

厚生労働省科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）

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の取り組みの効果に関する検討

研究分担者 安藤雄一 国立保健医療科学院 統括研究官
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

研究要旨：

多職種チームの発展に関わる情報を得るために、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多職種チームの取り組みによって得られた効果について検討した。対象は全国の介護老人保健施設および介護老人福祉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で構成されたチームの代表者および相当する職員の367名とした。一次調査では経口維持加算に係る多職種チームの実施体制、チームの核の存在「リーダー役」「アドバイザー役」「調整役」、歯科の関与について調査した。6か月後の二次調査では、取り組みによって得られた効果（アウトカム）として「食事支援に関する会議での活発な意見交換」「多職種連携の効力感（連携がうまくいっていると思う）」、「職員への教育効果」、「利用者・家族のQOL向上効果」、「利用者の発熱または肺炎予防効果」を調査した。アウトカム6項目に対し、影響を及ぼす因子をロジスティック解析によって検討した。

会議での活発な意見交換については、有意にリーダー役の存在（Odds ratio (OR):4.708）、アドバイザー役の存在（OR:4.068）が影響していた。多職種連携の効力感については、有意に伝達講習（OR:4.415）、リーダー役の存在（OR:5.907）、アドバイザー役の存在（OR:21.028）、調整役の存在（OR:4.017）が影響していた。また利用者・家族のQOL向上効果への影響については、改定前より実施群であることが実施なし/関与なし群よりも有意に影響していた（OR:11.851）。長期的に取り組みを実施しチームが成熟することで利用者・家族のQOL向上効果につながる可能性が示唆された。また利用者の発熱または肺炎予防効果への影響については、単変量解析において算定要件への歯科の関与が有意に影響していた（ $P=0.049$ ）が、多変量解析ではアドバイザー役の存在のみが有意に影響していた（OR:3.393）。

要介護高齢者への多職種による経口摂取支援では、ファシリテーター機能として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存在が連携の効力感、学習効果を生み、多職種チームの成熟に影響し、さらに経験を重ねることによるチームの質の向上が利用者・家族のQOL向上効果を生むことが示唆された。

A. 研究目的

経口維持加算におけるミールラウンド等、介護保険において多職種連携によるプロセスを評価する形式が数多く導入されている。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。

特に“要介護高齢者の食”に関しては、多彩な職種が関わる必要があるが、現状として多くのチームでは、限られたある一定の地域の中で、専門性や経験が様々な多職種が集まり、その場でできる限りの連携を図っている。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、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。そこで今回我々は、多職種チームの発展に関わる情報を得るために、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多職種チームの取り組みによって得られた効果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および介護老人福祉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、言語聴覚士、歯科衛生士等）で構成されたチームの代表者および相当する職員の367名とした。原則として1施設1名の参加とした。

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および老人福祉施設協議会に所属する介護老人福祉施設

2) 対象者の選定方法：介護老人保健施設

の研究参加募集：全国老人保健施設協会会員となっている施設に、多職種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。介護老人保健施設への研究参加募集：東京都高齢者福祉施設協議会会員となっている施設に、同協議会栄養研修委員会から多職種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：一次調査）経口維持加算に係る多職種チームの実施体制、チームの核の存在、歯科医師・歯科衛生士の関与について。二次調査）多職種連携会議の様相、取り組みによって得られた効果について。

2) 測定方法：質問紙郵送調査

3) 調査スケジュール： の対象に対して経口維持加算の改定内容等に関する研修会参加者を募り、研修会（ は平成28年7月11日、 は平成28年11月15日）において一次調査を行った。研修会より6ヶ月後に、二次調査を行った。研修会に参加しなかった者については、研修会参加群と同様の調査票を作成し、同様に郵送調査を行った。

4) 分析方法：本検討においては、経口摂取支援に関する多職種チームの成熟度の目安として、一次調査時点で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/関与なし」群に分類した。また歯科医師・歯科衛生士の関与および、多職種チームにおける核になる存在について「リーダー役」「アドバイザー役」「調整役」の存在を調査し、二次調査時における取り組みによって得られた効果(アウトカム)を統計学的に検討した。なお、統計解析には統計解析用ソフト SPSS Statistica25 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、東京都健康長寿医療センターの倫理・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

分析対象者の回答状況について表 1 に示す。介護老人保健施設群には 216 名(216 施設)が参加し、回収した調査票のうち 126 名を検討対象とした(有効回答率 58.3%)。介護老人福祉施設群は 151 名(151 施設)が参加し、146 施設を検討対象とした(有効回答率 96.7%)。合わせて 272 施設を分析対象とした。

2. 実施体制別分析対象者の特性

分析対象者の職種について経口摂取支援の実施体制別に表 2 に示す。特に管理栄養士が多く、実施なし/関与なし群では他の 2

群より医師や事務職など多彩な職種の参加があった。歯科衛生士はごく少数の参加であったことは、研究参加募集が施設職員を対象とした募集であったことが影響したと考えられた。

3. 実施体制別算定要件への歯科医師・歯科衛生士の関与の有無

介護老人保健施設では 91.1%、介護老人福祉施設では 98.9%が歯科医師あるいは歯科衛生士の訪問・勤務があると回答した。そのうち、平成 27 年度改定によって開口維持加算の要件となった、経口摂取支援に関わる観察評価・会議出席および評価・指示等の記載に歯科医師・歯科衛生士の関与があるものを算定要件への関与と定義して調査した。実施体制ごとの施設における算定要件への歯科医師・歯科衛生士の関与の有無について表 3 に示す(有効回答のみ)。未記入の多くは実施なし/関与なし群であった。介護老人保健施設においては、算定要件への歯科医師・歯科衛生士の関与が実施体制に影響を及ぼしていないことが明らかとなった。一方、介護老人福祉施設においては、まったく逆の傾向を示し、歯科医師・歯科衛生士が経口摂取支援に関与している施設は改定前より実施群・改定後より実施群に有意に多かった。経口維持加算の算定要件には、「医師、歯科医師、歯科衛生士、又言語聴覚士のいずれかが...関与」と明記されているため、本検討対象となった介護老人保健施設における多職種チームは主に医師・言語聴覚士が関与したチームであったと考えられた。一方、介護老人福祉施設の多くは言語聴覚士の勤務がないため、歯科医師・歯科衛生士に経口摂取支援チームへの参加要請を行

う必要があり、かねてから施設内で歯科職種も含めた多職種による会議・検討の実施経験のある施設のほうが、取り組み内容を算定に結び付けやすい条件が整っていた可能性が考えられた。さらに介護老人福祉施設における歯科医師の関与の詳細を表4に示す。介護老人福祉施設においては、取り組みへの歯科医師の関与について「改定以降準備を開始した」「準備中」と回答した施設も少数ながらあり、平成27年度改定をきっかけに歯科との連携に変化が生じたことが伺えた。

4. 多職種チームの核になる者の存在

一次調査時における多職種チームの核になる者の存在について、実施体制別に表5-7に示す。介護老人保健施設・介護老人福祉施設ともに「リーダー役(先導者役)」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(表5)。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、特に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。「アドバイザー役(指導者役)」の者については、介護老人保健施設で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が、介護老人福祉施設においては実施体制の差はなかった(表6)。介護老人福祉施設では算定を行っていても経口摂取支援に準じた取り組みを実施している可能性があった。一方、「調整役」の者については多くの施設で概ね「いる」という回答が多く、実施体制による差はなかった(表7)。

5. チームの核になる者の職種と経歴

前述の多職種チームの核になる者について、その者の職種と経歴を表8-13に示す。経歴については自由回答の内容からコード分類を試みた。

リーダー役の者については介護老人保健施設・介護老人福祉施設ともに管理栄養士および管理栄養士を含む複数職種が多かった(60.7%,74.6%重複あり;表8,9)。介護老人保健施設では、ついで言語聴覚士(32.8%)、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8)。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。介護老人福祉施設では管理栄養士のほか、看護師および看護師を含む複数職種16.9%、介護主任5.1%や介護支援専門員13.6%、関連職種のチーム全体がリーダー役と回答されていた(表9)。リーダー役の経歴をコード化すると他施設経験、経験値、知識、といった要素に加え、連携経験、管理経験などに分類することができた。

アドバイザー役の者については多岐にわたるが、介護老人保健施設では57回答中、言語聴覚士および言語聴覚士を含む複数職種が35.1%、看護師および看護師を含む複数職種が31.6%であった(重複あり;表10)。その他医師14.0%、理学療法士8.8%、作業療法士7.0%、歯科医師7.0%であった。アドバイザー役が理学療法士や作業療法士という回答は、介護老人保健施設に特徴的である。一方、介護老人福祉施設についても多岐にわたるが、66回答中、看護師あるいは看護師を含む複数職種が41.0%、歯科医師あるいは歯科医師を含む複数職種が37.9%であっ

た(重複あり;表11)。その他は管理栄養士13.6%,歯科衛生士13.6%,言語聴覚士9.1%,医師4.5%であった。介護老人福祉施設において歯科医師がアドバイザー役を担っている割合が著明に高いことが特徴的であった。いずれの群もアドバイザー役は複数の職種が担っていることが示唆され、また職歴はリーダー役と同様の分類で、特に知識に分類されるものが多かった。

調整役の者については、介護老人保健施設では49回答中、管理栄養士および管理栄養士を含む複数職種は32.7%,介護支援専門員・相談員とそれを含む複数職種は26.5%,看護師および看護師を含む複数職種は20.4%,介護職・介護主任およびそれを含む複数職種は12.2%であった(重複あり;表12)。一方、介護老人福祉施設では70回答中介護支援専門員・相談員およびそれを含む複数職種は65.7%と多く、管理栄養士および管理栄養士を含む複数職種20.0%,介護主任および介護主任を含む複数職種11.4%,看護師および看護師を含む複数職種10.0%の3倍以上という結果であった(重複あり;表13)。リーダー役やアドバイザー役と比較して、調整役では前述の～に加え「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、すなわち他職種経験に分類される者が挙げられている点が特徴的であった。主に専門職で構成される経口摂取に関する多職種チームと、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、複数の職種の経験のある介護支援専門員等であると推察された。

6. チーム内伝達講習の効果

研修参加し二次調査に回答を得た167名に対して、本調査の対象である多職種チームの代表および相当する職員が、経口維持加算の改定内容等に関する研修会で得た情報をチームのメンバーに対して行った伝達講習実施の有無、および研修6ヶ月後の内容の理解度について検討した。伝達講習とは“研修会の資料を見せ説明を行なった”ことと定義した。6ヶ月後の理解度は、研修を受けた対象者を“自分”として「A.自分は対象者の要件を理解している」「B.自分は食事観察方法を理解している」「C.自分は特別な支援の方法を理解している」「D.チームメンバーは対象者の要件を理解している」「E.チームメンバーは食事観察方法を理解している」「F.チームメンバーは特別な支援の方法を理解している」の6項目とした。実施体制別に検討したところ、実施なし/関与なし群において伝達講習を行ったほうがB,C,Dの項目で有意に理解しているものが多い結果であった($P=0.046,0.058,0.008$:図表なし)。また改定後より実施群でも同様の傾向がみられたが、改訂前より実施群では差がなかった。実施体制群別では、臨床的に取り組みを積み重ねている改訂前より実施群においては研修効果がないが、取り組み開始後1年未満の改訂後より実施群と実施なし/関与なし群において特に研修効果があったことが示唆された。

対象者全体においては、A,B,C,D,E,Fの順に $P=0.066,0.044,0.045,<0.001,0.022,0.020$ で、いずれも伝達講習を行ったほうが、6ヶ月経過した後においても理解しているものが多いという結果であった(図1)。チーム

のメンバーに対し伝達講習を行うことで、研修を受けた対象者自身も知識が定着し、実践するなかでチームメンバーの理解も得られたことが示唆された。

7. 連携のアウトカムの評価

多職種連携による経口摂取支援の取り組みを実践したことによって得られたアウトカムに影響する要因を検討した。対象は、実施によるアウトカムに関して回答を得た研修非受講者を含む114名とした。

アウトカムは対象者の主観的な評価を「A. 食事支援に関する会議での活発な意見交換」「B. 多職種連携の効力感（連携がうまくいっていると思う）」、「C. チームメンバーへの教育効果」、「D. チーム以外の職員に対する教育効果」、「E. 利用者・家族のQOL向上効果」、「F. 利用者の発熱または肺炎予防効果」の6項目に分類して分析した。

前述のチームの核および算定要件への歯科の関与によるアウトカムへの効果を検討し、対象全体の結果を図2-5に示す。

リーダー役の存在に関する検討では、D、F以外のアウトカム項目において有意に効果がみられた（図2）。とくにA、Bで著明であった。実施体制別の検討では、特に実施なし/関与なし群でリーダー役の存在によるA（ $P<0.001$ ）、B（ $P<0.001$ ）、C（ $P=0.036$ ）、D（ $P=0.023$ ）のアウトカム項目への効果があった（図表なし）。リーダー役が多職種会議のファシリテーターとなり議論を促進している可能性、またそれにより効力感が生まれている可能性が示唆された。

アドバイザー役の存在に関する検討では、A-F全てのアウトカム項目で有意に効果があった（図3）。とくにA、Bで著明であっ

た。実施体制別の検討では、特に実施なし/関与なし群でアドバイザー役の存在によるA（ $P<0.001$ ）、B（ $P<0.001$ ）、C（ $P=0.016$ ）、D（ $P=0.008$ ）、E（ $P=0.017$ ）のアウトカム項目で有意に効果がみられた（図表なし）。Bのアウトカム項目においては全ての実施体制で有意であった。アドバイザー役が定期的に介入することで、実践で生じる疑問や課題の早期解決につながり効力感や教育効果につながることを示唆された。

調整役の存在に関する検討では、F以外のアウトカム項目で有意に効果があった（図4）。特にB、Cで著明な差があった。実施体制別の検討では、特に実施なし/関与なし群でA（ $P=0.005$ ）、B（ $P<0.001$ ）、C（ $P<0.001$ ）、D（ $P=0.004$ ）、E（ $P=0.010$ ）のアウトカム項目で有意に効果があった（図表なし）。Cでは実施なし/関与なし群のほか改定後より実施群でも有意に効果があった（ $P<0.001, 0.034$ ）。

さらに算定要件への歯科の関与に関して検討を行った。実施体制別では、有意であるアウトカム項目はなかったが、全体ではFのアウトカム項目において有意に効果があった（ $P=0.049$ ）（図5）。

これらの結果から、さらに多重比較を行った。影響する可能性のある因子（共変量）として「研修受講の有無」「実施体制（改定前より実施・改定後より実施・実施なし/関与なし）」、「伝達講習の有無」「算定要件への歯科の関与の有無」「リーダー役の存在」「アドバイザー役の存在」「調整役の存在」とした。AからFのアウトカムを従属変数として、強制投入法によりロジスティック解析をおこなった（表14-19）。

A. 食事支援に関する会議での活発な意見

交換については、有意にリーダー役の存在 (Odds ratio (OR):4.708), アドバイザー役の存在 (OR:4.068) が影響していた(表 14)。

B. 多職種連携の効力感については、有意に伝達講習 (OR:4.415), リーダー役の存在 (OR:5.907), アドバイザー役の存在 (OR:21.028), 調整役の存在 (OR:4.017) が影響していた (表 15)。

C. チームメンバーへの教育効果については、有意に影響しているものはなかった (表 16)。変数減少法によるロジスティック解析も行ったが、いずれの項目も有意になることはなかった。全体の 90% がチームメンバーへの教育効果があった、という回答をしていたことを踏まえると、多職種による経口維持の取り組みを行うこと自体が教育効果に繋がっている可能性がある。

D. チーム以外の職員に対する教育効果については、有意に伝達講習 (OR:3.577), アドバイザー役の存在 (OR:4.062) が影響していた(表 17)。

E. 利用者・家族の QOL 向上効果への影響については、改定前より実施群であることが実施なし/関与なし群よりも有意に影響していた (OR:11.851) (表 18)。長期的に取り組みを実施しチームが成熟することで利用者・家族の QOL 向上効果につながる可能性が示唆された。

F. 利用者の発熱または肺炎予防効果への影響については、有意にアドバイザー役の存在が影響していた (OR:3.393) (表 19)。

D. 考察

多職種チームの核になる者の存在について、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の存在は、経験の浅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。

チームの核の職歴をコード化すると他施設経験、経験値、知識、といった要素に加え、連携経験、管理経験、他職種経験などに分類することができた。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。

取り組みによって得られたアウトカムに対しての単変量解析からは、経験の浅い多職種チームでは、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、チームメンバーへの教育効果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専門職および多職種チームと利用者それぞれの担当の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、複数の職域にまたがる知識・経験による職能理解から調整機能を発揮していると考えられた。またアドバイザー役の職種は、特に介護老人福祉施設で歯科医師の割合が多かった。算定要件に歯科医師・歯科衛生士の関与があることで、利用者の発熱・肺炎予防に効果があったことは、今後の歯科と介護の連携を推進する上で有効な情報であった。

さらに多変量解析で、今回得られたアウトカム項目それぞれに対して影響を及ぼす因子を数値で表現できたことは新たな知見であった。会議における意見交換に関しては、ファシリテーターとしての機能をリーダーやアドバイザーが果たしていることが影響したと考えられた。一方、連携の効力感に関しては、一部のメンバーが得た知識を共有することや、知識・経験やバックグラウンドが異なる者同士の調和を調整役が担っていることが影響したことに加え、適時適切に課題解決に関する示唆を与えるアドバイザーの存在が大きく影響したものと考えられた。

チームメンバーの教育効果については、影響する因子が一部の因子だけではない可能性があり、むしろ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可能性が示唆された。チーム以外の職員への教育効果との対比でみると、チームメンバーでは活動自体が複合的な効果を生むが、その取り組みを行うチーム以外の者にとっては伝達講習やアドバイザーの存在など知識の授受が効果を生むことが推察された。

施設における取り組みの本来のアウトカムである利用者について、QOL 向上効果は多職種チームによる長期にわたる取り組みにより個々の技術や連携技術の高いことが影響を及ぼしていた。一方で肺炎・発熱予防効果に関しては、アドバイザーの存在により適切な口腔清掃指導や摂食嚥下障害への対応の知識を得られる状態が影響を及ぼしていた。歯科の関与は単変量では有意であったが、多変量解析では有意ではなかった。

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チームの核職歴のコード化を試みたが、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。すなわち病院等の他の医療現場(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に合わせてファシリテートし、適時適切な指導をできる者がリーダーやアドバイザーに適任であったものと考えられる。しかしながら施設において相応の職歴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・連携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。

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⁾。急激な変化は既存の方法との齟齬によるトラブルや職員個々の不満を生じさせ連携や協働の失敗につながるものが少なくない。したがって多職種のチームワークや連携も、

ゆっく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). チーム間や施設内において“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が,効力感に寄与している可能性がある。

多職種連携の効力感は,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).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,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(図6)。

E. 結論

本検討においては,多職種チームの発展に関わる情報を得るために,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多職種チームの取り組みによって得られた効果について検討した。

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存在が連携の効力感,学習効果を生み,多職種チームの成熟に影響し,さらに経験を重ねることによるチームの質の向上が利用者・家族の QOL 向上効果を生むことが示唆

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_TRS_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

		介護老人保健施設	介護老人福祉施設	合計
検討対象	改定前より実施	38	40	78
	改定後より実施	36	42	78
	実施なし/関与なし	52	64	116
	合計	126	146	272 n.s.
除外		90	5	95
配布数合計		216	151	367
回収率(%)		58.3	96.7	74.1

表1 分析対象者

	介護老人保健施設				介護老人福祉施設				合計			
	改定前より実施	改定後より実施	実施なし/関与なし	合計	改定前より実施	改定後より実施	実施なし/関与なし	合計	改定前より実施	改定後より実施	実施なし/関与なし	合計
医師			1	1				0			1	1
看護師	3	4	5	12	0	4	5	9	3	8	10	21
管理栄養士	18	16	12	46	27	25	42	94	45	41	54	140
栄養士			1	1				0			1	1
歯科衛生士	1	2		3	1	1	1	3	2	3	1	6
理学療法士	1		10	11				0	1		10	11
作業療法士	3	2	7	12		1		1	3	3	7	13
言語聴覚士	5	5	2	12	1			1	6	5	2	13
介護士	6	5	10	21	1	4		5	7	9	10	26
介護支援専門員	1	2	2	5	8	7	15	30	9	9	17	35
施設長				0	1			1	1			1
事務職			1	1	1		1	2	1		2	3
不明			1	1				0			1	1
合計	38	36	52	126	40	42	64	146	78	78	116	272

表2 実施体制ごとの分析対象者特性

算定要件への歯科職種の関与	改定前より開始		改定後より開始		実施なし/関与なし	合計		P-Value
	n	(%)	n	(%)	n (%)	n (%)		
介護老人保健施設	あり	1 (4.8)	7 (25.0)	0 (0.0)	8 (12.3)	0.023		
	なし	20 (95.2)	21 (75.0)	16 (100.0)	57 (87.7)			
	合計	21	28	16	65			
介護老人福祉施設	あり	24 (92.3)	23 (82.1)	19 (57.6)	66 (75.9)	0.005		
	なし	2 (7.7)	5 (17.9)	14 (42.4)	21 (24.1)			
	合計	26	28	33	87			
合計	あり	25 (53.2)	30 (53.6)	19 (38.8)	74 (48.7)	0.241		
	なし	22 (46.8)	26 (46.4)	30 (61.2)	78 (51.3)			
	合計	47	56	49	152			

表3 実施体制ごとの算定要件への歯科職種の関与

		改定前より開始	改定後より開始	実施なし/関与なし	合計	P-Value
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
介護老人 福祉施設	改定以前から関与	23 (88.5)	21 (75.0)	19 (57.6)	63 (72.4)	0.009
	改定以降関与	1 (3.8)	2 (7.1)	0 (0.0)	3 (3.4)	
	関与準備中	0 (0.0)	2 (7.1)	3 (9.1)	5 (5.7)	
	アドバイスのみ	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (21.2)	7 (8.0)	
	関与予定なし	2 (7.7)	3 (10.7)	4 (12.1)	9 (10.3)	
合計		26	28	33	87	

表 4 介護老人福祉施設における歯科医師の関与の詳細

多職種チームの リーダー役の存在		改定前より開始	改定後より開始	実施なし/関与なし	合計	P-Value
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
介護老人保 健施設	いる	21 (95.5)	26 (89.7)	14 (60.9)	61 (82.4)	0.004
	いない	1 (4.5)	3 (10.3)	9 (39.1)	13 (17.6)	
	合計	22	29	23	74	
介護老人福 祉施設	いる	24 (92.3)	24 (88.9)	20 (60.6)	68 (79.1)	0.004
	いない	2 (7.7)	3 (11.1)	13 (39.4)	18 (20.9)	
	合計	26	27	33	86	
合計	いる	45 (93.8)	50 (89.3)	34 (60.7)	129 (80.6)	<0.001
	いない	3 (6.3)	6 (10.7)	22 (39.3)	31 (19.4)	
	合計	48	56	56	160	

表 5 実施体制ごとの施設における多職種チームのリーダー役の有無

多職種チームの アドバイザー役の存在		改定前より開始	改定後より開始	実施なし/関与なし	合計	P-Value
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
介護老人保 健施設	いる	16 (80.0)	26 (89.7)	12 (52.2)	54 (75.0)	0.007
	いない	4 (20.0)	3 (10.3)	11 (47.8)	18 (25.0)	
	合計	20	29	23	72	
介護老人福 祉施設	いる	19 (76.0)	21 (75.0)	25 (71.4)	65 (73.9)	0.911
	いない	6 (24.0)	7 (25.0)	10 (28.6)	23 (26.1)	
	合計	25	28	35	88	
合計	いる	35 (77.8)	47 (82.5)	37 (63.8)	119 (74.4)	0.060
	いない	10 (22.2)	10 (17.5)	21 (36.2)	41 (25.6)	
	合計	45	57	58	160	

表 6 実施体制ごとの施設における多職種チームのアドバイザー役の有無

多職種チームの調整役の存在		改定前より開始		改定後より開始		実施なし/関与なし		合計		P-Value
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
介護老人保健施設	いる	16	(80.0)	21	(75.0)	12	(54.5)	49	(70.0)	0.150
	いない	4	(20.0)	7	(25.0)	10	(45.5)	21	(30.0)	
	合計	20		28		22		70		
介護老人福祉施設	いる	22	(84.6)	25	(89.3)	27	(77.1)	74	(83.1)	0.429
	いない	4	(15.4)	3	(10.7)	8	(22.9)	15	(16.9)	
	合計	26		28		35		89		
合計	いる	38	(82.6)	46	(82.1)	39	(68.4)	123	(77.4)	0.132
	いない	8	(17.4)	10	(17.9)	18	(31.6)	36	(22.6)	
	合計	46		56		57		159		

表 7 実施体制ごとの施設における多職種チームの調整役の有無

介護老人保健施設			
リーダー職種	コード	詳細	合計
医師	1	知識 摂食嚥下障害に詳しい医師	1
看護師	6	経験値・知識 過去に病院勤務しNST40時間研修を受けた	1
		不明	5
管理栄養士	27	他施設経験 特養、有料老人ホームの経歴有り(20数年)	1
		他施設経験 病院、老健で長い経験を積まれている	1
		他施設経験 病院経験があり食事の形態について幅広い経験がある	1
		知識 研修会に多く参加してる	1
		連携経験 歯科医師、言語聴覚士と相談しながら対応している	1
		連携経験 過去病院にてNSTを立ち上げたことのある管理栄養士	1
		経験値 15年特養経験あり	1
		経験値 15年	1
		経験値 老健10年以上勤務の栄養士	1
栄養士	3	経験値 入職6年目	1
		不明	2
言語聴覚士	11	他施設経験 急性期、回復期などの病院の経歴	1
		他施設経験 病院勤務を経て老健へ入職	1
		経験値 14年	1
		経験値 7年位	1
介護職	2	経験値 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	1
		不明	1
言語聴覚士・管理栄養士	9	他施設経験・連携経験 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	1
		他施設経験 病院にてSTを長くしていた	1
		連携経験 STとRDとが相談しながら行っています	1
		連携経験 チームで	3
		経験値 管理栄養士中心チーム	1
		経験値 共に20年位です	1
医師・管理栄養士	1	経験値 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	1
		連携経験 チームで	1
理学療法士・作業療法士・介護職	1	知識 食事に関する研修を行けた職員チーム	1

表 8 施設における多職種チームのリーダー役の者の職種とキャリア(介護老人保健施設)

介護老人福祉施設				
リーダー職種	コード	詳細	合計	
看護師	4	他施設経験	7年。他の特養で摂食嚥下指導を経験	1
		他施設経験・連携経験	病院においてNST、VEの嚥下委員会の委員長を3年されていた	1
			不明	2
歯科衛生士	1	知識	日本歯科衛生士会の摂食、嚥下の認定を取得	1
管理栄養士	36	他施設経験	過去に病院にて	1
		他施設経験	病院経験あり	1
		他施設経験	老健を経験した管理栄養士	1
		知識	加算算定の為、研修会に積極的に参加し情報収集。多職種に情報を提供する役割	1
		知識	在宅訪問管理栄養士認定あり	1
		知識	摂食嚥下講習会で常に勉強している	1
		経験値・連携経験	10年以上勤務。他施設の事や同じ管理栄養士とのパイプもつながっている。他がどうい う事を行っているか理解している	1
		経験値・知識	高齢者施設で21年、VEも同じ 外部評価(嚥下)スキル有	1
		経験値	10年以上施設に勤めている管理栄養士	1
		経験値	20年程度	1
		経験値	高齢者福祉施設勤務13年の管理栄養士	1
		経験値	30年近く自施設で勤務している	1
		経験値	開所時から勤務	1
		経験値	前制度時の経口維持加算の時から経口維持加算に関わっている	1
		経験値	長年特養の管理栄養士をやっている。20年以上	1
		経験値	特養24年のキャリアあり	1
		経験値	特養で20年	1
		経験値	特養で管理栄養士6年、経口維持実施6年	1
		経験値	特養に8年勤めた管理栄養士	1
		経験値	特養勤務が20年以上	1
場の形成	リーダーと言うのか司会進行をしている	1		
場の形成	キャリア特に無く、手探りで行っている状況。中心になってはいるが、専門家とは言えない状況	1		
		不明	14	
介護支援専門員	3	他職種経験	生活相談員を10年経験。昨年10月より介護支援専門員も兼任	1
		経験値	当施設のみでの経験だと思います	1
			ケアマネ歴1年	1
介護職	2	経験値	介護福祉士12年	1
		経験値	介護福祉士歴12年	1
介護主任	3	多職種経験・経験値	15年ケアワーカー(介護職)を務めた介護支援専門員	1
		多職種経験・経験値・管理経験	介護現場含め管理者経験16年	1
		多職種経験・経験値	現場経験15年	1
管理栄養士・介護支援専門員	2	他施設経験	過去に在宅のケアマネ経験2年	1
			不明	1
管理栄養士・歯科衛生士	1	連携経験	7年位	1
管理栄養士・看護師	2	経験値	特養で30年	1
		他施設経験	病院勤務の長い看護師	1
管理栄養士・看護師・介護支援専門員	1	知識・経験値	摂食指導に長年携わっている	1
管理栄養士・看護師・施設長	1	経験値	看護師、施設長は加算が始まった時から関わっている	1
管理栄養士・作業療法士	1	経験値	特養経験しかない 経験豊富20年のベテラン	1
医師・看護師・介護支援専門員	1	連携経験	チームで	1
看護師・介護支援専門員	1	連携経験	チームで	1

表 9 施設における多職種チームのリーダー役の者の職種とキャリア(介護老人福祉施設)

介護老人保健施設			
アドバイザー職種	コード1	詳細	合計
医師	4	他施設経験・連携経験・知識 病院のNSTも経験している	4
医師・看護師	2	他施設経験・連携経験・知識 急性期 亜急性期 老健と経験した医師、看護師	1
		他施設経験・連携経験・知識 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	1
医師・言語聴覚士	2	他施設経験・知識 医師は状況説明やケア方法など詳しく細かくしている。STは他の施設でも経験がある	1
		不明	1
歯科医師	4	他施設経験・経験値・知識 開業約20年、摂食嚥下に関わる研修を受けている	1
		他施設経験・知識 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	1
		近医	2
歯科衛生士	1	不明	1
看護師	9	他施設経験 一般急性病院経験者	1
		他施設経験 国立病院で働いていた	1
		他施設経験 脳神経外科など救急病院の経歴	1
		他施設経験 病棟経験のある正看護師	1
		経験値 老健などで経験している	1
		不明	4
看護師・リハ	1	不明	1
看護師・介護士	3	連携経験 チームで	1
		知識 認知症専門	1
		連携経験 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いる	1
看護師・介護支援専門員	1	不明	1
言語聴覚士	13	経験値 14年	1
		経験値 20年ほどのキャリア(着任3年)	1
		経験値 6年	1
		経験値 7年位	1
		他施設経験 法人内他施設勤務のSTさんにご協力頂いています	1
		経験値 老健経験のみ(4年)	1
		不明	7
言語聴覚士・看護師	1	不明	1
言語聴覚士・管理栄養士	3	不明	3
言語聴覚士・歯科衛生士	1	不明	1
理学療法士	2	経験値 16年勤めたPT	1
		知識 知識が豊富	1
理学療法士・作業療法士	2	不明	2
作業療法士	1	不明	1
管理栄養士	3	経験値 30年位	1
		不明	2
管理栄養士・看護師	1	経験値 RDは20年位、Nsは40年以上	1
管理栄養士・作業療法士	1	不明	1
介護主任	1	他施設経験・連携経験 他施設での経験と部下への指導が出来る介護リーダー	1
介護職・理学療法士	1	不明	1

表 10 施設におけ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（介護老人保健施設）

介護老人福祉施設			
アドバイザー職種	コード	詳細	合計
医師・言語聴覚士	1	他施設経験・知識 在宅の医師で市役所中心で嚥下困難者へのアプローチをしている	1
歯科医師	16	他施設経験・知識 障害者に対する摂食嚥下指導を行っている	1
		他施設経験・知識 摂食嚥下に詳しい	1
		他施設経験・知識 専門の摂食嚥下の認定医です。経歴は10年位か	1
		他施設経験・知識 嚥下を専門としている歯科医師	1
		他施設経験・知識 嚥下検査を実施している歯科医師	1
		他施設経験・知識 嚥下障害の知識や経験がある	1
		不明	10
歯科医師・歯科衛生士	3	他施設経験・経験値 歯科衛生士は特養で8年以上、その他で20年以上の経験あり。医師は区内診療所の方が週2～3程度入れ替わりで来所する	1
		不明	2
歯科医師・歯科衛生士・看護師	1	不明	1
歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士	1	不明	1
歯科医師・歯科衛生士・理学療法士	1	不明	1
歯科医師・理学療法士	1	不明	1
歯科医師・言語聴覚士	1	不明	1
歯科医師・管理栄養士	1	不明	1
歯科衛生士	3	知識 日本歯科衛生士会の摂食、嚥下の認定を取得	1
		知識 摂食嚥下リハビリテーション分野の認定歯科衛生士	1
		経験値・知識 長年、行政（区の保健所）に勤め、その後医科大の職員（講師）になった歯科衛生士	1
看護師	15	他施設経験・経験値・知識 脳卒中病棟10年、看護教員でRH看護、老年期看護専任、非常勤講師15年	1
		他施設経験・経験値・知識 脳卒中病棟10年、看護学校で非常勤講師15年	1
		他施設経験・連携経験・知識 リハビリ病棟での勤務経験とデイサービスでの口腔ケア加算も実施。STからの情報共有もあり	1
		連携経験 看護リーダー、嘱託医等医療関係者とのパイプ役	1
		経験値・知識 長年摂食指導に関わっている看護師	1
		経験値・知識 特養勤務長い。認知症認定看護師など	1
		経験値 看護係長職	1
		経験値 施設経営にも理解があり、算定に積極的	1
不明	7		
看護師・医師	1	不明	1
看護師・医師・理学療法士	1	不明	1
看護師・理学療法士・介護職	1	経験値 特養20年のキャリアあり	1
看護師・作業療法士	1	他施設経験・経験値・知識 疾患やメカニズムに詳しく経験豊富。元婦長	1
看護師・言語聴覚士	1	不明	1
看護師・介護支援専門員	2	不明	2
		言語聴覚士として10年勤めている	1
言語聴覚士	3	経験値 不明	2
		不明	2
管理栄養士・看護師	4	他施設経験・知識 ・RD-外部研修で摂食嚥下障害の勉強をしている。・Ns.-老健での勤務をした	1
		知識 摂食嚥下障害に詳しい管理栄養士、看護師	1
		不明	2
管理栄養士	2	経験値 高齢者福祉施設勤務13年の管理栄養士	1
		不明	1
管理栄養士・作業療法士	1	経験値・知識 食事摂取時の姿勢などの確に対応出来ている。20年以上	1
介護支援専門員	4	他職種経験 介護士経験あり	1
		経験値 当施設のみでの経験だと思います	1
		不明	2
team	1	それぞれの職種の人がアドバイスをくれているが、何れも専門家とは言えない	1

表 11 施設におけ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（介護老人福祉施設）

介護老人保健施設			
調整役 職種	コード1	詳細	合計
歯科医師	1	不明	1
看護師	7	他施設経験・経験値	病院18年、施設16年勤務
		経験値	20年
		経験値	10年
		経験値	不明
			4
看護師・理学療法士	1	不明	1
看護師・相談員	1	不明	1
管理栄養士	15	他施設経験・経験値	病院、介護施設30年の職歴
		経験値	10年
		経験値	6年。当施設に入職して1年10か月
		経験値	入職6年目
		経験値	不明
			10
言語聴覚士・管理栄養士	1	経験値	ST14年、RD5年
言語聴覚士	4	他施設経験	病院勤務の後当施設での勤務
		経験値	キャリア19年（本人）
		経験値	老健経験のみ（4年）
		経験値	不明
			1
介護職	5	経験値・管理経験	介護主任
		経験値・管理経験	食事委員会委員長
		経験値	20年介護職を勤めた介護福祉士
		経験値	経験の長いパート
		経験値	不明
			1
介護支援専門員等	12	他施設経験・他職種経験	他施設で介護職を経験した介護支援専門員
		他職種経験・経験値	13年介護職を勤めた介護支援専門員
		他職種経験・経験値	20年介護職を勤めたCM
		他職種経験・経験値	10年介護職を勤めた介護支援専門員
		他職種経験・経験値	歯科衛生士 ケアマネ 相談員をしているためとても詳しい
		他職種経験・経験値	ケアマネと看護師の資格を持っている
		他職種経験・経験値	不明
			6
看護師・言語聴覚士・介護主任	1	他施設経験・連携経験・経験値・管理経験	STは病院・訪問など複数経験し情報交換が綿密。Nsは療養長、看護主任が窓口、CWは係長、主任職を窓口にケア担当者とのケア
team・委員会	1	管理経験	相談員、ケアマネージャー、主任職以上の職員

表 12 施設における多職種チームの調整役の者の職種とキャリア（介護老人保健施設）

介護老人福祉施設				
調整役 職種	コード1	詳細	合計	
看護師	3	経験値	看護師長20年	2
			不明	1
看護師・介護主任	2	経験値	それぞれ20年以上の経験	1
			不明	1
看護師・管理栄養士	1	経験値	15年福祉施設で務めた看護師	1
管理栄養士	9	他施設経験	N S T はなかったが病院経験あり	1
		経験値	15年特養に勤めている	1
		経験値	5年	1
		経験値	高齢者福祉施設勤務13年の管理栄養士	1
			不明	5
管理栄養士・介護主任	1		不明	1
作業療法士・管理栄養士	1	経験値	20年以上	1
歯科衛生士	2	経験値	3年	1
		知識	日本歯科衛生士会の摂食、嚥下の認定を取得	1
介護支援専門員	43	他職種経験・経験値経験値・管理経験	15年介護職を務めた介護支援専門員で副主任	1
		他施設経験・他職種経験・経験値	デイ生活相談員歴11年、施設ケアマネ歴3年	1
		他職種経験・経験値経験値	10年介護職、9年相談員（5年前より介護支援専門員兼務）	1
		他施設経験・他職種経験・経験値	介護支援専門員で在宅経験あり、介護は18年以上	1
		他職種経験・経験値	介護現場10年務めた介護支援専門員	1
		他職種経験・経験値	介護現場上がり（看取りも何件も経験）のCM	1
		他職種経験・経験値	10年以上介護職に努めた介護支援専門員	1
		他職種経験・経験値	生活相談員を10年経験、昨年10月より介護支援専門員も兼任	1
		他職種経験・経験値	相談員もやっていた事があるので、看護や家族への説明も行ってくれる	1
		他職種経験・経験値	介護職からケアマネになり、トータル20年以上	1
		他職種経験・経験値	介護職を20年近く務めた	1
		他職種経験・経験値	介護職経験10年	1
		他職種経験・経験値	介護職経験後、生活相談員12年、ケアマネ兼務	1
		他職種経験・経験値	特養勤務10年以上、相談員、介護職も経験	1
		他職種経験・経験値	15年ケアワーカー（介護職）を務めた介護支援専門員	1
		他職種経験	介護士経験あり	1
		知識	加算を理解しご家族への説明も出来る	1
		知識	加算制度を理解しており、算定に向けて調整する立場	1
		経験値	20年位	1
		経験値	18年	1
		経験値	現場経験15年	1
		経験値	特養10年のキャリアあり	1
		経験値	5年以上勤めている	1
経験値	職員間の意見や運営についてのアドバイスを下さるが、必ずしも経口維持の専門ではない	1		
経験値	当施設のみでの経験だと思います	1		
経験値	調整役は相談員だから	1		
経験値	ケアマネ歴1年	1		
		不明	16	
介護支援専門員・相談員	1	他職種経験	・生活相談員10年介護職を務めた。・ケアマネー看護師を務めた	1
介護支援専門員・管理栄養士・看護師	1		不明	1
介護支援専門員・管理栄養士・作業療法士	1		不明	1
介護主任	5	経験値・管理経験	15年以上介護職を務め、介護主任を経て管理職についている	1
		経験値・管理経験	フロアリーダー、専門職と介護職員をつなぐパイプ役	1
		経験値・管理経験	介護主任、介護係長	1
		経験値	食事関係担当のケアワーカー	1
			不明	1

表 13 施設における多職種チームの調整役の者の職種とキャリア（介護老人福祉施設）

伝達講習の有無による6か月後の対象者とチームメンバーの理解度

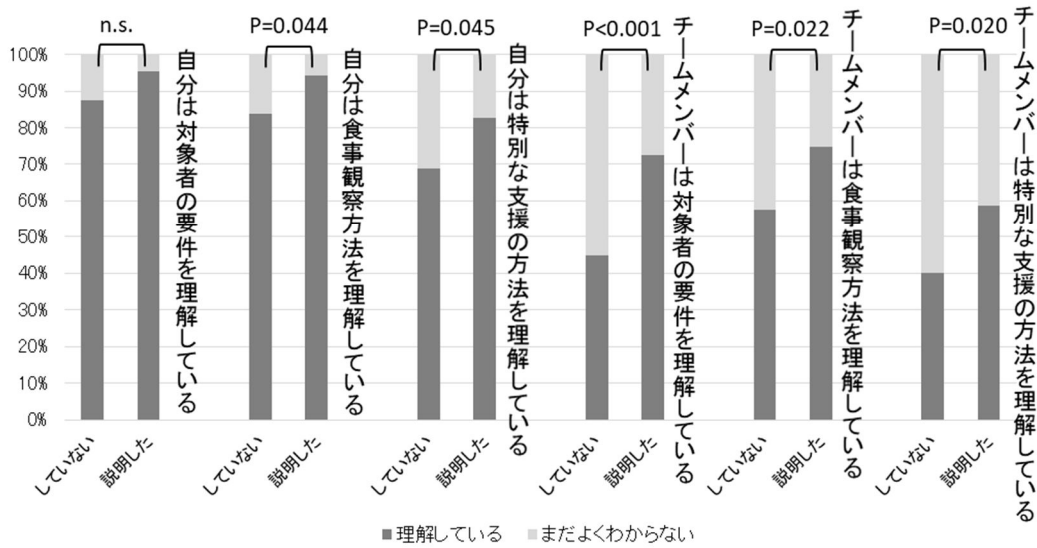


図1 伝達講習の有無による,6か月後の対象者およびチームメンバーの理解度

リーダー役が存在によるアウトカムへの効果

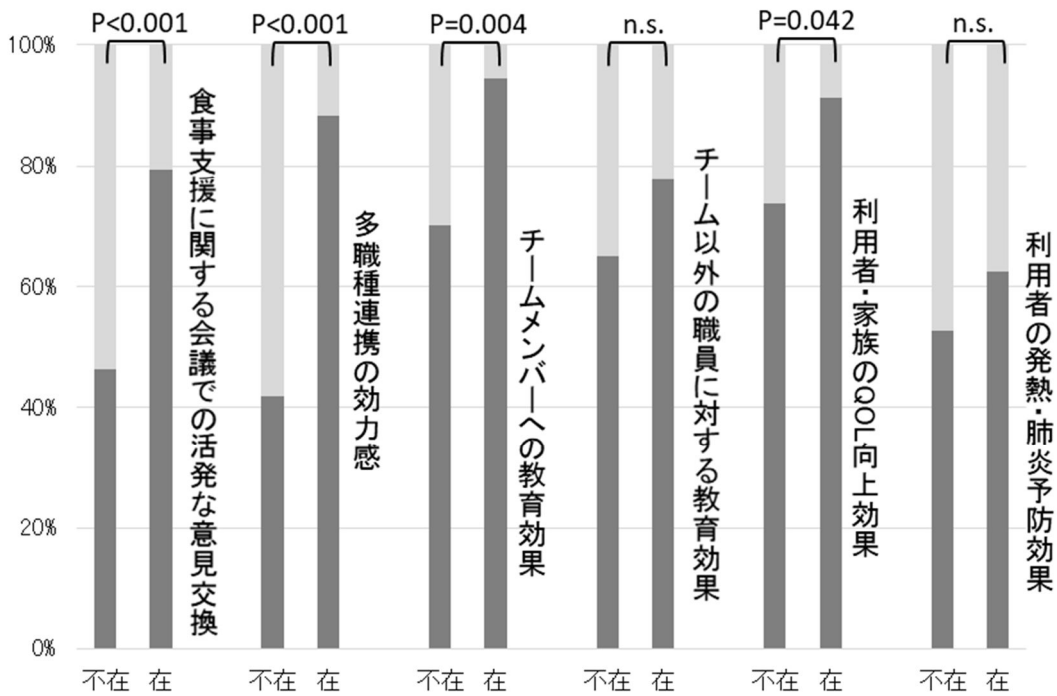


図2 リーダー役が存在によるアウトカムへの効果

アドバイザー役の存在によるアウトカムへの効果

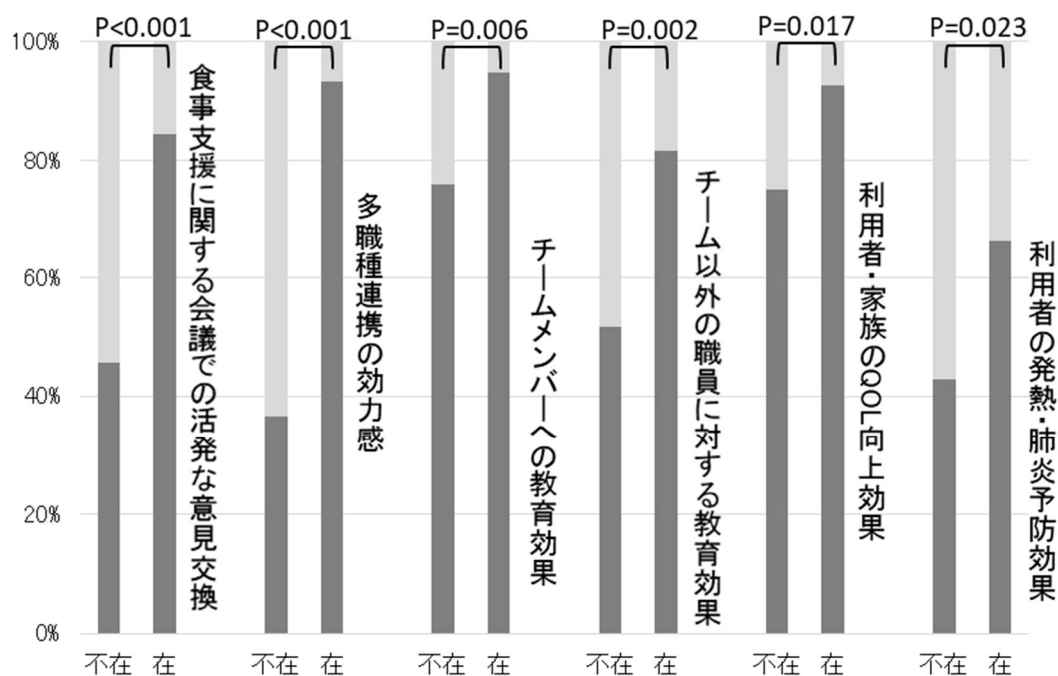


図3 アドバイザー役の存在によるアウトカムへの効果

調整役の存在によるアウトカムへの効果

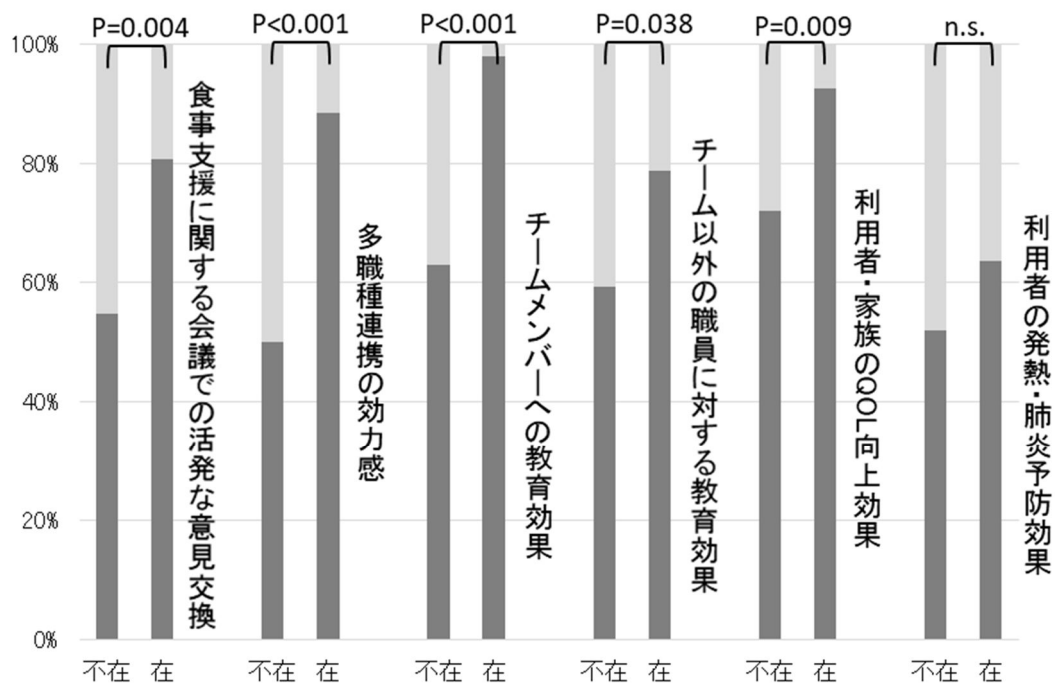


図4 調整役の存在によるアウトカムへの効果

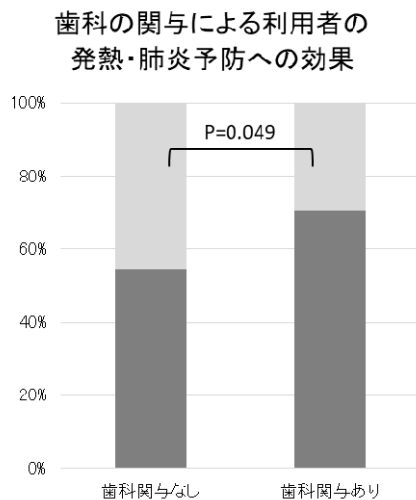


図 5 歯科の算定要件への関与による利用者の発熱・肺炎予防への効果

A.会議での活発な意見交換への影響	Odds ratio	EXP(B) の 95% 信頼区間		P value
		下限	上限	
研修受講 (有:1 無:0)	2.064	0.555	7.671	0.279
実施なし/関与なし				0.296
改定後より実施	0.354	0.095	1.327	0.124
改定前より実施	0.396	0.092	1.710	0.215
研修後伝達講習 (有:1 無:0)	1.652	0.624	4.371	0.312
算定要件に歯科関与 (有:1 無:0)	1.641	0.595	4.526	0.339
リーダー役 (いる:1 いない:0)	4.708	1.274	17.407	0.020
アドバイザー役 (いる:1 いない:0)	4.068	1.334	12.405	0.014
調整役 (いる:1 いない:0)	2.432	0.848	6.972	0.098
定数	0.127			0.046

表 14 A.食事支援に関する会議での活発な意見交換に影響する因子の検討

B.多職種連携の効力感への影響	Odds ratio	EXP(B) の 95% 信頼区間		P value
		下限	上限	
研修受講 (有:1 無:0)	0.565	0.054	5.942	0.634
実施なし/関与なし				0.209
改定後より実施	0.376	0.073	1.926	0.241
改定前より実施	1.637	0.229	11.725	0.624
研修後伝達講習 (有:1 無:0)	4.415	1.093	17.833	0.037
算定要件に歯科関与 (有:1 無:0)	3.340	0.726	15.353	0.121
リーダー役 (いる:1 いない:0)	5.907	1.135	30.748	0.035
アドバイザー役 (いる:1 いない:0)	21.028	4.773	92.635	<0.001
調整役 (いる:1 いない:0)	4.017	1.078	14.976	0.038
定数	0.051			0.065

表 15 B.多職種連携の効力感に影響する因子の検討

C.チームメンバーへの教育効果への影響	Odds ratio	EXP(B) の 95% 信頼区間		P value
		下限	上限	
研修受講 (有:1 無:0)	0.000	0.000		0.998
実施なし/関与なし				1.000
改定後より実施	2.E+15	0.000		0.993
改定前より実施	1.E+23	0.000		0.993
研修後伝達講習 (有:1 無:0)	3.E+07	0.000		0.994
算定要件に歯科関与 (有:1 無:0)	0.356	0.013	9.955	0.543
リーダー役 (いる:1 いない:0)	0.000	0.000		0.996
アドバイザー役 (いる:1 いない:0)	1.968	0.047	81.883	0.722
調整役 (いる:1 いない:0)	3.E+15	0.000		0.993
定数	0.094			1.000

表 16 C.チームメンバーへの教育効果に影響する因子の検討

D.チーム以外の職員に対する教育効果への影響	Odds ratio	EXP(B) の 95% 信頼区間		P value
		下限	上限	
研修受講 (有:1 無:0)	3.395	0.812	14.198	0.094
実施なし/関与なし				0.279
改定後より実施	2.606	0.715	9.493	0.146
改定前より実施	2.721	0.681	10.872	0.157
研修後伝達講習 (有:1 無:0)	3.577	1.305	9.806	0.013
算定要件に歯科関与 (有:1 無:0)	0.651	0.218	1.950	0.444
リーダー役 (いる:1 いない:0)	0.534	0.099	2.878	0.466
アドバイザー役 (いる:1 いない:0)	4.062	1.153	14.313	0.029
調整役 (いる:1 いない:0)	1.998	0.641	6.225	0.233
定数	0.147			0.093

表 17 D.チーム以外の職員に対する教育効果に影響する因子の検討

E.利用者・家族のQOL向上効果への影響	Odds ratio	EXP(B) の 95% 信頼区間		P value
		下限	上限	
研修受講 (有:1 無:0)	1.037	0.095	11.349	0.976
実施なし/関与なし				0.117
改定後より実施	3.380	0.659	17.339	0.144
改定前より実施	11.851	0.990	141.924	0.051
研修後伝達講習 (有:1 無:0)	0.685	0.152	3.082	0.622
算定要件に歯科関与 (有:1 無:0)	0.569	0.127	2.538	0.459
リーダー役 (いる:1 いない:0)	0.217	0.016	2.943	0.251
アドバイザー役 (いる:1 いない:0)	2.365	0.384	14.574	0.354
調整役 (いる:1 いない:0)	3.665	0.726	18.514	0.116
定数	4.917			0.391

表 18 E.利用者・家族の QOL 向上効果に影響する因子の検討

F.利用者の発熱・肺炎予防効果への影響	Odds ratio	EXP(B) の 95% 信頼区間		P value
		下限	上限	
研修受講 (有:1 無:0)	0.925	0.285	3.003	0.897
実施なし/関与なし				0.308
改定後より実施	0.774	0.286	2.090	0.613
改定前より実施	1.717	0.520	5.672	0.375
研修後伝達講習 (有:1 無:0)	0.939	0.400	2.206	0.885
算定要件に歯科関与 (有:1 無:0)	2.069	0.865	4.946	0.102
リーダー役 (いる:1 いない:0)	0.615	0.166	2.282	0.467
アドバイザー役 (いる:1 いない:0)	3.393	1.073	10.726	0.037
調整役 (いる:1 いない:0)	0.912	0.315	2.646	0.866
定数	0.732			0.764

表 19 F.利用者の発熱または肺炎予防効果に影響する因子の検討

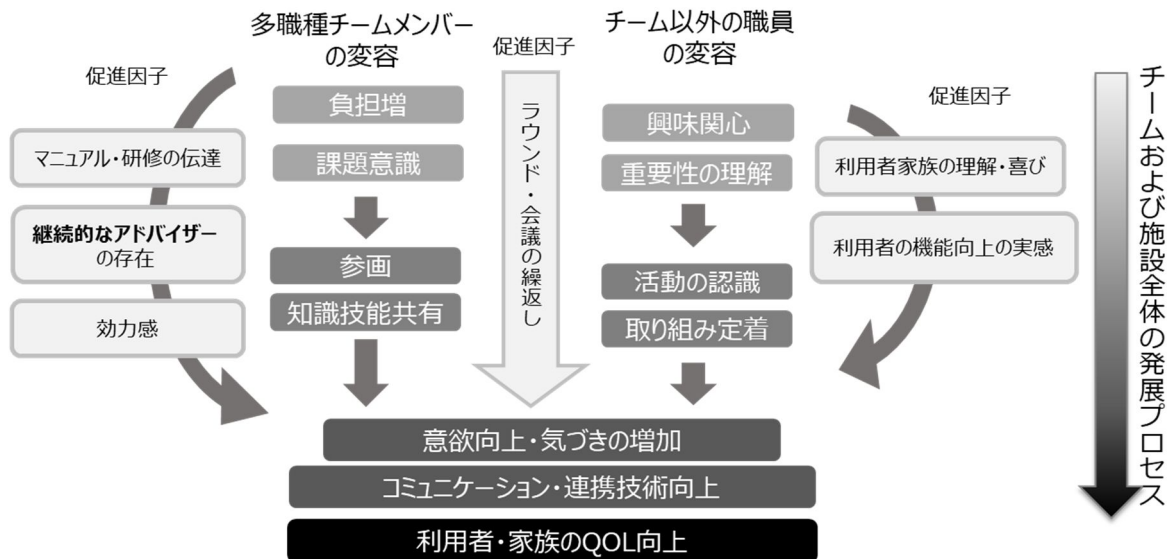


図 6 多職種チームによる経口摂取支援を介したチーム及び施設全体への効果シエーマ