

【背景】

先進諸国では、複数の慢性疾患を抱えながら地域で生活する高齢者が増加しており、こうした高齢者に効率的に治療とケアを提供することが課題となっている。WHO は 1990 年代より、これからの治療やケアの提供のあり方として *integrated care*、つまり診断・治療・ケア・リハビリ・健康促進などに関するサービスの投入・提供・管理・組織化を一括して提供することを提唱している。そして、昨今では *integrated care* に関する効果を検証した研究が行われ、成果の改善、顧客満足度の向上、コスト削減といった有効性が報告されている。地域包括ケア（Community-based Integrated care）とは日本版 *integrated care* のことである。地域包括ケアでは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的に、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるように地域の包括的な支援・サービス提供体制づくりを進めている。

包括的な支援・サービス提供には医療、行政、福祉といった部門間やそれらの専門職間での連携が必要となるが、これら部門間連携、多職種連携など多様な連携をめぐる課題も指摘されている。具体的には structural, procedural, financial, professional, legitimacy などの障壁が連携を困難にさせると報告されている。その中でも、教育のバックグラウンドや思考ロジックが異なるために生じる多職種連携の困難さや、所属する組織が異なる中での意思統一や迅速な決定の困難さは大きい。これまで受けてきた教育体系は専門職としてのアイデンティティに直結し、専門性が高ければ高いほどこのアイデンティティは強くなると言われている。そのため、多職種連携を無理に推し進めるよりは、各職種のアイデンティティを協調へとつなげていくことを優先する Soft integration という考え方も時に有効であると言われるほどである。

こうした多職種間の断絶の問題は、日本のみならず多くの先進諸国でも同様であり、時に医療機関内での専門職の連携でさえ困難な状況になる。多くの関係者は多職種連携の必要性や重要性は理解しているが、その構築に対しての方法論は未熟であり、現場レベルでの試行錯誤が続いている。そこで本稿では、地域包括ケアにおいて多職種連携を構築するために医療、行政、福祉関係者が何を必要と感じているかを探索することが目的である。

【方法】

本研究は医療、行政、福祉関係者に直接インタビューを行い、得られたデータから言えることを記述したものである。また、本研究では介入や比較対象の設定も行っていないため、研究デザインは記述的研究に該当する。記述的研究のうち、多様性が予想される、それぞれの職種が抱く地域包括ケアや多職種連携への思い、考え方を深く理解するために質的記述的研究法を用いた。

研究対象地として、北海道内の 4 自治体を選定した。選定理由は、本研究では医療、行政、福祉関係者の連携がテーマであるため、公的医療機関が地域包括ケアに熱心に取り組んでいる地域であること、また、地域包括ケアの単位が自治体の単位と合致する（自治体内に地域包括支援センター 1 ヶ所のみ）規模のためである。

研究協力を得られた医療職（M6/F4/平均年齢 48.1）、行政職（M1/F7/平均年齢 51.6）、福祉職（M4/F4/平均年齢 43.9）、計 26 名を対象に、主たる研究者が半構造化インタビューを実施した。対象者の選定は、始めに医療機関のスタッフにインタビューを受けて頂き、さらに医療機関から院外の対象者を紹介して頂いた。インタビューでは次の項目を尋ねた：地域包括ケアにおいて多職種連携を構築するために何が必要か。インタビューは 2014 年 3 月に 16 人、2014 年 8 月に 4 人、2014 年 9 月に 6 人の計 3 回実施した。3 回目のインタビューで 1～2 回目のインタビュー結果と重複する内容が得られたため、インタビューは 3 回で終了した。インタビューは全て個別で行われ、1 回につき約 30 分要した。インタビューは対象者の同意を得た上、IC レコーダーで録音し活字化した。

データの分析は、活字化した言語データからリサーチクエスションに該当する箇所をまとまりのある発言ごと切り出した。切り出した箇所をデータ外の語句で言い換え、それらの語句から浮かび上がる抽象的な概念を

コードとした。コードを付与する作業は、主たる研究者 2 名 (TA, HK) で行った。そして、コードの類似性に着目して比較検討しながらサブカテゴリーとカテゴリーを抽出した。サブカテゴリーとカテゴリーの抽出にあたり、他の共同研究者 2 名 (KK, TT) が協議に加わり妥当性を吟味した。得られた結果を別の共同研究者 2 名 (MM, JO) が改めて吟味した。

本研究への参加者に研究の概要を口頭および文書で説明した上で同意を取得した。インタビューで得られたデータは、全て匿名にて文章化され発言の個人が特定されないようにした。本研究は、北海道大学大学院医学研究科・医学部「医の倫理委員会」の承認を得て実施した。

【結果】

本研究から、地域包括ケアにおいて多職種連携を促進するために必要な要素として、1) 2 種類の会議の設定、2) 良好なコミュニケーションの構築、3) コーディネーターやリーダーの存在、の 3 つのカテゴリーが抽出された。それぞれの要素について具体的な語りを提示しながら内容を説明する。

1) 2 種類の会議の設定

役割の異なる 2 つの会議、すなわち「地域ケア会議」と「個別ケア会議」の必要性が示された。「地域ケア会議」とは、多職種が一堂に会して地域包括ケアやケアマネジメント（福祉や医療などのサービスと、それを必要とする人のニーズをつなぐ手法）の理念を共有する会議と定義する。「個別ケア会議」とは、個々の症例検討を通じて多職種間の相互理解を深める現場レベルの会議と定義する。

地域包括ケアの核をなす「地域ケア会議」

「地域ケア会議」は地域包括ケアを始める第一歩であり、まずは「地域ケア会議」を定期的で開催していくことが重要である。その次の段階として、「地域ケア会議」をただ開催するだけでなく、地域包括ケアやケアマネジメントに関する理念を共有する場にしていこうと考えていかなければならない。つまり、「地域ケア会議」を積み上げていくことで、最初は多職種が困難事例を検討するだけの場だったものを地域包括ケアの方向性を話し合う場へと発展させていくということである。

今まで開かれていなかった地域のケア会議を毎月開催している。町内の医療、福祉など関係機関が会議に出てくるようになってきている。皆さん、自分たちではどうしようもないことを町の中で話し合いたいと思っていた。（一般行政職）

ステークホルダーとなるメンバーがきちんと入っているかがポイント。主要なメンバーが必ず月 1 回顔を合わせる。会議の場を作るのに約半年から 1 年かかった。最初は困難事例を話し合うだけだったが、次第に将来の町のビジョンなどを話し合える会になっていった。（医師）

「地域ケア会議」の意義と目的の共有

「地域ケア会議」を持つには目的や意義が明確であることが重要である。その目的や意義として、地域包括ケアの理念の共有、進捗状況の把握・検証、それぞれの職種の役割分担の明確化、様々な事例を通して多職種間で事例に対する対応の仕方を統一化することが挙げられる。

なぜ連携が必要なのか、地域によってそれぞれ事情が違う。連携の進捗状況を検証する話し合いの場が必要。役割分担もかなり被っているんですよ、話し合いをきちんとやらないと。（ケアマネ）

保健師やケアマネがいろいろなケースを持ってくる。それらをたくさん経験していくと、寄せられる問題にある一定のパターンがあることに気付く。個々に対応しているだけでは応急処置的なことになってしまいます。システムとして対応していく場、いわゆるフォーマルな場が必要となる。（医師）

多職種間の相互理解に欠かせない「個別ケア会議」

地域包括ケアが浸透するにつれて、表面的には多職種連携がしやすくなっている。しかし、地域包括ケアの定義や方向性、患者や住民への関わり方を巡り多職種間には考え方の隔たりが存在する。多職種間の相互理解を促進し、考え方の隔たりを埋めていくには「地域ケア会議」では規模が大きい。そのため、「個別ケア会議」を充実させることで多職種間の考え方の違いを尊重し、他職種との1対1の関係を深めていく必要であるとの意見が多く出された。

互いに職種の違いを理解し合うために病院対保健所など個々の関係をもっと深めていく。全体だと大き過ぎるんですよ。まずはお互いの立場を理解できるように会議の持ち方を工夫する。（ケアマネ）

医療と福祉の実務者レベルの個別のケア会議がもっとあってもいい。職種間の考え方の違いとかを理解して、そうした違いがダメなのではなくて、職種ごとに違いがあるということを分かり合うところから連携って始まりますよね。（保健師）

保健師と医師で予防医療カンファを徹底してやってみたい。保健師たちも一生懸命やっているんですけど、「本当にそれ必要だと思ってやってるの」と聞いたら、「国の方針ですから」と二言目には言う。地域保健というのは自分の足で歩いて、自分の目で確かめて、何が問題で、どこに手を付けたら一番効率良く住民の健康が向上するかということであって、国や保健所の言われたとおりにやるのが保健師の仕事ではないと思うんだけど、そういう疑問をぶつけ合ってなかったんで意見をぶつけ合って答えを探っていきたい。（医師）

2) 良好なコミュニケーションの構築

地域包括ケアやケアマネジメントに関する理念は、それぞれの職種によって大きく異なり、またそれぞれの職種が抱える立場や事情もさまざまである。しかし、日常業務でのやり取りやケア会議の中では多職種間でこれらを理解し合うのは難しい。「良好なコミュニケーションの構築」とは、多職種間のこうした違いを理解し合うために関係者が日々意識して取り組んでいるものと定義する。

多職種間の相互理解を促進する緊密な交流

多職種間の相互理解を促進するために、地域ケア会議や日常業務での交流だけでなく、業務以外での緊密な交流を意識しているとの意見が多く出された。日常業務以外の交流として、業務終了後の私的な交流だけでなく、視察や勉強会、講演会や町ぐるみのイベントなどの企画などに一緒に携わることがある。こうした緊密な交流は、多職種間の「良好なコミュニケーション」を構築し、相互理解を深めることに寄与している。

顔の見える関係が重要。顔の見える関係があるから支援の会議が開きやすい。顔の見える関係があるから、話をしたことがあるから、一緒に呑んだことがあるから、仕事上の理念や目標が共有できている。（社会福祉士）

何回も頻回に顔を出す。何か困ったことを医師にお願いしたり、困ったケースだけをお伝えするだけでなく、こちらから医師に協力を申し出たり、医師からの頼まれごとにもすぐに対応する。（保健師）

シェアド・ビジョン，いわゆる理念をしっかりと共有することに労力を惜しまない．目標をみんなで共有する．日々の業務だけでなく，全く違う非日常の業務の場，いわゆる on the job ではなくて off the job を通して，みんなでビジョンを共有していく．（医師）

医師や医療機関との良好な関係の構築

しかし，医師や医療機関と連携することに困難を感じているものが多い．医師や医療機関に謙虚さや相談しやすさがあると連携しやすいとの意見が出された．また，医師や医療機関も他職種が感じている困難さを意識的に和らげようと試みている．

医師がとても開かれた感じになってきた．今までは，医師の周りの人に事前に根回しをしてから医師に相談するという形が多かった．今の院長が来られてからはその敷居が下がったし，私たちの意見が治療に反映されるようになった．（ケアマネ）

自分の思いだけでなく他職種の意見を日頃から聴く．率直に彼らにアドバイスを求めたりもする．（医師）

行政機関との良好な関係の構築

また，行政との良好な関係の構築が難しく，行政との関わりには配慮と工夫が必要であるとの意見が出された．その理由として，行政職の頻繁な異動や，保健，医療，福祉の3領域に跨る事案に対する行政組織の柔軟性の無さ，医療や介護現場を知らないことによる行政の理解不足が挙げられた．

うちの町では行政との関係が課題．役場の専門職に福祉職がいないし異動も多い．だから，どんな事業やケースに関しても常に情報共有を心がけています．何か事業を始める時でも福祉の部門だけで始めたりしない．行政との関係が疎遠にならないようになるべく行政と一緒に取り組んでいく．（ケアマネ）

町長や役場職員がどんなことを医療に求めているのか，一方自分にも理想の医療像がある．両者の思いが一致したときに行政との連携がスタートする．重要なのは，どんな医療を確保したいのかという行政の意向と，医師としての長年の経験や思いを丁寧に突き合わせていくこと．（医師）

3) コーディネーターとリーダーの存在

役割の異なる2つの存在，すなわち「コーディネーター」と「リーダー」の必要性が示された．「コーディネーター」とは多職種間を調整して必要な時にケア会議を招集する存在、「リーダー」とは多職種間の調整やケア会議を招集するだけでなく，多職種間の良好なコミュニケーションの構築を促す存在と定義する．

多職種連携を調整する「コーディネーター」の必要性

日常業務において，他職種との連絡や調整は容易ではなくそのための調整役が必要である．例えば，多職種間の調整をする職種として社会福祉士（MSW）がいる．また MSW がいないところでは，MSW に代わる職種にその機能を代行させているケースもある．重要なのは，そうした職種が単なる連絡窓口ではなく，一定の権限や裁量権が与えられ，多職種連携の質が高まることである．

早くワーカーさんが入らないかなとずっと待っていた．自宅での生活を支える視点で患者さんのことを考えられるところがワーカーさんの長所ですね．看護職だとそこまでは分かち合えなかったりする．（ケアマネ）

うちの連携の中心は看護師で、看護師が他の職種と繋がっていく。たとえ医師が他の業務で手が離せなくても物事が進んでいきます。看護師自身も自主性や責任感が育まれるし、アイデンティティの醸成にも繋がる。医師に相談するのが憚れる人も、うちの中心が看護師であることが分かれば気軽に相談してくれます。（医師）

多職種間の相互理解を促進するための「リーダー」の必要性

多職種間の相互理解を促進するには、リーダーシップを発揮する存在が必要であるとの意見が多く出された。つまり、必要な時に地域ケア会議や個別ケア会議を招集するだけでなく、多職種間の緊密な交流を促すことができる存在である。同時に「リーダー」には、各職種の事情や考え方に配慮ができるなど高い調整能力を兼ね備えていることが期待されていた。

多職種連携には力を出せる人というかリーダーが必要。それがうちの町だったら診療所の先生だったし、役場の保健師さんだった。でもその人たちがいなくなったら、今まで通り連携が機能するかといったら難しい気がします。（看護師）

院長は地域の皆さんとの関わりをすごく大事にしている。リーダーシップとなる院長がいて、それに賛同したスタッフがいて、住民がいて、行政がいて、この頃、輪ができてきている。みんな、「誰かが音頭を取ってくれと乗っかることができるのに」と思っているのかもしれない。（看護師）

「リーダー」としての役割が期待される医師

地域包括ケアの「リーダー」として医師に期待する意見が出された。特に家庭医や家庭医療の特徴である、病気だけでなく患者の生活背景を考慮する、公衆衛生的な観点で地域をとらえようとする視点が高く評価されている。また地域の第一線で働く医師達も、他職種からのこうした期待を意識しながら日々仕事をしている。

リーダーが家庭医である点大きい。視点が医療に限定していません。予防や介護など複数の領域を跨ぐ事案に対しても、リーダーとしてグイグイ引っ張るというよりは円滑に連携が進むようにハブの役割ができる。そこが家庭医の持ち味なのかな。（薬剤師）

医師がリーダーでなければならないということは全くない。しかし、医師はある程度リーダーシップを持っていた方がいい。多職種連携の方略を語れて、連携が暗礁に乗り上げた時も解決策を提示できる存在が必要。家庭医療の中にその要素が入っていると思う。診療を超えた部分として。（医師）

【考察】

本研究は、現場の多職種にインタビュー調査を行い、地域包括ケアにおいて多職種連携を構築するための要素の一端を明らかにした。地域包括ケアを導入し、軌道に乗せていくためには「2種類の会議の設定（地域ケア会議、個別ケア会議）」、「良好なコミュニケーションの構築」、「コーディネーターとリーダーの存在」の3つの要素が重要であることが示唆された。以下に研究課題である多職種連携がどのように構築されていくかについて、今回の結果と既存の2つの理論モデル（Beckhard のチーム・ビルディングのモデル、Gibb のチームの発達理論）を絡めて考察する。

Beckhard のモデルでは、チーム作りの主要な目的として4つの次元があり、これらの目的が明確であることがチーム作りに不可欠とされている。4つの目的とは、Goal（目標）、Roles（役割や責任の配分と統合）、Procedures／Processes（仕事の手順・進め方、決定の仕方）、Interaction／Relationships（メンバー間の関わりや関係性）である。そして、この順にチームで取り組む必要があるとしている。Beckhard のモデルと本研究

の結果を比較すると、「地域ケア会議」が Goal と Roles の目的達成の場であり、以下「個別ケア会議」は Procedures/Processes, 「良好なコミュニケーションの構築」は Interaction/Relationships に対応する。本研究の結果から、「地域ケア会議」を持つことから地域包括ケアは始まり、そこで地域包括ケアの理念や目標を多職種間で共有し、チームメンバーの役割分担を明確にしていた。また、「個別ケア会議」での個別事例の対応を話し合う過程で、患者が抱える課題と解決策を多職種で検討し丁寧に合意形成を図っていた。そして、理念の共有や合意形成の土台には「良好なコミュニケーションの構築」が重要であった。

Gibb の理論では、人との関わりにおいて他者に対する 4 つの基本的な「懸念 (concern)」が存在し、これらの懸念が順番に解消されることで、チームの各メンバー間の相互依存性が高まりチームが成長していくとされている。Gibb の 4 つの懸念とは、acceptance (自他の受容への懸念), data-flow (自分の考えや気持ちの表出への懸念), goal formation (共通の目標への懸念), social control (役割分担と相互依存への懸念) である。研究対象者たちは、off the job meeting や仕事以外の地域での活動での「良好なコミュニケーションの構築」、また「個別ケア会議」を通じて、多職種間の相互の受容や信頼を育み、自由に考えや気持ちを自由に表出できる関係を構築していた。したがって acceptance と data-flow は、それぞれ「良好なコミュニケーションの構築」、 「個別ケア会議」に対応する。一方、「地域ケア会議」は goal formation の懸念解消に関係する。goal formation の懸念が解消されると、目標が自ら創造され、メンバーが目標に対して主体的に取り組むようになる。goal formation の懸念解消を示す本研究の内容として、「地域ケア会議」が最初は困難事例だけを話し合う多職種の集まりだったが、今や町のビジョンや将来像を話し合える場に成長したとの発言があった。町のビジョンや将来像といった長期的な目標が多職種間で共有されるほど「地域ケア会議」が成熟した時、goal formation の懸念が解消されたと言える。さらにチーム発達の最終段階である social control の懸念が解消されると、メンバーは自発的にグループに参加し、立場や状況に応じてメンバー同士が互いに相互依存的な関係になるとされる。地域包括ケアにおいて、それぞれの職種が長期的な目標に向かって果たすべき使命を分かち合い、その専門性が如何なく発揮できる段階に至った時、「相互依存的」な多職種連携が実現するものと考えられる。

多職種連携の構築は、Beckhard のモデルと Gibb の理論の両方を内包した過程と見做すことができる。すなわち、多職種連携の構築は、Beckhard のモデルよりチームが形成していく過程であり、同時に Gibb の理論よりチームが成熟していく過程でもある。始めに「地域ケア会議」が開かれ、急場の目標と役割分担が設定される。しかし、それは各メンバーが抱く目標には必ずしも合致していないかもしれない。すなわち「与えられた」地域包括ケアの状態にある。やがて、相互理解を深めるために多職種間の緊密なコミュニケーションの必要性に迫られる。こうした緊密なコミュニケーションを積み重ねるうちに、その地域に理想的な地域包括ケア像が「地域ケア会議」の中で共有されていく。理想の地域包括ケア像が共有された暁には、多職種連携の在り方もそれにふさわしい形へと変貌を遂げていくのだろう。Beckhard や Gibb が想定した過程を行きつ戻りつしながら多職種連携が成熟していくものと考えられる。

しかし、この作業をメンバー各自にただ委ねるだけでは不十分である。そこでカテゴリー3の「コーディネーターとリーダーの存在」が必要となる。行政と医療といった組織の異なる部門間や、医師などの多忙な職種との連携の困難さ、さらに多職種をまとめとく点でこのカテゴリー3が必要となる。地域包括ケアにおいて、小規模なミーティングや多職種間の良好なコミュニケーションの構築は多職種間の相互理解の促進に寄与すると報告されている。また地域包括ケアには、高い調整能力と的確なリーダーシップが重要であると報告されている。本研究から、「コーディネーター」や「リーダー」には「2種類の会議」が適宜開催されていくように調整し、多職種間の「良好なコミュニケーションを構築」する場を提供するという役割が期待されていることが示唆された。

最後に本研究の限界について述べる。対象と地域が限定されているため、今回の結論を一般化するには注意が必要である。地域包括ケアにおける調査対象であることから、本研究での医療チームは慢性疾患を持つ高齢者を観ている。僻地、高齢者、終末期医療にかかわる医療チームが対象であり、都市部、若年、急性期疾患を

対象としたものではない。また良好なコミュニケーションを構築する場をどのように提供するか、さらに地域包括ケアにおけるリーダーがどのように発生するかについては本研究から解釈することはできない。今後、本研究から得られた結果を具体的な方法論を探る観点から検証していく必要がある。

【結論】

北海道内4自治体の医療、行政、福祉関係者から、地域包括ケアや多職種連携に対する思いを聴き取り、質的な分析を行った。地域包括ケアにおいて多職種連携を促進するためには、関係職種が話し合う場の設定、良好なコミュニケーションの構築に至るまでの個人レベルの相互理解、そしてこの地域包括ケアの事業を円滑に進める調整役と牽引するリーダーが必要であることが示唆された。

	A地区	B地区	C地区	D地区	計
医療関係者	3	2	3	2	10
行政・保健関係者	2	3	2	1	8
福祉・介護関係者	1	3	1	3	8
計	6	8	6	6	26
備考	人口7500人 指定管理者が運営 する40床の町立病 院の他、個人開業 医が3軒ある。	人口3500人 町立の有床 診療所の他、 慢性期病院 が1軒ある。	人口3500人 町立の有床 診療所の他、 個人開業医 が1軒ある。	人口3000人 医療機関は 村立の有床 診療所のみ である。	

	職業	性別	年齢
townA	医師	M	40
	看護師	F	54
	事務職	M	66
	保健師	F	47
	保健師	F	53
	ケアマネ	M	45
townB	医師	M	66
	看護師	F	42
	一般行政職	F	60
	一般行政職	F	56
	保健師	F	44
	ケアマネ	F	47
	ケアマネ	M	40
	社会福祉士	M	38
townC	医師	M	38
	看護師	F	45
	薬剤師	M	43
	一般行政職	M	49
	保健師	F	45
	ケアマネ	F	55
townD	医師	M	40
	看護師	F	47
	一般行政職	F	59
	ケアマネ	F	54
	ケアマネ	M	38
	介護福祉士	F	34
合計		M11／F15	Mean47.88