

第1部 多職種協働研修の理論と研修のあり方について

多職種協働研修の理論と研修のあり方について

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長 粟田圭一

1. はじめに

わが国の保健医療福祉分野における多職種協働は、戦後間もない頃よりその実践が認められている。1950年代にはじまる岩手県沢内村の乳幼児死亡率0への挑戦や長野県佐久総合病院のプライマリヘルスケアはその代表である。高齢者や精神障害者の保健医療福祉分野においても、これまでにさまざまな地域から、多職種協働のベストプラクティスが発信されてきた。しかし、多職種協働の方法論や研修のあり方について盛んに論議されるようになったのは、比較的近年になってからかと思われる。

2. 地域発の、地域に根ざした、統合ケア

1990年代に、わが国に先んじて高齢化が進展していた欧州先進諸国では、感染症に代表される急性疾患の「治療」を目的とする従来の医療中心モデルから、慢性疾患をもつ人の生活全体を「支える」ことを目的とする「統合ケア」と呼ばれる新たなサービス提供モデルの必要性が盛んに論議されるようになった。「統合ケア(integrated care)」とは、異なる職種や組織の連携・協調によって、ケアの分断を減らし、ケアが一体的・連続的に提供されることを目指したサービス提供モデルである。これによって診断、治療、ケア、リハビリ、健康増進などに関するサービスの投入・分配・管理・組織化が一括化され、サービスのアクセス、質、利用者満足度、効率性が向上するであろう、と考えられている。

一方、このようなサービス提供体制を、それぞれの地域において、その地域の歴史、文化、地理的環境、社会資源、人々の考え方や信念に基づいて、そこに住む人々が参加して創り出しているという考え方がある。これは、「地域発の、地域に根ざしたケア(community-based care)」と呼ばれるものである。

この2つのサービス提供の理念を結合させたものが「地域発の、地域に根ざした、統合ケア(community-based integrated care)」であり、これは、今日わが国が高齢者の保健医療福祉分野で進めている「地域包括ケアシステム」の理念に一致するものである¹。2012年に厚生労働省が公表した「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」や2015年の「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」もまた、この理念の文脈の中で構想された認知症施策に他ならない。

¹筒井孝子：地域包括ケアシステムに関する国際的な研究動向。高橋紘士編：地域包括ケアシステム。オーム社，東京2012，p38-p56。

3. 統合ケアを実現するための戦略

多職種協働とは、統合ケアを個別ケアのレベルで実現するための戦略の一つである。統合ケアを実現するために、多職種協働を具体的にどのようなレベルで進めていくかを考える場合、以下のような「統合の種類」に関する知識をもっておくことが有用である。

(1) 水平的統合と垂直的統合

統合は、その形式（または方向性）から、「水平的統合」(horizontal integration)と「垂直的統合」(vertical integration)に分類される³。前者は同一の地平（ステージ）で提供されるサービスの統合を意味し、後者は異なる地平（ステージ）で提供されるサービスの統合を意味する。

例えば、活動過剰型せん妄（精神疾患）と大腿骨頸部骨折（身体疾患）を併存する認知症の人に対して精神科医と整形外科医が協働して治療を行う場合や、在宅において訪問看護と訪問リハと訪問介護のサービスを一体的に提供する場合には、水平的統合が求められる。一方、大腿骨頸部骨折のために救急病院に搬送され、急性期病棟に入院して外科的治療を受け、回復期病棟でリハビリテーションを受け、介護老人保健施設で短期入所リハビリテーションを受け、自宅に退院して訪問診療を受けるというように、急性期-回復期-慢性期のステージで異なるレベルのケアを切れ目なく提供できるようにしていくためには垂直的統合が必要である。

(2) 連携、調整・協調、完全な統合

統合は、その構造レベルから、「連携」(linkage)、「調整・協調」(coordination)、「完全な統合」(full integration)に分類される⁴。

「連携」は、特定の決まりや全体の調整はなく、個人がゆるやかにヘルスケアのニーズに対処しながらつながっている段階である。例えば医師同士の紹介状はこれにあたる。点と点とのつながりとも言える段階である。

「調整・協調」は、「連携」よりも構造化された段階にあり、あらかじめ決められたルールのもとで調整された統合である。例えば、医療機関と地域包括支援センターの間で共通のアセスメントシートを用いて情報を共有し、定期的なカンファレンスなどによってサービスの一体的提供を調整し、計画することなどがこれにあたる。個別事例の地域ケア会議やサービス担当者会議はこれに相当する。認知症初期集中支援チームにおけるチーム員会議や都の認知症アウトリーチ事業におけるカンファレンスは、医療機関の専門職（医師など）と地域の専門職（地域包括支援センターなど）がケアの統合を実現していくための仕組みの一つと考えられる。

「完全な統合」は、さらに構造化されたもので、多様なシステムからさまざまな要素が集まって、新たなプログラムや体系を創り出す段階である。この段階では、別の組織の人間であっても、よりよいケアを目指してあたかも専従する集団のように組織的に働くというレベルの統

³ Ennis WJ, Meneses P: Managing wounds in a managed care environment: the integration concept. *Ostomy Wound Manage* 44: 22-6, 28-31, 34-6, 1998.

⁴ Leutz WN: Five laws for integrating medical and social services: lesson from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly* 77: 77-110, 1999.

合が為されている。たとえば一つの法人組織の中で、医療、介護、リハビリ、住まい、権利擁護など多様な支援を一体的に提供することが可能な場合には、「完全な統合」に相当するサービス提供が行われることになる。

しかし、重要なことは、その人のニーズに応じたレベルでの統合ケアを、現実可能な形態で提供していくことである。すべての人が高いレベルでの統合ケアを必要としているわけではないことを認識しておく必要がある。

(3) 臨床的統合、組織的統合、システム統合

統合は、その範囲から、臨床的統合(clinical integration)、組織的統合(organizational integration)またはネットワーク統合(network integration)、システム統合(system integration)または戦略的統合(strategic integration)に区別される⁵。

臨床的統合(clinical integration)はミクロのレベルでの統合を意味し、たとえば同一の医療機関内で、異なる領域の専門医や専門職が協働してサービスの一体的提供を調整するものである。組織的統合(organizational integration)は、異なる組織間のケアの統合を意味し、例えば医療機関-地域包括支援センター-介護保険サービス事業所-ボランティアグループが協働してサービスの一体的提供を調整するものである。システム統合(system integration)は、国や県など地理上の区分において、戦略的な計画・資金管理・購買システム・プログラムの有効性・サービスのカバー率等の活動を統合するものであり、政府や自治体の政策がこれにあたる。

いずれのレベルの統合においても、多職種協働の実践は不可欠である。これら3つのレベルの統合は、1つでも機能が不十分であれば、すべてのレベルの統合がうまく機能しなくなる。マクロレベルでの統合の不全はミクロレベルでの統合を困難にし、ミクロレベルでの統合の不全はマクロレベルでの統合を困難にする。

4. 統合ケアを実現するための仕組み

2000年の介護保険制度の導入によって、居宅介護支援事業所が制度化された。また、2005年の介護保険法改正においては、地域包括支援センターが創設された。これらはいずれも、統合ケアを実現するための政策的アプローチ(システム統合)である。そこでは、総合アセスメント、ケア会議、ケアマネジメントという多職種協働のための方法論が共通に導入されている。

しかし、現行の制度において、認知症の人に対する統合ケアは成功したと言えるであろうか。居宅介護支援事業所においても、地域包括支援センターにおいても、認知症の人に対する統合ケアの調整については、繰り返し課題が指摘されている⁶。例えば、医療サービスとの連携に関する課題をとってみても、「医療機関において認知症の診断がなされない」「BPSDへの対応が不十分」「身体合併症の入院医療に対応してもらえない」「受診困難事例に対応してくれる医療機関がな

⁵ Banks P: Policy framework for integrated care for older people. London, King's Fund, London, (2004). www.kingsfund.org.uk

⁶ 栗田主一, 佐野ゆり, 福本恵: 一地方都市における地域包括支援センターの認知症関連業務の実態. 特に医療資源との連携という観点から. 老年精神医学雑誌 21: 356-363, 2010.

い」などと繰り返し指摘されている。一方、地域包括支援センターに内在する課題として、「職員の認知症対応能力が不十分」「業務量に比して職員数が不足している」などが指摘されており、地域全体の課題として「そもそも認知症の支援に必要な地域資源が不足している」といった指摘もある。このような地域包括支援センターや居宅介護支援事業所が直面している課題を克服することをめざして、国のレベルでは、認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームといった新たな事業が実施されるようになった。東京都で独自に実施されている区市町村の認知症コーディネーターや認知症アウトリーチチームの事業は、東京都という巨大都市圏の地域特性に合わせて設計されたものと考えることができる。

5. 課題解決に向けた多職種協働のアプローチ

統合ケアとは、重層的な課題をもち、複合的な支援を必要とする人に対して、必要な支援を、一体的・連続的に提供していくためのサービス提供モデルである。個別事例において統合ケアを実現するためには、多職種で構成されるチーム員が、情報を共有し、課題を明確化させ、具体的な支援の方法を決定し、支援の実施を計画し、支援を提供していくための調整会議（カンファレンスまたはチーム員会議）を開催する。ここでは、多職種協働チームによる課題解決に向けたアプローチがとられている。多職種協働チームによる課題解決に向けたアプローチの基本的考え方、カンファレンスの流れについて以下に解説する。

(1) 基本的考え方

多職種協働チームによる課題解決は、本人の主体性を尊重しながら、可能性のある課題解決に向けて、チーム員が一体となって、本人や家族とともに歩んでいこうとするアプローチである。このようなアプローチによって、重層的な課題に直面し、不安を感じている人も、寄り添いのなさを感じている人も、抑うつ状態にある人も、絶望感に圧倒されている人も、自己効力感や生きる意欲を徐々に回復し、その人なりの課題解決に向けて、共に生きていこうという気持ちが現れる可能性がある⁷。

(2) カンファレンスの流れ

1) 会議の司会進行役と記録係を定める。

カンファレンスの開催にあたっては、はじめに司会進行役と記録係を定め、司会進行役が会議を開会し進行する。司会進行役はどのような職種であってもよいが、可能であれば医師以外の職種であった方がよい（医師が司会進行役を務めると、医師がイニシアチブをとってしまい、他の職種のスタッフの自由な発言を阻んでしまいがちである）。司会進行役は、予めカンファレンスの対象となる個別事例の情報が記載された書面を事例の担当者より受け取り、事例の概要を把握しておく。

⁷ アーサー・ネズらの問題解決療法（Problem-Solving Therapy）の考え方と一致するものである。

2) 支援の対象が誰であるか（本人か、家族か）を確認する。

司会進行役は、はじめに、カンファレンスの対象（支援の対象）となっている人が誰であるかをカンファレンスの中で確認しておく。通常は、障害をもつ当事者が支援の対象となるが、家族介護者が支援の対象となる場合もある。支援対象者が誰であるか、混乱しないようにしておくことが大切である。

3) 支援対象者の担当者は誰かを確認する。

支援対象者への支援の調整を担当している人は誰かを確認する。通常は、地域包括支援センターの総合相談などで、個別事例の相談に応じた専門職が担当者になる場合が多いかと思われるが、その人の支援の調整に現在最もよく関わっている他の専門職が担当者になる場合もある。

4) 担当者が支援対象者の状況とアセスメントの結果を説明する。

担当者は、個別事例の情報が記載された書面の資料などを用いて、支援対象者の状況やさまざまなアセスメントの結果などについて説明する。

5) 他の関係者も知り得る情報を提供し、チーム内で情報を整理・共有する。

カンファレンスに出席している他の関係者も、対象者に関して知り得る情報を提供し、チーム内で情報を整理・共有する。

6) チーム内で話し合いながら課題を明確化させていく。

チーム内で、疑問点を質問したり、意見を述べたりしながら、課題（支援のニーズ）を明確化させていく。課題が明確にされず、漠然としたままだと、その問題は非常に脅威で有害なものであると受け取られがちである。反対に、課題の性質を明らかにすれば、その状況がより明確に描きだされるので、問題はそれほど重大なものではなく、否定的なものでもないことがわかるようになる。「課題がしっかり把握されたならば、その課題はもう半ば解決されたようなものである」(John Dewey, 1910)。

7) いくつかの課題を選択し、具体的な解決目標を定める。

課題が数多く取り出された場合には、いくつかの課題を選択し、具体的な解決目標を定める。この場合、優先度の高い課題を選択するのが原則であるが、それほど差し迫った課題でない場合には、解決しやすい課題から選択していくというのも一つの方法である。状況が複雑化している場合には、まずは単純化させていくというその作業自体が、課題解決に向けたアプローチとなる。

8) さまざまな解決策を案出する。

まずは、できるだけ多くの解決策や対処方法を考え出すようにする。それは、そうすることによって、その中から最も有効な（あるいは現実的な）解決法が出てくる可能性が高くなるからである。このような考え方はブレイン・ストーミング法と呼ばれており、その背景には「数の原理」（人がいろいろな解決法を案出すればするほど、問題解決法として最も効果性の高い最善のアイデアに至る可能性もそれだけ高くなる）と「判断延期の原理」（考えられる解決法がすべて出しつくされるまでは、それらに対して批判的な評価は差し控えられる方が質のよいアイデアが考え出される）という理論がある。

9) 導入する支援を決定し、支援計画を立てる。

ここで案出された解決策の中から、「うまくいきそうな方法」「実行できそうな方法」を選択して、課題解決に向けた全体的な支援計画を立てる。最終的な意思決定は本人や家族と十分話し合いながら行われることになるであろう。課題解決が進まない場合には、下位目標を設定し、それに対する解決策を選択するのもよい方法である。たとえば、医学的な診断に基づいて医療支援を行うという解決目標を提案したとしても、本人がそれを望まずそれを行えない場合もある。そのような場合には、まずは看護師が訪問し、緊急性の高い課題のみを検討するなどの下位目標を設定してもよい。

10) 役割を分担して、支援を開始する。

上記の支援計画に基づいて、支援を開始する。支援を実施して、課題がうまく解決した場合には、本人とともに、それを評価していくことが大切である。本人とともに考え、本人とともに解決していくというアプローチによって、本人の自己効力感が保持していくことが可能となる。

6. 多職種協働研修のあり方

(1) 多職種協働研修の目標

多職種協働研修の目標は、多職種が協働して、必要な支援の一体的提供を実現させる能力を身につけることにある。そのためには、多職種が、多職種協働の意義について共通の認識を持ち、同じ土俵の上で、公平に、自由にコミュニケーションしながら、情報を共有し、解決策を案出し、意思決定を行い、支援計画を立て、役割を分担して、支援を実践するという上記に述べたプロセスを円滑に進めていく技能が必要である。

(2) 多職種協働研修の方法

そのような技能を身につける最も効果的な方法は、日常の実践的活動の中での試行錯誤の反復かと思われる。しかし、日常の実践とは異なる場で、これまで行ってきた多職種カンファレンスや課題解決に向けたアプローチのあり方を振り返ってみることも重要である。また、日常の実践とは異なる多職種のメンバーで模擬カンファレンスを試行することによって、さまざまな反省点が新たに発見される場合もある。ここでは本テキストを活用した多職種協働研修の方法について解説する。

(3) 本テキストを活用した多職種協働研修の方法

本テキストには、5つの模擬事例が掲載されており、それぞれの事例について、多様な専門職が、どのようなアセスメントを行い、どのような支援を実践し、どのような連携を行うかについて記載している。また、各事例の最後には、「ケアの統合に向けて」というテーマで、支援を一体的に提供する場合の例を記載している。本テキストを活用することによって、以下のような多職種協働研修を行うことが可能である。

- 1) 多職種からなる小グループを結成し、テキストに掲載されている5事例より1事例を選択して、模擬カンファレンスを実施する。

- 2) 小グループの結成にあたっては、異なる職種や勤務場所の人が含まれるよう工夫する。
- 3) 司会進行役、記録係、事例担当者、発表係を定め、司会進行役のもとでカンファレンスを開始する。記録係はカンファレンスの内容を記録する。
- 4) 事例担当者が事例の紹介を行う。
- 5) 事例について、以下の2つのテーマでブレイン・ストーミングによる討議を行う。
 - ① どのような課題があるか（どのような支援のニーズがあるか）。
 - ② どのような解決策が考え得るか（どのような支援を行うか）。
- 6) 最後に、発表係が上記の2つについて討議された内容を発表し全体で意見交換を行う。
- 7) 発表終了後には、研修の感想などについて、自由な意見交換を行ってもよい。
- 8) 研修終了後に、改めてテキストを読みなおし、さまざまな職種の視点を学びながら、当日の研修内容を振り返ることもできる。

(4) 多職種カンファレンスを実施するにあたっての留意点

多職種カンファレンスでは、「多職種が同じ土俵の上で、公平に、自由にコミュニケーションできる」ように、以下のような心構えをもつことが大切である。

- 1) 特定の人ばかりが発言しないようにする。発言が少ない人、控えめな人にも発言しやすいような雰囲気をつくる（司会進行役が発言を促すなど）。
- 2) ブレイン・ストーミングでは、どのような案も批判することなく、案が出尽くすまでは自由に発言できることを保障する。

参考：模擬カンファレンスを円滑に行うために、模擬カンファレンス実施直前に、以下のようなスライドを用いて、事例検討会ルールや到達目標の確認を行っておくとよい。

事例検討会ルール

- ① 具体的な場면을共有すること
- ② 現実に対する謙虚さを失わずに話し合うこと
- ③ 患者家族に対する敬意を決して失ってはならないこと
- ④ 事例提供者の誤りを正すというスタンスは捨てること
- ⑤ 正解志向ではなく学び合うプロセスを大事にすること
- ⑥ 視点の多様性を尊重すること
- ⑦ 少しずつでも工夫は形にしていけること
- ⑧ 「問い」を持ち続けること

稲葉一人, 倫理教育, 日本臨床倫理学会第1回年次大会抄録集, 日本臨床倫理学会第1回年次大会事務局, 2013年3月

参考：到達目標（例）

1. すべての参加者が積極的に意見を言えた
2. すべての参加者が、他のすべての参加者の意見を聴けた
3. すべての参加者が、それぞれ新たな視点を発見した

文責：首都大学東京 繁田雅弘

(5) ファシリテーター

グループワークを行う場合、受講者に目的を思い出させ、協働意欲を高め、コミュニケーションを支援し、目的に向かって研修を進めていくことができるように、各グループにファシリテーターを配置する。ファシリテーターの役割と心構えは以下のとおりである。

- 1) 受講者間のポジティブな雰囲気を維持し、全メンバーがバランスよく参加できるように留意する。
- 2) 受講者の意見は否定・侮辱されるのではなく、尊重されるという原則を示す。
- 3) その時間にすべきことと異なることを行っている場合に軌道修正をする。
- 4) 全員が話題に加わることができる時間配分で進んでいるかを確認し、意見を言っていない人や自分の課題が話題にあがっていない人がいた場合には声をかける。
- 5) ファシリテーターが説明を繰り返すなど、時間をとることはしない。また、ファシリテーターはグループの力を信じて多くの情報を与えない。
- 6) 各職種の専門用語を用いる場合は、説明を促すようにする。
- 7) 模擬カンファレンス開始前に注意事項を設定し、メンバーと共有する。
- 8) 課題や支援をカテゴリ化する際の様々な手法があることを予め認識しておく（KJ法、マインドマップ等）。
- 9) 事例の話合いにおいて、単なる紐解きにならないよう注意する。
- 10) 他職種には、それぞれの文化があり価値観が違うことを認識することが大切である。

7. 今後の課題

多職種協働研修の方法論は、今尚発展途上の段階にあり、経験の蓄積によってさらなる方法論の検討が必要であろう。それぞれの地域において実際に多職種協働研修を行う場合には、以下のような課題について検討を加えていただければと思う。

(1) 形式

例：講義（教室）形式、グループワーク形式

(2) 内容

例：特定のテーマについての講義、事例検討

(3) グループワークで扱う事例

例：実際の事例、テキストの模擬事例

(4) 多職種の範囲

例：院内のスタッフ、地域の保健医療福祉介護職

(5) 研修の場

例：認知症疾患医療センター、保健センター、地域包括支援センター、区市町村

(6) 主体

例：認知症疾患医療センター、区市町村、医師会、看護協会、ケアマネジャー協会