

医療福祉における多職種連携のあり方に関する研究

平野聖^{*1} 竹田恵子^{*2} 大田晋^{*3} 種村純^{*4}
進藤貴子^{*5} 直島克樹^{*3} 森繁樹^{*6}

1. はじめに

社会福祉基礎構造改革に代表される1980年代以降の一連の社会福祉分野の改革は、これまでの施設完結型から在宅・地域中心のサービス体系への転換を図ってきた。近年では、厚生労働省の方向性として、地域包括ケアをさらに進めていくことが確認されている^{†1)}。

また、改革の一環として導入され、地域包括ケアの前提でもある介護保険制度は、在宅等で様々なサービスを組み合わせ生活していく仕組みを我々にもたらしめている。そして、そのサービス提供過程においてケアマネジメントの手法が導入され、多様な職種が関わる“多職種連携”の具体的な展開が問われることになっているのである^{1,2)}。

こういった背景には、社会における「健康転換」が存在している。この概念は、例えば平均寿命の高まり等による継続的ケアの必要性を、産業構造等も含めた多角的な視点から説明するものである^{†2)}。特に、治療のみでなく継続的なケアへの視点は、専門分化した専門職が連携していかなければならない素地をもたらしめている。個々の生活の全体性を考慮し、総合的に支援していくことが社会的に求められているのである。多くの専門分野の専門性に基づく多角的な視点と意見を集約していくことが、総合性を担保していくことになるのである³⁾。

この多職種連携に対する研究は、2000年代後半以降特に盛んに行われるようになってきている。例えば、多職種が関与することの意味について、情報共有や情報提供^{4,5)}、対象者への有効な問題解決⁶⁾、支援者個人の成長の促進⁶⁾、相互のアセスメントの補

足⁷⁾などの可能性が指摘されている。

一方で、多職種連携に関する研究の多くは、各専門職の視点による各論的な実践報告であり、多職種連携全体の構造について触れたものは少ない。また、すでに述べたように、多職種連携の背景には地域包括ケアの推進があり、過疎地域や都市部など、様々な地域の特性とも無関係ではありえない。施設・機関内に加え、在宅生活を支える地域の多職種連携の実態や構造に関する把握は未だ不十分であると考えられるのである。

そこでこれからの医療福祉実践としての多職種連携について考察を深めていくためには、実態把握が第一に必要となる。ただし、本研究の目的は単なる多職種連携の実態把握のみにあるのではなく、そこでの先進的な知見を基に多職種連携の社会的な必要性と有用性を確認し、そうした多職種連携を可能としているものは何か、について一定の提言を行い、さらには今後の多職種連携教育に関する考察へと結びつけることにある。

実態把握については、多職種連携の求められる背景とも照らし合わせて考えねばならないであろう。例えば、治療から継続的ケア、在宅での支援へのシフトがあり、それは高齢者の多い地域ほどより問題が深刻である。このことは、高齢者のニーズの中でも医療福祉的ニーズについてみると、高齢者は何らかの病気を持っている場合が多いこと、その病気も生活習慣病など慢性的な病気であることが多いこと、しかも同時にいくつかの病気を併せ持っていることが多く、さらに、医療以外の介護、予防、健康増進、さまざまな生活相談など生活上のニーズを

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学部 医療福祉デザイン学科

*2 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科

*3 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科

*4 川崎医療福祉大学 医療技術学部 感覚矯正学科

*5 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 臨床心理学科

*6 社会福祉法人 旭川敬老園

(連絡先) 平野聖 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

E-mail: hijiri@mw.kawasaki-m.ac.jp

持っていることが多く、これらのさまざまなニーズに応えるためには、一人あるいは一職種だけでは対応できず、多くの専門職の適切な対応が同時に求められることになることから容易に想像できることである。また、人口減少が著しく、過疎化が進む中山間地域、さらに離島を抱える地域など、地域の地理的特性上、社会資源が限られている地域では一層現実的で緊急の課題となっている。

さらに、上記のような背景の中で、介護保険制度が施行され、介護老人保健施設（以下単に老健という）が創設された¹³⁾ことを忘れてはならない。この施設の本来の目的は、医療的支援と並行して、介護やリハビリなどの支援を必要とする人を短期間入所させ、在宅での生活を継続的に支えていくことにある。そのため、様々な専門職種の配置が法的に位置づけられており、まさに多職種連携が制度的に進められ、現実に発揮されることを目的とした施設ともいえよう（もっとも、多職種連携が明確に言われ始めたのは介護保険制度が創設された以降であると考えられ、老人保健施設が、創設当初から多職種連携を求め普及させることを目的としていたかどうかは疑問である）。また、2012年度の介護報酬改定においては、従来の在宅復帰加算とは別に老健の在宅復帰率を高める報酬が設定される（基本施設サービス費）など、政策的にも制度的にも在宅での生活を図っていく勢いがさらに強まっており、多職種連携はその中心的役割を担うものとなっている。

本研究では、フィールドワークを通じた参与観察ならびにさまざまな職種の専門職へのインタビュー調査から実態把握を進めることにしており、対象地域ならびに施設を無作為に抽出するというよりも、人口減少や過疎化の進行などという緊急性の高い地域特性を持ち、その中でこれまで多職種連携を積極的に推進してきた地域ならびに施設を取って調査対象としている。現在地域包括ケアシステムの構築に向けて地域連携体制作りが急がれているが、高齢化率の高い過疎地域においては地域における資源を最大限活用した多施設・多職種の連携作りの必要度が高いからである。

2. 地域実態調査— A 県 B 市 C 地区における調査—

以上の研究目的を踏まえ、実態把握の調査対象地域ならびに施設を以下のように選定することとした。第一に、調査対象となる地域について、人口減少、過疎化が進む中山間地域である A 県 B 市（人口約5万人ほど）の C 地区を選定した。この C 地区は、30年以上前から地域が主体となった多機関・多職種連携としての実践の積み重ねがあり、この地区

独自の連携モデルを形成してきている地域でもある。

第二に、この C 地区にある D 施設（介護老人保健施設）を調査対象とした。上述したように、老健は法的に多職種の配置が義務づけられた施設であり、この D 施設も地域での取り組みをベースに積極的に多職種連携を進めてきている。

2.1 対象地域の概要

A 県 B 市は山間部の旧街道沿いの城下町を中心に、2005年に5町4村が合併して市制が施行された。人口は5万人程度で、この40年間に1万人強減少し、年齢構成も全国平均に比べ50歳代以上が多く、20歳代、30歳代が少ない。平成25年10月1日現在の高齢化率は35.1%で、全国平均よりも10%高い。産業は高原、温泉などの観光業、平坦地の農業が中心である。交通は平坦部に東西を結ぶ鉄道が走っているが、日常生活上自動車を利用することが多い。B 市は A 県内でいち早く医療と介護の連携に具体的に取り組んだ。医療機関や介護保険サービスの量も限られており、高齢化率の高い山間地だからこそできる地縁・血縁のインフォーマルサービスを総動員した連携の在り方を追求しており、その発展経過と現状について調査した。

調査対象地域である A 県 B 市 C 地区は、B 市の人口が約5万人で、市町村合併によって再編された市町村に属している。C 地区は、30年以上前から、行政と民間組織が協力して、多機関ならびに多職種での連携を図り、今日に至っている地域である。現在は月一回の在宅福祉推進担当者会議を、各施設や機関の持ち回り制で実施し、困難ケースの検討や情報交換などを実施している。

C 地区の特性として、人口は減少傾向で高齢化率が高く、中山間地域ということもあり、一軒一軒の家が離れていることが多いこと、高齢者の移動の困難さに加え、多くの高齢者が土地・家屋を所有しており、生活の場所を施設入所により簡単に変えることも難しいなど地域固有の様々な状況がある。また、社会的な資源も限られており、ある法人系列の病院や施設・機関がその地区の支援において大きな比重を占めていることも特徴として挙げられる。

2.2 B 市における医療・介護連携の発展

以下に述べる 2.2 から 2.4 にかけては、本研究にご協力いただいた池田恵子氏の報告に基づいている。昭和50年代から医療機関や福祉施設・行政の実務者レベルの連絡会議で年数回の定例会や研修などを行い、平成17年から行われた A 県地域リハビリテーション広域支援センター事業を継承した B 地域ケア・リハビリテーション連絡協議会が発足した。B 市医師会の「認知症かかりつけ医部会」に B 支

部とB市地域包括支援センターも参加し、各分野からの取り組みの進捗状況を共有し、認知症を切り口にしながらもそれにとどまらない「医療と介護の連携」について、役割分担をしてきた。

この間の具体的な展開を見ると、昭和50年代前半から平成17年3月にかけて、旧B郡ケースワーカー連絡会に旧B郡振興局健康福祉部、病院医事担当者、医療ソーシャルワーカー、施設相談員など相談支援担当者が年3~4回研修会を行い連携した。昭和50年代から現在まで、在宅福祉担当者会議など各地区の地域ケア会議が開催されており、医療機関、施設、社協、地域包括、各関係者などが毎月1回研修と情報交換を行っている。平成7年から平成21年3月にかけて国と県の事業の一環として、B市地域リハビリテーション広域支援センター連絡協議会が組織された。平成21年4月からこの事業の終了後に事業継続を目的としてB市地域ケア・リハビリテーション連絡協議会が開催されている。理学療法士・作業療法士を中心に介護職・相談職等を含めた連携を目的として、研修が企画されている。

また、平成20年度からは、介護に役立つ疾患の基本や医療の基礎知識とポイントの学習を主な目的とした、「医療講話寺子屋」を13回開催し、延べ1,600人の受講者があった。6割以上の参加者がケアマネ以外の介護職・医療関係者・相談援助職であり、症状を医療職へどう伝えるかなどの実用的知識も加えられている。また、各専門職が共同して終末期医療、創傷ケア、高次脳機能障害に対する支援など様々な取り組みも始まっており、それらの会とB市ケア・リハ連絡協議会で情報交換・研修日程の調整等を行い、医療・介護・福祉職が毎月のように各研修会で顔を合わせ、互いのスキルアップと相互理解を深めている。平成25年度から「医師と介護支援専門員等懇談会」は「医師と多職種懇談会」と改称された。

2.3 B市共通シートの導入とその成果

2.3.1 共通シートの導入

平成19年度から医師会と行政のB支部が共同し年数回の「医師と介護支援専門員等懇談会」を開催し、「B市共通シート」の提案や訪問看護の利用・口腔ケアに関するアンケート等を行い、様々な検討課題と一緒に取り組んだ。「B市共通シート」は医師とケアマネジャー(以下、単にケアマネ)で検討し、「認知症を見逃さない・悪化させない」を合言葉に民生委員や家族も利用できる様式として提案・改訂を重ね、今ではケアマネが医療機関等に持っていくことで関係作りのきっかけになっている。共通シートは対象者に関与する多職種が対象者について記入することによって、一職種では気付かないことに気

付き、経過・変化が確認できるメリットや入院・更新・変更申請時や状況変化の時にアセスメントの総括シートとして利用すると、迅速に情報が伝わり早期にサポートチームを形成することができる。シートが大事なのではなく、情報を共有し職種をこえた支援体制を作りあげようとする意識が何より大切であり、B市ではこうした懇談会や各種の研修会を重ねることでその意識改革が着実に進んでいる。そして、主治医が「介護保険の主治医意見書記入の参考にしている」と言うことが増えてきた。一昨年出版された介護支援専門員テキスト「ケアマネジメント A版」にも共通シートが県内最初の連携シートとして掲載された。

2.3.2 共通シートの特徴

共通シートの特徴を、以下のように列挙することができる。

- ・迅速に記入(入院日・受診日当日等)でき、早く情報提供できる。
- ・多職種が同じ視点で見落としがちな認知症状について観察を行える。
- ・記憶・会話などの問題を関係者が必ず見極め、認知症を見逃さない。
- ・経過を追ってADLの変化がわかる。
- ・情報を積み重ねることによって、同じ視点で観察・記入することで相違点が浮き彫りになる。そして、その相違点がケアのヒントになる。
- ・認知症の診断など、医師が一時的な状況で判断しにくい事柄を表わすことができる。
- ・家族や民生委員などもシートに記入できる。
- ・本人の前では伝えにくい認知症症状などを伝えることが可能である。
- ・主治医意見書を記入する前に情報を提供することによって、生活状況をふまえた診察や診断および意見書の記入が可能となる。
- ・個別の利用者に関する理解と連携が得られる。

2.3.3 共通シートの成果

以上のような多くの特徴を持つこの共通シートを導入することで、以下のように多くの成果が挙げられている。

- ・情報を持って動くことで医師・看護師と接する機会が増えた。
- ・専門職研修により知識や技術についての共通理解が得られ、連携の上で重要であった。
- ・医療と介護の両側面からのアプローチが可能となり、それぞれのスキルアップにつながった。専門職ごとの支援者の数が重要で、特に看護職と介護職が充実していることがキーポイントになる。各職種互いが講師役になることで相互理

解が生まれる。顔合わせの場を多くし、一緒に地域を担っていく土台を作る。

- ・共通シートが行き交うことで関係者の名前をお互いに覚えることができる。

今後、次の段階としては、ケアマネジメントに必要な医療知識の習得を、B市ケア・リハ連絡協議会と協力して地域の医療・介護・福祉専門職のスキルアップに貢献することを目指している。

2.4 B市における多職種連携発展の契機

以上述べたB市における職種間連携の発展については、いくつかの契機をあげることができる。端緒はケースワーカーおよび在宅福祉担当者の連絡会であった。このような私的な勉強会に広域地域リハビリテーションセンター委員会が発足し、行政が関与するようになったことが第一の契機に挙げることができる。その事業はその後廃止されたが、B市では活動が継続された。

次に重要な契機としてあげられるのは介護保険の発足である。これによって医師と介護支援専門員との連携が必要となり、介護支援専門員の側に、すでに形成されていた地域特性に関する危機認識の元に地域における関係者連携への強いニーズがあったことが連携組織の発展につながった。

この第二の契機を具体化したものが共通シートであり、この共通シートとは他の地域における地域連携バスと同等の機能を有すると理解できる。この手段の導入によってここの利用者に関する実質的な多職種・多機関連携が発展し、事例やテーマ研修会を通じて関係者の意識改革にもつながったと考えられる。

なお、C地区では、医療機関や介護保険サービスの量も限られており、高齢化率の高い山間地だからこそできる地縁・血縁のインフォーマルサービスを総動員した連携の在り方を追求している。構成員が少ないので医療従事者も介護保険サービス関係者も行政の相談支援援助者も地域で複合的な役割を持っている。ほぼ全戸設置の告知放送機や公営ケーブルテレビなど都市にはない情報伝達手段もある。ケアマネは、医療の視点を持ちつつ対象者の生活が成り立つことを支援し、地域の中でその人の人生に寄り添える「連携の専門職」である。

2.5 C地区の地域内・施設内連携体制に関する調査

地域内における多職種連携の実際について在宅福祉担当者会議と1法人内の医療介護施設間の調整会議を取材した。

2.5.1 C地区在宅福祉推進担当者会議

実施年月日：平成25年3月11日

実施場所：C地区老人福祉センター

出席者した施設・職種：一般病院のソーシャルワーカー、精神科病院のソーシャルワーカー、特別養護老人ホームの社会福祉士、介護老人保健施設の社会福祉士、B市地域包括支援センターの高齢者相談担当者、C地域支援センターの市役所担当、保健師、介護支援専門員、看護師、他、B市地域支援センター、B市社会福祉協議会C支所

事例検討：「高齢者世帯への生活支援の見直し」を主題として、認知症の夫婦世帯を取り上げ、対象者が支援を受け入れず対応が困難であることから、問題点、評価及び対応方法について検討された。

B市・C地区社会福祉協議会の活動：福祉委員の活動、地区社会福祉協議会の7地区地域、さらに32の小学校区における地域連携、47カ所のふれあいいきいきサロン、用品貸し出し事業、子育て支援、広報発行について紹介された。を行っている。C地区社会福祉協議会はB市よりは規模が小さいが同様の活動を実施。24年度にDVDを作成し、職員の活動を紹介した。

その他：B市在宅介護手当支給事業、B市内の集い、民生委員懇談会、住宅改修の紹介をした。

改項E法人4施設連絡会議：同一法人内の病院、老人保健施設、特別養護老人ホーム、小規模多機能型居宅介護の4施設連絡会議。申込み状況を共有し、各施設入院入所の審査会で対応する。

対象者の糖尿病、認知症を有する方の受入数を制限する。要介護状態の変化を常時モニターする。本人および周囲が困った状態について確認する。

本人は在宅希望で、家族の希望とのギャップがある場合など対応困難な問題・ケースの対応について確認する。

本人の判断力に疑問がある場合は在宅支援、食生活、暖房などの見守り体制について確認する。

2.5.2 B市C地区D介護老人保健施設内の多職種連携に関する調査

実施年月日：平成25年8月7日

実施場所：介護老人保健施設S

調査対象：看護師、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員、社会福祉士（生活相談員）

(1) 多職種連携に関するインタビュー項目

下記の項目について、対象者にインタビューを実施した。

- ・多職種連携の維持(メンテナンス機能)について、どのように共通理解(規範形成)等を図っているか。協働体制を維持・運営しているか。その取り組みについて。
- ・異なる職種との連携において難しさを感じるとこ

る(葛藤など困っていること、苦勞していること、不安なことなど)。

- ・連携による支援のメリット・デメリットについてどのように考えているか。
- ・多職種連携において必要となるコンピテンシーについてどう考えるか。
- ・他の専門職に何を期待するか(連携しやすい・しにくい職種なども含めて)。
- ・今後どのようにすれば多職種連携がよりやりやすくなるか(教育も含む)。

(2) 調査結果1 調査対象者：介護老人保健施設(通所)・看護師

調査事項と聞き取り概要は下記の通りである。

①業務内容(利用者および業務の特徴)

利用者は70歳～80歳が中心であり、要介護度は3.6以上の方である。脳血管疾患、心疾患、糖尿病、下半身不随、褥瘡、麻痺があり麻痺側のけがを繰り返す方など疾患は多様である。業務は、けがの処置、自己導尿(見守り、実施)、胃瘻の注入、インシュリン注射・血糖測定など医療的ケアが中心であるが、食事ケア、排泄ケア、入浴など生活支援も介護職員と一緒にしている。常にどこかで呼ばれている感じがしている。

②多職種との連携が必要になる利用者および業務、他職種との連携内容

多職種との連携が必要になる利用者は、独居高齢者で浮腫等が悪化し訪問看護が必要と思われる方や、褥瘡が悪化し体位保持の方法やマットの変更等が必要となると思われる方、通常と違う健康状態(spo_2 が低い、元気がない、熱がある、など)である方などである。

介護支援専門員とは、訪問看護の導入、受診、在宅での状態観察の依頼など、施設外の連携が必要となる場合において連携をしている。また、介護職員や理学療法士とは、施設内連携として利用者の健康状態等の情報交換を行っている。そして、介護職員とは、状況に応じた生活支援を共に行い、理学療法士とは、利用者の呼吸・循環に応じたりハビリの実施を可能にしている。

③職種間連携のための時間・場所

日々のケアの流れの中および、毎日の業務終了後の申し送り(カンファレンス)の中で情報交換を行い、ケアの方法を検討している。また、年3回の全体会の中で、看護の専門性を活かし、疾患の説明や注意点について伝えるようにしている。

④連携によるメリット・デメリット

統一したケアができること、1枚の紙で情報を共有でき、声掛けをしあえることがメリットである。

デメリットは思いつかない。

⑤多職種連携における困難さ・葛藤およびメンテナンス機能への取り組み

55名の利用者に対して看護師は1名のみであるため、処置に追われて利用者の話を十分に聞くことができない状況にあるが、介護職員の中には、利用者話を聴いていること(傾聴行為)を、ただ喋っているとと思っている人もいる。また、休みのときは老健・入所の看護師が代わりに来てくれるが、他職種の職員から休まれると困ると言われる。

多職種連携の維持(メンテナンス機能)、共通理解(規範形成)等への取り組みとしては、疾患の説明とか注意点について伝えるようにしたり、勤務終了後のカンファレンスで、皆でケアの統一ができるようにしている。

⑥多職種連携において必要となるコンピテンシーやる気、性格、意欲。

⑦多職種連携における他の職種へ期待と今後の課題
皆でやっていきたい。いろいろな場面を見てもらいたい。例えば、トイレ介助などを理学療法士がしてくれると、排泄時の姿勢がわかるし、利用者の状態がわかる。また、介護職員と看護師と一緒に働いているが、側について観察することなど、デイケアとして来られている人に必要な看護があることを理解して欲しい。

言いたいことが言える場があること、人間関係を良くしていくこと、記録の時間が確保できることが、他職種連携を円滑に進めていく上で重要であると考ええる。

⑧以上から言えること

介護老人保健施設(通所)・看護師の行っている(認識している)連携は、介護職員、理学療法士、介護支援専門員との単一機関における多職種連携であった。利用者のケアにおいて多機関(施設外)連携が必要な場合は、介護支援専門員を通して実施していることが示された。多職種チームワークの形態は、マルチディシプリナリモデルまたはインターディシプリナリモデルであり、他職種チームの発達段階は、規範形成段階にあると推察された。今後、対立段階へと進み、他職種チームワークの目標や相互の役割が再確認されることが、多職種連携を実践段階へと発展させていく上での課題と考えられた。そのためにも、専門職としてのコンピテンシーに加えて多職種チームワークのコンピテンシーとしての「メンテナンス機能」、特に「葛藤マネジメント」能力の獲得が望まれるといえる。

⑨その他気付いた点

他職種がどのように本施設での他職種連携の実際

を捉えているか不明であるが、聞き取りをした看護師からは専門職としてのコンピテンシーは優れているが、1人職場であることからくゆとりのなさを感じた。入所からの異動であり、他の職種との人間関係を構築している段階のようにも感じられた。

(3) 調査結果2 対象者職種：理学療法士

調査事項と聞き取り概要は下記の通りである。

- ①業務内容、特に本施設における利用者および業務の特徴、通所リハは認知症の人が多く、認知症は軽度から一人で留守番することができない。骨折後入院が維持できない。認知症に必要なのは、四肢を動かすのではないリハビリテーションである。アクティビティー、脳トレプリントを行う。骨折後のリハも多い。
- ②多職種との連携が必要になる利用者：特記事項なし
- ③多職種との連携が必要になる業務
送迎時の乗降、介助方法について介護職員と相談する。利用開始時には関連職種で訪問する。居室内の動線を見る。
- ④他の職種との連携内容
トイレ、立ち上がり、方向転換、あげおろしなどについてどこまでできるか、職種間で確認する。
- ⑤職種間連携のための時間・場所
3ヶ月に1回検討会を開く。
- ⑥多職種連携の維持（メンテナンス機能）。どのように共通理解（規範形成）等を図っているか。協働体制を維持・運営しているか。その取り組みこまめに声をかける。
- ⑦異なる職種との連携において難しさを感じるどころ（葛藤など困っていること、苦労していること、不安なことなど）
定員55名で、140人登録している。すべての人を把握することは難しいし、また方針が維持できない。担当者一人でもらうと過剰に介護することが多い。手を出す方が介護している気になる。
- ⑧連携による支援のメリット
介護、看護、セラピスト、相談職と色々な視点で、いろんな考え方を吸収してまとめる。
- ⑨連携による支援のデメリット
特になし。
- ⑩多職種連携において必要となるコンピテンシー
いろんな方に話ができること。リハビリ、障害に関する知識はある程度必要である。話の内容について行けないと困る。
- ⑪他の専門職に何を期待するか（連携しやすい・しにくい職種なども含めて）ヒアリングする。
同上。

⑫今後どのようにすれば多職種連携がよりやりやすくなるか(教育も含む)ヒアリングする。
チーム意識を高める。

⑬その他

リハビリ室でする仕事が専門性であるという考え方が通用する場所とは違う。

(4) 調査結果3

対象者職種：作業療法士

調査事項と聞き取り概要は下記の通りである。

- ①業務内容、特に本施設における利用者および業務の特徴。
いろいろな対象があり、幅広い。認知症、脳血管障害および全体的に心身機能低下が認められる。脳血管障害では回復が望めない方で、身体機能維持が目標となる。介護度はⅢからⅣである。在宅に帰ってからの生活場面の環境調整を行う。施設生活の中で自分の力を使う用意として、ADL、基本動作の訓練を通じて、介助度の軽減、認知機能の改善を図る。
グループでは認知症の人でも動くことができる。人前に出るといふ感じが重要で、歌などである。
- ②多職種との連携が必要になる利用者：特記事項なし。
- ③多職種との連携が必要になる業務
姿勢のポジショニングや車いすの使い方について介護、PT、看護とともに検討する。胃瘻の人が問題になる。
- ④他の職種との連携内容
入所前に在宅のケアマネと自宅に同行する。リハビリのゴールのイメージをつくる。
- ⑤職種間連携のための時間・場所
金曜日お昼1時に定期的にカンファレンスを開く。医師、栄養士、PT、OT、担当者、ケアマネ、ナースが参加する。
- ⑥多職種連携の維持（メンテナンス機能）。どのように共通理解（規範形成）等を図っているか。協働体制を維持・運営しているか。その取り組み
この施設では、10年前OTはレクをする人と認識されていた。それ以外のこと、生活場面、他のことについて、個別化リハビリマネージメント加算を追い風にしながらわかってもらえるよう行動を見てもらって、他の職種の立場を理解してもらった。頼まれたことは早めに対応して、実績を挙げた。
- ⑦異なる職種との連携において難しさを感じるどころ（葛藤など困っていること、苦労していること、不安なことなど）
夜だろうと、昼だろうと、利用者に触れるのは介護士であり、介護士とどこまでするか、について意見

をすりあわせる。しっかり立てる利用者かどうか、安全性と機能との絡み合い、能力の生かし方を検討する。

⑧連携による支援のメリット

情報が多い方が適切な判断ができる。細かい直前の情報や夜の様子が必要である。見ておいて欲しいことを伝える。利用者は相手によって顔が違う。医師が好きな人もいる。離れた立場の人の方が接しやすく、身近な人の方に対しては欲求を直接的に出してくる。

⑨連携による支援のデメリット

ない。

⑩多職種連携において必要となるコンピテンシー

先輩PTを見習っている。介護職から「そんなに手がかけられない」と言われた時、先輩であれば次の手があったら、感情的にならない。

⑪他の専門職に何を期待するか（連携しやすい・しにくい職種なども含めて）

連携しにくい職種はない。他の職種に言われたらしないとならない。身構える人がいるが、試してみようかな、と気楽に捉えてほしい。

⑫今後どのようにすれば多職種連携がよりやりやすくなるか（教育も含む）

利用者さんにとって良くなる方法はどの職種でも一緒なはずで、押さえるべき専門分野があり、自分に関係ないことは何もない。さまざまなことに話す必要性が生じてくるので、「私は関係ない」という態度をとらないように。

⑬その他

かなり重度の認知症の方に裁縫をしてもらっている。重度な認知症でもリハビリだからこそ1対1で対応できる。

(5) 調査結果4 調査対象者:介護老人保健施設(入所)・介護支援専門員

調査事項と聞き取り概要は下記の通りである。

③業務内容(利用者および業務の特徴)

認知症対応施設であり、入所50床のうち、高度認知症が30床、軽度認知症・一般虚弱・ショートステイが20床である。看護・介護職員は、看護師8名(うち1名は師長)、介護士20名である。利用者は、介護度は3.8であるが、100%に認知症がある。疾患があっても安定期にあり、内服で日常生活ができる方々である。

看護師独自の業務は、褥瘡や転倒による皮膚の傷処置、胃瘻の管理(ショートステイの方に多い)、痰の吸引などの医療的ケアである。バイタルサインの測定は介護士も行っており(測定値に対する判断は看護師の職務)、食事介助や排泄ケアなどの日常

生活の支援も介護士とともに行っている。健康状態の把握と異常時の判断・対処が看護師の役割である。

④多職種との連携が必要になる利用者および業務、他職種との連携内容

連携が必要なのはすべての利用者であり、看護師単独で関われる方はいない。関節の拘縮や全身状態の悪化によりポジショニングが必要な人については作業療法士と連携、栄養状態の悪い人や嚥下状態の悪く食事形態の検討が必要な人については栄養士と連携、日常生活の支援は、介護士と連携しながら一緒に行っている(看護師と介護士は、勤務体制も一緒にしており職種で分けていない)。作業療法士の不在時にはレクリエーションを介護士や看護師が実施している。医師との連携は、かかりつけ医がいる場合は受診し、発熱等であれば施設内医師の診察を受けている。在宅に向けての連携は、退院の可能性やサービス内容の検討などを全職種で行っている(入所2週間、1か月、3か月、退院前に実施)。

⑤職種間連携のための時間・場所

連携が必要な事項については、介護支援専門員に報告し、ケアプランとしてあげている。

看護師と介護士、栄養士はスタッフルームも同じであり、連携は早い。

④連携によるメリット・デメリット

施設内は連携という意識もなく、デメリットもない。(メリットに関する情報はなし)

⑤多職種連携における困難さ・葛藤およびメンテナンス機能への取り組み

お互いを認め合っていないと人数で介護士に押される。本来的にはこうであるということをおく必要がある。入職時に看護も介護も同じであると伝えているが、介護職の給与が低く、99%が介護福祉士であるなど人員編成がしっかりしている(本施設の看護は弱い)ため、介護士には看護のこともわかる手が出せないというジレンマがあるようだ。なぜ、相談員は入浴介助に入らないのかという思い(事務的な仕事は楽と思っている)がある。

入所の介護支援専門員(バックグラウンドは看護師)は施設の主任であり、全職種のトップである。ケアプランにより、各職種に役割を振り分けている。また、ケアプランの策定時、看護の視点も踏まえて行っている。

⑥多職種連携において必要となるコンピテンシー

他職種の理解。他者の能力を見極める能力が連携を可能にする(職種ではなく、個人)。

⑦多職種連携における他の職種へ期待と今後の課題

他職種の理解を深めることが今後の課題。on the jobの研修で、入職時に全職種の業務を体験できる

とよいと考えている。

⑧以上から言えること

介護老人保健施設(入所)・看護師の行っている(認識している)連携は、介護士、栄養士、作業療法士、介護支援専門員、施設内医師、施設外医師との多機関における多職種連携であった。但し、他職種との連携は、介護支援専門員により立案されたケアプランを通して行われていた。多職種チームワークの形態は、介護支援専門員を中核とするマルチディシiplinaryモデルであり、他職種チームの発達段階は、規範形成段階にあると推察された。今後、対立段階へと進み、他職種チームワークの目標や相互の役割が再確認されることが、多職種連携を実践段階へと発展させていく上での課題と考えられた。そのためにも、まず、他職種の理解の促進が望まれる。

⑨その他気付いた点：特記事項なし。

(6) 調査結果5 職種：社会福祉士(入所担当の生活相談員)

① 業務内容

入所相談、入所中の家族との調整、入所している本人が気になっていることなどの面接、退所後のサービス調整、最近では重度の認知症の相談が増えてきている。

② 多職種連携が必要となる利用者の特徴

特に入所から明確に在宅復帰を目指すような、ゴールがはっきりした利用者に対しては、多職種連携が必要。

③ 必要となる業務

家族がいる場合が多いので、家族の気持ちが離れないように、他の専門職と細かいところまで情報を共有し、一緒に考えていく体制をつくること。そのためにも、口頭のみでなく、文書に残すことが大切である。また、そのことも含め、本人の気持ちなども家族に伝えていくこと。

④ メンテナンスについて

友達ではなく、専門職としての関係性を築いていくこと。相手の人間としての特性を知り、対応していくこと。お互いの専門職にとってわかりやすい情報の見せ方を心がけること。

⑤ 困難さ

社会福祉士と家族、他の職員と家族のつくる関係性が異なること。全員が同じように考えることができないので、そのあたりの統一性の確保が課題。社会福祉士は、ケースを前に進めていく主導的な役割を果たさなければならないので、迷いがあるとケース全体が停滞してしまい、利用者や家族の不利益を招いてしまう。また、他の連携機関などにどのあたりまで情報を伝えるかが難しい。情報を与えすぎる

と先入観が植え付けられたりしてしまうので。

⑥ 多職種連携のメリット・デメリット

他の職種といることの安心感はある。全員で同じ情報を共有できるので、意思疎通がスムーズになる。ただし、情報量が多くなりすぎてしまうことが問題。先入観が生まれてしまうと、きちんと利用者が見れなくなってしまうこともある。

⑦ 必要となるコンピテンシー

他の人の意見を聞いたり、まとめたり、コミュニケーションを取っていくなどの調整する力が必要。また、様々な角度からケースを見ることのできる力や、相手にわかりやすく伝えていくことのできる力も必要である。

⑧ 他の職種への期待、教育への期待

勤務形態上難しいかもしれないが、タイムリーな情報を得るようにしてほしい。入所施設の勤務の人は、在宅を知るようにしたほうがよい。設備の整っている施設と比べ、在宅は非常に困難なケースが多い。学生時代には、自分以外の職業をみるのが大切。たくさん現場を見てほしい。

(7) 調査結果6 職種：社会福祉士(在宅担当、通所リハの生活相談員)

① 業務内容

初回・導入面接の実施、カンファレンスへの参加(中心的な役割を果たす)

② 利用者の特徴

通所リハということもあり、医療的ニーズが高い人が多い。一人暮らしで認知症が出てくると、多職種が関わったほうがよい。家でお風呂に入ることが困難な人も多い。

③ 必要となる業務

福祉面からアプローチを行うこと。特に生活を見て、その全体性をとらえていくことは福祉士にしかできない。認知症の支援においてはこの視点が極めて重要(これまでの人生など)。過疎地ならではの問題があるので、そういった場合の他の機関との連携などの対応が必要。

④ メンテナンスについて

特にはないが、カンファレンスで中心的な役割を果たすこともあり、その雰囲気作りは大切である。

⑤ 困難さ、難しさ

生活施設の場合、介護職の力が強いのでその調整が難しい。介護職からの要求など役割分担が困難な場合がある。SW、PT、OTは互いをよく理解できるが、介護文化を理解することが難しい。

⑥ メリット・デメリット

自分の知らない知識や情報を得ることができる。デメリットは施設内では特にないが、外部との関係

で、訪問看護が医療面を強く主張してくるので、その関係で福祉の主張を通すことが難しい。職種よりも、経験年数が多いと意見が強くなる傾向がある。

⑦ 必要となるコンピテンシー

利用者の今後のライフプランなど、先を見通す力が必要。どのようなサービスが地域にあるかを把握しておくこと。家族にできるだけわかりやすく伝えることのできる力。

⑧ 他の専門職への期待、教育への期待

他の専門職というより、自分の専門性のレベルアップが大切。医療職との対等性の確保が重要（特に在宅の場合は看護師）。教育においては、自らの専門性を伝えることができるようになること。いろいろなどころに実習へいくことが望ましい。

2.6 B市C地区D介護老人保健施設各職種への面接調査のまとめ

介護老人保健施設における職種別業務は1.看護・介護、2.リハビリテーション、3.ケアマネジメント、4.福祉的援助に大別される。看護師は医療的ケアを担当し、利用者の健康状態を把握し、その情報を申し送りやカンファレンスを通じて全職種に伝達する。看護師の立場からは施設内で統一したケアが行われることが目標になる。理学療法士および作業療法士は個別リハビリも行われ、片麻痺や骨折の利用者に対する移乗やポジショニング、基本動作の自立に向けて指導的な役割を持つ。この両医療職のアセスメントに基づいて介護支援専門員がケアプランを作成し、ケアプランに基づいて各職種が、特に介護士が前面に立って利用者のケアを行っている。社会福祉士（生活相談員）は家族との対応型の職種とは異なっており、生活全体を捉えて社会福祉面からのアプローチを行う。看護師からすれば特に健康状態が悪化した利用者が専門的なケアの対象であり、理学・作業療法士の立場からは日常生活活動の低下に対する機能訓練を行うことになるが、介護支援専門員の立場からはすべての利用者について多職種連携の対象で、社会福祉士からは在宅復帰を目指す人が重要な対象者となる。職種間の連携のためには同じ職務を一緒に行うことで、理解を深め、何でも言い合える関係になることが重要で、職種間でわかり合えるだけの医療、障害、リハビリテーションのおよび介護保険制度に関する基礎知識、他人の意見を聞き、専門職としてわかりやすく情報を伝える能力が必要とされた。また、観点の異なる専門職が同じ利用者に対応することが、さらに利用者は人が違えば態度が異なる、という点で多職種が関わることの効果が見られる、ということであった。

（表1参照）

3 地域実態調査結果から言えること

3.1 保健福祉圏域レベルの多職種地域連携体制作り

各地区医師会や関係機関による医療連携委員会が開かれていること、その中で地域連携パスシートが作成されていることが前提条件として重要である。地域での医療福祉支援を実施している主要施設において多職種連携が展開される。地域での連携においては、医療職と福祉職の対等な関係が必要である。ソーシャルワーカー等が家族により近い位置にあるので、強い力を持つ。訪問リハをしているリハビリ専門職がさまざまなサービスのコーディネーターをやっており、地域を知っている、家族を知っている人がコーディネーターに適している。多職種での会議を開きながら、お互いを知る。そうした会議のリーダーは職種を限ることはないが、そのような「キーパーソン」がいるかどうか地域連携の決め手となる。

3.2 市内1地区レベルの多職種地域連携体制作り

地区の関連施設担当者の会議では支援困難事例の検討を通じて共通課題、連携の模索が行われて、これにより対象事例への直接的な支援と関連機関における対応が図られ、施設内の事例カンファレンスと同様の機能が地域レベルで実現していることがわかった。その他に月ごとの関係機関からの事業計画・報告を通じて地域での施設・機関間の連携を推進していた。

同一法人内の医療・介護施設間の連絡会議では個々の利用者に対する一施設を超えた法人が展開する各種サービスによる対応を目指している。この点は一面から見れば利用者を法人内が利益獲得のため、自らが運営する介護保険サービスに利用者を事実上、誘導する「囲い込み」とも見なされる。しかし本地区では当法人以外にサービスを提供する有力な施設が多くは存在せず、前述のように本法人を超えた自治体や公共機関も含んだ連携組織を通じて公正性を確保していると評価することができる。

3.3 施設内の多職種連携体制作り

各職種の役割と職務およびケアマネジメントの知識が前提となる。多職種連携が必要となる利用者は認知症と身体障害が合併した人と独居者である。多職種連携に必要な性質としてコミュニケーション能力が重視される。介護老人保健施設における職種別業務は1)看護・介護、2)リハビリテーション、3)ケアマネジメントに大別される。観点の異なる専門職が同じ利用者に対応することが、さらに利用者は

表1 各職種の回答の要点

	看護師	理学・作業療法士	介護支援専門員	社会福祉士（生活相談員）
主な業務	医療的ケア	基本動作・ADLの訓練，認知症のアクティビティー	社会的背景の把握とケアプランの作成	入所・退院後のサービスの相談，導入面接，カンファレンスで中心的役割
多職種連携の対象者	独居・高齢など訪問看護が必要な方	移乗介助が必要な方，車椅子利用者	すべての利用者，特に機能水準が低い方，全身状態が悪化している方	在宅復帰を目指す人，医療的ニーズが高い人，一人暮らしで認知症
職種間の連携業務	申し送り，カンファレンス		各職種の介入事項をケアプランに盛り込む	情報共有，本人の気持ちを家族に伝える，生活全体を捉えて福祉面からアプローチ
連携の内容	情報の共有による統一したケア	移乗介助を介護士と一緒に行う，居宅の介護支援専門員と入所前に自宅を訪問し，自宅復帰のための取材をする。	ケアプランにより各職種と協議	他の機関との連携
多職種連携の維持に必要な事項	意欲が大切	他職種からの依頼に誠実に応える	他職種の理解	専門職としての関連性，わかりやすい情報伝達。
困難点	一緒にやる，言いたいことが言い合える。	介護士がどこまでするか，協議する		家族との関係が他の職種と相談員とは異なる。介護職の調整，適切な役割分担。
多職種連携に必要な能力		それぞれの視点の違いが有用。利用者に対して，人が違えば対応が異なるので良い。障害，ケアマネジメント，リハに関する最低の知識		他人の意見をよく聴きまとめるコミュニケーション能力。さまざまな角度からケースを見る能力，ライフプランなど先を見通す力，地域のサービスを把握

人が違えば態度が異なる，という点で多職種が関わることの効果が見られる，ということであった。

4. おわりに

本研究遂行に当たっては，他にE県F町G介護老人保健施設，O県K圏域及び圏域内O病院において実態調査を実施し，さらに複数の医療福祉関連専門大学における多職種連携教育についても調査を行っている。これは先述した如く，本研究の目的が多職種連携の実態把握を糸口とし，そこで得られた先進的な知見をもとに，多職種連携の社会的な必要性な

どにつき一定の提言を行い，さらには今後の多職種連携教育に関する考察へと結びつけることにあるからである。これらの調査内容に関しては，項を改めてご紹介する所存である。

なお，今回の調査研究に関しご協力頂いた方々に，心より感謝申し上げます。

また，本研究は平成24年度医療福祉研究費の助成によって遂行されたものです。ここに記して謝意を表します。

注

- †1) 例えば、平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金を用いた、地域包括ケア研究会による報告書（「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」）も提出されている。この研究会では、2008年以降、地域包括ケアに対する提言を行ってきた。
- †2) 国際保健、公衆衛生の分野で提唱されている概念で、人口・疾病構造、保健医療体制、社会・経済構造の変化が総合的に影響しながら、段階的に構造的に歴史的变化を達成すること²⁾
- †3) 介護老人保健施設は介護保険法上の名称であり、もともとは老人保健法をさす（2008年廃止）により「老人保健施設」として創設された。病院と在宅の中間、また、医療と福祉の中間に位置し（そのため“中間施設”と呼ばれた）、リハビリ機能を充実させ、利用者（患者）を早期に在宅に復帰させることを目的・機能としている。老人保健法廃止後は、介護保険法に設置根拠規定が移され、介護保険3施設の一つとして位置づけられ、名称も「介護老人保健施設」となった。（したがって、正確には現在、「老人保健施設」という名称はなく、現場においては「老健」という略称で呼ばれている。

文 献

- 1) 菊地和則：多職種チームの構造と機能－多職種チーム研究の基本的枠組み。社会福祉学，41(1)，13－25，2000。
- 2) 松岡千代：「健康転換」概念からみた高齢者ケアにおける多職種連携の必要性。老年社会科学，33(1)，93－99，2011。
- 3) 野川とも江，高杉春代：地域包括支援センターにおける多機関・多職種の連携と協働。ソーシャルワーク研究，34(4)，298－304，2009。
- 4) 川崎智恵，宇津木由佳，小倉恵美，関口明美：退院調整を有効にするシステム作り－多職種連携によるツールの活用とその効果－。癌と化学療法，35，35－37，2008。
- 5) 齋藤崇志，平野康之，大森祐三子，大森豊，渡辺修一郎：訪問リハビリテーションにおける多職種連携の取り組み客観的評価に基づく情報提供が有効であった一症例を通して。理学療法 技術と研究，40，59－64，2012。
- 6) 袖山悦子，志田久美子，山本迪子，近藤浩子：高齢者支援における多職種連携の効果。新潟医療福祉学会誌，10(2)，24－30，2011。
- 7) 寺西敬子，中村裕美子：互いの「苦手」を補い合う多職種連携（協働）アセスメントの必要性。訪問看護と介護，16(5)，403－409，2011。

Research on Multi-Occupational Description Cooperation in Medical Welfare

Kiyoshi HIRANO, Keiko TAKEDA, Shin OTA, Jun TANEMURA,
Takako SHINDO, Katsuki NAOSHIMA and Shigeki MORI

(Accepted Dec. 8, 2014)

Key words : medical welfare, multi-occupational description cooperation

Correspondence to : Kiyoshi HIRANO

Department of Design for Medical and Health Care
Faculty of Health and Welfare Services Administration
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan

E-mail : hijiri@mw.kawasaki-m.ac.jp

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.24, No.2, 2015 209 – 220)