており、不快さを増す結果につながるとされている。

「オーストラリアとニュージーランドの在宅静脈栄養患者への臨床実践ガイドライン」

AuSPEN clinical practice guideline for home parenteral nutrition patients in Australia and New Zealand

オーストラレーシア静脈経腸栄養学会が 2008 年に公表したガイドラインである。9 項目の臨床および実践における質問に対し、エビデンスに基づいた推奨を提示している。「1. 在宅静脈栄養プログラムの選定基準」については、悪性腫瘍のため腸疾患がある患者が在宅静脈栄養の適用となるが、以下の点を慎重に考慮するべきとしている：腫瘍の治療に反応する可能性、病名告知や予後、QOL、終末期の問題、治療の中止。

「一連のケアにわたる成人患者の低栄養の栄養管理に関するエビデンスに基づいた実践ガイドライン」

Evidence Based Practice Guidelines for the Nutritional Management of Malnutrition in Adult Patients Across the Continuum of Care

オーストラリア栄養士協会（Dietitians Association of Australia）が 2009 年に公表したガイドラインである。（1）栄養スクリーニング、（2）栄養アセスメント、（3）栄養の目標、介入およびモニタリングについて、急性期ケア・リハビリテーション・RAC・在宅のそれぞれの場所ごとに個々の介入のエビデンスの有無を示している。

「3b: 成人の低栄養の予防と治療のための適切な介入は何か？」において、経腸栄養や

静脈栄養の実施により、RACの入居者や在宅の者に何らかの成果があるというエビデンスはないとしている。

「オーストラリアにおける在宅経腸栄養の臨床実践ガイドライン」

AuSPEN Clinical Practice Guidelines for Home Enteral Nutrition in Australia

2010年に公表されたオーストラレーシア静脈経腸栄養学会によるガイドラインである。在宅経腸栄養の適用となる診断、患者の選定、アセスメント、計画、実施、書面に起こしておくべきもの、モニタリング、中止といった内容について示している。

「中止」の項目では、予め実施計画の中で、いつ経腸栄養を中止して、他のどのような代替行動をとるか示しておくことを推奨している。もはや経腸栄養をすることによる患者の利益は無いと栄養支援チームおよび患者／家族が判断したときに、経腸栄養は中止されるべきだとしている。また、嚥下機能障害があるときは、経腸栄養から経口摂取に移行することを支援し、誤嚥のリスクを最小限にするために、言語聴覚士の支援が必要だとしている。

「臨床ガイドライン 嚥下機能障害」

Clinical Guideline Dysphagia

オーストラリア言語聴覚病理学会（Speech Pathology Association of Australia）が2012年に公表したガイドラインである。嚥下機能障害のアセスメント・診断・介入・サービスのマネジメントといったケアに関する内容に加えて、職員に対する教育訓練のあり方や倫理的・法的問題についても言及している。「6.6.9 緩和ケア」の項目では、嚥下機能障害を有する患者も延命治療を拒否する権利があり、終末期における飲み込みやコミュニケーションの問題に対応するときに、言語聴覚士は症状の管理やQOLを向上させる役割があると示している。静脈栄養や経腸栄養は症状管理を改善せず、むしろ患者自身の不快さを増すこと、また終末期の非経口的な水分補給は肺水腫を引き起こしたり、死の過程を早めたりする可能性のあることが指摘されている。

文献

AuSPEN. Clinical Practice Guidelines for Home Enteral Nutrition in Australia. Available from: <http://www.auspen.org.au/assets/Uploads/Documents/guidelines-2/AuSPEN-Home-Enteral-Nutrition-Guidelines.pdf>

Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine. Position Statement 12 Dysphagia and Aspiration in Older People. Available from: <http://www.anzsgm.org/documents/PS12DYSYPHAGIA2010cleanfinal.pdf>

Australian Bureau of Statistics. 2011 Census of Population and Housing. Available from:
<http://www.abs.gov.au/websitedbs/censushome.nsf/home/census?opendocument&navpos=10>

Australian Bureau of Statistics. 3101.0 - Australian Demographic Statistics, June 2000. Available from:

<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/DetailsPage/3101.0Jun%202000?OpenDocument>

Australian Bureau of Statistics. 3101.0 - Australian Demographic Statistics, June 2005. Available from:

<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/DetailsPage/3101.0Jun%202005?OpenDocument>

Australian Bureau of Statistics. 3101.0 - Australian Demographic Statistics, June 2010. Available from:

<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/DetailsPage/3101.0Jun%202010?OpenDocument>

Australian Bureau of Statistics. 3101.0 - Australian Demographic Statistics, June 2011. Available from:

<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/DetailsPage/3101.0Jun%202011?OpenDocument>

Australian Bureau of Statistics. 3101.0 - Australian Demographic Statistics, June 2012. Available from:

<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/DetailsPage/3101.0Jun%202012?OpenDocument>

Australian Bureau of Statistics. 3101.0 - Australian Demographic Statistics, June 2013. Available from:

<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/DetailsPage/3101.0Jun%202013?OpenDocument>

Australian Institute of Health and Welfare. Palliative Care Services in Australia 2012. October 2012. Available from: <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=10737423346>

Australian Institute of Health and Welfare. Palliative Care Services in Australia 2013. November 2013. Available from: <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129545131>

Australian Institute of Health and Welfare. Residential aged care and aged care packages in the community 2011-2012. Available from: <http://www.aihw.gov.au/aged-care/residential-and-community-2011-12/>

Australian Institute of Health and Welfare. Residential aged care facilities in Australia 1998-99: a statistical overview. Available from:

<http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442453939>

Australian Institute of Health and Welfare. Residential aged care in Australia 1999-00: a statistical overview. Available from:

<http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442453968>

Australian Institute of Health and Welfare. Residential aged care in Australia 2004-05: A statistical overview. Available from:

<http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442454167>

Australian Institute of Health and Welfare. Residential aged care in Australia 2009-10: A statistical overview. Available from:

<http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=10737421028>

Australian Institute of Health and Welfare. Residential aged care in Australia 2010-11: A statistical overview. Available from:

<http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=10737422896>

Australian Institute of Health and Welfare. Trends in Palliative Care in Australian Hospitals. October 2011. Available from: <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=10737420164>

Department of Health and Ageing. Review of the Aged Care Funding Instrument. May 2011.

Available from:

[http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/CA25774C001857CACA25788B0006EA4E/\\$File/ReportReviewofACFI.pdf](http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/CA25774C001857CACA25788B0006EA4E/$File/ReportReviewofACFI.pdf)

Department of Health and Ageing. The Aged Care Workforce, 2012. Available from:

[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-nat-agedcare-workforce-census-survey/\\$File/D1010-NACWCAS-Report-Revised.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-nat-agedcare-workforce-census-survey/$File/D1010-NACWCAS-Report-Revised.pdf)

Department of Health and Ageing. Standards and Guidelines for Residential Aged Care Services Manual. September 2009. Available from:

<http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/ageing-manuals-sgr-sgrindex.htm>

Dietitians Association of Australia. Evidence Based Practice Guidelines for the Nutritional Management of Malnutrition in Adult Patients Across the Continuum of Care. *Nutrition & Dietetics* 2009;66(Suppl. 3): S1-S34.

Gillanders L, Angstmann K, Ball P, Chapman-Kiddell C, Hardy G, Hope J, Smith R, Strauss B, Russell D. AuSPEN clinical guideline for home parenteral nutrition patients in Australia and New Zealand. *Nutrition* 2008; 24: 998-1012.

Schönherr S, Halfens RJ, Meijers JM, Schols JM, Lohrmann C. Structural and process indicators of nutritional care: a comparison between Austrian hospitals and nursing homes. *Nutrition* 2012;28(9):868-876.

Speech Pathology Association of Australia. Clinical Guideline Dysphagia. Available from:

http://www.speechpathologyaustralia.org.au/library/Clinical_Guidelines/FINAL%2015062012%20Dysphagia%20Clinical%20Guidelines.pdf

The National Palliative Care program. Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care. May 2006. Available from:

<http://agedcare.palliativecare.org.au/LinkClick.aspx?fileticket=y/LLQ7dHwgM=&tabid=824>

2. 日本

1) 高齢化率

10月1日	2000	2005	2010	2011	2012
総人口	126,925,843	127,767,994	128,057,352	127,799,000	127,515,000
65歳以上人口	22,005,152	25,672,005	29,245,685	29,752,000	30,793,000
高齢化率 (%)	17.4	20.2	23.0	23.3	24.1

出典：総務省. 国勢調査; 人口推計（各年10月1日現在人口）.

2) 栄養支援の体制

日本静脈経腸栄養学会（JASPEN）は「静脈経腸栄養ガイドライン 静脈・経腸栄養を適切に実施するためのガイドライン（第3版）」において、「栄養サポートチーム（NST）」の定義および活動内容を示している。NSTとは、医師、歯科医師、（管理）栄養士、看護師、薬剤師、臨床検査技師、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士など、多職種による栄養管理を行うための医療チームとされている。診療報酬では2006年に栄養管理実施加算、2010年に栄養サポートチーム加算が施設されるなど、医療機関の栄養管理に対する評価が行われるようになっている（日本静脈経腸栄養学会, 2013）。

3) 長期ケア施設の体系と職員配置

介護保険制度においては、施設サービスに分類される介護保険施設のほかに、地域密着型サービスの認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）や、居宅サービスを利用できる特定施設など、長期ケア施設に該当するものがある。

また老人福祉法による老人福祉施設、老人福祉施設以外のその他の施設として有料老人ホームなどがある。

これらに加えて、2011年の「高齢者の居住の安定確保に関する法律」の改正により、サービス付き高齢者向け住宅が創設されている。

図表 2-9-1 介護保険における長期ケア施設の入居者数(短期入所を除く)

9月30日	年				
	2000	2005	2010	2011	2012
介護保険施設					
介護老人福祉施設	296,082	376,328	396,356	420,827	
介護老人保健施設	213,216	269,352	282,645	293,432	
介護療養型医療施設	102,887	120,448	73,405	71,377	
地域密着型サービス					
認知症対応型共同生活介護	5,450	94,907	127,858	136,188	
介護予防認知症対応型共同生活介護	--	--	1,251	1,285	
地域密着型特定施設入所者生活介護	--	--	2,678	3,090	
居宅サービス					
特定施設入所者生活介護	--	49,927	106,783	116,765	
介護予防特定施設入所者生活介護	--	--	18,217	18,969	

出典：厚生労働省. 介護サービス施設・事業所調査.

図表 2-9-2 老人福祉法における長期ケア施設の入居者数

9月30日	年				
	2000	2005	2010	2011	2012
老人福祉施設					
養護老人ホーム（一般）	61,299	60,497	55,314	53,752	
養護老人ホーム（盲）	2,727	2,790	2,740	2,629	
軽費老人ホーム A 型	13,698	13,153	11,875	11,366	
軽費老人ホーム B 型	1,380	1,080	840	717	
軽費老人ホーム（ケアハウス）	40,990	63,240	65,461	67,565	
その他の社会福祉施設等					
有料老人ホーム	26,616	69,867	161,625	179,505	

出典：厚生労働省. 社会福祉施設等調査.

図表 2-9-3 サービス付き高齢者向け住宅の戸数

11月30日	年		
	2011	2012	2013
棟数	30	2,587	
戸数	994	82,809	

出典：すまいづくりまちづくりセンター連合会. サービス付き高齢者向け住宅登録状況.

4) 長期ケア施設等における看取りの実施状況

人口動態統計によれば、2012年の全死亡における病院・診療所・助産所をあわせた医療機関での死亡の割合は78.6%である。自宅は12.8%、介護老人保健施設・老人ホームは6.4%を占めている。

一方、介護サービス施設・事業所調査では、介護保険施設から退所した者の退所先を把握している。2001年9月の1か月間において、介護老人福祉施設を死亡退所した者のうち55.2%は入院先で死亡していた。2010年の同様の調査でも53.4%となっている。「入院先で死亡」は「医療施設への退所」とは別建ての項目であることから、看取り・死亡直前の段階で医療機関へ搬送されているものと考えられる。

図表 2-9-4 死亡場所の分布

	年				
	2000	2005	2010	2011	2012
合計	961,653	1,083,796	1,197,012	1,253,066	1,256,359
医療機関	778,670	892,922	960,775	983,949	988,057
病院	751,581	864,338	931,905	954,745	958,991
診療所	27,087	28,581	28,869	29,203	29,066
助産所	2	3	1	1	--
介護老人保健施設	4,818	7,346	15,651	18,393	21,544
老人ホーム	17,807	23,278	42,099	49,991	58,264
自宅	133,534	132,702	150,783	156,491	161,242
その他	26,824	27,548	27,704	44,242	27,252

出典：厚生労働省. 人口動態統計.

図表 2-9-5 介護保険施設の退居者数

9月	年			
	2001	2003	2007	2010
介護老人福祉施設	2,773	3,016	3,621	5,155
家庭	45	83	56	151
介護老人福祉施設	40	29	90	56
その他の社会福祉施設	4	15	17	17
介護老人保健施設	9	--	--	22
医療施設	801	705	1,141	1,490
施設内での死亡	814	778	945	1,530
入院先での死亡	1,002	1,372	1,338	1,754
その他	22	19	11	34
不詳	36	15	22	101
介護老人保健施設	17,416	19,966	16,358	15,759
家庭	7,055	7,831	5,074	3,754
介護老人福祉施設	1,344	1,389	1,393	1,469
その他の社会福祉施設	254	419	305	394
介護老人保健施設	1,320	1,877	1,148	1,037
医療施設	6,840	7,680	7,412	7,708
施設内での死亡	324	325	466	804
入院先での死亡	80	121	161	140
その他	129	147	326	301
不詳	70	177	72	152
介護療養型医療施設	4,366	6,121	3,649	3,411
家庭	936	1,093	510	412
介護老人福祉施設	240	312	234	220
その他の社会福祉施設	20	66	43	49
介護老人保健施設	401	606	395	337
医療施設	1,488	2,281	1,191	1,184
施設内での死亡	1,043	1,447	1,061	877
入院先での死亡	207	203	127	250
その他	26	69	68	46
不詳	6	43	21	36

出典：厚生労働省. 介護サービス施設・事業所調査.

5) 看取りにおける意思決定に関わる制度

民法で規定されている成年後見制度では、認知症や知的障害・精神障害などの理由で判断能力が障害されている者に対し、成年後見人等を選任して、本人に代わり財産管理やサービス利用に関する契約の締結等を行うことができる。医療や介護サービスの契約の締結・解除は成年後見人等の権限に含まれているが、具体的な医療行為に関する代理権や同意権はないとされている。

厚生労働省が2007年5月に発表した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」では、患者の意思の確認ができない場合、家族が患者の意思を推定できるのであれば、その家族が推定した意思を尊重するよう医療・ケアチームに求めている。家族が患者の意思を推定できない場合は家族と話し合ったうえで治療方針を決めるが、家族がいない又は家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には医療・ケアチームが治療方針を決定することが想定されている。

6) 長期ケア施設等における栄養支援の実施状況

厚生労働省の介護サービス施設・事業所調査では、不定期に、介護保険施設の入居者における医療処置の実施状況を把握している。直近の平成22年度調査では、介護老人福祉施設での経管栄養・胃ろうの実施率がそれぞれ4.3%と8.3%であるのに対し、介護老人保健施設は3.5%と6.0%、介護療養型医療施設では24.0%と24.2%であった。

図表 2-9-6 介護保険施設の 9 月時点の入所者における医療処置の実施状況

	9 月			
	2001 年	2006 年	2007 年	2010 年
介護老人福祉施設	309,740 名	392,547 名	405,093 名	396,356 名
点滴	11,430 (3.7%)	16,294 (4.2%)	19,112 (4.7%)	15,395 (3.9%)
中心静脈栄養	680 (0.2%)	800 (0.2%)	869 (0.2%)	660 (0.2%)
経管栄養	14,172 (4.6%)	28,146 (7.2%)	16,180 (4.0%)	16,996 (4.3%)
胃ろう	--	--	25,161 (6.2%)	32,844 (8.3%)
介護老人保健施設	223,895 名	280,589 名	285,265 名	282,645 名
点滴	5,417 (2.4%)	8,901 (3.2%)	9,522 (3.3%)	8,795 (3.1%)
中心静脈栄養	35 (0.02%)	34 (0.01%)	8 (0.003%)	45 (0.02%)
経管栄養	5,183 (2.3%)	11,675 (4.2%)	8,130 (2.8%)	10,032 (3.5%)
胃ろう	--	--	11,355 (4.0%)	16,908 (6.0%)
介護療養型医療施設	109,329 名	111,099 名	102,753 名	73,405 名
点滴	8,158 (7.5%)	9,608 (8.6%)	9,177 (8.9%)	6,264 (8.5%)
中心静脈栄養	862 (0.8%)	812 (0.7%)	654 (0.6%)	645 (0.9%)
経管栄養	20,403 (18.7%)	32,414 (29.2%)	20,360 (19.8%)	17,650 (24.0%)
胃ろう	--	--	18,963 (18.5%)	19,225 (26.2%)

出典：厚生労働省. 介護サービス施設・事業所調査.

また富士通総研が認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）を対象に実施した調査では、2012 年 9 月時点の 1,824 事業所の入居者合計 4,318 名における胃ろう・経管栄養の実施率は 6.2%と報告されている（富士通総研, 2013）。

図表 2-9-7 認知症グループホームの 2012 年 9 月時点の入所者における医療処置の実施状況

2012 年 9 月	件数	%
事業所数	1,824	
入居者数	4,318	
胃ろう・経管栄養	266	6.2
点滴管理	284	6.6
中心静脈栄養	17	0.4

出典：株式会社富士通総研. 平成 24 年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究事業」報告書 集計表.

特定施設に関しては、野村総合研究所が2010年7月時点の1,509施設の入居者合計における医療処置の実施状況を把握している。胃ろうの実施は1施設平均1.9/50人、胃ろう以外の経管栄養は0.3/50人と報告されている（野村総合研究所, 2011）。

図表 2-9-8 特定施設の2010年7月時点の入所者における医療処置の実施状況

2010年7月	件数
事業所数	1,509
入居者数	77,848
胃ろう	1施設平均 1.9/50
胃ろう以外の経管栄養	1施設平均 0.3/50

出典：株式会社野村総合研究所. サービス産業活動環境整備調査事業「地域社会及び経済における特定施設の役割及び貢献に関する調査研究」報告書.

また、医療経済研究機構は2011年9月時点の認知症グループホーム271か所の入居者1,686名、有料老人ホーム481か所の入居者6,006名を対象に医療処置の実施状況を把握している。経鼻経管や胃ろう等の経腸栄養を実施している入居者は任利生グループホームで0.6%、有料老人ホームで5.0%であった（医療経済研究機構, 2012）。

図表 2-9-9 認知症グループホーム、有料老人ホームの2011年9月時点の入所者における医療処置の実施状況

2011年9月	施設数	入居者数	経鼻胃管・ 経腸栄養	24時間 点滴	中心静脈 栄養
認知症グループホーム	271	1,686	10 (0.6%)	1 (0.1%)	1 (0.1%)
有料老人ホーム	481	6,006	296 (5.0%)	6 (0.1%)	8 (0.1%)
介護付	249	3,649	192 (5.3%)	5 (0.1%)	6 (0.2%)
住宅型	232	2,357	104 (4.4%)	1 (0.04%)	2 (0.1%)

出典：医療経済研究機構. 平成23年度老人保健健康増進等事業「介護関連施設等における医療の実態に関する調査研究事業」報告書.

北海道保健福祉部では、病院、介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設）および介護支援専門員を対象として、摂食・嚥下機能障害を有する患者・入居者への対応の実態調査を2005年に実施している。病院の半数および介護保険施設の3割

が、摂食・嚥下機能障害を有する患者・入居者に摂食嚥下機能の訓練を実施していると回答した（北海道保健福祉部, 2006）。

図表 2-9-10 北海道内の 2005 年 9 月時点における摂食・嚥下機能障害への対応状況

2005 年 9 月	病院	介護保険施設
施設数	506	401
摂食場面の観察・指導	441 (87.2%)	375 (93.5%)
食事の工夫	461 (91.1%)	386 (96.3%)
摂食嚥下機能の訓練	262 (51.8%)	130 (32.4%)
口腔ケア	412 (81.4%)	347 (86.5%)
経管栄養	429 (84.8%)	134 (33.4%)
胃ろう造設	399 (78.9%)	207 (51.6%)
気管切開	124 (24.5%)	--
摂食嚥下障害のための手術	16 (3.2%)	--

出典：北海道総合保健医療協議会地域保健専門委員会, 北海道保健福祉部. 平成 17 年度老人保健事業基盤整備事業「要介護高齢者に対する摂食嚥下障害対策実態調査」報告書～北海道における摂食嚥下障害患者受入れ医療機関及び摂食嚥下障害対策の基本的方向性について～.

国立長寿医療研究センターでは 2011 年に医療機関と介護保険施設の双方を対象とした調査を実施し、摂食・嚥下機能障害がある患者・入居者の食事形態や経管栄養の実施率を報告している。介護保険施設では摂食・嚥下機能障害を有する者が入居者の半数～7割を占め、それらの多くは形態を加工した食事が提供されていた（国立長寿医療研究センター, 2012）。

図表 2-9-11 医療機関、介護保険施設の 2011 年の入所者における摂食・嚥下機能障害の状況

	施設数	対象入居者数	摂食・嚥下機能障害
一般病床	20	2,396	13.6%
回復期リハ病床	11	725	31.6%
医療療養病床	8	545	58.7%
介護療養病床	3	57	73.7%
介護老人保健施設	3	265	45.3%
特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	2	124	59.7%

図表 2-9-12 摂食・嚥下機能障害がある者の食事形態の割合

%	普通食	軟菜	形態加工	ペースト
一般病床	6.2	9.7	36.9	26.7
回復期リハ病床	10.9	8.6	47.1	24.1
医療療養病床	4.8	12.0	31.3	33.7
介護療養病床	--	15.8	63.2	5.3
介護老人保健施設	11.1	9.9	59.3	17.3
特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	1.9	11.3	64.2	22.6

図表 2-9-13 摂食・嚥下障害がある者における経静脈栄養・経管栄養の割合

%	
一般病床	70.3
回復期リハ病床	37.6
医療療養病床	83.1
介護療養病床	61.9
介護老人保健施設	35.0
特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	28.4

出典：国立長寿医療研究センター. 平成 23 年度老人保健健康増進等事業「摂食嚥下障害に係る調査研究事業」報告書.

日本療養病床協会（現在の日本慢性期医療協会）が会員病院を対象に実施した調査では、2007 年 4 月時点で、242 病院において経管栄養の実施率は 27.7%であった。また 230 病院のうち 94.8%が摂食・嚥下障害のある患者に摂食・嚥下機能の訓練を実施していると回答した（日本療養病床協会, 2007）。

図表 2-9-14 病院における栄養支援、摂食・嚥下機能訓練の実施率(2007年4月)

		件数, %
提供している食事形態の実態	回答病院数	242
	一日の食事提供数	
	一般食	42.0%
	特別食	29.8%
	経管栄養	27.7%
	その他	0.4%
摂食・嚥下障害対策実態調査	回答病院数	230
	入院患者数	平均 185.2 名
	摂食・嚥下障害を有する患者	平均 73.9 名
	摂食・嚥下障害患者の検査を実施	90.0%
	摂食・嚥下機能の訓練を実施	94.8%
	口腔ケア	84.3%

出典：日本療養病床協会 栄養・摂食管理委員会. 栄養管理実施加算及び摂食・嚥下障害対策等に関する実態調査.

7) 高齢者の摂食・嚥下機能障害に関するガイドラインの概要と特徴

「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン ～人工的水分・栄養補給の導入を中心として～」

日本老年医学会が 2012 年 6 月に公表したガイドラインである。高齢者の食が細くなった、嚥下機能の障害により経口摂取ができなくなった等の理由により、生命維持に必要な栄養補給ができなくなった場合の、人工的な水分・栄養補給法の導入に関する意思決定プロセスにおける留意点を提示している。意思決定プロセスにおいて、高齢者本人・家族に対し、人工的な水分・栄養補給法を導入しないことも含めて候補となる対応の選択肢が示されていることを求めている。また人工的な水分・栄養補給法をいったん導入した後も、継続的に本人にとっての利益を評価し、場合によっては中止ないし減量をすることがあり得るとしている。

「静脈経腸栄養ガイドライン 静脈・経腸栄養を適正に実施するためのガイドライン 第3版」

日本静脈経腸栄養学会が 2013 年に刊行したガイドラインである。従来の「静脈経腸栄養ガイドライン」を土台として、静脈栄養法と経腸栄養法（本ガイドラインでは両者を「栄養療法」と称している）に関するエビデンスに則った推奨事項を示している。

「成人の病態別栄養管理」の「高齢者」という節では、「3.3 嚥下障害を認める場合は、できるだけ早期に経管栄養を導入する」とされている。一方、認知症に対する栄養療法に関しては、「6.2 重度の認知症に対する栄養療法の導入は慎重であるべきである」という見解を示している。また「7.1 各疾患の終末期と考えられる状況では栄養療法の適応はない」とあり、終末期は栄養状態や全身状態の改善よりも患者の苦痛緩和に重きをおくべき時期としている。

文献

北海道総合保健医療協議会地域保健専門委員会, 北海道保健福祉部. 平成 17 年度老人保健事業基盤整備事業「要介護高齢者に対する摂食嚥下障害対策実態調査」報告書～北海道における摂食嚥下障害患者受入れ医療機関及び摂食嚥下障害対策の基本的方向性について～. Available from: <http://www.pref.hokkaido.lg.jp/file.jsp?id=73250>

医療経済研究機構. 平成 23 年度老人保健健康増進等事業「介護関連施設等における医療の実態に関する調査研究事業」報告書. Available from: <http://www.ihep.jp/publications/report/search.php?dl=328&i=2>

株式会社富士通総研. 平成 24 年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究事業」報告書 集計表. Available from: http://jp.fujitsu.com/group/fri/downloads/report/elderly-health/ninchikaigo_data.pdf

株式会社野村総合研究所. サービス産業活動環境整備調査事業「地域社会及び経済における特定施設の役割及び貢献に関する調査研究」報告書. Available from: http://www.nri.co.jp/opinion/r_report/pdf/201104_hokoku.pdf

国立長寿医療研究センター. 平成 23 年度老人保健健康増進等事業「摂食嚥下障害に係る調査研究事業」報告書. Available from: http://www.ncgg.go.jp/research/pdf/topics/cl_hokoku1_23.pdf

厚生労働省. 人口動態統計.

厚生労働省. 介護サービス施設・事業所調査（年報）.

厚生労働省. 社会福祉施設等調査.

厚生労働省. 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 平成 19 年 5 月

日本静脈経腸栄養学会（編集）. 静脈経腸栄養ガイドライン 静脈・経腸栄養を適正に実施するためのガイドライン 第3版. 照林社

日本老年医学会. 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン ～人工的水分・栄養補給の導入を中心として～. Available from: http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf

日本療養病床協会 栄養・摂食管理委員会. 栄養管理実施加算及び摂食・嚥下障害対策等に関する実態調査. Available from: <http://jamcf.jp/enquete/enquete071022nutrition.pdf>

総務省. 人口推計（各年 10 月 1 日現在人口）.

総務省. 国勢調査.

すまいづくりまちづくりセンター連合会. サービス付き高齢者向け住宅登録状況.

第3章 質問紙調査

質問紙調査では8か国の長期ケア施設の施設長・管理者合計14名に調査協力を依頼した。そのうち3名（米国・スウェーデン・オーストラリア）から回答を得た。回答結果の概要は次の通りである。

設問	米国	スウェーデン	オーストラリア
嚥下機能障害がある高齢入居者に実施している栄養支援	<ul style="list-style-type: none"> ・嚥下調整食 ・流動食 	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケア ・嚥下調整食 ・流動食 	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケア ・嚥下調整食 ・流動食
過去1年間に脱水や低栄養状態のため病院へ送ったケース	なし	あり	なし
現在、人工的な水分・栄養補給を受けている高齢入居者	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴：なし ・経鼻栄養：あり ・胃ろう：あり 	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴：なし ・経鼻栄養：なし ・胃ろう：あり 	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴：なし ・経鼻栄養：なし ・胃ろう：なし
在宅にいて人工的な水分・栄養補給を受けている入居申込者	あり	あり	なし
人工的な水分・栄養補給の使用による入居の優先順位や受入れへの影響	なし	なし	回答なし（そのような申込みがない）
嚥下機能障害をもつ高齢入居者への人工的な水分・栄養補給に関する意思決定とガイドライン	<ul style="list-style-type: none"> ・ガイドラインが意思決定に関わっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ガイドラインが意思決定に関わっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ガイドラインが意思決定に関わっている。
高齢入居者への栄養支援の質を向上するための取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養支援チームの設置 ・ガイドラインの勉強会開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養支援チームの設置 ・ガイドラインの勉強会開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養支援チームの設置 ・ガイドラインの勉強会開催
日本で今後より良い実践を推進するための示唆	<ul style="list-style-type: none"> ・長期・短期療養のそれぞれで、様々な栄養支援方法を提供できるようにすること。等 	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養状態や嚥下機能に合わせた食事を用意できるキッチンがある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の能力を良く理解する。等

（太字は3名が同じ回答）

本調査は、事例調査であり、これをもって各国の標準的な対応内容とすることはできない。しかしながら、各国の対応事例を集めることで、今後の対応の在り方を検討する際の参考資料とすることができる。

なお、本調査では、14名に調査協力依頼を行ったが、3名（3か国）からのみの回答に留まった。偶然にも、摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への栄養支援について、関連学会や職能団体などが個別にガイドラインを出していた国が、そのうち2国を占めていた。回答を得ることが難しかった状況・理由は以下の通りである。

- ・ メールでの依頼では、回答は全くなかった。そのため、全て架電にて依頼を行った。
- ・ 施設長に依頼しても、多忙で対応していただけなかった。
- ・ 施設長の回答が難しい場合に、適任者を見つけてもらえなかった。
- ・ 謝金によって、かえって怪しまれることもあった。（振込口座の記載をお願いしたため）

第1節 北米

1. 米国

1)回答者の専門性

- ・ 看護師、栄養士

2)施設の概要

1894年に開設したコミュニティホスピタルである。135床の総合病院であるが、長期療養（Long-term care）も標榜し、Subacute、Skilled、Nursing、Rehabilitationの病床も有している。

特徴	
ベッド数	35床（亜急性期）
現在の65歳以上の入居者の人数	17人
65歳以上の入所者の中で認知症の人の数	1人
医師の常勤換算した人数	3人
看護師の常勤換算した人数	不明
常勤換算したソーシャルワーカーの人数	2人
栄養士の常勤換算した人数	2人
歯科医師の常勤換算した人数	1人
歯科衛生士の常勤換算した人数	2人
言語聴覚士の常勤換算した人数	2人

3) 嚥下機能障害がある高齢入居者に実施している栄養支援

- ・ 口腔ケア
- ・ ピューレ、マッシュ、フォークで潰せる形態などの嚥下調整食
- ・ 流動食

4) 過去1年間に脱水や低栄養状態のため病院へ送ったケース

特に無い。

5) 現在、人工的な水分・栄養補給を受けている高齢入居者

点滴：なし 経鼻栄養：あり 胃ろう：あり

- ・ 2名の女性の高齢入所者が、医師及び栄養士の指導により経鼻栄養を受けている。
- ・ 胃ろうを受けている高齢入所者もいるが、医師及び栄養士の指導により摂食も行われている。

6) 在宅にいて人工的な水分・栄養補給を受けている入居申込者

あり

7) 人工的な水分・栄養補給の使用による入居の優先順位や受入れへの影響

影響はなし

- ・ この施設では、24時間看護ケアが提供できることが、受け入れのクライテリアに影響している。点滴、経腸栄養、呼吸器、気管切開の方でも受け入れている。

8) 嚥下機能障害をもつ高齢入居者への人工的な水分・栄養補給に関する意思決定とガイドライン

- ・ 米国の人工的な水分・栄養補給に関する意思決定にガイドラインである“Altered Nutritional Status, AMDA Clinical Practice Guideline”が高齢入所者の人工的な水分・栄養補給の意思決定に関わっている。

9) 高齢入居者への栄養支援の質を向上するための取り組み

- ・ 施設の中に栄養支援チームを設置している。

- ・高齢者の栄養支援に関するガイドラインを把握するための職員勉強会がある。
- ・言語療法士も栄養支援チームにいて、栄養に関する話に加わっている。

10)日本で今後より良い実践を推進するための示唆

- ・長期・短期療養のそれぞれで、様々な栄養支援方法が提供できること。
- ・いつも決まった方法になるとは限らない。
- ・言語障害が特に無くても、食べられない高齢入所者もいる。
- ・楽しみのために、少量だけ摂食を行うケースも少なくない。

第2節 欧州

1. スウェーデン

1)回答者の専門性

- ・ 看護師、栄養・食事管理者

2)施設の概要

ストックホルム市が運営している介護施設であり、同じ場所に、認知症患者等のサービスハウスとショートステイも併設している。

特徴	数字を記入
ベッド数	68 床
現在の 65 歳以上の入居者の人数	65 人
65 歳以上の入所者の中で認知症の人の数	22 人
医師の常勤換算した人数	1 週間に 1 度
看護師の常勤換算した人数	7 人
常勤換算したソーシャルワーカーの人数	0 人
栄養士の常勤換算した人数	0 人
歯科医師の常勤換算した人数	必要に応じて
歯科衛生士の常勤換算した人数	必要に応じて
言語聴覚士の常勤換算した人数	必要に応じて

3)嚥下機能障害がある高齢入居者に実施している栄養支援

- ・ 口腔ケア
- ・ ピューレ、マッシュ、フォークで潰せる形態などの嚥下調整食
- ・ 流動食

4)過去1年間に脱水や低栄養状態のため病院へ送ったケース

あり

状態像の概要：

脳卒中により、食事の呑み込みが困難となり、病院へ送った

5)現在、人工的な水分・栄養補給を受けている高齢入居者

点滴：なし 経鼻栄養：なし 胃ろう：あり

- ・ がん、一般的な衰弱、その他の疾患等、様々な理由から、消化器系が弱っていたり、損傷しているため、医師の指示により胃ろうを造設している。

6)在宅にいて人工的な水分・栄養補給を受けている入居申込者

あり

7)人工的な水分・栄養補給の使用による入居の優先順位や受入れへの影響

影響はなし

8)嚥下機能障害をもつ高齢入居者への人工的な水分・栄養補給に関する意思決定とガイドライン

- ・ スウェーデンの人工的な水分・栄養補給に関するガイドラインである“Näring för god vård och omsorg - en vägledning för att förebygga och behandla undernäring”が高齢入所者の人工的な水分・栄養補給の意思決定に関わっている。

9)高齢入居者への栄養支援の質を向上するための取組み

- ・ 施設の中に栄養支援チームを設置している
- ・ 職員を対象とした栄養と水分に関する研修プログラムがある
- ・ 高齢者の栄養支援に関するガイドラインを把握するための職員勉強会がある
- ・ 地域の機関（在宅ケア事業者や配膳業者を含む）と栄養支援に関する戦略を共有している

10)日本で今後より良い実践を推進するための示唆

- ・入居者に合わせた食事を用意できるよう施設内キッチンで調理して配膳している。

第3節 アジア・オセアニア

1. オーストラリア

1)回答者の専門性

- ・ 看護師

2)施設の概要

カソリックの伝統を重んじて運営されているチェーン施設である。クィーンズランド州の南東に位置しており、住居型の高齢者ケアサービス、医療サービス、地域サービスなどを合わせて提供している。

特徴	数字を記入
ベッド数	40 床
現在の 65 歳以上の入居者の人数	40 人
65 歳以上の入所者の中で認知症の人の数	35 人
医師の常勤換算した人数	1 人
看護師の常勤換算した人数	2 週間で 1,432 時間
常勤換算したソーシャルワーカーの人数	0 人
栄養士の常勤換算した人数	6 週間に 1 回
歯科医師の常勤換算した人数	0 人
歯科衛生士の常勤換算した人数	0 人
言語聴覚士の常勤換算した人数	必要に応じて

3)嚥下機能障害がある高齢入居者に実施している栄養支援

- ・ ピューレ、マッシュ、フォークで潰せる形態などの嚥下調整食
- ・ 流動食
- ・ **Speech pathologist** 医療言語聴覚士が入居者の嚥下能力を調査し、必要に応じてケアを提供

4)過去1年間に脱水や低栄養状態のため病院へ送ったケース

なし

5)現在、人工的な水分・栄養補給を受けている高齢入居者

点滴：なし 経鼻栄養：なし（非常にまれ） 胃ろう：なし

6)在宅にいて人工的な水分・栄養補給を受けている入居申込者

なし

7)人工的な水分・栄養補給の使用による入居の優先順位や受入れへの影響

回答なし

（在宅にいて人工的な水分・栄養補給を受けている入居申込者がいないため）

8)嚥下機能障害をもつ高齢入居者への人工的な水分・栄養補給に関する意思決定とガイドライン

- ・オーストラリアの人工的な水分・栄養補給に関するガイドラインである“Position Statement 12 Dysphagia and Aspiration in Older People”が高齢入所者の人工的な水分・栄養補給の意思決定に関わっている。

9)高齢入居者への栄養支援の質を向上するための取組み

- ・施設の中に栄養支援チームを設置している
- ・職員を対象とした栄養と水分に関する研修プログラムがある
- ・高齢者の栄養支援に関するガイドラインを把握するための職員勉強会がある
- ・水分と栄養補給の実践を改善していくために指導・助言を行うナースプラクティショナーを活用している

10)日本で今後より良い実践を推進するための示唆

多くの入居者は、食事の際に職員による支援が必要です。それぞれの入居者がどれくらいの速さで食べることができるかなど、利用者がどのくらいのことができるかを知ることができれば、その支援は簡単になります。また、十分な朝食と昼食を摂っていれば、夕食で多くの食事を摂らなくても大きな問題は発生しません。週に1回は体重を量り、体重が減っていればサプリメントを摂ってもらっています。

第4章 調査結果の総括

第1節 文献調査

1. 摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への対応の状況

(1) 米国、カナダ、オーストラリアでは、高齢者に経管栄養が実施されていることを「複合的なケアニーズを有する状態」と捉えられていた。

- 米国ヘルスケア協会（American Health Care Association）の統計によれば、2013年12月時点で全米のメディケアやメディケイドの認証を受けている、または州の認可を受けているナーシングホームの入居者1,372,284名のうち、経管栄養（tube feeding）を実施している者は5.36%であった。[1]
- カナダ保健情報機構（Canadian Institute for Health Information）がカナダの一部地域を対象に実施している調査では、2012年のケア施設（residential care）入居者135,333名の中で、経管栄養を実施しているのは1,715名（1.0%）であった。[2]
- オーストラリア連邦政府の保健高齢省（Department of Health and Ageing）が高齢者ケア法に基づく施設ケアパッケージ（Residential Aged Care）の2010年12月時点の入居者162,874名のケアニーズ評価を再分析した結果、現在進行中の経管栄養の管理を受けている者は0.9%であった。[3]

(2) 欧州では高齢者に提供される食事の質や栄養支援という観点での調査が多く実施されており、嚥下機能障害を有する高齢者に対しても経口摂取を前提としたケアを想定していることがうかがえた。

- 英国静脈経腸栄養学会（British Association for Parenteral and Enteral Nutrition）の調査によれば、2009年に病院外で経腸栄養を実施しているとして登録されていた成人患者のうち、身体介護を中心としたレジデンシャルホーム（residential home）の入居者が3.3%、看護ケアを提供するナーシングホーム（nursing home）の入居者が25.4%を占めていた。[4]
- オランダで実施されている「ケアにおける問題の測定（Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, LPZ）」の2013年4月の調査結果では、慢性期入院医療やナーシングホームを含む長期ケア施設の入居者4,429名のうち、低栄養状態であると判定されたのは14.5%であり、経管栄養が実施されていたのはその中の0.6%であった。[5]
- スウェーデンのストックホルム市が実施している、特別な住居（särskilt boende）における医療介入の状況の調査によると、2012年の調査対象者391名のうち経管栄養を実施していたのは4名（1.1%）であった。[6]

- デンマーク政府が2002年に実施した、介護付き住宅（plejecentre）の入居者32,019名に対する栄養支援の調査では、経管栄養が実施されていたのは0.5%であった。[7]
 - フランスのオーヴェルニュ（Auvergne）地域圏の保健庁（Agences régionales de santé, ARS）が2011年6月に実施した調査では、圏内の要介護高齢者滞在施設（établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes, EHPAD）入居者3,997名のうち低栄養状態にある者が24%であり、経管栄養が実施されていたのは低栄養状態にある者の中の0.1%であった。[8]
- (3) イングランド、オランダ、スウェーデンでは高齢者に対するケアの質の指標として、食事や栄養支援に関する項目が含まれていた。[5,9,10] 食事における個人の選択が保障されていることや、必要な食事量を満たせるような支援の提供、栄養状態の定期的なスクリーニングの実施、食事の味や食事の時間が一日の楽しみになっているかどうか、といったことがケアの質の指標として測定されていた。
- (4) 調査対象とした国のいずれにおいても、摂食・嚥下機能リハビリテーションの実施状況を把握する調査が行われた形跡はあまり見られなかった。

2. 摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への対応に関連するガイドライン

- (1) 米国、カナダ、オーストラリアでは、摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への栄養支援について、関連学会や職能団体などが個別にガイドラインを出していた。
- (2) 欧州では、欧州臨床栄養代謝学会（European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN）がガイドラインを発表し、高齢者に人工的な水分や栄養の補給を実施するか否かの判断基準や実施手順の統一的な見解を示していた。それ以外にも、それぞれの国で関連学会や職能団体、事業者団体などがガイドラインを発表しているが、概ねESPENのガイドラインに準拠した内容であった。
- (3) 摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への栄養支援に関連するガイドラインの整備状況や推奨事項のレベル（個別の医療行為の適否に踏み込んでいるか）は国やガイドラインを作成した団体によっても異なるが、認知症の終末期には経管栄養を推奨しないとするものが多く見られた。

第2節 質問紙調査

- (1) 「嚥下機能障害がある高齢入居者に実施している栄養支援」については、全ての回答において、「嚥下調整食」、「流動食」の2つの支援を行っているとの回答があった。一方、「嚥下機能リハビリテーション」を行っているとの回答はなかった。そのため、高齢入居者の嚥下機能の改善を目指すというよりも、現状に合わせた適切な方法により栄養支援を行っていることは、共通であることが推察された。
- (2) 「栄養支援チームを設置している」との記述が全ての回答にあったことや、その栄養支援チームに言語療法士やナースプラクティショナーが加わっていることの記述もあったことから、「嚥下調整食」、「流動食」などの検討は、横断的な職種で構成されたチームにおいて実施されていると考えられた。
- (3) 人工的な水分・栄養補給を受けている高齢者の受け入れについては、回答にばらつきが見られ、施設の有している対応能力に依存していることが推察された。対応能力の高い施設では、人工的な水分・栄養補給を受けている高齢者を在宅から受け入れており、かつその受け入れについて優先順位の判断等は行っていない。
- (4) 全ての回答において、「嚥下機能障害をもつ高齢入居者への人工的な水分・栄養補給に関する意思決定とガイドライン」が現場で判断する際に「関わっている」との回答であった。加えて、それらのガイドラインの勉強会を施設にて開催しているという回答が、全ての回答において見られた。そのため、栄養支援の際には、ガイドラインの内容に重きを置き判断を行っていることが推察された。

第3節 考察

調査対象とした8か国において、長期ケア施設の入居者に対する経管栄養の実施は、日本と比べると全般的に少ない状況であった。ただし国ごとに長期ケア施設の体系が異なるため、入居している高齢者の状態像も一様とは言えない点に注意が必要である。

ガイドラインを策定している国では、ガイドラインを重視しながら、栄養支援チームを組成し、栄養支援の検討・判断を行っている傾向があることが分かった。

これらの国々では、摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への栄養支援に関連するガイドラインの中で、認知症の終末期には経管栄養を推奨しないとするものが多く見られた。一方で、ガイドライン等で経管栄養の実施が推奨されない状態像を明確にしている国の方が、そうではない国と比べて、長期ケア施設における経管栄養の実施が少ないというわけでは必ずしもなかった。

いくつかの国では、食事内容の工夫や栄養支援の実施状況が、長期ケア施設における高齢者へのケアの質の指標としてとらえられていた。

わが国における摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への対応方策を検討するにあたっては、経口摂取を支援する食事の提供や環境整備、人工的水分・栄養補給の実施の有無を含む総合的な栄養支援が、長期ケアの質の指標としてより重視されるべきと考えられた。今後は人工的水分・栄養補給に関連したガイドラインだけではなく、長期ケア全体のプロセスを見渡した栄養支援のガイドラインや、栄養支援の質を評価する手法について、検証が必要と思われる。

文献

1. American Health Care Association. Nursing Facility Patient Characteristics Report, December 2013.
2. Canadian Institute for Health Information. CCRS Profile of Residents in Continuing Care Facilities 2012-2013.
3. Department of Health and Ageing. Review of the Aged Care Funding Instrument.
4. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. Annual BANS Report 2010: Artificial nutrition support in the UK, 2000–2009.
5. Halfens RJG, van Nie NC, Meijers JMM, Meesterberends E, Neyens JCL, Rondas ALM, Rijcken S, Wolters S, Schols JMGA. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen Rapportage Resultaten 2013.
6. Stockholms Stad. Kartläggning av hälso- och sjukvårdsinsatser - kvalitetsindikatorer i särskilda boendeformer för äldre, 6 Kartläggning 2012 Hälso-och sjukvård.
7. Beck AM, Kofod J. Måltidsservice på plejecentre, Status og forslag til initiativer.
8. ARS d’Auvergne. Evaluation de la prise en charge médicale des résidents: Risques latrogènes et de Dénutrition dans les EHPAD d’Auvergne.
9. Sveriges Kommuner och Landsting & Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2012 – Vård och omsorg om äldre, kan beställas eller laddas ned från.
10. Care Quality Commission. Time to listen in care homes. Dignity and nutrition inspection programme 2012.

図表 4-1-1 摂食・嚥下機能障害を有する高齢者への対応に関するガイドラインの状況

国	No.	キーワード									経管栄養の実施が推奨されない状態像
		嚥下機能障害	脳卒中	認知症	終末期	在宅	長期ケア施設	食事・栄養	人工栄養	口腔ケア	
米国	1	✓	✓								
	2								✓		経腸栄養・静脈栄養：することの利益と比べて不釣り合いな負担がかかる・することによる利益がない状態
	3			✓	✓		✓				栄養補給：認知症が進行して、口の中に入れた食べ物をどうして良いか分からない・飲み込むことができない状態
	4						✓	✓			
カナダ	5		✓								
	6			✓			✓				
アルベータ	7							✓			
ブリティッシュコロンビア	8							✓			
ニューブランズウィック	9						✓				
欧州	10								✓		経腸栄養：認知症の終末期
	11								✓		静脈栄養：認知症の終末期
	12					✓			✓		
	13			✓	✓						経管栄養：認知症の終末期
英国	14				✓			✓			
	15			✓	✓						人工栄養：認知症の終末期
イングランド	16							✓	✓		PEG：認知症が進行した状態
ウェールズ	17	✓									
スコットランド	18	✓	✓								
北アイルランド	19							✓	✓		
オランダ	20						✓			✓	
	21							✓	✓		

	22							✓	✓		経管栄養：全体的な状態像の改善が見られないとき
	23			✓	✓						
スウェーデン	24							✓	✓		人工栄養：認知症が重度になっている者
	25			✓							経管栄養（経腸栄養）：認知症の人が終末期の段階にあり、低栄養状態や嚥下機能障害があるとき
	26							✓	✓		人工栄養：重度の認知症
デンマーク	27							✓	✓		
フランス	28							✓	✓		経腸栄養：認知症の終末期、重度のアルツハイマー病
オーストラリア	29	✓									
	30				✓		✓				経腸栄養・静脈栄養：認知症が進行して摂食・嚥下機能障害が起きている者 PEG：終末期
	31					✓			✓		
	32							✓	✓		
	33					✓			✓		経腸栄養：することによる利益がない状態
	34	✓									経腸栄養・静脈栄養：終末期で飲み込みやコミュニケーションの問題を呈する状態

出典

1. American College of Chest Physicians. Cough and Aspiration of Food and Liquids Due to Oral-Pharyngeal Dysphagia. ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines.
2. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Statement on Ethics of Withholding and/or Withdrawing Nutrition Support Therapy.
3. Alzheimer's Association. Dementia Care Practice Recommendations for Assisted Living Residences and Nursing Homes: Phase 3 End-of-Life Care.
4. American Medical Directors Association. Altered Nutritional Status, AMDA Clinical Practice Guideline.
5. Canadian Stroke Network. Canadian best practice recommendations for stroke care.
6. Alzheimer Society of Canada. Guidelines for Care: Person-centred care of people with dementia living in care homes.
7. Alberta Health Services. Nutrition Guideline: Dysphagia.
8. Ministry of Health, the British Columbia. Healthy Eating for Seniors.

9. Department of Social Development. Standards and Procedures for Adult Residential Facilities.
10. Sobotka L, Schneider SM, Berner YN, Cederholm T, Krznaric Z, Shenkin A, Stanga Z, Toigo G, Vandewoude M, Volkert D; ESPEN. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: geriatrics. *Clinical Nutrition* 2009;28(4):461-466.
11. Volkert D, Berner YN, Berry E, Cederholm T, Coti Bertrand P, Milne A, Palmblad J, Schneider S, Sobotka L, Stanga Z; DGEM (German Society for Nutritional Medicine), Lenzen-Grossimlinghaus R, Krys U, Pirlich M, Herbst B, Schütz T, Schröer W, Weinrebe W, Ockenga J, Lochs H; ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clinical Nutrition* 2006;25(2):330-360.
12. Staun M, Pironi L, Bozzetti F, Baxter J, Forbes A, Joly F, Jeppesen P, Moreno J, Hébuterne X, Pertkiewicz M, Mühlebach S, Shenkin A, Van Gossum A; ESPEN. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: home parenteral nutrition (HPN) in adult patients. *Clinical Nutrition* 2009;28(4):467-479.
13. Alzheimer Europe. Alzheimer Europe Report: "End-of-life care for people with dementia".
14. Royal College of Physicians, British Society of Gastroenterology. Oral feeding difficulties and dilemmas: A guide to practical care, particularly towards the end of life.
15. Alzheimer's Society. My life until the end: Dying well with dementia.
16. National Institute for Health and Care Excellence. Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition (NICE CG 32).
17. NHS National Patient Safety Agency. Problems swallowing? Ensuring safer practice for adults with learning disabilities who have dysphagia.
18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia.
19. Department of Health, Social Services and Public Safety. Promoting good nutrition: A strategy for good nutritional care for adults in all care settings in Northern Ireland.
20. Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen. Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen.
21. Stuurgroep Ondervoeding. Richtlijn Ondervoeding: Screening en behandeling van ondervoeding.
22. Stuurgroep Ondervoeding. Leidraad ondervoeding bij de geriatrische patient.
23. Vilans. Handreiking voor een goede samenwerking tussen palliatieve zorg en dementiezorg.
24. The Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg.
25. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010.
26. Socialstyrelsen. Näring för god vård och omsorg - en vägledning för att förebygga och behandla undernäring.
27. Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske døtister – Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko
28. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.
29. Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine. Position Statement 12 Dysphagia and Aspiration in Older People.
30. The National Palliative Care Program. Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care.

31. AuSPEN. AuSPEN clinical practice guideline for home parenteral nutrition patients in Australia and New Zealand.
32. Dietitians Association of Australia. Evidence Based Practice Guidelines for the Nutritional Management of Malnutrition in Adult Patients Across the Continuum of Care.
33. AuSPEN. AuSPEN Clinical Practice Guidelines for Home Enteral Nutrition in Australia.
34. Speech Pathology Association of Australia. Clinical Guideline Dysphagia.

資料編

質問紙票（米国）	140
質問紙票（カナダ）	151
質問紙票（英国）	162
質問紙票（オランダ）	173
質問紙票（スウェーデン）	185
質問紙票（デンマーク）	196
質問紙票（フランス）	207
質問紙票（オーストラリア）	219



Background

Japan is confronting a rapid increase in the number of frail elderly patients and the issue of artificial nutrition and hydration in long-term care settings. The national statistics for September 2010 indicated the proportion of artificial nutrition and hydration among 396,356 residents in special nursing homes (facilities for permanent residence): 3.9% intravenous feeding; 0.2% total parenteral nutrition; 8.3% percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG); and 4.3% tube feeding.

The Japan Geriatrics Society implemented a questionnaire survey in 2011 using a case-vignette approach to assess geriatricians' practices and attitudes towards artificial nutrition and hydration in the elderly.

Ms. A is an 85-year old nursing home resident with advanced Alzheimer's dementia. She is nonverbal, bed-bound, and cannot sit even with assistance. She seldom smiles.

She presents increasing difficulty with eating. She pockets food and occasionally chokes on her food. A speech therapist has assessed her, and ordered modification of food texture, yet she continues to have difficulty with eating and is losing weight. She already has had repeated episodes of aspiration pneumonia, and last week she developed the aspiration pneumonia again. She responded to treatment for the pneumonia, however, the health care team felt continuing oral feeding would be difficult.

Ms. A cannot make an informed decision on artificial nutrition and hydration, and she does not have an immediate family member to act as a surrogate decision-maker.

Among 789 physicians who responded, 51.3% answered peripheral infusion as treatment for Ms. A; 20.5% tube feeding by PEG; 13.3% nasal tube feeding; 10.3% withholding all artificial nutrition and hydration.

Following that, the Japan Geriatrics Society published guidelines on the decision making process for elderly health care in June 2012. The guideline notes that the patient care decision-making process should make the patient's benefit (quality of life as well as prolonging life) a primary consideration, and include withholding or withdrawing artificial nutrition and hydration as an option.



We investigated 1,199 hospital patients aged 65 years or older with PEG tube placement during the 6-month period of April to September 2012. There were 724 patients (62.9%) who had advanced dementia. Among the 724 patients with advanced dementia, 15.5% indicated his/her consent to PEG; Resumption of oral feeding was prospected to 17.6%; and improvement of quality of life was expected for 39.1% (Nakanishi and Hattori, in press).

Results of our survey suggest that, even after the announcement of the guideline by the Japan Geriatrics Society, there were some inappropriate practices on use of artificial nutrition and hydration in the elderly.

The objectives of our study are (1) to assess how nutritional support is provided to elderly nursing home residents with dysphagia across Western countries, and (2) to seek strategies to improve the quality of care in nutritional support for the elderly with dysphagia.



Questions

1. What is your professional background? Please check one.

() Medical doctor (please describe your specialty: _____)

() Nurse (please describe your specialty: _____)

() Social worker

() Other (please describe: _____)

2. Please provide general information about your long-term care facility.

Characteristics	Describe a number (or NA)
Number of beds	_____.
Current number of residents who are 65 years and older	_____.
Number of elderly residents who has a diagnosis of dementia	_____.
Number of medical doctors, Full-time equivalent (FTE)	_____.
Number of nurses, FTE	_____.
Number of social workers, FTE	_____.
Number of dietitians, FTE	_____.
Number of dentists, FTE	_____.
Number of dental hygienists, FTE	_____.
Number of speech therapists, FTE	_____.

Full-time equivalent (FTE) calculation is based on the proportion of time staff work in a role. For example, in a facility where full-time employees work at least **30** hours per week, **1** full-time nurses and **3** part-time nurses who work **20** hours per week will be aggregated to **3** FTE nurses = $1 + (20*3)/30$.



3. Please answer the questions on nutrition support for elderly residents in your long-term care facility.

3-1) Are there nutrition support services available for elderly residents with dysphagia (swallowing difficulties) in your facility? Please check **any**.

- () Oral health care
- () Dysphagia diets (texture modified diets) such as pureed, pre-mashed, and fork mashable diets
- () Thickened fluids
- () Swallowing rehabilitation

3-2) Our previous work in Japan showed that the following types of artificial nutrition and hydration were provided to elderly residents with dysphagia in special nursing homes (facilities for permanent residence) (Nakanishi et al., 2013).

- Intravenous feeding for 24 hours per day: 93 (0.5%) of 20,564 elderly residents

<Status of the 93 elderly residents with intravenous feeding for 24 hours>

Mean age (SD)	87.8 (8.6)
Number of residents with pneumonia, N (%)	21 (22.6%)
Activity of Daily Living (ADL)	N (%)
Bed mobility, completely dependent	70 (75.8%)
Transfer, completely dependent	78 (83.9%)
Eating, completely dependent	66 (71.0%)
Toilet use, completely dependent	78 (83.9%)
Level of severity of dementia, 0-5	N (%)
4: usually requires personal care	41 (44.1%)
5: usually requires medical care (most severe)	9 (9.7%)



- Tube feeding by nasogastric or PEG, etc.: 2,251 (10.9%) of 20,564 elderly residents

<Status of the 2,251 elderly residents with tube feeding by nasogastric or PEG, etc.>

Mean age (SD)	85.3 (8.0)
Number of residents with pneumonia, N (%)	1,022 (45.4%)
Activity of Daily Living (ADL)	N (%)
Bed mobility, completely dependent	1,946 (86.5%)
Transfer, completely dependent	2,067 (91.8%)
Eating, completely dependent	2,149 (95.5%)
Toilet use, completely dependent	2,123 (94.3%)
Level of severity of dementia, 0-5	N (%)
4: usually requires personal care	1,304 (57.9%)
5: usually requires medical care (most severe)	293 (13.0%)

In your facility, are there any elderly residents who were transferred to the hospital due to dehydration and/or malnutrition during the past year? Please check **one**.

() No.

() Yes: please describe summary of the status in the box below.

In your facility, are there any elderly residents who are currently fed by artificial nutrition and hydration? Please check **one**.

- Intravenous feeding

() No

() Yes: please describe summary of the status in the box below.



- Nasogastric feeding

() No

() Yes: please describe summary of the status in the box below.

- PEG

() No

() Yes: please describe summary of the status in the box below.



3-3) Some long-term care facilities cannot accept new patients requiring tube-feeding due to a lack of resources in Japan (Nakanishi et al., 2012).

Have there ever been any elderly applicants for admission to your facility who were/are at home and fed by artificial nutrition and hydration?

() No

() Yes: does use of artificial nutrition and hydration change the priority or acceptance of admission to your facility?

() No

() Yes: please specify the reason in the box below.



4. Please answer the questions on guidelines regarding addressing the elderly with eating difficulty/dysphagia.

In Japan, the Japanese Society for Parenteral and Enteral Nutrition (JSPEN) published a guideline on artificial nutrition and hydration in May 2013. The guideline recommends enteral nutrition for elderly patients with dysphagia. However, the benefit from parenteral and enteral nutrition is inconclusive for elderly patients with dementia. Furthermore, the guideline states that parenteral and enteral nutrition is **not** recommended for elderly patients in end-of-life stage.

In your country, we found the following guideline through a literature search: **“Altered Nutritional Status, AMDA Clinical Practice Guideline”** by American Medical Directors Association.

Major recommendations, Treatment, Step 21:

Evaluate the risks and benefits of artificially administered nutrition and hydration by tube feeding.

Tube feeding may be clinically appropriate in certain circumstances, but it should not be an automatic next step when other feeding strategies have failed.

In general, tube feeding may be appropriate when:

- There is a clear clinical indication for its use,
- It provides a benefit that is not outweighed by risks, and
- It is consistent with the known values and preferences of the patient and family.



In your facility, does the guideline serve as a basis for your decision making on artificial nutrition and hydration for elderly residents with dysphagia? Please check **one**.

Yes

No: because ... (check **any**)

The guideline is unfamiliar to our area of practice.

The guideline is unavailable due to expense or exclusive access for members.

The guideline is too complex to use for our practices.

The guideline is not applicable for our practices due to frequent revisions.

I prefer another guideline: please describe in the box below.

The guideline is inappropriate in our clients for their clinical status.

The guideline is not applicable for staffing and resources available in my facility.

Other: please describe in the box below.



5. Please tell us about your practices to improve quality of nutrition support for elderly residents in your facility.

Does your facility implement the following practices? Please check **any**.

- () Establish a nutrition support team in the facility
- () Training programs for staff on nutrition and hydration
- () Workshops for staff to cover guidelines on nutrition support for the elderly
- () Share nutrition support strategies with local agencies (including home care providers and catering services)
- () Other: please describe in the box below.

6. Finally, we would like to increase the use of guidelines for the implementation of evidence-based recommendations to improve the quality of care for the elderly with eating difficulty/dysphagia in Japan. Please tell us your suggestions, if any.

Please describe:

Thank you for your time.



Appendix

Reference

Nakanishi M, Hattori K. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes are placed in elderly adults in Japan with advanced dementia regardless of expectation of improvement in quality of life. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, in press.

Nakanishi M, Hattori K, Nakashima T, Sawamura K. Health care and personal care needs among residents in nursing homes, group homes, and congregate housing in Japan: Why does transition occur, and where can the frail elderly establish a permanent residence? *Journal of the American Medical Directors Association* 2013, doi: 10.1016/j.jamda.2013.07.006

Nakanishi M, Hattori K, Nakashima T, Sawamura K. Priority for elderly persons with behavioral and psychological symptoms of dementia on waiting lists for placement in nursing homes in Japan: do nursing homes change priorities based on their own guidelines? *Journal of the American Medical Directors Association* 2012; 13: 794-799.

Data sources

Ministry of Health, Labour and Welfare. *Survey of Institutions and Establishments for Long-term Care* 2010.

Case vignette

Aita K. Survey of Japanese geriatricians on their practices and attitude towards artificial nutrition and hydration for patients with end-stage dementia. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* [Japanese Journal of Geriatrics] 2012; 49: 71-74 (in Japanese).



Background

Japan is confronting a rapid increase in the number of frail elderly patients and the issue of artificial nutrition and hydration in long-term care settings. The national statistics for September 2010 indicated the proportion of artificial nutrition and hydration among 396,356 residents in special nursing homes (facilities for permanent residence): 3.9% intravenous feeding; 0.2% total parenteral nutrition; 8.3% percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG); and 4.3% tube feeding.

The Japan Geriatrics Society implemented a questionnaire survey in 2011 using a case-vignette approach to assess geriatricians' practices and attitudes towards artificial nutrition and hydration in the elderly.

Ms. A is an 85-year old nursing home resident with advanced Alzheimer's dementia. She is nonverbal, bed-bound, and cannot sit even with assistance. She seldom smiles.

She presents increasing difficulty with eating. She pockets food and occasionally chokes on her food. A speech therapist has assessed her, and ordered modification of food texture, yet she continues to have difficulty with eating and is losing weight. She already has had repeated episodes of aspiration pneumonia, and last week she developed the aspiration pneumonia again. She responded to treatment for the pneumonia, however, the health care team felt continuing oral feeding would be difficult.

Ms. A cannot make an informed decision on artificial nutrition and hydration, and she does not have an immediate family member to act as a surrogate decision-maker.

Among 789 physicians who responded, 51.3% answered peripheral infusion as treatment for Ms. A; 20.5% tube feeding by PEG; 13.3% nasal tube feeding; 10.3% withholding all artificial nutrition and hydration.

Following that, the Japan Geriatrics Society published guidelines on the decision making process for elderly health care in June 2012. The guideline notes that the patient care decision-making process should make the patient's benefit (quality of life as well as prolonging life) a primary consideration, and include withholding or withdrawing artificial nutrition and hydration as an option.



We investigated 1,199 hospital patients aged 65 years or older with PEG tube placement during the 6-month period of April to September 2012. There were 724 patients (62.9%) who had advanced dementia. Among the 724 patients with advanced dementia, 15.5% indicated his/her consent to PEG; Resumption of oral feeding was prospected to 17.6%; and improvement of quality of life was expected for 39.1% (Nakanishi and Hattori, in press).

Results of our survey suggest that, even after the announcement of the guideline by the Japan Geriatrics Society, there were some inappropriate practices on use of artificial nutrition and hydration in the elderly.

The objectives of our study are (1) to assess how nutritional support is provided to elderly nursing home residents with dysphagia across Western countries, and (2) to seek strategies to improve the quality of care in nutritional support for the elderly with dysphagia.



Questions

1. What is your professional background? Please check one.

- () Medical doctor (please describe your specialty: _____)
- () Nurse (please describe your specialty: _____)
- () Social worker
- () Other (please describe: _____)

2. Please provide general information about your long-term care facility.

Characteristics	Describe a number (or NA)
Number of beds	_____.
Current number of residents who are 65 years and older	_____.
Number of elderly residents who has a diagnosis of dementia	_____.
Number of medical doctors, Full-time equivalent (FTE)	_____.
Number of nurses, FTE	_____.
Number of social workers, FTE	_____.
Number of dietitians, FTE	_____.
Number of dentists, FTE	_____.
Number of dental hygienists, FTE	_____.
Number of speech therapists, FTE	_____.

Full-time equivalent (FTE) calculation is based on the proportion of time staff work in a role. For example, in a facility where full-time employees work at least **30** hours per week, **1** full-time nurses and **3** part-time nurses who work **20** hours per week will be aggregated to **3** FTE nurses = $1 + (20*3)/30$.

3. Please answer the questions on nutrition support for elderly residents in your long-term care facility.

3-1) Are there nutrition support services available for elderly residents with dysphagia (swallowing difficulties) in your facility? Please check **any**.

- () Oral health care
- () Dysphagia diets (texture modified diets) such as pureed, pre-mashed, and fork mashable diets
- () Thickened fluids
- () Swallowing rehabilitation

3-2) Our previous work in Japan showed that the following types of artificial nutrition and hydration were provided to elderly residents with dysphagia in special nursing homes (facilities for permanent residence) (Nakanishi et al., 2013).

- Intravenous feeding for 24 hours per day: 93 (0.5%) of 20,564 elderly residents

<Status of the 93 elderly residents with intravenous feeding for 24 hours>

Mean age (SD)	87.8 (8.6)
Number of residents with pneumonia, N (%)	21 (22.6%)
Activity of Daily Living (ADL)	N (%)
Bed mobility, completely dependent	70 (75.8%)
Transfer, completely dependent	78 (83.9%)
Eating, completely dependent	66 (71.0%)
Toilet use, completely dependent	78 (83.9%)
Level of severity of dementia, 0-5	N (%)
4: usually requires personal care	41 (44.1%)
5: usually requires medical care (most severe)	9 (9.7%)



- Tube feeding by nasogastric or PEG, etc.: 2,251 (10.9%) of 20,564 elderly residents

<Status of the 2,251 elderly residents with tube feeding by nasogastric or PEG, etc.>

Mean age (SD)	85.3 (8.0)
Number of residents with pneumonia, N (%)	1,022 (45.4%)
Activity of Daily Living (ADL)	N (%)
Bed mobility, completely dependent	1,946 (86.5%)
Transfer, completely dependent	2,067 (91.8%)
Eating, completely dependent	2,149 (95.5%)
Toilet use, completely dependent	2,123 (94.3%)
Level of severity of dementia, 0-5	N (%)
4: usually requires personal care	1,304 (57.9%)
5: usually requires medical care (most severe)	293 (13.0%)

In your facility, are there any elderly residents who were transferred to the hospital due to dehydration and/or malnutrition during the past year? Please check **one**.

() No.

() Yes: please describe summary of the status in the box below.

In your facility, are there any elderly residents who are currently fed by artificial nutrition and hydration? Please check **one**.

- Intravenous feeding

() No

() Yes: please describe summary of the status in the box below.



- Nasogastric feeding

() No

() Yes: please describe summary of the status in the box below.

- PEG

() No

() Yes: please describe summary of the status in the box below.



3-3) Some long-term care facilities cannot accept new patients requiring tube-feeding due to a lack of resources in Japan (Nakanishi et al., 2012).

Have there ever been any elderly applicants for admission to your facility who were/are at home and fed by artificial nutrition and hydration?

() No

() Yes: does use of artificial nutrition and hydration change the priority or acceptance of admission to your facility?

() No

() Yes: please specify the reason in the box below.



4. Please answer the questions on guidelines regarding addressing the elderly with eating difficulty/dysphagia.

In Japan, the Japanese Society for Parenteral and Enteral Nutrition (JSPEN) published a guideline on artificial nutrition and hydration in May 2013. The guideline recommends enteral nutrition for elderly patients with dysphagia. However, the benefit from parenteral and enteral nutrition is inconclusive for elderly patients with dementia. Furthermore, the guideline states that parenteral and enteral nutrition is **not** recommended for elderly patients in end-of-life stage.

In your country, we found the following guideline through a literature search: **“Healthy Eating for Seniors”** by Ministry of Health Services, British Columbia.

5. Eating right with a chronic illness

What should I eat if I have trouble swallowing?

Having trouble swallowing or feeling like food is caught in your throat or somewhere between your throat and your stomach is common at any age, but even more so for seniors.

Trouble swallowing can be caused by such things as simply eating too fast, taking bites that are too big, having dentures that do not fit well, or having a loose tooth that prevents proper chewing. It can be made worse by not drinking enough while eating or by eating while lying down. People with Alzheimer’s disease may not chew their food enough or may actually forget to chew.

If you have trouble swallowing, do not restrict yourself to eating only soft or liquid food (that can cause other problems!). Instead, first try to take smaller bites and eat more slowly, and see your dentist if you have dentures or a loose or missing tooth.

See your doctor if the trouble goes on for more than a few days, or if you have had a more serious health problem, such as a stroke or Parkinson’s disease. Your doctor may refer you to a speech language pathologist for a full assessment.



In your facility, does the guideline serve as a basis for your decision making on artificial nutrition and hydration for elderly residents with dysphagia? Please check **one**.

() Yes

() No: because ... (check **any**)

() The guideline is unfamiliar to our area of practice.

() The guideline is unavailable due to expense or exclusive access for members.

() The guideline is too complex to use for our practices.

() The guideline is not applicable for our practices due to frequent revisions.

() I prefer another guideline: please describe in the box below.

() The guideline is inappropriate in our clients for their clinical status.

() The guideline is not applicable for staffing and resources available in my facility.

() Other: please describe in the box below.



5. Please tell us about your practices to improve quality of nutrition support for elderly residents in your facility.

Does your facility implement the following practices? Please check **any**.

- () Establish a nutrition support team in the facility
- () Training programs for staff on nutrition and hydration
- () Workshops for staff to cover guidelines on nutrition support for the elderly
- () Share nutrition support strategies with local agencies (including home care providers and catering services)
- () Other: please describe in the box below.

6. Finally, we would like to increase the use of guidelines for the implementation of evidence-based recommendations to improve the quality of care for the elderly with eating difficulty/dysphagia in Japan. Please tell us your suggestions, if any.

Please describe:

Thank you for your time.



Appendix

Reference

Nakanishi M, Hattori K. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes are placed in elderly adults in Japan with advanced dementia regardless of expectation of improvement in quality of life. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, in press.

Nakanishi M, Hattori K, Nakashima T, Sawamura K. Health care and personal care needs among residents in nursing homes, group homes, and congregate housing in Japan: Why does transition occur, and where can the frail elderly establish a permanent residence? *Journal of the American Medical Directors Association* 2013, doi: 10.1016/j.jamda.2013.07.006

Nakanishi M, Hattori K, Nakashima T, Sawamura K. Priority for elderly persons with behavioral and psychological symptoms of dementia on waiting lists for placement in nursing homes in Japan: do nursing homes change priorities based on their own guidelines? *Journal of the American Medical Directors Association* 2012; 13: 794-799.

Data sources

Ministry of Health, Labour and Welfare. *Survey of Institutions and Establishments for Long-term Care* 2010.

Case vignette

Aita K. Survey of Japanese geriatricians on their practices and attitude towards artificial nutrition and hydration for patients with end-stage dementia. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* [Japanese Journal of Geriatrics] 2012; 49: 71-74 (in Japanese).

Background

Japan is confronting a rapid increase in the number of frail elderly patients and the issue of artificial nutrition and hydration in long-term care settings. The national statistics for September 2010 indicated the proportion of artificial nutrition and hydration among 396,356 residents in special nursing homes (facilities for permanent residence): 3.9% intravenous feeding; 0.2% total parenteral nutrition; 8.3% percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG); and 4.3% tube feeding.

The Japan Geriatrics Society implemented a questionnaire survey in 2011 using a case-vignette approach to assess geriatricians' practices and attitudes towards artificial nutrition and hydration in the elderly.

Ms. A is an 85-year old nursing home resident with advanced Alzheimer's dementia. She is nonverbal, bed-bound, and cannot sit even with assistance. She seldom smiles.

She presents increasing difficulty with eating. She pockets food and occasionally chokes on her food. A speech therapist has assessed her, and ordered modification of food texture, yet she continues to have difficulty with eating and is losing weight. She already has had repeated episodes of aspiration pneumonia, and last week she developed the aspiration pneumonia again. She responded to treatment for the pneumonia, however, the health care team felt continuing oral feeding would be difficult.

Ms. A cannot make an informed decision on artificial nutrition and hydration, and she does not have an immediate family member to act as a surrogate decision-maker.

Among 789 physicians who responded, 51.3% answered peripheral infusion as treatment for Ms. A; 20.5% tube feeding by PEG; 13.3% nasal tube feeding; 10.3% withholding all artificial nutrition and hydration.

Following that, the Japan Geriatrics Society published guidelines on the decision making process for elderly health care in June 2012. The guideline notes that the patient care decision-making process should make the patient's benefit (quality of life as well as prolonging life) a primary consideration, and include withholding or withdrawing artificial nutrition and hydration as an option.



We investigated 1,199 hospital patients aged 65 years or older with PEG tube placement during the 6-month period of April to September 2012. There were 724 patients (62.9%) who had advanced dementia. Among the 724 patients with advanced dementia, 15.5% indicated his/her consent to PEG; Resumption of oral feeding was prospected to 17.6%; and improvement of quality of life was expected for 39.1% (Nakanishi and Hattori, in press).

Results of our survey suggest that, even after the announcement of the guideline by the Japan Geriatrics Society, there were some inappropriate practices on use of artificial nutrition and hydration in the elderly.

The objectives of our study are (1) to assess how nutritional support is provided to elderly nursing home residents with dysphagia across Western countries, and (2) to seek strategies to improve the quality of care in nutritional support for the elderly with dysphagia.



Questions

1. What is your professional background? Please check one.

() Medical doctor (please describe your specialty:_____)

() Nurse (please describe your specialty:_____)

() Social worker

() Other (please describe:_____)

2. Please provide general information about your long-term care facility.

Characteristics	Describe a number (or NA)
Number of beds	_____.
Current number of residents who are 65 years and older	_____.
Number of elderly residents who has a diagnosis of dementia	_____.
Number of medical doctors, Full-time equivalent (FTE)	_____.
Number of nurses, FTE	_____.
Number of social workers, FTE	_____.
Number of dietitians, FTE	_____.
Number of dentists, FTE	_____.
Number of dental hygienists, FTE	_____.
Number of speech therapists, FTE	_____.

Full-time equivalent (FTE) calculation is based on the proportion of time staff work in a role. For example, in a facility where full-time employees work at least **30** hours per week, **1** full-time nurses and **3** part-time nurses who work **20** hours per week will be aggregated to **3** FTE nurses = $1 + (20*3)/30$.

3. Please answer the questions on nutrition support for elderly residents in your long-term care facility.

3-1) Are there nutrition support services available for elderly residents with dysphagia (swallowing difficulties) in your facility? Please check **any**.

- () Oral health care
- () Dysphagia diets (texture modified diets) such as pureed, pre-mashed, and fork mashable diets
- () Thickened fluids
- () Swallowing rehabilitation

3-2) Our previous work in Japan showed that the following types of artificial nutrition and hydration were provided to elderly residents with dysphagia in special nursing homes (facilities for permanent residence) (Nakanishi et al., 2013).

- Intravenous feeding for 24 hours per day: 93 (0.5%) of 20,564 elderly residents

<Status of the 93 elderly residents with intravenous feeding for 24 hours>

Mean age (SD)	87.8 (8.6)
Number of residents with pneumonia, N (%)	21 (22.6%)
Activity of Daily Living (ADL)	N (%)
Bed mobility, completely dependent	70 (75.8%)
Transfer, completely dependent	78 (83.9%)
Eating, completely dependent	66 (71.0%)
Toilet use, completely dependent	78 (83.9%)
Level of severity of dementia, 0-5	N (%)
4: usually requires personal care	41 (44.1%)
5: usually requires medical care (most severe)	9 (9.7%)



- Tube feeding by nasogastric or PEG, etc.: 2,251 (10.9%) of 20,564 elderly residents

<Status of the 2,251 elderly residents with tube feeding by nasogastric or PEG, etc.>

Mean age (SD)	85.3 (8.0)
Number of residents with pneumonia, N (%)	1,022 (45.4%)
Activity of Daily Living (ADL)	N (%)
Bed mobility, completely dependent	1,946 (86.5%)
Transfer, completely dependent	2,067 (91.8%)
Eating, completely dependent	2,149 (95.5%)
Toilet use, completely dependent	2,123 (94.3%)
Level of severity of dementia, 0-5	N (%)
4: usually requires personal care	1,304 (57.9%)
5: usually requires medical care (most severe)	293 (13.0%)

In your facility, are there any elderly residents who were transferred to the hospital due to dehydration and/or malnutrition during the past year? Please check **one**.

() No.

() Yes: please describe summary of the status in the box below.

In your facility, are there any elderly residents who are currently fed by artificial nutrition and hydration? Please check **one**.

- Intravenous feeding

() No

() Yes: please describe summary of the status in the box below.



- Nasogastric feeding

() No

() Yes: please describe summary of the status in the box below.

- PEG

() No

() Yes: please describe summary of the status in the box below.



3-3) Some long-term care facilities cannot accept new patients requiring tube-feeding due to a lack of resources in Japan (Nakanishi et al., 2012).

Have there ever been any elderly applicants for admission to your facility who were/are at home and fed by artificial nutrition and hydration?

() No

() Yes: does use of artificial nutrition and hydration change the priority or acceptance of admission to your facility?

() No

() Yes: please specify the reason in the box below.

4. Please answer the questions on guidelines regarding addressing the elderly with eating difficulty/dysphagia.

In Japan, the Japanese Society for Parenteral and Enteral Nutrition (JSPEN) published a guideline on artificial nutrition and hydration in May 2013. The guideline recommends enteral nutrition for elderly patients with dysphagia. However, the benefit from parenteral and enteral nutrition is inconclusive for elderly patients with dementia. Furthermore, the guideline states that parenteral and enteral nutrition is **not** recommended for elderly patients in end-of-life stage.

In your country, we found the following guideline through a literature search: **“Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition (NICE CG 32)”** by National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

1.7 Enteral tube feeding in hospital and the community

Nutrition support in dementia

Managing dysphagia in dementia

NICE CG32 recommends that enteral tube feeding should not be given to people unless they are malnourished or at risk of malnutrition, and have inadequate or unsafe oral intake. Additionally, ‘Dementia’ (NICE CG42) recommends that health and social care staff should encourage people with dementia to eat and drink by mouth for as long as possible. Specialist assessment and advice concerning swallowing and feeding in dementia should be available. Dietary advice may also be beneficial. Nutritional support, including artificial (tube) feeding, should be considered if dysphagia is thought to be a transient phenomenon, but artificial feeding should not generally be used in people with severe dementia for whom dysphagia or disinclination to eat is a manifestation of disease severity.

.....

The evidence suggests that percutaneous endoscopic gastrostomy does not appear to improve survival or quality of life in advanced dementia, which is consistent with recommendations in both NICE CG32 and NICE CG42 to feed orally for as long as possible. Further research is needed to address the lack of evidence for the diagnosis and management of dysphagia in people with dementia.



In your facility, does the guideline serve as a basis for your decision making on artificial nutrition and hydration for elderly residents with dysphagia? Please check **one**.

- Yes
- No: because ... (check **any**)
 - The guideline is unfamiliar to our area of practice.
 - The guideline is unavailable due to expense or exclusive access for members.
 - The guideline is too complex to use for our practices.
 - The guideline is not applicable for our practices due to frequent revisions.
 - I prefer another guideline: please describe in the box below.

- The guideline is inappropriate in our clients for their clinical status.
- The guideline is not applicable for staffing and resources available in my facility.
- Other: please describe in the box below.



5. Please tell us about your practices to improve quality of nutrition support for elderly residents in your facility.

Does your facility implement the following practices? Please check **any**.

- () Establish a nutrition support team in the facility
- () Training programs for staff on nutrition and hydration
- () Workshops for staff to cover guidelines on nutrition support for the elderly
- () Share nutrition support strategies with local agencies (including home care providers and catering services)
- () Other: please describe in the box below.

6. Finally, we would like to increase the use of guidelines for the implementation of evidence-based recommendations to improve the quality of care for the elderly with eating difficulty/dysphagia in Japan. Please tell us your suggestions, if any.

Please describe:

Thank you for your time.



Appendix

Reference

Nakanishi M, Hattori K. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes are placed in elderly adults in Japan with advanced dementia regardless of expectation of improvement in quality of life. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, in press.

Nakanishi M, Hattori K, Nakashima T, Sawamura K. Health care and personal care needs among residents in nursing homes, group homes, and congregate housing in Japan: Why does transition occur, and where can the frail elderly establish a permanent residence? *Journal of the American Medical Directors Association* 2013, doi: 10.1016/j.jamda.2013.07.006

Nakanishi M, Hattori K, Nakashima T, Sawamura K. Priority for elderly persons with behavioral and psychological symptoms of dementia on waiting lists for placement in nursing homes in Japan: do nursing homes change priorities based on their own guidelines? *Journal of the American Medical Directors Association* 2012; 13: 794-799.

Data sources

Ministry of Health, Labour and Welfare. *Survey of Institutions and Establishments for Long-term Care* 2010.

Case vignette

Aita K. Survey of Japanese geriatricians on their practices and attitude towards artificial nutrition and hydration for patients with end-stage dementia. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* [Japanese Journal of Geriatrics] 2012; 49: 71-74 (in Japanese).

Achtergrond

Japan wordt geconfronteerd met een snelle toename van het aantal kwetsbare oudere patiënten en de kwestie van kunstmatige voeding en vocht in langdurige zorginstellingen. De nationale statistieken voor september 2010 vermeldden het aandeel kunstmatige voeding en vocht onder 396.356 bewoners van speciale verpleeghuizen (instellingen voor permanent verblijf): 3,9% intraveneuze voeding; 0,2% totale parenterale voeding; 8,3% percutane endoscopische gastronomie (PEG); en 4,3% sondevoeding.

De Japan Geriatrics Society (Japanse geriatrievereniging) voerde in 2011 een enquête uit met een casestudy-aanpak om het gedrag en de houding van gerieters ten opzichte van kunstmatige voeding en vocht bij ouderen te beoordelen.

Mevr. A is een 85-jarige verpleeghuisbewoonster met een vergevorderde ziekte van Alzheimer. Ze is non-verbaal, aan bed gebonden en kan niet eens zitten zonder hulp. Ze glimlacht zelden.

Ze vertoont steeds meer moeite met eten. Ze hamstert eten en verslikt zich soms in haar eten. Een logopedist heeft haar onderzocht en een wijziging van voedselstructuur voorgeschreven. Toch blijft ze moeite hebben met eten en verliest ze gewicht. Ze heeft al herhaalde episodes van aspiratiepneumonie gehad en vorige week trad de aspiratiepneumonie weer op. Ze reageerde op de behandeling voor de pneumonie, maar het zorgteam was van mening dat het voortzetten van orale voeding moeilijk zou zijn.

Mevr. A kan geen weloverwogen beslissing maken over kunstmatige voeding en vocht en ze heeft geen direct familielid dat kan optreden als plaatsvervangend beslissingnemer.

Onder de 789 artsen die antwoordden, antwoordde 51,3% dat een perifeer infuus een behandeling zou zijn voor Mevr. A; 20,5% sondevoeding door PEG; 13,3% nasale sondevoeding; 10,3% het achterhouden van alle kunstmatige voeding en vocht.

Naar aanleiding hiervan publiceerde de Japan Geriatrics Society (Japanse geriatrievereniging) richtlijnen over het besluitvormingsproces voor ouderenzorg in juni 2012. De richtlijn stelt vast dat het besluitvormingsproces in de patiëntenzorg het voordeel van de patiënt (zowel kwaliteit van leven als levensverlenging) voorop moet stellen, en het achterhouden of intrekken van kunstmatige voeding en vocht als optie moet zien.

We hebben 1.199 ziekenhuispatiënten onderzocht van 65 jaar en ouder met een PEG-katheter tijdens de zes maanden durende periode van april tot september 2012. Er waren 724 patiënten (62,9%) met gevorderde dementie. Van de 724 patiënten met gevorderde dementie gaf 15,5% aan dat zijn/haar toestemming was gegeven voor de PEG; 17,6% had het vooruitzicht op hervatting van orale voeding; en verbetering van de levenskwaliteit werd verwacht voor 39,1% (Nakanishi en Hattori, ter perse).

De resultaten van ons onderzoek wijzen erop dat zelfs na bekendmaking van de richtlijn door de Japan Geriatrics Society (Japanse geriatrievereniging), er enkele ongepaste praktijken waren bij het gebruik van kunstmatige voeding en vocht in de ouderenzorg.

De doelstellingen van onze studie zijn (1) om te beoordelen hoe nutritionele ondersteuning wordt geboden aan oudere verpleeghuisbewoners met dysfagie in westerse landen en (2) om strategieën te vinden om de kwaliteit van de zorg op het gebied van nutritionele ondersteuning voor ouderen met dysfagie te verbeteren.

Vragen

1. Wat is uw professionele achtergrond? Vink één optie aan.

- () Medische arts (beschrijf uw specialisme: _____)
- () Verpleegkundige (beschrijf uw specialisme: _____)
- () Maatschappelijk werker
- () Anders (gelieve te omschrijven: _____)

2. Geef algemene informatie over uw langdurige zorginstelling.

Kenmerken	Beschrijf een aantal (of n.v.t.)
Aantal bedden	_____.
Huidige aantal inwoners van 65 jaar en ouder	_____.
Aantal oudere bewoners die gediagnosticeerd zijn met dementie	_____.
Aantal artsen, full-time equivalent (FTE)	_____.
Aantal verpleegkundigen, FTE	_____.
Aantal maatschappelijk werkers, FTE	_____.
Aantal diëtisten, FTE	_____.
Aantal tandartsen, FTE	_____.
Aantal mondhygiënisten, FTE	_____.
Aantal logopedisten, FTE	_____.

De berekening van het full-time equivalent (FTE) is gebaseerd op het percentage van de tijd waarin medewerkers werkzaam zijn in een rol. Voorbeeld: in een instelling waarin voltijdmedewerkers ten minste **30** per week werken, worden **1** voltijdverpleegkundige en **3** deeltijdverpleegkundigen die samen **20** uur per week werken samengevoegd tot **3** FTE verpleegkundigen = $1 + (20 \cdot 3) / 30$.

3. Beantwoord de vragen over nutritionele ondersteuning voor oudere bewoners in uw langdurige zorginstelling.

3-1) Zijn er nutritionele ondersteuningsdiensten beschikbaar voor oudere bewoners met dysfagie (slikproblemen) in uw instelling? Vink **alle** opties aan die van toepassing zijn.

- Mondzorg
- Dysfagiediëten (qua textuur aangepaste diëten) zoals gepureerde, vooraf fijngestampte, en met een vork fijn te stampen diëten
- Verdikte vloeistoffen
- Slikrevalidatie

3-2) Ons eerdere werk in Japan toonde aan dat de volgende types van kunstmatige voeding en vocht werden verstrekt aan oudere bewoners met dysfagie in speciale verpleeghuizen (instellingen voor permanent verblijf) (Nakanishi et al., 2013).

- Intraveneuze voeding gedurende 24 uur per dag: 93 (0,5%) van de 20.564 oudere bewoners.

<Status van de 93 oudere bewoners met intraveneuze voeding gedurende 24 uur>

Gemiddelde leeftijd (SD)	87,8 (8,6)
Aantal bewoners met een longontsteking, aantal (%)	21 (22,6%)
Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)	Aantal (%)
Bedmobiliteit, volledig afhankelijk	70 (75,8%)
Verplaatsing, volledig afhankelijk	78 (83,9%)
Eten, volledig afhankelijk	66 (71,0%)
Toiletgebruik, volledig afhankelijk	78 (83,9%)
Mate van ernst van de dementie, 0-5	Aantal (%)
4: vereist meestal persoonlijke zorg	41 (44,1%)
5: vereist meestal medische zorg (ernstigste)	9 (9,7%)

- Sondevoeding door nasogastrische sonde of PEG, enz.: 2.251 (10,9%) van de 20.564 oudere bewoners

<Status van de 2.251 oudere bewoners met sondevoeding door nasogastrische sonde of PEG, enz.>

Gemiddelde leeftijd (SD)	85,3 (8,0)
Aantal bewoners met een longontsteking, aantal (%)	1.022 (45,4%)
Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)	Aantal (%)
Bedmobiliteit, volledig afhankelijk	1.946 (86,5%)
Verplaatsing, volledig afhankelijk	2.067 (91,8%)
Eten, volledig afhankelijk	2.149 (95,5%)
Toiletgebruik, volledig afhankelijk	2.123 (94,3%)
Mate van ernst van de dementie, 0-5	Aantal (%)
4: vereist meestal persoonlijke verzorging	1.304 (57,9%)
5: vereist meestal medische zorg (ernstigste)	293 (13,0%)

Zijn er in uw instelling oudere bewoners die naar het ziekenhuis zijn overgebracht als gevolg van uitdroging en/of ondervoeding in het afgelopen jaar? Vink **één** optie aan.

() Nee.

() Ja: beschrijf in het vak hieronder een samenvatting van de status.

Zijn er in uw instelling oudere bewoners die momenteel worden gevoed door kunstmatige voeding en vocht? Vink **één** optie aan.

- Intraveneuze voeding

() Nee



() Ja: beschrijf in het vak hieronder een samenvatting van de status.

- Sondevoeding

() Nee

() Ja: beschrijf in het vak hieronder een samenvatting van de status.

- PEG

() Nee

() Ja: beschrijf in het vak hieronder een samenvatting van de status.



3-3) Sommige langdurige zorginstellingen kunnen geen nieuwe patiënten aannemen die sondevoeding nodig hebben vanwege een gebrek aan middelen in Japan (Nakanishi et al., 2012).

Zijn er ooit oudere kandidaten geweest voor toetreding tot uw instelling die thuis werden/worden gevoed door kunstmatige voeding en vocht?

Nee

Ja: verandert het gebruik van kunstmatige voeding en vocht de prioriteit of de aanvaarding van de toelating tot uw instelling?

Nee

Ja: specificeer de reden in het vak hieronder.

4. Beantwoord de vragen over richtlijnen met betrekking tot de aanpak van ouderen met eetproblemen/dysfagie.

In Japan heeft de Japanese Society for Parenteral and Enteral Nutrition (JSPEN) (Japanse vereniging voor parenterale en enterale voeding) in mei 2013 een richtlijn gepubliceerd over kunstmatige voeding en vocht. De richtlijn beveelt enterale voeding aan voor oudere patiënten met dysfagie. Het voordeel van parenterale en enterale voeding is echter niet overtuigend voor oudere patiënten met dementie. Bovendien stelt de richtlijn dat parenterale en enterale voeding **niet** wordt aanbevolen voor oudere patiënten in de laatste fase van hun leven.

In uw land vonden we de volgende richtlijn na literatuuronderzoek: **“Richtlijn Ondervoeding: Screening en behandeling van ondervoeding”** door Stuurgroep Ondervoeding, Diëtisten Ondervoeding Nederland.

4.4 Behandelplan ondervoede patiënten

1. Bij 100% inname van de vastgestelde behoefte wordt de eiwit- en energierijke voeding gecontinueerd. Monitoring van de inname blijft gewenst.
2. Bij 75 – 100% van de vastgestelde behoefte bestaat het behandelplan uit eiwit- en energierijke voeding in de vorm van verrijkte hoofdmaaltijden, tussentijdse verstrekkingen en eventueel drinkvoeding. Binnen zeven tot tien dagen wordt het behandelplan geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Ook na de evaluatie van het behandelplan blijft monitoring van de inname gewenst.
3. Bij 50% - 75% van de vastgestelde behoefte is het advies drink- en/of sondevoeding naast eiwit- en energierijke voeding. Binnen vier tot zeven dagen wordt het behandelplan geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Ook na de evaluatie van het behandelplan blijft monitoring van de inname gewenst.
4. Ligt de intake lager dan 50% van de behoefte, dan is volledige sondevoeding aangewezen aangevuld met wat per os mogelijk is. Binnen twee tot vier dagen wordt het behandelplan geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Ook na de evaluatie van het behandelplan blijft monitoring van de inname noodzakelijk.



Dient de richtlijn in uw instelling als basis voor uw besluitvorming over kunstmatige voeding en vocht voor oudere bewoners met dysfagie? Vink **één** optie aan.

-) Ja
-) Nee, want... (vink **alles** aan wat van toepassing is)
 -) De richtlijn is onbekend in ons praktijkgebied.
 -) De richtlijn is niet beschikbaar vanwege kosten of exclusieve toegang voor leden.
 -) De richtlijn is te complex om voor onze praktijken te gebruiken.
 -) De richtlijn is niet van toepassing op onze praktijken vanwege frequente herzieningen.
 -) Ik geef de voorkeur aan een andere richtlijn: gelieve in het onderstaande vak een beschrijving te geven.

-) De richtlijn is ongepast voor onze cliënten voor hun klinische toestand.
-) De richtlijn is niet van toepassing op het personeel en de beschikbare middelen in mijn instelling.
-) Anders: gelieve in het onderstaande vak te beschrijven.



5. Vertel ons over uw praktijken om de kwaliteit van nutritionele ondersteuning voor oudere bewoners van uw instelling te verbeteren.

Voert uw instelling de volgende praktijken uit? Vink **alle** opties aan die van toepassing zijn.

- Het samenstellen van een voedingsondersteuningsteam in de zorginstelling
- Opleidingsprogramma's voor het personeel over voeding en vocht
- Workshops voor medewerkers om richtlijnen over nutritionele ondersteuning voor ouderen te behandelen
- Het delen van strategieën voor nutritionele ondersteuning met lokale instanties (waaronder thuiszorgaanbieders en cateringdiensten)
- Anders: gelieve in het onderstaande vak te beschrijven.

6. Tot slot willen we het gebruik van richtlijnen voor de implementatie van wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen verhogen om de kwaliteit van de zorg voor ouderen met eetproblemen/dysfagie in Japan te verbeteren. Vertel ons uw suggesties, indien van toepassing.

Gelieve een beschrijving te geven:



Bedankt voor uw tijd.

Appendix

Reference

Nakanishi M, Hattori K. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes are placed in elderly adults in Japan with advanced dementia regardless of expectation of improvement in quality of life. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, in press.

Nakanishi M, Hattori K, Nakashima T, Sawamura K. Health care and personal care needs among residents in nursing homes, group homes, and congregate housing in Japan: Why does transition occur, and where can the frail elderly establish a permanent residence? *Journal of the American Medical Directors Association* 2013, doi: 10.1016/j.jamda.2013.07.006

Nakanishi M, Hattori K, Nakashima T, Sawamura K. Priority for elderly persons with behavioral and psychological symptoms of dementia on waiting lists for placement in nursing homes in Japan: do nursing homes change priorities based on their own guidelines? *Journal of the American Medical Directors Association* 2012; 13: 794-799.

Data sources

Ministry of Health, Labour and Welfare. *Survey of Institutions and Establishments for Long-term Care* 2010.

Case vignette

Aita K. Survey of Japanese geriatricians on their practices and attitude towards artificial nutrition and hydration for patients with end-stage dementia. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* [Japanese Journal of Geriatrics] 2012; 49: 71-74 (in Japanese).

Bakgrund

Japan står inför utmaningen att hantera det snabbt ökande antalet skröpliga äldre patienter samt frågan om artificiell näring och vätsketillförsel inom långtidsvård. Enligt den nationella statistiken för september 2010 framgick det att fördelningen av artificiell näring och vätsketillförsel bland 396 356 boende på särskilda vårdhem (inrättningar för permanent boende) är som följande: 3,9 % intravenös matning, 0,2 % total parenteral nutrition, 8,3 % perkutan endoskopisk gastrotomi (PEG), och 4,3 % sondmatning.

Japanska geriatriska sällskapet (Japan Geriatrics Society) genomförde år 2011 en enkätundersökning i form av en fallstudie med målet att bedöma geriatrikers praxis och attityder ifråga om artificiell näring och vätsketillförsel för äldre.

A är 85 år gammal, bor på vårdhem och lider av långt framskriden Alzheimers sjukdom. Hon är icke-verbal, sängbunden och kan inte sitta ens med stöd. Hon ler sällan.

Att äta håller på att bli allt mer mödosamt för henne. Maten samlas i kindfickorna och ibland håller hon på att kvävas av maten. En logoped har undersökt henne och ordinerat en ändring av kostens konsistens, men hon har trots det sväljsvårigheter och går ner i vikt. Hon har lidit av aspirationspneumoni flera gånger och drabbades av det igen senaste veckan. Hon har svarat på behandlingen av hennes pneumoni, men enligt vårdteamet kommer en fortsatt oral matning att bli svår.

A kan inte själv ta ett beslut om artificiell näring och vätsketillförsel och har ingen nära familjemedlem som kan ta beslutet åt henne.

Bland de 789 läkare som besvarade enkäten rekommenderade 51,3 % perifer infusion som behandlingsmetod för A, 20,5 % sondmatning genom PEG, 13,3 % nasal sondmatning, och 10,3 % undvikande av all artificiell näring och vätsketillförsel.

Utifrån resultaten av denna studie har Japanska geriatriska sällskapet (Japan Geriatrics Society) gett ut sina riktlinjer gällande beslutsprocessen för äldreomsorgen i juni 2012. I riktlinjerna konstateras att man inom beslutsprocessen ska sätta patientens nytta (livskvalitet samt förlängning av livet) främst, och inkludera undanhållande eller borttagande av artificiell näring och vätsketillförsel som ett alternativ.



Vi har undersökt 1 199 sjukhuspatienter i åldern 65 eller äldre med PEG-tubplacering under en sexmånadersperiod från april 2012 till september 2012. 724 (62,9 %) av patienterna hade långt framskriden demenssjukdom. Bland de 724 patienterna med långt framskriden demenssjukdom, godkändes PEG av 15,5 %, återupptagning av oralmatning genomfördes på prov med 17,6 %, och en förbättrad livskvalitet förväntades för 39,1 % (Nakanishi och Hattori, i pressen).

Resultaten från vår undersökning tyder på att det, t.o.m. efter att Japanska geriatriska sällskapet (Japan Geriatrics Society) gett ut sina riktlinjer, förekommer olämpliga metoder ifråga om artificiell näring och vätsketillförsel för äldre.

Studiens mål är: 1) att bedöma hur näringsmässigt stöd ges till äldre med dysfagi på vårdhem i västerländska länder, och 2) att hitta strategier för att förbättra vårdkvaliteten ifråga om näringsmässigt stöd för äldre med dysfagi.



Frågor

1. Vilken är din yrkesbakgrund? Välj ett alternativ.

- () Läkare (specialisering: _____)
- () Sjuksköterska (specialisering: _____)
- () Socialarbetare
- () Annat (vad: _____)

2. Allmän information om er inrättning för långtidsvård.

Egenskaper	Ange med en siffra (eller <i>Ej tillämpligt</i>)
Antal bäddar	_____.
Antal boende som är 65 år eller äldre	_____.
Antal boende som diagnostiserats med demens	_____.
Antal läkare, heltidsanställda	_____.
Antal sjuksköterskor, heltidsanställda	_____.
Antal socialarbetare, heltidsanställda	_____.
Antal dietister, heltidsanställda	_____.
Antal tandläkare, heltidsanställda	_____.
Antal tandhygienister, heltidsanställda	_____.
Antal logopedier, heltidsanställda	_____.

Beräkningen av heltidsanställning baseras på den arbetstid som personalen spenderar på sina arbetsuppgifter. Till exempel på en inrättning där heltidsanställda arbetar minst **30** timmar per vecka, kommer **1** heltidsanställd sjuksköterska och **3** deltidsanställda sjuksköterskor som arbetar **20** timmar per vecka att betraktas som **3** heltidsanställda sjuksköterskor = $1 + (20 \cdot 3) / 30$.

3. Vänligen besvara frågorna om näringsstödet för äldre på er inrättning för långtidsvård.

3-1) Får äldre med dysfagi (sväljsvårigheter) näringsstöd på er inrättning? Välj **alla** alternativ som passar.

- () Munhäsovård
- () Dysfagikost (konsistensanpassade kost), till exempel mosad, förmosad eller gaffelmosad kost
- () Flytande kost
- () Sväljrehabilitering

3-2) Vårt tidigare arbete i Japan har visat att följande typer av artificiell näring och vätsketillförsel har getts till äldre med dysfagi på särskilda vårdhem (inrättningar för permanent boende) (Nakanishi et al., 2013).

- Intravenös matning 24 timmar per dygn: 93 (0,5 %) av 20 564 äldre boende

<Tillståndet för de 93 äldre boende som fått intravenös matning i 24 timmar>

Genomsnittlig ålder (standardavvikelse)	87,8 (8,6)
Antal boende med lunginflammation, N (%)	21 (22,6 %)
Aktiviteter i det dagliga livet (ADL)	N (%)
Sängrorlighet, helt beroende	70 (75,8 %)
Överföring, helt beroende	78 (83,9 %)
Ätande, helt beroende	66 (71,0 %)
Toalettanvändning, helt beroende	78 (83,9 %)
Demensens svårighetsgrad, 0-5	N (%)
4: behöver vanligtvis personlig vård	41 (44,1 %)
5: behöver vanligtvis läkarvård (allvarligaste fallet)	9 (9,7 %)

- Sondmatning med nasogastrisk sond eller PEG, osv.: 2 251 (10,9 %) av 20 564 äldre boende

<Tillståndet för de 2 251 äldre boende som får sondmatning med nasogastrisk sond eller PEG, osv.>

Genomsnittlig ålder (standardavvikelse)	85,3 (8,0)
Antal boende med lunginflammation, N (%)	1 022 (45,4 %)
Aktiviteter i det dagliga livet (ADL)	N (%)
Sänggrörlighet, helt beroende	1 946 (86,5 %)
Överföring, helt beroende	2 067 (91,8 %)
Ätande, helt beroende	2 149 (95,5 %)
Toalettanvändning, helt beroende	2 123 (94,3 %)
Demensens svårighetsgrad, 0-5	N (%)
4: behöver vanligtvis personlig vård	1 304 (57,9 %)
5: behöver vanligtvis läkarvård (det allvarligaste fallet)	293 (13,0 %)

Finns det äldre boende på din inrättning som har förflyttats till sjukhus på grund av uttorkning och/eller undernäring det senaste året? Välj **ett** alternativ.

() Nej.

() Ja: Beskriv deras tillstånd i rutan nedan.

Finns det äldre boende på din inrättning som för tillfället matas genom artificiell näring och vätsketillförsel. Välj **ett** alternativ.

- Intravenös matning

() Nej



() Ja: Beskriv deras tillstånd i rutan nedan.

- Nasogastrisk sondmatning

() Nej

() Ja: Beskriv deras tillstånd i rutan nedan.

- PEG

() Nej

() Ja: Beskriv deras tillstånd i rutan nedan.



3-3) I Japan kan en del inrättningar för långtidsvård inte ta emot nya patienter som behöver sondmatning på grund av resursbrister (Nakanishi et al., 2012).

Har er inrättning tagit emot ansökningar om tillträde till er inrättning från äldre som bott hemma och/eller fått matning genom artificiell näring eller vätsketillförsel?

() Nej

() Ja: Påverkar användning av artificiell näring och vätsketillförsel prioriteringen av eller beslutet om tillgång till er inrättning?

() Nej

() Ja: Beskriv deras tillstånd i rutan nedan.

--

4. Vänligen besvara frågorna om riktlinjerna gällande stöd för äldre med ätsvårigheter/dysfagi.

I Japan har Japanska sällskapet för parenteral och enteral näring (Japanese Society for Parenteral and Enteral Nutrition, JSPEN) gett ut sina riktlinjer för artificiell näring och vätsketillförsel i maj 2013. I riktlinjerna rekommenderas enteral nutrition för äldre patienter med dysfagi. Dock har inte fördelen med parenteral och enteral nutrition helt och hållet klarlagts för äldre patienter med dysfagi. Vidare anger riktlinjerna att parenteral och enteral nutrition **inte** rekommenderas för äldre patienter i livets slutskede.

I ert land har vi funnit följande riktlinjer genom en litteratursökning: **“Näring för god vård och omsorg - en vägledning för att förebygga och behandla undernäring”** av Socialstyrelsen.

Mat och näring i livets slutskede

Målsättning med nutritionsvården

Enligt riktlinjer från WHO är målsättningen med palliativ vård (vård i livets slutskede) att se till att patienten upplever bästa möjliga välbefinnande. När livsförlängande insatser inte längre är aktuella ska patienten och dess närstående erbjudas ett brytpunktsamtal för att klargöra målet med den fortsatta vården, inklusive nutritionsinsatserna. I detta skede har mat, dryck och artificiell näringstillförsel inte längre funktionen att tillgodose patientens fysiska behov av energi och näringsbehov. Däremot kan mat, dryck och artificiell näringstillförsel ha sociala, kulturella och emotionella dimensioner, helt beroende på patientens individuella önskemål.

.....

A.S.P.E.N:s (American Society of Parenteral and Enteral Nutrition) Ethics Position Paper anger att det finns visst vetenskapligt stöd för att patienten vid hjärndöd, i koma eller i permanent vegetativt tillstånd inte upplever törst eller hunger. Man har inte heller sett att artificiell nutrition och vätskebehandling har någon positiv effekt på patienter med allvarlig demens, utan snarare att vätsketillförsel kan medföra risker.



Används dessa riktlinjer som grund för beslutsfattandet på er inrättning gällande artificiell näring och vätsketillförsel? Välj **ett** alternativ.

- () Ja
- () Nej: Därför att ... (välj **alla** alternativ som passar)
 - () Riktlinjerna är obekanta inom mitt praxisområde.
 - () Riktlinjerna är ej tillgängliga av kostnadsskäl eller på grund av exklusiv åtkomst för medlemmar.
 - () Riktlinjerna är för komplicerade för att användas inom mitt praxisområde.
 - () Riktlinjerna kan inte användas inom mitt praxisområde på grund av att de ofta revideras.
 - () Jag föredrar andra riktlinjer: beskriv i rutan nedan.

- () Riktlinjerna gäller inte våra patienter på grund av deras medicinska tillstånd.
- () Riktlinjerna kan inte tillämpas på personalresurserna i min inrättning.
- () Annat: beskriv i rutan nedan.



5. Beskriv metoderna som används för att förbättra näringsstödet kvaliteten för äldre boenden på er inrättning.

Finns det följande att tillgå på er inrättning? Välj **alla** alternativ som passar.

- () Ett team för näringsstöd.
- () Utbildningsprogram för personalen om näring och vätsketillförsel
- () Workshops för personalen där riktlinjer gällande näringsstöd för äldre behandlas
- () Informering om strategier för näringsstöd till lokala agenturer (inklusive hemtjänstleverantörer och cateringtjänster)
- () Annat: beskriv i rutan nedan.

6. I framtiden vill vi öka spridningen av riktlinjer för genomförandet av evidensbaserade rekommendationer i ett led att förbättra vårdkvaliteten för äldre med ätsvårigheter/dysfagi Japan. Berätta gärna för oss om dina eventuella förslag.

Dina förslag:

Tack för din hjälp!



Appendix

Reference

Nakanishi M, Hattori K. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes are placed in elderly adults in Japan with advanced dementia regardless of expectation of improvement in quality of life. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, in press.

Nakanishi M, Hattori K, Nakashima T, Sawamura K. Health care and personal care needs among residents in nursing homes, group homes, and congregate housing in Japan: Why does transition occur, and where can the frail elderly establish a permanent residence? *Journal of the American Medical Directors Association* 2013, doi: 10.1016/j.jamda.2013.07.006

Nakanishi M, Hattori K, Nakashima T, Sawamura K. Priority for elderly persons with behavioral and psychological symptoms of dementia on waiting lists for placement in nursing homes in Japan: do nursing homes change priorities based on their own guidelines? *Journal of the American Medical Directors Association* 2012; 13: 794-799.

Data sources

Ministry of Health, Labour and Welfare. *Survey of Institutions and Establishments for Long-term Care* 2010.

Case vignette

Aita K. Survey of Japanese geriatricians on their practices and attitude towards artificial nutrition and hydration for patients with end-stage dementia. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* [Japanese Journal of Geriatrics] 2012; 49: 71-74 (in Japanese).

Baggrund

Japan står over for et hurtigt stigende antal svagelige ældre patienter samt problematikken med kunstig ernæring og hydrering på langtidsplejefaciliteter. De nationale statistikker for september 2010 viste andelen af kunstigt ernærede og hydrerede patienter blandt 396.356 beboere på forskellige plejehjem (faciliteter for permanent ophold): 3,9 % intravenøs ernæring; 0,2 % fuldstændig parenteral ernæring; 8,3 % perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) og 4,3 % sondeernæring.

Den japanske geriatriforening (Japan Geriatrics Society) foretog en spørgeundersøgelse i 2011. De anvendte en tilgang med patientforløb for at vurdere geriaters praksisser og holdninger til kunstig ernæring og hydrering til ældre.

Frk. A er en 85 år gammel plejehjemsbeboer med fremskreden Alzheimers demens. Hun er nonverbal, sengeliggende og kan ikke sidde uden hjælp. Hun smiler sjældent.

Hun viser tegn på at have sværere og sværere ved at spise. Maden ophobes i hendes mund og hun får nogle gange maden galt i halsen. En talepædagog har foretaget en vurdering af hende og har bedt om, at tekturen på hendes mad ændres, men hun har forsat svært ved at spise og taber sig. Hun har allerede haft flere tilfælde af aspirationspneumoni, og i sidste uge fik hun igen aspirationspneumoni. Hun reagerede på pneumonibehandling, men plejehjemspersonalet vurderede alligevel, at det ville være vanskeligt at forsætte oral ernæring.

Frk. A kan ikke tage informerede beslutninger vedrørende kunstig ernæring og hydrering, og hun har ingen nære familiemedlemmer, som kan være beslutningstagere på hendes vegne.

Blandt de deltagende 789 læger, svarede 51,3 % periferisk infusion som behandling til frk. A; 20,5 % svarede sondeernæring via PEG; 13,3 % næsesondeernæring og 10,3 % mente, at man bør bibeholde al kunstig ernæring og hydrering.

Efterfølgende udgav Den japanske geriatriforening (Japan Geriatrics Society) et sæt retningslinjer for beslutningstagningsprocesser vedrørende ældrepleje i juni 2012. Retningslinjerne fremhæver, at det primære i beslutningstagningsprocesser vedrørende patientpleje bør være patientens ve og vel (livskvalitet samt forlængelse af levetid). Beslutningstagningsprocessen bør desuden omfatte bibeholdelse af eller ophør med kunstig ernæring og hydrering som en mulighed.



Vi undersøgte 1.199 hospitalspatienter fra 65 år og derover med PEG-slange i løbet af en 6-måneders periode fra april til september 2012. 724 af patienterne (62,9 %) havde fremskreden demens. Blandt de 724 patienter med fremskreden demens, gav 15,5 % deres samtykke til PEG; mens 17,6 % forventedes at genoptage oral ernæring; og forbedring af livskvalitet forventedes for 39,1 % (Nakanishi og Hattori, i pressen).

Resultater af vores spørgeundersøgelse viser, at selv efter bekendtgørelsen af retningslinjerne fra Den japanske geriatriforening (Japan Geriatrics Society), var der tilfælde med uhensigtsmæssig praksis for brug af kunstig ernæring og hydrering til ældre.

Formålet med vores studie er: (1) at vurdere hvordan ernæringsstøtte administreres til ældre plejehjemsboere med synkebesvær i vestlige lande samt (2) at finde strategier til kvalitetsforbedring af pleje, som omfatter ernæringsstøtte til ældre med synkebesvær.

Spørgsmål

1. Hvad er Deres faglige baggrund? Sæt venligst ét kryds.

- () Læge (beskriv venligst Deres speciale): _____)
- () Sygeplejerske (beskriv venligst Deres speciale): _____)
- () Social- og sundhedsassistent
- () Andet (beskriv venligst): _____)

2. Angiv venligst generelle oplysninger om Deres langtidsplejefacilitet.

Kort beskrivelse	Angiv et antal (eller "ikke relevant")
Antal sengepladser	_____.
Nuværende antal beboere, som er 65 år og derover	_____.
Antal ældre beboere med diagnosen demens	_____.
Antal læger, svarende til fuldtid	_____.
Antal sygeplejersker, svarende til fuldtid	_____.
Antal social- og sundhedsassistenter, svarende til fuldtid	_____.
Antal diætister, svarende til fuldtid	_____.
Antal tandlæger, svarende til fuldtid	_____.
Antal tandplejere, svarende til fuldtid	_____.
Antal talepædagoger, svarende til fuldtid	_____.

Angivelsen "svarende til fuldtid" er baseret på andelen af personale, som arbejder i de enkelte roller. For eksempel: I en plejefacilitet, hvor fuldtidsmedarbejderne arbejder mindst **30** timer om ugen, vil **1** fuldtids sygeplejerske og **3** deltids sygeplejersker, som arbejder **20** timer om ugen samlet svare til **3** fuldtids sygeplejersker = $1 + (20 \cdot 3) / 30$.

3. Vi beder Dem besvare følgende spørgsmål vedrørende ernæringsstøtte til ældre beboere på Deres langtidsplejefacilitet.

3-1) Har ældre beboere med synkebesvær en ernæringsstøtteservice til rådighed på Deres plejefacilitet? Afkryds gerne **flere**.

- () Oral sundhedspleje
- () Dysfagidiæter (diæter med modificeret tekstur) såsom pureret, for-moset og diæter, der kan moses med gaffel.
- () Fortykkede væsker
- () Synkegenoptræning

3-2) Vores tidligere arbejde i Japan har vist, at følgende typer kunstig ernæring og hydrering blev administreret til ældre beboere med synkebesvær på plejehjem (faciliteter for permanent ophold) (Nakanishi m.fl. 2013).

- Intravenøs ernæring 24 timer i døgnet: 93 (0,5 %) af 20.564 ældre beboere

<Tilstand for de 93 ældre beboere med intravenøs ernæring 24 i døgnet>

Gennemsnitsalder (standardafvigelse)	87,8 (8,6)
Antal beboere med pneumoni, antal (%)	21 (22,6 %)
Almindelige dagligdags aktiviteter	antal (%)
Sengemobilitet, fuldstændig afhængige	70 (75,8 %)
Flytning, fuldstændig afhængige	78 (83,9 %)
Spisning, fuldstændig afhængige	66 (71,0 %)
Toiletbesøg, fuldstændig afhængige	78 (83,9 %)
Demensgrad, 0-5	antal (%)
4: Normalt brug for hjælp til personlig pleje	41 (44,1 %)
5: Normalt brug for lægehjælp (mest alvorlige)	9 (9,7 %)

- Sondeernæring, nasogastrisk eller PEG, etc.: 2.251 (10,9 %) af 20.564 ældre beboere

<Tilstand for de 2.251 ældre beboere med nasogastrisk sondeernæring eller PEG>

Gennemsnitsalder (standardafvigelse)	85,3 (8,0)
Antal beboere med pneumoni, antal (%)	1.022 (45,4 %)
Almindelige dagligdags aktiviteter	antal (%)
Sengemobilitet, fuldstændig afhængige	1.946 (86,5 %)
Flytning, fuldstændig afhængige	2.067 (91,8 %)
Spisning, fuldstændig afhængige	2.149 (95,5 %)
Toiletbesøg, fuldstændig afhængige	2.123 (94,3 %)
Demensgrad: 0-5	antal (%)
4: Normalt brug for hjælp til personlig pleje	1.304 (57,9 %)
5: Normalt brug for lægehjælp (mest alvorlige)	293 (13,0 %)

Er der, på Deres plejefacilitet, ældre beboere, som er blevet hospitalsindlagt på grund af dehydrering og/eller fejlernæring inden for det sidste år? Sæt venligst **ét** kryds.

() Nej

() Ja: Beskriv venligst kort patientens tilstand i feltet herunder.

Er der, på Deres plejefacilitet, ældre beboere, som i øjeblikket modtager kunstig ernæring og hydrering? Sæt venligst **ét** kryds.

- Intravenøs ernæring () Nej

() Ja: Beskriv venligst kort patientens tilstand i feltet herunder.



- Nasogastrisk ernæring

() Nej

() Ja: Beskriv venligst kort patientens tilstand i feltet herunder.

- PEG

() Nej

() Ja: Beskriv venligst kort patientens tilstand i feltet herunder.



3-3) I Japan er nogle langtidsplejefaciliteter er ikke i stand til at modtage nye patienter, som kræver sondeernæring på grund af ressourcemangel (Nakanishi m.fl. 2012).

Har der på noget tidspunkt været ældre, der har søgt om plads på Deres plejefacilitet, som var/er hjemmeboende og ernæret med kunstig ernæring og hydrering?

() Nej

() Ja: Er behov for kunstig ernæring og hydrering en faktor, som har indflydelse på prioriteterne i forbindelse med pladsgodkendelse på Deres plejefacilitet?

() Nej

() Ja: Angiv venligst årsagen hertil i feltet herunder.

4. Besvar venligst spørgsmålene vedrørende retningslinjer for pleje af ældre med spise-/synkebesvær.

I Japan udgav Den japanske forening for parenteral og enterisk ernæring (Japanese Society for Parenteral and Enteral Nutrition - JSPEN) et sæt retningslinjer for kunstig ernæring og hydrering i maj 2013. Retningslinjerne anbefaler enterisk ernæring til patienter med synkebesvær. Dog er fordelene ved parenteral og enterisk ernæring utilstrækkelig for ældre med demens. Desuden fastslår retningslinjerne, at parenteral og enterisk ernæring **frarådes** til ældre patienter i terminalstadiet.

I Deres land har vi fundet følgende retningslinjer via en litteratursøgning: **“Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske dætister – Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko”** udgivet af Sundhedsstyrelsen.

4.2.1 Sondeernæring (enteral ernæring)

Anvendes til patienter, hvor tilstrækkelig næringsstofindtagelse ikke kan opnås med kost og/eller protein- og energitilskud. Sondeernæring bør foretrækkes frem for parenteral ernæring, da sondeernæring medfører færre alvorlige komplikationer, giver en mere naturlig næringsstofomsætning i organismen og er langt billigere.



Danner disse retningslinjer, på Deres plejefacilitet, grundlag for beslutningstagning vedrørende kunstig ernæring og hydrering til ældre beboere med synkebesvær? Sæt venligst **ét** kryds.

-) Ja
-) Nej: (afkryds gerne **flere**).
 -) Vi er ikke bekendt med retningslinjerne på vores praksisområde.
 -) Retningslinjerne er ikke tilgængelige på grund af udgiften hertil eller eksklusiv adgang for medlemmer.
 -) Retningslinjerne er for komplekse til at anvende i praksis.
 -) Retningslinjerne er ikke anvendelige til vores praksisser grundet hyppige revideringer.
 -) Jeg foretrækker andre retningslinjer: Angiv venligst hvilke i feltet herunder.

-) Retningslinjerne er ikke egnede til vores beboere grundet deres kliniske tilstand.
-) Retningslinjerne er ikke anvendelige grundet personale og ressourcer, som er tilgængelige på min plejefacilitet.
-) Andet: Beskriv venligst i feltet herunder.



5. Beskriv venligst praksisser med henblik på forbedring af ernæringsstøtte til ældre beboere, der anvendes på Deres plejefacilitet.

Anvender Deres plejefacilitet følgende praksisser? Afkryds gerne **flere**.

- () Etablering af et ernæringsstøtteteam på plejefaciliteten
- () Kurser for personale om ernæring og hydrering
- () Workshops for personale om retningslinjer for ernæringsstøtte til ældre
- () Udveksling af støttestrategier med lokale udbydere (herunder Hjemmehjælpen og cateringfirmaer).
- () Andet: Beskriv venligst i feltet herunder.

6. Endelig ønsker vi at øge brugen af retningslinjer for implementering af evidensbaserede anbefalinger til forbedring af plejekvaliteten for ældre med spise-/synkebesvær i Japan. Vi beder Dem i den forbindelse give os nogle forslag, hvis De skulle have nogen.

Beskriv venligst:

Mange tak for Deres tid.



Appendix

Reference

Nakanishi M, Hattori K. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes are placed in elderly adults in Japan with advanced dementia regardless of expectation of improvement in quality of life. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, in press.

Nakanishi M, Hattori K, Nakashima T, Sawamura K. Health care and personal care needs among residents in nursing homes, group homes, and congregate housing in Japan: Why does transition occur, and where can the frail elderly establish a permanent residence? *Journal of the American Medical Directors Association* 2013, doi: 10.1016/j.jamda.2013.07.006

Nakanishi M, Hattori K, Nakashima T, Sawamura K. Priority for elderly persons with behavioral and psychological symptoms of dementia on waiting lists for placement in nursing homes in Japan: do nursing homes change priorities based on their own guidelines? *Journal of the American Medical Directors Association* 2012; 13: 794-799.

Data sources

Ministry of Health, Labour and Welfare. *Survey of Institutions and Establishments for Long-term Care* 2010.

Case vignette

Aita K. Survey of Japanese geriatricians on their practices and attitude towards artificial nutrition and hydration for patients with end-stage dementia. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* [Japanese Journal of Geriatrics] 2012; 49: 71-74 (in Japanese).

Contexte

Le Japon connaît actuellement un accroissement rapide du nombre de patients âgés fragiles et se voit confronté au problème de la nutrition et de l'hydratation artificielles dans les établissements de soins de long séjour. Les statistiques nationales pour le mois de septembre 2010 indiquaient les taux suivants de nutrition et d'hydratation artificielles pour une population de 396 356 résidents en maisons de retraite spécialisées (de type résidence permanente) : 3,9 % étaient alimentés par voie parentérale ; 0,2 % étaient sous nutrition parentérale totale ; 8,3 % étaient alimentés par sonde GPE (gastrostomie percutanée endoscopique) ; et 4,3 % étaient alimentés par sonde nasale.

En 2011, la Société japonaise de gérontologie (*Japan Geriatrics Society*) a mis en place un questionnaire reposant sur l'étude de cas ci-dessous, afin d'évaluer les pratiques et les attitudes des médecins gériatres en matière de nutrition et d'hydratation artificielles chez la personne âgée.

Madame A, 85 ans, réside en maison de retraite et souffre de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé. Elle ne parle pas, est grabataire et ne peut pas s'asseoir, même avec de l'aide. Elle sourit très rarement.

Elle présente des difficultés d'alimentation croissantes. Elle met de la nourriture dans ses poches et s'étouffe parfois en avalant. L'orthophoniste qui l'a évaluée a prescrit une modification de la texture de ses aliments, malgré quoi elle continue d'avoir des difficultés pour s'alimenter et perd du poids. Elle a subi des épisodes répétés de pneumopathie d'inhalation, le dernier datant à peine de la semaine dernière. Elle a bien réagi au traitement de la pneumopathie, mais l'équipe soignante craint que la poursuite de l'alimentation par voie orale ne soit difficile.

Madame A. n'est pas en mesure de prendre une décision éclairée concernant l'instauration d'une nutrition et d'une hydratation artificielles, et aucun membre de famille proche ne peut agir en tant que décideur subrogé.

Parmi les 789 médecins ayant répondu, 51,3 % ont choisi la nutrition parentérale par voie périphérique pour traiter Madame A. ; 20,5 % ont choisi une alimentation par GPE ; 13,3 % ont choisi une alimentation par sonde nasale ; 10,3 % ont choisi de ne pas instaurer de nutrition et d'hydratation artificielles.



Suite à cette enquête, la *Japan Geriatrics Society* a publié en juin 2012 des recommandations destinées à guider le processus décisionnel concernant les personnes âgées en établissement de soins. Ces recommandations indiquent que le processus décisionnel relatif aux soins doit prendre comme considération première l'intérêt du patient (notamment la qualité de vie et la prolongation de la vie) ; le choix de ne pas instaurer ou d'arrêter la nutrition et l'hydratation artificielles figure parmi les options possibles.

Nous nous sommes intéressés à 1199 patients hospitalisés âgés de 65 ans et plus équipés d'une sonde GPE pendant une période de 6 mois allant d'avril à septembre 2012. Parmi ces patients, 724 (62,9 %) étaient atteints d'une démence avancée. Parmi ces 724 patients, 15,5 % ont donné leur consentement à la mise en place de la GPE ; on a évalué la probabilité de reprise d'une alimentation orale à 17,6 % des patients et une amélioration de la qualité de vie pour 39,1 % d'entre eux (Nakanishi et Hattori, sous presse).

Les résultats de notre étude suggèrent que même après la publication des recommandations par la *Japan Geriatrics Society*, des pratiques inadaptées avaient parfois cours en matière de recours à une nutrition et une hydratation artificielles chez les personnes âgées.

Les objectifs de la présente étude sont les suivants : (1) évaluer la nature de l'assistance nutritionnelle apportée aux pensionnaires âgés des maisons de retraite souffrant de dysphagie dans les pays occidentaux, et (2) identifier des stratégies visant à améliorer la qualité de l'assistance nutritionnelle chez ces mêmes personnes.

Questions

1. Quel est votre profil professionnel ? Une seule réponse possible.

- () Docteur en médecine (indiquez le cas échéant votre spécialité : _____)
- () Infirmier (indiquez le cas échéant votre spécialité : _____)
- () Travailleur social
- () Autre (précisez : _____)

2. Cette section concerne les caractéristiques générales de votre établissement.

Caractéristiques	Indiquez un nombre ou « sans objet »
Nombre de lits	_____.
Nombre actuel de résidents âgés de 65 ans ou plus	_____.
Nombre de résidents âgés pour lesquels une démence a été diagnostiquée	_____.
Nombre de médecins, en équivalent temps plein (ETP)	_____.
Nombre d'infirmières, ETP	_____.
Nombre de travailleurs sociaux, ETP	_____.
Nombre de diététiciens, ETP	_____.
Nombre de dentistes, ETP	_____.
Nombres d'hygiénistes dentaires, ETP	_____.
Nombre d'orthophonistes, ETP	_____.

Les équivalents temps plein (ETP) sont calculés à partir du temps de travail effectif des membres du personnel occupant un poste donné. Par exemple, dans un établissement où un temps plein représente au moins **30** heures par semaine, **1** infirmière à plein temps et **3** infirmières à temps partiel travaillant chacune **20** heures par semaine correspondent, ensemble, à $1 + (20 \times 3)/30$ soit **3** infirmières ETP.

3. Cette section concerne l'assistance nutritionnelle aux résidents âgés dans votre établissement de soins de long séjour.

3-1) Votre établissement possède-t-il les services d'assistance nutritionnelle destinés aux résidents âgés souffrant de dysphagie (troubles de la déglutition) ? **Plusieurs** réponses possibles.

- () Soins bucco-dentaires.
- () Régimes alimentaires pour dysphagiques (aliments à la texture modifiée) par exemple aliments mixés, hachés ou écrasables à la fourchette.
- () Liquides épaissis.
- () Rééducation de la déglutition.

3-2) Nos travaux précédents au Japon ont montré que les types de nutrition et d'hydratation artificielles suivants étaient proposés aux résidents âgés souffrant de dysphagie dans les maisons de retraite spécialisées à résidence permanente (Nakanishi et *al.*, 2013).

- Nutrition parentérale 24h/24 : 93 (soit 0,5 %) des 20 564 résidents âgés

<Données relatives aux 93 résidents âgés alimentés 24/24 h par voie parentérale>

Âge moyen (écart-type)	87,8 (8,6)
Nombre de résidents atteints de pneumonie, N (%)	21 (22,6 %)
Activités de la vie quotidienne (AVQ)	N (%)
Mobilité dans le lit, dépendance totale	70 (75,8 %)
Locomotion, dépendance totale	78 (83,9 %)
Prise des repas, dépendance totale	66 (71,0 %)
Utilisation des toilettes, dépendance totale	78 (83,9 %)
Niveau de sévérité de la démence, de 0 à 5	N (%)
4 : nécessite habituellement des soins d'hygiène personnelle	41 (44,1 %)
5 : nécessite habituellement des soins médicaux (degré de plus grande sévérité)	9 (9,7 %)

- Alimentation par sonde nasogastrique ou GPE, etc. : 2 251 (10,9 %) sur 20 564 résidents âgés

<Données relatives aux 2 251 résidents âgés alimentés par sonde nasogastrique ou GPE, etc.>

Âge moyen (écart-type)	85,3 (8,0)
Nombre de résidents atteints de pneumonie, N (%)	1 022 (45,4 %)
Activités de la vie quotidienne (AVQ)	N (%)
Mobilité dans le lit, dépendance totale	1 946 (86,5 %)
Locomotion, dépendance totale	2 067 (91,8 %)
Prise des repas, dépendance totale	2 149 (95,5 %)
Utilisation des toilettes, dépendance totale	2 123 (94,3 %)
Niveau de sévérité de la démence, de 0 à 5	N (%)
4 : nécessite habituellement des soins d'hygiène personnelle	1 304 (57,9 %)
5 : nécessite habituellement des soins médicaux (degré de plus grande sévérité)	293 (13,0 %)

L'année passée, dans votre établissement, des résidents âgés ont-ils dû être hospitalisés en raison d'une déshydratation et/ou d'une dénutrition ? **Une seule** réponse possible.

() Non.

() Oui : veuillez préciser leur nombre/état dans le cadre ci-dessous.

Dans votre établissement, certains résidents âgés sont-ils actuellement sous nutrition et hydratation artificielles ? **Une seule** réponse possible.

- Nutrition parentérale



() Non.

() Oui : veuillez préciser leur nombre/état dans le cadre ci-dessous.

- Alimentation par sonde nasogastrique

() Non.

() Oui : veuillez préciser leur nombre/état dans le cadre ci-dessous.

- GPE

() Non.

() Oui : veuillez préciser leur nombre/état dans le cadre ci-dessous.



3-3) Au Japon, certains établissements de soins de long séjour ne sont pas en capacité d'accepter les nouveaux patients nécessitant une alimentation par sonde, en raison d'un manque de ressources (Nakanishi et *al.*, 2012).

Avez-vous déjà reçu des demandes d'admission de personnes âgées équipées, à domicile, d'un dispositif de nutrition et d'hydratation artificielles ?

() Non.

() Oui : la nécessité d'une nutrition et d'une hydratation artificielles change-t-elle la priorité ou l'admission dans votre établissement ?

() Non.

() Oui : veuillez préciser la raison dans le cadre ci-dessous.

4. Cette section concerne les recommandations concernant la prise en charge des personnes âgées souffrant de difficultés d'alimentation ou de dysphagie.

Au Japon, la Société japonaise de nutrition entérale et parentérale (*Japanese Society for Parenteral and Enteral Nutrition, JSPEN*) a publié en mai 2013 des recommandations relatives à la nutrition et l'hydratation artificielles. Ces recommandations préconisent une nutrition entérale pour les patients âgés dysphagiques. Toutefois, les bénéfices d'une nutrition parentérale et entérale ne sont pas concluants chez les patients âgés atteints de démence. De plus, ces recommandations déconseillent la nutrition parentérale et entérale chez les patients âgés en fin de vie.

Dans votre pays, nous avons trouvé les recommandations suivantes en effectuant une recherche dans la littérature : « **Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée** » émanant de Hautel Autorité de Santé.

5.1 Indications des différents modes d'assistance nutritionnelle

La stratégie de prise en charge nutritionnelle est basée sur le statut nutritionnel et le niveau des apports alimentaires. Elle tient compte de la nature et de la sévérité de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s) et des handicaps.

La prise en charge nutritionnelle est prioritairement basée sur l'alimentation orale, l'alimentation entérale n'étant envisagée qu'en cas d'impossibilité ou d'insuffisance de la prise en charge nutritionnelle orale.

La nutrition parentérale est réservée aux trois situations suivantes :

- les malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles ;
- les occlusions intestinales aiguës ou chroniques ;
- l'échec d'une nutrition entérale bien conduite.



Dans votre établissement, ces recommandations guident-elles le processus décisionnel concernant l'instauration d'une nutrition et d'une hydratation artificielles chez les résidents âgés souffrant de dysphagie ? **Une seule** réponse possible.

() Oui.

() Non, pour la ou les raisons suivantes (**plusieurs** réponses possibles) :

() Les recommandations ne sont pas connues dans notre domaine de compétence.

() Les recommandations ne sont pas disponibles en raison de leur coût ou parce qu'elles sont en accès réservé.

() Les recommandations sont trop complexes pour nos pratiques.

() Les recommandations ne sont pas applicables dans le cadre de nos pratiques, en raison de leur révision fréquente.

() Nous appliquons d'autres recommandations : veuillez préciser lesquelles dans le cadre ci-dessous.

() Les recommandations ne sont pas adaptées à l'état clinique de nos résidents.

() Les recommandations ne sont pas applicables par manque de personnel et de ressources dans notre établissement.

() Autre : veuillez préciser la raison dans le cadre ci-dessous.



5. Cette section concerne vos pratiques visant à améliorer la qualité de l'assistance nutritionnelle apportée aux résidents âgés de votre établissement.

Les pratiques ci-dessous sont-elles en vigueur dans votre établissement ? Plusieurs réponses possibles.

- () Existence d'une équipe dédiée à l'assistance nutritionnelle dans l'établissement.
- () Programmes de formation du personnel sur le sujet de l'alimentation et de l'hydratation.
- () Ateliers destinés à faire connaître au personnel les recommandations en matière d'assistance nutritionnelle à la personne âgée.
- () Partage des stratégies d'assistance nutritionnelle avec d'autres intervenants locaux (y compris les prestataires de santé à domicile et les services de préparation/portage des repas).
- () Autres : veuillez préciser dans le cadre ci-dessous.



6. Enfin, nous souhaiterions augmenter l'usage de recommandations visant à mettre en place des pratiques basées sur l'expérience destinées à améliorer la qualité des soins des personnes âgées souffrant de difficultés d'alimentation ou de dysphagie au Japon. Merci de bien vouloir indiquer ci-dessous vos éventuelles suggestions en la matière.

Veillez préciser :

Nous vous remercions pour votre participation.



Appendix

Reference

Nakanishi M, Hattori K. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes are placed in elderly adults in Japan with advanced dementia regardless of expectation of improvement in quality of life. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, in press.

Nakanishi M, Hattori K, Nakashima T, Sawamura K. Health care and personal care needs among residents in nursing homes, group homes, and congregate housing in Japan: Why does transition occur, and where can the frail elderly establish a permanent residence? *Journal of the American Medical Directors Association* 2013, doi: 10.1016/j.jamda.2013.07.006

Nakanishi M, Hattori K, Nakashima T, Sawamura K. Priority for elderly persons with behavioral and psychological symptoms of dementia on waiting lists for placement in nursing homes in Japan: do nursing homes change priorities based on their own guidelines? *Journal of the American Medical Directors Association* 2012; 13: 794-799.

Data sources

Ministry of Health, Labour and Welfare. *Survey of Institutions and Establishments for Long-term Care* 2010.

Case vignette

Aita K. Survey of Japanese geriatricians on their practices and attitude towards artificial nutrition and hydration for patients with end-stage dementia. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* [Japanese Journal of Geriatrics] 2012; 49: 71-74 (in Japanese).

Background

Japan is confronting a rapid increase in the number of frail elderly patients and the issue of artificial nutrition and hydration in long-term care settings. The national statistics for September 2010 indicated the proportion of artificial nutrition and hydration among 396,356 residents in special nursing homes (facilities for permanent residence): 3.9% intravenous feeding; 0.2% total parenteral nutrition; 8.3% percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG); and 4.3% tube feeding.

The Japan Geriatrics Society implemented a questionnaire survey in 2011 using a case-vignette approach to assess geriatricians' practices and attitudes towards artificial nutrition and hydration in the elderly.

Ms. A is an 85-year old nursing home resident with advanced Alzheimer's dementia. She is nonverbal, bed-bound, and cannot sit even with assistance. She seldom smiles.

She presents increasing difficulty with eating. She pockets food and occasionally chokes on her food. A speech therapist has assessed her, and ordered modification of food texture, yet she continues to have difficulty with eating and is losing weight. She already has had repeated episodes of aspiration pneumonia, and last week she developed the aspiration pneumonia again. She responded to treatment for the pneumonia, however, the health care team felt continuing oral feeding would be difficult.

Ms. A cannot make an informed decision on artificial nutrition and hydration, and she does not have an immediate family member to act as a surrogate decision-maker.

Among 789 physicians who responded, 51.3% answered peripheral infusion as treatment for Ms. A; 20.5% tube feeding by PEG; 13.3% nasal tube feeding; 10.3% withholding all artificial nutrition and hydration.

Following that, the Japan Geriatrics Society published guidelines on the decision making process for elderly health care in June 2012. The guideline notes that the patient care decision-making process should make the patient's benefit (quality of life as well as prolonging life) a primary consideration, and include withholding or withdrawing artificial nutrition and hydration as an option.



We investigated 1,199 hospital patients aged 65 years or older with PEG tube placement during the 6-month period of April to September 2012. There were 724 patients (62.9%) who had advanced dementia. Among the 724 patients with advanced dementia, 15.5% indicated his/her consent to PEG; Resumption of oral feeding was prospected to 17.6%; and improvement of quality of life was expected for 39.1% (Nakanishi and Hattori, in press).

Results of our survey suggest that, even after the announcement of the guideline by the Japan Geriatrics Society, there were some inappropriate practices on use of artificial nutrition and hydration in the elderly.

The objectives of our study are (1) to assess how nutritional support is provided to elderly nursing home residents with dysphagia across Western countries, and (2) to seek strategies to improve the quality of care in nutritional support for the elderly with dysphagia.



Questions

1. What is your professional background? Please check one.

() Medical doctor (please describe your specialty: _____)

() Nurse (please describe your specialty: _____)

() Social worker

() Other (please describe: _____)

2. Please provide general information about your long-term care facility.

Characteristics	Describe a number (or NA)
Number of beds	_____.
Current number of residents who are 65 years and older	_____.
Number of elderly residents who has a diagnosis of dementia	_____.
Number of medical doctors, Full-time equivalent (FTE)	_____.
Number of nurses, FTE	_____.
Number of social workers, FTE	_____.
Number of dietitians, FTE	_____.
Number of dentists, FTE	_____.
Number of dental hygienists, FTE	_____.
Number of speech therapists, FTE	_____.

Full-time equivalent (FTE) calculation is based on the proportion of time staff work in a role. For example, in a facility where full-time employees work at least **30** hours per week, **1** full-time nurses and **3** part-time nurses who work **20** hours per week will be aggregated to **3** FTE nurses = $1 + (20*3)/30$.

3. Please answer the questions on nutrition support for elderly residents in your long-term care facility.

3-1) Are there nutrition support services available for elderly residents with dysphagia (swallowing difficulties) in your facility? Please check **any**.

- () Oral health care
- () Dysphagia diets (texture modified diets) such as pureed, pre-mashed, and fork mashable diets
- () Thickened fluids
- () Swallowing rehabilitation

3-2) Our previous work in Japan showed that the following types of artificial nutrition and hydration were provided to elderly residents with dysphagia in special nursing homes (facilities for permanent residence) (Nakanishi et al., 2013).

- Intravenous feeding for 24 hours per day: 93 (0.5%) of 20,564 elderly residents

<Status of the 93 elderly residents with intravenous feeding for 24 hours>

Mean age (SD)	87.8 (8.6)
Number of residents with pneumonia, N (%)	21 (22.6%)
Activity of Daily Living (ADL)	N (%)
Bed mobility, completely dependent	70 (75.8%)
Transfer, completely dependent	78 (83.9%)
Eating, completely dependent	66 (71.0%)
Toilet use, completely dependent	78 (83.9%)
Level of severity of dementia, 0-5	N (%)
4: usually requires personal care	41 (44.1%)
5: usually requires medical care (most severe)	9 (9.7%)



- Tube feeding by nasogastric or PEG, etc.: 2,251 (10.9%) of 20,564 elderly residents

<Status of the 2,251 elderly residents with tube feeding by nasogastric or PEG, etc.>

Mean age (SD)	85.3 (8.0)
Number of residents with pneumonia, N (%)	1,022 (45.4%)
Activity of Daily Living (ADL)	N (%)
Bed mobility, completely dependent	1,946 (86.5%)
Transfer, completely dependent	2,067 (91.8%)
Eating, completely dependent	2,149 (95.5%)
Toilet use, completely dependent	2,123 (94.3%)
Level of severity of dementia, 0-5	N (%)
4: usually requires personal care	1,304 (57.9%)
5: usually requires medical care (most severe)	293 (13.0%)

In your facility, are there any elderly residents who were transferred to the hospital due to dehydration and/or malnutrition during the past year? Please check **one**.

() No.

() Yes: please describe summary of the status in the box below.

In your facility, are there any elderly residents who are currently fed by artificial nutrition and hydration? Please check **one**.

- Intravenous feeding

() No

() Yes: please describe summary of the status in the box below.



- Nasogastric feeding

() No

() Yes: please describe summary of the status in the box below.

- PEG

() No

() Yes: please describe summary of the status in the box below.



3-3) Some long-term care facilities cannot accept new patients requiring tube-feeding due to a lack of resources in Japan (Nakanishi et al., 2012).

Have there ever been any elderly applicants for admission to your facility who were/are at home and fed by artificial nutrition and hydration?

() No

() Yes: does use of artificial nutrition and hydration change the priority or acceptance of admission to your facility?

() No

() Yes: please specify the reason in the box below.



4. Please answer the questions on guidelines regarding addressing the elderly with eating difficulty/dysphagia.

In Japan, the Japanese Society for Parenteral and Enteral Nutrition (JSPEN) published a guideline on artificial nutrition and hydration in May 2013. The guideline recommends enteral nutrition for elderly patients with dysphagia. However, the benefit from parenteral and enteral nutrition is inconclusive for elderly patients with dementia. Furthermore, the guideline states that parenteral and enteral nutrition is **not** recommended for elderly patients in end-of-life stage.

In your country, we found the following guideline through a literature search: **“Position Statement 12 Dysphagia and Aspiration in Older People”** by Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine.

9. Tube feeding may be useful in temporarily providing nutritional support to patients with a non-progressive cause of aspiration such as stroke. However, its place for the majority of progressive causes is questionable.

10. Tube feeding (nasogastric or percutaneous) cannot prevent aspiration and neither method is entirely safe when used in patients at risk of aspiration.

11. Options for patients with recurrent aspiration pneumonia secondary to advanced neurodegenerative diseases such as dementia and Parkinson’s disease, who have failed usual management strategies (modified diet, oral care, positioning, rehabilitation and education), remain a complex clinical and ethical issue with a suboptimal evidence base to guide practice.



In your facility, does the guideline serve as a basis for your decision making on artificial nutrition and hydration for elderly residents with dysphagia? Please check **one**.

() Yes

() No: because ... (check **any**)

() The guideline is unfamiliar to our area of practice.

() The guideline is unavailable due to expense or exclusive access for members.

() The guideline is too complex to use for our practices.

() The guideline is not applicable for our practices due to frequent revisions.

() I prefer another guideline: please describe in the box below.

() The guideline is inappropriate in our clients for their clinical status.

() The guideline is not applicable for staffing and resources available in my facility.

() Other: please describe in the box below.



5. Please tell us about your practices to improve quality of nutrition support for elderly residents in your facility.

Does your facility implement the following practices? Please check **any**.

- () Establish a nutrition support team in the facility
- () Training programs for staff on nutrition and hydration
- () Workshops for staff to cover guidelines on nutrition support for the elderly
- () Share nutrition support strategies with local agencies (including home care providers and catering services)
- () Other: please describe in the box below.

6. Finally, we would like to increase the use of guidelines for the implementation of evidence-based recommendations to improve the quality of care for the elderly with eating difficulty/dysphagia in Japan. Please tell us your suggestions, if any.

Please describe:

Thank you for your time.



Appendix

Reference

Nakanishi M, Hattori K. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes are placed in elderly adults in Japan with advanced dementia regardless of expectation of improvement in quality of life. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, in press.

Nakanishi M, Hattori K, Nakashima T, Sawamura K. Health care and personal care needs among residents in nursing homes, group homes, and congregate housing in Japan: Why does transition occur, and where can the frail elderly establish a permanent residence? *Journal of the American Medical Directors Association* 2013, doi: 10.1016/j.jamda.2013.07.006

Nakanishi M, Hattori K, Nakashima T, Sawamura K. Priority for elderly persons with behavioral and psychological symptoms of dementia on waiting lists for placement in nursing homes in Japan: do nursing homes change priorities based on their own guidelines? *Journal of the American Medical Directors Association* 2012; 13: 794-799.

Data sources

Ministry of Health, Labour and Welfare. *Survey of Institutions and Establishments for Long-term Care* 2010.

Case vignette

Aita K. Survey of Japanese geriatricians on their practices and attitude towards artificial nutrition and hydration for patients with end-stage dementia. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* [Japanese Journal of Geriatrics] 2012; 49: 71-74 (in Japanese).

摂食・嚥下機能障害を有する高齢者をとりまく
諸外国の状況に関する調査研究
報告書

平成 26 年 3 月

発行：一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-11
11 東洋海事ビル
TEL : 03 (3506) 8529
FAX : 03 (3506) 8528

本報告書の全部又は一部を問わず、無断引用、転載を禁じます。

PJ No. 13303