

修 士 学 位 論 文

論 文 題 名

（注：学位論文題名が英語の場合は和訳をつけること。）

摂食・嚥下障害における専門性と
介入項目の関係性に関する研究
－病院・クリニックにおけるチーム・ケアの視点から－

（西暦）2015 年 1 月 7 日 提出

首都大学東京大学院

人間健康科学研究科 博士前期課程 人間健康科学専攻

作業療法科学域

学修番号：12896605

氏 名：根岸 裕司

（指導教員名：大嶋 伸雄 教授）

要旨

病院・クリニックに入院中の摂食・嚥下障害者に関わる専門職が実際に行っている業務内容のアンケート調査を実施した。その結果、11 職種、174 名の回答があった。

摂食・嚥下障害のケア・サポートに対する専門性の業務の高い職種は、看護師、医師、ST、OT、歯科医師の順であった。項目は44項目あり、共通する因子の上位はICFのカテゴリーで「心身機能・身体構造」「活動」の中の項目に集中していた。摂食・嚥下機能は食べることであり、咀嚼～嚥下機能が業務の主要目的であることが結果から明らかとなった。

業務の重なり具合や項目の共通性から、全ての専門職が臨床の業務の中で流動的に動く、相互乗り入れチーム (Transdisciplinary team) への提唱が示された。

キーワード : 摂食・嚥下障害, 専門職, 役割, ICF, Transdisciplinary team

I はじめに

近年、保健・医療・福祉専門職の連携協働（以下、連携協働）によるチーム医療が様々な分野で行われるようになってきた¹⁾。摂食・嚥下障害の分野でも栄養ケア・サポートチーム (NST:nutrition support team) などによる連携協働の臨床実践が注目されており、多数の試行錯誤が展開されている。しかし一方で、一般病院やクリニックにおける摂食・嚥下障害領域での治療・ケアなどのサポート体制はまだ緒についたばかりであり、多面的で複雑な課題を適切に解決するには、各専門職が自己の役割と専門性をしっかり認識した上で業務を担当することが重要である。ただし、摂食・嚥下障害領域に必要な専門職が十分配置されていない場合には、配置された専門職が他の職種のどの内容についてカバーできるのかが大きな鍵となる²⁾。実際の病院・クリニックにおける摂食・嚥下障害へのケア・サポート体制の現状は、1つの施設内での専門職種の数に限られているため業務が輻輳的にクロス・オーバーしている実態がある³⁾。

こうした臨床現場の混沌とした状況へ拍車をかける要因として、チーム医療の根本的な課題である「チーム」への基本的な立場の違いがある。細田⁴⁾は考え方が違う個人が集まり、互いに自己主張している状況では「チーム医療はますます困難に陥るばかりで医療従事者のジレンマや不満も募ってゆく」と述べており、さらに田村⁵⁾は「保健医療職は同じ職場で働いているが、お互いについて知っているようで知らない」と専門職が持つ他の専門性の知識について厳しい意見を述べている。このように医療機関の機能分化や医療従事者の専門細分化による個々の患者に対するチーム・ケアの継続性が見えにくくなっている⁶⁾。

こうした混沌とした摂食・嚥下障害者への専門職の関わり方を連携協働と「チーム」の概念で捉えるためには、摂食・嚥下障害の領域において、現在どのような業務が存在し、どの専門職が実際に何を行っているのかを知る必要がある。しかし、研究者らが本邦の医学誌文献検索システムで検索した結果、これまでに明確な資料は見られていない。一方、こうした摂食・嚥下障害者へのケアでは、各々の臨床現場で明確な線引きがないことから、才藤⁷⁾は、患者の必要性がまず存在し、その必要性をそこに存在する医療者が区分して担当すること、そのために医療者は状況に応じてその役割を変動させることを前提にした「相互乗り入れチーム (transdisciplinary team)」の導入を提唱している。

II 目的

病院・クリニックにおいて摂食・嚥下障害に関わる専門職が実際に行っている業務内容を調査し、専門職どうしが互いに輻輳的に介入する中で、業務の項目がどの程度重なりあっているのかを明らかにする事で、摂食・嚥下障害のチーム・ケア、連携協働を推進するための基礎資料とすることを研究目的とする。

III 方法

1. アンケート項目作成手順について

アンケート項目の抽出については、次の手順で行った。

1) 文献⁸⁻¹²⁾を参考に摂食・嚥下障害における専門職の数と専門職の役割を調べ、20職種、計40項目を抽出した。次に文献¹³⁻¹⁶⁾を参考に調査項目を国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health; 以下ICF)の各構成要素に合わせた分別と配置を行い「心身機能・身体構造」「活動」「参加」「背景因子」ごとに項目をまとめた。

2) 項目をより実践的な臨床に適合させるためフォーカスグループインタビュー(以下FGI: Focus Group Interview)を実施し、項目全体の追加や削除の補正を実施した。

FGIでは3施設(病院, 訪問看護ステーション), 11職種(看護師, 作業療法士(以下OT), 理学療法士(以下PT), 言語聴覚士(以下ST), 医師, 介護福祉士, 管理栄養士, 歯科衛生士, 薬剤師, 臨床検査技師, 臨床放射線技師)の男性6名, 女性12名, 合計18名の参加協力により, 合計4回のインタビューが実施された。FGIでは典型的な摂食・嚥下障害の1症例が提示され, グループ内で評価・治療・介入について自由に討論が行なわれた。最終的にはそれらの逐語録を作成し, 計79項目のキーワードを抽出した。

3) FGIの結果と仮設定による40項目との整合性を得るため, 追加(6項目)・修正(2項目)・削除(2項目)を行い, 最終的にアンケートのための44項目を決定した(表2)。

4) アンケートの項目の信頼性を検証するため, 合計10名の専門職(医師, 看護師, 薬剤師, 診療放射線技師, 介護福祉士, 臨床検査技師, 管理栄養士, PT, ST, OT)による44項目の検討を実施した。全体の項目内で実際に「1:行わない」項目は[歯科治療][嚥下造影]であった。それ以外の項目は回答があった。アンケート項目の内容的信頼性が担保された。

2. 本アンケート調査の実施について

1) 調査項目は, 「調査対象者の基本プロフィール(表1参照)」と「実際に行っている業務内容44項目(表2参照)」である。

業務内容は, 各項目ごとに「5:しっかり行う」「4:ある程度行う」「3:状況に応じて行う」「2:あまり行わない」「1:行わない」から選択する5件法を設定した。

2) 摂食・嚥下障害に関わる専門職, 全20職種を網羅するように, 摂食・嚥下障害に関連した学会ならびに研究会への参加者に, 郵送または関連学会・研究会開催時に直接説明し, 研究協力への同意を得た。アンケートは無記名の自記式調査票で合計740通配布した。

アンケートの実施期間は平成25年9月1日から12月1日であった。

IV 分析方法

1) 今回、専門職同士のチーム医療が行われていると考えられる、病院・クリニックに勤務する専門職を抽出した。得られた回答データから、専門職ごとに各項目の平均値と標準偏差を求めた。同時に項目ごとの項目別全体平均の平均値と標準偏差値を求めた。この結果より、ICF 分類の項目配置と各専門職の回答との対比から、ICF における各専門性の傾向を記述統計的に分析した。

2) 各項目間の相関係数を算出した。その際、統計的に有意な相関係数から排除される 5 人未満の専門職のデータは、予め全ての統計から省かれている。各専門職の間で重複している業務を抽出するため、相関係数を共通因子と考え、各項目どうしの因子分析し共通因子についての分析を行った。先に各項目の累計を計算し、専門職ごとの偏り（ICF 分類でどこに重点が置かれているのか）を算出し、その後、項目間における相関係数から共通因子を統計的に抽出した。

3) 縦軸に項目に対する専門職の業務の重なり、横軸に各項目に共通因子をおき、項目に対する散布図を作成した。縦軸、横軸の中央値を決め、4 つの象限に分けて象限・項目の分析を行った。以上の統計処理は、統計ソフトは SPSS for Windows ver.22 を使用し、有意水準は 5%とした。

V 倫理的配慮

本研究は平成 25 年首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理審査委員会の承認（承認番号：13002）を得て実施されている。

VI 結果

1. 回答者の基本プロフィール（表 1）

配布された 740 通のアンケートからは最終的に 306 件の回答（有効回答回収率は 41.3%）が得られた。勤務先が病院 154 名、クリニック 20 名の合計 174 名であった。医師、歯科医師、看護師、ST、PT、OT、薬剤師、介護福祉士、歯科衛生士、歯科技工士、管理栄養士・栄養士の 11 職種が含まれていた。回答者の基本プロフィールを表 1 に示した。回答者の年齢は 30 歳～34 歳が 35 名と最も多く、専門経験は 3 年～10 年未満が 65 名と最も多かった。専門領域は高齢者が最も多く、高齢者を含む専門領域数は 151 名であった。

表 1: アンケート対象者の基本プロフィール : 人 (%)

	医師	歯科医師	看護師	ST	PT	OT	薬剤師	介護福祉士	歯科衛生士	歯科技工士	管理栄養士・栄養士	合計
人数 (%)	11 (6.3)	16 (9.2)	18 (10.3)	27 (15.5)	32 (18.4)	41 (23.6)	5 (2.9)	8 (4.6)	6 (3.4)	5 (2.9)	5 (2.9)	174 (100.0)
20～24	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.8)	10 (47.6)	7 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (9.5)	0 (0.0)	1 (4.8)	21
25～29	0 (0.0)	1 (3.8)	3 (11.5)	5 (19.2)	9 (34.6)	4 (15.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (11.5)	0 (0.0)	1 (3.8)	26
30～34	2 (5.7)	2 (5.7)	7 (20.0)	9 (25.7)	1 (2.9)	11 (31.4)	2 (5.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.9)	0 (0.0)	35
35～39	1 (3.0)	3 (9.1)	3 (9.1)	6 (18.2)	7 (21.2)	9 (27.3)	0 (0.0)	3 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.0)	33
40～44	2 (10.5)	2 (10.5)	1 (5.3)	1 (5.3)	2 (10.5)	8 (42.1)	0 (0.0)	1 (5.3)	0 (0.0)	1 (5.3)	1 (5.3)	19
45～49	1 (6.3)	3 (18.8)	2 (12.5)	4 (25.0)	1 (6.3)	1 (6.3)	1 (6.3)	1 (6.3)	1 (6.3)	1 (6.3)	0 (0.0)	16
50～54	1 (11.1)	1 (11.1)	1 (11.1)	0 (0.0)	1 (11.1)	1 (11.1)	1 (11.1)	1 (11.1)	0 (0.0)	1 (11.1)	1 (11.1)	9
55～59	3 (33.3)	3 (33.3)	1 (11.1)	1 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	9
60～	1 (16.7)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	1 (16.7)	1 (16.7)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	6
合計	11 (6.3)	16 (9.2)	18 (10.3)	27 (15.5)	32 (18.4)	41 (23.6)	5 (2.9)	8 (4.6)	6 (3.4)	5 (2.9)	5 (2.9)	174 (100.0)
経験年齢												
～1年未満	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)	3 (25.0)	5 (41.7)	2 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	12
1～3年未満	0 (0.0)	3 (13.0)	0 (0.0)	4 (17.4)	7 (30.4)	6 (26.1)	0 (0.0)	1 (4.3)	2 (8.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	23
3～10年未満	2 (3.1)	1 (1.5)	7 (10.8)	11 (16.9)	10 (15.4)	22 (33.8)	2 (3.1)	3 (4.6)	3 (4.6)	1 (1.5)	3 (4.6)	65
10～20年未満	5 (10.9)	5 (10.9)	7 (15.2)	8 (17.4)	8 (17.4)	7 (15.2)	1 (2.2)	4 (8.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.2)	46
20～30年未満	3 (15.0)	5 (25.0)	2 (10.0)	1 (5.0)	2 (10.0)	3 (15.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	1 (5.0)	2 (10.0)	0 (0.0)	20
30～40年未満	1 (12.5)	2 (25.0)	1 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (12.5)	1 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (12.5)	1 (12.5)	8
合計	11 (6.3)	16 (9.2)	18 (10.3)	27 (15.5)	32 (18.4)	41 (23.6)	5 (2.9)	8 (4.6)	6 (3.4)	5 (2.9)	5 (2.9)	174 (100.0)
専門領域												
小児	1 (33.3)	2 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3
成人	2 (12.5)	0 (0.0)	3 (18.8)	3 (18.8)	2 (12.5)	5 (31.3)	1 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	16
高齢者	2 (3.3)	3 (5.0)	6 (10.0)	5 (8.3)	18 (30.0)	12 (20.0)	2 (3.3)	8 (13.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (6.7)	60
小児・成人	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	3
成人・高齢者	2 (3.4)	3 (5.1)	8 (13.6)	12 (20.3)	7 (11.9)	22 (37.3)	2 (3.4)	0 (0.0)	1 (1.7)	1 (1.7)	1 (1.7)	59
小児～高齢者	4 (12.5)	8 (25.0)	0 (0.0)	6 (18.8)	5 (15.6)	1 (3.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (12.5)	4 (12.5)	0 (0.0)	32
記名なし	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1
合計	11 (6.3)	16 (9.2)	18 (10.3)	27 (15.5)	32 (18.4)	41 (23.6)	5 (2.9)	8 (4.6)	6 (3.4)	5 (2.9)	5 (2.9)	174 (100.0)
施設												
病院	9 (5.8)	7 (4.5)	18 (11.7)	24 (15.6)	31 (20.1)	41 (26.6)	5 (3.2)	8 (5.2)	3 (1.9)	4 (2.6)	4 (2.6)	154
クリニック	2 (10.0)	9 (45.0)	0 (0.0)	3 (15.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (15.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	20
合計	11 (6.3)	16 (9.2)	18 (10.3)	27 (15.5)	32 (18.4)	41 (23.6)	5 (2.9)	8 (4.6)	6 (3.4)	5 (2.9)	5 (2.9)	174 (100.0)

2. アンケート項目の回答結果 (表 2)

1) 各項目における数値の累計について

摂食・嚥下障害のケア・サポートに対するアンケート全項目において得られた結果の専門職別回答累計は、それぞれの専門職が業務として関与する割合の強さが示される。その結果から、看護師 (161.97)、医師 (159.45)、ST (148.26)、OT (146.35)、歯科医師 (144.56)、PT (129.41)、介護福祉士 (111.38)、歯科衛生士 (108.00)、管理栄養士・栄養士 (97.00)、薬剤師 (72.70)、歯科技工士 (49.40) の順で業務全体に関与する割合が高かった。11 職種 の平均値は (136.57) であった。

2) ICF 分類からみた各専門職の業務実践

最初に ICF のカテゴリー分類より、各専門職が実践している業務内容を表す。各カテゴリーの小計における平均値の高い順に「心身機能・身体構造」では医師 (3.77)、歯科医師 (3.52)、看護師 (3.30)、ST (3.29)、OT (3.11) の順であった。「活動」では看護師 (3.83)、ST (3.22)、介護福祉士 (3.14)、OT (3.13)、医師 (3.06) の順であった。「参加」では OT (3.87)、ST (3.69)、医師 (3.65)、看護師 (3.61)、PT (3.54) の順であった。「背景因子」は医師 (4.42)、看護師 (4.09)、歯科医師 (3.64)、OT (3.51)、PT (3.45) であった。

逆に専門職の役割を ICF で表すと、医師は「心身機能・身体構造」「背景因子」で最も高く、ICF 全体でも最も高いレベルで業務としてかかわっていた。看護師も ICF 全体で高い実践を示していたが、医師とは異なり「活動」において他の専門職より高かった。ST は「参加」で高い実践を示していた。さらに全体として医師や看護師、ST に続く OT は、ST 同様の実践を示していたが、とくに「参加」での役割が他の専門職よりも高かった。歯科医師は

表2.ICF分類からみた各専門職の業務実践

mean(S.D.)

(N=174)

		医師(11)	歯科医師(16)	看護師(18)	ST(27)	PT(32)	OT(41)	薬剤師(5)	介護福祉士(8)	歯科衛生士(6)	歯科技工士(5)	管理栄養士・栄養士(5)	項目別全体平均(174)	項目別累積値	共通因子
心身機能・身体構造	1 バイタルサイン	4.64 (0.64)	3.63 (1.41)	4.61 (0.76)	4.08 (0.73)	4.69 (0.68)	4.44 (0.80)	3.80 (0.40)	2.50 (1.00)	2.67 (0.47)	1.00 (0.00)	2.60 (0.80)	4.06 (1.16)	38.64	0.71
	2 拘縮予防	2.64 (1.23)	2.07 (1.34)	3.50 (1.21)	2.48 (1.07)	4.81 (0.47)	4.34 (0.95)	1.00 (0.00)	3.00 (1.12)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.20 (0.40)	3.27 (1.57)	27.03	0.79
	3 体力・筋力アップ	2.64 (1.37)	2.47 (1.31)	2.94 (1.18)	2.93 (1.18)	4.90 (0.39)	4.63 (0.72)	1.00 (0.00)	2.13 (0.60)	1.67 (0.75)	1.00 (0.00)	2.40 (1.02)	3.42 (1.53)	28.70	0.80
	4 歯科治療	2.00 (1.41)	4.81 (0.53)	2.22 (1.36)	1.11 (0.42)	1.03 (0.18)	1.13 (0.64)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	4.17 (1.46)	1.60 (1.20)	1.00 (0.00)	1.73 (1.41)	21.07	0.87
	5 嚥下造影	3.18 (1.64)	3.25 (1.75)	2.44 (1.64)	2.70 (1.61)	1.25 (0.87)	1.56 (1.06)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	2.33 (1.89)	1.00 (0.00)	1.20 (0.40)	1.99 (1.50)	20.92	0.52
	6 嚥下機能の評価	4.27 (0.96)	4.50 (0.79)	3.83 (1.01)	4.93 (0.26)	1.72 (1.12)	2.39 (1.25)	1.60 (0.80)	1.63 (0.99)	3.17 (1.67)	1.00 (0.00)	1.80 (0.40)	3.03 (1.63)	30.83	0.87
	7 治療方針	4.45 (0.99)	4.27 (1.00)	3.17 (1.30)	3.27 (1.43)	4.47 (1.03)	3.51 (1.48)	2.60 (0.80)	1.63 (1.11)	3.17 (1.46)	1.20 (0.40)	2.80 (1.47)	3.53 (1.50)	34.53	0.68
	8 高次脳機能障害へのアプローチ	3.73 (1.29)	2.87 (1.31)	3.41 (0.97)	4.37 (0.73)	3.25 (1.03)	4.46 (0.74)	1.20 (0.40)	2.13 (1.17)	1.67 (0.94)	1.20 (0.40)	1.00 (0.00)	3.44 (1.39)	29.28	0.81
	9 咀嚼機能の評価	3.73 (1.21)	4.56 (0.86)	2.94 (1.27)	4.41 (0.78)	1.63 (1.08)	2.02 (1.22)	1.00 (0.00)	1.50 (1.00)	2.83 (1.46)	1.00 (0.00)	1.20 (0.40)	2.68 (1.60)	26.82	0.84
	10 服薬の副作用の有無の評価	4.64 (0.88)	3.38 (1.41)	3.50 (1.21)	2.22 (1.03)	2.63 (1.19)	2.37 (1.08)	4.40 (0.80)	1.25 (0.66)	2.50 (1.61)	1.00 (0.00)	2.20 (1.17)	2.71 (1.39)	30.07	0.51
	11 認知機能・知的機能の評価	3.91 (1.31)	3.25 (1.30)	2.89 (1.33)	4.44 (0.63)	3.00 (1.09)	4.54 (0.67)	2.00 (0.89)	2.00 (1.12)	1.67 (1.11)	1.00 (0.00)	1.20 (0.40)	3.43 (1.44)	29.90	0.70
	12 誤嚥性肺炎	4.64 (0.64)	3.50 (1.37)	4.11 (1.05)	3.23 (1.72)	2.63 (1.43)	2.39 (1.29)	2.40 (1.02)	2.50 (1.73)	3.17 (1.07)	1.20 (0.40)	1.60 (0.80)	2.96 (1.54)	31.36	0.54
	13 検査	4.55 (0.89)	3.06 (1.52)	3.28 (0.99)	2.62 (1.64)	2.38 (1.49)	2.61 (1.53)	1.20 (0.40)	1.25 (0.66)	2.33 (1.11)	1.20 (0.40)	1.00 (0.00)	2.60 (1.55)	25.47	0.46
活動	小計	3.77 (1.44)	3.52 (1.49)	3.30 (1.35)	3.29 (1.54)	2.95 (1.66)	3.11 (1.62)	1.86 (1.24)	1.81 (1.14)	2.49 (1.50)	1.11 (0.43)	1.63 (0.95)			
	14 着替え	2.09 (1.50)	1.50 (0.94)	3.78 (0.97)	1.56 (0.87)	3.00 (0.88)	4.20 (0.87)	1.00 (0.00)	4.63 (0.70)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.20 (0.40)	2.77 (1.52)	24.95	0.79
	15 食事	3.45 (1.37)	3.56 (1.46)	4.22 (0.79)	4.62 (0.92)	2.84 (1.12)	4.10 (0.85)	1.00 (0.00)	4.13 (0.78)	2.17 (1.46)	1.00 (0.00)	4.60 (0.80)	3.64 (1.38)	35.69	0.71
	16 摂食介助	2.91 (1.31)	3.06 (1.34)	4.17 (0.76)	4.33 (1.05)	2.16 (1.14)	2.80 (1.13)	1.00 (0.00)	4.25 (0.66)	1.83 (1.46)	1.00 (0.00)	2.80 (0.75)	3.03 (1.44)	30.32	0.71
	17 上肢機能の使い方	3.09 (1.31)	3.07 (1.18)	2.83 (1.12)	2.48 (0.96)	3.47 (0.71)	4.73 (0.59)	1.00 (0.00)	2.00 (0.71)	1.67 (0.94)	1.00 (0.00)	1.40 (0.49)	3.16 (1.39)	26.74	0.84
	18 食事時の姿勢調整	3.55 (1.16)	3.81 (1.07)	4.17 (0.90)	4.52 (0.83)	3.31 (1.13)	4.24 (0.98)	1.00 (0.00)	4.38 (0.86)	2.17 (1.67)	1.00 (0.00)	2.60 (0.49)	3.72 (1.33)	34.74	0.79
	19 自助具の設定	2.55 (1.50)	2.33 (1.35)	3.50 (1.21)	3.04 (0.88)	2.53 (0.97)	4.22 (0.95)	1.00 (0.00)	2.25 (0.97)	2.17 (1.07)	1.00 (0.00)	2.00 (1.10)	2.97 (1.36)	26.58	0.71
	20 医療のケア・日常のケア	4.00 (0.95)	2.60 (1.54)	4.28 (1.04)	2.52 (1.23)	2.58 (1.16)	2.61 (1.34)	1.60 (0.80)	3.63 (1.22)	2.33 (1.37)	1.00 (0.00)	1.40 (0.49)	2.78 (1.43)	28.55	0.70
	21 咀嚼・嚥下機能訓練	3.45 (1.08)	4.06 (1.25)	3.44 (1.12)	4.81 (0.39)	1.63 (1.11)	2.07 (1.20)	1.00 (0.00)	1.38 (0.70)	3.17 (1.57)	1.00 (0.00)	1.40 (0.80)	2.75 (1.62)	27.42	0.87
	22 誤嚥予防の呼吸ケア	3.55 (0.99)	3.06 (1.20)	3.89 (0.99)	3.63 (1.13)	2.88 (1.56)	2.56 (1.06)	1.00 (0.00)	1.75 (1.30)	1.67 (0.47)	1.00 (0.00)	1.80 (1.17)	2.85 (1.39)	26.78	0.57
	23 入浴	2.27 (1.42)	1.07 (0.25)	3.94 (1.22)	1.22 (0.83)	1.97 (1.05)	3.71 (1.23)	1.00 (0.00)	4.75 (0.43)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	2.42 (1.59)	22.93	0.83
	24 咀嚼・嚥下の状態に応じた食事の提供	3.27 (1.48)	2.50 (1.66)	3.94 (0.85)	4.15 (1.38)	1.34 (0.89)	2.10 (1.27)	1.00 (0.00)	2.00 (1.32)	1.67 (0.75)	1.00 (0.00)	4.00 (1.10)	2.55 (1.61)	26.97	0.84
	25 口腔ケア	3.18 (1.11)	4.56 (0.93)	4.78 (0.42)	4.33 (0.94)	1.69 (1.04)	2.32 (1.14)	1.00 (0.00)	4.25 (0.66)	5.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.60 (0.80)	3.11 (1.61)	33.71	0.83
	26 義歯調整	1.82 (1.19)	4.25 (1.20)	2.56 (1.26)	1.26 (0.64)	1.16 (0.71)	1.15 (0.65)	1.00 (0.00)	1.38 (0.70)	2.17 (1.67)	2.60 (1.50)	1.00 (0.00)	1.72 (1.31)	20.33	0.80
	27 排泄	2.64 (1.30)	1.06 (0.24)	4.11 (0.94)	1.67 (1.05)	3.06 (1.00)	4.24 (1.01)	1.40 (0.80)	4.75 (0.66)	1.00 (0.00)	1.20 (0.40)	1.00 (0.00)	2.87 (1.58)	26.13	0.82
	28 食事内容の決定	4.09 (1.16)	3.63 (1.45)	3.89 (1.05)	4.22 (1.03)	1.47 (1.00)	1.88 (1.23)	1.00 (0.00)	1.63 (1.11)	1.50 (0.76)	1.20 (0.40)	3.20 (1.33)	2.64 (1.62)	27.70	0.86
参加	小計	3.06 (1.43)	2.95 (1.61)	3.83 (1.14)	3.22 (1.61)	2.34 (1.28)	3.13 (1.51)	1.07 (0.34)	3.14 (1.60)	2.03 (1.46)	1.13 (0.57)	2.06 (1.32)			
	29 家族への指導	3.91 (1.08)	4.38 (0.78)	3.61 (1.06)	4.38 (0.68)	4.29 (0.81)	4.20 (0.97)	3.40 (1.02)	2.75 (1.56)	4.00 (1.15)	1.00 (0.00)	3.20 (0.75)	3.96 (1.14)	39.12	0.58
	30 食歴・嗜好に応じた食事の提供	3.09 (1.38)	2.31 (1.53)	3.39 (1.21)	3.00 (1.19)	1.28 (0.80)	1.73 (1.08)	1.00 (0.00)	1.38 (0.70)	1.50 (1.12)	1.00 (0.00)	4.60 (0.80)	2.17 (1.41)	24.28	0.78
	31 環境設定	3.55 (0.89)	3.50 (1.58)	3.89 (0.94)	4.00 (0.86)	4.22 (0.93)	4.41 (0.76)	1.20 (0.40)	3.88 (0.78)	2.83 (1.46)	1.40 (0.80)	1.60 (0.49)	3.78 (1.26)	34.48	0.68
	32 メンタルケア	3.45 (1.16)	2.81 (1.18)	3.50 (0.76)	3.30 (0.81)	3.38 (1.19)	4.07 (0.71)	2.00 (0.63)	2.38 (1.11)	3.00 (0.82)	1.00 (0.00)	2.80 (0.98)	3.31 (1.14)	31.69	0.65
	33 退院支援	3.91 (0.79)	2.47 (1.41)	3.83 (1.01)	3.56 (1.17)	4.06 (1.06)	4.20 (0.97)	2.40 (0.80)	3.13 (1.54)	1.67 (0.75)	1.20 (0.40)	2.80 (0.98)	3.55 (1.32)	33.21	0.59
	34 精神的サポート	3.36 (0.98)	3.00 (1.17)	3.67 (0.88)	3.56 (0.79)	3.47 (0.93)	4.17 (0.79)	2.00 (0.63)	2.38 (1.22)	2.67 (0.94)	1.00 (0.00)	2.60 (0.49)	3.40 (1.12)	31.87	0.76
	35 社会資源の活用・情報提供	3.55 (0.78)	3.06 (1.64)	3.06 (1.27)	3.38 (0.79)	3.45 (1.16)	3.83 (0.88)	1.50 (0.87)	1.75 (0.97)	2.00 (0.82)	1.00 (0.00)	2.60 (0.80)	3.19 (1.26)	29.18	0.59
背景因子	36 患者(利用者)への指導	4.36 (0.88)	4.19 (0.95)	3.94 (1.03)	4.42 (0.69)	4.16 (0.97)	4.34 (0.75)	4.20 (0.98)	2.50 (1.22)	4.17 (0.69)	1.20 (0.40)	2.60 (1.02)	4.03 (1.11)	40.08	0.70
	小計	3.65 (1.08)	3.22 (1.49)	3.61 (1.07)	3.69 (1.01)	3.54 (1.36)	3.87 (1.20)	2.23 (1.27)	2.52 (1.38)	2.73 (1.37)	1.10 (0.37)	2.85 (1.13)			
	37 栄養状態の管理	4.27 (1.14)	3.06 (1.52)	3.89 (0.66)	3.22 (1.03)	2.69 (1.24)	2.73 (0.99)	2.00 (0.63)	1.88 (1.05)	2.00 (0.82)	1.00 (0.00)	4.60 (0.80)	2.97 (1.29)	31.34	0.73
	38 口腔衛生管理	3.45 (1.30)	4.44 (1.12)	4.67 (0.58)	4.44 (0.74)	2.00 (1.06)	2.73 (1.06)	1.00 (0.00)	3.75 (0.43)	5.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.80 (0.75)	3.26 (1.49)	34.28	0.78
	39 全身管理	4.82 (0.39)	3.25 (1.39)	4.50 (0.90)	3.08 (1.44)	3.94 (1.05)	3.61 (1.10)	2.00 (1.26)	3.75 (0.97)	2.83 (1.07)	1.00 (0.00)	1.80 (0.40)	3.53 (1.36)	34.57	0.70
	40 家族と患者・多職種との調整	4.55 (0.78)	3.88 (1.27)	4.00 (1.00)	3.67 (1.05)	3.97 (0.92)	4.22 (0.81)	2.20 (0.75)	2.50 (1.58)	3.00 (1.00)	1.00 (0.00)	3.60 (1.36)	3.76 (1.22)	36.58	0.77
	41 リスク管理	4.64 (0.48)	3.73 (1.53)	4.28 (0.93)	4.33 (0.77)	4.75 (0.61)	4.54 (0.74)	1.60 (0.80)	2.13 (1.27)	2.83 (1.46)	1.40 (0.80)	3.00 (1.10)	4.06 (1.28)	37.23	0.76
	42 総合的な判断	4.73 (0.45)	3.75 (1.39)	3.72 (0.93)	2.85 (1.23)	3.53 (1.20)	3.15 (1.37)	1.40 (0.49)	1.88 (1.27)	2.50 (1.50)	1.00 (0.00)	1.40 (0.49)	3.14 (1.43)	29.90	0.65
共通因子	43 多職種のコーディネート	4.36 (0.88)	3.06 (1.39)	3.94 (1.03)	2.70 (1.27)	3.22 (1.08)	3.39 (1.06)	1.60 (0.80)	2.13 (1.27)	1.83 (0.90)	1.00 (0.00)	2.20 (0.75)	3.07 (1.32)	29.44	0.64
	44 他の専門職への指示・依頼	4.55 (0.66)	3.94 (1.25)	3.72 (0.93)	3.22 (0.87)	3.56 (1.03)	3.71 (0.77)	3.00 (1.26)	2.63 (1.49)	3.33 (0.94)	1.80 (1.60)	3.60 (0.80)	3.54 (1.11)	37.06	0.64
	小計	4.42 (0.91)	3.64 (1.43)	4.09 (0.94)	3.44 (1.24)	3.45 (1.30)	3.51 (1.18)	1.85 (1.01)	2.58 (1.41)	2.92 (1.40)	1.15 (0.69)	2.75 (1.36)			
中央値														29.90	0.72
専門職別回答累計		159.45	144.56	161.97	148.26	129.41	146.35	72.70	111.38	108.00	49.40	97.00	136.57		

医師に続くかたちで ICF の「心身機能・身体構造」で高い実践を行っていた。以上 5 職種が 11 職種の中で他の専門平均より高い実践を行っていた。

一方、項目別全体平均は、「心身機能・身体構造」の項目で実践の平均値が高かったのが「バイタルサイン (4.06)」, 「治療方針 (3.53)」であった。「活動」は、「食事 (3.64)」[食事時の姿勢調整 (3.72)] で、「参加」は「家族への指導 (3.96)」, 「環境設定 (3.78)」[退院支援 (3.55)] , 「患者 (利用者) への指導 (4.03)」であった。「背景因子」は「全身管理 (3.53)」, 「家族と患者・多職種との調整 (3.76)」, 「リスク管理 (4.06)」, 「他の専門職への指示・依頼 (3.54)」の順であった。

3) 各専門職が実施している業務の重なりについて

各専門職が実際に臨床で行っている業務内容とその割合については表 2 の「ICF 分類からみた各専門職の業務実践」に表されているが、項目ごとの項目別累積値は、それぞれの専門職の業務が重複していればいるほど大きい数値と考えられる。各項目において一番重複する割合が高かったのが「患者 (利用者) への指導 (40.08)」で、次に「家族への指導 (39.12)」, 「バイタルサイン (38.64)」へと続いた。逆に一番重なりが少ないのは「義歯調整 (20.33)」[嚥下造影 (20.92)] , 「歯科治療 (21.07)」であった。

4) 各項目の相関分析による共通因子について

全項目における相関係数から、項目間で共通因子が高いものは「嚥下機能の評価 (0.87)」, 「歯科治療 (0.87)」, 「咀嚼・嚥下機能訓練 (0.87)」, 「食事内容の決定 (0.86)」であった。また、それとは反対に共通する因子どうしが低いものとしては「検査 (0.46)」, 「服薬の副作用の有無の評価 (0.51)」, 「嚥下造影 (0.52)」であった。

3. 各専門職の業務の重なりと項目間の共通因子について (図 1)

図 1 は、散布図 (マトリックス) ある。散布図の縦軸は各項目における全ての専門職の項目別累積値を算出し、横軸は共通因子を示した。中央値として縦軸は (29.90) , 横軸は (0.72) であった。それぞれの中央値で分けられる散布図 (マトリックス) を作成した。第 1 象限では、専門職の業務の重なりが高く、項目の共通性も高い。第 2 象限は、同じく専門職の業務の重なりは高いが、項目の共通性は低い。第 3 象限は専門職の業務の重なりは低く、項目の共通性も低い。第 4 象限では各専門職の業務の重なりは低く、項目間の共通性は高いことを意味している。

以上の結果より、第 1 象限は口腔、嚥下、管理、調整といった項目 (8 項目) であった。第 2 象限は患者や家族に関する指導や、退院後の支援に関する項目 (15 項目) が関係し、第 3 象限は、極めて専門性の高い項目 (7 項目) が位置づけられた。第 4 象限は、日常生活活動 (activity of daily living : 以下 ADL) に関連した項目 (14 項目) あった。

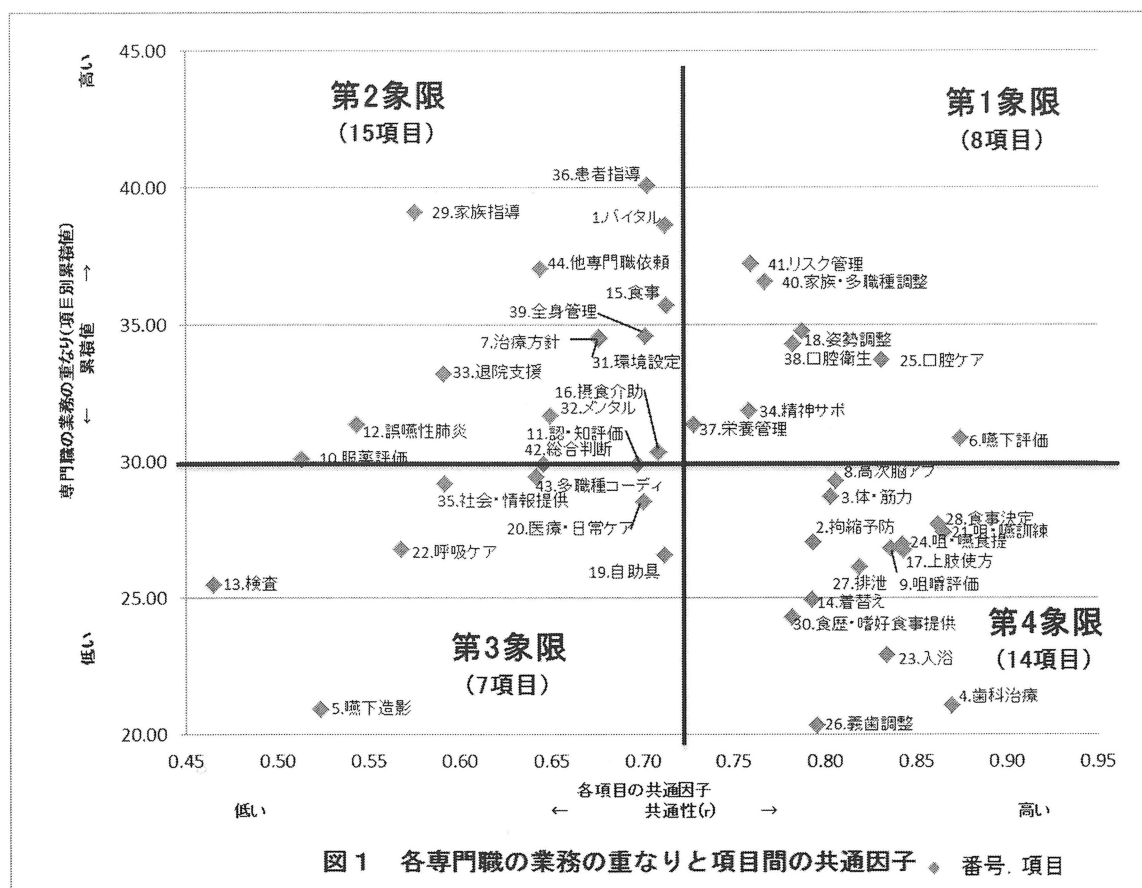


図1 各専門職の業務の重なりと項目間の共通因子

Ⅶ 考察

1. ICF からみた各専門職の業務実践と専門性について

摂食・嚥下障害に関わる各専門職の業務内容を機能的に分類し、評価するため本研究では予め全ての項目がICFによる4つ枠組みである「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」、「背景因子」に配置されている。その観点からみると、医師は「心身機能・身体構造」、「背景因子」を主に、全体的に関与する割合が他の職種と比較して最も高かった。とくに重症例ではリスク管理上、医師が責任者である場合が多いが、摂食・嚥下障害においてもこうした生命に関わる重度障害の割合が高く、医療の中の裁量権と専門性が極めて高かった。看護師は医師の次に4つの枠組みにおいて万遍なく業務を実施している。とくに「活動」は最も業務への関わりが強く、患者の病棟での生活にも関与しながら、医療補助として直接患者に接する看護師の業務範囲はかなり広いと考察される。一方、STも個々の項目ごとの偏りは見られているが、万遍なく4つの枠組みで業務に関与していた。摂食・嚥下訓練を中心に全体をフォローしているSTの業務形態を理解する事ができた。つまりSTの役割は摂食・嚥下の評価・治療から生活面に関する全てに関わっており、摂食・嚥下障害領域における一つの専門的な特徴であることが推察できる。

OTはSTにやや近い範囲での業務内容であった。実際、STがいない病院・クリニックは、

OT が ST の業務をフォローする現場があるため、双方の業務内容で一部重なりが強さが示された。ただし、ST と明らかに異なるのは「参加」の部分で、退院支援に関わる環境設定やメンタルケアなどにおいて他の専門職よりも数値が高かったが、これは OT の特徴を示す結果といえる¹⁷⁾。続いて、歯科医師では ST、看護師などと重複する「嚥下機能の評価」や「口腔衛生管理」、**「口腔ケア」** など複数見受けられるが、他の専門職とほとんど重複しない項目として「歯科治療」、**「義歯調整」** などがあり、高い専門性を示していた。

総合的に今回のアンケート調査の結果より、摂食・嚥下障害に関わる専門職として幅広い業務範囲を占めている職種として、医師、歯科医師、看護師、ST、OT の 5 職種の存在が明らかになった。同時に他の専門職も個々の業務ごとに特徴的な関わり方があり、業務の項目が重複する際、その項目内容における業務内容の捉え方が、専門性ごとで異なる点が推測された。例えば「口腔ケア」は、看護師が「ケア」の観点から業務を行い、歯科医師は「治療」の観点から関与する¹⁸⁾。明らかに一方だけの仕事と言えず、重複する項目で異なる関与方法の多さが、この摂食・嚥下障害を理解し、連携協働を進める上での障害要因の一つであることが推測された。

2. 摂食・嚥下障害における業務内容全体の特徴について

病院・クリニックにおける摂食・嚥下障害へのケア全般において、最も必要性が高いと考えられる項目は、ICF のカテゴリーの「心身機能・身体構造」、「活動」の中に集中していた。摂食・嚥下機能の基本とは食べることであり、対象となる患者の咀嚼～嚥下機能を中心としたサポート体制が業務の主要目的であることがアンケート結果からも明らかとなった。また業務の重なり具合（項目別累積値）から複雑にかかわりがあると推察された。

一方で、多くの専門職が同じ項目を「自分の役割」と感じている現状も明らかとなった。例として「精神的サポート」、**「家族・患者・多職種との調整」** は、複数の専門性が交差する項目としてかなり共通性が高くなったが、患者や家族の不安や戸惑いを傾聴することで信頼関係を構築し、対象者らの障害の受容の過程を理解し支援する事は医療職の重要な仕事の一つである¹⁹⁾。こうしたメンタル・ケアの仕事は、看護師に限らず、多くの医療職の役割として必要であるが、全職種がこうしたケアを同時に一人の対象患者へ実施したら患者はパニックに陥るかもしれない。ここでは一人の患者を中心とした専門職のための連携協働の概念が必要となってくる。

ICF のカテゴリーにおける 44 項目は、それぞれの業務の実施頻度も専門的な役割もすべて異なってくる。一つの項目を一つの専門職だけが行う場合の方がむしろ少なく、そういった項目は専門性が極めて高いカテゴリーに分類される。特殊な検査や投薬、手術など高度医療ほど専門職が限定され、メンタル・ケアや退院、家族、環境などに関連した業務ほど多くの専門職が関与するため、業務としての項目の再分類と専門性の位置づけなどが今後、重要になると推察された。

3. 業務の重なり合いと項目間の共通性について

図 1 における第 3 象限から第 1 象限にかけ伸びる、専門性があり、すみ分けもされている塊が理想であった。しかし、今回の結果は、第 2 象限から第 4 象限にかけて多数の項目が左上から右下方向に関連性を示す集団として配置されている様に見受けられる。これは、共通因子が高く専門性が高い業務と、共通因子は低くとも業務として専門職の重なり具合が高い項目間の一連の方向性と関係性を示していると推察される。とくに「患者への指導」、

「家族への指導」, 「家族と患者・多職種との調整」, 「他の専門職への指示・依頼」, 「リスク管理」, 「家族・多職種間の調整」の項目については, 上位5職種では臨床場面で日常的に頻繁に実施されているが, 共通因子は「家族・多職種間の調整」, 「リスク管理」を除くと高くない。これは, それぞれの専門職ごとにその業務内容と介入する意味が異なっている可能性を示しており, それぞれの専門職が同じ業務を行っているわけではないことを意味する²⁰⁾。ただし本研究では単純に項目を示したアンケート調査のため, 内容的検討には限界がある。

専門職の高い専門性を意味する項目として「嚥下造影」, 「検査」がある。この2つは摂食・嚥下障害の具体的評価として限られた専門職が行うことが多い。また, 「誤嚥予防の呼吸ケア」, 「自助具の設定」なども必要に応じて介入される独立した専門性を持つ。これらとは反対に「義歯調整」や「歯科治療」も当然専門性をもつ項目であるが, ケアに関わる項目との関連性が高く, それらへの直接介入はなくとも, 常に監視とチェックが必要とされるべき項目として位置づけられている。同じ第4象限のやや上のエリアにはグループでADL項目に関連する項目が並んでいる。本研究の視点はあくまで統計的手法の延長上にあるため, こうした項目ごとの意味と専門職の役割を調査するためには, 今後さらに検討を行う必要性がある。

4. 摂食・嚥下障害領域におけるチーム・ケアの促進

本研究の結果から病院・クリニックにおける摂食・嚥下障害へのケアで, 各専門職の業務の現状とその位置づけが明らかになった。ただし, こうした業務の重なり合いが具体的に何を意味するのかについては今後の調査を待たなければならないが, 業務の重なり合いが多い項目は, それだけ多専門職同士の関わりが多くあり, また専門職ごとの役割の調整とすみ分けが必要であると考えられる。ここで問題となるのが, 専門職の関わる視点の違いである。田村⁵⁾は「実践現場でお互いの専門性や役割を理解し合って, 重複する事柄を明確化かつ共有化し, それをうまく調整・協働することには困難を伴う」と述べていることから, 単純な杓子定規式に専門職間のすみ分けを行うことは難しいと考えるべきである。

従来から行われている患者中心の多専門職の役割分担からチーム・ケアに移行した時, 「多職種チーム (Multidisciplinary team)²¹⁾」と「相互関係チーム (Interdisciplinary team)²²⁾」が存在する。前者は単純に横並びに専門職が集合しただけであるが, 後者は「有機的連携協働」を意味する。つまり, 全ての専門職がお互いに, どういった業務を行い, どういった状況かを常に把握する事に努める。そうした状況分析から, 現在, 自分が行わなければならない業務と役割を認識しつつ, それを実行する。さらにその先の発展型が「相互乗り入れチーム (Transdisciplinary team)」であると言われている⁷⁾。相互乗り入れチームは, 対象となる患者のニーズをチーム全体で共有し, そのニーズに応じた専門性を配置し, さらに状況に応じて専門職の役割は移行する。

全ての専門職が相互乗り入れチームのように, 臨床業務の中で流動的に動くことは一つの理想型である。その際, 業務の重なり合いが大きいところほど, 専門職同士による指示, 意思の伝達, コミュニケーションなどが重要となるが, このチームの場合にはさらに状況判断による熟練 (skill) が加わる。摂食・嚥下障害患者は, 多数の専門職が同時に多数の業務内容を実施する特殊な環境でもある。こうした状況を分析し, それぞれの専門性を確立するためには, 関与する専門職が何をできるのか, という視点よりも, 個々の摂食・嚥

下障害者から何が求められ、どう対応すれば良いのか、といった視点が不可欠である。

本研究で明らかとなった、各専門職における業務の重なりと業務としての項目の重なりから、今後この領域において課題となるポイントが多数示された。将来、摂食・嚥下障害領域における連携協働の確立に向けて、具体的な方法が今後検討されるべきである。

VIII 本研究の限界と課題

アンケート調査のため、個々の詳細な状況は把握できないこと、各専門職種により回答者数のバラつきがあること、専門職種ごとにアンケート項目についての意味、捉え方が異なるかもしれないこと、などがあげられる。今後は、例えば症例毎のシミュレーション、専門職ごとのインタビューをとるなどを通じて、各専門職の特性を明確にする必要がある。

IX まとめ

摂食・嚥下障害における専門職の関与と役割を ICF のカテゴリーによる視点から分析と検討を行った。その結果、5つの専門職が ICF カテゴリーの中で大きな比重を占める図式が示された。とくにそれぞれの専門性と役割が ICF カテゴリーの中で特徴的に示された。

さらに、摂食・嚥下障害者に対してそれぞれの専門職が臨床で行っている項目の共通性と業務の重なり具合が明確となった。摂食・嚥下障害患者へのアプローチにおいては、多専門職による複雑な関与の現状と錯綜し業務内容が明確となったが、個々の専門職の専門性の違いなどから、分類により同じ業務を示すはずであった一項目において、異なる視点や異なる関与方法が存在する可能性が推察された。

本研究の結果から、摂食・嚥下障害におけるチーム・アプローチにおいて、通常の連携協働モデルよりもさらに専門職の高度な熟練割合が必要とされる、相互乗り入れチーム (Transdisciplinary team) の必要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力してくださった専門職の方々と、本研究を許可頂き実施させていただきました施設様に対し深く感謝いたします。そしてご指導いただきました大嶋伸雄教授をはじめ首都大学東京大学院人間健康科学研究科の諸先生方に深く感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 細田満和子：あなたにとって「チーム医療」とは？、「チーム医療」とは何か 医療とケアに生かす社会学からのアプローチ：2-7, 日本看護協会出版会, 東京, 2012.
- 2) 本多知行：チーム医療の必要性. 本多知行, 溝尻源太郎編集, 医師・歯科医師のための摂食・嚥下障害ハンドブック第2版, : 7-8, 医歯薬出版株式会社, 東京, 2002.
- 3) 鈴木めぐみ他, 小口和代, 深谷直美 他：摂食嚥下リハビリテーションにおける調査・関連職種の現状について～「第2回摂食嚥下リハビリテーションアンケート」の結果より, 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会誌, 第3巻1号：40-44, 1999.
- 4) 細田満和子：「チーム医療」とは何か, 「チーム医療」とは何か 医療とケアに生かす社会学からのアプローチ：109-110, 日本看護協会出版会, 東京, 2012.
- 5) 田村由美：保健医療福祉領域の専門用語としての IPW の意味. 新しいチーム医療 看

護とインタープロフェッナル・ワーク入門：15-30, 看護の科学社, 東京, 2012.

6) 石綿啓子：看護の専門職性に関する研究 ―看護教育の基礎付けとして―, 文教大学附属教育研究所紀要, 第11号：75-82：2002.

7) 才藤栄一：リハビリテーション医学・医療総論, 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会誌, 第5巻2号：105-112, 2001.

8) 阿部悦子, 武田すずよ, 林弥生 他：介護の現場における多職種連携による「食」のサポート(第1報)―事例収集, 分析から連携ツールの試作まで―. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会誌, 14 (3)：399-400, 2010.

9) 清水沙弥香：「食べる」を支えるための多職種の役割. 諏訪さゆり・中村丁次編集, 食べることを支えるケアと IPW 保健・医療・福祉におけるコミュニケーションと専門職連携:89, 建帛社, 東京, 2012. 10) 藤島一郎：リハビリテーションの考え方と治療. 聖隷三方原病院嚥下チーム執筆, 嚥下障害ポケットマニュアル第2版：43-51, 医歯薬出版株式会社, 東京, 2005.

11) 太田有美：チームアプローチについて. 東嶋美佐子編集, 摂食・嚥下障害への作業療法アプローチ 基礎理解から疾患別対応まで:131-132, 医歯薬出版株式会社, 東京, 2010.

12) 藤島一郎：嚥下チームの主なメンバーと役割. 藤島一郎編集, ナースのための摂食・嚥下障害ガイドブック：235, 中央法規, 東京, 2008.

13) 世界保健機関 (WHO)：ICF 国際生活機能分類―国際障害分類改正版―, 障害者福祉研究会編集, 中央法規出版, 2002.

14) 青木ゆかり：障害のある子供の「食べる」を支えるケア. 諏訪さゆり 中村丁次 編集, 「食べる」ことを支えるケアと IPW：95-104, 健帛社, 東京, 2012.

15) 大嶋伸雄：身体領域作業療法のアイデンティティ. 大嶋伸雄編集, 患者力を引き出す作業療法 認知行動療法の応用による身体領域作業療法：2-18, 三輪書店, 東京, 2013

16) 飯田史絵, 益田律子, Pete Moore, Frances Cole:慢性疼痛患者のための自立支援ツール the Pain Toolkit 日本版の紹介, 慢性疼痛, vol. 32. No1：237-240, 2013.

17) 矢谷玲子：作業療法の臨床現場の紹介, (社)日本作業療法士協会監修, 矢谷玲子編集, 第1巻作業療法概論：1-3, 協同医書出版, 東京, 2007.

18) 足立了平：口腔衛生 (口腔ケア), 日本嚥下障害臨床研究, 嚥下障害の臨床リハビリテーションの考え方と実際 第2版：206-210, 医歯薬出版, 東京, 2008.

19) 難波雄, 伊藤郁子, 蓼沼拓, 酒井康生他：食道癌術後に両側反回神経麻痺と嚥下障害を生じた1症例―摂食訓練での精神・心理的サポートの重要性―, 島根大学医学部紀要, 第29巻：1-7, 2006年.

20) 山田律子：高齢者施設でのケアマネジメント計画. 鎌倉やよい他編, 訪問看護における摂食嚥下リハビリテーション 退院から在宅まで：82-89, 医歯薬出版, 2007.

21) Martens L, Cameron T, Simonsen M: Effects of a multidisciplinary management program on neurologically impaired patients with dysphagia. Dysphagia, 5 (3) :147-151, 1990.

22) Williams S, Witherspoon K, Kavsak P et al: Pediatric feeding and swallowing problems: an interdisciplinary team approach. Can J Diet Pract Res, 67 (4) :185-190, 2006

A study on the relationship with expertise and intervention items in Dysphagia
- From the perspective of team care in hospitals and clinics -

Abstract

In admission to hospitals and clinics, professionals involved in dysphagia have been carried out actually go and have survey of service content. As a result, there are 11 occupations, of 174 people reply.

For the care and support of dysphagia, highly specialized service occupations, nurses, doctors, ST, OT, was in the order of a dentist. Top in common factor, ICF category had concentrated on items in the "body function and structure", "activities". Chewing or swallowing function is to eat. Chewing-swallowing function is the main purpose of the service. These are revealed from the results.

Common factor is high thing among all the items ([Evaluation of swallowing function (0.87)], [dental treatment (0.87)], [chewing or swallowing functional training (0.87)], [determination of diet (0.86)]) . Conversely, The common factor with each other is the low item ([Check (0.46)], [Evaluation of the side effects of medication (0.51)], [Swallowing contrast (0.52)]) .

To represent an item visually, have created a scatter plot. For item, have a vertical axis and the cumulative value of the overlap of service and a horizontal axis to a common factor. Scatter plots into four quadrants were separated item analysis. Was seen as it is positioned as a group. Through the fourth quadrant from the second quadrant, large number of items indicates the relevance from the upper left to lower right direction.

From commonality of overlapping state and items of service, all of the profession moves fluidly in clinical service, Transdisciplinary team has been shown.

Key word : Dysphagia, Professional, Role, ICF, Transdisciplinary team