

多職種をつなぐ看護職のエンドオブライフ・ケアへの可能性に関する研究 地域の連携実態からみた多職種連携の特徴

後藤 真澄¹⁾

Study on Possibility to the end of life care of the Nursing to Multidisciplinary Team Characteristic of the Multidisciplinary Team from the Local Cooperation Actual Situation

MASUMI GOTO

1 問題意識

本学看護学科の教育では、地域社会の保健・医療・福祉に貢献できる看護専門職の育成を使命とし、対象の well being をめざして、質の高い看護サービスを提供するために豊かな人間性と確かな看護実践力を備え、福祉を基盤とした文化の創造と共助社会の構築（地域包括ケア）をめざす人材を養成することを目的としている。

現在の日本の保健医療福祉を取り巻く状況は、医療の達成度ランキング1位、平均寿命世界1位、健康寿命世界1位、乳児死亡率世界最低で医療の高水準を達成した（2018）。しかし、福祉は、幸福度ランキング53位（2018）で、寝たきり大国といわれるように、超高齢社会での人生の終末は、病院で寂しく濃厚医療（胃瘻造設）をし、治療や処置を最後まで施す。医療従事者は、「生命の尊重」を重視するあまり、「最善の生」というものを、専門外の問題として扱ってきた経緯がある。

2013年、厚生労働省は超高齢社会、多死の時代への対応を図るための地域包括ケアシステムの土台を本人／家族の選択と心構えとし、地域で共に生き、共に全ての職種とつながることを推進している。2025年問題の一つとして、後期高齢者の看取りの場としてきた病床数が47万床不足するといわれている。これからの医療・看護の提供の場は、病院（病棟、退院調整部門、外来部門）、福祉施設（特養、

老人保健施設）、在宅ケア（地域包括支援センター、訪問看護ステーション地域密着型サービスとしてのグループホーム、サービス高齢者住宅）であり、一層拡大、多様化することが考えられている。それとともに、看護においても機能化、専門化が求められ、多職種との役割分担と協働をもとにした専門チームと市民を巻き込む統合ケア（Integration care）が必要不可欠とされる。

Leuts は、多職種連携の概念枠組みとして、連携のレベルを3段階で述べている。第1段階はニーズがある人を必要なサービスにつなぐ「Linkage」、第2段階は計画的な情報共有やケアマネジメントがなされている「Coordination」、第3段階は、施設の壁を越えて同一組織のように包括的に活動する「Full integration」であると述べている。高齢者が在宅で人生の終焉を迎えることを可能にするには、看護職が多職種をつなぎ（Linkage）、協調（Coordination）し、同一組織のように機能するネットワークを構築（Full integration）していく必要がある。

多職種連携・協働で役割を果たす「チームケア」においては、1970年代には「チーム医療」という言葉を使い始めたことに始まる。今日「チーム医療」は必要不可欠となり、栄養サポートチーム（NST）、院内感染対策チーム（ICT）などが、診療報酬加算へとつながった（チーム形成による評価開始）。1990年代は、社会的入院を削減するための在宅ケアが促進され、多くの地域で保健医療福祉の連携と統

1) 看護リハビリテーション学部看護学科

合が行われ、ケアの連続性を担保するための退院調整や地域連携パスが示されてきた（地域連携パスによる連携、調整、協働）。そして、2000年には、介護保険制度によって介護サービスを作成するケアマネジメントを導入した。あえて臨床的統合を進める人材として介護支援専門員を創設し、ケア会議をしないと減算するという「ケア会議の義務化」を進めて統合ケアを達成しようとした（制度による統合化）。2005年には、介護予防事業という介護サービスと公衆衛生的な予防サービスを統合し、地域包括支援センターを創設し、ヘルスケアシステムの統合によってケアの質の改善を目指し統合機関として地域包括支援センター創設し、多職種との役割分担と協働をもとにした専門チームと市民を巻き込む統合ケアを目指している。

そして、2016年度においては、看取りニーズも増加し死亡者数のピークが2040年頃になるとし、後期高齢者数の増加とともに多死社会を迎えるにあたり、「いかにして団塊の世代を看取るか」に地域包括ケアは、集約されると結論付けている。

以上のように、地域で多職種協働を報酬体系に位置付けるという制度の側面から臨床的な統合を図ってきたものの、これらの試みは各地域で試行錯誤的にモデル検証しているが、エビデンスが示されていない、という段階である。

一方、医学・福祉教育のチームワークや多職種連携教育（IPE）は、2005年頃から大学の教員と専門職とが交流する場を設け、専門職間の協働 Interprofessional Work、IPW）、IPE のカリキュラムや教材の開発を試みている。看護教育においては2004年度の看護教育のあり方に関する検討会報告の中でチームアプローチの必要性が位置づけられ、カリキュラムの中にも導入されるようになり、具体的に実践的な多職種連携教育（IPE）へ発展させている大学が増えてきている。

本学の看護教育においても多様な場で、多職種と連携協働して看護の役割を発揮できる看護職の育成をはかることを目指しているが、その教育の検証については、今後の課題となっている。そこで、今回の研究では、地域における多職種連携の実態を踏まえ、本学の IPE 教育への資料とすることを目的に本学の実習地域の連携実態を明らかにすることを試みた。

2 研究の目的

本学実習地域のエンドオブライフ・ケアを可能にする看護師の連携意識力や連携行動力の特徴を明らかにし、IPE 教育への基礎資料とする。

<用語の定義>

- ・連携とは、Leuts の定義を用いる。多職種をつなぎ（linkage）、協調（coordination）し、同一組織のように機能するネットワークを構築（Full integration）することである。
- ・チームとは、共通の価値観と目的をもった二人以上の異なった専門職で活動をする専門的集団とする。
- ・エンドオブライフ・ケアとは、1990年代から狭義では緩和ケアと同様に使用されてきた。広義では、その人のライフに視点をあて、その人が最後まで最善の生を生きることを支えるケアとして提唱されているため、この定義を用いる。
- ・地域包括ケアとは、高齢者が重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で暮らし続けられるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体で提供することを目指す（厚生労働省）。

3 方法

1) 対象

本学の実習地域である介護保険施設では、岐阜県全域（特別養護老人ホーム、老人保健施設196件）、在宅ケア機関（訪問看護ステーション66件）を対象とした。地域密着型サービスにおいては、関市、各務原市、美濃加茂市の事業所全数（75件）を対象とした。

各機関のケアマネジャー（責任者）に対して、地域包括ケア体制化で行われるエンドオブライフ・ケアとしての看取り実績と多職種との連携頻度、連携意識力、連携行動力を機関別、職種別に比較検討し、連携の特徴を明らかにする。

2) データ収集方法と分析方法

第1には、各機関のケアマネジャーの職種、看取り実績及びその連携頻度を情報収集する。連携頻度の実態の調査では、各機関や多職種との連携の頻度を4段階（1. 連携をほとんどしない、2. たまに

する、3. 時々する、4. 頻繁にする)で評価をした。

第2には、各職種別の連携意識力と連携行動力に関する質問紙調査を行う。連携意識力調査では、藤田・福井らの開発した在宅医療介護従事者における連携意識力評価尺度と連携行動力評価尺度を用いる。

連携意識力評価ツールは、4因子16項目からなり、各項目5段階評価(1. 全く当てはまらない 2. あまり当てはまらない 3. どちらともいえない 4. まあ当てはまる 5. とても当てはまる)であり、以下の質問項目から構成されている。

第1因子は、チームの持つ目標の明確化(1. あなたは、利用者を支えるためのチームの目標を明確に理解していた、2. 他のチームメンバーは、チームの目標を明確に理解していた、3. 実際に達成可能なチームの目標を定めていた、4. チームの目標は、メンバーが所属する組織にとっても、有用であった)、第2因子は、チームメンバー間の信頼関係(5. メンバーそれぞれが、チームの一員であると認識できていた、6. メンバーは、互いに継続的に、情報共有できていた、7. メンバーは、互いを理解し、受け入れられていると感じていた、8. メンバーは、情報共有のために、実際の行動を起こすことができていた、第3因子は、目標達成のための姿勢(9. チームが、何を行っているのかについて、メンバー皆が常に問いかけていた、10. チームが、最良の目標を達成するために、メンバー皆が取り組んでいる、ことの弱点を捉えようとしていた、11. チームが、最良の目標を達成するために、互いのアイデアを出し合っていた)、第4因子は、チームの更なる成長のための協働(12. チームが、問題解決のための新たな方法を、常に探そうとしていた、13. チームが、問題解決のための新たなアイデアを導くのに必要な時間を注いでいた、14. チームが、新たなアイデアを具体化するために、協働できていた、15. 目標設定や目標達成のためにご本人の参加、協力が得られていた、16. 目標の設定や達成のためにご家族の参加、協力が得られていた)、である。

連携行動力評価尺度(5因子17項目)では、上記同様に5段階評価であり、以下の質問項目である。第1因子は、チームの関係構築(1. チームを組んだ他職種と気後れせず何でも聞ける関係を築いた、2. 他職種が提供しているサービスの具体的な内容を情報収集した、3. 自身が提供しているサービス

の具体的な内容を他職種に伝えた、4. 他職種に対してねぎらいの言葉や肯定的評価を伝えた、5. 普段から定期的に他職種との顔合わせの機会を持った(勉強会やカンファレンスなど)、第2因子は、意思決定支援(6. 利用者・家族が病気・病状をどのように理解しているかについて ①他職種へ伝えた、7. 利用者・家族が病気・病状をどのように理解しているかについて ②他職種から情報収集した、8. 今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を ①他職種へ伝えた、9. 今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を ②他職種から情報を収集した、第3因子は、予測的判断の共有(10. 今後起こりうる利用者の病状の変化(例: 病気の進行に伴って生じる病状の出現など)について、自身の専門性から予測し他職種に伝えた、11. 今後起こりうる利用者の生活状況の変化(例: 食事の摂取量や排泄の自立度の低下など)について、自身の専門性から予測し他職種に伝えた、12. 今後起こりうる家族の状況の変化(例: 家族の気持ちや介護負担の増強など)について、自身の専門性から予測し他職種に伝えた)、第4因子は、終末期ケア方針(看取りケアプラン)の調整、13. ケア方針・ケア計画について他職種と意見交換した、14. ケア方針・ケア計画についてチーム全体で合意を図った、15. 病状の変化に応じてケアプランの変更(他職種のサービス内容頻度も含め)チームを組んだ他職種に提案した)、第5因子は、24時間支援体制(16. 平常時において、チームを組んだ他職種間で情報共有できる体制をとった。(連絡網や情報交換ツールなど)、17. 緊急時において、チームに連絡が可能な体制をとっていたすべての過程(関係構築、意思決定、ケア方針)に、ご本人の参加、協力を常に促した、すべての過程(関係構築、意思決定、ケア方針)において、ご家族の参加、協力を、常に促した、である。

分析方法は、spss.ver22, spss.Amosを用いて、各機関別、各職種別に記述統計を行い、平均値の差を検定する。連携意識力と連携行動力に関しては、共分散構造分析をもとにパス図を作成してその関係性を検討する。

3) 倫理的配慮

本研究は中部学院大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号E15-0015号)。対象へは、研

究目的と説明を明記した文章を調査票と共に送付し、依頼状には調査票の返送を持って同意と見なす旨を明記して調査協力を依頼した。

4 結果

1) 調査対象の特徴

アンケートの回収は介護保険施設(196件中81件回収:老健23件 特養58件、回収率41.3%)、訪問看護(66件中12件回収、18.1%)、地域密着型サービス(75件中21件回収、回収率28%)、全件337件中114件回収(33.8%)であった。対象の平均年齢49.3(±9.9)歳、経験年数9.7(±6.0)年で年齢も高く、経験年数もあるベテランといわれるリーダー的存在の人たちが対象である。

2) 機関別ケアマネジャーの職種

ケアマネジャー(責任者)の職種では、老人保健施設(以下、老健)では看護職が最も多く、特別養護老人ホーム(以下、特養)では相談職が多く、地域密着型サービス(以下、地域密着)では介護職が多かった。その他の職種では、リハビリ関係職等である(表1)。

表1 施設別ケアマネジャーの職種

	看護職	相談職	介護職	その他	複数	合計
施設種別						
老健	17	2	1	3	0	23
特養	10	24	6	13	2	58
地域密着	2	3	9	4	2	21
訪問看護	12	0	0	0	0	12
合計	29	29	17	20	4	114

3) 機関別 看取りケア実績の有無

看取りケアの実績では、看護職でほとんど占めている訪問看護で最も多く、次に老健、特養と地域密着という結果であった。看護職の数が少ないほど、看取りケア実績が少なくなる傾向が見られた(表2)。看取りケアが行えない理由は、看護体制が取れない、医療機関の協力が得られないが、最も多かった。

表2 看取りケア実績の有無

	有 件数(%)	無 件数(%)
施設種別		
老健	18 (81.8)	4 (18.2)
特養	45 (77.6)	13 (22.4)
地域密着	15 (71.4)	4 (28.6)
訪問看護	10 (83.3)	2 (16.7)

4) 各機関、多職種との連携頻度

連携の頻度の得点範囲は1-4点であり、各機関別の平均値の差を求めて平均値の差を一元分散分析にて確認した。各機関の連携における共通点は、病院と法人内部との連携、担当介護支援専門員との連携回数は多い傾向にある。逆に連携が少ない機関は、行政、保健センター、地域包括支援センター等であった。連携の少ない理由は、保健センターや地域包括ケアセンターに関しては予防活動が中心であり、困難事例や難病への対応してもらえないが、一般的な事例に関しては、対応してもらえない為である。行政に関しては、福祉や保険の申請等がない限り連携の必要性がないことが伺えた。

各機関別の連携の特徴としては、老健と特養では、栄養士との連携が多い(p<.001)。組織内に看護師が配置されているため、訪問看護との連携はほとんどない(p<.05)。また病院看護との連携も少ない(p<.05)。しかし、特養においては、緩和ケアチームとの連携頻度が少ないが見られた。地域密着では、薬剤師と訪問看護との連携が多い傾向にあるが、それに比しリハビリや栄養士との連携は少ない傾向がある(p<.001)。訪問看護では、病棟看護師等の医療関係者との連携が多い(p<.05)。わずかながら緩和ケアチームや地域包括支援センターとの連携あり、他の機関では見られない多様な機関、職種と連携する傾向が見られた。逆に訪問看護は、法人内連携がほとんどなく組織内では単独で仕事をしている傾向があった(図1)。地域密着と訪問看護は、地域に存在する在宅機関であり、特養や老健の介護施設とは異なり、多様な職員の配置も義務付けられていない為に連携の必要性は高いが、訪問看護に比し、地域密着は連携する職種や連携する頻度も全体的に少ない傾向が見られた。

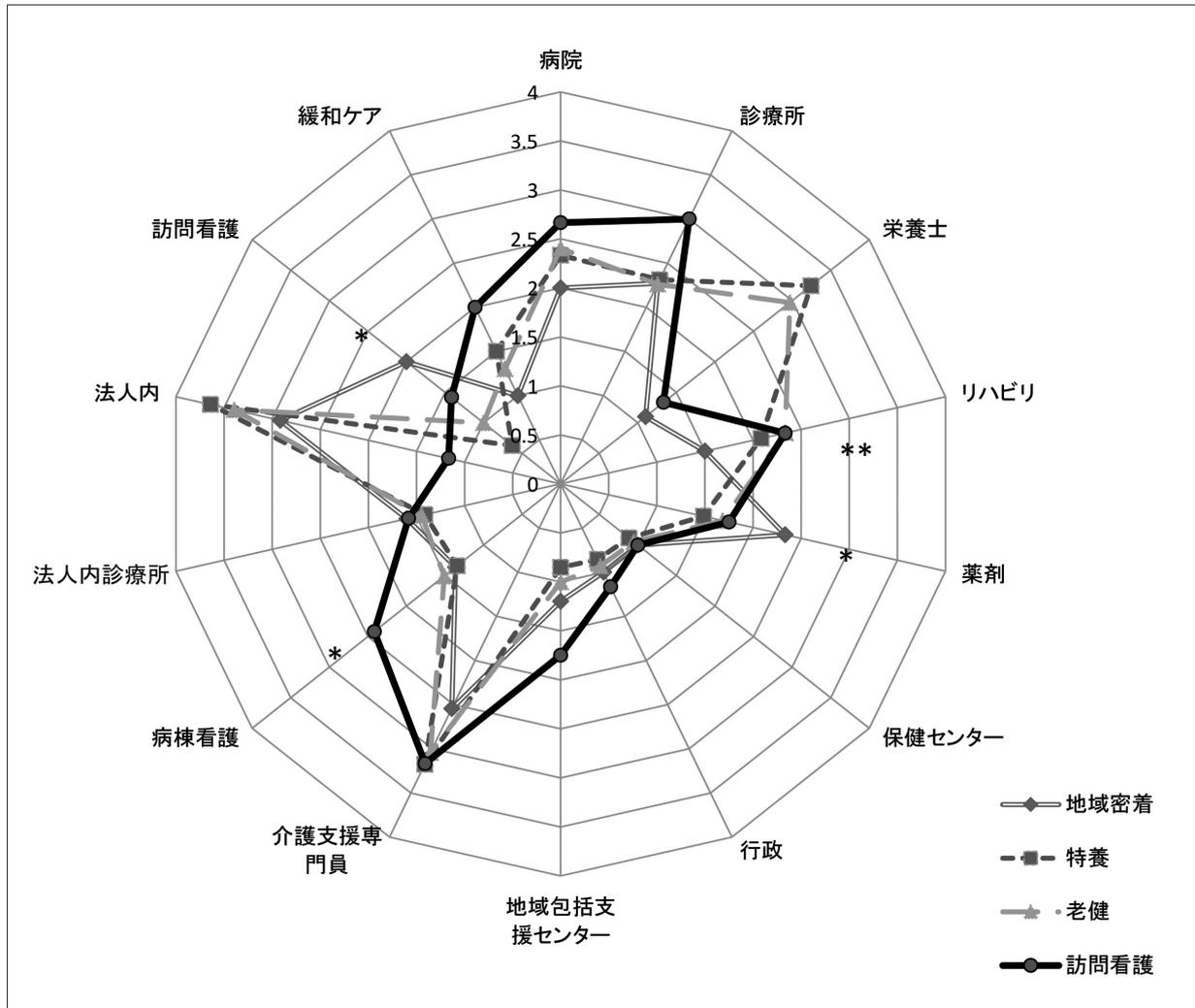


図1 各機関、多職種との連携頻度

** $p < .001$ * $p < .05$

5) 職種別の連携意識力の評価、連携行動力の評価

在宅医療介護従事者における連携意識力は、「チームメンバー個々が良い連携を行う意識を高めることを目指す」という考えをもとにそれぞれの職種がどの程度の連携意識を持っているかを職種別に評価尺度を因子ごとに集計し平均点を求め、その差を明らかにするために一元配置分散分析を行った。職種間による因子別の連携意識による統計的有意差はなく、おおむねどの職種においても連携意識は高く地域全体の連携力の強化につながる事が明らかになった。統計的に有意差はないが、訪問看護師や相談員に連携意識がやや高い傾向が見られた(図2)。

評価尺度の4因子の関係性を示すために構造方程式を示すと、4因子に高い相関関係が見られた。特に目標達成がチームの成長や信頼関係の構築につながる事が示されていた(図3)。

在宅医療介護従事者における連携行動力の評価で

は、連携意識力を高めたのち、「適切な連携行動を実際に行っていく」ための評価である。それぞれの職種がどの程度の連携行動力を発揮しているかを職種別に評価尺度を因子ごとに集計し総合得点、平均値を求め、その差を明らかにするために一元配置分散分析を行った。第5因子の「24時間の支援体制」の構築では、訪問看護に連携行動力が有意に高いことが見られた($p < .05$)。また、「意思決定支援」、「予測的判断の共有」においても職種による差が見られた($p < .05$)。相談員に連携行動力が全体的に高い傾向が見られた。訪問看護師は、看取りケアを必要とする利用者の緊急時において「予測的判断の共有」を行い、多職種間で連携が可能な体制を整え、チームを組んで多職種間に関わる「24時間体制」をとるなどの連携行動ができていることを示す結果となった(図4)。しかし、「意思決定支援」に関しては、多職種への情報共有等の連携行動が少ない傾向

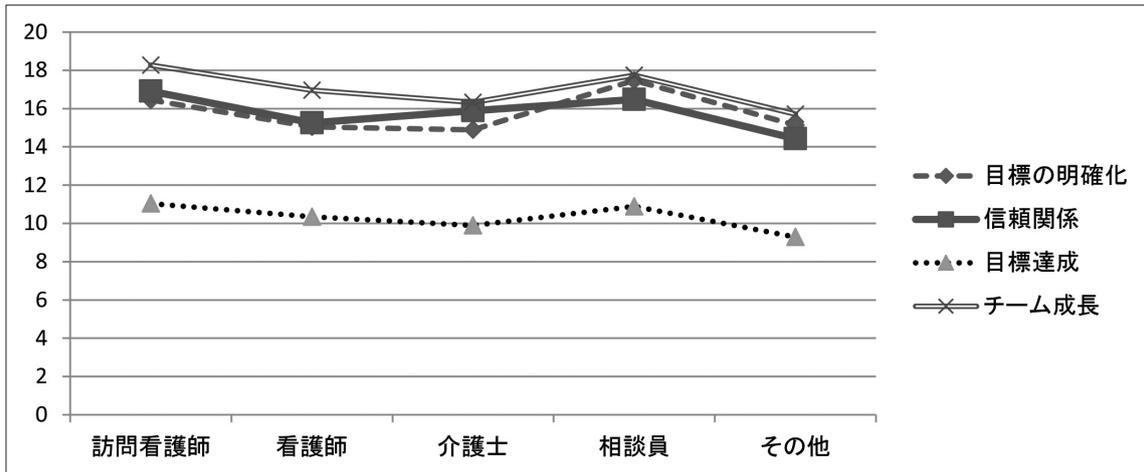


図2 職種別の連携意識力の評価

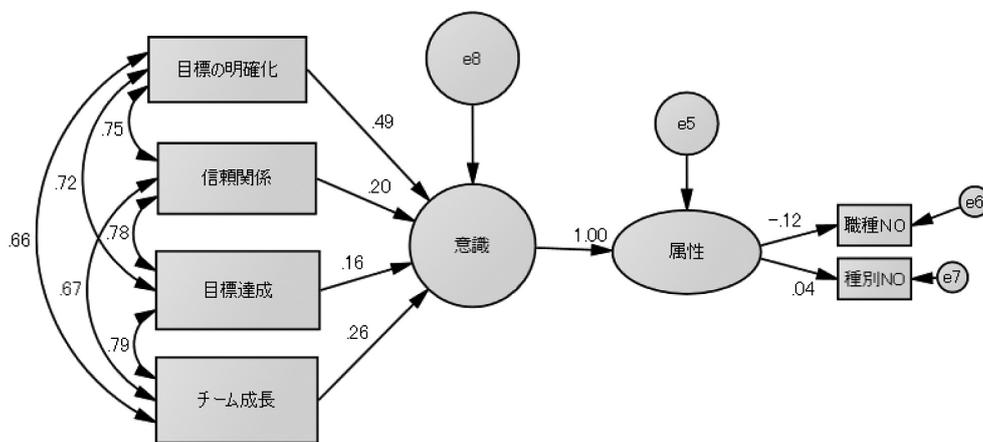


図3 チームの連携意識力の変数間の関係

が見られた。訪問看護師は看護師に比し、チームの関係性に努めている傾向が見られるが、「意思決定支援」や「終末期ケア方針」への情報の共有が少ない傾向が見られた。介護士やその他の職種に関しては、全体的に連携行動が少ない傾向にあった。

評価尺度の5因子の関係性を示すために構造方程式を示すと、第5因子の「24時間体制の構築」と第3因子の「予期的判断の共有」に高い相関関係が見られた。また、第1因子の「チームの関係構築」と第2因子「意思決定支援」においても高い相関関係が見られた。「24時間体制の構築」と第1因子の「チームの関係性」や「意思決定支援」に関しては、関係性が弱いことが示された(図5)。

5 考察

厚生労働省は、2014年6月に成立した医療介護総合確保推進法(正式名称:地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律)に基づき、消費税の増収分を活用して各都道府県に設置した財政支援制度を開始した。これは、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域で総合的に確保するためのもので、医療・介護の統合的な計画策定に向けた措置や、医療・介護の実施事業を対象として財政支援を行うものである。この財政支援によって地方自治体や医師会はICTを活用した医療介護情報の蓄積と情報の共有化を進めている。こうした地域の各機関がつながるネットワークが構築されることにより、医療・保健、福祉関係職種の情報共有とコミュニケー

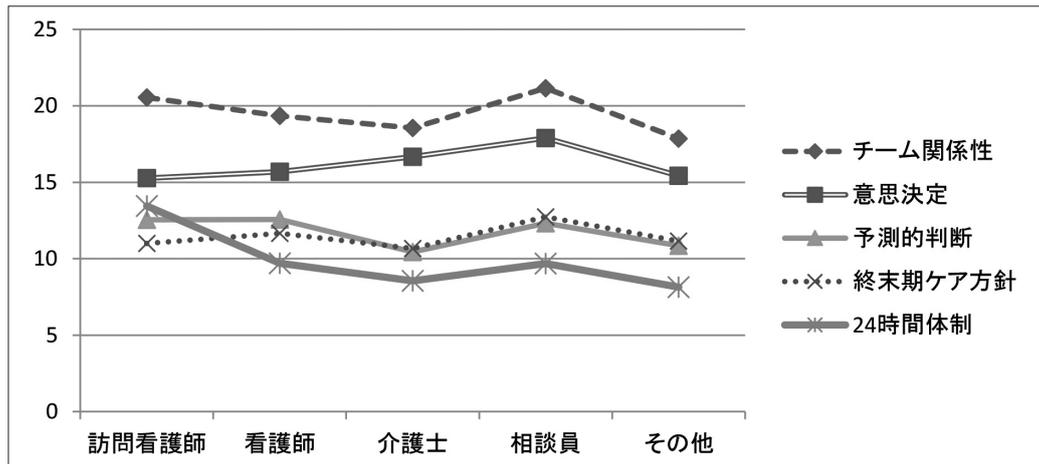


図4 職種別連携行動力の評価

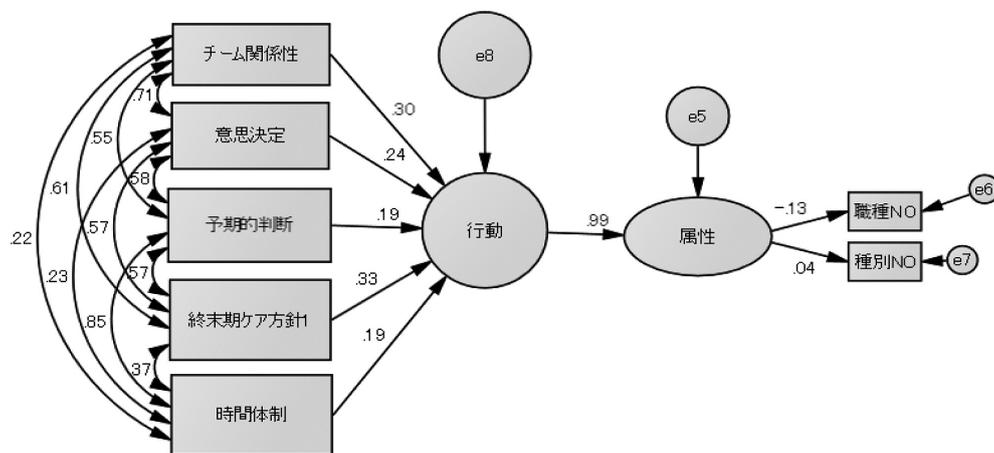


図5 チームの連携行動力の変数間の関係

ションが可能になり効果的な連携が可能になる。
 とりわけ、地域でエンドオブライフ・ケアを可能にするには、本調査からも示されているように医療、特にオールドランドに関わる看護師の連携意識や連携行動が重要となる。多職種による「連携意識力」に差はなかったが、実際の「連携行動力」には職種による差が見られた。その理由として、施設で働く場合には分業化された環境におかれるが、地域で働く場合は、専門家不在から自分の専門性だけに頼ってられない環境におかれる。そのために訪問看護師は、さまざまな機関と連携を試み、24時間体制の連携を取る。しかし、地域密着サービスにおいては、介護職が中心であり外部との連携が少ない傾向が見られた。その理由として、特に看取りケアでは、医療関係者の24時間の支援体制が重要になるが、それらの支援体制が整備されていない環境にあることが

考えられる。また、訪問看護においても単独で仕事をする環境にあり、法人内でコミュニケーションが取れる人がいないなど小規模の訪問看護ステーションの課題が考えられた。
 地域包括ケアの先行モデルとして職種協働を成功させていた「尾道方式」の成功要件として、以下の4つを示唆している。①地域の施設がつながる幅広い連携ネットワークがベースとして構築されていること、②多職種メンバー間のコミュニケーションツールが提供されていること、③ラーニングオーガニゼーションとして機能可能な情報の流れや学びのしくみがあること、④コアとなるチームメンバー以外の専門家の支援を仰げる仕組みが確立していることである、と述べている。
 本校の在宅看護実習においても多職種間の情報共有やコミュニケーションに適したツールが、開発さ

れている地域もあり、訪問宅や移動中でもアクセスできるITCが整備されつつある。本学の教育においても連携の重要性を教える「連携意識力」の強化のみならず、実際に「連携行動力」の育成ができるように、ソーシャル型のコミュニケーションツール、情報の秘匿化、匿名化の方法など、具体的な行動力育成につながる多職種連携教育教材の開発が必要になってきている。また、学科を横断した子ども子育て(教育学部)、障害・福祉(人間福祉学部)、高齢者・介護・リハビリ(社会福祉学部、健康スポーツ学部)による多職種連携教育(IPE)、教材の開発も求められる。

今回は限られた地域からの研究であり、今後比較する地域を増やしていく必要がある。地域包括ケアにおいては急速に進むITC化の現状を踏まえて、他地域や他大学との合同研究も必要であり、時代に即した教育環境を整備していくことが求められる。

引用文献

藤田淳子、福井小紀子、池崎澄江：在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発 厚生学の指標 62(6) 1-9 2015.6.
福井小紀子、藤田淳子、池崎澄江：「連携」の中身を評価しよう：顔の見える関係ができたあとの

多職種連携とは 連携評価力の視点 訪問看護と介護 20(11) 1024-1026 2015.12.

厚生労働省：第1回新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン研究会 資料4 平成28年10.3. (2018.9.1 アクセス)

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000138746.pdf>

厚生労働省：地域医療介護総合確保基金 予算案 2014.6. (2018.9.6 アクセス)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000331808.pdf>

Leuts WN. Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United Kingdom Mibank Q 77-110 1999.

日本保健医療福祉連携教育学会：「QOL向上を目指す専門職間連携教育用モジュール中心型カリキュラムの共同開発と実践」(連携教育用教材開発) (2018.9.1 アクセス)

<http://e-campus.nuhw.ac.jp/moodle/course/view>.

山口典枝：多職種連携を支える情報共有基盤に関する考察 2025年の在宅医療ニーズを満たすために必要なITCの利活用 Journal of health care and society 23(1) 29-41 2013.6