理栄養士と他職種の情報交換の殆どは対面口頭によるものであった（表 C-4-4）。

一方、「栄養ケア計画を他職種と共有できる体制」は、＜担当者会議（カンファレンス）」が特養 75.1%、老健 81.1%、＜書類（紙面）による伝達＞特養 72.3%、老健 68.9%、＜口頭による伝達＞特養 54.8%、老健 52.8%であり、複数の体制による共有化が行われているが担当者会議や書面による伝達が重要であることが確認できた。

5）栄養ケア・マネジメントに関する研修体制

「栄養ケア・マネジメントに関する管理栄養士の新人研修」は、＜施設外研修を受けた＞が特養 42.7%、老健 37.0%、＜管理栄養士単独で受けた＞特養 28.6%、老健 31.5%であり、＜他部署と合同で受けた＞は特養 4.0%、老健 2.7%にすぎず、＜受けていない＞が特養 29.7%、老健 34.2%と 3 割近くまで及んでいた（表 C-4-5）。また、新人研修ばかりでなく「施設内での栄養ケア・マネジメントに関する研修の開催」は、＜開催していない＞が特養 84.6%、老健 82.4%と 8 割以上であり、＜定期的に開催している＞＜随時（不定期に開催している）＞を含めて何らかの研修を開催している施設は特養 16.4%、老健 17.6%にすぎなかった。一方、「管理栄養士が施設外の研修に参加している」は特養 88.7%、老健 90.0%、その参加頻度は、1 年間に特養平均 4.1±3.4 回、老健 4.5±3.8 回であった（表 C-4-6）。

「栄養ケア・マネジメントの研修開催している場合の頻度」は、「1 月に 1～2 回」が 8 割以上であり、「担当職種」は＜管理栄養士＞特養 100%、老健 97.4%であり、次いで＜看護師＞が特養 31.0%、老健 12.8%、＜介護職＞特養 20.7%、老健 5.1%が管理栄養士とともに担当していた（表 C-4-6）。この場合の「栄養ケア・マネジメントに関する研修の対象となる職種」は＜介護職＞特養 89.7%、老健 97.4%、＜看護職＞特養 70.7%、老健 94.9%、＜介護支援専門員＞特養 63.8%、老健 84.6%と、＜管理栄養士＞特養 48.3%、老健 56.4%を上回り、次いで、特養では事務職 17.2%、作業療法士 12.1%、老健では理学療法士 76.9%、作業療法士 71.8%、事務職 38.5%、言語聴覚士 33.3%であり管理栄養士以外の多職種が対象となっていた。

なお、「管理栄養士が栄養ケア・マネジメント実践するうえで必要と思う研修内容」は、＜摂食・嚥下障害高齢者の栄養ケア・マネジメント＞特養 85.6%、老健 86.4%、＜認知症高齢者の栄養ケア＞特養 76.4%、老健 73.2%、＜終末期の栄養ケア＞特養 68.2%、老健 53.2%、＜栄養ケア・マネジメントの基礎＞特養 64.8%、老健 68.6%、＜多職種協働のチームについて＞特養 64.8%、老健 65.9%、＜コミュニケーション＞特養 27.8%、老健 30.5%、＜給食業務の効率化の図り方＞特養 25.2%、老健 24.5%、＜マネジメント＞特養 22.0%、老健 22.3%であり、栄養改善が困難な事例に対する栄養ケア・マネジメントに関する研修への要望が高かった。

6）管理栄養士が考える栄養ケア・マネジメントの推進上の課題

「管理栄養士が考える栄養ケア・マネジメントの推進上の課題」は、特養では＜食事の個別化＞50.3%、＜摂食・嚥下食の対応＞46.9%、＜摂食・嚥下機能評価体制の未整備＞44.3%、＜管理栄養士の栄養ケア・マネジメントに関する知識や技術の不足＞43.9%、＜管理栄養士のエンド・オブ・ライフに関する知識・技術不足＞41.7%、＜管理栄養士の認知症に関する知識や技術の不足＞40.9%、＜管理栄養士のマネジメント能力の不足＞35.7%、＜介護職の姿勢や理解＞30.2%などが、老健では＜摂食・嚥下食の対応＞55.7%、＜食事の個別化＞54.3%、＜管理栄養士の栄養ケア・マネジメントに関する知識・技術不足＞44.8%、＜管理栄養士の認知症に関する知識・技術の不足＞43.4%、＜管理栄養士のエンド・オブ・ライフに関する知識・技術の不足＞43.0%、＜管理栄養士のマネジメント能力の不足＞39.8%、＜人員の配置や不足＞36.7%などが上位項目であった（表 C-4-7）。

7）栄養ケア・マネジメント業務及び給食業務で最も時間のかかっている業務

「栄養ケア・マネジメント業務及び給食業務で最も時間のかかっている業務」は、＜栄養ケア・マネジメント＞特養 64.4%、老健 71.4%、＜情報の収集＞特養 23.8%、老健 16.8%、＜関連帳票の作成＞特養 15.2%、老健 12.7%であり、＜個別対応＞＜食札準備・食事箋チェック＞＜検食簿等の削減可能な帳票類の作成＞等の給食関連業務はいずれも 1 割未満であった（表 C-4-8）。

8）業務の効率化を図るうえでのシステム（体制）

「業務の効率化を図るうえでのシステム（体制）」は、＜栄養ケア・マネジメントに関する研修体制＞特養 44.4%、老健 40.1%、＜情報連携の体制＞特養 39.9%、老健 40.6%、＜食形態の標準化＞特養 28.1%、老健 25.9%、＜施設内 LAN＞特養 24.0%、老健 29.7%、＜献立の標準化＞特養 17.9%、老健 14.6%、＜給食担当者の給食業務教育体制＞特養 16.8%、老健 22.6%であった（表 C-4-9）。

9）管理栄養士の栄養ケア・マネジメントに関する「ITA 実践評価尺度」

「ITA 実践評価尺度」の下位尺度である＜組織構造の柔軟性＞は特養 37.1±4.7、老健 37.7±4.8、＜ケアのプロセスと実践度＞特養 28.6±3.5、老健 29.2±3.5、＜メンバーの凝集性と能力＞特養 22.5±3.3、老健 22.7±3.1、ITA の総計は特養 91.2±11.1、老健 92.6±10.8 であった。

「全くそう思わない」「そう思わない」が 3 割以上回答された項目は、＜組織の柔軟性＞のうち（チーム内で生じた葛藤を処理する手段を活用できている）特養 50.0%、老健 47.7%と約半数に及び、次いで（職域に関わらず、リーダーを選択している）特養 44.3%、老健 42.1%が高かった。また、＜ケアのプロセスと実践度＞のうち（目標の達成度を評価している）特養 35.8%、老健 32.3%、＜メンバーの凝集性と能力＞のうち（チームの目標に価値を感じている）特養 31.6%、老健 28.7%、（チームの目標を共通理解している）特養 33.4%、老健 30.2%、（チームには一体感があると感じている）特養 37.9%、老健 33.8%、（チームの理念を認識している）特養 34.9%、老健 36.4%などであり、下位尺度のうち＜メンバーの凝集性と能力＞に管理栄養士による認識の低い項目が多くみられた（表 C-8-2-1～C-8-2-3）。

5．介護職による栄養ケア・マネジメントへの参加とチームアプローチの実態（杉山担当）

1）介護職の特性

回答した介護職の「性別」では、特養では＜女性＞68.6%、＜男性＞31.4%、老健では＜女性＞55.4%、＜男性＞44.6%であり、「年齢」では特養＜30 代＞37.3%、＜50 代＞24.6%、＜40 代＞21.1%、＜20 代＞15.7%、老健では＜30 代＞51.0%、＜40 代＞21.4%、＜50 代＞14.1%、＜20 代＞11.7%であり、「職位」では＜管理職＞は特養 23.0%、老健 35.8%であった。「介護職として高齢者ケアに携わっている年数」は特養、老健ともに＜10 年以上＞の者が殆ど（特養 97.0%、老健 99.5%）であり、「所属施設勤務年数」も＜10 年以上＞の者がその殆どであった（特養 99.2%、老健 100%）（表 C-5-1）。

2）介護職の栄養ケア・マネジメントに関する意識

「介護職による栄養ケア・マネジメントに関する意識」については、「できない」「あまりできない」が 3 割を上回る項目は、＜入所者の入所後 1 週間以内に関連職種が協働して低栄養状態のリスクを把握している＞特養 31.6%、老健 35.4%、＜入所者の生活機能・身体機能・主観的健康感、栄養ケアに対する満足感の変化について把握している＞特養 28.9%、老健 31.9%、＜栄養ケア・マネジメント体制に関する改善すべき課題について、多職種協働で解決のための計画書を作成し、継続的な品質改善活動に努めている＞特養 34.6%、老健 31.0%、＜「食べること」を通じて入所者 1 人 1 人の自己実現をめざしている＞特養 30.0%、老健 35.7%、＜介護職は、栄養ケア・マネジメントを実践する上で必

要な施設内・外の研修会に積極的に参加している＞特養 51.1%、老健 53.7%であった（表 C-5-2-1～C-5-2-3）。

一方、＜管理栄養士は、入所者への適切な栄養ケアを効率的に提供できるように関連職種の連絡調整を適切に実施している＞＜管理栄養士は栄養ケア・マネジメントの推進に責任をもっている＞＜管理栄養士は多職種に対して栄養ケア・マネジメントの理解や協力が得られるような積極的な働きかけを行っている＞は「できている」「よくできている」がいずれも両施設種において 8 割以上であった。

4）介護職の担当している栄養ケア業務

「介護職が日頃担当している栄養ケア関連業務」は＜食事摂取量の把握＞特養 99.2%、老健 99.0%、＜食事介助＞特養 98.4%、老健 99.0%、＜口腔ケア＞特養 98.4%、老健 98.5%、＜排泄状態（尿量、便秘、下痢等）の把握と処置＞特養 96.7%、老健 95.6%、＜栄養・食事に関する身体状態（褥瘡、食欲不振、脱水等）の把握＞特養 91.3%、老健 92.6%、＜体重の増減の把握＞特養 82.4%、老健 92.6%、＜嚥下困難・障害の把握＞特養 89.4%、老健 87.3%、＜摂食・口腔機能の把握＞特養 85.1%、老健 78.4% が上位の担当項目であった（表 C-5-3）。

また、情報連携については、「管理栄養士との情報交換・情報提供」特養 86.2%、老健 86.3%、「栄養ケアに関する管理栄養士以外の職種への情報提供・情報交換」特養 74.8%、老健 67.6%であった。

5）介護者が担当している栄養ケア関連業務を実施する上での課題や困難な状況

「介護職」が実施する上で課題がある、困難な状況がある」と回答した者は特養 38.9%、老健 42.7%であり、その内容は、＜口腔ケア＞特養 26.4%、老健 17.1%、＜食事介助＞特養 22.4%、老健 22.4%、＜嚥下困難・障害状況の把握＞特養 15.2%、老健 15.8%、＜摂食・口腔機能の把握＞特養 12.0%、老健 13.2%、＜本人の食事・栄養ケアへのニーズの把握＞特養 12.8%、老健 15.8%が上位の課題であった（表 C-5-4）。

6）介護職の栄養ケアに関する情報連携

先の「介護職が日頃担当している栄養ケア関連業務」のうち「管理栄養士との情報交換・情報提供」特養 86.2%、老健 86.3%、「栄養ケアに関する管理栄養士以外の職種への情報提供・情報交換」特養 74.8%、老健 67.6%であったが、「入所者の栄養ケアについて最も高い頻度で情報交換・情報連携（依頼・相談）している職種」は、特養では＜管理栄養士＞64.6%、＜看護師＞55.9%、老健では＜管理栄養士＞52.2%、＜看護師＞64.0%であり、管理栄養士と看護職が主要な情報交換・情報提供の相手であった（表 C-5-5）。

介護職が入所者の栄養ケアについて「管理栄養士と情報交換・情報提供を行っている」内容は、＜個別の献立・食事形態の調整（栄養補助食品を含む）＞特養 93.4%、老健 90.5%、＜栄養必要量（食事摂取量を含む）＞特養 83.7%、老健 84.6%、＜本人の食事・栄養ケアのニーズ＞特養 70.2%、老健 54.2%、＜栄養補給内容と種類についての調整等＞特養 66.3%、老健 52.7%、＜本人・家族への満足感＞特養 51.7%、老健 54.2%、＜栄養アセスメント結果＞特養 49.2%、老健 34.8%、＜食事介助の方法＞特養 43.6%、老健 41.3%などが上位項目であった。

このような「管理栄養士と情報交換・情報提供を実施する上で「課題がある」「困難な状況にある」とした者は、特養 21.6%、老健 20.9%であり、その内容は＜個別の献立・食事形態の調整（栄養補助食品等を含む）＞特養 33.8%、老健 25.7%、＜本人・家族の食事への満足感＞特養 22.1%、老健 17.1%であった（表 C-5-6）。

一方、介護職が入所者の栄養ケアについて「看護職と情報交換・情報提供を行っている」内容は、管理栄養士と同様に＜栄養必要量（食事摂取量を含む）＞特養 86.3%、老健 86.0%、＜個別献立・食事形態の調整（栄養補助食品を含む）＞特養 76.2%、老健 83.0%、＜食事介助の方法＞特養 70.2%、老健

83.5%、＜栄養補給内容と種類についての調整等＞特養 65.6%、老健 57.5%、＜本人の食事・栄養ケアへのニーズ＞特養 54.6%、老健 57.0%、＜栄養補給法（経腸・静脈栄養法等）の修正等＞特養 46.2%、老健 33.0%であった。

このような「看護師と情報交換・情報提供を実施する上で「課題がある」「困難な状況にある」とした者は、特養 14.0%、老健 10.2%であり、その内容は＜栄養必要量（食事摂取量を含む）＞特養 30.0%、老健 17.6%、＜食事介助の方法＞特養 20.0%、老健 11.8%であった。

7）介護職の栄養ケア・マネジメントを実践するうえでの研修

「介護職が栄養ケア・マネジメントを実践するうえで必要と思う研修内容」は、＜摂食・嚥下障害高齢者の食事介助＞特養 85.5%、老健 83.7%、＜認知症高齢者の食事介助＞特養 73.5%、老健 72.9%、＜口腔ケア＞特養 73.8%、老健 70.0%、＜栄養ケア・マネジメントの基礎＞特養 66.7%、老健 68.5%、＜終末期の栄養ケア＞特養 67.5%、老健 54.7%、＜多職種協働について＞特養 46.2%、老健 43.3%であった（表 C-5-8)。

8）介護職が栄養ケア・マネジメントに関わることによって「よかった」と感じていること

「介護職が栄養ケア・マネジメントに関わることによって「よかった」と感じていること」は、＜低栄養状態の把握や改善が行なわれたこと＞特養 71.5%、老健 64.4%、＜管理栄養士をはじめ他の職種との連携が出来たこと＞特養 56.8%、老健 52.0%、＜利用者の「食べること」が重視されたこと＞特養 62.6%、老健 57.4%、＜利用者・家族がよろこんだこと＞特養 62.6%、老健 57.4%だった。なお、「よかった」と感じることはないという回答は数%にすぎなかった。

9）介護職の栄養ケア・マネジメントに関する「ITA 実践評価尺度」

介護職における「ITA 実践評価尺度」の下位尺度である＜組織構造の柔軟性＞は特養 38.5±5.3、老健 38.2±4.9、＜ケアのプロセスと実践度＞は特養 32.3±4.7 老健 32.2±4.4、＜メンバーの凝集性と能力＞は特養 23±3.6、老健 23±3.2、ITA の総計は特養 93.8±12.9、老健 93.5±11.9 であった（表 C-8-3-1〜C-8-3-3)。

「全くそう思わない」「そう思わない」が 3 割以上回答された項目は、＜組織の柔軟性＞のうち（チーム内で生じた葛藤を処理する手段を活用できている）特養 37.2%、老健 40.0%、次いで（職域に関わらず、リーダーを選択している）特養 36.8%、老健 40.1%、（問題状況に応じてメンバーを柔軟に取り入れながら活動をしている）特養 27.1%、老健 30.0%が高かった。また、＜ケアのプロセスと実践度＞のうち（目標の達成度を評価している）特養 35.8%、老健 32.3%、＜メンバーの凝集性と能力＞のうち（チームの理念を認識している）特養 34.8%、老健 29.5%、（チームの目標に価値を感じている）特養 30.1%、老健 29.9%、（チームの目標共通理解している）特養 26.0%、老健 30.0%、（チームには一体感があると感じている）特養 29.8%、老健 30.0%、などであり、下位尺度のうち＜組織の柔軟性＞＜メンバーの凝集性と能力＞に管理栄養士と同様に介護職においても認識の低い項目が多くみられた。

6．看護職による栄養ケア・マネジメントへの参加とチームアプローチの実態（梶井担当）

1）看護師の特性

回答した介護職の「性別」では、特養では＜女性＞95.0%、＜男性＞5.0%、老健では＜女性＞95.7%、＜男性＞4.3%であり、「年齢」では特養＜50 歳代＞47.8%、＜40 歳代＞35.6%、＜30 歳代＞9.9%、＜60 歳代以上＞5.5%、老健では＜50 歳代＞38.2%、＜40 歳代＞32.5%、＜30 歳代＞16.5%、＜60 歳代以上＞10.4%であり、「職位」では特養では＜看護師主任＞52.1%、＜看護スタッフ＞28.3%、＜看護師長＞13.2%、老健では＜看護師長＞42.7%、＜看護師主任＞32.2%、＜看護スタッフ＞18.0%であっ

た。「看護師としての経験年数」は特養、老健ともに＜10 年以上＞の者が殆ど(特養 99.4%、老健 98.6%)であり、「当該施設勤務年数」も＜10 年以上＞の者が、特養ならびに老健ともに 100%であった（表 C-6-1)。

2)看護師の栄養ケア・マネジメントに関する意識

「看護職による栄養ケア・マネジメントに関する意識」については、「できない」「あまりできない」が 3 割を上回る項目は、＜摂食・嚥下機能を評価し、チームで栄養ケア・マネジメントに取り組んでいる＞特養 35.3%、老健 28.3%、＜認知症の食関周辺症状をアセスメントし、チームで食べることを支援している＞特養 35.0%、老健 30.9%、＜エンド・オブ・ライフにある高齢者に対してチームで食べることを支援している＞特養 22.6%、老健 30.5%、＜入所者の入所後 1 週間以内に関連職種が協働して低栄養状態のリスクを把握している＞特養 38.4%、老健 34.4%、＜入所者の生活機能・身体機能・主観的健康感、栄養ケアに対する満足感の変化について把握している＞特養 34.3%、老健 37.2%、「栄養ケア・マネジメント体制に関する改善すべき課題について、多職種協働で解決のための計画書を作成し、継続的な品質改善活動に努めている」特養 35.8%、老健 30.1%、＜「食べること」を通じて入所者 1 人 1 人の自己実現をめざしている＞特養 28.3%、老健 32.7%、＜看護師は、栄養ケア・マネジメントを実践する上で必要な施設内・外の研修会に積極的に参加している＞特養 63.9%、老健 60.0%であった（表 C-6-2-1～C-6-2-3)。

一方、＜栄養ケア・マネジメントに関する手順をあらかじめ定めている＞、＜栄養ケア・マネジメントに関する手順を適切に実施している＞は、「できている」「よくできている」がいずれも両施設種において約 85%以上であり、＜栄養リスク項目について定期的に評価している＞は、「できている」「よくできている」がいずれも両施設種において約 80%以上であった。

また、＜管理栄養士は、入所者への適切な栄養ケアを効率的に提供できるように関連職種の連絡調整を適切に実施している＞、＜管理栄養士は栄養ケア・マネジメントの推進に責任をもっている＞は「できている」「よくできている」がいずれも両施設種において 90%以上であり、＜管理栄養士は多職種に対して栄養ケア・マネジメントの理解や協力が得られるような積極的な働きかけを行っている＞は「できている」「よくできている」がいずれも両施設種において 80%以上であった。

3）看護師の担当している栄養ケア業務

「看護師が日頃担当している栄養ケア関連業務」は、＜食事摂取量の把握＞特養 93.9%、老健 100.0%、＜栄養・食事に関する身体状態（褥瘡、食欲不振、脱水等）の把握＞特養 96.4%、老健 99.1%、＜排泄状態（尿量、便秘、下痢等）の把握と処置＞特養 97.5%、老健 98.6%、＜体重の増減の把握＞特養 96.1%、老健 96.2%、＜嚥下困難・障害の把握＞特養 90.5%、老健 94.3%、＜アルブミン値をはじめ検査データ等の把握＞特養 91.1%、老健 81.0%、＜食事介助＞特養 77.1%、老健 94.3%、＜経腸栄養法の管理＞特養 81.6%、老健 82.5%、＜摂食・口腔機能の把握＞特養 74.9%、老健 81.5%、＜口腔ケア＞特養 68.4%、老健 84.8%が上位の担当項目であった（表 C-6-3)。

また、情報連携については、「管理栄養士との情報交換・情報提供」特養 90.3%、老健 92.4%、「栄養ケアに関する管理栄養士以外の職種への情報提供・情報交換」特養 74.9%、老健 72.0%であった。

4）看護師が担当している栄養ケア関連業務を実施する上での課題や困難な状況

「「看護師」が実施する上で課題がある、困難な状況がある」と回答した者は特養 52.7%、老健 57.3%であり、その内容は、＜嚥下困難・障害状況の把握＞特養 19.3%、老健 26.6%、＜摂食・嚥下リハビリテーション＞特養 15.0%、老健 24.1%、＜アルブミン値をはじめ検査データ等の把握＞特養 17.9%、老健 17.7%、＜摂食・口腔機能の把握＞特養 14.3%、老健 11.4%、＜口腔ケア＞特養 15.0%、

老健 8.9%、＜食事介助＞特養 8.6%、老健 15.2%が上位の課題であった（表 C-6-4）。

5）看護師の栄養ケアに関する情報連携

看護師が「入所者の栄養ケアについて最も高い頻度で情報交換・情報連携（依頼・相談）している職種」は、特養では＜管理栄養士＞65.5%、＜介護職＞50.4%、＜医師＞18.8%、老健では＜管理栄養士＞75.4%、＜介護職＞34.3%、＜医師＞23.7%であり、看護師は管理栄養士が主要な情報交換・情報提供の相手であった（表 C-6-5）。

看護師が入所者の栄養ケアについて「管理栄養士と情報交換・情報提供を行っている」内容は、＜個別の献立・食事形態の調整（栄養補助食品を含む）＞特養 81.8%、老健 93.8%、＜栄養必要量（食事摂取量を含む）＞特養 81.5%、老健 83.8%、＜栄養補給内容と種類についての調整等＞特養 81.8%、老健 93.8%、＜栄養補給法（経腸・経静脈栄養法等）の修正等＞特養 62.8%、老健 56.7%、＜本人の食事・栄養ケアのニーズ＞特養 48.9%、老健 55.2%、＜栄養アセスメント結果＞特養 50.0%、老健 41.4%などが上位項目であった。

上記の「管理栄養士と情報交換・情報提供を実施する上で「課題がある」「困難な状況にある」とした者は、特養 20.5%、老健 22.8%であり、その内容は＜個別の献立・食事形態の調整（栄養補助食品等を含む）＞特養 28.3%、老健 27.5%、＜本人の食事・栄養ケアのニーズ＞特養 17.0 %、老健 15.5%、＜家族の食事・栄養ケアのニーズ＞特養 13.2 %、老健 17.5%、＜栄養必要量（食事摂取量を含む）＞特養 18.9%、老健 10.0%、＜栄養アセスメント結果＞特養 17.0%、老健 7.5%、＜食事介助の方法＞特養 17.0%、老健 10.0%が上記項目であった。

6）看護師の栄養ケア・マネジメントを実践するうえでの研修

「看護師が栄養ケア・マネジメントを実践するうえで必要と思う研修内容」は、＜摂食・嚥下障害高齢者の食事介助＞特養 67.1%、老健 72.9%、＜認知症高齢者の食事介助＞特養 66.6%、老健 77.1%、＜終末期の栄養ケア＞特養 64.3%、老健 66.7%、＜栄養ケア・マネジメントの基礎＞特養 55.5%、老健 60.0%が上位項目であった（表 C-6-6）。

7）看護師が栄養ケア・マネジメントに関わることによって「よかった」と感じていること

「看護師が栄養ケア・マネジメントに関わることによって「よかった」と感じていること」は、＜低栄養状態の把握や改善が行なわれたこと＞特養 76.5%、老健 81.2%、＜管理栄養士をはじめ他の職種との連携が出来たこと＞特養 62.6%、老健 63.8%、＜利用者の「食べること」が重視されたこと＞特養 58.8、老健 66.2%、＜利用者・家族がよろこんだこと＞特養 39.4%、老健 54.1%だった。なお、「よかった」と感じることはないという回答は、特養で 1.8%であった（表 C-6-7）。

8）看護職の栄養ケア・マネジメントに関する「ITA 実践評価尺度」

看護師における「ITA 実践評価尺度」の下位尺度である＜組織構造の柔軟性＞は特養 38.1±5.1、老健 37.7±5.0、＜ケアのプロセスと実践度＞は特養 31.9±4.5、老健 31.5±4.3、＜メンバーの凝集性と能力＞は特養 22.9±3.6、老健 22.8±3.3、ITA の総計は特養 92.9±12.6、老健 91.9±12.0 であった（表 C-8-4-1～C-8-4-3）。

各項目において「全くそう思わない」「そう思わない」が 3 割以上回答された項目は、＜組織の柔軟性＞では（チーム内で生じた葛藤を処理する手段を活用できている）特養 36.8%、老健 41.7%、次いで（職域に関わらず、リーダーを選択している）特養 39.3%、老健 37.0%が高かった。

＜ケアのプロセスと実践度＞では、（目標の達成度を評価している）特養 27.9%、老健 31.0%、（患者とその家族のケアを定期的に記録している）特養 28.2%、老健 33.7%、（チームでのケアに熱意を持っている）特養 20.6%、老健 30.0%が高かった。

＜メンバーの凝集性と能力＞では、チームには一

体感があると感じている）特養 27.3%、老健 31.9%、（チームの理念を認識している）特養 29.2%、老健 35.3%が高い項目であった。

7．口腔ケア担当者による栄養ケア･マネジメントへの参加とチームアプローチの実態（大原担当）

１）口腔ケア担当者の特性

回答した口腔ケア担当者の「性別」は、特養では＜女性＞78.5%、＜男性＞21.5%、老健では＜女性＞78.1%、＜男性＞21.3%であり、「年齢」は、特養では＜30 代＞31.2%、＜50 代＞28.1%、＜40 代＞25.3%、＜20 代＞13.3%、老健では＜30 代＞37.9%、＜40 代＞23.7%、＜50 代＞18.1%、＜20 代＞16.9%であった（表 C-7-1）。所属部署は、看護・介護職との合同の部署が特養では 87.6%、老健では 72.7%、であった。＜職種＞は、特養では＜介護福祉士＞46.0%、＜看護師＞29.1%、＜その他の介護スタッフ＞8.1%、＜歯科衛生士＞7.0%、＜その他＞12.6%であり、老健では＜介護福祉士＞36.0%、＜看護師＞31.4%、＜歯科衛生士＞7.4%、＜その他の介護スタッフ＞4.0%、＜その他＞24.0%であった。高齢者ケアに携わっている年数は、特養では 10 年以上の者が 45.7%、5 年～10 年未満の者 36.2%、3 年～5 年未満の者 10.4%、1～3 年未満の者 5.4%、1 年未満の者 1.8%と 5 年以上の者が 8 割以上であった。同様に老健でも 10 年以上 41.9%、5～10 年未満の者 35.8%、3 年～5 年未満の者 11.5%、1～3 年未満の者 8.6%、1 年未満の者 2.3%と 5 年以上の者が 8 割近かった。

２）口腔ケアについて

(1)口腔機能維持管理加算の算定状況は、特養では算定しているが 50.9%、算定しないが 47.2%、算定開始予定が 1.9%であり、老健では算定しないが 51.5%、算定しているが 46.7%、算定開始予定が 1.8%であった（表 C-7-2）。

(2)併設の通所事業所で口腔機能向上加算の算定状況は、特養では算定しないが 67.4%、算定しているが 19.4%、併設の通所事業所はない 12.4%、算定開始予定が 0.8%であり、 老健では算定しないが 65.8%、算定しているが 29.7%、併設の通所事業所はない 2.5%、算定開始予定が 1.9%であった。

(3)個人の口腔ケアの必要性の把握をする職種は複数回答可で、特養では介護職が 92.0%、看護職が 88.5%、本人・家族の希望が 48.6%、歯科医師が 43.0%、歯科衛生士が 37.8%、医師が 15.7%、その他が 8.4%であり、老健では看護職が 93.2%、介護職が 90.9%、本人・家族の希望が 42.6%、歯科衛生士が 34.1%、医師が 33.5%、歯科医師が 25.6%、その他が 23.9%であった（表 C-7-3）。

(4)個人の歯科医療の必要性の把握をする職種は複数回答で、特養では看護職が 92.6%、介護職が 71.3%、本人・家族の希望が 53.2%、歯科医師が 45.0%、歯科衛生士が 37.9%、医師が 17.7%、その他が 3.9%であり、老健では看護職が 88.6%、介護職が 62.3%、本人・家族の希望が 57.7%、医師が 45.7%、歯科衛生士が 32.6%、歯科医師が 29.7%、その他が 14.3%であった。

(5)平成 22 年 4 月から平成 22 年 9 月までの間に、歯科に通院して診療を受けた入所者の人数の平均は、特養では 4.6 人、老健では 5.3 人であった（表 C-7-4）。

(6)平成 22 年 4 月から平成 22 年 9 月までの間に、歯科訪問診療を受けた入所者の人数の平均は、特養では 22.3 人、老健では 26.7 人であった。

(7)常勤の歯科衛生士の人数については、特養では 0 人が 94.7%、1 人が 4.3%、2 人が 0.4%、3 人が 0.4%であり、老健では 0 人が 94.1%、1 人が 4.8%、2 人が 0.7%、3 人が 0.2%であった（表 C-7-5）。

(8)非常勤の歯科衛生士人数（常勤換算）は、特養では 0 人が 88.8%、1 人未満が 1.8%、1 人以上 2 人未満が 4.7%、2 人以上 3 人未満が 4.7%、3 人以上 4 人未満が 0.4%、4 人以上が 0.7%であり、老健では 0 人が 91.3%、1 人未満が 4.0%、1 人以上 2 人未満が 3.5%、2 人以上 3 人未満が 0.6%、3 人以上 4 人未満が 0%、4 人以上が 0%であった。

(9)歯科衛生士の業務（歯科衛生士がいる場合のみの回答）は複数回答可で、特養では介護職への効果的な口腔清掃方法の指導が 87.2%、口腔清掃

実施が 76.9%、個人の口腔ケアの必要性の把握が71.8%、口腔乾燥の予防・改善が 61.5%、誤嚥性肺炎等の感染予防が 46.2%、味覚の改善が 12.8%、その他が 17.9%であり、老健では介護職への効果的な口腔清掃方法の指導が 96.6%、個人の口腔ケアの必要性の把握が 89.7%、口腔清掃実施が 86.2%、口腔乾燥の予防・改善が 65.5%、誤嚥性肺炎等の感染予防が 55.2%、味覚の改善が 27.6%、その他が13.8%であった（表 C-7-6)。

(10)口腔ケアに関する看護師の業務は複数回答可で、特養では誤嚥性肺炎等の感染予防 75.1%、個人の口腔ケアの必要性の把握 74.3%、口腔乾燥の予防・改善 58.9%、口腔清掃実施 53.2%、介護職への効果的な口腔清掃方法の指導 49.4%、味覚の改善 6.8%、その他 3.4%であり、老健では誤嚥性肺炎等の感染予防 86.0%、口腔清掃実施 80.1%、個人の口腔ケアの必要性の把握 77.2%、口腔乾燥の予防・改善 74.9%、介護職への効果的な口腔清掃方法の指導 47.4%味覚の改善 14.0 であった。

(11)介護職による口腔ケアの主な実施内容は、複数回答可で、特養では口腔清掃の声かけ、見守り、確認が 99.4%、口腔清掃実施が 97.9%、口腔体操が60.2%、その他が 7.4%であり、老健では口腔清掃実施が 99.4%、口腔清掃の声かけ、見守り、確認が 96.0%、口腔体操が 71.4%、その他が 2.3%であった。

(12)口腔ケアの実施担当者は、複数回答で、特養では介護職が 97.2%、看護師が 58.7%、歯科衛生士が 17.8%、その他が 4.5%であり、老健では介護職が 98.3%、看護師が 83.1%、歯科衛生士が 22.0%、その他が 19.8%であった。

(13)口腔ケアの実施対象者は複数回答で、特養では自立した口腔清掃が困難な者が 94.4%、嚥下障害がある者が 80.4%、口腔乾燥のある者が 73.1%、口臭がひどい者が 71.3%、発熱しやすい者が 44.1%、低栄養な者 43.7%、その他が 16.8%であり、老健では自立した口腔清掃が困難な者が 93.2%、嚥下障害がある者が 88.6%、口腔乾燥のある者が 73.3%、口臭がひどい者が 72.2%、発熱しやすい者が 50.6%、低栄養な者が 46.6%、その他が 13.6%であった（表C-7-7)。

(14)支援が必要と判断した入所者に対する介護職による平均的な口腔ケアの実施頻度は、特養では1日3回食事後が 66.5%、1日2回 15.13%、1日1回 13.9%、その他 4.6%であり、老健では1日3回食事後が 72.8%、1日2回 17.1%、1日1回 5.1%、その他%5.1 であった（表 C-7-8)。

(15) 支援が必要と判断した入所者に対する看護師による平均的な口腔ケアの実施頻度は、特養では1日1回が 30.1%、1日2回が 14.5%、1日3回食事後が 13.7%、週単位が 6.1%、月単位が 3.4%、その他が 32.3%であり、老健では1日3回食事後が 45.7%、1日1回が 24.3%、1日2回が 17.2%、週単位が 1.7%、月単位が 0%、その他が 11.0%であった（表 C-7-9)。

(16) 支援が必要と判断した入所者に対する歯科衛生士による平均的な口腔ケアの実施頻度（歯科衛生士がいる場合のみ）は、特養では週単位が34.1%、月単位が 25.0%、1日1回が 13.6%、1日3回食事後が 6.8%、1日2回が 6.8%、その他が 13.6%であり、老健では週単位が 50.0%、月単位が 12.5%、1日3回食事後が 9.4%、1日2回が 6.3%、1日1回が 9.4%、その他が 12.5%であった。

3）研修について

(1)口腔ケアについての研修の実施は、特養では定期的に実施が 29.3%、不定期に実施が 47.2%、実施していないが 23.6%、であり、老健では定期的に実施が 26.4%、不定期に実施が 47.1%、実施していないが 26.4%であった（表 C-7-10)。年間の研修の回数は、特養では年1回が 37.0%、年1.5回が 8.6%、年2回が 13.6%、年2.5回が 0%、年3回が 2.5%、年5回が 1.2%、年6回が 1.2%、年10回が 1.2%、年12回が 33.3%、年24回が 1.2%であり、老健では年1回が 50.0%、年1.5回が 2.3%、年2回が 18.2%、年2.5回が 2.3%、年3回が 2.3%、年5回が 0%、年6回が 4.5%、年10回が 2.3%、年12回が 18.2%、年24回が 0%であった。

(2)研修を担当する職種は、複数回答可で、特養では歯科衛生士 47.7%、歯科医師が 40.2%、看護師 34.6%、言語聴覚士（ST）7.0%、その他 27.6%であり、老健では歯科衛生士 40.5%、看護師 35.7%、言語聴覚士（ST）31.0%、歯科医師が 26.2%、その他 23.8%であった（表 C-7-11）。

(3)口腔ケアに関する研修の対象者の職種は、複数回答可で、特養は介護職が 97.2%、看護職が 75.7%、リハビリ職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）が 15.9%、管理栄養士が 51.9%、事務職員が 19.2%、その他が 12.1%であり、老健では介護職が 97.6%、看護職が 92.1%、リハビリ職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）が 56.7%、管理栄養士が 42.5%、事務職員が 21.3%、その他が 7.9%であった。

(4)研修の実施内容は複数回答可で、特養は口腔ケアの必要性と効果の説明が 91.2%、口腔ケアの支援が必要な者の把握方法が 40.3%、口腔清掃方法の説明が 80.6%、口腔清掃方法の実習 56.0 が%、口腔体操の説明が 43.5%、口腔体操の実習が 27.8%、その他が 5.6%であり、老健は口腔ケアの必要性と効果の説明が 93.7%、口腔ケアの支援が必要な者の把握方法が 40.2%、口腔清掃方法の説明が 86.6%、口腔清掃方法の実習が 55.9%、口腔体操の説明が 33.1%、口腔体操の実習が 22.8%、その他が 3.9%であった。

(5)口腔ケアについての研修を実施しない理由は、特養では適当な研修担当者がいないが 57.8%、時間が取れないが 29.7%、必要性が乏しいが 6.3%、口腔ケアの知識技能は現状で十分であるが 4.7%、費用がかかるが 3.1%、その他が 17.2%であり、老健では適当な研修担当者がいないが 60.5%、時間が取れないが 44.2%、費用がかかるが 7.0%、必要性が乏しいが 0%、口腔ケアの知識技能は現状で十分であるが 0%、その他が 20.9%であった。

(6)口腔ケアについての研修の開始予定は特養では無しが 88.7%、有りは 11.3%であって、老健では無しが 88.7%、有りは 11.3%であった。

4）口腔ケア担当職の栄養ケア・マネジメントに関する「ITA 実践評価尺度」

口腔ケア担当職における「ITA 実践評価尺度」の下位尺度である＜組織構造の柔軟性＞は特養 38.6±4.5、老健 38.5±5.3、＜ケアのプロセスと実践度＞は特養 32.7±4.3 老健 32.0±4.4、＜メンバーの凝集性と能力＞は特養 23.5±3.2、老健 23.0±3.4、ITA の総計は特養 94.7.8±11.3、老健 93.5±11.4 であった（表 C-8-5-1～C-8-5-3)。「全くそう思わない」「そう思わない」が 3 割以上回答された項目は、＜組織の柔軟性＞のうち（チーム内で生じた葛藤を処理する手段を活用できている）特養 30.9%、老健 37.1%、次いで（職域に関わらず、リーダーを選択している）特養 25.4%、老健 32.2 であった。また、＜ケアのプロセスと実践度＞では 3 割以上回答された項目はなかった。＜メンバーの凝集性と能力＞では（チームには一体感があると感じている）特養 25.0%、老健 31.5%、（チームの目標を共通理解している）特養 21.4%、老健 30.1%が高かった。

得点の職種間における差異については、一元配置分散分析を行った後、「組織構造の柔軟さ合計」、「メンバーの凝集性と能力合計」、「合計点」については Tukey 法、「ケアのプロセスと実践度合計」については Games-Howell 法による多重比較検定を行い、結果は以下の通りであった。

＜組織構造の柔軟さ＞の合計得点は管理栄養士が、介護支援専門員（37.4±4.7 vs 38.8±5.1、$p<0.001$）、介護職（37.4±4.7 vs 38.4±5.2、$p=0.009$）、口腔ケア担当者（37.4±4.7 vs 38.6±4.8、$p=0.003$）に比べて有意に低かった。また、＜ケアのプロセスと実践度＞の合計得点は管理栄養士が介護支援専門員（28.8±3.5 vs 32.9±4.5、$p<0.001$）、介護職（28.8±3.5 vs 32.3±4.6、$p<0.001$）、看護師（28.8±3.5 vs 31.7±4.4、$p<0.001$）、口腔ケア担当者（28.8±3.5 vs 32.4±4.4、$p<0.001$）に比べて有意に低く、看護師は介護支援専門員（31.7±4.4 vs 38.8±5.1、$p=0.001$）に比べて有意に低かった。＜メンバーと

凝集性と能力＞の合計得点は管理栄養士が介護支援専門員（22.6±3.2 vs 23.5±3.4、p<0.001）、口腔ケア担当者（22.6±3.2 vs 23.3±3.3）に比べて有意に低く、看護師は介護支援専門員（22.9±3.4 vs 23.5±3.4、p=0.037）に比べて有意に低かった。合計点は管理栄養士が介護支援専門員（91.7±11.0 vs 95.2±12.3、p<0.001）、口腔ケア担当者（91.7±11.0 vs 94.2±11.7、p=0.016）に比べて有意に低く、看護師が介護支援専門員（92.5±12.4 vs 95.2±12.3、p=0.008）に比べて有意に低かった（表C-8-6、C-8-7）。

D. 考 察

平成17年10月の改正介護保険制度により介護保険施設へ栄養ケア・マネジメント体制が導入され、栄養ケア・マネジメントは、特養および老健において定着してきた。また同時に、特養および老健の各職種において、「食べること」への支援の必要性についての理解、またそのための連携の必要性の理解も高まってきていると言える。

しかし、重要と思われるのは、こうした状況を踏まえ、介護保険施設において管理栄養士が他職種とどのように関わってチームケアが進展しているのか、他職種が栄養ケア・マネジメントにどのように関わろうとしているのか、それらがどのようにケアの向上につながっているのかである。そしてまた、そこにおける課題は何かを把握し、介護保険施設における高齢者の「食べること」への支援のためのチームケアをより推進するために何が必要かを、本研究成果をもとに検討することが重要と思われる。

1）回収状況、施設特性、管理栄養士の配置等について

本研究の回収状況は、各施設種別職種ともに口腔ケア担当者を除外して25%前後であり、これまでの杉山らの実施した栄養ケア・マネジメントに関する実態調査とほぼ同様の回収率であり、結果の解釈に用いる標本数としては十分であった。口腔ケア担当者については2割を満たしておらず、その結果解釈には配慮が求められた。口腔ケア担当者の回収率が低い要因として、歯科衛生士以外の看護職、介護福祉士、その他の介護スタッフ等にとって、口腔ケアは主要な業務ではないことおよび口腔ケアを主要な業務とする歯科衛生士がいる施設の少なさが影響している可能性が考えられる。

また、施設特性は、特養、老健ともに、定員数、平均要介護度など全国の介護保険施設の標準的な特性を有する施設であった。また、栄養マネジメント加算の取得は回答施設の殆どでおこなわれ、経口移行加算、経口維持Ⅰ、Ⅱの算定施設の割合や常勤管理栄養士の平均配置数も全国の平均配置数とほぼ同様であった。それゆえ、分析結果は特養、老健とも全国の標準的な施設の結果を反映していると考えることができる。

なお、管理栄養士を含めたチームケアの推進を考える場合、施設において管理栄養士が置かれている位置について考慮しておかなければならないが、特養および老健における介護職の配置人数と比べると管理栄養士の配置数は特別養護老人ホームでは1名以上、老人保健施設では100人定員で栄養士1名以上と、少人数である。

本研究においても、特養においては常勤管理栄養士の平均配置数は1.1名、老健では平均配置数1.2名である。また、特養では「看護職員又は介護職員を、常勤換算で、入所者：職員＝3：1以上の比率で配置」となっているが、看護職員は、50人定員の場合2名以上、100人定員の場合3名以上とされており、実体は少人数職種である。老健においては「看護職員又は介護職員を、入所者：職員＝3：1以上の比率で配置」、「看護職員の配置人数は看護・介護職員全体の2／7程度、介護職員の配置人数は看護・介護職員全体の5／7程度を標準とする」となっており、その配置規準のもとに一定数が配置されている。

こうした人員配置のもと、看護師、生活相談員（支援相談員）の介護職との連携の必要性が言わ

れてきた。しかし、管理栄養士の場合は、栄養ケア・マネジメントの導入から、高齢者への「食べること」への支援において、管理栄養士と他職種との連携を強めることが、近年、以下の２つの点からより求められるようになったという事情があると言える。第一には、連携の必要性が求められていることである。第二には同時に、栄養ケア・マネジメントの導入において管理栄養士の役割（食べることへの支援）に関する他職種の理解が求められていることである。

従って、介護保険施設に少数配置された管理栄養士が、「食べること」への支援やケアの場面で他職種とどのように連携を強めているのか、その課題はなにかを明らかにすることは、今後のチームケアの推進にとって、重要であると考えられる。

２）介護支援専門員の回答からみる管理栄養士の連携状況

介護支援専門員を回答者としたアンケートでは、連携の推進の度合いを把握するために、以下の点に特に絞って回答を求めた。

第一は、ケア目標を共有するための場に管理栄養士が参加しているかである。例えば、サービス担当者会議、ケース・ケア会議（カンファレンス等）への管理栄養士の参加状況、及び管理栄養士の参加をどのように求めたかである。

第二は、チームケアとして協働をどのように行っているかである。例えば、入所受付時の事前面接に管理栄養士が同席するか、栄養ケアプランと施設サービス計画の情報が一体化されているか、個別ケース記録に管理栄養士が記録をすることがあるか等である。

第三は、「食べること」に関するケアが変更される時に、本人・家族に説明を行う際、管理栄養士が関わることがあるかどうかである。つまり、本人・家族への関わりのレベルでも協働で関わっているかどうかである。例えば、施設ケアプランの変更の時に食事のことが含まれていた場合、また、食事の形態が変更になる場合、管理栄養士がその説明に関わるかである。栄養ケアプランが変更となる場合、本人・家族への説明は、管理栄養士のみで行うのか、そこに介護支援専門員が協働して関わっているのか等であった。

この場合、チームケアの定義は明確に定まっているとは言い難いが、ここではチームケアを「連携」と考え、チームケアの推進を「連携」の推進と捉えることにした。しかし、「連携」といってもその内容は様々なレベルがある。

例えば、前田信雄（前田 1990）は、連携を「連絡(communication)」「連携(coordination)」「統合(integration)」の３つに区分している。「連絡」は個別の組織が随時情報の交換を行う状態である。「連携」は「異なる分野が一つの目的に向かって一緒に仕事をすること」であり、「連絡から統合への橋渡しをする一つの移行期」である。「統合」は一つの組織で恒常的なつながりを持つ状態である。一方、Leutz（Leutz1999）は、integration（連携・統合）を「Linkage」、「Coordination」、「Full integration」の三つに区分している。「Linkage」は求めれば必要な情報が得られるレベルであり、「Coordination」は定期的な報告があり情報が得られるレベル、「Full integration」は日常的に情報が共有できるレベルとしている。

ここでは、前田信雄やLeutzの考え方を参考に、管理栄養士と介護支援専門員等の他職種との連携について、アンケート結果を区分すると以下のように考えることができる。

「連絡」レベル（必要最低限の会議には管理栄養士は出席する）については、たとえば、「電話、メールで連絡し、めったに顔を合わせない」、「必要最低限の会議以外、出席の機会がない」、「ケース会議には出席していない（呼ばれない）」、「退院時の入院時医療情報が得られる会議に出席していない（呼ばれない）」 などがあげられる。アンケート調査の結果からは、サービス担当者会議：＜出席していない＞3.3%、＜介護支援専門員が必要と判断した時＞5.0%、＜管理栄養士が要望した時＞1.0%、＜介護支援専門員が必要と判断した時、

管理栄養士が要望した時＞、ケース会議・ケア会議（カンファレンス等）に対しては＜出席していない＞12.3%、＜介護支援専門員が必要と判断した時＞15.0%、＜管理栄養士が要望した時＞3.0%であり、入院情報会議：＜出席していない＞13.5%、＜介護支援専門員が必要と判断した時＞14.0%、＜管理栄養士が要望した時＞3.0%であり、栄養ケアプラン説明時の介護支援専門員の関わりは＜関わっていない＞30.6%と多いものの、その他の連携レベルに管理栄養士の関わりがみられないという回答は、殆どみられなかった。

「連携」レベル（必要な情報だけでなく、管理栄養士と目標の調整をできる場がある）については、「時に一緒に行動する」、「ケース会議・ケア会議はほぼ参加」、「ケース会議に呼ばれたら参加（要望すると出席できる）」、「退院時の入院時医療情報が得られる会議にケアマネから呼ばれ出席（要望すると出席できる）」などあげられ、サービス担当者会議：＜時々＞5.8%、＜必ず＞81.4%、ケース会議・ケア会議（カンファレンス等）：＜時々＞20.3%、＜必ず＞46.8%、入院情報会議：＜時々＞8.9%、＜必ず＞55.5%、入所受付時事前面接：＜同席している＞29.9%、同席していないが、独自に面接＞22.8%、栄養ケアプラン説明時の介護支援専門員の関わり：＜関わっている＞67.4%、管理栄養士の個人ケースへの記入：＜記入する＞34.9%であり、「連携」レベルにも管理栄養士の関わりがみられた。

「統合」レベル（目標を共有し、日常的に管理栄養士と業務を行う）については、「ともに行動」、「ケース会議に必ず出席（ときどき出席）」、「退院時の入院時医療情報が得られる会議に必ず出席（ときどき出席）」、「直接栄養に関わることでなくともケア内容について個人記録に書く」などがあげられ、管理栄養士の個人ケースへの記入：＜記入する＞210 名のうち栄養以外も＜記入＞するは55 名（10%以下）程度と僅かであった。

以上のように、施設における管理栄養士と介護支援専門員等の他職との連携を、三段階に区分を試みたが、その妥当性、および「連絡」「連携」「統合」のそれぞれにおける連携の推進上の課題についてさらに検討することが必要であろう。しかし、連携の推進を仮説としてこのような三段階でみると、「連絡」から「連携」へ、「連携」から「統合」へ、なぜ進まないのか、阻んでいるものは何かを明らかにし、連携を推進するための研修の在り方について今後、検討することが求められると考えられる。

3）管理栄養士の栄養ケア・マネジメントに関する情報連携、チームに関する認識

栄養ケア・マネジメントに携わる管理栄養士の高齢者ケアの経験年数は、全体の１割に相当する１年未満の者を含む３年未満の者と５年以上のベテランの者に大きく２分されていたが、初心者研修を受けていない者は３割近くに及び、さらに、管理栄養士を対象とした施設内の定期的研修は殆ど行われておらず、殆どの施設で外部研修を受けていた。管理栄養士が求める研修内容は摂食嚥下障害、認知症、エンド・オブ・ライフなどの困難事例への対応であり、また、栄養ケア・マネジメントの基礎やマネジメントに関する内容が求められていた。

これらの困難事例の栄養ケア・マネジメントや初心者に対応した栄養ケア・マネジメントの基礎、マネジメントに関する研修は、平成２１年度の老人保健健康増進等研究補助金の交付を得て一般社団法人日本健康・栄養システム学会がマニュアルの作成や管理栄養士をはじめとする多職種を対象として栄養ケアチーム研修に全国４箇所で取り組んできているが、全国レベルで展開していくことが今後求められる。

一方、看護師、介護職等の管理栄養士以外の職種を対象とした施設内研修は管理栄養士を中心として一部看護職、介護職と分担して行われ、栄養ケア・マネジメントに関する多職種への研修はよく実施されているとともに、業務の効率化のためには研修体制の整備が求められていた。

栄養ケア・マネジメントに関するあるいは食事・栄養に関する会議は看護職、介護職、介護支援専門員、その他（医師）、事務局員の参画を得て１月１回ほどの頻度で定期的に開催され、担当者会議への管理栄養士の参加も９割以上の施設で積極的におこなわれていると考えられた。また、管理栄養士と他職種間の情報連携は対面、口頭によって行われ、また、栄養ケア計画の共有化は担当者会議や文章で行われていた。

また、栄養ケア・マネジメントへの業務時間が給食関連業務よりも多くなってきていることが推察され、介護保険施設における管理栄養士の専門業務は、平成17年の食費居住費の自己負担化に伴う栄養ケア・マネジメント体制の導入後、この５年間に給食業務から栄養ケア・マネジメント業務へと大きく転換したと言える。しかし、管理栄養士は自施設の栄養ケア・マネジメント体制に対して栄養スクリーニング、アセスメント、栄養ケア計画の作成、栄養ケア計画の実施に関する項目については実施されていると認識していたが、＜栄養ケア・マネジメントには本人の要望が最重要であるという共通認識＞＜管理栄養士による多職種の理解や協力に対する積極的な働きかけ＞＜管理栄養士の施設内外の研修や研究会への積極的参加＞＜摂食・嚥下機能の評価と栄養ケア・マネジメントのチームでの取り組み＞＜認知症の食事中 BPSD アセスメントとチームでの食べること支援＞＜管理栄養士による他職種への説明や指導、連携への寄与＞＜管理栄養士による利用者の入所・退所先との栄養ケア・マネジメントに関する情報連携＞＜低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法移行の必要性のある者に対する２週間毎等適宜モニタリング＞＜管理栄養士による入所者の生活機能、身体機能、主観的健康感、満足感等の評価＞＜継続的な品質改善活動＞に対しては「実施されていない、あるいはほとんど実施されていないと認識されていた。

「管理栄養士が考える栄養ケア・マネジメントの推進上の課題」は、近年の介護保険施設入所者の重度化に伴い、摂食嚥下機能評価やその食事対応、認知症、終末期の栄養ケア・マネジメントに対応するための知識・技術の取得や入所高齢者の最も身近で食事支援を担う介護職の知識・技術上の課題へと変遷してきていることが明らかになった。

４）介護職の栄養ケア・マネジメントに関する役割、情報連携、チームに関する認識

介護職は、高齢者ケアに関わって10年以上のベテランの者で現任施設に 10 年以上継続勤務する者であった。介護職は、高齢者の食事摂取量の把握、食事介助、口腔ケアのみならず、身体状況、（尿量、便秘、下痢等）褥瘡、食欲不振、脱水等）や栄養状態の日常的な問題把握を分担し、管理栄養士ならびに看護師と情報交換・情報連携がよく行われていると考えられた。しかし、栄養ケア・マネジメントに関する研修に参加した経験のある者は少なく、また、栄養ケア・マネジメントの基礎や口腔・摂食嚥下障害、認知症、終末期の栄養ケア・マネジメント上の課題把握、そのチームアプローチに関する研修ニーズが高かった。

さらに、「介護職が栄養ケア・マネジメントに関わることによって「よかった」と感じていること」は、＜低栄養状態の把握や改善が行なわれたこと＞＜管理栄養士をはじめ他の職種との連携が出来たこと＞＜利用者の「食べること」が重視されたこと＞＜利用者・家族がよろこんだこと＞であり、介護保険施設における栄養ケア・マネジメント体制の導入と実施は高く評価されていると考えられた。

５）看護職の栄養ケア・マネジメントに関する役割、情報連携、チームに関する認識

回答した看護師は、看護師年数、当該施設での10年以上の看護師経験があり、さらに主に主任・看護師長の管理者が両施設ともに60%と、ベテラン者であった。

看護師の栄養ケア・マネジメントに関する意識では、＜栄養ケア・マネジメントに関する手順をあ

らかじめ定めている＞、＜栄養ケア・マネジメントに関する手順を適切に実施している＞は、いずれも両施設種において約85%以上であり、＜栄養リスク項目について定期的に評価している＞は、「できている」「よくできている」がいずれも両施設種において約80%以上であったことから、栄養ケア・マネジメントの実施プロセスや定期的なリスク評価については高評価されていると考えられた。その理由としては、＜管理栄養士は、入所者への適切な栄養ケアを効率的に提供できるように関連職種の連絡調整を適切に実施している＞＜管理栄養士は栄養ケア・マネジメントの推進に責任をもっている＞が、いずれも両施設種において90%以上であり、＜管理栄養士は多職種に対して栄養ケア・マネジメントの理解や協力が得られるような積極的な働きかけを行っている＞は「できている」「よくできている」がいずれも両施設種において80%以上であった点からも、栄養ケア・マネジメントにおける管理栄養士の活動を高評価していると考えられた。

一方、「できない」「あまりできない」が3割を上回る項目は、＜摂食・嚥下機能を評価し、チームで栄養ケア・マネジメントに取り組んでいる＞、＜認知症の食関周辺症状をアセスメントし、チームで食べることを支援している＞、＜エンド・オブ・ライフにある高齢者に対してチームで食べることを支援している＞、＜入所者の入所後1週間以内に関連職種が協働して低栄養状態のリスクを把握している＞、＜入所者の生活機能・身体機能・主観的健康感、栄養ケアに対する満足感の変化について把握している＞、＜栄養ケア・マネジメント体制に関する改善すべき課題について、多職種協働で解決のための計画書を作成し、継続的な品質改善活動に努めている＞、＜「食べること」を通じて入所者1人1人の自己実現をめざしている＞、＜看護師は、栄養ケア・マネジメントを実践する上で必要な施設内・外の研修会に積極的に参加している＞などの項目があることから、看護師側において栄養ケア・マネジメント内での役割において課題となる項目への自覚が認められた。

看護師が日頃行っている栄養ケア業務は、食事摂取量の把握、栄養・食事に関する身体状態（褥瘡、食欲不振、脱水等）の把握、排泄状態（尿量、便秘、下痢等）の把握と処置、体重の増減の把握、嚥下困難・障害の把握、アルブミン値をはじめ検査データ等の把握、食事介助、経腸栄養法の管理、摂食・口腔機能の把握、口腔ケアであったことから、入所者の食事状況を身体機能や検査データを中心に評価しながら、食事介助や排泄状態を含めて総合的に把握することを行っていることが認められた。これらは、看護師が管理栄養士との情報交換・情報提供を情報連携として一番に行っていたからともいえる。

上記の看護師が担当している栄養ケア業務内での課題や困難な状況は、約50%以上が「ある」と回答しており、その内容は、先に挙げた意識においての低評価項目であった、嚥下困難・障害状況の把握、摂食・嚥下リハビリテーションと重複していることが認められた。

看護師が管理栄養士と情報交換・情報提供を行っている内容のうち、課題や困難な状況にある内容は、個別の献立・食事形態の調整（栄養補助食品等を含む）本人の食事・栄養ケアのニーズ、家族の食事・栄養ケアのニーズ、栄養必要量（食事摂取量を含む）、栄養アセスメント結果、食事介助の方法であったととから、入所者の嚥下困難・障害の状況の把握と関連のある項目であることが考えられた。

さらに、看護師が栄養ケア・マネジメントを実践するうえで必要と思う研修内容にといても、摂食・嚥下障害高齢者の食事介助、認知症高齢者の食事介助、終末期の栄養ケア等から、摂食・嚥下障害のある高齢者や、認知症や終末期という摂食・嚥下機能の変化の見られる時期にある高齢者への研修の必要性が確認された。

6）口腔ケア担当者の栄養ケア・マネジメントに関する役割、情報連携、チームに関する認識

回答した口腔ケア担当者の職種は、介護福祉士が4割、看護師が3割と多く、歯科衛生士は1割未満と少なかった。経験年数は5年以上が8割、3年以上5年未満が1割、2年未満が1割であった。

口腔機能維持管理加算を約半数の施設で算定しているが、口腔機能維持管理加算の算定予定の施設は少なく、今後の算定施設の増加は小さいと考えられるため、対策が必要と思われる。また、併設の通所事業所のうち口腔機能向上加算を算定しているのは3割未満であり、算定予定の併設の通所事業所は少なく、今後の算定通所事業所の増加は小さいと考えられるため、対策が必要と思われる。

個人の口腔ケアの必要性の把握をする職種は、介護職、看護職の割合は約9割と高く、歯科衛生士、歯科医師は約2割～4割と低かったことから、介護職、看護職を対象とした口腔ケアの必要性の把握方法に関する研修と歯科衛生士、歯科医師による把握の増加が必要と考えられる。個人の歯科医療の必要性の把握をする職種は、看護職の割合が約9割と高いが、歯科医師は3割～4割、歯科衛生士は約3割と低かったことから、看護職を対象とした歯科医療の必要性の把握方法に関する研修と歯科衛生士、歯科医師による把握の増加が必要と考えられる。

歯科に通院して診療を受けた入所者の人数は少なく、歯科訪問診療を受けた入所者が多かったが、入所者は通院困難な者が多いためと考えられる。しかし、歯科の専門職による歯科医療の必要性の把握の割合が低いため、歯科の通院と訪問診療のニーズが低く評価されている可能性がある。

歯科衛生士の配置に関して、常勤の歯科衛生士がいる施設の割合は 5～6%と非常に低く、常勤がいる場合であってもほとんどが1名である。また、非常勤の歯科衛生士がいる施設の割合も約 10%と非常に低い。歯科衛生士の業務としての割合は、介護職への効果的な口腔清掃方法の指導、個人の口腔ケアの必要性の把握、口腔清掃実施が、8 割～9割と専門性を生かせるものが高かった。

看護師の業務として、誤嚥性肺炎等の感染予防、個人の口腔ケアの必要性の把握が 7 割～8 割と高い。しかし、介護職への効果的な口腔清掃方法の指導は看護師の業務としての割合は5割未満で、歯科衛生士の約9割に比較して低かった。介護職による口腔ケアの主な実施内容は、口腔清掃実施と口腔清掃の声かけ、見守り、確認が10割近くと非常に高かった。口腔ケアの実施担当者は介護職が10割近く、看護師が7割と高く、歯科衛生士が2 割と低かった。介護職による口腔ケアが安全かつ効率的に行われるためには歯科衛生士、看護師による効果的な口腔清掃方法の指導が重要であるが、現状では不十分であり、今後充実が必要と考えられる。また、口腔ケア担当者の栄養ケア・マネジメントに関する役割として、重要性が高い「味覚の改善」が業務としてあげられた割合は、歯科衛生士が2割、看護師が1割と低いため、今後認識を高める必要がある。

自立した口腔清掃が困難な者、嚥下障害がある者、口腔乾燥のある者、口臭がひどい者は口腔ケアの実施対象者である割合が 7 割～9 割と高い。しかし、発熱しやすい者や栄養ケア・マネジメントの対象である低栄養な者が口腔ケアの対象者である割合は5割未満と低くなっている。口腔ケアには発熱予防効果、低栄養の予防効果があるので、積極的に口腔ケアの実施対象者とすべきであろう。

支援が必要と判断した入所者に対する平均的な口腔ケアの実施頻度は、1 日 3 回が介護職では 7割、看護職では3割、歯科衛生士では1割であった。日常的な口腔ケアは介護職が担当し、看護師と歯科衛生士は入所者の口腔ケアの状況確認と効果的な口腔清掃方法の指導を主として担当することが多いと考えられる。

口腔ケアについての研修の実施は、定期的に実施が3割、不定期に実施が5割、実施しないが2割以上である。また、実施していない施設で、今後、実施予定があるのは2割で少ない。全施設の9 割を占める歯科衛生士のいない施設においては、研修がなければ口腔ケアを学ぶ機会が乏しくなる

ことが予想されるため、定期的な口腔ケアに関する研修の必要性が高い。

研修を担当する職種は、歯科衛生士が4割、歯科医師と看護師が3割であった。研修対象職種は、介護職と看護職は8割～9割と高かったが、管理栄養士は5割であった。管理栄養士が栄養ケア・マネジメントに関連する口腔ケアについての研修の対象職種になることは当然のことであるが、現状では認識されていない。

研修の実施内容は口腔ケアの必要性と効果の説明、口腔清掃方法の説明が8～9割と多かったが、口腔ケアの支援が必要な者の把握方法は4割と少なかった。8．(3)の結果が示すように、口腔ケアの支援が必要な者の把握を行う機会が介護職、看護職は多いので、簡便な把握方法が研修内容に入ることの必要性が高いと考えられる。

口腔ケアについての研修を実施しない理由は、「適当な研修担当者がいない」が6割、「時間が取れない」が3割と高く、「必要性が乏しい」や「口腔ケアの知識技能は現状で十分である」は、1割未満と低かった。必要性は認識されているので、歯科からの短時間で効率的な研修の提案により研修が普及する可能性がある。

口腔ケア担当職の栄養ケア・マネジメントに関する「ITA 実践評価尺度」は、下位尺度のうち<組織構造の柔軟さ><メンバーの凝集性と能力>に認識の低い項目がみられたが、管理栄養士や介護職と比較して、数も少なく、4割を超す項目はなかった。

6）各専門職の栄養ケア・マネジメントに関するチームアプローチの認識

栄養ケア・マネジメントに関するチームアプローチに関する各専門職の認識を杉本らの「ITA 実践評価尺度」を用いて評価してみた。当該尺度は、得点が高いほど「日々のケアにおいてチームアプローチができている」と回答者が認識しているとみなす（杉本、2009)。

総合得点について、多職種を比較すると、特養では　介護支援専門員 95.4＞口腔ケア担当者 94.7＞介護職 93.8＞看護職 92.2＞管理栄養士 91.2であり、老健では、介護支援専門員 94.7＞介護職 93.5＞口腔ケア担当者 93.5＞管理栄養士 92.6＞看護師 91.9 と管理栄養士は両施設種ともに比較的に下位に位置していた。

３つの下位尺度においても<組織構造の柔軟さ>は、特養では介護支援専門員 38.9＞口腔ケア担当者 38.6＞看護職＞38.1＞管理栄養士 37.1、老健では介護支援専門員 38.7＞口腔ケア担当者 38.5＞介護職 38.7＞管理栄養士 37.7、<ケアのプロセスと実践度>は、特養では介護支援専門員 32.7＞口腔ケア担当者 32.7＞介護職 32.3＞看護職 31.9＞管理栄養士 28.6、老健では介護職 32.2＞介護支援専門員 32.0＞口腔ケア 32.0＞看護職 31.5＞管理栄養士 29.2、<メンバーの凝集性と能力>は、特養では介護支援専門員 23.6＞口腔ケア担当者 23.5＞介護職 23.0＞看護職 22.9＞管理栄養士 22.5、老健では介護支援専門員 23.4＞介護職 23.0＞口腔ケア担当者 23.0＞看護職 22.8＞管理栄養士 22.7であり、管理栄養士は最下位に位置していた。

特に、<組織構造の柔軟さ>のうち（チーム内で生じた葛藤を処理する手段を活用できている）（職域に関わらず、リーダーを選択している)、<ケアのプロセスと実践度>のうち（目標の達成度を評価している)、<メンバーの凝集性と能力>のうち（チームの目標に価値を感じている）（チームの目標を共通理解している）(チームには一体感があると感じている）（チームの理念を認識している）は、「全くそう思わない」「そう思わない」が3割以上も回答された項目であり、これらは他職種においても共通していた。

管理栄養士の ITA 尺度の得点は低く、「チームケア」において管理栄養士が『日々のケア実践に十分に関与できない』現状を反映しているのではないかと考えられた。

管理栄養士は、「サービス担当者会議」には8割以上が必ず参加しているが、ケース会議になると5

割に満たない参加率であった。加えて、<ケアの実践度とプロセス>の平均を見ると、最も高い介護支援専門員と管理栄養士の間には特養では4点強、老健では3点の開きがあった。これは、他の下位因子の得点よりも差が大きいという特徴があると考えられた。

また、「チームには一体感がある」では、管理栄養士では「全くそう思わない」「そう思わない」が36.5%、その他の職種は26.4～29.9%の範囲にあった。従って管理栄養士は、「サービス担当者会議に出席し、ケア計画の立案とケア計画に対する最終的な効果の評価」に関与することはできるものの、ケース会議への参加が十分ではないことから、利用者の日々の変化やケア計画の微細な変更等についての把握、換言すれば、ケース会議を通じての個別の利用者のアウトカムの評価に至るまでのプロセスの評価に参加するは困難な状況にあり、他職種よりも「チームに一体感がある」とは思えない状況にあるのではないか推察された。

以上の結果から、施設における管理栄養士を常勤配置しての栄養ケア・マネジメントは多職種協働による「食べること」の支援を推進してきたが、その連携には、情報の共有化をはかる「連絡」のレベルからチームが目標を共有化し、さらに統合化したチームアプローチをめざす「連携」「統合」のレベルが求められており、また、摂食・嚥下障害、認知症、エンド・オブ・ライフに対する「食べること」の支援に関する多職種の専門性の向上と連携教育が求められていた。

本調査により作成されたデータベースをもとに、今後、さらに、多職種連携を進めるうえでの阻害因子、促進因子を多変量的に解析することによって、栄養ケア・マネジメントチームのなかで構造、プロセスのみならず対象者のQOLや満足感を含めた包括的な「食べること」への支援体制づくりが促進されるものと考えられる。

次年度に解析を継続することによって明らかになる研究成果に加えて、さらに、包括的な「食べること」への支援体制に対する阻害因子、促進因子に対しての訪問インタビュー調査を行うことによって、今後3年間にわたる高齢者の「食べること」を支援するための栄養ケア・マネジメントのチームによる包括的な推進を目的とした基本情報を多職種連携教育に対して提供し、介護保険事業におけるチームによる栄養ケア・マネジメントの質的な向上と標準化を通じて高齢者のQOLの向上に寄与するものである。

E. 結 論（まとめ）

本研究は、全国の介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの質の向上を図るため、多職種連携の促進要因や阻害要因となる栄養ケア・マネジメントの構造、プロセスのみならず、「食べることを支援する」チームによる包括的支援体制に着目し、全国から無作為抽出された介護保険施設の施設長ならびに介護支援専門員、管理栄養士、看護師、介護職、口腔ケア担当者を対象としたアンケートによる実態の把握を行った。栄養ケア・マネジメントに関する多職種間の連絡や担当者会議への管理栄養士の参加によるケア目標の共有化などによる「連携」は推進されてきてはいるものの、目標を共有化して統合的な協働を行う「統合」のレベルに対する多職種連携教育が求められていた。特に、管理栄養士に対する初任者研修の必要性は高く、その一方では、介護支援専門員、管理栄養士、看護職、介護職、口腔ケア担当者のいずれにも摂食・嚥下障害、認知症、エンド・オブ・ライフに対する「食べること」のそれぞれの専門領域からの支援に関する知識・技術の取得が求められていた。

F. 参考文献

杉本知子(2009)長期ケア施設に入所する高齢者の転倒の予防を目的とした施設スタッフへの教育的介入の効果. 老年看護学 13(2). 52-64.
前田信雄(1990)『保健医療福祉の統合』勁草書房, 49頁.

Leutz (1999)Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United,

G．研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表

なし

H．知的所有権の取得状況

なし

I．利益相反

なし

表 C-1　回収状況

	特養		老健		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
介護支援専門員	371	(24.4)	208	(22.1)	579	(23.6)
管理栄養士	392	(25.8)	222	(23.6)	614	(25.0)
看護師	357	(23.5)	210	(22.3)	567	(23.1)
介護職	369	(24.3)	204	(21.7)	573	(23.3)
口腔ケア担当者	284	(18.7)	177	(18.8)	461	(18.8)

表 C-2-1　施設特性

	特養		老健		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
法人の種類						
医療法人	1	(0.3)	157	(71.0)	158	(25.6)
社会福祉法人	381	(96.5)	39	(17.6)	420	(68.2)
その他	13	(3.3)	25	(11.3)	38	(6.2)
定員数階級						
50人以下	102	(26.2)	15	(6.8)	117	(19.2)
51~100人	227	(58.2)	176	(80.4)	403	(66.2)
101~150人	51	(13.1)	25	(11.4)	76	(12.5)
151~200人	7	(1.8)	3	(1.4)	10	(1.6)
201人以上	3	(0.8)	0	(0.0)	3	(0.5)
平均要介護度階級						
2.5以下	0	(0.0)	3	(1.4)	3	(0.5)
2.5~3.0	2	(0.5)	32	(14.8)	34	(5.8)
3.0~3.5	36	(9.6)	125	(57.9)	161	(27.3)
3.5~4.0	209	(55.9)	52	(24.1)	261	(44.2)
4.0~4.5	123	(32.9)	4	(1.9)	127	(21.5)
4.5~5.0	4	(1.1)	0	(0.0)	4	(0.7)
ユニットケアの実施状況						
ユニット型	46	(12.0)	5	(2.3)	51	(8.5)
一部ユニット型	79	(20.6)	23	(10.7)	102	(17.1)
実施していない	258	(67.4)	187	(87.0)	445	(74.4)

表 C-2-2　栄養ケア・マネジメント関連加算算定施設

	特養		老健		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
栄養マネジメント加算	364	(93.1)	215	(98.6)	579	(95.1)
経口移行加算	26	(8.5)	35	(19.3)	61	(12.6)
経口維持加算Ⅰ	14	(4.6)	14	(8.0)	28	(5.8)
経口維持加算Ⅱ	82	(25.6)	66	(36.3)	148	(29.5)

表 C-2-3　栄養ケア・マネジメント関連加算算定数

	特養					老健					合計				
	n	mean	(SD)	max	min	n	mean	(SD)	max	min	n	mean	(SD)	max	min
栄養マネジメント加算	318	141.2	(399.0)	3549	2	169	507.3	(916.1)	3356	37	487	268.2	(651.4)	3549	2
経口移行加算	24	0.8	(0.5)	2	0	33	8.7	(22.8)	126	0	57	5.4	(17.7)	126	0
経口維持加算Ⅰ	12	2.0	(2.7)	8	0	12	38.5	(110.8)	389	0	24	20.3	(78.9)	389	0
経口維持加算Ⅱ	72	16.8	(34.4)	270	0	62	66.8	(194.6)	1366	0	134	40.0	(136.5)	1366	0

表 C-2-4　管理栄養士・栄養士の配置

	特養				老健				合計			
	n	%	mean	(SD)	n	%	mean	(SD)	n	%	mean	(SD)
管理栄養士（常勤）	380	97.4	1.1	(0.4)	220	99.5	1.2	(0.5)	600	98.2	1.1	(0.4)
栄養士（常勤）	114	37.1	0.5	(0.7)	47	27.3	0.4	(0.8)	161	33.6	0.4	(0.7)

表 C-3-1　介護支援専門員の特性

		特養		老健		合計	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
性別							
	男性	137	(36.9)	58	(27.9)	195	(33.7)
	女性	234	(63.1)	150	(72.1)	384	(66.3)
年齢階級							
	20歳代	17	(4.6)	2	(0.9)	19	(3.3)
	30歳代	149	(39.9)	78	(37.0)	227	(38.9)
	40歳代	94	(25.2)	62	(29.4)	156	(26.7)
	50歳代	93	(24.9)	61	(28.9)	154	(26.4)
	60歳代以上	20	(5.4)	8	(3.8)	28	(4.8)
基本資格							
	介護福祉士	279	(78.6)	126	(61.2)	405	(72.2)
	看護師	18	(5.1)	40	(19.4)	58	(10.3)
	社会福祉士	48	(13.5)	20	(9.7)	68	(12.1)
	精神保健福祉士	1	(0.3)	0	(0.0)	1	(0.2)
	医師	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	歯科医師	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	薬剤師	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	保健師	1	(0.3)	0	(0.0)	1	(0.2)
	助産師	0	(0.0)	1	(0.5)	1	(0.2)
	准看護師	11	(3.1)	11	(5.3)	22	(3.9)
	理学療法士	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	作業療法士	0	(0.0)	1	(0.5)	1	(0.2)
	管理栄養士	0	(0.0)	1	(0.5)	1	(0.2)
	栄養士	2	(0.6)	1	(0.5)	3	(0.5)
	歯科衛生士	1	(0.3)	2	(1.0)	3	(0.5)
	言語聴覚士	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	その他	24	(6.8)	12	(5.8)	36	(6.4)
経験年数階級							
	1年未満	31	(8.4)	11	(5.2)	42	(7.3)
	1~3年未満	72	(19.6)	51	(24.3)	123	(21.3)
	3~5年未満	78	(21.2)	44	(21.0)	122	(21.1)
	5~10年未満	132	(35.9)	79	(37.6)	211	(36.5)
	10年以上	55	(14.9)	25	(11.9)	80	(13.8)
勤務年数階級							
	1年未満	17	(4.6)	7	(3.3)	24	(4.1)
	1~3年未満	43	(11.6)	28	(13.3)	71	(12.2)
	3~5年未満	36	(9.7)	37	(17.5)	73	(12.6)
	5~10年未満	106	(28.6)	67	(31.8)	173	(29.8)
	10年以上	168	(45.4)	72	(34.1)	240	(41.3)