

表 3-1 5 職種の ITA 総合得点と NCM 体制との関係 (単変量回帰分析)

| | | ITA 合計総合得点 | | 組織構造の柔軟さ | | ケアプロセスの実践度 | | メンバーの凝縮性の能力 | |
|------------|------|----------------------|--------|-----------------------|--------|------------------------|--------|-----------------------|--------|
| | | オッズ比 (95%CI) | p 値 | オッズ比 (95%CI) | p 値 | オッズ比 (95%CI) | p 値 | オッズ比 (95%CI) | p 値 |
| 経口移行加算 | なし | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — |
| | あり | 0.16 (0.12-0.21) | <0.001 | 0.02 (0.01-0.04) | <0.001 | 0.16 (0.12-0.21) | <0.001 | 0.19 (0.15-0.25) | <0.001 |
| 経口維持加算 I | なし | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — |
| | あり | — | 0.99 | — | 0.99 | 0.26 (0.22-0.31) | <0.001 | 0.26 (0.22-0.31) | <0.001 |
| 経口維持加算 II | なし | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — |
| | あり | 0.29 (0.24-0.34) | <0.001 | 0.29 (0.24-0.34) | <0.001 | 0.77 (0.52-1.16) | 0.21 | 0.47 (0.4-0.56) | <0.001 |
| 管理栄養士の配置人数 | 2人未満 | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — |
| | 2人以上 | 14.0 (9.74-20.13) | <0.001 | 10.34 (7.29-14.66) | <0.001 | 14.38 (10.02-20.65) | <0.001 | 11.91 (8.38-16.93) | <0.001 |

表 3-2 5 職種の ITA 総合得点と管理栄養士による NCM の取り組み要因との関係
(多重ロジスティック回帰分析)

| | | ITA 総合得点 464点未満=0(n=1145) 464点以上=1(n=1169) | |
|--------------------------------------|--------|--|--------|
| | | オッズ比(95%CI) | p 値 |
| 認知症の食関連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 | できていない | 1 | — |
| | できている | 6.9(5.28-9.02) | <0.001 |
| 管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントに関して他職種との理解が深まるように | できていない | 1 | — |
| | できている | 9.5(6.22-14.51) | <0.001 |
| 管理栄養士は、上記の栄養リスクの項目について、定期的に集計し評価している | できていない | 1 | — |
| | できている | 7.51(5.63-10.02) | <0.001 |

モデル X2 検定 p<0.001, 判別率=77.8%, 単変量解析から p<0.05, 16 要因を投入

表 3-3 5 職種の ITA 下位尺度得点<組織構造の柔軟さ>と管理栄養士による NCM の取り組み要因との関係 (多重ロジスティック回帰分析)

| | | 組織構造の柔軟さ 193点未満=0(n=1130) 193点以上=1(n=1184) | |
|--------------------------------------|--------|--|--------|
| | | オッズ比(95%CI) | p 値 |
| 認知症の食関連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 | できていない | 1 | — |
| | できている | 0.56(0.42-0.75) | <0.001 |
| 管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントに関して他職種との理解が深まるように | できていない | 1 | — |
| | できている | 1.48(1.18-1.86) | 0.001 |
| 管理栄養士は、上記の栄養リスクの項目について、定期的に集計し評価している | できていない | 1 | — |
| | できている | 2.47(1.5-4.06) | <0.001 |

モデル X2 検定 p<0.001, 判別率=76.8%, 単変量解析から p<0.05, 17 要因を投入

表 3-4 5 職種 の ITA 下位尺度得点 < ケアのプロセスと実践度 > と管理栄養士による NCM 取り組み要因との関係 (多重ロジスティック回帰分析)

| | | ケアのプロセスと実践度 158点未満=0(n=1174) 158点以上=1(n=1140) | |
|--------------------------------------|--------|---|--------|
| | | オッズ比(95%CI) | p値 |
| 認知症の食関連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 | できていない | 1 | - |
| | できている | 6.35(4.57-8.83) | <0.001 |
| 管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントに関して他職種の理解が深まるように | できていない | 1 | - |
| | できている | 4.81(1.80-13.05) | <0.001 |
| 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて担当者が、栄養ケア計画に基づいた | できていない | 1 | - |
| | できている | 0.01(0.01-0.03) | <0.001 |

モデル X2 検定 p<0.001, 判別率=74.4%, 単変量解析から p<0.05, 16 要因を投入

表 3-5 5 職種 の ITA 下位尺度得点 < メンバーの凝集性と能力 > と管理栄養士による NCM 取り組み要因との関係 (多重ロジスティック回帰分析)

| | | メンバーの凝集性と能力 116点未満=0(n=1175) 116点以上=1(n=1139) | |
|---------------------------------------|--------|---|--------|
| | | オッズ比(95%CI) | p値 |
| 認知症の食関連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 | できていない | 1 | - |
| | できている | 7.73(5.89-10.15) | <0.001 |
| 管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントに関して他職種の理解が深まるように | できていない | 1 | - |
| | できている | 12.79(8.4-19.49) | <0.001 |
| 栄養ケア・マネジメント体制に基づくサービスを総合的に評価し、その構造、手順 | できていない | 1 | - |
| | できている | 6.75(5.34-8.53) | <0.001 |

モデル X2 検定 p<0.001, 判別率=77.2%, 単変量解析から p<0.05, 19 要因を投入

表 4-1 施設で看取った件数と 5 職種 の ITA 総合得点及び 3 つの下位尺度得点と NCM 体制や管理栄養士による NCM 取り組み要因との関係 (多重ロジスティック回帰分析)

| | | 施設で看取った件数 | |
|--|-----------|-----------------|--------|
| | | オッズ比(95%CI) | p値 |
| 組織構造の柔軟さ(5職種合計) | 低値(193未満) | 1 | - |
| | 高値(193以上) | 1.4(1.07-1.83) | 0.01 |
| 栄養ケア・マネジメントの成果として栄養ケア計画に設定された本人の要望が最重要な目標であるという認識が広まっている | できていない | 1 | - |
| | できている | 3.49(2.11-5.76) | <0.001 |
| 栄養スクリーニングに基づき、低リスク者と判断された場合は、3ヶ月毎に再スクリーニングを行っている | できていない | 1 | - |
| | できている | 1.64(1.12-2.43) | 0.01 |

モデル X2 検定 p<0.001, 判別率=88.1%, 単変量解析から p<0.05, 15 要因を投入

表 4-2 最期まで経口摂取を維持して看取った件数と 5 職種 の ITA 総合得点及び 3 つの下位尺度得点と NCM 体制や管理栄養士による NCM 取り組み要因との関係 (多重ロジスティック回帰分析)

| | | 最期まで経口摂取を維持して看取った件数 無=0(n=2181) 有=1(n=133) | |
|--|-----------|---|-------|
| | | オッズ比(95%CI) | p値 |
| ケアのプロセスと実践度(5職種合計) | 低値(158未満) | 1 | - |
| | 高値(158以上) | 1.75(1.16-2.64) | 0.008 |
| 栄養ケア・マネジメントの成果として栄養ケア計画に設定された本人の要望が最重要な目標であるという認識が広まっている | できていない | 1 | - |
| | できている | 1.98(0.99-3.95) | 0.005 |

モデル X2 検定 p<0.001, 判別率=94.3%, 単変量解析から p<0.05, 9 要因を投入

平成 24 年度厚生労働省科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
チームによる効果的な栄養ケア・マネジメントの標準化をめざした総合的研究
～大学-施設連携による研究基盤・人材育成システムの構築の試み～
研究代表者 吉池信男 青森県立保健大学健康科学部

Ⅱ. 研究分担者の報告書

2. 介護保険施設を対象とした栄養ケア・マネジメント及び
その包括的支援体制に関する研究一面接調査

| | | |
|-------|--------|--------------------------|
| 研究分担者 | 梶井 文子 | (聖路加看護大学看護学部) |
| | 杉山 みち子 | (神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科) |
| | 太田 貞司 | (聖隷クリストファー大学大学院) |
| | 大原 里子 | (東京医科歯科大学歯学部附属病院歯科総合診療部) |
| | 早瀬 仁美 | (県立福岡女子大学人間環境学部栄養健康学科) |
| | 高田 和子 | (国立健康・栄養研究所栄養教育研究部) |
| | 吉池 信男 | (青森県立保健大学健康科学部栄養学科) |
| 研究協力者 | 三橋 扶佐子 | (日本歯科大学生命歯学部) |

研究要旨

[目的]

介護老人福祉施設ならびに介護老人保健施設における栄養ケア・マネジメント（NCM）において、学際的チームアプローチ実践評価（ITA）に影響を及ぼす構造・プロセスの変化の要因となる要素を明らかにすることを目的とした。

[対象と方法]

対象施設は、平成 22 年度、平成 23 年度に調査回答全 193 施設より、経口移行加算、経口維持加算 I・II のうちいずれかの加算算定を行っている施設、または管理栄養士の ITA 合計点（85 点以上）及び 5 職種の ITA 合計点（450 点以上）が高い施設では良い取り組みがされていると仮定し、それらの施設のうち調査協力の同意が得られた 11 施設であった。面接対象者は、施設長 8 名（72.7%）、管理栄養士 11 名（100%）、看護師 11 名（100%）、介護職 10 名（90.1%）、介護支援専門員（生活相談員）11 名（100%）、口腔ケア担当者 9 名（81.8%）の計 60 名であった。

[結果]

良いチームを作るための組織的な仕組みでは、「施設のチーム形成に必要な基盤」、「日常からの気兼ねなく会話ができる環境づくり」、「研修や委員会活動による知識・技術のレベルアップ」、「利用者の食事の楽しみや希望の重要性の認」、「栄養ケア・マネジメントにおける多職種連携」、「管理栄養士のラウンドを通じた他職種との情報交換」の 6 カテゴリ、25 サブカテゴリが抽出された。

またリーダーシップでは、「リーダーの特性」、「利用者の状況に応じたリーダー」の 2 カテゴリ、9 サブカテゴリが抽出された。メンバー間のコミュニケーションでは、「相互の人的理解」、「互いの専

「専門的役割の理解」、「関係性構築のためのコミュニケーションの基礎」、「施設長の職員を見守る態度」の5カテゴリ、13サブカテゴリが抽出された。

各職種の専門性の実践では、具体的な各職種の実践内容が明らかになった。施設長では、「施設理念の提示」、「職員の希望を引き出す発想」、「利用者の把握」の計3カテゴリ、4サブカテゴリが抽出された。管理栄養士では「利用者の摂食状況の把握」、「利用者へ食事の提供」、「利用者への食事介助」、「他職種の指示内容の確認」、「個別の栄養ケアの調整」、「栄養関連の数値データ管理」の計6カテゴリ、12サブカテゴリが抽出された。看護師では「利用者のリスク把握」、「食事満足度の把握」、「他職種への説明」、「食事介助」、「医師への報告」、「管理栄養士への提案」の計6カテゴリ、8サブカテゴリが抽出された。介護職では「利用者の摂食状況の把握」、「食事介助」、「食事摂取量増加のための工夫」、「他職種への依頼」の計4カテゴリ、7サブカテゴリが抽出された。口腔ケア担当者では、「摂食・嚥下機能アセスメント」、「他職種への情報提供」、「嚥下訓練・マッサージ」、「口腔ケア」の計4カテゴリ、7サブカテゴリが抽出された。介護支援専門員（生活相談員）では「管理栄養士への依頼」、「本人の食の希望等の把握」、「多職種によるケアプラン」、「医師への連絡・調整」、「病院との連絡・調整」、「家族への連絡」、「職員への連絡」の計7カテゴリ、9サブカテゴリが抽出された。これらの変化の要因となる要素としては、「施設方針・目標の共有と研修参加」では2サブカテゴリ、「他職種の専門性の理解と連絡」では3サブカテゴリ、「利用者の変化への気づきとスピーディーな情報伝達」では3サブカテゴリ、「新規取り組みへの前向きな姿勢とチームづくり」では4サブカテゴリ、「利用者の希望を達成する努力」では3サブカテゴリ、の計5カテゴリ、15サブカテゴリが抽出された。

A. 目的

介護保険施設入所高齢者の栄養ケア・マネジメント（NCM）の中で、「食べること」への支援をより積極的かつ効果的に行うことにより、高齢者の疾病の重症化だけでなく、ADLならびにQOLの向上につながると期待されている。施設入所高齢者の経口摂取を維持する上で、摂食嚥下障害、認知症、終末期等の困難な栄養問題を解決することが必要となるが、そのためには多職種連携協働による栄養ケア・マネジメントの取り組みが重要である。

そこで平成22年度全国の介護保険施設を対象とした栄養ケア・マネジメント及びその包括支援体制に関する実態調査¹⁾（研究代表者 吉池信男、研究分担者 杉山みち子他）において、介護老人福祉施設1517施設、介護老人保健施設941施設の介護支援専門員、管理栄養士、看護師、介護職、口腔ケア担当者への郵送調査による結果から、高齢者の抱える「食べること」

の支援上の困難な課題を解決するためには、多職種間の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統合化したレベルが必要であること、今後の多職種連携のマネジメントや研修上の課題が明らかとなった。また全職種間に共通する摂食・嚥下障害、認知症、エンド・オブ・ライフに対応する「食べること」を支援するための各専門領域での知識・技術の向上の必要性が明らかとなった。

さらに、平成23年度①介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの取り組みとチームアプローチ実践の自己評価との関係²⁾によって、管理栄養士の責任とやりがい、認知症への食事対応、管理栄養士による研修・研究会への積極的参加、個別食対応のための給食関係者との連携、高リスク者や経口摂取移行者の定期的モニタリング、食べることを通じた自己実現を目標とすること、管理栄養士と他職種間の連携協働

上の連絡調整や説明指導、利用者の情報共有化への取り組みの重要性が明らかとなった。

同時に、平成 22 年度の調査¹⁾の 1 年後の追跡調査としての平成 23 年度②介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの取り組みとチームアプローチ実践に関する自己評価に関する継続調査³⁾の結果からは、各職種間での栄養ケア・マネジメント内での個々の実践内容項目が具体的に明らかになった。

一方で、施設内での栄養ケア・マネジメントにおいて、どのような連携体制が必要であり、その連携協働を進めていく上での成功の鍵となるのは何か、また管理栄養士は何をすればよいのか、栄養ケア・マネジメント体制における看護職、介護職の役割や具体的な連携推進に必要な要因は何かなどの栄養ケア・マネジメントのチームアプローチに影響を及ぼす構造やプロセスの変化の要因について、具体的な構成要素を質的調査方法によって明らかにする必要があることが課題となった。

そこで、平成 24 年度には、平成 22 年度¹⁾平成 23 年度調査²⁾に回答した施設の内、栄養ケア・マネジメントにおけるチームアプローチ実践の評価の高い施設ならびに経口移行加算、経口維持加算 I、II の算定を行っている施設を対象に、栄養ケア・マネジメントのチームアプローチに影響を及ぼす構造やプロセスの変化の要因について、具体的な構成要素（具体的内容）を明らかにすることが課題として残された。

本研究の目的は、介護老人福祉施設ならびに介護老人保健施設における栄養ケア・マネジメントにおいて、学際的チームアプローチ実践評価（ITA）に影響を及ぼす構造・プロセスの変化の要因となる要素を明らかにすることである。

<用語の定義>

I T A (Interdisciplinary team approach)⁴⁾ :
学際的チームアプローチ実践評価尺度

学際的チームアプローチとは、チームメンバ

ーである専門職の協働のもとに行われる組織的な支援活動のことを言い、Interdisciplinary team として、チームに課せられた複合的な課題を達成するために専門職がチームの意思決定に主体的に関与し、協働・連携しながら役割を果たすものである。Interdisciplinary team が自らのチームアプローチ実践の自己評価を行う尺度として開発され、信頼性と妥当性は得られている。これは、下記の 3 因子構造からなり、組織構造の柔軟さ（13 項目）、ケアのプロセスと実践度（11 項目）、メンバーの凝集性と能力（8 項目）の全 32 項目から構成される。

B. 方法

本研究では、平成 22 年度、23 年度全国の介護保険施設を対象とした栄養ケア・マネジメント及びその包括支援体制に関する実態調査^{1) 2)}（研究代表者 吉池信男、研究分担者 杉山みち子他）に回答した介護老人福祉施設（以下、特養）、介護老人保健施設（以下、老健）を研究対象施設とし、栄養ケア・マネジメントを実践している管理栄養士、施設長、看護師、介護職、介護支援専門員（または生活相談員）、口腔ケア担当者を対象に、面接調査を実施した。

1. 対象施設と研究対象者

1) 面接調査の研究対象施設

平成 22 年度、平成 23 年度に調査回答全 193 施設より、経口移行加算、経口維持加算 I・II のうちいずれかの加算算定を行っている施設、または管理栄養士の ITA 合計点（85 点以上）及び 5 職種の ITA 合計点（450 点以上）が高い施設では良い取り組みがされていると仮定し、地域別、施設種別にて特養 13 施設、老健 10 施設を対象とした。

2) 面接調査対象者

対象施設に所属し、平成 22 年度あるいは平成 23 年度調査に回答した管理栄養士、施設長、看護師、介護職、介護支援専門員（または生活

相談員)、口腔ケア担当者とした。

2. 調査方法

調査内容は、チームで連携して行った具体的な事例の栄養ケア・マネジメントに関する支援内容のプロセス、多職種間での連携等に関する思いや考え等（インタビューガイド）とし、事前に送付した上で、当日は同インタビューガイドに基づいて半構成的面接を行った。面接調査時間は、管理栄養士は1名につき約40分、施設長、看護師、介護職、介護支援専門員、口腔ケア担当者はそれぞれ1名につき約30分程度とした。その際には、承諾を得た上で録音させていただき、面接場所は、施設内の個室で実施した。

3. 分析方法

質的帰納的分析を行った。管理栄養士、施設長、看護師、介護職、介護支援専門員（または生活相談員）、口腔ケア担当者の語った内容等について、まとまった意味が読み取れる文節ごとに逐語録を区切り、各文節の意味を変えないように簡潔な表現に要約し、分析単位（コード）とする。各事例のコードを、事例ごとに類似するコードどうしを集めて細かく分類し、代表するラベルをつける。全事例のラベルについて類似するもの同士を集めて分類を繰り返すともに、逐語録の内容を確かめながら、サブカテゴリ、カテゴリを作成した。分析結果は、栄養学ならびに看護学の教育研究者に客観的な意見をもらうことで、妥当性につとめた。

4. 倫理的配慮

本調査は、聖路加看護大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号12-030）。

C. 結果

1. 調査協力に合意の得られた施設

介護老人福祉施設8施設、介護老人保健施設3施設の計11施設であった。経口移行加算の取得施設は6施設（54.5%）、経口維持加算Ⅰは3施設（27.3%）、経口維持加算Ⅱは8施設（72.7%）であった。11箇所中全く加算を取得していない施設は1箇所であった。

2. 対象者の特性

11施設の内、面接調査が実施できた職種は、施設長8名（72.7%）、管理栄養士11名（100%）、看護師11名（100%）、介護職10名（90.1%）、介護支援専門員（生活相談員）11名（100%）、口腔ケア担当者9名（81.8%）の計60名であった。

各職種の平均年齢（SD）は、施設長57.9（10.1）歳、管理栄養士45.6（12.1）歳、看護師49.7（7.2）歳、介護職36.9（11.1）歳、介護支援専門員43.5（7.7）歳、口腔ケア担当者43.8（9.4）歳であった。

3. 面接調査の結果

面接によって語られた分析単位（コード）とした。各事例のコードを、事例ごとに類似するコードに代表するラベルをつけサブカテゴリとして、カテゴリを作成した。

3-1. 食べることを支援するための「良いチーム」のイメージ

食べることを支援するための「良いチーム」のイメージでは、総コード数117から、カテゴリ「利用者の生活と健康状態ならびに食事への思いの把握」では3サブカテゴリ、「利用者の食べることを通じたその人らしい生活の支援」では6サブカテゴリ、「職種間でのタイムリーな情報交換」では5サブカテゴリ、「職種間の専門性の尊重と統合」では4サブカテゴリ、「施設内での食べることへの統一した方針と体制」では2サブカテゴリの計5カテゴリと計20サブカテゴリ

リが抽出された（表 C-1）。

3-2. 経口移行・経口維持加算を算定後の具体的なチームの変化

経口移行・経口維持加算を算定後の具体的なチームの変化では、総コード数 119 から、「安全においしく食べることへの工夫」では 5 サブカテゴリ、「誤嚥性肺炎予防のためのケア」では 4 サブカテゴリ、「データ・記録をもとにしたエビデンスに基づく評価とケア」では 3 サブカテゴリ、「職種間相互の役割の理解」では 3 サブカテゴリ、「食への関心と細やかな利用者の観察」では 2 サブカテゴリの計 5 カテゴリ、計 17 サブカテゴリが抽出された（表 C-2）。

3-3. 利用者の食べることへの満足度についての把握と伝達方法

利用者の食べることへの満足度についての把握と伝達方法では、総コード数 71 から、「日常の食事やイベント食からの満足度の把握」では 6 サブカテゴリ、「他職種・家族への情報伝達」では 3 サブカテゴリ、「利用者の希望に応じたメニュー調整」では 2 サブカテゴリの計 3 カテゴリ、計 11 サブカテゴリが抽出された（表 C-3）。

3-4. 口腔ケアについて専門的助言を得る機会

口腔ケアについて専門的助言を得る機会では、総コード数 84 から、「歯科医師と歯科衛生士等からの専門的指導」では 6 サブカテゴリ、「口腔ケアの知識と技術の向上のための研修と指導」では 4 サブカテゴリ、「利用者の個々の口腔内状態の把握とケア方法の工夫」では 3 サブカテゴリの計 3 カテゴリ、計 13 サブカテゴリが抽出された（表 C-4）。

3-5. 事例の概要

語られた事例の概要では、総コード数 52 から、「経口摂取の尊重」では 4 カテゴリ、「食行動の

自立支援」では 2 サブカテゴリ、「栄養改善」では 1 サブカテゴリ、「生活行動・意欲の改善」では 2 サブカテゴリ、「苦痛緩和」では 1 サブカテゴリの計 5 カテゴリ、計 10 サブカテゴリが抽出された（表 C-5）。

3-6. 多職種間で連携したチームによって効果的な栄養ケア・マネジメントを行うために実施した各職種の内容

多職種間で連携したチームによって効果的な栄養ケア・マネジメントを行うために実施した各職種の内容では、職種別に分析を行った。

1) 施設長

施設長では総コード数 12 から、「施設理念の提示」では 2 サブカテゴリ、「職員の希望を引き出す発想」では 1 サブカテゴリ、「利用者の把握」では 1 サブカテゴリの計 3 カテゴリ、4 サブカテゴリが抽出された（表 C-6）。

2) 管理栄養士

管理栄養士では総コード数 41 から、「利用者の摂食状況の把握」では 1 サブカテゴリ、「利用者へ食事の提供」では 4 サブカテゴリ、「利用者への食事介助」では 1 サブカテゴリ、「他職種の指示内容の確認」では 3 サブカテゴリ、「個別の栄養ケアの調整」では 1 サブカテゴリ、「栄養関連の数値データ管理」では 2 サブカテゴリ、の計 6 カテゴリ、12 サブカテゴリが抽出された（表 C-6）。

3) 看護師

看護師では総コード数 24 から、「利用者のリスク把握」では 2 サブカテゴリ、「食事満足度の把握」では 1 サブカテゴリ、「他職種への説明」では 2 サブカテゴリ、「食事介助」では 1 サブカテゴリ、「医師への報告」では 1 サブカテゴリ、「管理栄養士への提案」では 1 サブカテゴリ、の計 6 カテゴリ、8 サブカテゴリが抽出された

(表 C-6)。

4) 介護職

介護職では総コード数 25 から、「利用者の摂食状況の把握」では 2 サブカテゴリ、「食事介助」では 1 サブカテゴリ、「食事摂取量増加のための工夫」では 3 サブカテゴリ、「他職種への依頼」では 1 サブカテゴリ、の計 4 カテゴリ、7 サブカテゴリが抽出された (表 C-6)。

5) 口腔ケア担当者

口腔ケア担当者では総コード数 13 から、「摂食・嚥下機能アセスメント」では 1 サブカテゴリ、「他職種への情報提供」では 3 サブカテゴリ、「嚥下訓練・マッサージ」では 1 サブカテゴリ、「口腔ケア」では 2 サブカテゴリ、の計 4 カテゴリ、7 サブカテゴリが抽出された (表 C-6)。

6) 介護支援専門員 (生活相談員)

介護支援専門員 (生活相談員) では総コード数 25 から、「管理栄養士への依頼」では 1 サブカテゴリ、「本人の食の希望等の把握」では 1 サブカテゴリ、「多職種によるケアプラン」では 3 サブカテゴリ、「医師への連絡・調整」では 1 サブカテゴリ、「病院との連絡・調整」では 1 サブカテゴリ、「家族への連絡」では 1 サブカテゴリ、「職員への連絡」では 1 サブカテゴリ、の計 7 カテゴリ、9 サブカテゴリが抽出された (表 C-6)。

3-7. 多職種間での情報交換や情報の共有

多職種間での情報交換や情報の共有では、総コード数 160 から、「定期的なカンファレンスや委員会での情報交換」では 8 サブカテゴリ、「記録内容の共有」では 2 サブカテゴリ、「フロアへのラウンド時に利用者の状態確認」では 1 サブカテゴリ、「不定期な場でのタイムリーな情報交換」では 4 サブカテゴリ、「声の情報による伝達」

では 1 サブカテゴリ、の計 5 カテゴリ、16 サブカテゴリが抽出された (表 C-7)。

3-8. 栄養ケア・マネジメントに関する意識や行動の変化

栄養ケア・マネジメントに関する意識や行動の変化では、総コード数 114 から、「口腔ケアの重要性への認識」では 1 サブカテゴリ、「利用者の食へることへのこだわり・希望・尊厳」では 4 サブカテゴリ、「チームで栄養ケア・マネジメントを実施できた達成感と自信」では 2 サブカテゴリ、「研修会の継続による専門的知識と技術の獲得」では 1 サブカテゴリ、「利用者個々への栄養ケア」では 8 サブカテゴリ、の計 5 カテゴリ、16 サブカテゴリが抽出された (表 C-8)。

3-9. 良いチームができたきっかけ

良いチームができたきっかけでは、総コード数 96 から、「施設方針・目標の共有と研修参加」では 2 サブカテゴリ、「他職種の専門性の理解と連絡」では 3 サブカテゴリ、「利用者の変化への気づきとスピーディーな情報伝達」では 3 サブカテゴリ、「新規取り組みへの前向きな姿勢とチームづくり」では 4 サブカテゴリ、「利用者の希望を達成する努力」では 3 サブカテゴリ、の計 5 カテゴリ、15 サブカテゴリが抽出された (表 C-9)。

3-10. 良いチームを作るための組織的な仕組み

良いチームを作るための組織的な仕組みでは、総コード数 175 から、「施設のチーム形成に必要な基盤」では 7 サブカテゴリ、「日常からの気兼ねなく会話ができる環境づくり」では 6 サブカテゴリ、「研修や委員会活動による知識・技術のレベルアップ」では 3 サブカテゴリ、「利用者の食事の楽しみや希望の重要性の認」では 3 サブカテゴリ、「栄養ケア・マネジメントにおける多職種連携」では 3 サブカテゴリ、「管理栄養士の

ラウンドを通じた他職種との情報交換」では 3 サブカテゴリの計 6 カテゴリ、25 サブカテゴリが抽出された（表 C-10）。

3-11. リーダーシップやメンバー間のコミュニケーション

1) リーダーシップ

リーダーシップでは、総コード数 77 から、「リーダーの特性」では 4 サブカテゴリ、「利用者の状況に応じたリーダー」では 5 サブカテゴリの計 2 カテゴリ、9 サブカテゴリが抽出された。

2) メンバー間のコミュニケーション

メンバー間のコミュニケーションでは、総コード数 73 から、「相互の人間的理解」では 2 サブカテゴリ、「互いの専門的役割の理解」では 2 サブカテゴリ、「関係性構築のためのコミュニケーションの基礎」では 4 サブカテゴリ、「施設長の職員を見守る態度」では 1 サブカテゴリの計 5 カテゴリ、13 サブカテゴリが抽出された（表 C-11）。

D. 考 察

介護老人福祉施設と介護老人保健施設の計 11 施設の 6 職種 61 名に面接した結果から、学際的チームアプローチ実践評価尺度 ITA

(Interdisciplinary team approach) 下位 3 尺度項目との関係を考察した。

食べることを支援するための「良いチーム」のイメージは、「利用者の生活と健康状態ならびに食事への思いの把握」をしながら、「利用者の食べることを通じたその人らしい生活につながるように支援する」ことを目指しているチームであることが分かった。さらに、その方法として、職種間でのタイムリーな情報交換や、職種間の専門性の尊重と統合が実施されていることや、その背景として施設内での食べることへの統一した方針と体制が確立されている条件があると考えられた。

良いチームをつくるための組織の仕組み（組織構造の柔軟さ）については、「施設のチーム形成に必要な基盤」ではなく施設理念を職員間で共有し、同じ目標に向かって進もうとする意識をもつ＜施設長が職員に問題意識をもたせ、チームで共有させる意識づくりをする＞＜施設全体での人材育成のための基本的なマナーの教育研修を受けている＞＜職員の声を拾ってくれるボトムズアップの体制をもつ施設＞＜組織内での上下関係をつくらず、意見が言いやすい環境＞＜施設長の思考が前向き・前進型である＞＜施設長自らが食事への関心が高い＞などの多くのサブカテゴリがあり、施設長自らの態度や行動、組織内での人材育成教育に関する研修、施設理念と目標の共有という条件が必要であることが考えられた。

「日常からの気兼ねなく会話ができる環境づくり」においても普段からカンファレンス、申し送り、朝礼等で互いの意見、思いを表現できる＜職員が気兼ねなく話せる、意見が言いやすい明るく温かい雰囲気づくり＞＜休み時間等に気楽に集まってコミュニケーションをはかる非公式な場がある＞など、情報交換や情報の共有では、定例会議等以外に沢山の短時間の非公式のミーティングを持てるかどうか、メンバー間の情報交換の深さと関係があると考えられたため、施設としての柔軟な工夫が求められていると考えられた。

また、常に全職種が「研修や委員会活動による知識・技術のレベルアップ」を意識し専門的知識を向上させ、「利用者の食事の楽しみや希望の重要性の認識」ながら、「栄養ケア・マネジメントにおける多職種連携」を行っている。その際に「管理栄養士のラウンドを通じた他職種との情報交換」は、栄養ケア・マネジメントにおいて非常に大事な意味があり、特に利用者の栄養ケアにおける課題に対して、管理栄養士の頻回にラウンドすることによって、早期に課

題に対応できる可能性があることを示唆された。

各職種の専門性の実践（ケアプロセスと実践度）では、各職種が栄養ケアに関わりをもって実際が明らかになった。現場での介護職と看護師の役割の違いも明確となっており、これらの職種が管理栄養士に情報を提供していけることが、利用者の食事満足度の高い食事提供につながることを考えられた。

リーダーシップ・メンバー間のコミュニケーション（メンバー間の凝集性と能力）のリーダーシップでは、栄養ケア・マネジメントにおいては、通常管理栄養士がリーダーシップを発揮するが、ケアプランをはじめ様々な支援計画の作成が必要となるだけでなく、緊急性が生じる場合もあるため、利用者の状況に応じたリーダーになるように柔軟な組織体制である必要があると考えられた。

メンバー間のコミュニケーションでは、職員間の「相互の人的理解」を行いながら、「互いの専門的役割の理解」していくことが求められる。その前提には「関係性構築のためのコミュニケーションの基礎」として、相手への積極的な声かけ、褒めること、挨拶を意識することや、相手の意見を聞く姿勢が大事であり、相談を受けたら、できるだけ助言やアドバイスをし、意見交換をするという基本的な態度の重要性が認識された。また「施設長の職員を見守る態度」があるということであった。

これらのよいチームによって行われる栄養ケア・マネジメントでは、職員の意識や行動の変化をもたらしている。この中で、食べることを支える栄養ケアにおいて、口腔ケアの重要性は、まだまだ周知がされていない知識であることが予測される。職員の実施後の達成感や自信がより、食べることを支えるチーム力の強化につながると考えられた。

さらに、良いチームができた要因として、「施設方針・目標の共有と研修参加」や「他職種の

専門性の理解と連絡」「利用者の変化への気づきとスピーディーな情報伝達」「新規取り組みへの前向きな姿勢とチームづくり」「利用者の希望を達成する努力」があげられていた。特に施設内での委員会や自主グループ等の活動の継続が新しい加算等への取り組みにつながっていくことが考えられ、組織内での利用者の課題に対してチームで取り組んでいく体制づくりが基盤にあることが、良いチームのできる要因として重要であると考えられた。

E. 結論

本研究は、介護老人福祉施設ならびに介護老人保健施設における栄養ケア・マネジメントにおいて、学際的チームアプローチ実践評価（ITA）に影響を及ぼす構造・プロセスの変化の要因となる要素を明らかにするために、介護老人福祉施設8施設、介護老人保健施設3施設の計11施設の施設長8名、管理栄養士11名、看護師11名、介護職10名、介護支援専門員（生活相談員）11名、口腔ケア担当者9名の計60名に面接調査を実施した。

その結果、良いチームを作るための組織的な仕組みでは、「施設のチーム形成に必要な基盤」、「日常からの気兼ねなく会話ができる環境づくり」、「研修や委員会活動による知識・技術のレベルアップ」、「利用者の食事の楽しみや希望の重要性の認」、「栄養ケア・マネジメントにおける多職種連携」、「管理栄養士のラウンドを通じた他職種との情報交換」6カテゴリ、25サブカテゴリが抽出された。

またリーダーシップでは、「リーダーの特性」、「利用者の状況に応じたリーダー」2カテゴリ、9サブカテゴリが抽出された。メンバー間のコミュニケーションでは、「相互の人的理解」、「互いの専門的役割の理解」、「関係性構築のためのコミュニケーションの基礎」、「施設長の職員を見守る態度」の5カテゴリ、13サブカテゴ

リが抽出された。

各職種の専門性の実践では、具体的な各職種の実践内容が明らかになった。

施設長では、「施設理念の提示」、「職員の希望を引き出す発想」、「利用者の把握」の計3カテゴリ、4サブカテゴリが抽出された。

管理栄養士では「利用者の摂食状況の把握」、「利用者へ食事の提供」、「利用者への食事介助」、「他職種の指示内容の確認」、「個別の栄養ケアの調整」、「栄養関連の数値データ管理」の計6カテゴリ、12サブカテゴリが抽出された。

看護師では「利用者のリスク把握」、「食事満足度の把握」、「他職種への説明」、「食事介助」、「医師への報告」、「管理栄養士への提案」の計6カテゴリ、8サブカテゴリが抽出された。

介護職では「利用者の摂食状況の把握」、「食事介助」、「食事摂取量増加のための工夫」、「他職種への依頼」の計4カテゴリ、7サブカテゴリが抽出された。

口腔ケア担当者では、「摂食・嚥下機能アセスメント」、「他職種への情報提供」、「嚥下訓練・マッサージ」、「口腔ケア」の計4カテゴリ、7サブカテゴリが抽出された。

介護支援専門員（生活相談員）では「管理栄養士への依頼」、「本人の食の希望等の把握」、「多職種によるケアプラン」、「医師への連絡・調整」、「病院との連絡・調整」、「家族への連絡」、「職員への連絡」の計7カテゴリ、9サブカテゴリが抽出された。

これらの変化の要因となる要素としては、「施設方針・目標の共有と研修参加」では2サブカテゴリ、「他職種の専門性の理解と連絡」では3サブカテゴリ、「利用者の変化への気づきとスピーディーな情報伝達」では3サブカテゴリ、「新規取り組みへの前向きな姿勢とチームづくり」では4サブカテゴリ、「利用者の希望を達成する努力」では3サブカテゴリ、の計5カテゴリ、15サブカテゴリが抽出された。

F. 引用文献一覧

- 1) 杉山みち子、太田貞司、梶井文子、大原里子、吉池信男：全国介護保険施設を対象とした栄養ケア・マネジメント及びその包括的支援体制に関する実態調査。厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）チームによる効果的な栄養ケア・マネジメントの標準化をめざした総合的研究～大学一施設連携による研究基盤・人材育成システム構築の試み～. 研究代表者 吉池信男, 平成22年度総括・分担研究報告書（2011）
- 2) 杉山みち子、太田貞司、梶井文子、大原里子、吉池信男：全国介護保険施設を対象とした栄養ケア・マネジメント及びその包括的支援体制に関する実態調査. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの取り組みとチームアプローチ実践の自己評価との関係。厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）チームによる効果的な栄養ケア・マネジメントの標準化をめざした総合的研究～大学一施設連携による研究基盤・人材育成システム構築の試み～. 研究代表者 吉池信男, 平成23年度総括・分担研究報告書（2012）
- 3) 杉山みち子、太田貞司、梶井文子、大原里子、吉池信男：介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの取り組みとチームアプローチ実践の自己評価に関する継続調査. 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）チームによる効果的な栄養ケア・マネジメントの標準化をめざした総合的研究～大学一施設連携による研究基盤・人材育成システム構築の試み～. 研究代表者 吉池信男, 平成23年度総括・分担研究報告書（2012）
- 4) 杉本知子：高齢者ケア施設における学際

的チームアプローチ実践評価尺度－信頼性・妥当性の検討.日本看護科学学会誌, 31 (4), 14-23 (2011)

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

表C-1 食べることを支援するための「良いチーム」のイメージ

| カテゴリ | サブカテゴリ | コード数 |
|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| 利用者の生活と健康状態ならびに食事への思いの把握 | 利用者の心身の健康状態と変化を把握している | 6 |
| | 利用者の生活状況や背景を知っている | 2 |
| | 利用者の食事への思いや希望を把握している | 4 |
| 利用者の食べることを通じたその人らしい生活の支援 | 利用者の食べることを通じた生き方を支援している | 5 |
| | 利用者が食べることに喜び・楽しみと感じているかを意識している | 7 |
| | 利用者の口から安全に食べてほしいという思いを持っている。 | 4 |
| | 利用者と家族も入れてその人らしい生活の実現ができる | 2 |
| | 利用者のニーズに対して統一した目標・方針、方法やケアを取り組むことができる | 7 |
| | 利用者の嚥下のメカニズム、介助等の基礎知識を持っている | 1 |
| | 職種間でのタイムリーな情報交換 | 利用者の情報を職種が共有できるしくみづくりがある |
| | 多職種間で小さなことでも相談し合える | 6 |
| | 多職種間での日頃の中での利用者の様子からの気づきを報告できる | 3 |
| | 多職種間での情報交換と情報共有ができる | 7 |
| | 利用者の課題を集まって検討できる場がタイムリーにある | 7 |
| 職種間の専門性の尊重と統合 | 利用者に対して多職種間の専門性が統合される | 14 |
| | 多職種の専門性・役割の理解と尊重がされている | 9 |
| | 多職種間の協力体制・チームワーク・連携がよくできている | 5 |
| | 利用者のことを考えて互いに意見が言い合えて尊重できる | 12 |
| 施設内での食べることへの統一した方針と体制 | チーム内で食べることへの前向きなチャレンジ体制がある | 5 |
| | 施設内全体としての多職種間での目的・目標への意思統一がある | 8 |

表C-2 経口移行・経口維持加算を算定後の具体的なチームの変化

| カテゴリ | サブカテゴリ | コード数 |
|----------------------------|---|------|
| 安全においしく食べることへの工夫 | 職員間で嚥下機能評価をするようになり、利用者の嚥下に対する知識が増えた | 13 |
| | ムース食、ソフト食等の食事形態の工夫をするようになった | 15 |
| | 食べる時の体位・姿勢の工夫をするようになった | 8 |
| | むせのある場合にとろみ剤の工夫や安全な経口摂取への努力を行うようになった | 9 |
| | 口から食べること、口から食べるための準備が、生活の中の重要であることを感じた | 3 |
| 誤嚥性肺炎予防のためのケア | 嚥下体操や口腔ケアを積極的にするようになった | 3 |
| | 加算をとることによって記録に残すことによって予測がしやすくなった | 6 |
| | 歯科医師や歯科衛生士への積極的相談をするようになった | 2 |
| | 家族へ理解を促すために加算や歯科・経口で食べることの説明を積極的にするようになった | 5 |
| データ・記録をもとにしたエビデンスに基づく評価とケア | 数値データを含めた科学的根拠に基づいたケアを行うようになった | 8 |
| | これまで実施してきたことへの加算という評価が得られ責任を感じる | 4 |
| | 書類を整えることでマニュアル、指針ができるようになった | 1 |
| 職種間相互の役割の理解 | 栄養士をはじめ栄養ケアに関わる各職種の役割が明確になった | 7 |
| | 施設内勉強会の立ち上げによってこれまで取り組んでこられた | 6 |
| | 会議等に参加して他職種とコミュニケーションをとるようになった | 3 |
| 食への関心と細やかな利用者の観察 | 1人1人の職員の食に関する話題が増え、関心や熱心さが出てきた | 15 |
| | 食事場面の観察が細やかになり、利用者の個別の状況が具体的に変わった | 11 |

表C-3 利用者の食へることへの満足度についての把握と伝達方法

| カテゴリ | サブカテゴリ | コード数 |
|----------------------|-------------------------------|------|
| 日常の食事やイベント食からの満足度の把握 | 日頃の食事の嗜好等の思いや満足度は、介護職が把握する | 20 |
| | 介護職から全体の職員へ満足度の情報を連絡される | 8 |
| | 利用者に関わる全ての職員が利用者の食への思いを把握する | 5 |
| | 定期的に嗜好調査や食事の満足度調査を実施している | 12 |
| | 行事食、イベントの場合には、直接栄養士が嗜好を把握する | 2 |
| | 栄養士の利用者の部屋や、食事場面へのラウンドが行われている | 4 |
| 他職種・家族への情報伝達 | 介護職・看護職から栄養士へ伝達される | 7 |
| | 情報伝達は、食場場面、引継ぎやカンファレンスを通じて行う | 8 |
| | 家族への連絡は介護職・看護師が行う | 2 |
| 利用者の希望に応じたメニュー調整 | 選択メニューを提示すると、利用者の希望がでてくる | 2 |
| | 栄養士は利用者の希望に合わせて、メニューを調整してくれる | 1 |

表C-4 口腔ケアについて専門的助言を得る機会

| カテゴリ | サブカテゴリ | コード数 |
|-------------------------|------------------------------------|------|
| 歯科医師と歯科衛生士等からの専門的指導 | 定期的に歯科医師と歯科衛生士の訪問時に口腔ケアについて相談している | 18 |
| | 歯科医師から治療と義歯調整を行っている | 3 |
| | 歯科医師が看護師に口腔ケア方法、食事への注意等について助言をしている | 11 |
| | 歯科医師によるVEの実施や摂食・嚥下による講義がある | 1 |
| | 定期的に歯科衛生士による口腔ケアを受けている | 8 |
| | STへの相談と助言と口腔ケアを受けている | 8 |
| 口腔ケアの知識と技術の向上のための研修と指導 | 施設内での歯科衛生士や外部講師による勉強会に参加している | 9 |
| | 施設内委員会による口腔ケアの勉強会を行っている | 6 |
| | 施設外での口腔ケア研修を受けている | 7 |
| | 看護師から介護職へ口腔ケア方法について指導している | 2 |
| 利用者の個々の口腔内状態の把握とケア方法の工夫 | 介護職による口腔ケア方法の統一を工夫して行っている | 6 |
| | 利用者個別のデータ管理と一覧表を作成して、職員間で把握している | 2 |
| | 口腔ケアをすることによる口腔内トラブルの改善を実感している | 3 |

表C-5 事例についての概要

| カテゴリ | サブカテゴリ | コード数 |
|------------|--------------------------------|------|
| 経口摂取の尊重 | 誤嚥性肺炎予防へのアプローチ事例 | 1 |
| | 自ら食事を拒否してなくなった事例 | 1 |
| | 最期まで口から食べることをしながら看取った事例 | 11 |
| | 経管栄養(胃瘻を含む)から経口摂取を試みた事例 | 19 |
| 食行動の自立支援 | 認知症による進行によって生じる傾眠、飲み込み障害への対応事例 | 2 |
| | 食事介助が必要であったが自力摂取が可能となった事例 | 5 |
| 栄養改善 | 低栄養、褥瘡のある状態からの改善した事例 | 4 |
| 生活行動・意欲の改善 | 精神疾患・アルコール依存症への対応事例 | 2 |
| | 食欲低下、生活意欲低下から改善した事例 | 6 |
| 苦痛緩和 | 緩和ケアが必要となったがんのターミナル事例 | 1 |

表C-6 多職種間での連携したチームによって効果的な栄養ケア・マネジメントを行うために実施した内容

| | カテゴリ | サブカテゴリ | コード数 | |
|--------------------|--|--|----------------------------|---|
| 施設長 | 施設理念の提示 | 施設として新しい試みや変更への取り組みの導入時の判断と責任者として立場 | 7 | |
| | | 施設の重視すべき理念や考え方の方向性を示す | 3 | |
| | 職員の希望を引き出す発想 利用者の把握 | 管理的な物事の考え方から、個人人の要望や希望の達成への考え・発想の転換 入所者個人人の状態の把握につとめる | 1 1 | |
| 管理栄養士 | 利用者の摂食状況の把握 利用者へ食事の提供 | 食事場面へのラウンドによって摂食量、食事形態、嗜好等を把握する | 8 | |
| | | 個別の嗜好に合わせた食事内容の工夫をする | 6 | |
| | 利用者への食事介助 他職種の指示内容の確認 | 個別の食事時間の合わせて食事を提供する | 1 | |
| | | 食欲がわくように食器、おにぎり食等の食事形態の工夫をする | 3 | |
| | | 誤嚥予防のためのムース食、ソフト食、ゼリー等食事形態の工夫をする。 | 6 | |
| | | 個別の理解のために介護職とともに食事介助に入る | 3 | |
| | 個別の栄養ケアの調整 栄養関連の数値データ管理 | 医師の経口摂取の指示内容の確認をする | 1 | |
| | | 他職種から情報をもらったり、相互に内容を確認する | 4 | |
| | | 委託業者や厨房職員への個別の情報提供をする | 3 | |
| | | 個別の食事への問題提起と計画等の栄養ケアマネジメントのコーディネーター | 3 | |
| | | 個別の体重測定への依頼とデータ管理を行う | 2 | |
| | | 口腔ケアのデータの管理を行う | 1 | |
| 看護師 | 利用者のリスク把握 | むせ込み等から嚥下状態を把握し、リスク状態を判断する | 7 | |
| | | 全身状態の把握を行う | 1 | |
| | 食事満足度の把握 他職種への説明 | 個々の食事への満足度を把握する | 1 | |
| | | 看取り期の状態の心身のケアについて他職種へ説明する | 3 | |
| | 食事介助 医師への報告 管理栄養士への提案 | 介護職へ個別の具体的な食事介助の方法を説明する | 3 | |
| | | 誤嚥性肺炎リスク者への食事介助を行う | 2 | |
| | | 検査データ等を医師へ報告する | 1 | |
| | | 本人の意向にそった食事形態、食事内容、食事量への変更の提案を管理栄養士へする | 6 | |
| 介護職 | 利用者の摂食状況の把握 | 毎日の食事摂取状況とその理由の把握をする | 2 | |
| | | 個人人の嗜好や希望、満足度の把握をする | 2 | |
| | 食事介助 食事摂取量増加のための工夫 | 個人人の口の動き等に合わせた食事介助を行う | 4 | |
| | | 食事摂取量が増加するように生活内や食事場面での工夫をする | 3 | |
| | 他職種への依頼 | 居室から食堂等への来ていただき、寝食を別にするようにする | 4 | |
| | | 介護職間での話し合いの場をつくり、個別のケア情報を共有する | 2 | |
| 口腔ケア担当 | 摂食・嚥下機能アセスメント 他職種への情報提供 | 他職種(管理栄養士・看護師・リハビリ職)へ食事摂取状態の相談と確認の依頼をする | 8 | |
| | | 摂食・嚥下機能のアセスメントを行う | 2 | |
| | | 管理栄養士へ食事形態に関する情報提供をする | 1 | |
| | 嚥下訓練・マッサージ 口腔ケア | 看護師・介護職へ個人人の状態に合わせた口腔ケア方法の指導を行う | 1 | |
| | | 他職種への連絡調整役である | 3 | |
| | | 嚥下訓練や口腔内マッサージ、全身マッサージ等を行う | 2 | |
| | | 開口不能な方への口腔ケアを行う | 3 | |
| | | 口腔ケアによる生活リズムの調整を実感している | 1 | |
| 介護支援専門員 (生活相談員) | 管理栄養士への依頼 本人の食の希望等の把握 多職種によるケアプラン | 管理栄養士への栄養関連情報・データ等の意味を他職種へ共有できるように依頼する | 3 | |
| | | 本人の食の嗜好・希望等を把握する | 2 | |
| | 医師への連絡・調整 病院との連絡・調整 家族への連絡 職員への連絡 | 多職種からの視点を取り入れたケアプランの作成をしていく | 1 | |
| | | サービス担当者会議で栄養に関する情報を引き出す | 4 | |
| | | 入所前に本人・家族の意向を・思いをもとに具体的にケアプランに生かせるようにする | 3 | |
| | | 本人の希望を医師へ連絡し、許可をもらう | 1 | |
| | | | 病院との連絡調整と病院へ付き添う | 2 |
| | | | 家族への本人の心身状態やその変化等について説明をする | 6 |
| | | 家族の思いや意向を職員へ伝える | 3 | |

表C-7 多職種間での情報交換や情報の共有

| カテゴリ | サブカテゴリ | コード数 |
|-----------------------|--|------|
| 定期的なカンファレンスや委員会での情報交換 | 月に1回のカンファレンスで全職種間でケアプランの評価や見直しを共有する | 9 |
| | 週1回のケアカンファレンスで、食事の様子や食事以外のリハビリ等の様子の情報を共有する | 16 |
| | 毎週1回の栄養カンファレンスでは食事の様子や栄養状態を共有する | 5 |
| | ケアカンファレンスと栄養カンファレンスを一緒に行い、情報を統合している。 | 4 |
| | 3か月に1回の口腔ケアカンファレンスに施設長が参加して共有する | 1 |
| | 口腔、食等の特定委員会では、解決しえなかった課題についての情報交換を行う | 6 |
| | 3か月1回のデスクカンファレンスを行い、看取りケアの振り返りを共有する | 1 |
| | 各職種が集まる朝夕の申し送り時に食事量、心身の状態、変化のあった人の情報を共有する | 25 |
| | 施設内でのPCネットワーク通じて、利用者の記録を共有する | 13 |
| | 会議録や個別の看護・介護・栄養の記録から個別情報を共有する | 18 |
| 記録内容の共有 | | |
| | | |
| フロアへのラウンド時に利用者の状態確認 | フロアへのラウンド時に利用者の状態を確認する | 18 |
| 不定期な場でのタイムリーな情報交換 | 緊急対応が必要な場合に、その都度全職種がタイムリーに集まり、話し合いをする | 14 |
| | 朝や昼の休憩時間等の短時間に大事な連絡・伝達を行う | 7 |
| | 廊下を歩いているとき、雑談等で利用者についての報告等の情報交換をする | 4 |
| | バイキング、行事などのイベント時に、利用者の反応等を情報交換する | 2 |
| | | |
| 声の情報による伝達 | 電話や直接会って相談・依頼・報告するなど、声による情報が相手にメッセージを伝えやすい | 17 |

表C-8 栄養ケア・マネジメントに関する意識や行動の変化

| カテゴリ | サブカテゴリ | コード数 |
|-----------------------------|--|------|
| 口腔ケアの重要性への認識 | 口腔ケアによる効果から口腔ケアへの重要性の認識が高まった | 10 |
| 利用者の食へることへのこだわり・希望・尊厳 | 利用者の希望をを支えることの重要性を理解できた | 2 |
| | 口から食へることをこだわりつづけることの意識を持ち続けることの大切さ | 7 |
| | 食へる楽しみやおいしく喜びとなる食事や温かい食事の雰囲気を提供したいという思い | 6 |
| | 口から食へることへの尊厳や死生観への意識が変わった | 12 |
| チームで栄養ケア・マネジメントを実施できた達成感と自信 | 利用者多職種の視点からチームで支へる栄養ケアマネジメント実施した達成感が実感できた | 23 |
| | 自分たちがやってきたことが間違っていなかったことへの安心感と自信 | 2 |
| 研修会の継続による専門的知識と技術の獲得 | 研修会や学習を継続して、各職種の専門性の知識と技術が大きい | 5 |
| 利用者個々への栄養ケア | 栄養ケアの中の水分の大切さに気がついた | 2 |
| | 体重、アルブミン、貧血等の数値データを通じて栄養への関心が高まった | 8 |
| | 1人1人の個別性のある栄養ケアの必要性 | 6 |
| | 食事が生活の基本であるという意識と生活全体への活性化への影響を考えられた | 12 |
| | 安全にリスクを回避して食事を食へていただけるようにするため工夫すること | 4 |
| | 食へる意欲をもち、食事が楽しみの一部となるように行事食やクラブなどのアクティビティの企画 | 5 |
| | 家族の持ち込み食品等を含めた栄養ケアへの参加 | 1 |
| 利用者の状態を細かな視点で観察するようになった | 9 | |