

厚生労働省科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

要介護高齢者の経口摂取支援に関わる
介護保険施設の多職種チームにおける先導者・指導者の影響

研究分担者 平野浩彦 東京都健康長寿医療センター 歯科口腔外科部長
研究代表者 枝広あや子 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
研究協力者 本川佳子 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
研究協力者 白部麻樹 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員

研究要旨：

医療介護現場での既存の連携の質の向上や、連携の新規構築を目指すには、多職種間の連携における課題と解決の方向性を検討し、支援ツールの開発および研修会における課題習得目標、また多職種連携の質の評価につなげる情報を得る必要がある。そこで、介護保険施設の要介護高齢者に対する経口摂取支援に関わる介護保険施設の多職種チームにおける先導者・指導者の影響について検討した。

対象は全国の介護老人保健施設において要介護高齢者に対する経口摂取支援に関わる専門職（管理栄養士、看護師、介護支援専門員、歯科衛生士等）78名とした。施設において実施している経口摂取支援の実施体制を「改定前より実施」「改定後より実施」「実施なし」群に分類し、（ ）要介護高齢者に対する経口摂取支援に係る多職種チームの形態、（ ）チームの核の職種と経歴、（ ）チームの核の有無による多職種連携会議の様子、（ ）チームの核の有無による多職種連携の効力感について検討した。本検討においては施設における要介護高齢者の経口摂取支援に関わる多職種チームの核となる存在の有無がチームに及ぼす影響を主眼に検討した。

）リーダー役の者の存在は有意に改訂前より実施群および改定後より実施群において多かった。アドバイザー役の者の存在は有意に改定後より実施群において多かった。

）リーダー役やアドバイザー役は管理栄養士や言語聴覚士が多く、そのキャリアには病院NST、他施設等の勤務経験がある、経験年数が長い、研修参加するなど知識がある、といった要素に加え、情報交換・相談・打合せが綿密であるという要素が得られた。調整役は複数の職種の経験がある者が挙げられていた。（ ）リーダー役の存在が議論における活発な意見交換に影響していた。（ ）リーダー役やアドバイザー役、調整役の存在が連携チームの効力感に影響していた。要介護高齢者への多職種による経口摂取支援では、リーダー役やアドバイザー役、調整役など多職種チームの核となる役割を担う適任者の存在が多職種チームの成熟に重要な役割を示すことが確認された。

A. 研究目的

今回の改訂(平成27年度介護報酬改定)によって、経口維持加算におけるミールラウンド等多職種連携の価値が介護保険で見出された形となった。しかしながら、介護保険サービス利用者の食事に関する多職種連携の形態は、施設によって異なるのが現状である。

現段階では、限られた地域の中で、専門性や経験が様々な多職種が集まり、その場ですることができる限りの連携を図っている場合が多い。今後、医療介護現場での既存の連携の質の向上や、連携の新規構築を目指すには、多職種間の連携における課題と解決の方向性を検討し、研修会における課題習得目標、また多職種連携の質の評価につながる情報を得る必要がある。そこで今回我々は、多職種チームの在り方についての情報を得るために、介護保険施設の要介護高齢者に対する経口摂取支援に関わる介護保険施設の多職種チームにおける先導者・指導者の影響について検討したので報告する。

B. 研究方法

1. 分析対象

対象は全国の介護老人保健施設において要介護高齢者に対する経口摂取支援に関わる専門職(管理栄養士、看護師、介護支援専門員、歯科衛生士等)78名とした。

1) 研究対象施設: 全国老人保健施設協会に所属する介護老人保健施設

2) 対象者の選定方法: 全国老人保健施設協会会員となっている施設に、多職種の連携による経口摂取支援の実施体制に関する本研究事業への協力を要請し、参加協力

の意思表示があった施設を対象とした。参加協力の意思表示があった施設および施設職員は協会内で匿名化(番号割り付け)された。

2. 分析方法

1) 測定項目: 経口維持加算に係る多職種チームの形態、多職種連携会議の在り方、多職種連携の効力感について(調査票1,2,3)

2) 測定方法: アンケート調査

3) 介入スケジュール: 研修会群は、平成18年7月11日の定例研修会に参加した者に対し研修会より6ヶ月後に、郵送調査により事後アンケートBを行い、施設内での多職種チームの形態および多職種連携会議について調査した(調査票3)。また抽出群として、研修会群と同様の調査票を作成し、研修会に参加していない介護老人保健施設を無作為に抽出し郵送調査を行った(調査票4)。

4) 分析方法: 本検討においては6ヶ月後に追跡が可能であった群に対して検討を行い、以下の内容について統計学的あるいは質的に検討した。施設において実施している経口摂取支援の実施体制を「改定前より実施」「改定後より実施」「実施なし」群に分類し、()要介護高齢者に対する経口摂取支援に係る多職種チームの形態、()チームの核の職種と経歴、()チームの核の有無による多職種連携会議の様子、()チームの核の有無による多職種連携の効力感について検討した。なお、統計解析には統計解析用ソフト SPSS Statistica22を用い、有意水準5%未満を有意差ありとした。

3. 倫理的配慮

本調査の実施に際しては、独立行政法人国立長寿医療研究センターの倫理・利益相反委員会の審査、承認を受け実施した（平成28年 No.11）。研究の実施においては、事前に対象者に対して本調査の目的ならびに内容に関する説明を行い、調査に同意の得られた者を対象とした。全てのデータは匿名化したうえで取り扱い、個人を特定できない条件で行った。

C. 研究結果

1. 分析対象者の回答率

分析対象の結果を表1に示す。研修会群には94名に調査票を郵送し46名（48.9%の回答率）が回答した。抽出群は120名に調査票を郵送し32名（26.7%の回答率）が回答した。合わせて78名を分析対象とした。

2. 実施体制別分析対象者の特性

施設において実施している経口摂取支援の実施体制別に分析対象者の特性を表2、職種別の職歴を表3に示す。有意に女性が多く、また有意ではないが管理栄養士が多かった。看護師、管理栄養士においては、改定前より実施群および改訂後より実施群において職歴が長いものが多かった。歯科衛生士は改定後より実施群にのみ一人含まれていた。

3. 実施体制別多職種会議および歯科医

師・歯科衛生士の訪問・勤務の有無

実施体制ごとの施設における要介護高齢者の経口摂取支援に関する多職種会議の開始時期、および歯科医師あるいは歯科衛生士の訪問・勤務の有無を表4に示す。記入の無い者の多くは実施なし群であった。多職種会議の開始時期は、改定前より実施群において加算算定前からの実施が有意に多かった。経口維持加算に係る要項の内容にかかわらず施設内で要介護高齢者の経口摂取支援に関して多職種による会議・検討を行ってきた施設では、取り組み内容を算定に結び付けやすい条件が整っている可能性が考えられた。一方で改定後より実施群の65.5%、および実施なし群の80.0%が加算算定にあわせて同様の多職種会議を開始しており、算定要項の改訂が要介護高齢者の経口摂取支援に関しての多職種会議の実施を推進した可能性も考えられた。

歯科医師あるいは歯科衛生士の訪問・勤務については、いずれの群も訪問が多く差はなかった。本対象は介護老人保健施設であり、加算に対しては医師や言語聴覚士をふくむリハビリテーション職種と管理栄養士、看護師、支援専門員とが中心となって経口摂取支援を実施している可能性があった。

	研修会群		抽出群		分析対象	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
改定前より実施	11	23.9 %	12	37.5 %	23	29.5 %
改定後より実施	17	37.0 %	12	37.5 %	29	37.2 %
実施なし/関与なし	18	39.1 %	8	25.0 %	26	33.3 %
合計	46	100 %	32	100.0 %	78	100.0 %

表 1 分析対象者

	実施体制				P-Value
	改定前より実施 (n = 23)	改定後より実施 (n = 29)	実施なし/関与なし (n = 26)	合計 (n = 78)	
性別	男 : 女 3 : 20	男 : 女 3 : 26	男 : 女 10 : 16	男 : 女 16 : 62	0.021
職種	CM : 1 CW : 2 DH : 0 MD : 0 Ns : 1 OT : 0 PT : 0 RD : 16 ST : 3 事務員 : 0	男 : 女 2 : 26	男 : 女 1 : 15	男 : 女 4 : 58	0.372
経口維持加算の算定をしているか	はい : いいえ 23 : 0 わからない (0) 不明 (0)	はい : いいえ 29 : 0	はい : いいえ 8 : 18 (2) (1)	はい : いいえ 60 : 18 (2) (1)	<0.001
食事観察を行っているか	はい : いいえ 23 : 0 不明 (0)	はい : いいえ 29 : 0	はい : いいえ 24 : 2 (0)	はい : いいえ 76 : 2 (0)	0.128
食事観察に参加しているか	はい : いいえ 23 : 0 不明 (0)	はい : いいえ 29 : 0	はい : いいえ 16 : 9 (1)	はい : いいえ 68 : 9 (1)	<0.001

注;CM:介護支援専門員、CW:介護職員、DH:歯科衛生士、DT:栄養士、MD:医師、Ns:看護師、OT:作業療法士、PT:理学療法士、RD:管理栄養士、ST:言語聴覚士

表 2 実施体制ごとの分析対象者特性

	改定前より実施				改定後より実施				実施なし/関与なし				P-Value
	人数	平均値	± SD	中央値 最小値 ~ 最大値	人数	平均値	± SD	中央値 最小値 ~ 最大値	人数	平均値	± SD	中央値 最小値 ~ 最大値	
CM	1	3.0	±	3.0 3 ~ 3	2	3.5	± 2.1	3.5 2 ~ 5					0.028
CW	2	9.5	± 2.1	9.5 8 ~ 11	4	9.3	± 4.4	9.0 5 ~ 14	4	6.4	± 7.7	2.8 2 ~ 18	
DH					1	15.0	±	15.0 15 ~ 15					
MD									1	3.0	±	3.0 3 ~ 3	
Ns	1	16.0	±	16.0 16 ~ 16	4	27.0	± 16.4	32.5 3 ~ 40	1	10.0	±	10.0 10 ~ 10	
OT					1	3.0	±	3.0 3 ~ 3	2	10.5	± 9.2	10.5 4 ~ 17	
PT									3	3.3	± 0.6	3.0 3 ~ 4	
RD	16	13.4	± 9.9	12.0 3 ~ 39	14	13.1	± 11.4	10.0 1 ~ 36	12	6.7	± 6.1	4.5 0 ~ 22	
ST	3	11.3	± 10.4	8.0 3 ~ 23	3	10.7	± 7.0	10.0 4 ~ 18	1	14.0	±	14.0 14 ~ 14	
事務員									1	5.0	±	5.0 5 ~ 5	
合計	23	12.5	± 9.1	11.0 3 ~ 39	29	13.3	± 11.6	10.0 1 ~ 40	25	6.7	± 5.8	4.0 0 ~ 22	

注: CM:介護支援専門員, CW:介護職員, DH:歯科衛生士, MD:医師, Ns:看護師, OT:作業療法士, PT:理学療法士, RD:管理栄養士, ST:言語聴覚士

表 3 実施体制ごとの分析対象者の職種別職歴

	実施体制				P-Value	
	改定前より実施	改定後より実施	実施なし/関与なし	合計		
多職種会議 開始時期	加算算定前から	14 (60.9 %)	10 (34.5 %)	0 (0.0 %)	24 (38.7 %)	0.001
	加算算定後から	9 (39.1 %)	19 (65.5 %)	8 (80.0 %)	36 (58.1 %)	
	行っていない	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	2 (20.0 %)	2 (3.2 %)	
	合計(不明16)	23 (100.0 %)	29 (100.0 %)	10 (100.0 %)	62 (100.0 %)	
歯科医師・ 歯科衛生士 の訪問・勤務	あり	20 (87.0 %)	27 (93.1 %)	11 (84.6 %)	58 (89.2 %)	0.649
	なし	3 (13.0 %)	2 (6.9 %)	2 (15.4 %)	7 (10.8 %)	
	合計(不明13)	23 (100.0 %)	29 (100.0 %)	13 (100.0 %)	65 (100.0 %)	

表 4 実施体制ごと施設における要介護高齢者の経口摂取支援に関する多職種会議の開始時期および歯科医師・歯科衛生士の訪問・勤務

4. 多職種チームの核になる者の存在

多職種チームの核になる者の存在について、「リーダー役になる者」「アドバイザー役になる者」「調整役になる者」の有無について実施体制別に表 5 に示す。リーダー役の者については「いる」と回答したものが有意に改訂前より実施群で多く、次いで改定後より実施群において多かった。アドバイザー役の者については有意に改定後より実施群において「いる」との回答が多かった。調整役の者については有意ではないが改定前より実施群および改訂後より実施群におい

て「いる」という回答が多い傾向があった。専門性や経験が異なる多職種チームの取り組みを促進する上で、リーダーシップをとるものの存在が効果的な連携を促進する因子である可能性が示唆された。またアドバイザー役については、多職種チームの個々が十分な知識技能があるのが理想であるが、多職種チームによる会議や取り組み自体が若手職員の教育効果にもつながることが指摘されており、アドバイザー役の存在が若い多職種チームの牽引役になっていることが示唆される。

(n = 78)	実施体制				P-Value	
	改定前より実施 (n = 23)	改定後より実施 (n = 29)	実施なし/関与なし (n = 26)	合計 (n = 78)		
リーダー役の者	いる	21 (91.3 %)	26 (89.7 %)	14 (53.8 %)	61 (78.2 %)	0.004
	いない	1 (4.3 %)	3 (10.3 %)	9 (34.6 %)	13 (16.7 %)	
	不明	1 (4.3 %)	0 (0.0 %)	3 (11.5 %)	4 (5.1 %)	
	合計	23 (100.0 %)	29 (100.0 %)	26 (100.0 %)	78 (100.0 %)	
アドバイザー役の者	いる	16 (69.6 %)	26 (89.7 %)	12 (46.2 %)	54 (69.2 %)	0.007
	いない	4 (17.4 %)	3 (10.3 %)	11 (42.3 %)	18 (23.1 %)	
	不明	3 (13.0 %)	0 (0.0 %)	3 (11.5 %)	6 (7.7 %)	
	合計	23 (100.0 %)	29 (100.0 %)	26 (100.0 %)	78 (100.0 %)	
調整役の者	いる	16 (69.6 %)	21 (72.4 %)	12 (46.2 %)	49 (62.8 %)	0.150
	いない	4 (17.4 %)	7 (24.1 %)	10 (38.5 %)	21 (26.9 %)	
	不明	3 (13.0 %)	1 (3.4 %)	4 (15.4 %)	8 (10.3 %)	
	合計	23 (100.0 %)	29 (100.0 %)	26 (100.0 %)	78 (100.0 %)	

表 5 施設における要介護高齢者の経口摂取支援に関する多職種チームの核の有無

5. チームの核になる者の職種と経歴

表 5 において挙げられた多職種チームの核になる者について、その者の職種とキャリア(自由回答)を表 6,7,8 に示す(有意差は職種別の割合に対して)。

リーダー役の者についてはすべての群において管理栄養士が多く、ついで言語聴覚士、あるいは管理栄養士と言語聴覚士の二人ともがリーダーであるとの回答であった(表 6)。他には看護師、医師、理学療法士、作業療法士、介護職員がリーダー役になっていた。リーダー役のキャリアについての自由記載では 病院 NST、他施設等の勤務経験がある、経験年数が長い、研修参加するなど知識がある、といった要素に加え、

情報交換・相談・打合せが綿密であるという回答がみられた。介護保険施設とは異なる病院、医療現場で多職種チームによる経口摂取支援を行った経験は“多職種チームのリーダー”というロールモデルのイメージにつながり、専門性や経験が異なる多職種で構成されたチームをまとめ、リーダーシップ発揮に繋がっていることが伺われた。

アドバイザー役の者については多岐にわ

たるが、回答のあった 54 名中言語聴覚士(37.0%)、看護師(33.3%)、医師(11.1%)、歯科医師(7.4%)等と回答されていた(表 7)。アドバイザー役において、特に改定後より開始群でのみ歯科医師がアドバイザー役となっていると回答されたことは改定による影響もあるかと推測される。言語聴覚士のみならず理学療法士、作業療法士も参画し、アドバイザー役となっていることは、介護老人保健施設の特徴の可能性もある。アドバイザー役のキャリアはリーダー同様の傾向であった。

調整役の者については介護支援専門員、相談員、介護職員という回答の他、特定の職種ではなく複数の職種や「ADL 委員会」という回答もあった(表 8)。改定後より実施群では管理栄養士が調整役になっていると回答するものが有意に多く、当該施設での勤務年数は様々ではあるが施設内での他の職種とのコミュニケーションを良好に保つ努力が現場でなされていることも伺われた。リーダー役やアドバイザー役と異なる点は、「介護職を経験した介護支援専門員」「介護支援専門員と看護師の資格」「歯科衛生士

介護支援専門員 相談員」など複数の職種の経験がある者が挙げられている点が特徴的であった。介護職の「主任」「係長」「委員長」が挙げられている点は、概ね専門職である本調査の対象者および多職種チームと、

利用者それぞれの担当となる介護職員との知識技能や指示の繋ぎ役が介護職の主任、係長等であると推察され、信頼関係の高さが伺われた。

リーダー役の方がいる		リーダー役の者のキャリア		P-Value
改定前より 実施 (n=23)	DT	2	入職6年目	0.001
	Ns	2		
	RD	12	研修会に多く参加してる 病院、老健で長い経験を積まれている 老健10年以上勤務の栄養士 病院経験があり食事の形態について幅広い経験がある	
	ST, RD	2	病院、訪問、老健で経験があり10年位勤務している。綿密な打合せを事前に行っている。情報交換など STとRDとが相談しながら行っています	
	ST	3		
	合計	21		
改定後より 実施 (n=29)	CW	1		0.000
	DT	1		
	Ns	3	過去に病院勤務しNST40時間研修を受けた	
	RD	10	過去病院にてNSTを立ち上げたことのある管理栄養士 歯科医師、言語聴覚士と相談しながら対応している 15年	
	ST, RD	4	STは20年程のキャリア(来られて3年)RDは施設創立メンバー 共に20年位です 病院にてSTを長くしていた	
	ST	7	急性期、回復期などの病院の経歴 病院勤務を経て老健へ入職 7年位	
合計	26			
実施なし/関 与なし (n=26)	CW	1	特別養護老人ホーム等20年程介護職で働いている介護士	0.003
	MD	1	摂食嚥下障害に詳しい医師	
	MD, DT	1		
	Ns	1		
	RD	8	15年特養経験あり 特養、有料老人ホームの経歴有り(20数年)	
	ST	1	14年	
PT, OT	1	食事に関する研修を受けた職員(PT, OT, CW)		
合計	14			

注: CM: 介護支援専門員, CW: 介護職員, DH: 歯科衛生士, DT: 栄養士, MD: 医師, Ns: 看護師, OT: 作業療法士, PT: 理学療法士, RD: 管理栄養士, ST: 言語聴覚士

表 6 施設における要介護高齢者の経口摂取支援に関する多職種チームのリーダー役の者の職種とキャリア

アドバイザー役の者がいる	アドバイザー役の者のキャリア		P-Value
改定前より 実施 (n = 23)	MD	1	
	MD,ST	2	状況説明やケア方法など詳しく細かく知っている
	MD, N s	2	急性期 亜急性 老健と経験した医師、看護師 医師、看護師共に長年病院勤務を経験し様々な状況に対応出来る
	Ns	3	国立病院で働いていた
	Ns,CW	3	認知症専門 病棟スタッフが普段の様子や実行可能なプランにする為の手段の検討をしてくださっています
	RD,OT	1	
	ST	2	
	ST,DH	1	
	ST,RD	1	
	合計	16	
			0.029
改定後より 実施 (n = 29)	CW	1	他施設での経験と部下への指導が出来る介護リーダー
	DT	1	
	DDS	4	摂食に関する事口腔ケアに関する事の研修会等を積極的に主催している人 開業約20年、摂食嚥下に関わる研修を受けている
	DH	1	
	MD	1	HPのNSTも経験している
	Ns	4	一般急性病院経験者 脳神経外科など救急病院の経歴 老健などで経験している
	Ns,RD	1	RDは20年位、Nsは40年以上
	RD	1	30年位
	Ns,リハ	1	
	OT	1	
	PT,OT	2	
	ST	6	20年ほどのキャリア(来られて3年) 法人内他施設勤務のSTさんにご協力頂いています 7年位
	ST,RD	1	
リハ	1		
合計	26		
			0.016
実施なし/関 与なし (n = 26)	CW, PT	1	
	Ns	2	病棟経験のある正看護師
	Ns, CM, ST	1	
	PT	2	知識が豊富 16年勤めたPT
	ST	4	14年 6年 老健経験のみ(4年)
	ST,Ns	1	
	ST,RD	1	
	合計	12	
			0.003

注:CM:介護支援専門員、CW:介護職員、DDS:歯科医師、DH:歯科衛生士、DT:栄養士、MD:医師、Ns:看護師、OT:作業療法士、PT:理学療法士、RD:管理栄養士、ST:言語聴覚士

表 7 施設における要介護高齢者の経口摂取支援に関する多職種チームのアドバイザー役の者の職種とキャリア

調整役の者がいる		調整役の者のキャリア	P-Value
改訂前より 実施 (n = 23)	CM	4	0.132
	CW	1	
	DT	1	
	Ns	2	
	Ns,PT	1	
	Ns, ST, RD, CW	1	
	RD	3	
	ST	1	
	主任	1	
	合計	16	
改定後より 実施 (n = 29)	ADL委員会	1	0.001
	CW	3	
	DT	2	
	Ns	2	
	Ns、相談員	1	
	RD	9	
	ST	2	
	相談員	1	
	合計	21	
実施なし/関 与なし (n = 26)	CM	5	0.001
	CW	2	
	Ns	3	
	ST	1	
	ST、RD	1	
	合計	12	

注:CM:介護支援専門員、CW:介護職員、DH:歯科衛生士、DT:栄養士、MD:医師、Ns:看護師、OT:作業療法士、PT:理学療法士、RD:管理栄養士、ST:言語聴覚士

表 8 施設における要介護高齢者の経口摂取支援に関する多職種チームの調整役の者の職種とキャリア

6. チームの核と連携の効力感

表 5 において挙げられた多職種チームの核になる者の有無について、施設における要介護高齢者の経口摂取支援(食事・栄養)に関する多職種会議の議論および多職種連携の効力感を表 9,10,11 に示す。

リーダー役の有無について、食事・栄養に

関する多職種会議の議論については、特に実施なし群で、リーダー役がいる施設で議論において活発な意見交換が行われているという回答が有意に多かった(表 9)。改定前より実施群、改定後より実施群ではリーダー役がない施設が非常に少数であるため差は見られていないが、全体としてはリ

リーダー役がいる施設で議論において活発な意見交換が行われている傾向があった。経口摂取に関する多職種連携の効力感においても同様の傾向で、特に実施なし群において、リーダー役がいる施設で経口摂取に関する多職種連携が上手くいっていると思うという回答が有意に多かった。一方、改定前より実施群および改定後より実施群ではリーダー役の有無に関わらず経口摂取に関する多職種連携が上手くいっていると思うという回答が多かった。成熟した多職種チームでは、構成するメンバーそれぞれの連携技術の高さによって効力感が高い可能性がある。

アドバイザー役の有無について、リーダー役同様の結果ではあるが、特に実施なし群においてアドバイザー役のいる施設で議論において活発な意見交換が行われているという回答が有意に多かった(表 10)。改定前より実施群ではアドバイザー役の有無に関わらず活発な意見交換がなされている点

についても表 9 と同様の結果である。経口摂取に関する多職種連携の効力感においては、改定後より実施群および実施なし群においてアドバイザー役のいる施設で経口摂取に関する多職種連携が上手くいっていると思うという回答が有意に多かった。一方改定前より実施群ではアドバイザーの有無によらないという結果であった。

調整役については、全体としては調整役のいる施設で議論において活発な意見交換が行われていると回答される傾向があったが、群別では有意ではなかった(表 11)。一方、経口摂取に関する多職種連携の効力感においては、改定前より実施群および実施なし群において、調整役のいる施設で経口摂取に関する多職種連携が上手くいっていると思うという回答が有意に多かった。改定後より実施群でも同様の傾向であった。調整役は会議の議場ではなく、現場での調整を実施し効力感に寄与している可能性がある。

(n = 78)		リーダー役の者			P-Value	
		いる	いない	合計		
食事・栄養に関する多職種会議における議論について	改定前より実施群 (n = 23) (不明 n = 2)	活発な意見交換が行われている	11 (55.0 %)	1 (100.0 %)	12 (57.1 %)	0.675
		意見があまり出ない	8 (40.0 %)	0 (0.0 %)	8 (38.1 %)	
		その他	1 (5.0 %)	0 (0.0 %)	1 (4.8 %)	
		合計	20 (100.0 %)	1 (100.0 %)	21 (100.0 %)	
	改定後より実施群 (n = 29)	活発な意見交換が行われている	17 (65.4 %)	2 (66.7 %)	19 (65.5 %)	0.445
		意見があまり出ない	6 (23.1 %)	0 (0.0 %)	6 (20.7 %)	
		その他	3 (11.5 %)	1 (33.3 %)	4 (13.8 %)	
		合計	26 (100.0 %)	3 (100.0 %)	29 (100.0 %)	
	実施なし群 (n = 26) (不明 n = 3)	活発な意見交換が行われている	11 (78.6 %)	2 (22.2 %)	13 (56.5 %)	<0.001
		意見があまり出ない	0 (0.0 %)	7 (77.8 %)	7 (30.4 %)	
		その他	3 (21.4 %)	0 (0.0 %)	3 (13.0 %)	
		合計	14 (100.0 %)	9 (100.0 %)	23 (100.0 %)	
合計 (n = 78) (不明 n = 5)	活発な意見交換が行われている	39 (65.0 %)	5 (38.5 %)	44 (60.3 %)	0.088	
	意見があまり出ない	14 (23.3 %)	7 (53.8 %)	21 (28.8 %)		
	その他	7 (11.7 %)	1 (7.7 %)	8 (11.0 %)		
	合計	60 (100.0 %)	13 (100.0 %)	73 (100.0 %)		
施設での経口摂取に関する多職種連携が上手くいっていると思うか	改定前より実施群 (n = 23) (不明 n = 1)	思う	20 (95.2 %)	1 (100.0 %)	21 (95.5 %)	0.823
		思わない	1 (4.8 %)	0 (0.0 %)	1 (4.5 %)	
		合計	21 (100.0 %)	1 (100.0 %)	22 (100.0 %)	
	改定後より実施群 (n = 29)	思う	23 (88.5 %)	2 (66.7 %)	25 (86.2 %)	0.300
		思わない	3 (11.5 %)	1 (33.3 %)	4 (13.8 %)	
		合計	26 (100.0 %)	3 (100.0 %)	29 (100.0 %)	
	実施なし群 (n = 26) (不明 n = 3)	思う	12 (85.7 %)	2 (22.2 %)	14 (60.9 %)	0.002
		思わない	2 (14.3 %)	7 (77.8 %)	9 (39.1 %)	
		合計	14 (100.0 %)	9 (100.0 %)	23 (100.0 %)	
	合計 (n = 78) (不明 n = 5)	思う	55 (90.2 %)	5 (38.5 %)	60 (81.1 %)	<0.001
		思わない	6 (9.8 %)	8 (61.5 %)	14 (18.9 %)	
		合計	61 (100.0 %)	13 (100.0 %)	74 (100.0 %)	

表9 リーダー役の有無と食事・栄養に関する多職種会議の議論および効力感

(n = 78)		アドバイザー役の者			P-Value	
		いる	いない	合計		
食事・栄養に関する多職種会議における議論について	改定前より実施群 (n = 23) (不明 n = 4)	活発な意見交換が行われている	10 (66.7 %)	3 (75.0 %)	13 (68.4 %)	0.860
		意見があまり出ない	4 (26.7 %)	1 (25.0 %)	5 (26.3 %)	
		その他	1 (6.7 %)	0 (0.0 %)	1 (5.3 %)	
		合計	15 (100.0 %)	4 (100.0 %)	19 (100.0 %)	
	改定後より実施群 (n = 29)	活発な意見交換が行われている	18 (69.2 %)	1 (33.3 %)	19 (65.5 %)	0.424
		意見があまり出ない	5 (19.2 %)	1 (33.3 %)	6 (20.7 %)	
		その他	3 (11.5 %)	1 (33.3 %)	4 (13.8 %)	
		合計	26 (100.0 %)	3 (100.0 %)	29 (100.0 %)	
	実施なし群 (n = 26) (不明 n = 3)	活発な意見交換が行われている	10 (83.3 %)	3 (27.3 %)	13 (56.5 %)	0.022
		意見があまり出ない	1 (8.3 %)	6 (54.5 %)	7 (30.4 %)	
		その他	1 (8.3 %)	2 (18.2 %)	3 (13.0 %)	
		合計	12 (100.0 %)	11 (100.0 %)	23 (100.0 %)	
合計 (n = 78) (不明 n = 7)	活発な意見交換が行われている	38 (71.7 %)	7 (38.9 %)	45 (63.4 %)	0.041	
	意見があまり出ない	10 (18.9 %)	8 (44.4 %)	18 (25.4 %)		
	その他	5 (9.4 %)	3 (16.7 %)	8 (11.3 %)		
	合計	53 (100.0 %)	18 (100.0 %)	71 (100.0 %)		
施設での経口摂取に関する多職種連携が上手くいっていると思うか	改定前より実施群 (n = 23) (不明 n = 3)	思う	16 (100.0 %)	3 (75.0 %)	19 (95.0 %)	0.040
		思わない	0 (0.0 %)	1 (25.0 %)	1 (5.0 %)	
		合計	16 (100.0 %)	4 (100.0 %)	20 (100.0 %)	
	改定後より実施群 (n = 29)	思う	24 (92.3 %)	1 (33.3 %)	25 (86.2 %)	0.005
		思わない	2 (7.7 %)	2 (66.7 %)	4 (13.8 %)	
		合計	26 (100.0 %)	3 (100.0 %)	29 (100.0 %)	
	実施なし群 (n = 26) (不明 n = 3)	思う	11 (91.7 %)	3 (27.3 %)	14 (60.9 %)	0.002
		思わない	1 (8.3 %)	8 (72.7 %)	9 (39.1 %)	
		合計	12 (100.0 %)	11 (100.0 %)	23 (100.0 %)	
	合計 (n = 78) (不明 n = 6)	思う	51 (94.4 %)	7 (38.9 %)	58 (80.6 %)	<0.001
		思わない	3 (5.6 %)	11 (61.1 %)	14 (19.4 %)	
		合計	54 (100.0 %)	18 (100.0 %)	72 (100.0 %)	

表 10 アドバイザー役の有無と食事・栄養に関する多職種会議の議論および効力感

(n = 78)		調整役の者			P-Value	
		いる	いない	合計		
食事・栄養に関する多職種会議における議論について	改定前より実施群 (n = 23) (不明n = 4)	活発な意見交換が行われている	11 (73.3 %)	2 (50.0 %)	13 (68.4 %)	0.372
		意見があまり出ない	4 (26.7 %)	2 (50.0 %)	6 (31.6 %)	
		その他	(0.0 %)	(0.0 %)	(0.0 %)	
		合計	15 (100.0 %)	4 (100.0 %)	19 (100.0 %)	
	改定後より実施群 (n = 29) (不明n = 1)	活発な意見交換が行われている	15 (71.4 %)	4 (57.1 %)	19 (67.9 %)	0.685
		意見があまり出ない	3 (14.3 %)	2 (28.6 %)	5 (17.9 %)	
		その他	3 (14.3 %)	1 (14.3 %)	4 (14.3 %)	
		合計	21 (100.0 %)	7 (100.0 %)	28 (100.0 %)	
	実施なし群 (n = 26) (不明n = 4)	活発な意見交換が行われている	9 (75.0 %)	4 (40.0 %)	13 (59.1 %)	0.217
		意見があまり出ない	2 (16.7 %)	5 (50.0 %)	7 (31.8 %)	
		その他	1 (8.3 %)	1 (10.0 %)	2 (9.1 %)	
		合計	12 (100.0 %)	10 (100.0 %)	22 (100.0 %)	
合計 (n = 78) (不明n = 9)	活発な意見交換が行われている	35 (72.9 %)	10 (47.6 %)	45 (65.2 %)	0.095	
	意見があまり出ない	9 (18.8 %)	9 (42.9 %)	18 (26.1 %)		
	その他	4 (8.3 %)	2 (9.5 %)	6 (8.7 %)		
	合計	48 (100.0 %)	21 (100.0 %)	69 (100.0 %)		
施設での経口摂取に関する多職種連携が上手くいっていると思うか	改定前より実施群 (n = 23) (不明n = 3)	思う	16 (100.0 %)	3 (75.0 %)	19 (95.0 %)	0.040
		思わない	0 (0.0 %)	1 (25.0 %)	1 (5.0 %)	
		合計	16 (100.0 %)	4 (100.0 %)	20 (100.0 %)	
	改定後より実施群 (n = 29) (不明N = 1)	思う	20 (95.2 %)	5 (71.4 %)	25 (89.3 %)	0.078
		思わない	1 (4.8 %)	2 (28.6 %)	3 (10.7 %)	
		合計	21 (100.0 %)	7 (100.0 %)	28 (100.0 %)	
	実施なし群 (n = 26) (不明n = 4)	思う	11 (91.7 %)	3 (30.0 %)	14 (63.6 %)	0.003
		思わない	1 (8.3 %)	7 (70.0 %)	8 (36.4 %)	
		合計	12 (100.0 %)	10 (100.0 %)	22 (100.0 %)	
	合計 (n = 78) (不明n = 8)	思う	47 (95.9 %)	11 (52.4 %)	58 (82.9 %)	<0.001
		思わない	2 (4.1 %)	10 (47.6 %)	12 (17.1 %)	
		合計	49 (100.0 %)	21 (100.0 %)	70 (100.0 %)	

表 11 調整役の有無と食事・栄養に関する多職種会議の議論および効力感

D. 考察

本検討においては施設における要介護高齢者の経口摂取支援に関わる多職種チームの核となる存在の有無がチームに及ぼす影響を主眼に検討した。検討は多職種チームの成熟度の目安として改定前より実施群、改定後より実施群、実施なし群に分けて行った。

多職種チームの核になる者の存在について、「リーダー役になる者」「アドバイザー役になる者」「調整役になる者」の存在の有無について、特に改定前より実施群にリーダー役、改定後より実施群でリーダー役とアドバイザー役がいる割合が高かった。専門性や経験が異なる多職種チームの取り組みを促進する上で、リーダーシップをとる者の存在が効果的な連携を促進する因子である可能性が示唆された。またアドバイザー役については、多職種チームの個々が十分な知識技能があるのが理想であるが、多職種チームによる会議や取り組み自体が若手職員の教育効果にもつながることが指摘されており、アドバイザー役の存在が若い多職種チームの牽引役になっていることが示唆された。

またそれらチームの核の存在の職種とキャリアについては、リーダー役の者についてはすべての群において管理栄養士が多く、ついで言語聴覚士、あるいはその両方がリーダーであるとの回答であった。リーダー役のキャリアについての自由記載では 病院 NST、他施設等の勤務経験がある、経験年数が長い、研修参加するなど知識がある、といった要素に加え、情報交換・相談・打合せが綿密であるという回答がみられた。介護保険施設とは異なる病院、医療現

場で多職種チームによる経口摂取支援を行った経験は“多職種チームのリーダー”というロールモデルのイメージにつながり、専門性や経験が異なる多職種で構成されたチームをまとめ、リーダーシップ発揮に繋がっていることが伺われた。アドバイザー役の者の職種は多岐にわたるが、特に改定後より開始群でのみ歯科医師がアドバイザー役となっていると回答されたことは改定によって歯科と施設の連携が促進されたと推測される。調整役の者についてリーダー役やアドバイザー役と異なる点は、「介護職を経験した介護支援専門員」「介護支援専門員と看護師の資格」「歯科衛生士 介護支援専門員 相談員」など別の職種の経験がある者が挙げられている点が特徴的であった。複数の職域にまたがる知識・経験により職能理解があるうえでの調整機能が重要であると考えられた。こうした役割を介護支援専門員、相談員や介護職の主任、係長等が、専門職および多職種チームと利用者それぞれの担当となる介護職員との間の知識技能や指示の繋ぎ役を担っていると推察された。

食事・栄養に関する多職種会議の議論については、全体および特に実施なし群で、リーダー役の有無が議論においての活発な意見交換に影響していた。経口摂取に関する多職種連携の効力感においても同様の傾向で、特に実施なし群において、リーダー役の有無が経口摂取に関する多職種連携の効力感に有意に影響していた。一方、改定前より実施群および改定後より実施群では、経口摂取に関する多職種連携の効力感はリーダー役の有無に関わらなかった。成熟した多職種チームでは、構成するメンバーそれぞれの連携技術の高さによる高い効力感が得

られている可能性があった。一方アドバイザー役については改定後より実施群および実施なし群においてアドバイザー役の有無が経口摂取に関する多職種連携の効力感に有意に影響した。リーダー役およびアドバイザー役の有無による影響の結果からは、連携が成熟しているとリーダーやアドバイザーが不在であったとしても連携に関する効力感が高いが、多職種チームの連携した取り組みがはじまって早期では、リーダーの存在は多職種チームをまとめる核として重要で、取り組みが定着後には知識技能のアドバイザーの重要性が高まる可能性が示唆された。また、調整役の有無が多職種連携の効力感に影響したという結果からは、調整役は会議の議場ではなく現場での調整を実施し効力感に寄与している可能性がある。

本検討においては多職種チームの核となる存在を「リーダー役」「アドバイザー役」「調整役」と設定した。多職種連携の技術を向上させるうえでの要点において「役割が明確」「参加型で非権力的なリーダーシップ」「技術的助言」「対立を解決するコミュニケーションスキル」等が重要であると指摘されている¹⁾。これらの要素はドナベディアンモデルにおけるストラクチャに相当するものであり、ストラクチャ次第でプロセスやアウトカムも変わりうることを示されている²⁾。さらに本検討の結果においてリーダー役のキャリアに 病院 NST、他施設等の勤務経験がある、 経験年数が長い、 研修参加するなど知識がある、 情報交換・相談・打合せが綿密であるという要素が抽出されたが、WHO の「ヘルスチームのリーダーシップ」の要件として提示されている「コミュニティの要求と社会的なニーズ

を満たす意欲、多様な疾患プロセスへの新たな知見、そして従来の“cure”からむしろ“care”の変革 に対する理解と感性が必要」³⁾ という要件に共通するものであった。すなわち急性期病院等の医療現場(cure)の多職種連携の経験を踏まえたうえで、介護現場(care)において必要な多職種連携のニーズを読み取り提案できる者がリーダーやアドバイザーに適任であるものと考えられる。しかしながら施設において適格なキャリアをもつ者が不在であるケースは大いに予想され、そういった際に施設の配置医師あるいは外部連携施設である歯科医師が医療的側面のリーダーシップをとることも求められるであろう。

また今回の結果では、多職種チームの発足時にこそリーダーやアドバイザーが効力感に影響していた。効力感、すなわち多職種連携が上手くいっているという実感は、チームワークの効果のうち主観的な効果であり、利用者・家族のQOL向上などの客観的な効果とともに、フィードバックの両輪をなすものである¹⁾。一方で長期的に取り組んできたと考えられる改定前より実施群では、リーダーやアドバイザーの不在は効力感に影響しなかった。多職種チームの活動は、会議や議論を通じ知識技能が共有され、また適宜もたらされる多職種連携による取り組みによって得られた効果のフィードバックにより強化されるプロセスを経て、取り組みを定着させ、時間をかけてチームの質の向上につながり、やがて構成するメンバーのそれぞれの連携技術が高まった成熟した多職種チームとなると考えられた。

多職種チームによる取り組みは、往々にして組織の変化を伴い、大きく、伝統のある

組織であるほど変化は困難で、取り組む際の負担となることが指摘されている¹⁾。すなわち変化により既存の方法との齟齬によるトラブルや職員個々の不満につながる可能性がある。そのため、どんなにエビデンスのある正しい方法があったとしても、変化が負担である以上、急激な変化を求めては失敗してしまう。したがって多職種のチームワークや連携も、ゆっくりと染み込む様に進め、周知し定着させることで効果があがると言われている⁴⁾。本検討において調整役の存在は、会議の議論に影響はなかったが多職種連携の効力感に影響していた。調整役は会議の議場よりも“既存の方法との齟齬の解消”や“個々の不満の軽減”などについての調整を実施し効力感に寄与している可能性があると考えられた。

E．結論

本検討においては施設における要介護高齢者の経口摂取支援に関わる多職種チームの核となる存在の有無がチームに及ぼす影響を主眼に検討した。

要介護高齢者への多職種による経口摂取支援では、リーダー役やアドバイザー役、調整役など多職種チームの核となる役割を担う適任者の存在が多職種チームの成熟に重要な役割を示すことが確認された。

今後は継続的な取り組みを追跡調査することによってさらに詳細な検討を行う必要

がある。

参考文献

1) 野中猛, 野中ケアマネジメント研究会: 多職種連携の技術 - 地域生活支援のための理論と実践 .P.31 ,p76-77 ,中央法規出版, 東京, 2014 .

2) Avedis Donabedian. Exploration in Quality Assessment and Monitoring Volume I, Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1980.

3) Health manpower requirements for the achievement of health for all by the year 2000 through primary health care.WHO1985, p44
apps.who.int/iris/bitstream/.../1/WHO_TR S_717.pdf.

4) 福原麻希: チーム医療を成功させる 10か条 - 現場に学ぶチームメンバーの心得 - 第2刷, 株式会社中山書店, 東京, 2014 .

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

なし

H．知的財産権の出願・登録状況

なし