

博 士 論 文

医療・福祉のチームマネジメントの総合的研究

Comprehensive study of team management
in medical and welfare services

2014年度

日 本 福 祉 大 学 大 学 院
福 祉 社 会 開 発 研 究 科

氏 名：篠田 道子

医療・福祉のチームマネジメントの総合的研究

序章 本論文の背景と課題	1
はじめに	
第1節 本論文の社会的背景と課題	1
第2節 本論文の目的	5
第3節 本論文の構成	6
第4節 本論文で用いる主な用語の説明	7
第1章 先行研究の検討	11
はじめに	
第1節 医療・福祉のチームマネジメントに関する先行研究の概要	11
1. 海外におけるチームマネジメントに関する先行研究の概要	
2. わが国におけるチームマネジメントに関する先行研究の概要	
- 多職種連携に焦点を当てて	
第2節 医療・福祉領域におけるカンファレンスに関する先行研究の概要	16
1. カンファレンスの実態に関する先行研究の概要	
2. カンファレンスの効果に関する先行研究の概要	
第3節 医療・福祉領域における多職種連携教育に関する先行研究の概要	19
第4節 ケースメソッド教育に関する先行研究の概要	22
第2章 チームマネジメントを高める技法・教育－概念と実証	24
はじめに	
第1節 カンファレンスの概念と技法	24
1. カンファレンスが求められる背景	
2. カンファレンスの定義と構成要素	
3. カンファレンスは言語による暗黙知の活性化	
4. 医療・福祉チームマネジメントに求められるファシリテーター	
5. ファシリテーションの主な技法	
第2節 ケースメソッド教育の概念と技法	33
1. ケースメソッド教育とは	
2. ケースメソッド教育の評価	
第3節 ケースメソッド教育の評価 - 3年間の学びの内容分析（第1調査）	36
1. 第1調査の背景と目的	
2. ケースメソッド演習の概要	
3. 調査の対象と方法	

4. 調査結果

第4節 ケースメソッド教育を学んだ修了生の評価 41

ーフォーカル・グループ・インタビューによる追跡調査ー（第2調査）

1. 第2調査の目的
2. 調査の対象と方法
3. 調査結果
4. 考察
5. 調査のまとめ
6. 調査の限界と今後の課題

第3章 終末期ケアとチームマネジメント..... 54

はじめに

第1節 日本福祉大学終末期ケア研究会が行った研究の到達点と課題 55

1. 全国訪問看護ステーションを対象にした高齢者の終末期ケアの実態
2. 緩和ケア用 MDS-PC 日本語版の信頼性と有用性の検討
3. 終末期ケアマネジメントの質を高める4条件と終末期ケアマネジメントツール
4. 考察

第2節 終末期ケアにおける多職種連携・協働の実態ー特別養護老人ホームと医療療養病床の異同を通してー 62

1. 調査の背景
2. 調査の目的
3. 調査の対象と方法
4. 調査結果
5. 考察
6. 調査のまとめ
7. 調査の限界と今後の課題

第4章 フランスの医療・福祉のチームマネジメントとわが国への示唆 86

はじめに

第1節 フランスの医療・看護・介護制度の概要 86

1. 調査の背景と目的
2. フランス医療制度の概要
3. フランス看護制度の概要
4. フランス介護制度の概要
5. CLIC（地域インフォメーション・コーディネートセンター）の在宅支援

5. 考察 - わが国への示唆	
第2節 フランス在宅入院制度における多職種連携の集中的ケアマネジメント……	104
1. 調査の背景と目的	
2. 調査方法	
3. 調査結果	
4. 考察－わが国への示唆	
第3節 フランス終末期ケアと多職種チームによる意思決定	115
1. 調査の背景と目的	
2. 調査方法	
3. 調査結果	
4. 考察－わが国への示唆	
終章 総括 - 医療・福祉のより良いチームマネジメントの構築に向けて……	137
はじめに	
第1節 第1章から第4章で明らかにしたこと	137
第2節 総合的考察 - 医療・福祉のより良いチームマネジメントの構築に向けで…	140
1. 医療・福祉のチームマネジメントと多職種連携教育	
2. 終末期ケアの量的拡大と人材育成	
3. 日仏比較から考えるわが国における医療・福祉ネットワークのあり方	
第3節 本論文の意義と今後の課題	146
謝辞	149
文献	150
初出一覧	161
資料	

論文要旨

日本福祉大学社会福祉学部 篠田道子

【論文題目】

医療・福祉のチームマネジメントの総合的研究

【要旨】

1. 本論文の目的

保健医療福祉サービスは、多種多様な人材活用と有機的な連携、すなわち医療・福祉のチームマネジメントによって効果が現われるものである。本論文は、筆者が独自に行うか、深く関与した調査結果などをもとに、医療・福祉サービスのチームマネジメントの技法、教育などから総合的に分析することを目的とする。

2. 本論文の視点と課題

1) チームマネジメントの現状と本研究の視点

地域包括ケアシステムは、利用者のニーズに応じて多職種チームを形成し、連携しながら必要なサービスを提供する仕組みづくりを目指している。そのためには、多種多様な人材活用と有機的な連携が求められている。後述するように、国内外の先行研究では、チームマネジメントが実践できる人材の教育技法と評価を重視しているため、本論文では、チームマネジメントを高める教育技法としてのカンファレンスとケースメソッド教育に焦点を当てる。また、フランスは国主導で医療・福祉のネットワークを整備してきたことから、わが国が直面している医療・福祉のチームマネジメント（特に、在宅医療、終末期ケア、地域包括ケアシステム）の課題を解決するための知見を得られる可能性がある。

2) 本論文の課題

本論文の課題は次の3点である。①多職種の価値や実践知（暗黙知）を共有し、チームマネジメントを高める教育技法と効果を明らかにする。②多死時代は看取りの場の拡大が見込まれることから、どこで看取られても、質の高い終末期ケアが提供できるチームマネジメントのあり方や人材育成について分析を行う。③フランスは国主導で医療・福祉のネットワークを整備してきたことから、在宅入院制度や地域緩和ケアネットワークなど代表的なチームマネジメントの文献調査、ヒアリング調査、事例調査を行い、日仏比較を通してわが国への知見を得る。

3. 先行研究の検討

本研究では、次の4つの側面から先行研究を整理した。①海外のチームマネジメントの効果のうち、チームの行動変容や自己効力感の向上が認められた介入は、シュミレーション・トレーニング、人的資源マネジメント・トレーニング、継続的質改善プロジェクトなどであった。ただし、在院日数の短縮等の客観的指標の改善は認められなかった。わが国では、多職種連携に関する研究が多く、うち医療職による研究が8割であった。多職種連携の効果を検証したものはほとんどなかった。②カンファレンスの理論および実践研究の

蓄積が少ないこと、カンファレンスの効果は、言語による実践知（暗黙知）の活性化であることが指摘されていた。③保健医療福祉領域における多職種連携教育に関する先行研究では、多職種連携教育の歴史は浅いが、2012 年で約 4 割の保健医療福祉系大学が、何らかの多職種連携教育を導入していた。教育評価については、授業直後の自己評価を測定するものが多く、実践的能力を測定するまでには至っていなかった。④ケースメソッド教育に関する先行研究の検討では、ケースメソッド教育は、討論という言語化のプロセスによって、知識や技術が意識化され、そのことによって知識や技術が磨かれていくものであることが指摘されていた。

結論として、チームマネジメントを鍛える技法として、カンファレンスやケースメソッド教育など、顔の見える関係の中で、自分の考えや知識を他の専門職と共有しながら学ぶことで、価値観や実践知を共有し、それらを言語化するプロセスに効果がみられた。

4. 本論文の内容と結果

本研究は、序章と終章を含め全 6 章で構成されている。本研究の背景と課題を述べた序章に続き、第 1 章では、本研究を進めていくうえで必要な事実を確認するために、チームマネジメントを高める技法・教育や多職種連携に関する先行研究の検討を行った。

第 2 章「医療・福祉のチームマネジメントを高める技法・教育－概念と実証」では、チームマネジメントを高める技法である、カンファレンスとケースメソッド教育の概念と効果を明らかにした。さらに、ケースメソッド教育の評価について行った 2 つの調査結果を述べた。ケースメソッド教育を受けた大学院生や修了生は、チームマネジメントに必要なスキルである、「視点の広がり」「問題解決力の向上」「精神の頑健さ」などを習得していた。さらに、個人レベルでこのようなスキルをつけても、組織全体が底上げされないと孤立してしまう課題も明らかになった。

第 3 章「終末期ケアとチームマネジメント」では、1999 年から 2013 年までの 15 年間に日本福祉大学終末期ケア研究会が行った研究で、かつ筆者が独自に行うか深く関与した 5 つの調査に基づいて、次の 5 点を明らかにした。①介護者の看取りに対する満足度は、死亡場所ではなく、ケアマネジメントの過程が影響していた。②緩和ケア用 MDS-PC を用いた調査では、在宅緩和ケアにおいて、症状コントロールや口腔ケアなど緩和ケア技術に改善の余地があった。③本人・家族の満足度を高めるには、本人の思いという主観的な指標を大切にしつつも、多職種のアセスメントによる客観的な指標を追加した多軸での評価が現実的であった。④丁寧なケアマネジメントが終末期ケアの質を高めることから、ケアマネジメントを高める 4 条件を抽出し、さらに 4 条件を支援するために開発した「ケアマネジメント・ツール」が効果的であった。⑤特別養護老人ホームと医療療養病床の比較調査では、前者は医師・看護師主導の指示体制を、後者は多職種による横の連絡体制の強化を望んでいた。また、両施設ともに体系的な終末期ケアの研修・教育を求めている。

第 4 章「フランス医療・福祉のチームマネジメントとわが国への示唆」では、在宅入院と地域緩和ケアネットワークというフランスの代表的なネットワークについて、文献調査、

ヒアリング調査および事例調査を行った。その結果、次の4点を明らかにした。①在宅入院は、病院、開業医、在宅入院の3者による強力な連携体制が構築され、病院から在宅への移行は円滑に行われており、在院日数が短縮して患者満足度も高かった。しかし、3者のうちどこが連携のイニシアチブを取るべきかが曖昧になりやすかった。②在宅入院や地域緩和ケアネットワークは、モバイルチームとして医療計画に位置付けられ、孤立しがちな開業医等を支える役割を担っていた。③高齢者施設では、夜勤看護師や緩和ケアコーディネーターを配置することで施設内看取り率を高めていた。しかし、在宅入院や地域緩和ケアチームの利用割合は低く、施設完結型ケアになりやすかった。④終末期ケアにおいては、レオネット法に則って、医療・福祉職によるカンファレンスが定着していた。

終章「総括－医療・福祉のより良いチームマネジメントの構築に向けて」では、第1～4章で明らかにしたことに、補足的文献検討を加えて総合的考察を行い、医療・福祉のより良いチームマネジメントを構築していくための方策について、次の3点を示した。①より良い医療・福祉のチームマネジメントには多職種連携教育が必要であり、その中心はカンファレンスやケースメソッド教育など、価値観や実践知を共有できる教育技法が効果的である。②多死時代における終末期ケアでは、非がんを含めた看取りの場の拡大と、どこで看取られても質が担保されたケアを提供できるような人材育成が必要である。③日仏比較調査から考える医療・福祉のチームマネジメントでは、多職種・他機関は競争ではなく協働という意識改革が必要であること、インフラ整備も重要であるが、顔の見える関係を大切することであった。課題としては、わが国と同様に、非がんのネットワーク形成は不十分であった。

5. 本論文の意義と課題

本論文で特に重要なものは、次3点である。①医療・福祉のよりよいチームマネジメントの構築には、カンファレンスやケースメソッド教育など顔が見える関係の中で、自分の考えや知識を多職種と交換しながら学ぶことで、価値観や実践知（暗黙知）を共有するプロセスが効果的である。②多死時代に対応するためには、看取りの場を拡大するとともに、どこで看取られても、質の高い終末期ケアが提供できるチームづくりと人材育成が重要である。③医療・福祉のチームマネジメントの日仏比較調査を通して、わが国が目指している地域包括ケアシステムの参考となる知見を明らかにしたことである。

今後の課題は、次の3点である。①医療・福祉分野では、量的調査と質的調査を組み合わせた研究方法（トライアングュレーション法）が好ましいと判断したため、今後はこの方法に取り組む予定である。②終末期ケアの研究では、わが国が直面している多死時代に対応するためにも、緩和ケア用 MDS-PC などこれまで信頼性と有用性を確認してきたツールを使って、多様な看取りの場での終末期ケアの質の評価研究を継続することである。③地域包括ケアシステムを研究するには、フランス医療計画や終末期ケアの研究が参考になる。これまでの研究成果を基盤に、日仏の比較研究に向けて共同研究に取り組む予定である。

Abstract of Doctoral Dissertation

SURNAME, Firstname : SHINODA Michiko

[Thesis Subject]

Comprehensive study of team management in medical and welfare services

[Abstract]

1. Study objective

Healthcare and welfare services become more effective through management or, more specifically, utilization of a broad range of human resources and organic collaboration. This study aims to comprehensively analyze team management of medical and welfare services from a technical and educational perspective based on the author's own study results and results of studies that the author was heavily involved in.

2. Focus and issues of this study

1) Current practices of team management and the focus of this study

Japan is aiming to create an integrated community care system built on a mechanism where the needs of clients are met through the formation of multidisciplinary teams that provide required services through mutual collaboration. For this reason, utilization of a broad range of human resources and organic collaboration is required. As discussed later, in recent years, domestic and international research has focused on educational methods and evaluation of individuals with well-versed team management skills. Therefore, the focus of analysis is on team consultations and case method teaching, which are educational methods known to enhance team management skills. Furthermore, as France has long been developing a nationally-driven medical and welfare services network, their model can provide clues to solve Japanese issues in regards to team management in medical and welfare services, especially in the field of home care, terminal care and integrated community care systems.

2) Study issues

There are 3 study issues. 1) To investigate educational methods and evaluation techniques that allow sharing of values and practical knowledge (tacit knowledge) of the multidisciplinary team. 2) To determine the ideal form of team management where high quality terminal care is provided no matter where the last moments of the patient may be and to also investigate on human resource development as in this age of high deaths, a major increase in at-home mortality rate is difficult. 3) To compare Japan and France by conducting literature searches, interview surveys and case studies of exemplary team management in home hospitalization and community palliative care networks in

order to assist Japan by examining the benefits of France's long developed nationally-driven medical and welfare services network.

3. Review of previous studies

Previous studies were organized into the following 4 perspectives. Firstly, previous domestic and international studies of team management were reviewed. Interventions from abroad displaying positive team management attributes, such as improved team coordination and self-efficacy, included simulation training, human resource management training, and consecutive quality improvement projects. However, improvement in objective indicators, such as shortening of hospital stay or minimizing side effects, were not observed. In Japan, there are a large number of studies on multidisciplinary collaboration and medical professionals have conducted 80% of such studies. Secondly, previous studies on team consultations were reviewed. There is limited accumulation of theoretical and practical studies due to its government-driven introduction. The effectiveness of team consultation is attributed to activation of practical knowledge (tacit knowledge) through speech. Thirdly, previous studies related to teaching multidisciplinary collaboration in the field of healthcare and welfare studies were reviewed. While the history of teaching multidisciplinary collaboration is short, as of 2012, approximately 40% of healthcare and welfare services universities have introduced some kind of educational component concerning multidisciplinary collaboration. In terms of educational evaluation, many investigations were through self-assessment conducted immediately after lectures and did not venture into measuring practical skills. Fourthly, previous studies on case method teaching were reviewed. Case method teaching is thought to be based on the concept that debating, a verbalization process, leads to a rationalization of knowledge and skills and, through this process, knowledge and skills are refined. In conclusion, sharing values and practical knowledge (tacit knowledge) through team consultations and case method teaching; where individuals can refine their skills and knowledge by directly engaging in interdisciplinary discussion; was effective in building team management skills.

4. Details and results of the study

This study consists of 6 chapters, including the introduction and conclusion.

After the introduction, where the study background and issues are introduced, previous studies on techniques and education to enhance team management were reviewed in Chapter 1 to verify the necessary facts for conducting this study. The objective has been explained above from 1 to 3.

In Chapter 2 "Techniques and education to enhance team management: concepts and evidence", concepts and evaluation of team consultation and case method teaching as techniques to enhance team management were introduced. In addition, 2 studies were conducted to evaluate case method teaching. As a result, we found that graduate and postgraduate students who were taught by case method had gained important skills in team management, such as broadening of one's views, improvement in problem solving skills and mental toughness. Furthermore, an issue was brought to

light and that is, even if these skills are acquired at the individual level, these individuals become isolated unless the organization improves as a whole.

In Chapter 3 “Terminal care and team management”, the following 5 items were identified from the results of analyzing 5 studies conducted by the Nihon Fukushi University terminal care study group (either solely by the author or where the author was heavily involved in) in the 14 years between 1999 and 2012. 1) Place of death and degree of satisfaction of the caregiver are not related. 2) In home palliative care, there is room for improvement in palliative care techniques, such as symptom control and oral care. 3) To improve the satisfaction level of the client and their family, while valuing subjective indicators, a realistic multiple axes of evaluation needs to be employed by multidisciplinary assessments with additional objective indicators. 4) As respectful care management improves the quality of terminal care, 4 conditions were identified that improve care management. 5) A comparative study between special elderly nursing homes and long-term care health facilities found that the former preferred a physician and nurse led structure while the latter aspired for the enhancement of a multidisciplinary, lateral communication system. Both facilities longed for training and education of systematic terminal care.

In Chapter 4 “Team management of medical and welfare services in France and suggestions for Japan”, literature searches, interview surveys and case studies on France’s representative networks, home hospitalization and community palliative care network were investigated. As a result, the following 4 items were brought to light. 1) Home hospitalization is built over a strong collaborative system supported by three parties: the hospital, private-practice doctors and home hospitalization. The transition between hospitals to home care settings was smooth, hospital stay was shortened and patient satisfaction was high. However, there was ambivalence as to who should take the initiative among the three parties. 2) In healthcare planning, home hospitalization and community palliative care network are positioned as movable societal resources functioning to support the private-practice doctors who tend to get isolated. 3) In facilities for the elderly, the rate of having somebody within the facility at the last moments of the patient’s life was increased by introducing night-shift nursing staff and palliative care coordinators. However, the usage rate of home hospitalization and community palliative care teams was low and all-inclusive facility care was predominant. 4) In accordance to Leonetti’s Law, medical care and welfare professionals regularly conduct team consultations for terminal care.

In the last chapter “Summary: Working towards building better team management in medical and welfare services”, a comprehensive review was conducted by supporting the findings from Chapters 1 to 4 with relevant literature reviews. On that basis, the following 3 items were identified as strategies to build better team management in medical and welfare services. 1) Education of multidisciplinary collaboration is essential for better team management in medical and welfare services. Educational methods that are centered on sharing values and practical knowledge, such as

team consultation and case method teaching are effective. 2) Regarding terminal care, an increase is required in the number of “last places of care” for elderly patients at increased mortality risk, including for non-cancer patients. Also training of personnel who can ensure quality of care at these “last places of care” is essential. 3) Based on the findings of the comparative study between Japan and France, in order to achieve an ideal medical and welfare services network in Japan, Japan needs to reform its way of thinking and learn to cooperate instead of having professionals of different disciplines and different organizations competing with one another. The issue of better utilizing the community’s societal resources instead of depending on services provided by all-inclusive facilities was raised in both countries.

5. Significance and issues of this study

Three particularly important facts were identified in this study. 1) Through our study and literature review, we found that the process of sharing values and practical knowledge (tacit knowledge) through team consultations and case method teaching; where individuals can refine their skills and knowledge by directly engaging in interdisciplinary discussion, is effective in building better team management in medical and welfare services. 2) In this age of elderly mortality, not only is it important to increase numbers of “last places of care” but also focus on team building that can ensure a high quality terminal care no matter where the “last place” may be and personnel training are essential. 3) Through the comparative study of team management in medical and welfare services between Japan and France, we were able to find helpful references of integrated community care systems that Japan is striving for.

There are 3 issues. 1) Master empirical research methods, such as ethnography and contribute to interdisciplinary research 2) To challenge and conduct an evaluation study on the quality of terminal care in the various “last places of care” to respond to the age of high deaths that Japan is facing. 3) Research on healthcare planning in France serves as a useful reference for research on integrated community cares systems. In the past, studies have been conducted at the team level. Research methods of policy studies may need to be acquired. In the future, a comparative study of healthcare planning between Japan and France is scheduled.

第1章 先行研究の検討

はじめに

医療・福祉のチームマネジメントを多面的に検討する目的で、次の4つの側面から先行研究を検討した。①国内外における医療・福祉のチームマネジメントの検討、②医療・福祉領域におけるカンファレンスの検討、③国内外における医療・福祉領域の多職種連携教育の検討、④ケースメソッド教育の検討である。

第1節「医療・福祉のチームマネジメントに関する先行研究の概要」では、国内外の研究をレビューした。海外については、1990年代からイギリスを中心とした欧米諸国で盛んに行われている、チームマネジメントの構成要素、チームと組織の関係、評価（効果）を中心に検討した。わが国については、医療法改正や「チーム医療の推進に関する基本的な考え方」が発表されるなど、国をあげて多職種連携やチームマネジメントが強調されたことから、1999年から2013年に発表された多職種連携に関する文献をレビューした。

第2節「医療・福祉領域におけるカンファレンスに関する先行研究の概要」では、まず、カンファレンスの実態調査に関する研究を、次にカンファレンスの効果に関する研究を検討した。いずれも、医療機関と介護支援専門員を対象とした研究が多かった。

第3節「医療・福祉領域における多職種連携教育における先行研究の概要」では、イギリスのCAIPE（イギリス専門職連携教育推進センター）がまとめ、高橋ら（2011）が日本語に訳したIPE（多職種連携教育）の論拠、実践、評価に関する3冊の書籍を中心にレビューした。国内のIPEの研究は歴史が浅く、研究の蓄積が少ないことから、埼玉県立大学の先駆的で優れた実践活動を中心にレビューした。

第4節「ケースメソッド教育における先行研究の概要」では、60年間に及ぶケースメソッド教育に取り組んでいる慶応義塾大学大学院経営管理研究科（ビジネススクール）の実践研究を中心にレビューした。ケースメソッド教育は、多職種連携・協働の前提となっている「低階層の組織」や「チームマネジメントを鍛える学習装置」に相応しい方法で、医療・福祉のチームマネジメントにも応用できると判断し、日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科でも、多職種連携教育の一環として導入されている経緯がある。

第1節 医療・福祉のチームマネジメントに関する先行研究の概要

海外については、1990年代からイギリスを中心とした欧米諸国で盛んに行われている、チームマネジメントの構成要素、チームと組織の関係、評価（効果）を中心に検討した。わが国については、医療法改正や「チーム医療の推進に関する基本的な考え方」が発表されるなど、国をあげて多職種連携やチームマネジメントが強調されたことから、1999年から2013年に発表された多職種連携に関する文献をレビューした。

1. 海外における医療・福祉チームマネジメントに関する先行研究の概要

欧米諸国では、1990年代から医療・福祉のチームマネジメント（以下、チームマネジメント）の構成要素、チームと組織との関係、評価（効果）に関する研究が、盛んに行われるようになった。海外の研究で用いられるチームマネジメントは、「coordination」、「cooperation」、「collaboration」などが同義語として使われていることから、これら用語も対象とした。

まず、チームマネジメントを構成する要素に関する研究では、Daka-Mulwanda（1995）は、協働（collaboration）の要素について、①共通の目標設定と同意、②目標達成に向けた責任の共有、③専門的知識と行動の3点をあげている。Lemieux-Charles ら（2006）は、6つの構成要素を明らかにした。①社会と政策の影響、②組織の状況（理念・資源など）、③チーム構成員、④チーム過程（コミュニケーション・リーダーシップ）、⑤心理社会的条件（チームの凝集性）、⑥チームの効果である。

Mickan（2005）は、チームマネジメントを規定する要因は複雑で、効果にも複数の視点があり、一つの尺度で測定するのは困難とした。そのうえで、チームマネジメントの効果には次の4つの視点があるとした。①組織への効果（入院期間の短縮、再入院率の低下、在宅復帰率の向上など）、②チームへの効果（ケアの調査改善、コミュニケーション改善、他の専門職の技能獲得など）、③患者への効果（満足度の向上、治療の受けやすさや治療効果の改善）、④チームメンバーへの効果（職員満足度の向上、役割の明確さ、肯定的視点の拡大）を明らかにした。ただし、これらは、視点を示したのみで、実際に効果を測定したものではない。また、Germain（1984）は、ヘルスケア領域における連携・協働の5つの発展的構成要素を抽出している。①役割分担、②最大評価と失望、③現実的な評価、④適応、⑤役割の統合であるが、これも実証研究ではない。

組織とチームのあり方に関する研究では、Hackman（1990）が、組織のあり方がチームの効果を規定するとし、次の8点が影響する因子とした。①チームと組織のそれぞれの価値、②チームの目標と遂行に対するフィードバック、③研修や技術的な協力体制、④物理的な条件、⑤組織の雰囲気、⑥チーム間の関係、⑦契約と管理の構造、⑧チームの人数設定である。

Borrill（2006）は、イギリス NHS 下でのチームマネジメントと評価（効果）を研究し、いくつかの興味ある結果を示している。①急性期病棟では、チームマネジメントが機能するほど患者の死亡率が低い、②効果的なチームほどメンバーのストレスが低く、離職率も低い、③効果的なチームは柔軟性が高く、ケアの質にも変化性にも良好である、④リーダーとメンバー間の葛藤は、チームを分裂させるものである。さらに、これら研究結果をもとに、次のような勧告をイギリス政府にしている。①効果的なチームマネジメントの条件は、目的が共有され個々の役割が明確であること、②チームメンバーの選定は、専門的知識とスキルだけでなく、連携力を考慮すること、③チームメンバーの構成は多様性を大切にすること、④チームの目標、人的資源、情報、研修、フィードバック、技術的助言の6つの領域を検討すること、⑤指示的なリーダーシップよりも、参加型リーダーシップがもとめられること、⑥チーム中心の組織を形成することである。さらに、チーム中心の組織にするためには、「競争ではなく、協働を大切にする文化を醸成すること」をあ

げている。

Poulton ら（1993）の研究は、イギリスのプライマリーケアチームの構造と過程に着目したものである。チームマネジメントの効果を規定したのは、①目標の共有、②メンバーの参画、③質の強調、④変革への支援であり、これらで変数の 23%が説明できたとした。この研究でも、チーム中心の組織を形成すべきであると強調している。

Buljac-Samardzic ら（2010）は、4つのデータベースを用いて 1990 年 1 月から 2008 年 4 月に発表された医療におけるチームの効果を文献レビューした。効果（チームの行動・態度、自己効力感等の向上）が認められた介入は、シュミレーション・トレーニング、人材資源トレーニング、質改善プログラムであった。ただし、在院日数の短縮化や薬剤の副作用の減少等の客観的指標の改善は認められなかった。その結果、急性期医療での多職種チームの効果を高める教育は、チームトレーニングであることを明らかにしている。

これらの研究を総括すると、①チームマネジメントの構成要素はほぼ共通していることから、個々のチームの状況にあわせた項目を追加することが現実的である、②チームマネジメントの評価（効果）は、従事者からは概ね肯定的な評価が得られているが、主観的なもの（自己効力感の向上等）が多い。③チームマネジメントを鍛える技法として、シュミレーション・トレーニングなどが有効である。

2. わが国における医療・福祉のチームマネジメントに関する先行研究の概要～多職種連携に焦点を当てて～

わが国では、チームマネジメントという用語ではなく、ケアチーム、チームワーク、多職種連携、多職種協働というキーワードを使っている研究が多い。

Cinii（国立情報研究所が運営する NII 論文情報ナビゲータ）で、1999 年から 2013 年で「多職種連携」をキーワードで検索した結果、565 件がヒットした。また、医学中央雑誌では 1,049 件（うち、原著論文は 107 件）がヒットした。Cinii でヒットした 565 論文を年代別に分析すると、2000 年代前半は数件～十数件であったが、2008 年は 66 件、2009 年 55 件と増加し、2012 年には 133 件と急増した。増加の背景には、2006 年の第 5 次医療法改正と 2010 年の「チーム医療の推進に関する基本的な考え方」が発表されるなど、国をあげて多職種連携を強調したことが影響していると思われる。また、執筆者の領域を分類すると、全体の 8 割を医療領域が占めていた。内訳は、医学領域（精神科と歯科を含む）が 3 割、看護領域 3 割、その他の領域（リハビリテーション・栄養など）が 2 割であった。医学領域は、症例報告が半数を占めた。福祉領域は 1 割、その他（教育、行政、ICT など）が 1 割であった。以上のことから、多職種連携に関する研究は、医療領域が圧倒的に多く、内訳は医師と看護師による研究が多かった。

また、調査方法の分類では、圧倒的に実践報告が多く、内容は、多職種連携を実践した結果、利用者に対するケアの質やチーム全体の力量が向上するといった、多職種連携の幅広い有効性が示唆された。一方で、各実践報告が筆者の主観的な視点で述べる内容に留まってお

り、多職種連携の推進が、客観的にも明らかな成果や効果を上げたと言明できるまでには至っていない。

次に、多職種連携の概念枠組みについて検討した主な論文は次の2点であった。前田（1990）は、「異なる分野が一つの目的に向かって一緒に仕事をする」とし、さらに連携は3段階で発展するとしている。まず、第1段階は「連絡の段階」で、異なる部署・職種間で随時の報告・連絡・相談を行うもの。第2段階は「連携の段階」で、異なる部署・職種との定期的な会議やカンファレンスにより業務連携が行われる。ここで多職種チームが形成されることになる。第3段階「統合の段階」は、地域も含めたすべての社会資源が一体化され、恒常的につながり、ネットワークを形成することである。

宮島（2012）は、多職種連携の概念輪組みを次の3つのレベルに分けている。「linkage（つながり）レベル」：情報提供やサービス調整の段階、「coordination（調整・協調）レベル」：多職種が統一したケアの方法論を持ち、ルール化されている段階、「full integration（統合）レベル」：同一事業所が提供しているように、組織的に提供されている段階である。基本的に前田と宮島の段階・レベルはおおむね同じ内容と思われる。

多職種の連携力を測定する尺度に関する論文は、次の3点であった。筒井孝子（2003ab）は、地域福祉権利擁護事業に携わる専門員の連携活動の実態を調査したうえで、「連携活動評価尺度」を開発した。その尺度項目として、「情報共有」、「業務協力」、「関係職種の交流」、「連携業務の処理と管理」の4つの構成要素を抽出している。森田ら（2013）は、緩和ケアに関する地域連携評価尺度（25項目）を作成し、福井（2014）は、在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度（7因子21項目）を作成し、信頼性と妥当性を確認している。これらは、宮島（2013）が提唱している、多職種連携の概念枠組みのうち、Linkage（つながり）レベルを測定したものである。

松岡（2000）は、多職種連携のメリット・デメリットを次のように整理している。メリットは、①利用者の問題解決に有効、②効率性の向上、③専門職の利益（能力向上・情緒的支援など）であり、デメリットは、①利用者の不利益（個人情報漏れやすいなど）、②非効率性が出現（意見調整に労力と時間がかかる）、③専門職の不利益（職種間の葛藤の出現など）である。

吉池（2009）は、連携に関する基本的概念整理を行い、連携を次のように定義している。「連携とは、共有化された目的を持つ複数の人及び機関（非専門職を含む）が、単独では解決できない課題に対して、主体的に協力関係を構築して、目的達成に向けて取り組む相互関係の過程である」とした。さらに共同研究である栄（2010）は、この連携の定義に基づいて、精神障害者退院促進支援事業における連携の促進要因及び阻害要因を調査した。その結果、連携の構成要素として、①同一目的の一致、②複数の主体と役割、③役割と責任の相互確認、④情報の共有、⑤継続的な協力関係過程の5つの構成要素を抽出した。また、連携の促進要因は、目標の一致、機関間の特性・機能の相互理解、情報の共有化、事例検討会の開催、役割分担の再確認と柔軟性があげられ、一方連携の阻害要因は、目標の不一致、利用者と構成員の強い関係性、単一機関の抱え込

み、機関間の価値観の相違、役割分担の硬直性をあげている。

坂田（2013）は、チーム医療における多職種連携・協働に焦点を当てた研究で、以下の知見を明らかにしている。調査は多職種へのフォーカスグループインタビューである。①気軽に話せる組織文化が重要、②ファシリテーター型リーダーシップの発揮が求められること、③チームのアウトカムを可視化することで、自己の能力が組織に求められていることを実感し、組織にコミットメントする組織人を育成することが重要であることである。

以上のことから、多職種連携の概念枠組みは整理されつつあり、3段階で分類するものが多く、連携の構成要素は、情報の共有化や目標の一致等をあげていた。また、多職種連携尺度の研究では、尺度の信頼性と妥当性が検証されたものは少なく、宮島（2013）がいう連携 Linkage（つながり）レベルを測定したもので、「coordination（調整・協調）レベル」や「full integration（統合）レベル」を測定したものは見当たらなかった。

第2節 医療・福祉領域におけるカンファレンスに関する先行研究の検討

1では、カンファレンスの実態調査に関する研究を、2では、カンファレンスの効果に関する研究を検討した。

1. カンファレンスの実態に関する先行研究の概要

カンファレンスや会議がなければ、保健・医療・福祉のサービスは動かない。しかし、わが国においては、サービス担当者会議や地域ケア会議のように、法律や行政主導で導入された経緯がある。カンファレンスは実践知と技術を融合したものであり、法律や手順だけでは動かない。現場で実践知が磨かれ、工夫、定着される前に、行政主導の形式的なカンファレンスが普及したためか、カンファレンスに関する研究は少ない。野村（1999）が指摘し、上原・野中（2006）も強調しているように、カンファレンスの研究は、「理論・実践の両面でほとんど検討されていない概念」である。

厚生労働省の「チーム医療推進方策検討会議ワーキンググループ」の議論においても、チームアプローチの質を向上させるためには、カンファレンスを充実させることが必要であり、カンファレンスが単なる情報交換の場でなく、議論・調整の場であることを認識し、ファシリテーターを中心に職種を尊重した議論をすることが重要であると提言している。職種を尊重した議論とはどのようなものか、ファシリテーターは誰がどのように担うのか、さらにどのようなスキルが必要になるのか等については言及されていない。このような背景から、まずはカンファレンスの実態調査と評価について、先行研究を検討する。

田城ら（2006）は、医師会主導で地域包括ケアに取り組んでいる尾道市（旧御調町）と神奈川県サービス担当者会議（ケアカンファレンス）の実態調査を行った。尾道市のカンファレンスは、「医療知識や医療的対処の方法」と「生活上の問題への対処方針」が情報共有され、危機管理を含めたケアプランの検討がなされていた。事前に情報共有されているため、所要時間は15～20分であった。一方、神奈川県は、情報の事前共有が十分されていないため、所要時間は60分と長かった。さらに、尾道市はカンファレンスの所要時間が短いことから、介護支援専門員のサービス担当者会議の月平均開催日数は、 4.78 ± 0.86 回と対照群より有意に高く、主治医の参加率が高かった。

地域包括ケアとカンファレンスの関係を述べた松田・片山（2013）は、尾道市医師会が1999年から取り組んでいる主治医参加型カンファレンスは、地域包括ケアシステムを構築するうえで、重要な役割を担っているとし、イギリスやフランスのようにコミッショニング（医療・福祉サービスが効果的に対象者のニーズを満たすように確実に提供するプロセスと定義）を専門的に行う公的な仕組みを別枠で作ることは難しいとしている。つまり、現在実施されているカンファレンスを多職種連携や地域包括ケアシステムを構築するツールとして再評価することを強調している。

川越ら（2011）は、急性期病床（512か所）、回復期病棟（172か所）、療養病棟（73か所）で開催された退院時カンファレンスの開催状況を調査した。開催率は、急性期54.9%、回復期73.8%、療養78.1%であった。また、職種別の参加率は、急性期では医師32%、看護師88.3%、MSW

63%、リハ職27.4%、本人55.9%、家族82.6%、訪問看護師28.8%。回復期病棟では、医師42.5%、看護師77.2%、MSW79.5%、リハ職76.4%、本人70.1%、家族91.3%、訪問看護師17.3%。療養病床では、医師31.6%、看護師87.7%、MSW64.9%、リハ職49.1%、本人57.9%、家族91.2%、訪問看護師19.3%であった。退院時カンファレンスへの医師の参加は、3～4割にとどまり、看護師とMSWの参加が高い。また、本人と家族に参加率はともに高く、特に家族の参加率はどの病床でも高かった。

野村・出口（2012）は、中小病院（在宅療養支援病院とそれ以外の病院）における、退院時合同カンファレンスの実施状況の調査を行った。その結果、退院調整部を有している病院は、「ほとんど」「必要に応じて」カンファレンスを行っているが8割を占めていたが、退院調整部を有していない病院の実施率は5割に留まった。

回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の調査（2010）では、リハビリテーション総合実施計画策定を目的とした多職種合同カンファレンスの実施状況は、カンファレンスを実施しているが97.5%であった。患者一人に要する合同カンファレンス1回当たりの時間は、「15分未満」42.0%と最も多く、次いで「15分以上20分未満」29.6%、「20分以上30分未満」21.5%。参加職種は、看護師99.7%、理学療法士99.4%、作業療法士99.2%、医師95.4%、MSW94.3%、薬剤師11.9%であった。

以上のことから、カンファレンスの実態調査は、ほとんどが医療機関と介護支援専門員を対象にしたものであり、調査によって数値にばらつきがあった。また、多職種連携や地域包括ケアシステムの構築には、カンファレンスが有効なツールであることを確認できた。

2. カンファレンスの効果に関する先行研究の概要

野中（1998）は、ケア会議で行うべき内容は、①客観的情報の交換、②主観的感情の交流、③発想の交換、④当面の方針決定、⑤役割分担をあげている。

カンファレンスの過程を規定する因子として、上原・野中（2006）は、①支援計画の具体化、②生活の多面的理解、③当事者の参画、④ネットワークの形成、⑤連携方法の具体化を抽出した。また、カンファレンスの効果として、上原・野中（2007）は、参加者の満足度を指標としたカンファレンスの効果として、次の4つの因子を抽出した。①支援に必要な情報の確認と共有（事例のイメージの再構成、ニーズの明確化、生活変化のイメージの共有、支援目標・計画の合意など）、②ケアカンファレンスの技術の習得、③相互理解による連携の具体化と地域課題の発見、④支援の原則と価値観の共有（他の事例にも応用可能な支援の共通認識、必要な価値観）、である。

カンファレンスで最も重要なことは「言語化による実践知の活性化」である。医療職と福祉職、さらに患者と家族では、生活イメージにズレがあるのはごく自然なことである。このズレは意見交換によって引き起こされる相乗効果により修正されるものである。つまり、それぞれがどのような生活イメージを持っているのか、まずは参加者にぶつけてみて、それに対して多職種が追加発言をしたり、情報提供することで、新たなひらめきと視点の広がりが得られ、一人では気づか

ないことを発見する。このようにして、自分のイメージを修正しつつ、チーム全体のイメージを作り上げていくものと思う。凝り固まった生活イメージを、意見交換によって解きほぐし、新たな生活イメージを再構築することができればカンファレンスは成功したといえるのではないか。

カンファレンスを通して「自分が持っているイメージや考え方が変わった」、というのは恥ずかしいことでも敗北でもない。自己の考えの更新であり、利用者像の再構築でもあり、これは進化といえる。

篠田（2011）は、文献レビューからカンファレンスの効果を次の4点にまとめている。①事例理解の深化、②利用者と家族の生活課題、目標が共有化され、役割分担することで、生活を組み立てたり、効果的なサービスを提供する、③チームワークが促進され、一人ひとりが持っている力が発揮される（相乗効果）。④それぞれの機関、専門職の役割の強み、弱み、限界を理解することで、相手の立場を理解し、思いやる気持ちが芽生え、連携しようとする態度が芽生える。⑤その結果、参加者の満足感が得られる、である。

野中（2013a, 2013b）が指摘しているように、ケアマネジメントやカンファレンスなどの実践的技術は、現場の技術が成熟する前に、法と行政主導で臨床活動が導入された経緯がある。さらに、多職種連携を実現するためには、病院や施設中心から地域ケア中心の構造に大転換する必要があり、それを実現する技法として、「組織横断的・多職種参加型の生活モデル事例検討会」を実現可能なものにする工夫を避けてはならないとしている。

以上のことから、本研究では、先行研究や実践活動から得られた知見に基づき、カンファレンスの効果を次の4点にまとめた。①多面的な意見交換により、事例の理解が深まる、②事例の生活課題、目標、支援計画が共有化される、③参加者間の相乗効果により、協働の意欲が芽生える、④チームとしての「知」が創りあげられる。つまり、個人の「知」からチームの「知」になることである。

第3節 医療・福祉領域における多職種連携教育に関する先行研究の概要

世界保健機構（WHO）は1988年に「専門職とは連携ができる人」を提唱し、「共に学ぶことにより、医療職者の態度の変化、共通した価値観の確立、チームの編成、問題の解決、ニーズへの対応、実践の変化、専門職の変化が期待される」としている。これを踏まえて、欧米では、多職種連携教育（以下、IPE：Inter professional Education）への取り組みが始まっている。

IPEはイギリスで1960年代に始まったもので、1987年にIPEを推進する目的で、CAIPE（イギリス専門職連携教育推進センター）が設立され、2001年には、政府が基礎教育と現任教育において、何らかの連携教育を行う必要性を提起した。さらに、2005年にIPEの論拠、実践、評価等に関する研究を3冊の本にまとめている。これらは、高橋ら（2011ab）によって、2冊が日本語に訳されている。本節でも、この優れた日本語訳を中心に検討を加えた。

IPEについては、CAIPEの定義（2002）に基づいて埼玉県立大学（2009）が、次のように訳している。「専門職連携教育とは、複数の領域の専門職者が連携およびケアの質を改善するために、同じ場所でともに学び、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶこと」としている。本節では、CAIPEの3つの本を中心に多職種連携教育の先行研究を検討する。

Damour ら（2005）は、異なった職種専攻の学生が共に学び、小集団による問題解決型の学習が効果的であるとしている。また、多職種連携教育のコア概念として、McNair（2005）は、次の5つを明らかにしている。①価値（専門性の価値）、②倫理、③知識（チームケアの原則など）、④技能（協働やコミュニケーションの技法）、⑤応用（場面やチームへの適用、チーム内での役割）である。

日本では、1997年に当時の文部省（現・文部科学省）「21世紀医学・医療懇談会第2次報告」で、総合的なチームケアの推進が強調され、日本においてもIPEの必要性が示された。この報告を受けて、先駆的な保健医療福祉系大学では、2002年以降にカリキュラムにIPEを位置づけるようになった。

小河ら（2012）は、全国の国公立大学747大学2131学部5076学科（2012年4月開設予定含む）のうち、保健医療福祉系専門職の国家資格受験可能な431大学615学部865学科に対し、郵送による質問紙調査を行い、多職種連携教育プログラム導入の有無と実施状況の調査を行った。有効回答284件（32.8% 183大学、221学部、284学科）のうち実施している大学は、51大学（17%）、66学部（29%）、97学科（34%）で、プログラム開始時期は2006年がピークだったと報告している。一方、導入予定大学は26大学（14%）、28学部（13%）、36学科（13%）であり、そのうち開始時期が決定している大学は5大学5学部6学科であった。実施している、あるいはこれから実施を合わせると、学部の42%、学科では47%がIPEに取り組んでいる。導入にあたっての検討課題は、「プログラムを運営するためのマンパワーの確保」、「学部間のカリキュラム編成に関するもの」である。

大塚（2006）は、埼玉県立大学で実施した専門職連携教育実習の効果を、実習直後と実習1年後の比較調査を行った。その結果、実習1年後は、利用者中心であること、相互理解が重要であ

ること、自己理解が必要であることが明らかになり、実習直後の結果とほぼ一致していた。また、卒業後は、専門職連携のよさを実感しつつも、現実との間で葛藤があるとしている。

田村ら（2012）は、K大学医学部1年生を対象に、IPE科目（クラスルーム学習と臨地実習）の教育効果について、学生の受け止め・反応から評価した。その結果、1年次のIPEに対する評価は肯定的であり、他の専攻学生とともに学ぶ機会、相互に学びあう意味と意義が抽出された。また、自由記載の内容を分析した結果、最も多かったのは、「コミュニケーションの重要性」で、次いで「自己への気づき」「他の職種の理解」「チーム医療の実態の多様性」「相互理解」であった。

大塚・朝日（2012）は、IPE演習に参加した学生に対して、演習前後に2つの側面（教育的側面と実践的側面）から自己評価を実施した。その結果、教育的側面（利用者の支援を共有する、支援目標を立てる等）と、実践的側面（パートナーシップを発揮する、リーダーシップ・メンバーシップの役割をとる等）の両面で、演習前より演習後の自己評価が高かった。

Barr（2005）は、IPEの効果に関する353文献をレビューした。その結果、卒業後に連携力が向上した教育方法は、事例研究、問題解決法、シミュレーション教育を組み合わせたものであるとしている。さらにBarr（2011）は、6つのレベルでIPEの成果を分類している。レベル1：反応、レベル2a：態度/認識の修正、レベル2b：知識/技能の習得、レベル3：行動の変容、レベル4a：組織的実践の変化、レベル4b：患者/クライアントの利益である。しかし、筆者がこの分類に基づいて文献レビューした結果は、レベル1と2の評価は9割以上であり、レベル3と4を調査したものはほとんどなかった。Barrの評価方法は、Kirkpatrick（1975）の4段階評価モデルとも共通しており、IPE評価に適しているといえる。

Goscha,RJら（2003）は、複数の実証的研究を総合した結果から、実務研修会を行って理解されても実際に活動に至る率（実践化）は10～20%にすぎないとしている。この研究は、研修会の学びについて探究したものだが、実践化の難しさを示唆しているものと考えられる。理論的知識や自己課題への理解「わかる」を超えて、実践的能力として「できる」といった行動変容を求めするには、評価に基づいた教育プログラムや教育方法が必要である。

Miller（1990）は、学習成果について、知っている（knows）、調べられる（knows how）、説明できる（shows how）、実行できる（does）に分類している。多職種連携教育は実行できるレベルが求められることから、どのような教育プログラム・方法を提供すれば、実行レベルまで引き上げられるかが鍵である。Dreyfus（2001）は、実践的能力（実行できるレベル）にまで引き上げるには、インターネット授業では難しく、指導者との対面的な関わりや、暗黙知を交える演習を繰り返し実践することが重要であるとしている。

これらの先行研究から、保健医療福祉系大学での多職種連携教育は歴史が浅く、取り組んでいる学部・学科は全体の4割である。それゆえに多職種連携教育の評価は緒についたばかりであるが、学生にとっては肯定的な評価が得られている。授業や演習直後の自己評価を測定するものが多く、実践的能力（実行できるレベル）に至ったかどうかは確認されていない。また、IPEを受けた卒業生の追跡調査はされていないことも明らかになった。野中ら（2013）が指摘しているように、

IPE の卒後教育・現任教育が必ずしも整備されていない現状では、基礎教育において IPE を実践する方が効果的であるといえる。

また、Barr (2005) は、8 年間の IPE の研究から見えてきた課題を次のように述べている。「われわれの研究から専門職連携教育の根拠ベースを確立するための劇的な大発見が期待されるようなことは何もなかった。前に進む道は、労を惜しまずに、さまざまなタイプの専門職連携教育の研究から集められるプロセスと成果に関する根拠を比較検討することにある」としている。

第4節 ケースメソッド教育に関する先行研究の概要

ケースメソッドは、高木・竹内(2010)によれば、「訓練主題の含まれるケース教材を用いてディスカッションを行う体系的な教育行動」と定義されている。ケースメソッド授業は、実践事例をもとに教育課題を盛り込んで作成したケース教材を用い、多様な背景を持つ院生が参加し討論をするものであり、外観上の特徴として4点ある。①ケース教材、②ディスカッション、③協働的な討論態度、④ディスカッションリーダーである。

ケースメソッドの目的について高木・竹内(2006)は、分業によって組織が専門分化し、分化した組織は、それぞれの目標(部分目標)の達成、つまり部分最適を目指すようになる。しかし、部分最適を積み上げても、不足する部分や隙間が事後的に発生し、元の大きな目標を達成できなくなる。そのため、部分最適を統合する人材、すなわち統合力や連携力を持った人材を育成するために開発されたものである。

高木(2004)は、マネジメント能力には、経営上の問題解決に関する知識や経営に必要な専門知識に加え、経営問題への意思決定力や統合力といった実践力が中核をなしているし、この実践力を訓練する有効な教育方法の一つがケースメソッドであるとしている。

ケースメソッドの教育効果について竹内(2009)は、これまでの経験則から5点をあげている。①ケース教材は実践ながらの統合的問題状況をそのまま扱える、②討論参加者の経営活動における得意領域を伸ばしつつ、弱点の補強が自ずと進む、③訓練の時間効率が高いので、短時間で多種多量の訓練を積むことができる、④精神力が鍛えられ、人間的成長が促される、⑤真の学習能力が身に付くである。

ケースメソッド授業における教師・学生間の相互作用に関する実証研究として、Louise(1994)は、ビジネススクールでの授業を分析している。その結果、学生による質の高い発言は、教師側の発問によって誘発され、教師の発問と学生の応答との対応関係が確認できたとしている。

佐野(2005)は、ケースメソッドの授業を定性的に分析し、学生の発話内容を「確認」する機能を果たす教師の発話が重要であるとし、教師が学生の意見をまじめに受け止め、苦勞して議論の中に組み込んでくれたと分かれば、発言者は自らの存在意識を感じるようになり、討論の場に主体的に参加しようとの意識を持つと指摘している。

岡田ら(2009)は、学校教員を対象に、ケース・講師・すすめ方等が同一ではない5回の独立したケースメソッドを用いた研修を行い、受講者350名を対象に受講直後の評価を行っている。その結果、すべての研修で受講生の「満足度」が高く、研修前後で自己更新を感じている者が多かった。

高木・竹内(2010)は、ケースメソッドの教育効果について、いまだ定量的に測定する方法が見つかからない、数値での測定が難しいと前置きしながらも、定量的評価と定性的評価を整理している。定量的評価としては、①総発言数：その授業で延べ何回の発言がなされたか、②発言者比率：その授業で発言した人の比率、③授業者(教師)の発話時間比率をあげ、それぞれ測定した。その結果、授業者(教師)と参加者の発言比率は、3対7であり、教師の発話時間比率は30%以下

が望ましいとしている。定性的評価としては、授業者の教育目標の達成度をあげている。

これらの先行研究から、ケースメソッド授業の定性評価では、教師と学生間の相互作用による効果、とりわけ教師側の発問が、授業に大きく影響していることを明らかにしている。ただし、これらは授業中または授業直後を調査したものであり、終了後の追跡調査はされていない。

人材育成も実践知である。人材を育てたり、カンファレンスや技術を伝えるためには、実践知を可能な限り形式知化（言語化）しなければならない。言語化することで、技術が意識化され、そのことによって技術が磨かれていき、結果的に技術が向上することになる。ケースメソッドは、討論によって、各専門職の知識・技術・価値など実践知が活性化され、ディスカッションリーダーによって言語化される教育方法である。まさに「教える者が最も多くを学ぶ」教育方法である。

以上のことから、ケースメソッドは、多職種連携・協働の前提となっている「低階層の組織」や「権威勾配のない組織」のチームマネジメントに相応しい教育方法である。参加者同士、参加者と講師の壁が低く、自由闊達な討論ができる仕掛けがなされており、「学びの共同体（Learning Community）」をともに形成するからである。「学びの共同体」とは、参加者全員で協力して議論を作り上げながら、知的探求を深めていく状態を示すものである。

IPE もケースメソッドも「大人の学習」であり、Knowles（1975）の成人学習の原則と共通するものである。特に重要なものは、学習者自身の課題であり、この課題を解決するために、自分の知識と技法の不足部分を認識し、それを充足するためには、どのような情報、課題、解決方法が必要かを共有することが重要になる。さらに、受動的な知識の獲得はうまく実践に適用することができないが、能動的学習は、グループダイナミクスによって、自分やメンバーの考えが変化して、実践に適用できる解決方法を獲得できる。これは、以前に持っていた価値や知識に対する挑戦を受け入れないと難しいものである。この意味において、安心して発言できる場やフラットな人間関係を約束してくれるケースメソッド教育は、大人の学習として適しているといえる。

第2章 チームマネジメントを高める技法・教育－概念と実証

はじめに

本章では、チームマネジメントを高める技法・教育として、カンファレンスとケースメソッド教育の概念整理と実証研究を行う。両者は「実践知」（暗黙知）を高める技法・教育として、多職種連携教育に導入されている。第1節では、カンファレンスが求められる背景をふまえたうえで、先行研究を参考にカンファレンスの定義とカンファレンスを構成する要素を整理した。また、カンファレンスは「言語による暗黙知の形式知化」であり、形式知化を促進するためには、ファシリテーション技法が重要になることから、ファシリテーションについて論じた。

第2節では、ケースメソッド教育の概念と技法を整理し、第3節と第4節でケースメソッド教育の評価に関する2つの調査を行った。第3節は、ケースメソッド演習後の学びの内容（満足度、反応、学習到達度などを問うもの）の3年間分について、内容の分析を行った（演習直後調査；1次調査とする）。第4節は、ケースメソッドを学んだ修了生が、どのように演習の体験を受け止めているのか、学んだことを専門職連携に役立てているのか、行動変容はあったのか等を明らかにした（修了後調査；2次調査とする）。さらに、1次調査と2次調査の2つの結果を比較し、ケースメソッド演習直後と修了後の教育評価を検討した。

第1節 カンファレンスの概念と技法

1. カンファレンスが求められる背景

ケアマネジメントの普及や地域包括ケアシステムの形成に伴い、カンファレンスの必要性が注目されるようになった。地域包括ケアシステムを推進するには、多職種・他機関の連携を前提にした、地域完結型医療・ケアの提供体制を整える必要がある。それに先だって国は2011年度から在宅医療連携拠点事業（以下、拠点事業）を開始し、医療と介護の連携に舵を切った。拠点事業では、次の7つのタスク（課題）の達成を目指した。①地域の医療・福祉資源の把握及び活用、②多職種連携会議の開催（問題抽出およびカンファレンスを通じた顔の見える関係の構築）、③多職種連携の研修の実施、④24時間365日の在宅医療・介護の提供体制の構築、⑤患者・家族や地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした相談窓口の設置、⑥効率的な情報共有のための取り組み、⑦地域住民への普及啓発である。

2年間の拠点事業の成果として特記すべき点は、①地域の医療・福祉資源の把握及び活用、②多職種連携会議の開催（問題抽出およびカンファレンスを通じた顔の見える関係の構築）である。②については、介護関係者と医療関係者同士の実際的なつながりの強化をするにはカンファレンスが有効であるとし、カンファレンスを多職種連携やチームマネジメントを実施するうえで必要な援助技術として位置付けている。

また、厚生労働省の「チーム医療推進方策検討会議ワーキンググループ」（2011）の議論においても、チーム医療を推進するためには、カンファレンスを充実させることが必要であり、カンファレンスが単なる情報交換の場に終わることがなく、議論・調整の場であることを認識し、ファシリテーターを中心に各職種の意見を尊重した議論をすることが重要であると提言している。ただし、職種の意見を尊重した議論とはどのようなものか、ファシリテーターは誰がどのように担うのか、さらにどのような技法が必要になるのか等については言及されていない。

しかし、カンファレンスは毎日どこかで実施され、あまりにも当たり前の行為であることから、かえって研究が進んでいないことは、第1章、第1節の先行研究のレビューで明らかにした。野村（1999）や上原・野中（2006）が指摘するように、カンファレンスは「理論・実践の両面でほとんど検討されていない概念」であり、実証的な研究が求められている領域といえる。

本節では、先行研究を参考に、カンファレンスの定義とカンファレンスを構成する要素を整理した。また、カンファレンスは「言語による暗黙知の形式知化」であり、形式知化を促進するためには、ファシリテーション技法が重要になることから、ファシリテーションについて論じる。

カンファレンスは、ケア会議、ケースカンファレンス、サービス担当者会議、事例検討、個別支援会議などさまざまな呼称を持っているが、本研究で用いるカンファレンスは、「対人関係の支援過程の中で、多職種で構成されたチームによって開催される会議」とする。

2. カンファレンスの定義と構成要素

カンファレンスには多様な定義があり、確定したものはない。野中（2002）は、「利用者に関するアセスメントを共有し、今後の計画を立てて、協働して実行していくために、あらかじめ計画された会議」と定義している。白澤（2000）は、「メンバー間で援助計画を作成し、その計画を共有すること」とし、その機能として、①目標の設定、②ニーズの分析、③援助計画作成、④情報共有、⑤共有の援助目的と役割分担の確認をあげている。

鷹野ら（2008）はカンファレンスの機能として次の2点あげている。①協調関係（cooperation）を保ちつつ意思決定を行う、②成員間のコミュニケーションを促進すること。さらに、カンファレンスの主要な目的は、情報交換、課題解決、情緒の安定とし、成員の感情が吐露したり、話すことによって浄化作用（catharsis）が機能し、情緒の安定を得るという効果も期待される。

新津（1995）はケースカンファレンスの目的として次の4点をあげている。①一人ひとりの利用者へのケア計画の立案と、その計画が適切であったかどうかを検討し、共有する。②チームメンバー一人ひとりが持つ知識、技術、経験を交換し、チーム全体の技術水準を高める、③他職種の業務を理解し、ネットワークづくりの場とする、④チームメンバーから助言を得、自己研鑽の場とする。

川島・杉野（2008）はカンファレンスの目的として次の6点をあげている。①個人の体験をチームが共有し、チーム全体の技術水準を高める、②個々の患者への看護計画の妥当性の検討、③チームメンバーの意思統一をはかり、効率的な看護実践をめざす、④共同学習による新知識の習得、⑤患者の見方を育てる、⑥他職種との連絡調整を行う。

上原・野中（2006）は、ケアマネジメントにおけるカンファレンスを「困難事例の課題解決について、多職種が協働して支援の目標や計画を議論する過程であり、ケアマネジメントの展開点として機能する場」と定義し、①構造、②過程、③効果、④運営、⑤評価の5つの側面によって構成されるとした。

また、上原・野中（2007）はカンファレンスの効果として、次の4つの因子を抽出した。①支援に必要な情報の確認と共有（事例のイメージの再構成、ニーズの明確化、生活変化のイメージの共有、支援目標・計画の合意など）、②ケアカンファレンスの技術の習得、③相互理解による連携の具体化と地域課題の発見、④支援の原則と価値観の共有（他の事例にも応用可能な支援の共通認識、必要な価値観）、である。

本論文では、上原・野中（2006）の研究を参考に、カンファレンスを次のように定義する。「対人関係の支援過程の中で、多職種で構成されたチームによって開催される会議であり、メンバー間の意見交換により情報の共有化を図りつつ、多面的なアセスメントや意見交換で対象理解の深化と有益な支援方法を検討し、信頼関係を構築しながらチームを成長させるもの」とする。

また、カンファレンスの構成要素を①構造（時間、場所、参加者、ファシリテーター、資料）、②過程（言語による暗黙知の活性化）、③結果（事例理解の深化、情報の共有、目標の明確化と役割分担、協働の芽、チームの知の形成）とした。

3. カンファレンスは言語による暗黙知の活性化

カンファレンスの過程で最も重要なことは、言語による暗黙知の活性化である。知識には、言語化できるものと言語化できないものがある。前者を「形式知」、後者を「暗黙知」（実践知）と呼ぶ。野中ら（1999）によれば、形式知とは「明示された形式的な知識」で、言語的媒体を通じて共有、編集が可能なものであり、暗黙知とは「暗黙の語りにくい知識」で、言語化できにくい、体系的に整理できない知識としている。森（2013）は、暗黙知は人間の行動に伴って生まれるもので、「表現が困難な判断・処理・認識・理解」であるとし、長い間の経験・体験によって獲得されるとしている。

暗黙知は、「コツ」「勘所」「熟練技」であるため、言葉や文字で表現されないまま、個人の経験の中に埋もれてしまい、他者に伝わらない状態になっていることが多い。また、場合によっては、本人が暗黙知の存在に気づかず（意識化されていない）、他者から指摘されて改めて気づくことも多い。暗黙知が埋もれていることは、チームや組織にとっては損失であり、言語化することで知識の共有や伝承を試みたいものである。

形式知と暗黙知は、互いに関連しつつも相対的に独立している。また、一方がなければ

他方は存在することができない。野中ら（1999）は、両者はダイナミックな創造過程、すなわち、暗黙知が形式知化され、それが他者の行動を促進し、その暗黙知が豊かになる。また、それがフィードバックされて、新たな発見や概念につながるものとし、暗黙知と形式知の組み合わせによって、4つの知的変換パターンを明らかにしている。4つの知的変換パターンとは、共同化・表出化・結合化・内面化で、それぞれの英語の頭文字をとって、SECI（セキ）プロセスと呼んでいる。

暗黙知を活性化し、形式知化する方法として、参加型事例検討、カンファレンス、ケースメソッド教育があることは、第1章の先行研究レビューで明らかにした。特にカンファレンスの場面では、多職種が有する経験、価値観、信念、ノウハウなど「暗黙知」が、討論を他のメンバーに共有化される。他のメンバーの意見に絶えず対応し、その反応を受け止め、また対応するというサイクルを回している。臨床現場では形式知を高める教育・研修は活発に行われているが、暗黙知を積み重ねる、あるいは暗黙知を形式知化する取り組みはあまりされていない。

筆者は、カンファレンスという相乗効果が発揮される場で、暗黙知を形式知にすることを推奨している。しかし、次の3つの理由から、実現が難しいと判断している。①臨床現場ではあまりにも当たり前の行為であることから、必要性を認識することが難しいこと、②相乗効果を発揮させたり、形式知化を助けるファシリテーターの存在がいないこと、③医療・福祉の現場は、それぞれが専門的知識・技術・情報などの知的資産を持っているが、階層構造やセクショナリズムなどの硬直的な組織形態のため、チーム全体で暗黙知を共有して、サービスの価値を高めようする意識や戦略に欠けることである。

4. 医療・福祉チームマネジメントに求められるファシリテーター

ファシリテーション（facilitation）とは、「物事を円滑に進めること」、「物事を容易にすること」という意味である。堀（2004）によれば、ファシリテーションとは、「集団による知的相互作用を促進する働きである」としている。組織のパワーを引き出し、すぐれた問題解決に導く技術がファシリテーションで、①成果に至る時間を短縮する、②チームの相乗効果を生む、③メンバーの自律性を育む、といった効果が得られると指摘している。

フラン・リース（2002）は、明確な目標と課題を定めて業務にあたり、部下や同僚の話をじっくりと聴き、集団作業への参加を促し、支援をとりつけ、共同で業務を遂行し、人びとの創造性と相乗作用を活用し、協力し合う人間関係をつくりだしていくこと、としている。さらに、ファシリテーターというリーダーシップは、「中立的な立場で、チームのプロセスを管理し、チームワークを引き出し、そのチームの成果が最大となるように支援すること」としている。

以上のことから、本論文では、ファシリテーションを使ってチームマネジメントを行う人をファシリテーターとする。ファシリテーターは単なる司会者でも進行役でもなく、「組織・チームの縦横と連携し、メンバー間の相乗効果を発揮しながら、チームを管理・維持

し、目標達成という成果を導き出す人」と定義する。

ファシリテーターは、医師や看護師長などリーダーを担う人だけが身につける技術ではない。カンファレンス、各種委員会、会議、ミーティングの運営技術の一つでもある。このように誰もがリーダーまたは参加者になる時代だからこそ、全員に身につけてもらいものである。

ファシリテーターというリーダーシップは極めて日本的である。集団の和を重んじて、縦横の人びとへ配慮しながら丁寧に説明し、対話を通して問題解決を図っていこうとする、つまり、人間関係という関係性と、問題解決を両立させるリーダーシップである。医療・福祉従事者は高度に専門化した集団である。メンバーのそれぞれが専門知識と技術が発揮できる関係をつくり（関係性）、これらを最大限に引き出し、さらに、メンバー間の相乗効果を発揮して、チームとして掲げた目標を達成することが求められている（問題解決）。

堀（2003）は、ネットワーク型組織を「自律分散協調型」とし、このような組織では、専門的スキルを持ったメンバーたちのパワーが発揮できる環境をつくり、最大限に引き出すことがリーダーの役目となっていく。そして、彼らの力を上手にかみ合わせて創発性とシナジー（相乗効果）を生み出し、組織として最大の成果を達成できるようにすべきであるとしている。

ただし、医療・福祉の現場では、完全なネットワーク型組織になるのは限界がある。医師の業務独占や指示が法的に位置付けられているため、完全なフラットな関係には成り得ず、ピラミッド型が残るのはやむを得ない。しかし、ピラミッド型にもファシリテーションは機能するものであり、対立するものではない。

ファシリテーションは単なる意見の調整とは異なる。異なる意見を集約しながら合意形成を得意としている調整型リーダーシップは、時に根回しという手段を使って、コンフリクト（conflict:対立・葛藤・衝突・軋轢）を避けようとする。このような場合、小数意見や斬新な考えまでもが調整されてしまい、足して二で割ったような結論になり、新たな考えや視点の広がりには期待できない。

ファシリテーションを行う過程では、コンフリクトは避けて通れない。コンフリクトにメンバーとともに立ち向かい、客観的に整理・分析しながら、ファシリテーターのもとで上手く乗り越えて、新たな考えやアイディを創発することに価値がある。コンフリクトをマイナスと捉えるのではなく、チームづくりに必要なアイテムとして位置づけ、プラスに転換するエネルギーがチームの力になる。

5. ファシリテーションの主な技法

ファシリテーションとは、チームの力を最大限活用し、チームで掲げた目標を達成する営みである。わが国は、OECD先進諸国と比較して、病床数が多く、医療・福祉職の人員配置が少ない、いわゆる「労働儉約型産業」である。しかし、高い専門知識と技術、勤勉で真面目な国民性、集団の輪を重んじて、秩序ある行動をするという「強み」がある。

この「強み」を活かすチームづくりにファシリテーションは有効である。

本論文では、ファシリテーション技法を使ってチームマネジメントを行う人をファシリテーターとする。また、チームマネジメントを促進する技法をファシリテーション技法とし、ファシリテーションの代表的な2つの技法である、①人とつながる技法、②人を束ね、方向づける技法について論じる。

1) 人とつながる技法

(1) 発言する勇気、または、自分の意見を他者に投げかける勇気

カンファレンスや会議では、活発な意見交換を期待するが、なぜか意見が出ないことが多い。自分の意見に自信がないのか、否定されることを心配しているのか、言いにくい雰囲気なのか、それとも違う理由があるのか。理由は様々であると思うが、意見が少ないと相乗効果が起きにくいいため、豊かなアウトプットは期待できない。一方で、いろいろな人の意見を聞きたい、自分の意見を聞いて欲しいというポジティブな考えも持っている。

他者とつながるための第一歩は、まずは自分の意見を他者に投げかける勇気である。投げかけることによって、さまざまな反応や回答が返ってくるので、自分の意見を相対化することができる。

しかし、実際には、強い影響力を与えている人の存在や、その組織やチームに根付いている行動規範や組織文化があり、これらを意識しないで発言せよというのはあまり現実的ではない。このような修羅場でトレーニングするよりは、まず研修など「安心して発言できる場」で訓練を積み重ねることを勧めたい。

(2) 人とぶつかる勇気、または、対立を恐れずに正面から向き合う勇気

自分の意見を他者に投げかけることができたなら、今度は人とぶつかる勇気を持つてみる。ぶつかり方は2つある。自分の判断や分析とは異なっている、思い切って自分の考え（反論や異なる知見）を述べてみることで、逆に自分の意見が他者から反論されることである。反論したり、反論されたりするのは、かなりストレスフルな出来事である。実践現場では、対立や反論はネガティブなものという位置づけであり、避けられるのであれば避けて、穏やかな話し合いを望む傾向がある。

しかし、討論の中で展開されるぶつかり合いは、知的活動をさらに深化させ、自ら新しい知見を獲得するチャンスでもある。反論されると、自説を正しく理解してもらおうとさらなる解説を加えたり、逆に不足している点に気付いたりする。また、反論や異なる知見を述べる場合は、他者の分析の視点を多面的に考え、自説と異なる点を整理するなど論点や考察を深めることができる。

真剣に討論に参加すればするほど、反論や異なる知見は多く出るものである。このような対立をネガティブな状況と考えずに、正面から向き合い、上手く活用できると、より豊かな討論に発展する。

カンファレンスでは「正しさ」を追究することよりも、「豊かな討論をする」ことに価値

を置いている。これは、利用者の支援方法を考えることと重なる。何が利用者にとってベストな方法かを決定する権利は医療チームにはない。正しさや最適な案よりは、豊かな選択肢を提示し、全力で自己決定を支えることが求められている。

（３）すべて受け入れる温かいムード

どのような意見も受け入れる雰囲気を醸し出すこと、まずは受け入れることが大切である。ここでは、授業で説明した３つの徳の一つである「寛容」を貫いて欲しい。「寛容」とは、世の中にある多くの立場を受け入れる度量である。自分とは異なる意見や考え方を受け入れることは仲間と信頼関係を築く第一歩でもある。どのような意見も丁寧に取り扱い、否定しないことである。

この温かいムードづくりは、どちらかというと教室運営の責任者である講師が行うべきことである。講師が討論をリードする際は、発言に優劣をつけたり、何らかの価値判断をするようなことは控え、「発言しても安全だ」という雰囲気を初期の段階に作り上げる努力をしている。このことを、参加者も理解して欲しいとともに、一緒に討論を運営する当事者としての意識も忘れないで欲しい。

（４）力の貸し借りを上手に行う

私たちが何かについて話すときは、必ず自説を前提にして話している。これは他人の話聞くときも同じである。人は自説を通して、他者の話を聞いて、それを理解している。同じ話を聞いても、人によって理解が異なるのはそのためである。

自説を主張しながらも、果たしてこの考えで良いのか、もっと良い考えはないのかと思うものである。そのような時に、他者の発言を聞くことで、気づきが生まれたり、物の見え方が変わったりする。自説に向き合い、新たな知見に耳を傾けることにより、自説が更新される。

カンファレンスでは、他者の力を活用することを推奨したい。人の発言を一部借りて、自説や自己のロジックを完成させて披露することにも寛容である。他者の知恵と力を上手く貸し借りしながら、より良いものを作っていくという価値が貫かれていることが重要である。

（５）上下左右に目配り・気配りをする

チーム医療では、利用者を中心に複数のチームが形成される。NST、緩和ケアチーム、退院支援チーム、呼吸ケアチームなど、専門性が高く、病棟に本拠地を置かない多職種で構成された「横断型チーム」が複数形成されている。このような人々と上手く連携・協働するためには、タテだけでなく、ヨコの関係が重要である。つまり、上下左右に目配り気配りしながらも、物事を前に進めていく能力が求められる。

カンファレンスでは、他者の意見に敬意を払いながらも反論や異論を唱えることはあっても、「礼節」をわきまえることを徳としているので、目配り気配りの態度や言葉は欠かせない。「礼節」とは、他者に対する礼儀や敬愛の心を表すことであり、単純だが強力な美德である。丁寧な態度によって口調が協力的になり、お互いに経験と洞察を交換しようとい

うオープンな雰囲気が高まる。

2) 「人を束ね、方向づける」スキルとその意義

(1) すべての発言が受け入れられる安心できる場をつくる

このスキルは、「人とつながる」スキルで紹介した、「すべて受け入れる温かいムード」と重なる。発言を講師がどのように受け止めるのかを参加者はじっと見ている。講師は参加者の発言を肯定的に受け止め、「受け止めた」というメッセージを出す。発言者に安心感を持ってもらうために、うなずいたり、相づちをうったり、発言内容を短く要約したり、板書するなどがある。すると「この教室では、すべての発言が受け入れられ、安心して発言しても良いのだ」という安心感が生まれてくる。安心できる討論環境づくりは講師の重要な役割であるが、参加者の協力なくしては成しえないことは前述した通りである。

(2) 参加者の発言をそのまま取り上げ、それを討論に組み入れる

参加者の意見をそのまま取り上げ、悩みながら討論の中に組み入れ、まとまりのある知見に作り上げていく。これは講師にとって、とても苦勞する作業である。たとえ、上手く討論に組み入れられなかったとしても、講師の苦勞している姿は、誠実な姿として参加者に伝わると思う。

(3) 参加者の意見を重ね、キーワードを作る

発言の要点を押さえ、発言の重なり合いを積極的に作りだして、キーワードを作る作業である。参加者の発言をあとに、短いコメントやポイントを示す、以前の発言との関係性を示したりするなど、参加者のなまの声を活かしつつも、討論が活性化するように加工する作業である。板書ではキーワードとして書き出す。

参加者が発言した単語や文脈のうち、時間の経過と共に使用頻度が上がっていくものと、そうでないものに分かれていく。人を束ねて方向づけるには、分かりやすいキーワードが不可欠である。キーワードは分かりやすいだけでなく、気持ちが入り込んでいることを伺わせるためにも表現力が必要である。ここは少しハードルが高くなる。

また、発言をきちんと受け止め、その発言と次の発言をうまく重ね合わせていくスキルは、「力の貸し借りを上手に行う」スキルと重なる部分が多い。したがって、参加者にも積極的に行って欲しいスキルである。

(4) 創発的な意見を積極的に拾う

ここでの「創発的」とは、「その場で思いつた意見」という意味で用いている。事前に自分で考えてきた意見はあるが、討論が進むにつれて、討論の中から新しいアイディアや枠組みを思いつき、それを発表したくなってくる。講師は発表したくてウズウズしている参加者を見つけることはそれほど難しいことではない。そのような意見をなるべく数多く拾い上げ、それらの点を結んで線を描き、さらには面へと討論を発展させたい。

(5) 反論や対立を上手く扱う

これは参加者のスキルでも紹介したように、討論の中で展開されるぶつかり合いは、知

的活動をさらに深化させ、自ら新しい知見を獲得するチャンスでもある。講師もこの機会を、講師自身の修羅場体験として捉え、正面から受け止め、避けたり、曖昧にすることなく、丁寧に取り扱う。このような経験を積むと、落ち着きやゆとりといった困難時の耐性、すなわち精神の頑健さが身に着く。

第2節 ケースメソッド教育の概念と技法

1. ケースメソッド教育とは

ケースメソッド教育とは、高木晴夫(2010)によれば、「訓練主題の含まれるケース教材を用いてディスカッションを行う体系的な教育行動」と定義されている。この授業方法の生まれの、1930年代のアメリカハーバード大学のロースクールで、判例（ケース）を討論によって深める授業方法として開発された。その後ビジネススクールに導入され、ビジネスのケースを題材した授業へと発展した。1960年代には日本のビジネススクール（慶応義塾大学ビジネススクール）に導入され、高度な経営専門職業人を養成するMBAの中核的なプログラムとして位置付けられている。

ケースメソッドの授業は、実践事例をもとに教育課題を盛り込んで作成したケース教材を用い、多様な背景を持つ院生が参加し討論をするものであり、外観上の特徴として4点ある。①ケース教材、②ディスカッション、③協働的な討論態度、④ディスカッションリーダーである。

ケースメソッド教育で育成される経営能力は2つあるとされている。一つは、「専門知識」である。マーケティングや組織マネジメントを系統的、理論的、効率的に学び、形式知を高めることが求められる。そのため講義形式の授業が有効である。もう一つは、「統合力」「洞察力」「戦略力」など言葉で言い表しにくいもので、実践力あるいは実践知というのがふさわしい。実践力や実践知は講義で身につけるには限界があるため、演習やケースを使った討論型授業が適している。岡田ら（2009年）も、参加者が判断や対処を求められる模擬ケース（事例）を教材に、ディスカッション（討論、討議）しながら当事者の立場に立って、自分ならばどのように行動すべきかをより適切に判断できるようになることを目的とするケースメソッド教育は、参加型、問題発見・解決型の学習方法として有用であるとされている。

このように、ケースメソッド教育は本質的にケースを用いた「協働学習の場」であり、実践力を高める教育方法でもある。最近では、ビジネス界だけでなく、公衆衛生、医学、福祉、養護教員養成カリキュラムにもケースメソッド教育が導入されている。ここでは、異なる教育背景、価値観を持つ専門職に対する連携教育という位置づけである。

イギリスで盛んな専門職連携教育（inter-professional education：IPE）は、わが国においても注目されている。病院は専門職の集合体であるが、基礎教育において連携教育はほとんど実践されておらず、現場に出て連携を求められることから、どのように連携をしてよいのか、あるいはチームの一員として行動すべきか戸惑ってしまう。そのため、院内研修では、多職種連携教育が必要であり、有効な教育方法としてのケースメソッドが注目されている。

これまで医療と福祉の連携や多職種によるチームマネジメントが求められてきたが、チームという機能は参加メンバーを揃えただけでは機能しない。グローバルで活力ある社会では、国や組織の壁を超えた知識・技術の交流が新たな価値を創造し、活力を生むように、

チームが一つのまとまりとして機能するには、職種の壁を超えた教育、すなわち連携教育が必要になる。本書では、連携教育の有効なツールとして、ケースメソッド教育を推奨している。

2. ケースメソッド教育の評価

ケースメソッドの教育効果について竹内（2009）は、これまでの経験則から5点をあげている。①ケース教材は実践さながらの統合的問題状況をそのまま扱える、②討論参加者の経営活動における得意領域を伸ばしつつ、弱点の補強が自ずと進む、③訓練の時間効率が高いので、短時間で多種多量の訓練を積むことができる、④精神力が鍛えられ、人間的成長が促される、⑤真の学習能力が身に付くである。

ケースメソッド授業における教師・学生間の相互作用に関する実証研究として、Louise（1994）は、ビジネススクールでの授業を分析している。その結果、学生による質の高い発言は、教師側の発問によって誘発され、教師の発問と学生の応答との対応関係が確認できたとしている。

佐野（2005）は、ケースメソッドの授業を定性的に分析し、学生の発話内容を「確認」する機能を果たす教師の発話が重要であるとし、教師が学生の意見をまじめに受け止め、苦勞して議論の中に組み込んでくれたと分かれば、発言者は自らの存在意識を感じるようになり、討論の場に主体的に参加しようとの意識を持つと指摘している。

岡田ら（2009）は、学校教員を対象に、ケース・講師・すすめ方等が同一ではない5回の独立したケースメソッドを用いた研修を行い、受講者 350 名を対象に受講直後の評価を行っている。その結果、すべての研修で受講生の「満足度」が高く、研修前後で自己更新を感じている者が多かった。

高木・竹内（2010）は、ケースメソッドの教育効果について、いまだ定量的に測定する方法が見つからない、数値での測定が難しいと前置きしながらも、定量的評価と定性的評価を整理している。定量的評価としては、①総発言数：その授業で延べ何回の発言がなされたか、②発言者比率：その授業で発言した人の比率、③授業者（教師）の発話時間比率をあげ、それぞれ測定した。その結果、授業者（教師）と参加者の発言比率は、3対7であり、教師の発話時間比率は 30%以下が望ましいとしている。定性的評価としては、授業者の教育目標の達成度をあげている。

これらの先行研究から、ケースメソッド授業の定性評価では、教師と学生間の相互作用による効果、とりわけ教師側の発問が、授業に大きく影響していることを明らかにしている。ただし、これらは授業中または授業直後を調査したものであり、終了後の追跡調査はされていない。

本調査では、第3節と第4節でケースメソッド教育の評価に関する2つの調査を行う。一つは、ケースメソッド演習後の学びの内容（満足度、反応、学習到達度などを問うもの）の3年間分について、内容の分析を行う（演習直後調査；第1調査とする）。次に、ケース

メソッドを学んだ修了生が、どのように演習の体験を受け止めているのか、学んだことを専門職連携に役立てているのか、行動変容はあったのか等を明らかにする（修了後調査；第2調査とする）。さらに、第1調査と第2調査の2つの結果を比較し、ケースメソッド演習直後と修了後の教育評価を検討する。

第3節 ケースメソッド教育の評価－3年間の学びの内容分析－(第1調査)

1. 第1調査の背景と目的

文部科学省は1997年に21世紀医学・医療懇談会の報告で、少子高齢化社会である21世紀を担う保健・医療・福祉関係の人材育成が重要な課題であると位置づけた。そして、保健・医療・福祉が連携した総合的なチームケアを推進することを求めている(21世紀医学・医療懇談会1997)しかし、教育の場では、利用者中心の理念やチームアプローチの必要性は強調されるものの、具体的な教育方法は十分とはいえない。

日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科(以下、本研究科)では、2007年度に大学院教育改革支援プログラム「高度な専門性を備えた福祉現場の人材養成－全国・地域の人材養成拠点大学へのチャレンジ」(2007～2009年度)の採択を受け、その一環としてIPEの考え方を導入し、具体的な方法として、2008年からケースメソッド演習を体系づけている。

学生にとっての学習効果は、ある一つの教育方法だけで決定される性格のものではない。とはいえ、新しい教育方法を組み込む場合、終了後にどのような学びを得ているのかを評価することは重要である。

以上のことから、本調査では、ケースメソッド教育の評価に関する2つの調査を行う。一つは、ケースメソッド演習後の学びの内容(満足度、反応、学習到達度などを問うもの)の3年間分について、内容の分析を行う(演習直後調査:第1調査とする)。次に、ケースメソッドを学んだ修了生が、どのように演習の体験を受け止めているのか、学んだことを専門職連携に役立てているのか、行動変容はあったのか等を明らかにする(修了後調査:第2調査とする)。さらに、第1調査と第2調査の2つの結果を比較し、ケースメソッド演習直後と修了後の教育評価を検討する。

2. ケースメソッド演習の概要

本研究科のケースメソッド教育は、慶應義塾大学ビジネススクール(慶應大学大学院経営管理研究科;以下、KBS)のケースメソッド教授法をモデルとして展開している。この授業方法は、1930年代のアメリカハーバード大学のロースクールで、判例(ケース)を討論によって深める方法として開発された。その後ビジネススクールに導入され、ビジネスのケースを題材にした授業へと発展した。1960年代にはKBSに導入され、高度な経営専門職業人を養成するプログラムとして位置づけられている。

KBSは、マネジメント教育に関する国際的な第三者評価機関であるAACSB(The Association to Advance collegiate)と、EFMD(The European Foundation for Management Development)による認証を受けている。AACSBの認証は、2000年4月に日本の教育機関をして初めて取得し、2005年4月に2度目、2010年4月には3度目の継続認証を受けている。KBSでは、2年間で約300のケースを用いて授業を行っている。

本研究科では、1年後期の基礎演習にケースメソッド演習を開講し、2年次に実践研究コース

を選ぶ院生は、ケースメソッド演習を必須履修としている。また特別研究コースを選ぶ院生も自由に参加できるように間口を広げている。本研究科の実務家教員も討論の質を引き上げる参加者として参加している。表2に、本研究科のケースメソッド演習（基礎演習）の科目目的を示す。

表2 ケースメソッド演習（基礎演習）シラバス

○ケースメソッド演習（基礎演習）－日本福祉大学大学院 医療福祉マネジメント研究科シラバスより

科目目的

ソーシャルワーク領域と保健福祉医療サービス領域と医療福祉経営領域の3領域に共通し、かつ研究者にも高度専門職業人にも求められる基礎的能力の開発を目的とする。…（中略）…また、ケースメソッド演習で、多様な立場、異なる背景をもつ院生が参加する討論を体験する。そこにおけるInter Professional Education（専門職連携教育）を通じ、多職種で構成される医療福祉現場における集団運営に必要な、相互理解の視点や「プレゼンテーション能力」、「コミュニケーション能力」を鍛えることを目的とする。

1年次の演習は、後期に配置され、隔週で4回行う。2年次は、全期を通して隔週12回を担当教員が交代で担当する。1回の所要時間は3時間である。進め方は、(1)個人学習（事前に配布されたケース教材を読み込み設問について考える事前学習）、(2)グループ討議、(3)クラス討議の3段階である。さらに、フィードバックとして(4)振り返りを行う。クラス討議では、討論をリードする人としてディスカッションリーダーを置く。ディスカッションリーダーは、参加者の主体性を引き出しながら、教育（訓練）主題の着地点付近まで参加者を連れていくよう、意図的かつ計画的に討論をリードする。

ケースメソッド演習は、以下の4点を教育効果としている。①相乗効果による実践知を磨く。②試行錯誤や修羅場体験をして自己モデルを更新する。③お互いの価値観を再発見し、さらなる高次の価値を創造する。④人とつながり、人を束ね、方向づけることで連携力やリーダーシップ力を培う。

表3は、2008年～2010年に扱ったケース教材である。ケース教材は概ね2週間前に配布され、設問への回答を準備して演習に臨むよう伝えられている。

表3 1年次ケースメソッド演習内容

日 程	内 容
2008 年	第1回「今日の授業に失望しています」 第2回「出生前診断をめぐる夫妻・病院関係者の意向の違い」 第3回「予期せぬ行動に振り回されるケアマネジャーの悩み」 第4回「私たちの人権は？利用者と訪問介護員との間でのトラブル」
2009 年	第1回「今日の授業に失望しています」

	第2回「出生前診断をめぐる夫妻・病院関係者の意向の違い」 第3回「介護サービス事業における職員教育」 第4回「ライブ教材ーゲスト講師事例ー横浜市福祉サービス協会」
2010 年	第1回「今日の授業に失望しています」 第2回「出生前診断をめぐる夫妻・病院関係者の意向の違い」 第3回「介護サービス事業における職員教育」 第4回「新米グループホーム管理者 遠山直美」

3. 調査対象と方法

1) 対象者

本研究科で、2008 年～2010 年の3年間にケースメソッド演習を受講した1年生 86 名。

2) 調査方法

ケースメソッド演習の直後に「授業評価アンケート」を実施した。「授業評価アンケート」は、演習の満足度評価（5段階評価）と自由記述を求める5つの設問で構成されている。

設問は、以下の5点である

- ① 今日の演習で気づきや発見はありましたか、また何か得るものはあったでしょうか。
- ② 今日の感想やケースメソッドについてご意見をお書きください。
- ③ ケースメソッド演習を通して、有用な知識や情報を得ることができましたか。
- ④ ケースメソッド演習を経験して、物事の考え方や捉え方に変化はありましたか。変化のあった方はどのような変化でしたか。
- ⑤ ケースメソッド演習は、日本福祉大学大学院の目指す医療・保健・福祉領域における高度専門職業人の育成に役立つと思いますか。また、改善すべき点があればご意見をお聞かせください。

3) 分析方法

本調査では、設問①～④の設問に書かれた自由記述の内容を分析データとした。分析方法は、各設問に書かれた内容をセンテンスの単位で抽出し、内容を変えないように要約して“項目”とした。次に、項目間の類似性と相違性、関連性などを検討しながら「サブカテゴリー」にまとめ、さらに抽象度を高めて『カテゴリー』を生成した。分析は2名の分析者で行い、さらにケースメソッド教育に3年以上従事している有識者（大学教員）3名に、分析結果の妥当性を検証してもらった。

4) 倫理的配慮

対象者には、口頭により調査の目的・方法について書面および口頭で説明した。調査協力は任意であること、回答の有無は成績に関係しないこと、匿名性が担保されること、目的以外では使用しないことについて説明を行い、同意を得た。

4. 調査結果

2008 年度生 (n=39)、2009 年度生 (n=29) 2010 年度生 (n=18) の合計 86 人 (有効回答 100%) が回答した。性別は男性 43 人、女性 43 人、年齢は 20 代 13 人 (15%)、30 代 25 人 (29%)、40 代 22 人 (26%)、50 代 20 人 (23%)、60 代 6 人 (7%)、所属先は医療法人 33 人 (38%)、社会福祉法人 13 人 (15%)、学校法人 26 人 (30%)、地方公務員 5 人 (6%)、その他 9 人 (11%) であった。

分析を行った結果、178 項目が抽出され、ポジティブな項目が 163 と多かった。その 178 項目の中から「その他」と「ネガティブな項目」を除いた 152 項目を分類した。152 項目は、表 4 のとおり 17 のサブカテゴリーと、さらに 9 つのカテゴリーに分類、2 つの構造化名に整理した。

表 4 1 次調査のカテゴリー、サブカテゴリーと項目数の割合

構造化図名	カテゴリー(9)	サブカテゴリー(17)	サブカテゴリーに含まれる 項目数(割合)
学びの内容	①視野の広がり	「視点と思考の広がり」 「思考の整理と深まり」 「多様な視点」	31 (20.4%)
	②コミュニケーションの 鍛錬	「話し合いの重要性」 「コミュニケーションの重要性」	22 (14.5%)
	③相互理解の視点	「他職域・職種の理解」 「チームワークの重要性」 「リーダーやマネジャーの役割理解」	15 (9.9%)
	④問題解決力の向上	「問題の本質的理解」 「問題解決方法や戦略の深まり」	13 (8.6)
	⑤利用者本位の意味	「患者・利用者本位の意味」	4 (2.6)
実践化への 道のり	①実践の後押し	「実践への動機づけ」 「理論と実践のむすびつけ」	20 (13.1)
	②内省の促進	「自己の気づき」 「自己のスタイルを自覚」	20 (13.1%)
	③協働の難しさ	「協働の複雑さ」	15 (9.9%)
	⑤体験からの学び	「ファシリテーター体験からの学び」	12 (7.9%)

以下、『カテゴリー』『サブカテゴリー』『項目』として示す。

- ①『視野の広がり』は、「視点と思考の広がり」、「思考の整理と深まり」、「多様な視点」といった 3 つのサブカテゴリーから成り立っている。152 項目中 31 項目で最も多く、全体の 20.4% を占めていた。

- ②『コミュニケーションの鍛錬』は、「話し合いの重要性」、「コミュニケーションの重要性」のサブカテゴリーから成り立ち、22項目 14.5%を占めていた。「話し合いの重要性」には、“いろいろな人の意見を聞くことで自分の意見に磨きがかかった”などの項目が示された。
- ③『相互理解の視点』は、「他職域・職種の理解」、「チームワークの重要性」、「リーダーやマネジャーの役割理解」の3つのサブカテゴリーから成立している。15項目 9.9%を占めていた。「他の職域・職種の理解」には、“他分野の専門家と議論する楽しさ（学び）が少しずつわかった”と、相互理解が深まるにつれて、もたらされた楽しさを体感していることを表す項目が出された。
- ④『問題解決力の向上』は、「問題の本質的理解」、「問題解決方法や戦略の深まり」の2つのサブカテゴリーから成り立っており、13項目 8.6%を占めていた。
- ⑤『利用者本位の意味』は、「患者・利用者本位の意味」1つのサブカテゴリーからのみ成立しており、4項目 2.6%であった。“その人らしさをどう実現するのか考えさせられた”などの項目が示された。

これら①～⑤のカテゴリーは、【学びの内容】としてまとめた。

- ⑥『実践の後押し』は、「実践への動機づけ」、「理論と実践のむすびつけ」の2つのサブカテゴリーから成り立ち、152項目中 22項目、14.5%となった。
- ⑦『内省の促進』は、「自己の気づき」、「自己のスタイルを自覚」の2つのサブカテゴリーから成立し、実践の後押しと同じで全体の 14.5%であった。“自分が何に対して迷ってしまうのが明確になってきた”、“自分を発見できた”などの項目が出された。
- ⑧『協働の難しさ』は、「協働の複雑さ」1つのサブカテゴリーからのみ成立しており、全体の 9.9%であった。“相手を尊重しながら方向修正していくことの難しさを感じた”など協働の難しさや協働作業にともなう疲労感を表した項目が目立った。
- ⑨『体験からの学び』は、「ファシリテーター体験からの学び」の1つのサブカテゴリーから成り立っており、12項目、7.9%であった。

これら⑥～⑨のカテゴリーは、【実践化への道のり】としてまとめた。

第4節 ケースメソッド教育を学んだ修了生の評価

ーフォーカス・グループ・インタビューによる追跡調査ー(第2調査)

1. 第2調査の目的

第3節の第1調査では、2008年～2010年の3年間にケースメソッド演習を受講した院生86名を対象に、学びの内容を明らかにした。その結果、17のサブカテゴリー、9つのカテゴリーに分類され、さらに、2つの構造化名に整理した。構造化名【学びの内容】では、『視野の広がり』、『コミュニケーションの鍛錬』、『相互理解の視点』、『問題解決力の向上』など、ケースメソッド教育が目的としている項目が抽出された。もう一つの構造化名【実践化への道のり】では、『実践への後押し』、『内省の促進』など、実践化につながる内容が抽出された。

第2調査では、ケースメソッド演習を学んだ修了生が、修了後、演習の体験をどのように受け止めているのか、多職種連携にどのように取り組んでいるのかを明らかにすることである。さらに、第1調査と第2調査で抽出されたカテゴリーを比較検討することで、ケースメソッド教育の評価と課題を明らかにする。

第2調査の研究方法は、修了生の多様な意見を収集し、潜在的・顕在的な情報を探索的に分類・整理することから、フォーカス・グループ・インタビューが相応しいと判断した。

2. フォーカス・グループ・インタビューとは

フォーカス・グループ・インタビューは、アメリカのビジネスやマーケティング分野で生まれた方法である。グループダイナミクス理論を背景に、参加者の相乗効果によって生まれる豊かな情報を、体系的に整理したものを「科学的な根拠」として用いるものである。ビジネスだけでなく、様々な分野で活用されている。

Vaughn et al. (1999) は、フォーカス・グループ・インタビューは、以下のような中核的な要素が含まれると指摘している。

- ・グループは、ある特定の話題に対して見解を見出すことを要請された、ターゲットとなる人たちの形式ばらない集まりである。
- ・グループの人数は少数で、通常6人から12人のメンバーから成る比較的同質的な人々である。
- ・よくトレーニングされた司会者が、仮説と質問を準備して、参加者の反応を引き出す。
- ・フォーカス・グループ・インタビューの目標は、特定の話題について参加者の理解、感情、受け止め方、考え方を引き出すことにある。

保健医療福祉分野の研究では、Basch (1987) は、健康医療情報を入手する方法として、フォーカス・グループ・インタビューの効果を評価している。グループダイナミクスによる意見により、多様な意見が得られること、課題の整理ができるメリットをあげている。淵田ら (2004) は、保健福祉サービスにおけるエンパワメント環境の整備のあり方を検討する際に、フォーカス・グループ・インタビュー方法を用いている。社会福祉分野では、地域包括支援センターが地域ネッ

トワーク形成を通して地域支援に取り組む課題を検討した研究（平坂、2008）や、地域特性に即したインフォーマルケアの実践課題抽出を試みた研究（中島、2011；田嶋、2011）がある。

また、分析目的に即して有意抽出された少人数のインフォーマントを対象にした質的分析方法の一つであり、実践的な課題に関係の深い参加者から、代表サンプルからは得られない具体的で多様な生の意見を引き出させる点に特徴があること（冷水、2009）、グループインタビューの効果として、地域福祉に関係する多職種・他機関が意見交換をすることで、組織に横串が入り、多様な「なまの発言」を引き出すことができるとし、実践を質的に把握する上で有効な方法であることを指摘している（中島他、2011）。

安梅ら（2003）は、グループインタビューの特徴を4つにまとめている。①日常生活の延長線上での「現実そのまま」の情報に接近できる、②「メンバーを主体」とした質的な情報把握である、③グループダイナミクスに基づく「情報の引き出し」が可能になる、④メンバーの「行為」（言語的、非言語的なものを含む）と、その行為に意味を与える「背景状況」（属性、生活歴など）の両方が把握できる。グランデッドセオリーや個人面接と比較すると、グループダイナミクスによる多様な意見が収集できる。

3. 調査対象と方法

1) 対象者

日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科（2009年までは福祉マネジメント研究科）の修了生で、ケースメソッドを体系的に学んだ医療・福祉の専門職6名で、修了後1～3年を経過している。内訳は、理学療法士2名、看護師2名、社会福祉士1名、介護福祉士1名である。選出にあたっては、職種や年齢等を考慮した（表5）。

表5 グループインタビュー調査対象者

年齢	資格	所属組織
30代	理学療法士	病院
30代	作業療法士	病院・在宅事業所
40代	社会福祉士	在宅事業所
40代	社会福祉士	在宅事業所兼大学講師
50代	看護師	病院
60代	介護福祉士	専門学校講師

2) 役割分担と手続き

インタビュアーはケースメソッドのディスカッションリードを数多く経験している共同研究者が担当した。Vaughn et al.（1999）が指摘しているように、インタビュアーの力量によってグループダイナミクスが影響されるため、質の担保が重要である。本研究では、次の3つの条件を満

たす者とした。

- ① 大学院等で集団運営技術について体系的に学んでいること。
- ② 集団運営技術の経験が3年以上あること。
- ③ 集団運営技術に関する著書があること。

インタビューは、参加者の承諾を得て IC レコーダーに録音した。3名の研究メンバーがインタビュー会場に記録者として同席した。うち、2名はインタビュー後の分析作業を兼務する。記録者は、分析の際に参考になるとと思われる参加者の発言や態度など非言語的表現について、書きとめた「観察記録」を作成した。なお、3名でデータ収集を行うのは、データの信頼性を高めるためである。

調査は2012年9月3日に実施した。時間は約2時間、調査場所は静かな会議室である。インタビュー中は、番号札を参加者の名前の代わりにすることで、匿名性を確保し、安心して討論できるよう配慮した。

3) インタビューの設問

ケースメソッド演習で習得した価値や技法は、実践にどのような役立っているのか、特に、多職種連携では、どのように役立っているのか等、以下の5点について尋ねた。

- ①現在、ケースメソッド演習で習得した価値や技法をどのように受けとめていますか。
- ②現在、ケースメソッド演習で習得した価値や技法の中で、専門職の連携・協働実践に活かされていることにはどのようなことがありますか。
- ③専門職の連携・協働実践において、ケースメソッドの価値や技法でも対応困難なことはありますか。その困難さを乗り越える方策にはどのようなことがありますか。
- ④現在、ケースメソッド演習で習得した価値や技法の中で、実践現場でのリーダーシップの開発や強化に活かされていることにはどのようなことがありますか。
- ⑤ 終了後、ケースメソッド演習で習得した価値や技法を、専門職の連携・協働実践に活かすために、本研究科で対応すべき課題には、どのようなことがありますか。

4) 分析方法

安梅（2001）が示している3段階の方法に沿って、2名の分析者が実施した。Vaughn et al.（1996）は、データ分析は、少なくとも2人の分析者によって行い、記録担当者と分析担当者は兼ねていることを推奨しているため、本研究でもこの方法を踏襲した。

- ・第1段階：2名の分析者が、テープ起こしから作成された逐語録から、「重要項目」となる重要な内容や意味深い内容を拾い出した。その際、「観察記録」の非言語的表現（参加者の表情や口調の大きさ・強さ）を勘案して、発言の意味や背景を解釈した。
- ・第2段階：2名の分析者が、第一段階で得られた「重要項目」とその背景にあるものを含めて、『重要カテゴリー』を抽出した。その際、目的に照らして「意味のある体系的なまとまり」を精選した。

- ・第3段階：2名の分析者が、分析結果を共有した上で、あらためて結果の共通点と相違点について議論し、もっとも客観的な説明ができる『重要カテゴリー』を決定する。この際、何度も全体を精読して、重要カテゴリーのバランス、体系について検討を重ねた。

5) 倫理的配慮

インタビュー調査にあたり、フォーカス・グループ・インタビューの目的・方法について、書面および口頭で説明した。参加は自由意思であること、参加を断っても不利益は受けないこと、結果は匿名性を確保した上で公表することがあること、調査終了後1年以内に録音テープの内容は消去することを説明し、了承を得た。

4. 調査結果

1) ケースメソッド演習で習得した価値や技法の受け止め

ケースメソッド演習で習得した価値や技法の受け止めに対する分析結果は、表6のとおり6つの重要カテゴリーに分類・整理した。以下、『重要カテゴリー』『重要項目』として示す。

- ①『問題解決力の熟達』については、経営面など視野が広がり、多面的な問題検討ができるようになったなどの意見がだされた。また「他職員から問題解決力が向上したという評価を得た」と他者からの評価を得て、自己の熟達度を意識したとの意見が示された。
- ②『実践上の自信とゆとり』については、「以前は大きな問題が起きると不安だったが、今はなにがあっても怖くない」などの意見がだされた。「今はなにがあっても怖くない」と発言されたとき、他の4名も「怖くないよね」と大きく頷いて同調する様子が観察された。
- ③『利用者本位の定着』については、「患者さんの立場ではどうなのか、他のスタッフに問いかけるようになった」など3つの重要項目から成り立っている。
- ④『相互理解の促進』については、「十分な意見を引き出すことができるようになったことで、陰口や悪口が減った」、「意見を言ってもらえる場をつくったことで、お互いの理解を後押しできた」といった意見が示された。これらの意見と同時に、実践で相互理解を図ることの難しさについても意見が出された。
- ⑤『視野の広がり』については、「自職種のことだけでなく他職種や組織のことを考えている自分にふと気づいて視野が広がったと思う」などの意見が出された。
- ⑥『連携技法を習得する場の不足』については、「医療職にとって連携スキルは必要だと思うのに養成校時代に学べないのが残念」など多職種連携教育について学ぶ場や機会の不足が示された。また、「多職種連携について勉強しよう」と提案しても受け入れられない」と、周囲の理解不足を指摘する意見も出された。

表6 ケースメソッド演習で習得した価値や技法の受け止め

重要カテゴリー	重要項目
①問題解決力の熟達	・リードの要領で黒板を使って説明したら問題理解が深まった ・事例を教材化することで支援関係者の当事者意識が高まった ・問題の整理の仕方が上手になった ・他の職員から問題解決力が向上したという評価を得た ・経営面など視野が広がり、多面的な検討ができるようになった
②実践上の自信とゆとり	・支援の難しい事例は、教材化することで話し合いやすくなった ・以前は大きな問題が起きると不安だったが今は何があっても怖くない ・率先して物事の段取りができて周囲にも目を配れるようになった。それを負担に思わず楽しめた
③利用者本位の定着	・「患者さんの立場はどうなのか」と問いかけるようになった ・患者や家族・組織の目線で全体をまとめないといけないと思う ・誰の視点で支援するとよいのか考える力をもった
④相互理解の促進	・リーダーとしてぐちゃぐちゃとなったところから方向性を示せれるようになった ・プレゼンテーションするときの見方や書き方のアドバイスができるようになった ・十分に意見を引き出すことができるようになったことで、陰口や悪口が減った ・意見を言ってもらえる場をつくり相互理解を後押しできた
⑤視野の広がり	・面白いケースが書ける・討論に使えるという視点で物事を見るようになった ・自職種のことだけでなく他職種や組織のことを考えるようになり視点の広がった ・少し違った目線で見て質問できたりするようになった
⑥連携スキルを習得する場の不足	・医療職にとって必要なスキルなのに養成校時代に学べない ・自分の職場のスタッフに学ばせたい ・同じ専門職でも機関や役割が違っていると連携できていない ・同職種間でもケースメソッド教育の活用は有効ではないか ・多職種連携について勉強しましょう、という提案が受け入れられない現状

2) 専門職の連携・協働実践に活かされていること

この課題に対する分析結果は、表7のとおり、4つの重要カテゴリーに分類・整理した。

- ①『関わりへの自信とゆとり』については、1)で抽出された重要カテゴリー「実践上の自信とゆとり」と同様に、「問題が生じてもなんとかかなると思えるようになった」と自信とゆとりを表わすものがあげられた。
- ②『落ち着き』については、「話を聴くうちに気持ちを落ち着かせることができた」といった3つの重要アイテムから成り立っている。それは、修了生自身が落ち着くだけではなく、相手や話し合いの場が落ち着くことも示している。
- ③『見える化の効能』は、ケースメソッド教育のスキルである、ボードライティング（板書）をによってもたらされた効能である。
- ④『主体性を引き出して巻きこむ』については、問題解決が求められる場面で、スタッフと一緒に巻きこんで支援する過程が話された。

表7 専門職の連携・協働実践に活かされていること

重要カテゴリー	重要項目
① 関わりへの自信とゆとり	・ ゆっくり話を聴くうちに関わりの糸口が見えてきた ・ 問題が生じてもなんとかかなると思えるようになった ・ それぞれ思いを出し合うことを通して、参加者から「もう少し頑張ってみようか」という声のでる。働きかけの余裕ができてきたと思う。
② 落ち着き	・ 話を聴くうちに、(お互いの) 気持ちを落ち着かせることができた。 ・ 言葉を書いてことで状況が見えるようになり、場が落ち着いた。 ・ 見える化をすることで、関係者間の考え方が可視化され、相互理解が進み、そのことで持ちが落ち着いた。
③ 見える化の効能	・ ホワイトボードを使うことで共通認識が促進された ・ 話し合いのプロセスを見える化をすることで、新たな疑問や質問が引き出された ・ 見える化をすることで、集中力を高めて時間短縮できるようになった
④ 主体性を引き出して巻き込む	・ 解決策を投げかけられると、お互いに問い直し、一緒に解決策を考えられるようになった。 ・ 他職種だけでなく部下（同職種）や他部門に対しても、一緒に考えていくような巻き込みができるようになった ・ 相手を知るために一緒に行動する場面を意図的に設けるようになった ・ 主体的に意見を出してもらうことで、当事者意識、責任感、連携意識が育まれた。

3) 専門職の連携・協働実践において対応困難なこととその困難さを乗り越える方策

連携・協働実践において対応困難なことに対する分析結果は、表8のとおり2つの重要カテゴリーに分類・整理した。ここでは連携・協働実践を支える仕組みよりも、連携・協働実践の対象

となる人について意見が出された。

- ①『振り向かせることのできない相手』については、「相手が連携する気にならないと連携できない」「価値観の違う、価値観が固まっている相手には働きかけにくい」など、連携に苦慮している意見が出されると、参加者が大きく頷いた。これは「観察記録」でも確認された。
- ②『利用者との接点の少ない職種』については、「患者や利用者との接点が少ない職種、検査技師職とは連携していないと感じる」との意見が示された。病院に勤める理学療法士からは、「薬剤師は、以前は一緒に連携してサポートしているという感じはなかったが、最近は服薬指導を行うため患者さんのカンファレンスに参加するなど、目標を共有することが多くなって、連携している一員という意識が強くなった」という意見が出された。

表8 連携・協働実践において対応困難なこと

重要カテゴリー	重要項目
① 振り向かせることのできない相手	・肝心の相手が連携する気にならないと連携・協働できない ・価値観の違う、価値観が固まっている相手には働きかけにくい ・スタンドプレーが強い人は連携・協働ができない。 ・独自のルールをつくってしまう人は連携・協働ができない。 ・在宅と病院の連携場面では、認識の差があり、解決方法を一緒に考えにくい ・経験を重ねた熟練者は、プライドや自己の価値観を優先させてしまう
② 利用者との接点の少ない職種	・患者や利用者との接点の少ない職種は、連携・協働ができにくい。 ・患者の治療・ケアに携わっていない職種は、連携・協働ができにくい

また、困難を乗り越える方策に対する分析結果は、表9のとおり、①『折り合いのつく着地点を探る』、②『連携教育の必要性』、③『利用者と家族と関わる』、④『経済的なインセンティブ』の4つの重要カテゴリーに分類・整理した。

表9 困難を乗り越える方策

重要カテゴリー	重要項目
①折り合いのつく着地点を探る	・相手を理解して、お互いに折り合いのつく着地点を探す ・多様な提案や働きかけの方法を考える ・連携できない人には無理に連携しない方が、良い方向に向かうこともある ・利用者や家族に問題が及ばないように、折り合い点を探る
②連携教育の必要性	・病院の管理教育やプロジェクトチームには、連携教育が必要 ・勇気と柔軟性のある若い者には教育効果が上がると思う ・成功体験や気づきの体験が学びを促進する ・既存の委員会などを活用して教育活動を展開した方が、エネルギーの消耗が少ない

③利用者や家族と関わる	・利用者や家族と話す機会があれば、連携意識も変わる ・利用者や家族の生活を肌で感じる事が大切
④経済的なインセンティブ	・診療報酬で評価されたことで訪問看護と連携しやすくなった。多職種連携を制度が後押ししているところもある ・薬剤師がチームの一員として患者に説明するような体制になったのは、経済的な側面が促した面がある

4) 実践でのリーダーシップの開発や強化に活かされていること

実践でのリーダーシップの開発や強化に活かされているに対する分析結果は、表10のとおり、2つの重要カテゴリーに分類・整理した。

ここでは、リーダーシップとは、『メンバーの主体性を尊重し、その能力の発揮を真に願って、自発的な行動を全力で支援して促しつつ、それらを束ねて全体の動きを方向づけていくこと』と定義し、調査依頼書を送る段階で対象者に伝えた。

対象者からは、リーダーシップが強化されているかどうかの自己評価は難しい、リーダーシップを発揮する職位や立場にいるのかわからない、といった指摘がなされ、主にリーダーシップの開発についての内容にとどまった。

①『良質な体験を味わう』については、「連携とかチームをつくって（何が得するの？）という雰囲気を取り除く経験をする必要がある」、「リーダーシップが発揮できる経験を意図的にさせる必要がある」といった意見が示された。リーダーシップの開発には場や機会の意図的な設定が必要といった内容が多かった。

②『組織の影響』については、「人材が定着しない中で取り組みにくい」との職場の労働環境に関する課題や「組織全体でリーダーシップ育成に試行錯誤中」との組織でのリーダーシップ育成について意見が示された。

表10 実践でのリーダーシップの開発や強化に活かされていること

重要カテゴリー	重要項目
① 良質な体験を味わう	・専門職連携よりは、まず同職種連携の経験が必要 ・価値観や考え方、方向性が違う人を認める体験からはじめる ・連携場面や役割を意図的に設定して経験を促す ・リーダーシップが発揮できる経験を意図的にさせる必要がある ・良質な経験をするほど学べる事が多く、リーダーシップが培われる ・連携とかチームをつくって「何が得するの」という雰囲気を取り除く経験をする必要がある
② 組織の影響	・人材が定着しない中では取り組みにくい ・生活者としての自覚がない専門学校生にはリーダーシップ育成は難しい

	と思う ・組織全体でリーダーシップ育成に試行錯誤中
--	---

5) 専門職の連携・協働実践を活かすために本研究科で対応すべき課題

専門職の連携・協働実践を活かすために本研究科で対応すべき課題の分析結果は、表 11 のとおり、3つの重要カテゴリーに分類・整理した。

- ① 『参加者の工夫』については、「いろいろな分野の人に討議参加してほしい」、「医療経営分野の参加者のおかげで経営的な見方や考え方を学んで試行が深まった。引き続き参加してもらいたいのでは」といった多様な背景をもつ参加者を望む意見が出された。その一方で、「大学院の参加者は、全て学びたいという姿勢がベースにあるから話やすい」、「無言の人や反対意見をまくしたてる人、大きい声をあらげる人がいる中で体験することも大切だと思う」など、多様な特徴をもつ実践者が集う場での討議体験を求める意見も示された。
- ② 『教材の工夫』については、「いろいろなケース教材があると知識の幅が広がる」といった多様な教材の備えを求める意見と、「教材によって自分の弱いところが学べてよかった」な多様な教材にふれる機会を望む意見に集約された。
- ③ 『体験を高める機会』については、社会福祉士の修了生から「できるだけ多くの経験ができると実践現場で活かせるものが増えると思う」との意見が出されたとき、調査対象者全員がその意見に頷いて同調し、「もう1回ファシリテーター経験したかった」、「回数が少ない」、「体験してわかることがたくさんある」などの意見が口ぐちに述べられた。

表 11 本研究科で対応すべき課題

重要カテゴリー	重要項目
① 参加者の工夫	・ いろんな分野の人に討議参加してほしい ・ 参加メンバーの工夫がほしい ・ 医療経営分野の参加者のおかげで、経営的な見方や考え方を学び、思考が深まった。引き続き参加してもらいたいのでは。 ・ 参加人数が多いと主体性が低くなるように感じた ・ 無言の人や反対意見をまくしたてる人、大きい声をあらげる人がいる中で体験することも大切だと思う ・ 大学院は参加者全員が学びたい、という姿勢があるから話やすい ・ 参加者のケースメソッド経験の有無は、議論の質に影響する
②教材の工夫	・ いろんなケース教材があると知識の幅が広がる ・ 教材によって自分の弱いところ（精神領域など）が学べてよかった
③体験を高める	・ ファシリテーターの経験を通して、相手の発言が引き出せるようになって

	た ・できるだけ多くの経験ができると実践現場で活かせるものも増える ・修了後、自己学習することで学びや成長が確認できた ・学びの途中で自分がどのような段階にいるのか、自己評価や他者評価をして確認することが大切 ・複数回経験できる機会があるといい ・院生以外の参加者がいる場でトライするとよい ・他職種が集う研修会や勉強会を開催するとよい
--	--

5. 考察

2つの調査結果を踏まえて、ケースメソッド教育の学習評価を考察する。

1) 演習直後（1次調査）と修了後（2次調査）の学習評価で共通していたカテゴリーは4つ

演習直後と修了後に共通していたカテゴリーは、以下の4つであった。①視野の広がり、②問題解決力の向上（熟達）、③相互理解の視点（促進）、④利用者本位の意味（定着）である。表12に網かけで示す。『問題解決力の向上』は、修了後は『熟達』に、『相互理解の視点』は、『促進』に、『利用者本位の意味』は『定着』にそれぞれ昇華していた。

表12 1次調査と2次調査のカテゴリーの比較

1次調査のカテゴリー	
学びの内容	実践化への道のり
① 視野の広がり	① 実践への後押し
② コミュニケーションの鍛錬	② 内省の促進
③ 相互理解の視点	③ 協働の難しさ
④ 問題解決力の向上	④ 体験からの学び
⑤ 利用者本位の意味	

2次調査のカテゴリー	
価値や技法の受け止め	連携・協働に生かされていること
① 問題解決力の熟達	① <u>関わりへの自信とゆとり</u>
② <u>実践上の自信とゆとり</u>	② <u>落ち着き</u>
③ 利用者本位の定着	③ 見える化への効能
④ 相互理解の促進	④ 主体性を引き出して巻き込む
⑤ 視野の広がり	
⑥ 連携スキルを習得する場の不足	

連携・協働で困難なこと	連携・協働の困難さを乗り越える方策
① 振り向かせることのできない相手 ② 利用者と接点の少ない職種	① 折り合いのつく着地点を探る ② 連携教育の必要性 ③ 利用者と家族と関わる ④ 経済的なインセンティブ
リーダーシップの開発や強化	連携・協働を支援する大学院の課題
① 良質な体験を味わう ② 組織の影響	① 参加者の工夫 ② 教材の工夫 ③ 経験を高める

2) 修了後はミドルマネジャーに求められる「精神の頑健さ」が抽出

演習直後になく、修了後に抽出されたカテゴリーは、『実践上の自信とゆとり』『関わりへの自信とゆとり』『落ち着き』の3つである。表12にアンダーラインで示す。これは研究者2名の「観察記録」にも「力強い発言」として記録されていた。この3つのカテゴリーに共通しているのは「精神の頑健さ」であり、これはケースメソッド教育効果の一つである「精神力が鍛えられ、人間的成長が促される」と共通している（竹内、2010）。ケースメソッドでの修羅場体験を通して、“なんとかなる”、“もう少し頑張れる”というゆとりや精神の頑健さをもって、現実に対応できるようになったと考えられる。

医療や福祉サービスは、専門医、専門看護師、認定看護師、特定看護師、認定社会福祉士、認定ケアマネジャーなど専門分化している。専門職だけ集めても強いチームにはならず、これらを束ねるジェネラルマネジャーあるいはミドルマネジャーが必要である（篠田、2011）。医療・福祉サービスで求められるミドルマネジャーとは、人と人、チームとチームのつながりに働きかけ、人々を束ねて方向づけ、組織の縦横の関係に目配りしながら、リーダーシップを発揮する人である。これは、本研究科のケースメソッド演習が目指すリーダーシップ『メンバーの主体性を尊重し、その能力の発揮を真に願って、自発的な行動を全力で支援して促しつつ、それらを束ねて全体の動きを方向づけていくこと』と重なる。

このようなリーダーシップは、もともと備わっている資質ではなく、学習を通して意図的に身に着けるものである。そのためには、『良質な体験』を効率良く重ねていくものである。野中郁次郎は、日本企業再生のカギは「知のダイバーシティ（多様性）を高め、国境をまたぐこと・・・（中略）・・・知の大同結団を実現すべきである。そこで欠かせないのは知を結集するプロデューサー的人材である」とし、中間管理職であるミドルマネジャーを鍛えること、すなわち精神の頑健さを持ったミドルマネジャーの存在が、強い組織・チームに不可欠であると主張している。

3) 連携・協働の困難さを乗り越えるスキル

専門職連携の困難さについては、演習直後は『協働の難しさ』が、修了後は『振り向かせるこ

とのできない相手』『利用者と接点の少ない職種』というカテゴリーが抽出された。修了生からは「こちら側が連携を望んでも、相手が連携する気になってくれない」「価値観の違う、価値観の固まっている相手には働きかけにくい」という厳しい現実が口々に出された。連携を実践しつつも、どうしても乗り越えられない困難さがあることも実感し、葛藤を抱えていた。

そうした難しさの中でも、「ゆっくり話を聞くうちに解決への糸口が見えてきた」という『関わりへの自信とゆとり』や、「言葉を書くことで状況が見えるようになり、場が落ち着いた」という『落ち着き』で粘り強く交渉し、「解決策を投げかけられると、お互いに問い直して、一緒に解決策を考えるようになった」など『主体性を引き出し巻きこむ』ことに努めていた。さらに、「ホワイトボードを使うことで、共通認識ができた」「話し合いのプロセスが見える化をすることで、集中力を高めて時間短縮できるようになった」という『見える化の効能』が効果を発揮していた。これは、ファシリテーションやボードライティングという「議論が見える化」「議論を描く」というケースメソッドのスキルが活用されている。

また、「相手を理解して、お互いに折り合いのつく着地点を探す」「多様な提案や働きかけの方法を考える」という『折り合いのつく着地点を探る』という現実的な調整方法を身に付けていた。

さらに、連携できない職種が一定数存在することを認めたうえで、これらを乗り越える方策として、所属する組織や団体の教育体制の構築など、組織の環境を整える必要性が強調された。

6. 本調査の意義と限界

本調査の意義は、以下の2点である。一つは、日本の保健医療福祉系大学院でほとんど行われていない専門職連携教育を評価したことである。二つには、グループダイナミクスを活用したフォーカス・グループ・インタビューを用いて、質的に評価したことである。フォーカス・グループ・インタビューなどの質的研究方法は、信頼性と妥当性を統計的な数字で表せないため、丁寧な手続きを踏んで実施した。

まず、専門職連携の評価について述べる。保健医療福祉系大学の学部で42%、学科では47%がIPEに取り組んでいる、あるいは取り組もうとしている。近い将来、何らかの連携教育を受けた卒業生が半数になることが予想される。「高度専門職職業人」の養成を目指している保健医療福祉系大学院は、IPEを受けた人々のリカレント教育の担い手になることが期待されている。

IPEの方法はいくつかあるが、2年間という短い時間で、効率よく「良質な体験」を重ねるには、評価された教育プログラム・方法は欠かせない。

また、IPEは学生にとっては肯定的な評価が得られているが、これらの結果は、演習直後や演習前後の自己評価を測定するものが多く、卒業後の追跡調査はされていない。それゆえ、本研究のように、終了後1～3年を経過した修了生を調査し、終了直後に習得したスキルが、時間を経て昇華していたことを明らかにした意義は大きい。

二つ目の丁寧な手続きであるが、司会の力量によってグループダイナミクスが影響されることから、質を担保するために3つの条件を満たす者とした。また、インタビューでは、3名の研究

者により詳細な逐語録と、重要と思われる参加者の発言や態度など非言語的表現について書きとめた「観察記録」を作成した。さらに、データ分析は、2名の分析者が、分析の第2段階までそれぞれ単独で行った。

本調査の限界は、インタビューによって導かれた結果が、他の同じようなグループ（母集団）でも当てはまるかどうかをいう。すなわち、一般化には限界がある。一般化するためには、同じような特徴を持つ他の集団に対しても、その結果を適用できるかどうかを確認することが必要である。Vaughn et al. (1996) は、「一般化は目標ではないにせよ、同様な結果を得るために、複数のフォーカス・グループ・インタビューを行うことにより、一般化することは可能」と述べている。冷水（2010）も、同じ質問事項に関する異なる参加者に対する面接を繰り返し、明らかにされた共通の結果は、一般化につながるとしている。また、安梅（2010）は、複数のグループインタビューの成果を統合してまとめる方法を「複合分析」としている。これは、各々のグループインタビューで取り上げられた「重要カテゴリー」に注目し、「対象特性の共通点と相違点」、すなわち何が共通しているのか、何が相違しているのか、それはどのような背景要因によるのかを検討するものである。今後は、複数の母集団へのグループインタビューを実施したい。

7. 結論

ケースメソッド教育の学習評価として、演習直後（第1調査）と修了後（第2調査）の結果を比較したところ、①視野の広がり、②問題解決力の向上（熟達）、③相互理解の視点（熟達）、④利用者本位の意味（定着）の4つのカテゴリーが一致していた。さらにこれらは修了後に強化されていた。ケースメソッド教育を体験した修了生は、現在の実践において専門職連携の難しさを実感しつつも、ゆとりや落ち着きといった「精神の頑健さ」を備え、支援関係者の主体性を引き出した支援に努めていた。その際、ケースメソッド演習で培われたファシリテーションスキルやボードライティングなどスキルが活用されていた。これは、ケースメソッド教育で修羅場体験を重ねたことが影響されると考えられた。

第3章 終末期ケアとチームマネジメント

はじめに

日本福祉大学終末期ケア研究会は、高齢者の在宅死の実態と終末期ケアの質を評価する目的で、1999年から2000年にかけて、全国訪問看護ステーションの協力を得て、次の3つの調査を行った。第1調査は訪問看護ステーションを対象にした高齢者の終末期ケアの実態調査、第2調査は、終末期ケアマネジメントの過程と成果の関係で、特に訪問看護ステーションから訪問を受けて在宅療養をした後に死亡した患者の「死亡場所」と「介護者の満足度」に関連する因子を明らかにした調査。第3調査は、高齢者を看取り終えた後の「介護者の満足度」の構造である。

これら調査の結果からは、次の3つの重要な知見が得られた。①介護者の満足度は死亡場所ではなく、ケアの質や過程が影響している、②質の高い終末期ケアの実践には、ケアマネジメント手法（アセスメント・ケアプラン作成・カンファレンス・モニタリング・評価）の開発が有効、③死別後の介護者の「満足度」の特徴は、介護開始以前から死別後まで、時間軸を長くとした評価であり、介護者は主観的な思いに基づいて「満足度」を評価していることが明らかになったこれらについては、近藤（2002）、樋口ほか（2004）が報告し、書籍にまとめた宮田・樋口ほか（2004）。

終末期ケアマネジメント手法の開発が重要であるとの結果を受け、2006年には、国際的研究組織インターライの協力を得て、同組織が開発した緩和ケア用のアセスメントツール（Minimum Data Set-Palliative Care：以下、緩和ケア用 MDS-PC）の日本語版の信頼性と有用性を検証した。この研究成果については、杉本ほか（2007）が報告した。

これら量的調査と並行して、2000年から2009年の10年間は、日本福祉大学終末期ケア研究会が主催する公開研究会を毎年開催し、20事例の終末期ケアマネジメントについて質的な分析を重ねてきた。その結果、後述するように、「終末期ケアマネジメントの質を高める4条件」と、終末期ケアの質を評価する構成要素、「終末期ケアマネジメント・ツール」の開発を行った。これらの内容については、樋口・篠田ほか（2010）が「高齢者の終末期ケアケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール」にまとめた。

また、2012年～2013年の2年間は、日本福祉大学学内研究助成制度公募型研究プロジェクトの採択を受けて、「要介護高齢者の終末期ケアマネジメントの実証的研究」に取り組んだ。ここでは、多死時代の看取りの場としての役割が期待されている特別養護老人ホームと医療療養病床の多職種連携について質的調査を行った。

第1節では、1999年から2009年までに実施した、上記4つの調査概要（目的、対象と方法、結果）と、20の事例検討から導き出した「終末期ケアマネジメントの質を高める4条件」（以下、「質を高める4条件」）について論じたいうえで、終末期ケアとチームマネジメントについて考察する。

第2節では、2012年に実施した「終末期ケアにおける多職種連携・協働の実態調査－特別養護老人ホームと医療療養病床の異同を通して」について論じる。

第1節 日本福祉大学終末期ケア研究会が行った研究の到達点と課題

1. 全国訪問看護ステーションを対象にした高齢者の終末期ケアの実態

1) 第1調査 訪問看護ステーションを対象にした高齢者の終末期ケアの実態

目的：全国訪問看護ステーションを対象に在宅死亡割合に影響を及ぼすステーションや地域の特性を明らかにする。

対象と方法：1998年時点で開設していた全国訪問看護ステーション2914か所を対象とした質問紙調査。有効回答率は45.5%。質問内容は、①過去1年間の死亡患者の内訳、②ステーションの属性、③地域属性、③指示書を出す医師の属性

結果の概要：

- ・対象者の死に至る経過は、次の3つに分類され、それぞれ3割ずつあった。ア) 死亡の数週間前まで機能は保たれ、ある時点から急速に悪化する（がんなどの場合）。イ) 慢性疾患で増悪と緩解を繰り返し、機能は徐々に（2～5年で）下降線をたどる（心臓・肺・肝臓など慢性疾患の場合）。ウ) 長期間（5年以上）にわたり、徐々に機能が低下する（認知症や老衰の場合）。高齢になるほどイ)ウ)のパターンが多くなった。この3つのパターンはLynn（2003）、池上（2004）の先行研究とも一致する。

- ・死亡場所は、在宅が49.6%、非在宅は50.4%でそのうち96%が病院であった。入院理由は、病状（疼痛、呼吸苦、急変など）変化・悪化によると看護師が判断したものが、74.8%と最多であった。主病名は「脳血管疾患」が31.6%、「悪性腫瘍」27.9%で、残りはその他（認知症や内部疾患）であった。

- ・在宅療養開始理由は、「思うように時間を使いたい」（44.7%）、「家族や友人との時間を大切にしたい」（40.9%）、「気兼ねしなくてもいい」（31.8%）、「好きなものを食べ、風呂に入りたい」などと、家族や自由に関するものが多い。

- ・事前に意思表示していた人は、25%にとどまり、「意思が不明」（31.3%）と「障害のため意思表示が不明」（17.0%）合わせると半数は意思表示が困難であった。

- ・コーディネーターは6割が訪問看護師であった。調査の実施が介護保険制度の導入前であること、調査対象が訪問看護ステーションの利用者であったことも影響しているものと思われる。

2) 第2調査 終末期ケアマネジメントの過程と成果の関係

目的：訪問看護ステーションから訪問を受けて在宅療養をした後に死亡した患者の「死亡場所」と「介護者の満足度」に関連する因子を明らかにする。

対象と方法：調査1で協力を得られた856か所に調査票を送付。428か所のステーション（有効回答率50%）が回答。訪問看護を受けて、直近の3か月間に死亡した1422人（平

均年齢 82.8 歳)を対象に、担当した訪問看護師に質問紙への調査を依頼。調査項目は、①死亡場所、②本人・家族の状況、③訪問看護師からみた「介護者の満足度」

結果の概要：

- ・死亡場所を規定していたのは、「介護者の意思」「臨死期の症状」「意思の条件」の3つであった。
- ・担当した訪問看護師が評価した「介護者の満足度」(5段階評価)をみると、満足(21.8%)、「まあ満足」(44.2%)を合わせると、65%にのぼった。一方で、「悔いが残る」(3.1%)と「やや悔いが残る」(12.5%)の両者を合わせると16.1%である。また、訪問看護師が終末期ケアのプロセスを丁寧に実施しているほど、「介護者の満足度」も高かった。
- ・介護者の満足度は死亡場所に関連しない。「介護者の満足度」に影響する因子を層別分析した結果、「在宅での望みが実現した」「医師の積極的関与」「コーディネーターあり」「予想される経過の事前説明あり」「患者が高齢」「医師の所属が無床診療所」が関連していた。

3) 第3調査 高齢者を看取り終えた後の「介護者の満足度」の構造

目的：高齢者を看取り終えた後の「介護者の満足度」の構造を明らかにする

対象と方法：訪問看護を受けて在宅療養をした後に自宅または自宅以外で死亡した65歳以上の高齢者1,305名のうち、介護者の満足度に対する自由記述があった704名の発言内容を質的に分析した。

結果の概要：

- ・介護者は、配偶者37.9%、子ども56.3%(娘25.1%、嫁26.7%、息子4.1%)であった。
- ・「介護者の満足度」を構成している主なカテゴリーとして、①在宅療養開始時から死に至るプロセスにおいてどのように介護し、高齢者本人がどのように過ごすことができたか、②死をどのように迎えたか、③介護者自身が「死別」に対してどのような準備をし、意味付けをしたか、が抽出された。
- ・3つのカテゴリーの構成要素は、①では、「本人の自宅での過ごし方を評価」「介護を評価」「サポートを評価」、②では、「安らかな死」「予期せぬ死」「見守りの中での死」「死にかかわる対応をした罪責感」「死亡場所を評価」など、③では、「介護者の死に対する肯定的な意味づけ」「死に対する尽きない思い」が抽出された。
- ・「介護者の満足度」は、①高齢者本人の満足度をある程度反映すると思われる要素と、②介護者自身の介護への評価、③介護者の死別の準備に関する要素からなることが明らかになった。

これらの内容は、樋口ほか(2004)が報告した。さらに、20事例の終末期ケアマネジメントの分析を加えて、次のように5つの構成要素と5つの時期区分に再構築した。5つの構成要素は、①高齢者本人、②介護者自身、③高齢者と介護者との関係、④フォーマル・インフォーマルサポート、⑤介護者の死別の捉え方・意味づけである。5つの時期区分は、①介護

開始以前、②介護開始前後、③安定期、④終末期から臨死期（死の迎え方）⑤死別後である。介護者の満足度は、臨死期前後の段階だけではなく、介護以前の高齢者との関係や療養開始時の高齢者・介護者の希望や期待度と実際の過ごし方などが影響していることが明らかになった。つまり、死別後の介護者の「思い」「満足度」の特徴は、介護開始以前から死別後まで、時間軸を長くとった評価であること、介護者は主観的な思いに基づいて「満足度」を評価していることが明らかになった。これらの結果は樋口（2009）が詳細な内容を発表している。

2. 緩和ケア用 MDS-PC の日本語版の信頼性と有用性の検証

緩和ケア用 MDS-PC とは、国際的研究組織インターライが開発したアセスメント方式で、多職種による利用を前提に共通言語で構成されている。また施設と在宅のアセスメント基本項目が共通しているため、切れ目のないケアを提供するうえで有用である。

アセスメント項目は、基本情報（11 項目）、現在受けているケア（31 項目）、症状・状態（41 項目）、認知機能をコミュニケーション（12 項目）、気分（10 項目）、ADL/IADL（8 項目）、希望（31 項目）、社会的関係・支援（20 項目）、スピリチュアリティ（3 項目）の 9 領域 167 項目で構成されている。巻末資料に調査票を添付した。また、今回は、独自の追加項目とした、入院・入所理由、本人の希望、介護者の健康状態など 9 項目を追加した。

目的：緩和ケア用 MDS-PC の日本語版の信頼性と有用性を検証する。

対象と方法：5 種類の計 27 施設・機関で、調査対象者は、調査期間内（2003 年 2 月 3 日から翌月 8 日）に余命 6 か月未満と推定される利用者 71 人とした。内訳は、①緩和ケア 5 か所（対象者 18 人）、②一般病床 2 か所（10 人）、③訪問看護ステーション 16 か所（37 人）、④特別養護老人ホーム 1 か所（1 人）、⑤老人保健施設 3 か所（5 人）である。

調査の信頼性を高めるために、同一調査対象者に対して、2 人の調査員（評価者）が別々にアセスメントした。

結果の概要：

- ・調査対象者の概要は、男性が 40 人（56.3%）とやや多く、年齢は 65 歳以上の高齢者が 52 人（73.2%）を占めた（平均年齢±SD=71.4 ±14.4 歳）、主病名は 8 割ががんであった。ADL は「ベッド上の可動性」（33.8%）であった。「自立」と判断される人が 3 割いた。

- ・信頼性の検討結果は、信頼性検証の対象となった 145 項目の領域別信頼度係数の平均は 0.73-0.94 で、全項目において「信頼性あり」とみなされる 0.4 を上回っていた。内訳は、信頼度係数 0.8 以上が 86 項目（59.3%）、0.6 以上 0.8 未満が 42 項目（29.0%）を合わせるとほぼ 9 割を占めていた。

- ・有用性の検討結果は、和ケア用 MDS-PC への記入時間は平均 57 分であった。ただし、事例を重ねるごとに時間は短縮化されていた。また、4 割の評価者が和ケア用 MDS-PC を用いたアセスメントにより、「初めて得られた情報や新しく発見された課題があった」と回答した。また、17.5%の例で「ケアプランの追加や変更の検討」につながっており、ケアの質の向上に寄与した可能性が高い。

・在宅と緩和ケア病棟の比較をしたところ、9領域 29項目で有意差がみられた。そのうち、8項目が、終末期ケアにおいて重要となる「痛みのコントロール」などの症状マネジメントに関する領域であった。「痛みのコントロール」において、緩和ケア病棟では、94.4%が「痛みなし」もしくは「適切にコントロール」されているが、在宅では 65.7%と有意に少なかった。同様に、痛み以外の身体症状では、「咳・痰の核出」「労作時の息切れ」「口腔内乾燥」「不穏」「易疲労感」「痛みの程度」「過去3日間における痛みの有無」の7項目において、緩和ケア病棟の方が「問題なし」の割合が高かった。これらの項目は、緩和ケアに関する知識とスキルがあれば十分対応できるものであり、在宅ケア従事者のスキルの底上げが必要である。

・緩和ケア用 MDS-PC の普及上の課題として、アセスメントに要する時間が長い、CAPS（課題領域）やガイドラインの開発がされていないこと、日本の実情にあった終末期ケアの項目に精選することが望ましいなどが挙げられた。

3. 終末期ケアマネジメントの質を高める4条件と終末期ケアマネジメント・ツール

1) 終末期ケアマネジメントの質を高める4条件

これまでの調査結果から、終末期ケアにおける介護者の満足度は、死亡場所ではなく、どのようなケアを受けてきたのかというプロセスに影響されるという知見が得られた。高齢者や介護者の希望や期待度など主観的な思いの変化に寄り添い、生活の延長上にある死をどのように迎え、看取るのか、そのプロセスを高めることを重視したケアマネジメントの実施と終末期ケアの質を高める4条件（①本人・家族の意志表示があること、②ケアを支える介護力や周りの人々のサポート、③終末期ケアを支える医学医療ケア、④本人や家族の願いを実現するためのケアマネジメント）を導き出した。以下、質を高める4条件について説明する。

- ① 本人・家族の意志表示があること：高齢者の意思決定を尊重し、QOLが向上するような工夫をし、死にゆく過程の全般的な状況が安心で安らかであることをサポートすることが重要である。そのためには、希望と期待度を確認し、それらに応じてケアマネジメントを実施し、満足度が高まるようなサポートをする。
- ② ケアを支える介護力や周りの人々のサポート：家族の介護に対する見通しや期待度を確認し、家族のニーズへの対処と負担感の軽減、死別および死別後の家族への悲嘆に対するケアを実施する。
- ③ 終末期ケアを支える医学医療ケア：症状マネジメントを行い、過不足のない医療や質の高い技術が提供され、ケア提供者とよい関係が構築されるように働きかける。
- ④ 本人や家族の願いを実現するためのケアマネジメント：本人や家族の願いを実現するためには、患者と家族・社会との関係を調整し、継続したケア、一貫したケアができるようにマネジメントする。

2)「終末期ケアマネジメント・ツール」とは

「終末期ケアマネジメント・ツール」(以下、ツール)とは、目標指向型アプローチに基づく、質の高い終末期ケアを実現するため、次の3種類のツールで構成されている。①「終末期ケア・プランニングシート」(開始期・安定期・移行期・臨死期)②「終末期ケア・チェックリスト」(開始期・安定期・移行期・臨死期)③「振り返りシート」である。これらのツールを活用することによって、ケアプランの質の向上を図るとともに、終末期ケアを支えるチームの成長という効果も期待できる。

開発にあたっては、実際の終末期ケアの実践場面において試用を重ねてきた。完成段階に入ったところで、自宅・療養病床・特別養護老人ホーム・グループホームの4か所でツールの有用性を検討し、「質を高める4条件」の整備を促すことを確認した。以下、ツールの概要である。また、巻末にこれらを資料として添付した。

- ・「終末期ケア・プランニングシート」とは、開始期、安定期、移行期、臨死期という各ステージに、質を高める4条件に沿って状況をアセスメントし、取り組むべき課題を抽出し、プランニングを支援するためのシートである。2回目以降は、モニタリングを行い、ケアプランの見直しを支援するシートとして用いることができる。
- ・「終末期ケアチェックリスト」とは、「終末期ケア・プランニングシート」を作成するための視点を提供するもの。開始期、安定期、移行期、臨死期のステージごとに1枚ずつ確認する。
- ・「振り返りシート」とは、ケアマネジメントのプロセスをモニタリングし、振り返る機能である。ケアマネジメントのプロセスで使えばモニタリングに、事後の評価に使えば振り返りに使える。これによって、目標の到達状況や課題、次の時期や事例に向けた教訓を引き出すことを目的としている。

また、「振り返りシート」を用いた事例検討を通して、支援チームはチームの力量を知り、チームが取り組むべき課題を見出すことになる。そして、新たなケア提供体制に基づく、「プランニングシート」を用いた実践を経て、再び「振り返りシート」でチームの課題を探っていく。「振り返ることで知り、知ることで振り返る」という一連のサイクルが、自然と成り立っていくのである。このようなことから「終末期ケア・プランニング」セットを用いた、ケアプランの質の向上を図るプロセスは、同時に、支援チームが成長するプロセスでもあった。

以上のことから、「終末期ケアマネジメント・ツール」の5つの機能を整理した。

- ① 情報の収集・整理・共有を進める機能(多職種連携・協働を促進する機能)
- ② 質の高いケアをするための課題を抽出する機能
- ③ そのステージにすべきことをチェックしてプランを立てる機能
- ④ ケアマネジメント・プロセスをモニタリングし振り返る機能
- ⑤ 個人とチームの成長を支援する機能

4. 考察

2010年に101.9万人だった年間死亡者数は、2030年には161.0万人に増加するとされている。わが国はこれまで経験したことがない「多死時代」を迎えることになる。今後は医療機関だけでなく、特別養護老人ホームなど介護保険施設での看取りも増加することが予測される。2011年の老人ホーム（特別養護老人ホームや養護老人ホームなど）での死亡割合は4.0%、老人保健施設は1.5%であり、両者は10年間で3ポイント増加している。

通説では、住み慣れた我が家での死が望ましく、病院あるいは施設での死は好ましくないもので、できるだけ入院・入所をしない在宅終末期ケアに期待がかけられている。しかし、調査1では、在宅療養者の入院理由の大半が「病状の悪化」（疼痛、呼吸苦、急変など）であった。調査2では、介護者の満足度は死亡場所に関連しないことや介護者が希望しない在宅死の満足度は低かった。また、緩和ケア用 MDS-PC を用いた調査でも、「痛みのコントロール」などの症状マネジメント8項目については、在宅ケアの方が緩和ケア病棟よりも有意に低い数字であった。

しかし、終末期医療に関する調査（2008）では、一般国民の6割以上が「できるだけ長く在宅で生活したい」（自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟や医療機関に入院したいを含む）と回答しており、この数字は10年間あまり変化がない。希望する場所で過ごすことは終末期ケアの質向上の必須条件である。そのため、「痛みのコントロール」など不快な心身の症状を可能な限りなくす緩和ケアの知識と技術を、医療従事者はしっかりと習得すべきであろう。

また、コーディネーターである訪問看護師が丁寧なケアマネジメントを実施しているほど、介護者の満足度が高くなっていたことから、ケアの質はプロセスに影響するものと確認できた。質の高い終末期ケアは、ケアマネジメントのプロセスに沿って、愚直にそれを展開するというマネジメントサイクルを回すことが重要である。

ケアマネジメントのプロセスを展開するには、これらを支援するツールが必要と判断し、前述した「終末期ケアマネジメント・ツール」を開発した。特に、医療職の配置が手薄い介護保険施設には、終末期ケアの質の低下を招かないためにも有効であろう。今後は、これらツールの簡便化を図った上で、普及のための研修と評価が必要になる。

一方で、非がんにおける終末期ケアはまだ道半ばである。厚生労働省人口動態調査によれば、2011年の死亡者数のうち、がんの占める割合は28.5%である。割合からすると、非がんの方が圧倒的多数である。一般的に非がん患者の予後予測が困難であること、療養期間が長く介入の時期が難しいことなどがあげられている。

平原ら（2006）は、在宅で死亡した非がん疾患患者242名のうち、主治医が死を予測しえた159例の終末期の症状について調査したところ、78%に緩和すべき終末期の症状を認めた。また、最期の1週間に出現する19の症状について、その出現率を検討したところ、全体では食思不振（83%）、嚥下障害（72%）、呼吸困難（71%）の3つが多かったとし、さらに、

終末期に主治医が最も緩和すべき症状について聞くと、呼吸困難(46%)、食思不振(13%)、喀痰(9%)、疼痛(6%)、褥瘡(5%)、せん妄(2%)の順が多かった。つまり、呼吸苦と呑み込めない、食べられないことが多かったと報告している。

本来緩和ケアは、特別なケアではなく、疾患、年齢、場所を問わずに受けられるケアである。一部の医療従事者だけで提供するものではなく、全ての専門職がチームで関わるものである。非がん患者の終末期ケアに出現する症状は、高齢者の終末期に特有な症状と重なる。ゆえに、特別養護老人ホームなど介護保険施設やグループホームなどでも、特別なケアではなく、日常生活の延長線上のケアとして位置付けることが重要である。

第2節 終末期ケアにおける多職種連携・協働の実態 ―特別養護老人ホームと医療療養病床の異同を通して―

1. 調査の背景

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の中位推計によれば、2010年に101.9万人だった年間死亡者数は、2030年には161.0万人に増加するとされている。わが国はこれまで経験したことがない「多死時代」を迎えることになる。厚生労働省「人口動態統計」（2011）によれば、医療機関（病院＋診療所）での死亡割合は78.5%、自宅12.5%であり、ここ10年間はほとんど変化していない。二木（2012）によれば、過去20年間（1990～2010年）に病床数は167.7万床から159.3万床へと8.3万床（5%）減少したにもかかわらず、病院内での死亡数は58.7万人から93.2万人へと34.4万人（58.6%）増加している。これは、平均在院日数が短縮化したため、1床当たりの年間死亡数が増加したからである。このことから、医療機関での死亡数（実数）は、今後も相当増加すると推定される。

一方で、2011年の老人ホーム（特別養護老人ホームや養護老人ホームなど）での死亡割合は4.0%、老人保健施設は1.5%であり、両者は10年間で3ポイント増加している。ただし、特別養護老人ホーム（以下、特養）41万床、介護老人保健施設（以下、老健）31万床が存在しているにもかかわらず、両者を合わせても死亡者は全体の5.5%に過ぎない。

このような状況から、特養を終の棲家として位置づけ、施設内看取りを促進するために、2006年度の介護報酬改定では「重度化対応加算」と「看取り介護加算」が創設された。2009年からは「重度化対応加算」が廃止され、改正された「看取り介護加算」が施行されている。2009年は、特養と条件は異なるものの介護老人保健施設で「ターミナルケア加算」が、認知症対応型共同生活介護で「看取り介護加算」が創設され、介護保険制度においては、施設内の終末期ケアに一定の評価がされた。

特養の施設内死亡数を調査するにあたっては、厚生労働省「人口動態統計」を使用することが多いが、同統計の「老人ホーム」の定義には、軽費老人ホームと養護老人ホームが含まれることから正確さに欠けると判断した。そのため、全日本病院協会の調査（2012）を参照した。本調査によれば、特養100床当たりの施設内死亡数は年間13人と報告している。池崎ら（2012）は、267施設の特養を調査し、施設内死亡数は100床当たり4.3人で、協力病院が隣接していることや、常勤医師がいる施設では、いずれもそうでない場合に比べて100床当たりの施設内死亡数は多いが、有意差は確認されていないと報告している。一方、医療療養病床の施設内死亡数は、日本慢性期医療協会（2008）の病院調査によれば、1年間の施設内死亡数は100床当たり35.1人で、平均年齢は84.7歳と高齢である。全日本病院協会（2012）の調査では、100床当たり48人と報告している。このように調査によって、数値にばらつきがある。

また、医療経済研究機構（2003、2007）の調査では、特養と医療療養病床における死亡

前2週間以内に実施した処置の状況は、酸素療法は特養 44.9%、医療療養病床 79.6%である。点滴については、特養 50.6%、医療療養病床 77.3%と両者ともに高い実施率である。褥瘡処置については、特養 15.9%、医療療養病床 22.1%、経管栄養は特養 12.8%、医療療養病床 21.5%と実施率の差は少ない。さらに、施設内で死亡を希望した場合の対応方針は、特養は「原則受け入れる」が 69.1%、医療療養病床では「自院で支援する」が 50.0%と、いずれも半数を超えている。

このように、医療職の配置が手薄い特養であっても、医療的ケアを提供せざるを得ない状況にある。特養の終末期では、医療職を含めた多職種チームでケアにあたるのが前提条件となる。田中（2001）は、北陸3県で看取り介護加算を算定している特養 68 施設を対象に、看取り介護加算の算定を支える終末期ケアのストラクチャーとプロセスの実態調査を行った。その結果、「チームケアの実施」が看取り介護加算の算定に影響を及ぼすとしている。本加算を算定している特養では、死亡1か月前に比べて、死亡前2週間は、多職種と家族の関わりが増加し、コーディネーターとして、看護師をあげる施設が多いと報告している。

一方で、医療療養病床における終末期ケアは、その役割が期待されているにもかかわらず、特養の看取り介護加算に該当する診療報酬は設定されていない。これは、ここ数年間介護療養病床を含めた療養病床の再編が政治的な判断で揺らいだため、役割や機能を議論しきれなかったという事情があると思われる。そのためか、医療療養病床のみの終末期ケアに関する研究はほとんどない。

本調査では、多死時代の看取りの場として役割が期待されている、特養と医療療養病床の終末期ケアにおける多職種連携・協働に焦点を当てて、両者の連携・協働の実態を明らかにすると共に、両者のグループインタビューの結果を比較し、異同を明らかにすることである。

2. 調査目的

本調査の目的は、フォーカス・グループ・インタビュー（以下、グループインタビュー）により、特養と医療療養病床での、終末期ケアにおける多職種の連携・協働の実態を明らかにすると共に、両者の結果を比較し、異同を明らかにすることである。具体的にはインタビューで抽出されたカテゴリーに注目し、両施設の終末期ケアにおける多職種の連携・協働は、何が共通しているのか、何が異なっているのか、それはどのような背景によるのかを検討する。調査方法は、終末期ケアに関わった職種の多様な意見を収集し、潜在的・顕在的な情報を探索的に分類・整理することから、グループインタビューが相応しいと判断した。グループインタビューの説明は後述する。

本調査における多職種とは、過去1年間に自施設内の終末期ケアに関わった職員である。特養はN県にあるH特別養護老人ホーム（以下、H特養）を、療養病床はA県にあるY病院の医療療養病床（以下、Y療養病床）を調査対象とした。対象とした理由は、①両施設

とも終末期ケアの体制を整えていること（H特養は「看取り介護加算」を算定）、②施設内死亡数が全国平均またはそれ以上であること、③特養では、事前に配布した意識調査で、医師、看護師、介護職員ともに、看取りに積極的に取り組んでいると回答し、Y療養病床は、多職種チームで排泄ケアマネジメントや栄養マネジメントに取り組み、アウトカム評価を高めるなど、終末期ケア以外にも多職種連携・協働に積極的に取り組んでいると判断した。

3. 調査の対象と方法

1) 対象施設の概要

【H特別養護老人ホーム】

N県にある60床の非ユニット型。2011年の施設内死亡数は4人、施設外死亡数は8人である。医師は嘱託医（無床診療所）で、施設内看取りには協力的である。看護師は常勤で5名配置し、夜勤ではなくオンコール体制である。「看取り介護加算」を算定し、過去1年間の「看取り介護加算」の請求件数は3件である。

施設の看取りに関する基本方針は、「本人・家族の希望があれば、原則として施設内で看取る」とし、「終末期ケアに関するガイドライン」を活用している。「事前指定書（リビングウィル）」については、所定の様式はないが、本人・家族の意向を聞き取り記録している。医師、看護師、介護職の施設内での看取りに対する全体的な姿勢は、いずれも「積極的」と回答している。

【Y療養病床】

A県にある社会医療法人Y病院（病床数320床）の医療療養病床52床で、「療養病棟入院基本料2」（25：1看護）を算定している。2011年の施設内死亡数は46人。入院から死亡までの平均在院日数は92.5日である。医師は常勤で1名配置されているが、療養病床に転床しても、一般病床の主治医が継続して診療にあたるので、医師は事実上2名体制である。看護職員は常勤で15名、看護補助者（介護職員）は常勤で11名配置している。「事前指定書（リビングウィル）」については、入所時に作成している。排泄ケアマネジメントや栄養マネジメントなどを多職種チームで行っている。

2) 対象

H特養は、過去1年以内に施設内看取りを経験した多職種7名。内訳は、看護師1名、生活相談員1名、介護福祉士2名、施設ケアマネジャー1名、理学療法士1名、管理栄養士1名である。Y療養病床は、過去1年以内に施設内看取りを経験した多職種8名。内訳は、看護師2名、理学療法士2名、管理栄養士1名、薬剤師1名、医療ソーシャルワーカー1名、介護福祉士1名である。両施設ともに、職種や年齢等を考慮したうえで、管理者に適任者を選出してもらった（表13）。

表13 グループインタビュー調査対象者

H特養		Y療養病床	
年齢	職種	年齢	職種
50代	看護師	50代	看護師
40代	生活相談員	40代	看護師
40代	介護福祉士	30代	理学療法士
20代	介護福祉士	30代	理学療法士
20代	施設ケアマネジャー	20代	管理栄養士
20代	理学療法士	30代	薬剤師
20代	管理栄養士	30代	医療ソーシャルワーカー
		20代	介護福祉士

3) フォーカス・グループ・インタビューとは

フォーカス・グループ・インタビューは、アメリカのビジネスやマーケティング分野で生まれた方法である。グループダイナミクス理論を背景に、参加者の相乗効果によって生まれる豊かな意見や情報を、体系的に整理したものを「科学的な根拠」として用いるものである。ビジネスだけでなく、様々な分野で活用されている。

ヴォーンら（1999）は、フォーカス・グループ・インタビューには、以下のような4つの中核的な要素が含まれると指摘している。

- ・グループは、ある特定の話題に対して見解を見出すことを要請された、ターゲットとなる人たちの形式ばらない集まりである。
- ・グループの人数は少数で、通常6人から12人のメンバーから成る比較的同質的な人々である。
- ・よくトレーニングされた司会者が、仮説と質問を準備して、参加者の反応を引き出す。
- ・フォーカス・グループ・インタビューの目標は、特定の話題について参加者の理解、感情、受け止め方、考え方を引き出すことにある。

保健医療福祉分野の研究では、バッシュら（1987）は、健康医療情報を入手する方法として、フォーカス・グループ・インタビューの効果を評価している。グループダイナミクスによる意見により、多様な意見が得られること、課題の整理ができるメリットをあげている。淵田ら（2004）は、保健福祉サービスにおけるエンパワメント環境の整備のあり方を検討する際に、フォーカス・グループ・インタビュー方法を用いている。社会福祉分野では、平坂（2008）が、地域包括支援センターが地域ネットワーク形成を通して地域支援に取り組む課題を検討した研究や、中島（2011）や田嶋（2011）が、地域特性に即したインフォーマルケアの実践課題抽出を試みた研究がある。

冷水（2009）は、実践的な課題に関係の深い参加者から、代表サンプルからは得られない具体的で多様な生の意見を引き出させる点に特徴があること、グループインタビューの

効果として、地域福祉に係る多職種・他機関が意見交換をすることで、組織に横串が入り、多様な「なまの発言」を引き出すことができるとし、実践を質的に把握する上で有効な方法であることを指摘している。

安梅ら（2003）は、グループインタビューの特徴を以下の4点にまとめている。①日常生活の延長線上での「現実そのまま」の情報に接近できる、②「メンバーを主体」とした質的な情報把握である、③グループダイナミクスに基づく「情報の引き出し」が可能になる、④メンバーの「行為」（言語的、非言語的なものを含む）と、その行為に意味を与える「背景状況」（属性、生活歴など）の両方が把握できる。グランデッドセオリーや個人面接と比較すると、グループダイナミクスによる多様な意見が収集できる。

4) 手続きと役割分担

インタビュアーは、ケースメソッドのディスカッションリードやグループ面接など集団運営でファシリテーションを数多く経験している者が担当した。インタビュアーの力量によってグループダイナミクスが影響されるため、質の担保が重要と判断したからである。本調査では、次の3つの条件を満たす者とした。

- ① 大学院等で集団運営の知識・技術を体系的に学んでいること。
- ② 集団運営（ケースメソッドやグループ面接等）でファシリテーターの経験が3年以上あること。
- ③ 特別養護老人ホーム、療養病床等での終末期ケアの実務経験が5年以上あること。

インタビューは、参加者の承諾を得てICレコーダーに録音した。4名の研究メンバーがインタビュー会場に記録者として同席した。うち、3名はインタビュー後の分析作業を兼務する。記録者は、分析の際に参考になると思われる参加者の態度、表情、声の大きさ・抑揚、周囲の雰囲気など非言語的表現について書きとめた「観察記録」を作成した。残りの1名はプロのライターであり、録音と記録に専念した。なお、4名でデータ収集を行うのは、データの信頼性を高めるためである。

調査は、H特養は2012年10月31日に、Y療養病床は2012年12月15日に実施した。時間は約2時間、調査場所は静かな会議室である。インタビュー中は、番号札を参加者の名前の代わりにすることで匿名性を確保し、安心して討論できるよう配慮した。

5) インタビューの設問

終末期ケアにおける多職種チームの連携・協働の現状や課題について、以下の3点について尋ねた。

- ① 終末期ケアのプロセスにおいて、適切に対応できた、あるいは上手く連携・協働できた場面はどのようなことですか。
- ② 終末期ケアのプロセスにおいて、対応が難しかった、あるいは連携・協働に課題を残した場面はどのようなことですか。
- ③ 特別養護老人ホームあるいは療養病床で対応すべき、あるいは対応できるとされる終末期ケアの課題について、当該施設でどのような方法と体制で取り組むべきですか。

6) 分析方法

冷水（2009）は5段階の分析方法を推奨している。第1段階は、テープ起こしから作成された逐語録を読み返し、分析する意味があると判断した「分析ポイント」を作成する。第2段階は、データの単位化である。すなわち、カテゴリー化をする際の根拠となる発言を、マーカーで印をつけるなど単位化することである。第3段階で、単位化されたデータをカテゴリーにする。第4段階は、複数の分析者の間で、カテゴリーとそれに属するデータ単位について、それぞれ比較・検討し、カテゴリーを確定する。第5段階は、第4段階までの分析結果を見直し、より洗練された内容と表現に整えることである。

本調査では冷水の分析方法を参考に、以下の4段階の方法で分析した。すべての段階について3名の研究メンバーが分析にかかわった。ヴォーンら（1996）は、データ分析は複数の分析者によって行い、記録者と分析者は兼ねることを推奨しているため、本調査でもこの方法を踏襲した。

- ①第1段階：テープ起こしから作成された逐語録から、3名の分析者がそれぞれ連携・協働に関連する重要な、または意味深い意見（なまの声）を拾い出し、“コード”として抽出した。その際、「観察記録」の非言語的データ（参加者の態度、表情や声の大きさや抑揚、周囲の雰囲気など）を勘案した。非言語的データを加えることで、コード間の関係性をつかみやすくなったり、コードの意味することが浮かび上がるなど、文脈の理解が進むからである。
- ②第2段階：3名の分析者が集まり、第1段階で拾い出したコードを持ち寄り、あらためてコードと観察記録を見直し、3名が一致してコードに該当すると判断したものを精選した。
- ③第3段階：第2段階で精選したコードについて、3名の分析者が類似していると判断したものを集めて＜サブカテゴリー＞にまとめた。この作業は分析者の間で違いがあるため、集約するのに難航したサブカテゴリーもあった。そうした場合には、コードについては逐語録や観察記録に戻って再検討し、サブカテゴリーから外して、他に移すなどの作業を繰り返した。サブカテゴリーは、できるだけなまの声を反映させ、抽象度をあげすぎないように配慮した。
- ④第4段階：3名の分析者が、第3段階の結果を共有した上で、あらためてサブカテゴリーについて議論し、類似していると判断したものを集めてカテゴリーを決定した。その際、カテゴリー、サブカテゴリー、コードを見直し、サブカテゴリーとカテゴリーの移動・削除・統合を繰り返した。サブカテゴリーと同様に、抽象度をあげすぎないように配慮した。

7) 倫理的配慮

インタビュー調査にあたり、フォーカス・グループ・インタビューの目的・方法について、書面および口頭で説明した。参加は自由意思であること、参加を断っても不利益は受けないこと、結果は匿名性を確保した上で公表することがあること、調査終了後1年以内

に録音テープの内容は消去することを説明し、了承を得たうえで「同意書」に署名・捺印をしてもらった。インタビュー中は、番号札を参加者の名前の代わりにすることで匿名性を確保した。

4. 調査結果

特養で抽出されたカテゴリーは17、サブカテゴリーは36である。医療療養病床で抽出されたカテゴリーは20、サブカテゴリーは36である。

分析方法で述べたように、実際の分析ではまずコードを抽出し、次にサブカテゴリー、カテゴリーの順に整理した。文中の表記方法は、カテゴリー【 】を示した上で、それに属するサブカテゴリー< >、さらにコード“ ”の順に説明する。

1) 特別養護老人ホームにおける終末期ケアの連携・協働の特徴

(1) 適切に対応できた、上手く連携・協働できたこと

8のカテゴリー、18のサブカテゴリーに分類・整理した。カテゴリー、サブカテゴリー、コードの関係は表14の通りである。8つのカテゴリーは、【終末期ケア開始の宣言と多職種による情報共有】、【看取りの心構えと覚悟】、【具体的な指示・情報の伝達】、【夜間の不安を支える体制作り】、【看取りの環境作り】、【本人や家族の希望に合わせたケア】、【多職種・他機関への相談・連携】、【リスク管理と苦痛の緩和】である。各カテゴリーについて結果を述べる。

【終末期ケア開始の宣言と多職種による情報共有】は、<主治医による看取り診断の宣言><看取り説明会で多職種によるケアプランの検討><時期ごとに看取りの状況を説明>の3つのサブカテゴリーで構成されている。特養では、生活の延長線上に終末期ケアがあることから、いつから終末期ケアとするのか、曖昧になりがちである。看取り診断や看取り説明会を開催することで、終末期ケアに舵を切っている。これは、看取り介護加算の算定要件である、①医師が医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断したものを作成する、②医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者の状態または家族の求めに応じ随時説明を行い、同意を得て介護が行われていること、が実行されているものと判断される。

【看取りの心構えと覚悟】は、<看取りの心構えの伝達>と<家族は最期の場合として覚悟>の2つのサブカテゴリーで構成されている。“入所時から家族は特養を最期の場所としての覚悟”、“病院搬送時の家族の意思を確認”など家族の覚悟を促すコードが多かった。

【具体的な指示・情報の伝達】は、<看護師からの具体的な指示><医師からの速やかな情報伝達>という、形式的で縦型の指示系統を重視する2つのサブカテゴリーで構成されている。食事が食べられない、からだが弱ってきた時点で医師が回復は見込めないという“「看取り診断」が出ないと終末期ケアは開始できない”、“看護師から血圧が〇〇になったら連絡を”、“医師の判断を看護師が速やかに介護職員に伝えてくれる”など、医師の判断を速やかにかつ具体的に職員に伝達する役割を看護師が担っていた。

【夜間の不安を支える体制作り】は、＜いつでも職員が駆けつける＞と＜夜間の介護体制をカバーする職員配置の工夫＞の2つのサブカテゴリーで構成されている。看護師はオンコール体制で夜間は介護職員のみという脆弱な人員体制であっても、職員同士の助け合いで対応していること、【看取りの環境作り】では、＜静養室での対応を開始＞と＜看護と介護の協働による普段と変わらない環境作り＞で構成され、看取り開始後は看護と介護の協働体制が強化されていた。

【本人や家族の希望に合わせたケア】では、＜本人・家族の意向を尊重し、その人らしさを加味したケアプランの作成＞と＜嗜好に合わせた食事を提供するための連携＞の2つのサブカテゴリーであった。“どのようなものが好きか、家族から聞き取っている”“体調の良い時に、食べられるように準備している”など食に関するケアに取り組んでいた。

【多職種・他機関への相談・連携】では、＜多職種の意見を聞き、客観的な視点を追加＞と＜病院と連携したケア＞の2つのサブカテゴリーである。“入院先の病院には、(栄養士が)直接足を運び、実際の食事内容や量を確認し、退院して施設に戻って来た時の献立の参考にした”と連携は施設外にも広がっていた。

【リスク管理と苦痛の緩和】では、＜リスク管理と代替案の提示で看取りを豊かにする＞、＜苦痛の緩和＞、＜重度化予防＞の3つのサブカテゴリーで構成されている。“リスクが高い場合、このような方法であれば大丈夫”などと代替案を提示して、豊かな看取りを実現させたいという意欲が伺えた。

表 14 特別養護老人ホームのカテゴリー・サブカテゴリー・コードの関係

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
終末期ケア開始の 宣言と多職種による 情報共有	①主治医による「看取り診断」の宣言	・主治医が「回復が見込めない」という診断、すなわち「看取り診断」が宣言されないと看取りは始まらない。 ・「食事が食べられない」「からだが弱ってきた」という状態になると「看取り診断」が宣言される。 ・「看取り診断」の宣言は、予後30日くらいが目安である。
	②「看取り説明会」で本人・家族の意向等情報共有 ③時期ごとに看取りの状況を説明	・職員間で「看取り説明会」を開催し、家族の意向やケアプランについて、多職種で検討する。 ・「看取り説明会」は、完全とは言えませんが、上手くいっていると思う。 ・家族に「そろそろ時期的に近いです」と、折に触れて説明する。
看取りの心構えと 覚悟	④看取りの心構えの伝達	・「看取り説明会」後に、家族へ看取りの情報提供と心構えを伝達している。

	⑤ 家族は最期の場として覚悟	・入所時に嘱託医から、特養が最期の場所であると説明している。 ・病院への搬送についても、家族は最期の場所であると認識しているし、そのように考えている人が増えた。
具体的な指示・情報の伝達	⑥ 看護師からの具体的な指示の伝達	・看護師から「血圧がどのくらいになったら連絡をください」「サーキュレーションがどのくらいまで下がったら酸素を何ℓに」など具体的な指示があると気持ちが楽になる。 ・ここ最近は、（看護と介護）の看取りの連絡体制は良くなっている。
	⑦ 医師からの速やかな情報伝達	・看護師が「嘱託医から看取りの診断が出た」という情報を速やかに現場に下ろしてくれるとスムーズに動ける。
夜間の不安を支える体制作り	⑧ いつでも職員が駆けつける	・相談員から、何かあれば家族とのやり取りのために、いつでも連絡をくれれば駆けつけると言ってもらっている。
	⑨ 夜間の介護体制をカバーする職員配置の工夫	・夜間は介護職員3名体制、看護師はオンコールである。 ・介護職同士で不安があれば、声を掛け合って、ユニット内を行き来し合っている。 ・不安があれば、ベテランに代わってもらうので、協働は出来ていると思う。
看取りの環境作り	⑩ 静養室での対応を開始	・「看取り診断」が出ると、「静養室」での対応を始める。
	⑪ 看護と介護の協働による普段と変わらない環境作り	・看護と介護が協働で部屋をつくる。 ・本人の持ち物を移すなど、出来るだけ普段と変わらない環境作りに努める。
本人や家族の希望に合わせたケア	⑫ 本人・家族の意向を尊重し、その人らしさを加味したケアプランの作成	・ケアプランの基本的なラインは決まっているものの、その人らしさを加味している。 ・家族から昔の話を聞いて、ケアプランに位置づけている。 ・どのようなものが好きか、家族から聞き取っている。
	⑬ 嗜好に合わせた食事を提供するための連携	・出来る限りその人の嗜好に合わせたものを提供できるように厨房と連携した。 ・体調の良い時に、食べられるように準備していたのが、良かったと思う。
多職種・他機関への相談・連携	⑭ 多職種の意見を聞き、客観的な視点を追加	・一人では決められないことが沢山あったので、多職種に相談できたことは良かった。 ・理学療法士と看護師は、医務室の一員として同じ部屋で働いているので、相談しやすい。

	⑮病院と連携したケア	・病院に入院すると、直接足を運び、実際の食事内容や量を確認してきた。利用者が戻った時の献立に活かした。 ・利用者の入院先には、相談員と一緒に行って、情報提供をしてもらった。
リスク管理と苦痛の緩和	⑯リスク管理と代替案の提示で看取りを豊かにする	・生活の場であり、気分転換にベッドを離れて散歩したい。このことで急変するリスクもあることを伝える。 ・リスクが高い場合、別の方法を提示して、「このような方法であれば大丈夫」という代替案を提示して、豊かな看取りをしたい。
	⑰苦痛の緩和	・理学療法士として出来ることは、苦痛を与えないことである。
	⑱重度化予防	・関節が固まりやすい、褥瘡が出来やすい環境に置かれているので、これらが悪化しないような療法を提供している。

（２）連携・協働で対応が困難、課題を残したこと

ここでは、6つのカテゴリー、9つのサブカテゴリーに分類・整理した。6つのカテゴリーは、【看取りの見立ての難しさ】、【看取りへの心残り・後悔・ジレンマ】、【情報伝達の工夫と改善の余地】、【夜間の体制作りが脆弱】、【本人や家族の思いに届かない】、【制度・政策の限界】である。以下、各カテゴリーについて結果を述べる。

【看取りの見立ての難しさ】は、＜臨終が予測しにくく、看取りの見立てが難しい＞の1つのサブカテゴリーのみである。“概ね30日を目安としているが、こちらの見立てと実際がずれる時がある”、“いつその日が来るのか正直分からない”という発言が聞かれた。主治医による看取り診断が出されるが、個々のケースによって経過は異なるので、予後しにくいというのが現実であろう。

【看取りへの心残り・後悔・ジレンマ】では、＜看取りへの心残りと後悔＞と＜他の仕事との折り合いの難しさ・ジレンマ＞の2つのサブカテゴリーである。“利用者に失礼なことがあったのでは”、“不用意な言動をしてみなかった”、“他の方のケアに当たっている間に息を引き取られた”“医療的なことが大きくなり、精神的な余裕がなくなる”、“できることを延ばさないでやってあげればよかった”など心残り、後悔、ジレンマを表す数多くのコードが出された。

【情報伝達の工夫と改善の余地】では、＜看護師の伝達方法に課題＞と＜介護職員が安心できる伝達方法の検討＞の2つのサブカテゴリーである。事実上のコーディネーターである看護師から発言が多かった。

【夜間の体制作りが脆弱】では、＜看護師不在の夜間に不安＞と＜介護員のみ体制に不安＞の2つのサブカテゴリーである。“夜間看護師はオンコール対応であり、夜間帯に看取りの方が息を引き取られた、状態が悪くなったという時は不安である”、“夜間の不安は

倍増します”と看護師・介護職員双方からのコードがあった。

【本人や家族の思いに届かない】では、＜本人・家族の思いに意識がいかない＞の1つのサブカテゴリーのみである。“看取りでは医療的な部分にどうしても意識がとられ、主体である本人や家族の思いまで意識がいかない”、“家族の意向確認や同意の取り方など、強引な方法をとっているのでは”という内省的な傾向が見られた。

【制度・政策の限界】では、＜介護報酬の限界＞という1つのサブカテゴリーである。“医療（診療報酬）に手厚い反面、介護には回ってこない”、“脆弱な職員体制で看取りケアを行っているのは、職員の社会正義に対する気持ちの表れである”という批判的なコードがあげられた。

（３）当該施設で対応すべき、あるいは対応できる課題・体制

3つのカテゴリー、9つのサブカテゴリーに分類・整理した。3つのカテゴリーは、【チームが協働で看取る体制・仕組み】、【レアな経験と知識を補う研修・教育】、【家族の満足感を高め、その人らしさを見守る】である。以下、主なカテゴリーについて結果を述べる。

【チームが協働で看取る体制・仕組み】では、＜看護師と介護職員が協働で看取る体制づくり＞、＜他者との相談を通して豊かな看取りを実現させる＞、＜すり合わせの大切さ＞の3つサブカテゴリーである。

【レアな経験と知識を補う研修・教育】では、＜看取り経験の少なさを補う研修・教育の必要性＞、＜医療知識や看取りの研修・教育の機会＞、＜レアな体験としての看取り事例を大切し、積み重ねる＞、＜ディスカンファレンスの必要性＞の4つのサブカテゴリーである。“知らないことが多く、経験も少ないので、何が良いのか分からないというのが正直なところである”、“自分の力量と技術を磨いていくことで達成感が得られると思う”、“一同に集まる機会も少ないので、一つひとつの事例を大切にしていきたい”という前向きなコードが多かった。

さらに、チームが協働で看取る体制づくりの強化や、“本来看取りは介護の一部である、特養という生活の場で、その人らしく看取る”、“医療面であれこれというよりは、その人らしい最期を見守ることを大切にする”など、特養という場での終末期ケアとは何か、今後ともこだわりたいという意欲が見られた。

【家族の満足感を高め、その人らしさを見守る】では、＜家族の満足感が職員の満足度になる＞と＜生活の場でその人らしい看取りを見守る＞の2つのサブカテゴリーである。

2）医療療養病床における終末期ケアの連携・協働の特徴

（１）適切に対応できた、上手く連携・協働できたこと

7のカテゴリー、15のサブカテゴリーに分類・整理した。カテゴリー、サブカテゴリー、コードの関係は表15の通りである。

【多職種による情報交換】と【チーム内でのコミュニケーションと定期的なカンファレ

ンス】の категорияは、＜多職種で連携して考えること＞＜主治医の判断＞＜チーム内での十分なコミュニケーション＞＜定期的なカンファレンス＞という、つながりや連携を重視するサブカテゴリーで構成されている。当該施設の＜定期的なカンファレンス＞とは、リハビリテーションカンファレンスのことで、これに多職種が参加するという形態をとっている。また、“廊下での立ち話やさりげない会話がある”や“看護師とちょっとした話をする機会がある”という、インフォーマルな場での職種間コミュニケーションも大切するなど、連携の「場」を重視する傾向がみられた。

【最期を迎えた時の状況】【本人や家族の希望に合わせたケア】【疼痛コントロール等による苦痛の緩和】【終末期に相応しいケアの提供】は、＜きれいな身体で最期を迎えられた＞＜家族との思いで作り＞＜嗜好に合わせた食事を提供するための個別対応＞＜身体機能の向上よりも残存機能の維持＞＜経験知を生かした対応＞という看取りケアを表すサブカテゴリーである。“栄養をとるといふより食べることに重点を置いてサポートしている”、“きめ細かく個人レベルで対応している”、“療養病床は話術等も鍛えられているベテラン職員が揃っているため、患者とのコミュニケーションもスムーズになる”というコードが出された。

【地域に根差した活動と看取り】は、＜地域に根差した活動と看取り＞＜外部の急性期病院の患者を受け入れる＞という、地域活動や関係者との連携を視野に入れたサブカテゴリーであり、院内に留まらないメゾレベルで取り組む姿勢が見られた。

表 15 医療療養病床のカテゴリー・サブカテゴリー・コードの関係

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
多職種による情報交換	①多職種で連携して考えること	・多職種で連携してどうしていくかを深く考えることは多くなっている。 ・看護師がはじめに患者・家族とかかわり、病棟に上がると介護しとかかわる。看護と介護の連携はできている。
	②主治医の判断	・点滴が刺せなくなった際には経鼻で栄養を入れるかどうかを主治医が判断する。
チーム内でのコミュニケーションと定期的なカンファレンス	③チーム内での十分なコミュニケーション	・家族とのコミュニケーションもとれ、主治医と看護と家族が一体となって取り組んだ。 ・どのような最期がそのかたにとって良いのかをチームで話し合っ、それぞれの職種がどう役割を担うのかを決めていくことが大事。 ・多職種が話しやすい関係性ができている。 ・立ち話やさりげない会話から情報を共有している。 ・患者さんと接する機会が一番多い看護師に、ちょっとした

		話の中で食事含めて何か気づく点があれば教えてください とお願いしている。
	④ 定期的なカンファレンス	・ 定期的なカンファレンスに多職種が入っている。 ・ カンファレンスの雰囲気として、会話量が多い。
最期を迎えた時の 状態	⑤ きれいな身体で 最期を迎えられた	・ 身体をきれいにしよう心掛け、そのことが家族からも喜ばれた。
	⑥ 看取りに入っ ても定期的な入 浴で清潔に努める	・ きれいにすることを意識して、看取りに入ってから、他の方と同じように入浴していただいた。
本人や家族の希望 に合わせたケア	⑦ 家族との思い出 づくりを支える	・ 家族と一緒に記念写真を撮り、食事を摂れたのをすごく喜ばれていた。
	⑧ 嗜好に合わせた 食事を提供するた めの個別対応	・ 食事については、直接好みを聞きながらヒアリングを行っている。 ・ きめこまかく個人対応レベルで食事が提供できるようにしている。
	⑨ 本人・家族の希望 に合わせたケア	・ 受け持ちの看護師、介護士を定めて、家族が受け持ちを通して話をすれば、他のスタッフにも伝わるような体制づくりを行い、同じようなケアができるようにしている。 ・ 点滴も入らず、本当に看取るだけという希望であっても、受入れをしている。 ・ 本人・家族がどのように最期を迎えたいかという希望に近づけてケアできている。
	⑩ 療養病棟に入る 前から、本人や家族 の希望を確認	・ 療養病棟に入るまえに、本人・家人の希望を聞き、それを意識してケアしている。
疼痛コントロール 等による苦痛の緩和	⑪ 疼痛コントロール 等による苦痛の 緩和	・ 痰が詰まって最期まで苦しかった、ということを防ぐため、排痰のケアをしている。 ・ (薬剤師は専従ではなく専任の体制ではあるが) 疼痛コントロールの相談などは看護師、医師としつつその都度介入する形で取り組んでいる。 ・ (体制上なかなか療養病棟に詰められないが) 問題のある患者や薬があれば連絡が入る体制を整えている。
終末期に相応しい ケアの提供	⑫ 身体機能の向上 よりも残存機能の 維持	・ 終末期の場合、身体機能の向上という目標とは少し違う。 ・ (理学療法士は) 残った能力の維持という身体機能の評価がメインとなる。

		・どうすれば今残っている機能をなるべく最期まで維持できるかを考える。
	⑬ 経験知を活かした対応	・療養は基本的に、話術等も鍛えられているベテランが揃っているため、患者とのコミュニケーションもスムーズになる。 ・人当たりのいい、話しやすいタイプのスタッフが、うまくコミュニケーションを図るようにする。
地域に根差した活動と看取り	⑭ 地域に根差した活動と看取り	・地域に根ざした活動として看取りをしている。
	⑮ 外部の急性期病院の患者を受け入れる	・外部の急性期病院からも看取りの希望があれば受け入れをしている。

（２）連携・協働で対応が困難、課題を残したこと

８カテゴリー、９のサブカテゴリーに分類・整理した。

【看取りの振り返りを十分にできない】は、＜看取りの振り返りを行っていない＞＜スタッフ個々がバラバラの思いを持ったまま、時間が経過する＞のサブカテゴリーで構成された。“多職種の共通の目標や思いを一つにする場がなく、個々がばらばらのまま上手い出来ないという思いを持ったまま時間が経過した”というコードがあった。

【家族や医師が患者と疎遠になる】は、＜家人の関わりが疎遠になる＞＜療養病床に移ると、主治医の関わりが疎遠になる＞という療養病床に特徴的なサブカテゴリーが抽出された。“一般病床から療養病床に移ると、主治医は安心して足が遠のく”、“家族もほっとしてしまったのか、療養病床に入った途端に足が遠のいてしまった”、“家族の面会が少なくなり、看護師とあまり話をしなくなった”というコードが相次いだ。

【カンファレンスの不十分さ】は、＜多職種一丸となったカンファレンスが十分にできない＞＜定期的なカンファレンスが「リハビリカンファレンス」しかない＞＜職種によってはカンファレンスに参加できる機会が少ない＞＜看取りよりもリハビリ中心のカンファレンスになる＞という４つのサブカテゴリーで構成されるなど、発言が集中したところである。療養病床で唯一定期的に行われているカンファレンスは、リハビリカンファレンスであり、このカンファレンスに終末期ケアカンファレンスを重ねるのは無理があり、“看取りというよりは、リハビリ中心のカンファレンスになってしまう”、“（終末期）カンファレンスがあれば、少しは流れが変わったかもしれない”などカンファレンスの不十分さを指摘するコードが多かった。

【各職種の役割が他職種に十分理解されていない】は、＜自らの専門性を、他職種が十分理解していない＞＜他職種（特に医師）からのオーダーが無い＞というサブカテゴリーである。“医師や看護師が、理学療法士がどういうことができるのかについて浸透していな

い、認識がない、依頼がこない”、“(栄養士が) 栄養サポートが必要だ、関わりたいと思っても、医師によっては「別にいいよ」と言われることがある”、“自分たちは何ができるかを他の職種にも知ってもらえるようにアピールしていくべき”というように、自らの専門性が活用されていない現状を嘆くコードが出された。

(3) 当該施設で対応すべき、あるいは対応できる課題・体制

5 カテゴリー、9 のサブカテゴリーに分類・整理した。5 つのカテゴリーは以下の通りである。

【チームが協働で看取る仕組み作り】では、＜チーム全体で、視点や方法を共有する仕組み＞と＜柔軟に対応していくこと＞の2つのサブカテゴリーで構成されている。“多職種ならではの視点で、他の職種が気づかないやり方を共有する仕組みが必要”、“ICFのように考え方を共有して議論する”というコードが出された。

【医師や家族に対する教育や指導】では、＜医師への教育＞と＜家族への教育と指導＞の2つのサブカテゴリーである。“医師に対しても、して欲しいことを伝え、そうしないとスタッフが困ることを、きちんと伝えるべき”、“医師にも来てもらう手段、定期的に来てくれるように働きかける”など、医師に対するコードが目立った。

【本人や家族の思いを尊重する姿勢】では、＜患者・家族の思いに寄り添う姿勢＞＜本人・家族の思いを引き出す仕組みづくり＞の2つのサブカテゴリーである。

【成功事例の積み重ねと共有】では、＜成功事例の積み重ね＞＜うまくいった経験を多職種で共有＞の2つのサブカテゴリーである。

5. 考察

特養で抽出されたカテゴリーは全部で17、サブカテゴリーは36である。医療療養病床（以下、療養病床）で抽出されたカテゴリーは全部で20、サブカテゴリーは32である。多職種の協働・連携について、類似していたカテゴリーは8つである。表16に類似カテゴリーは網掛けで示した。以下、1) 2) 3) は類似していた点、4) 5) 6) は異なっている点について考察した。

1) 適切に対応できた、上手く連携・協働できたで類似していたカテゴリーは3つ

(1) 特養【終末期ケア開始の宣言と多職種による情報共有】と療養病床【多職種による協働と連携】

特養では、主治医の看取り診断により、多職種が終末期ケアに舵を切っていた。療養病床でも主治医の判断により、療養病床へ転床し、その後多職種による終末期ケアが開始されていた。両施設ともに、医師の医学的判断により終末期ケアが開始されていた。情報共有の方法は、ケアプランの作成とカンファレンスである。

特養では、医師が“回復は見込めない”と判断するのは、食事が食べられなくなったと同時に、身体の衰弱が著しくなった場合である。一方、療養病床は、食事が食べられなくなった、末梢点滴が入らなくなる、あるいは経管栄養や胃瘻が受け付けなくなった時であ

る。医師の医学的判断と多職種の見立てには、あまり差がなく、円滑に終末期ケアが開始されている。日本慢性期医療協会（2008）や辻ら（2012）が行った調査でも、終末期にあたるかどうかの判断は、職種間での差は見られていない。

（2）特養【本人や家族の希望に合わせたケア】と療養病床【本人や家族の希望に合わせたケア】

特養では「事前指定書（リビングウィル）」は作成していないが、入所時に本人・家族の意向を聞き取っている。療養病床は、転床する前から本人・家族の意向を聞き、転床してからは、事前指定書を作成して意向を聞き取っていた。両施設ともに定期的に意向を確認していた。

特養では、“家族の満足度が職員の満足度になる”というコードからも、本人の意思が確認できない場合が多く、家族の意向をより重視する傾向が見られた。このようなことからわが国でも家族や介護者の満足度に着目した研究が多い。

宮田ら（2004）は、高齢者を看取った介護者の「思い」「満足度」からみたケアの評価を行った。その結果、死亡前後の状況や死亡場所がどこであったかにかかわらず、ケアのプロセスが関連していた。場所特に、安定期においては、“療養中に叶えたい高齢者本人の希望が実現したこと”、“本人の希望の実現や励みになるインフォーマルサポートがあったこと”が影響していた。

また、一般的に、医師、看護師、介護職員以外の職種は、「（終末期になると）自分たちはもうすることがない」と引いてしまう。しかし、両施設ともに、管理栄養士や理学療法士が中心となり、食に関する意向を丁寧に聞き取っており、食べられなくなっても、「栄養としての食ではなく、楽しみとしての食」に強いこだわりを持っていた。

（3）特養【リスク管理と苦痛の緩和】と療養病床【疼痛コントロール等による苦痛の緩和】

特養では、生活の延長線上で豊かな看取りをするには、リスクが伴うことがあることから、別の方法を提示してした。

療養病床では、理学療法士が“最期まで呼吸機能は残るので、痰が詰まって苦しかったということを防ぐために、排痰ケアもします”、薬剤師は“急性期病床と兼務しているため、疼痛コントロールをします”など、積極的に関与していた。

2）上手く対応できなかった、連携・協働に課題を残したで類似していたカテゴリーは3つ

（1）特養【看取りへの心残り・後悔・ジレンマ】と療養病床【看取りのみに集中できないジレンマ】

（2）特養【本人や家族の思いに届かない】と療養病床【十分に汲み取る事ができない本人や家族の思い】

（3）特養【制度・政策の限界】と療養病床【診療報酬等、制度・政策による影響】

この3つのカテゴリーは、入所者の重度化に対応するのが精一杯で、終末期ケアに十分

な人と時間を配分できないジレンマと、現行の介護報酬・診療報酬に対する限界を表している。

高齢者の終末期ケアでは、看取りを豊かにするためのあらゆる可能性を、高齢者の語り（ナラティブ）や家族から引き出すこと、今の希望を実現するために多職種を巻き込むことなど、積極的なケアマネジメントが求められる。しかし、十分に意思を引き出したか否か、内省する意見が聞かれた。特養では、医療行為を行うのが精一杯で、家族の思いに届かなかったのではというコードが相次いだ。療養病床では、“（療養病床）に転床後は、何か起こらない限り、医療ソーシャルワーカーとのやり取りが少なくなる”、“主治医が病室を訪問しない”など、医療ニーズが少なくなることにより、連携が弱くなっていた。

平成22年度介護サービス施設・事業者調査によれば、特養の医療処置の実施状況は、喀痰吸引は4.4%、経管栄養・胃瘻は10.7%である。医療処置や医学的管理の比重が増しているにもかかわらず、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第18条では、「医師又は看護職員は、常に入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な処置をとらなければならない」と、老人福祉法による特養創設期の基準を踏襲したままになっている。そのため、全国老人福祉施設協議会は、「平成24年度介護報酬改定等に関する要望書」の中で、医療・看護の重要性が増している今日、特養における医師または看護職員について「・・・必要に応じて看護及び医学的管理に基づく療養の世話をを行う」と改めるよう、厚生労働省に要望書を提出している。

療養病床では、リハビリテーションや栄養サポートチームの介入は必要であると、多職種が判断しても、医師の指示がなければサービスを提供できないという、制度上の限界を指摘していた。

3) 当該施設で対応すべき、あるいは対応できる課題・体制で類似していたカテゴリーは2つ

(1) 特養【チームが協働で看取る体制・仕組み作り】と療養病床【チームが協働で看取る仕組み作り】

特養は医療従事者が手薄なため、看護師と介護職員でカバーする体制と仕組み作りを、療養病床では、看取りの視点やケア方法を共有する仕組み作りが強調されていた。両施設とも、カンファレンスの重要性が強調されていた。

日本慢性期医療協会（2008）の調査では、医療療養病床での終末期カンファレンスの実施率は少ない。「ほとんど実施していない」と「全く実施していない」を合わせると44.4%である。当該施設は連携の場としてのカンファレンスを重視しているため、実施率が高いといえる。一方で、インフォーマルな会話（立ち話等）は、活発にされており、これらが重要な情報共有の場となっていた。

(2) 特養【レアな経験と知識を補う研修・教育】と療養病床【成功体験の積み重ね】

特養の施設内死亡数は年間4件と少ないため、看取りはレアな経験である。“自分の力量と技術を磨いていくことで達成感が得られると思う”、“一同に集まる機会も少ないので、

一つひとつの事例を大切にしていきたい”という前向きなコードが多く、研修や教育の機会を望んでいた。

一方で、療養病床の施設内死亡数は46件と多いが、ディスカンファレンスは開催されていない。前述した日本慢性期医療協会（2008）の調査でも、死亡後のカンファレンスについて「ほとんど実施していない」と「全く実施していない」を合わせると68.5%にもなる。「このようにしたら上手くできる」という成功体験を多職種で共有できる仕組み（カンファレンスや事例検討会）をあげる意見が多く、特に医師の参加を強く望んでいた。

4）特養は縦型の指示系統を、療養病床では横のつながりを重視

特養では、看取り診断の宣言という医師の指示をもって看取りを始め、＜看護師からの具体的な指示＞や＜医師からの速やかな情報伝達＞という、縦型の指示系統を重視している。三菱総研（2010）の調査によれば、特養の配置医師の9割が非常勤の嘱託医であり、常勤医を配置している施設はわずか3.4%である。配置医師のうち、勤務日数については、7割が10日未満で、平均8.53日と少ない。そのため、終末期ケアのコーディネーターは看護師である。

また、夜間については、“血圧が〇〇になったら連絡を”、“酸素の飽和度が〇〇%になったら、酸素を〇〇ℓに上げる”という具体的な数値を入れた指示を看護師に求めるコードが相次いだ。これは、脆弱な看取り体制下では、やむを得ないことであろう。

一方、療養病床では、連携・協働の場としてカンファレンスが重要と考えている。これは、終末期ケアを担う職種が、固有の専門性を有している故に、横のつながりや連携を重視しているからと考える。また、立ち話などのインフォーマルな場での職種間コミュニケーションを大切にしながらも、定期的なカンファレンスをするという、連携の場を重視する傾向が見られた。

5）特養は脆弱な人員体制を、療養病床では医師や家族の指導・教育を改善すべきと考えている

特養では、脆弱な人員体制を補う方法として、“いつでも職員が駆けつける”、“ベテラン介護職員が新人と勤務交代するなど、夜間の介護体制をカバーする職員配置”というコードにもあるように、現場レベルでの対応をしていた。さらに、急変のリスクに対応できないことから、安全を担保した代替ケアの提示など、リスクマネジメントの重要性が出されていた。

療養病床では、人員不足の不安はなかったが、療養病床に転床することで、急性期病床所属の主治医や家族らの足が遠のき、本人やスタッフとの関係が疎遠になるという意見が出された。手厚い人員体制でありながらも、むしろ手厚さが「お任せ」の傾向を作っているという、療養病床の特徴が明らかになった。このような状況を解消するには、医師や家族を含めたカンファレンスや事例検討という、連携の場と教育が重要であるとしている。

質の高い終末期ケアを提供するためには、特養は十分な人員体制と教育体制が、療養病

床は医師を含めた多職種への教育が必要であると考え、現行制度や介護報酬・診療報酬での対応では限界があるという意見が出された。

6) 特養は個人の力量不足を悔やみ、療養病床では自分の力をもっと活用して欲しいという意欲が見られた

課題を残した場面については、特養は圧倒的に個人の力量不足を悔やむコードが多く出された。“利用者に失礼な言動があったのでは”、“もっと顔を見に行けばよかった”など看取りへの心残りや後悔が表出された。

一方、療養病床では、個人の力量が不足していることを嘆くのではなく、“自分たちをもっと活用して欲しい”、“(自分たちは) もっとできることがあったはず”という意識が強く、高い専門職意識が垣間見られた。

表 16 特養と医療療養病床のカテゴリー・サブカテゴリーの比較

1. 終末期ケアのプロセスにおいて、適切に対応できた、上手く連携・協働できた場面

特別養護老人ホーム		医療療養病床	
カテゴリー	サブカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
終末期ケア開始の宣言と多職種による情報共有	① 主治医による「看取り診断」の宣言 ② 「看取り説明会」で多職種によるケアプランの検討 ③ 時期ごとに看取りの状況を説明	多職種による情報交換	①多職種で連携して考えること ②主治医による判断
看取りの心構えと覚悟	④ 看取りの心構えの伝達 ⑤ 家族は最期の方として覚悟	チーム内でのコミュニケーションと定期的なカンファレンス	③チーム内での十分なコミュニケーション ④定期的なカンファレンス
具体的な指示・情報の伝達	⑥ 看護師からの具体的な指示の伝達 ⑦ 医師からの速やかな情報伝達	最期を迎えた時の状態	⑤きれいな身体で最期を迎えられた ⑥ 看取りに入ってから定期的な入浴で清潔に努める
夜間の不安を支える体制作り	⑦ いつでも職員が駆けつける ⑧ 夜間の介護体制をカバーする職員配置の工夫	本人や家族の希望に合わせたケア	⑦家族との思い出づくりを支える ⑧嗜好に合わせた食事を提供するための個別

			対応 ⑨本人・家族の希望に合わせたケア ⑨療養病棟に入る前から、本人や家族の希望を確認
看取りの環境作り	⑩ 静養室での対応を開始 ⑪ 看護と介護の協働による普段と変わらない環境づくり	疼痛コントロール等による苦痛の緩和	⑪疼痛コントロール等による苦痛の緩和
本人や家族の希望に合わせたケア	⑫ 本人・家族の意向を尊重し、その人らしさを加味したケアプランの作成 ⑬ 嗜好に合わせた食事を提供するための連携	終末期に相応しいケアの提供	⑫身体機能の向上よりも残存機能の維持 ⑬経験知を生かした対応
多職種・他機関への相談・連携	⑭ 多職種の意見を聴き、客観的な視点を追加 ⑮ 病院と連携したケア内容	地域に根差した活動と看取り	⑭地域に根差した活動と看取り ⑮外部の急性期病院の患者を受け入れる
リスク管理と苦痛の緩和	⑯ リスク管理と代替案の提示で看取りを豊かにする		
	⑰ 苦痛の緩和		
	⑱ 重度化予防		

2. 終末期ケアのプロセスにおいて、対応が困難あるいは課題を残した場面

特別養護老人ホーム		医療療養病床	
カテゴリー	サブカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
看取りの見立ての難しさ	① 臨終が予測しにくく看取りの見立てが難しい	看取りの振り返りを十分にできない	① 看取りの振り返りを行っていない
看取りへの心残り・後悔・ジレンマ	② 看取りへの心残りと後悔 ③ 他の仕事との折り合いの難しさ・ジレンマ	家族や医師が患者と疎遠となる	② 家人の関わりが疎遠になる ③ 療養病床に移ると、主治医のかかわりが疎遠になる
情報伝達の工夫と改善の余地	④ 看護師の伝達方法に課題 ⑤ 介護職員が安心できる伝達方法の検討	カンファレンスの不十分さ	④ 多職種一丸となったカンファレンスが十分にできない
夜間の体制づくりが脆弱	⑥ 看護師不在の夜間に不安 ⑦ 介護員のための体制に不安	十分に汲み取る事ができない本人や家族の思い	⑤ 本人・家族の思いを十分に汲み取ることができない
本人や家族の思いに届かない	⑧ 本人・家族の思いに意識がいかない	看取りのみに集中できないジレンマ	⑥ 他の仕事と折り合いをつけることのジレンマ ⑦ 看取りよりもリハビリ中心のカンファレンス
制度・政策の限界	⑨ 介護報酬の限界がある	各専門職の役割が他職種に十分に理解されていない	⑧ 自らの専門性を、他職種が十分理解していない
		診療報酬等、制度・政策による影響	⑨ 診療報酬の限界がある
		システム作りの未確立	⑨ 終末期ケアのシステム作りが未確立

3. 対応すべき、あるいは対応できると思われる終末期ケアの課題

特別養護老人ホーム		医療療養病床	
カテゴリー	サブカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
チームが協働で看取る体制・仕組み作り	① 看護師と介護職員が協働で看取る体制づくり ② 他者との相談を通して豊かな看取りを実現する ③ すり合わせの大切さ	チームで協働して看取る仕組み作り	① チーム全体で、視点や方法を共有する仕組み ② 柔軟に対応していくこと
レアな経験と知識を補う研修・教育	④ 看取り経験の少なさを補う研修・教育の必要性 ⑤ 医療知識や看取りの研修・教育の機会 ⑥ レアな体験としての看取り事例を大切にし、積み重ねる ⑦ ディスカンファレンスの必要性	医師や家族に対する教育や指導	③ 医師への教育 ④ 家族への教育と指導
家族の満足感を高める	⑧ 家族の満足感が職員の満足度になる	本人や家族の思いを尊重する姿勢	⑤ 患者・家族の思いに寄り添う姿勢 ⑥ 本人・家族の思いを引き出す仕組みづくり
その人らしさを見守る	⑨ 生活の場でその人らしい看取りを見守る	地域連携の推進	⑦ 院外を含む、地域との連携づくり
		成功事例の積み重ねと共有	⑧ 成功事例の積み重ね ⑨ 上手くいった経験を多職種で共有

6. 本調査のまとめ

本調査の目的は、グループインタビュー法により、特別養護老人ホームと医療療養病床での、終末期ケアにおける多職種の連携・協働の実態を明らかにすると共に、両者の結果を比較し、異同を明らかにすることである。研究の信頼性と妥当性を保つために、インタビューと分析は複数の研究者で行った。その結果、特養と医療療養病床の連携・協働で類似していたカテゴリーは、【多職種による情報交換】、【本人・家族の希望に合わせたケア】、【看取りのみに集中できないジレンマ】など8つであった。一方で、異なっていたカテゴリーは、①特養は縦型の指示体系を、療養病床では横のつながりを重視、②特養は脆弱な人員体制を、療養病床では医師や家族の指導・教育を改善すべきと考え、③特養は個人の力量不足を悔やんでいたが、療養病床では自分の力をもっと活用してほしいという意欲が見られた。

7. 調査の限界と今後の課題

本調査の限界と今後の課題について、調査対象の代表性、インタビュー方法の限界、調査結果の一般化の3点について述べる。

1) 調査対象の代表性

本調査では、多死時代の看取りの場として役割が期待されている、特養と医療療養病床を対象とした。施設選択の基準は、次の3点である。①両施設とも終末期ケアの体制を整えていること（H特養は「看取り介護加算」を算定）、②施設内死亡数が全国平均またはそれ以上であること、③特養では、事前に配布した意識調査で、医師、看護師、介護職員ともに、看取りに積極的に取り組んでいると回答し、Y療養病床は、多職種チームで排泄ケアマネジメントや栄養マネジメントに取り組み、アウトカム評価を高めるなど、終末期ケア以外でも多職種連携・協働に積極的に取り組んでいると判断した。

また、グループインタビューの対象者は、テーマに適合した人を偏りなく選出することが求められる。本調査では、過去1年間に終末期ケアに関わった多職種について、年齢、性別、職種など属性を配慮して、偏りがないように選ぶように管理者に依頼した。

安梅（2010）が指摘しているように、グループインタビューにおける代表性とは、量的研究方法における代表性、いわゆるランダム・サンプリングによる偏りをなくすという意味ではない。それでも、インタビュー対象はどのような観点を重視して決定したのか、という説明は丁寧に行う必要はある。

2) グループインタビュー方法の限界

本調査は、終末期ケアに関わった職種の多様な意見を収集し、潜在的・顕在的な情報を探索的に分類・整理することから、グループインタビュー法を選択した。多職種の豊かな意見やなまの声を大切にしたいと考えたからである。グループインタビュー法のような質的研究は、数字で信頼性と妥当性を示すことはできないが、インタビューから分析までのすべての段階について3名の研究メンバーが分析にかかわることにより、信頼性と妥当性

を担保した。

しかし、グループインタビュー法には限界がある。参加者が言葉にしたいくないこと、あるいは言葉にしにくいことがあるのは容易に想像がつく。そもそも日常の実践活動は、言葉にすることを意識しているわけではないことを研究者は配慮すべきである。実践活動を理解するには参与観察が有効な方法であるが、時間的な制約からこれに代わる方法として「観察記録」を作成し、複数の研究者が参加者の非言語的表現を収集した。それでも十分な意見を収集できたかどうかは疑問が残る。

また、分析過程では、カテゴリー、サブカテゴリー、コードのバランスを見直し、1つのカテゴリーに多くのサブカテゴリーやコードが多く含まれている、逆に少ない場合は、カテゴリー化の基準を見直し、サブカテゴリーとカテゴリーの移動・削除・統合を行うなど、作業は難航した。行き詰ると、逐語録や観察記録を丁寧に読み直して、文脈を解釈する作業を繰り返したが解釈には限界があった。

小田（2010）が提案しているように、「日常の現場のなまの声」をより引き出すためには、インタビューと参加者の役割を固定せずに「会話形式のやりとり」を行う方法もある。この調査方法は、「関わりながら観る」というエスノグラフィー調査の最も独自な方法であり、今後検討したい。

ただし、インタビューという方法を通してまとまりのあるデータが得られるのも事実である。結局は、参与観察による会話のやりとりと、半構造化インタビューの特性を踏まえて組み合わせていくことが現実的であると考える。

3) 調査結果の一般化

本調査結果がどれだけ一般化できるかについては、同じような特徴を持つ他の集団やグループに対しても、その結果を適用できるかどうかを確認することである。ヴォーンら（1996）は、「一般化は目標ではないにせよ、同様な結果を得るために、複数のフォーカス・グループ・インタビューを行うことにより、一般化することは可能」と述べている。冷水（2010）も、同じ質問事項に関する異なる参加者に対する面接を繰り返し、明らかにされた共通の結果は、一般化につながるとしている。また、安梅（2010）は、複数のグループインタビューの成果を統合してまとめる方法を「複合分析」としている。これは、各々のグループインタビューで取り上げられた重要カテゴリーに注目し、何が共通しているのか、何が相違しているのか、それはどのような背景要因によるのかを検討するものである。

グループインタビューの数は、多ければ多いほど複合分析に幅ができるものの、現実的には時間と費用がかかるため限界がある。時間をかけて同様の研究方法を継続するか、それとも他の方法を組み合わせるのか検討したい。

第4章 フランス医療・福祉のマネジメントとわが国への示唆

はじめに

本章はフランス医療・福祉のマネジメントとわが国への示唆を論じる目的で、3つの節で構成されている。

第1節は、フランス医療・看護・介護制度を概観する。介護制度は、社会扶助の位置づけであるが、要介護認定や多職種チームによるケアプラン作成など、わが国の介護保険制度と類似点が多い。しかし、介護給付の増大に対するサービスの適正化の観点から、自助と互助の段階を整備し、支援の中核に相談・助言機能に力を入れている。また、医療と介護サービスをつなぐ実質上のコーディネーターを担うのは看護師である。看護師の役割拡大の経緯と、専門看護師制度について論じる。

第2節は、医療ニーズの高い患者への多職種・他機関の集中的マネジメントを担い、在宅医療に軟着陸させる在宅入院制度（HAD）について、文献調査とヒアリング調査を行った。内容は次の3点である。①HADの整備状況、財政など国レベルでの取り組み状況、②HADの事業所レベルでの取り組みと課題、③HAD、病院、個人開業者による多職種連携の集中的マネジメントの現状と課題である。さらに、日仏比較を通して、わが国の在宅医療・ケアの強みと弱みを考察する。

第3節は、フランス終末期ケアについて、文献調査とヒアリング調査を行った。内容は次の3点である。①フランス終末期ケアにおける基本法と関連制度、医療提供体制の整備状況など、国レベルでの取り組み状況、②緩和ケアの人材育成、レオネッティ法（尊厳死法）における多職種チームでの意思決定の現状と課題、③地域緩和ケアネットワークにおける多職種連携の現状と課題である。さらに、日仏比較を通して、わが国の終末期ケアの強みと弱みを考察する。

第1節 フランスの医療・看護・介護制度

1. 調査の背景と目的

2004年に実施された医療制度は、①「かかりつけ医制度」の導入、②保険免責制度、③その他（有効性が低い薬剤の償還率のさらなる引き下げ、患者カード導入による医療情報の共有化）である。また、2009年7月21日法により医療計画と地方健康計画が統合されたことで、保健予防、入院医療（病院）、外来医療（開業医）、福祉までを含めた総合的な行動計画となっている（松田 3013）。これにより、地域全体を大きな施設として捉え、在宅入院や緩和ケアネットワークをモバイルチームとして位置づけ、場所や制度を越えてサービスを提供する仕組みを整えてきた。長くなった高齢期のケアは、症状や生活環境などは一律ではない。病状が変化するたびに住まいを移動するのではなく、変化してもケアの連続性と継続性を保つために、多職種チームが移動するという体制を整えてきた。

フランスの介護制度は、社会扶助としての位置づけであり、税を財源として、県の責任によって提供されている。2002年1月1日から実施されている、個別自律手当（Allocation Personalisee D'autonomie :「A P A」）は、要介護認定による6段階の要介護度の分類、社会医療チームによるケアプランの作成、要介護度に応じた給付額の上限設定など、わが国の介護保険制度との類似点も多い。しかし、社会扶助としての位置づけであること、給付増大に対するサービスの適正化の視点から、自助・共助という段階を整備し、支援の中核として相談・助言機能に力を入れている。

本節では、フランスの介護制度である個別自律手当の概要、運営状況を概説すると共に、地域密着型機関である地域インフォメーション・コーディネートセンター（C L I C）における在宅支援の取り組みを紹介する。そのうえで、日本の介護保険制度の強みと課題を整理する。

わが国の急性期医療は、医療技術の進歩で医行為が高度化、複雑化し医師の負担が増えている。一方で、高度な教育を受けたコメディカルが増えているにもかかわらず、その専門性が十分に発揮されていないという声がある。このような背景から、2006年12月に内閣府の規制改革・民間開放推進会議が、医師とコメディカルの役割分担の見直しや、看護師の業務拡大の検討を提言し、2009年6月23日には「経済財政改革の基本方針2009」を閣議決定し、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）」について専門家会議で検討を行い、2009年8月28日に厚生労働省内に「チーム医療の推進に関する検討会」（以下「検討会」）が設置され、2010年3月18日に報告書をまとめた。

検討会では、各コメディカルの役割の拡大、スタッフ間の連携の推進とともに、保健師助産師看護師法（以下「保助看法」）の中で、医師の包括的指示のもとで一定の医行為（特定の医行為）を実施する、特定看護師（仮称、以下同様）の創設を検討することが明記された。処方権を持つナースプラクティショナー（nurse practitioner : N P）の制度化は見送られた。

フランスには処方権を持つN Pは存在しないが、古くから専門看護師制度が発達し、医療技術の進歩に合わせて医師と看護師の役割分担を整理し、「固有の役割」（role propre）を法的に位置付けてきた。ただし、フランスにおいても看護教育は現時点でも専門学校での養成であり、法的にも医師の補助的役割という位置づけで、必ずしも社会的地位は高くないなど、医師と看護師の関係は日本と同じような課題を抱えている。

本節では、フランス医療と介護制度、看護師、専門看護師の動向を概観しながら、法的に定められた看護師の「固有の役割」を例示しつつ、医師との役割分担をわが国の看護師業務の現状と比較しながら整理する。フランス看護師は、一部の医師の反対に対抗しながらも、関係各団体を巻き込みながら「固有の役割」を確立し、これを拡大してきた経緯がある。また、専門看護師制度があり、専門看護師率は全看護師の8.6%である。専門看護に特化していくコースと、マネジメントに特化するコース（管理看護師）に分かれ、専門看護師の3分の1が管理看護師である。背景には、専門に特化した看護師だけではチーム医

療が円滑に回らないこと、短い入院医療をカバーする在宅入院制度（第2節で詳細に述べる）が発達し、ここでは病院・在宅・開業者との三つ巴の連携が求められることから、マネジメントができる管理看護師の配置が義務付けられている。

フランスは一般看護師の「固有の役割」を位置付けたこと、専門に特化する看護師とともに、マネジメントを学び、チーム医療や病診連携・看護連携を円滑にする管理看護師の役割も評価されていることを強調したい。最後に、最後に現在厚生労働省の「チーム医療推進会議」で検討されている「特定看護師」が医師の包括的指示のもと、一部の看護師に裁量を拡大することについて、フランス看護師の「固有の役割」を比較しながら、その是非も含めて私見を述べたい。

2. フランスの医療制度の概要

1) 国民皆保険で公的医療保険と補足医療保険の2階建て

フランスはわが国と同様に国民皆保険を原則とする社会保険制度である。職域ごとに分化された医療保険制度があり、加入者の職業形態により、被用者一般制度、特別制度（船員や国鉄職員など）、農業制度、非被用者制度（自営業者や聖職者など）がある。このうち被用者一般制度に国民の80%が加入している。保険者は疾病金庫（Caisse）である。

2001年1月に、低所得者を対象とした普遍的医療給付（*converture medicale universelle* : CMU）を導入して国民皆保険を徹底した。CMUとは、国、公的保険、補足的医療保険組織が共同出資したもので、医療保険に加入できない低所得者や無保険者にも、同等の医療サービスを無料で受けられるようにしたもので、2006年にはCMUの加入者は500万人にも達している。

フランスでは、公的医療保険で給付されない医療費（自己負担金、私費診療の医療費など）をカバーする補足医療保険が発達している。強制加入ではないが、国民の93%が加入している。運営は共済組合、相互扶助組合、一般の保険会社などである。このように、公的医療保険と補足医療保険の2階建て制度という、手厚い給付体制を誇り、実質自己負担はほとんど発生しない仕組みになっている。

2) 医療機関と医療費の支払い

フランスの医師・看護師は、団塊世代の退職を控えているものの、現時点では十分な数が確保されている。急性期病院の平均在院日数は5.2日と短い。フランスの病院は設置主体により、公的病院、民間非営利病院、営利病院に区分され、公的病院が多くを占める。機能分化も進んでおり、急性期病院、中期医療施設（わが国の亜急性期病床や回復期リハビリテーション病棟に該当する）、長期療養施設、精神病院に分かれている。2008年の全病床数は、440,656床で、そのうち急性期病床が50%を占める。人口は日本の半分であるが、病床数は4分の1と少ない。その分、医師や看護師の配置が手厚くなっている。表17に2010年のフランスの基本情報を示す。

入院医療費は、疾病金庫から病院に直接支払われる現物給付で、給付率は80%である。

外来医療費は償還払いが基本で、償還率は医療行為によって異なる。たとえば、医師の外来診察料は70%、薬剤は65%（ただし、抗がん剤等の代替薬のない高額な医薬品は100%償還される）、看護師やリハビリ技師等によるセラピーは60%である。

表 17 フランス／日本基本情報（2010）

項 目		単位	フランス	日本
総人口		千人	62,149	127,395
65 歳以上の人口比率		%	16.6	22.1
平均寿命		年	男 78.0／女 84.7	男 79.6／女 86.4
合計特殊出生率		%	2.00	1.37
病床数	人口千人当たり総病床数	床	6.4	13.6
	人口千人当たり急性期病床数	床	3.5	8.1
医師数	人口千人当たり医師数	人	3.3	2.2
	病床百床当たり医師数	人	50.9	16.4
看護師数	人口千人当たり看護師数	人	8.5	10.1
	病床百床当たり看護師数	人	131.5	74.3
平均在院日数（急性期）		日	5.2	18.2
一人当たりの外来受診回数		回	6.7	13.1（09 年）
女性医師割合		%	40.8	18.8
総医療費対 GDP		%	11.6	9.5（09 年）
OECD 加盟国間での順位			3 位	16 位
国民負担率		%	61.2	39.0

出典：OECD Health Data 2012 より筆者作成

3）近年の医療費抑制政策

表 1 に示すように 2010 年のフランスの医療費は対 GDP で 11.6%である。人口の伸び率より医療費の伸び率が高い状態が続いていた。医療機関へのフリーアクセス、自由開業医制、手厚い医療体制、低い自己負担などから医療費が増大する仕組みとなっていた。

医療費を抑制するため、2004 年に医療制度を改革した。主な取り組みとして、①「かかりつけ医制度」の導入、②保険免責制度、③その他（有効性が低い薬剤の償還率のさらなる引き下げ、患者カード導入による医療情報の共有化）である。ここでは①と②について述べる。

① かかりつけ医制度」によるフリーアクセスの制限

2004 年 8 月 13 日の法律（以下、「04 年法」とする）により、かかりつけ医制度が導入

された（施行は 2005 年 7 月 1 日）。かかりつけ医を通じて適正な受診行動を促すものであり、これにより 16 歳以上の被保険者と被扶養者は、所属する疾病金庫にかかりつけ医を指定し通知することになった。2006 年 6 月には、16 歳以上の被保険者の 77%がかかりつけ医を持ち、そのうち 99.6%は一般医から選ばれている。かかりつけ医を通さずに直接専門医にかかると償還率が低くなる（償還率は、かかりつけ医の場合は 70%、かかりつけ医を通さない場合は 60%である）。ただし、産婦人科、眼科、精神科による特別な診療については、かかりつけ医を通さないで専門医に直接受診することが認められている。6 歳以上の国民は、所属する疾病金庫にかかりつけ医を指定し通知することが義務づけられた。かかりつけ医を経由せずに、直接専門医に受診した場合は、自己負担額が増額されるペナルティが課せられた。

②保険免責制度による自己負担の増額

国民にコスト意識を持ってもらうために、診察 1 回当たり 1 ユーロを自己負担する制度である（開業看護師やリハビリテーションなどの医療サービスも同様）。この自己負担については、補足医療保険でもカバーされないため、実質自己負担が増えた。ただし、1 年間の負担上限額は 50 ユーロである。また、入院医療費、18 歳未満と 6 ヶ月以上の妊婦、CMU の受給者については適用されない。

2. フランス看護制度の概要

1) フランス看護師の資格・養成課程

フランスの看護の資格は看護師と助産師の 2 種類である。教育プログラムの根拠法は公衆衛生法であるが、教育の管轄については、看護師は保健省、助産師は教育省と異なっている。両者ともに国家資格が必要あり、免許の更新はない。

看護師免許を取得するためには、高校卒業後に看護師養成学校（専門学校）で、3 年間（37.5 ヶ月、4760 時間）履修し、地方公衆衛生局が実施する国家試験に合格して、看護師国家免許を取得する。准看護師制度はなく、すべて正看護師である。

助産師は、高校卒業後に助産師養成学校（専門学校）で、4 年間の教育を受け、教育省が実施する国家試験を受験し、合格すれば助産師免許を取得する。

フランスではさらに専門看護師（小児・麻酔・手術室）を取得して専門化するコースと、管理看護師としてマネジメントに特化するコースに分かれる。専門看護師は 2 年以上の実務経験を経た後に、一定期間専門の教育機関で教育を受ける（ただし、小児看護師は実務経験を問われない）。管理看護師は 4 年以上の実務経験が必要で、専門看護師を取得する必要はない。より専門化するか、あるいは管理職化していくかを選択する。

さらに管理看護師は、①医療保健管理職、②上級医療保健管理職、③看護部長 2 級、④看護部長 1 級の 4 段階に分かれる。管理職になると、指導的立場や院内の重要なポストに就くようになる。こららは、資格ごとに存在する「身分に関する法令」によって規定されている。これら専門看護師の根拠法、教育機関や期間、資格試験等については、山本ら（2004）、

岡谷（2005）、刀根（2007）が詳細な報告をしている。

また、フランスの開業看護師数は 2009 年末で約 70,000 人であり、全看護師の 14%を占める。開業看護師は専門看護師である必要はなく、実務経験 3 年を経た後に、地方公衆衛生局に登録して開業する。開業看護師は、自宅やオフィスなどで看護クリニックを開業し、訪問看護も提供する。

2) 看護師と専門看護師の動向

全国被用者疾病金庫 医療職者台帳の 2009 年 1 月 1 日付けによれば、フランスの看護師数は 502,500 人で、人口 1000 人当たりの看護師数は 7.93 人、100 床当たりでは 114.9 人である。専門看護師数は 43,000 人で、専門看護師率は 8.6%である（内訳は、小児専門看護師 3%、麻酔専門看護師 1.6%、手術室専門看護師 1.2%、管理看護師 2.7%）。ここ 10 年間で看護師数、専門看護師数ともに伸びている（表 18）。

専門看護師の勤務場所は、個人開業 15%、病院 71%（公的病院 54%、民間非営利＋営利病院 17%）、高齢者施設 4%、その他 10%であり、公的病院勤務が半数を占めている。

表 18 フランスにおける看護師と専門看護師の動向

	2000 年	2003 年	2006 年	2009 年
看護師数（人）	383,200	422,800	464,900	502,500
専門看護師数（人）	27,900	32,600	37,100	43,000
小児専門看護師	12,000	11,600	13,200	15,000
麻酔専門看護師	5,400	6,400	7,200	8,100
手術室専門看護師	3,700	4,800	5,500	6,200
管理看護師	8,600	9,900	11,300	13,700
専門看護師率（%）	7.3%	7.7%	8.0%	8.6%

出典：ADELI（全国被用者疾病金庫 医療職者台帳）より筆者作成

3) 専門看護師の歴史

専門看護師の歴史は古く、戦後まもない 1947 年に母子保護政策を高める職種として、小児専門看護師が誕生した。手術と麻酔技術の高度化に伴い 1960 年に麻酔専門看護師、1971 年に手術室専門看護師が誕生した。

医療技術の高度・複雑化に伴い、医師にはより高いレベルの医療行為が求められるようになってきた。そのため、医師が提供していた医療行為が徐々に看護師に委譲されようになり、かつ、看護補助者による療養上の世話が認められるようになってからは、看護師は医療の技術的業務を実施する「技術者」にシフトしてきた。

1980 年代になり、医師から委嘱された業務について、看護師の「固有の役割」(role propre)として Decret（デクレ：政令）（注 1）に明記しようとする動きが活発になった。しかし、「看護師は医師の助手」と考えていた一部の医師の団体が反対したため、看護師の職業団

体や労働組合がデモを行い、対抗した。その結果、1984年に看護師の「固有の役割」がデクレとして明記された。これにより、看護師は患者との関係を基本にしながら、固有の役割について責任をもって遂行することになった。看護師の自律性を承認する大きな出来事であった。

4) フランスにおける看護師の固有の役割

日本の保健師助産師看護師法（以下「保助看法」）第37条では、医師から看護師への「指示」については、看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為を一括して指示すること、つまり「包括的指示」により看護業務が行われている。包括的指示はあいまいな概念で、基準や行為など具体的な例示がないため、しばしば人によって解釈が異なる、いわゆるグレーゾーンとして扱われている。

個々の医療行為が「診療の補助」の範囲に含まれるか否かについては、当該行為の難易度、看護教育の程度、医療用機材の開発の程度等を総合的に勘案し、社会通念に照らし合わせて判断されるとし、これまで厚生労働省は、2002年「静脈注射」、2007年「薬剤の投与量の調整」等が「診療の補助」の範囲に含まれるとしている。ただし、膨大な医療行為の一つひとつを区分けするのは限界があること、診療の補助業務にも難易度があり、どのような方法で区分けするかは議論されていない。

フランスでは、1984年に看護師の「固有の役割」がデクレとして明記されたことをきっかけに、看護行為について、雇用連帯省 2002年2月11日制定「看護職実践・職業行為に関する法」に明確している。以下、法の概要と看護職実践・職業行為（表19）を示す。

- ・第1条：「看護実践には、分析、計画、実行、評価、臨床データ収集、疫学と予防活動への参加、検査、保健衛生教育が含まれる。看護実践にあたっては、多職種とチームを形成して活動する」と規定されている。
- ・第2条～第4条（略）
- ・第5条：看護師が独自に判断・決定して行う看護行為（本稿では「A」とする）
- ・第6条：救急の場合を除き、医師の処方箋（内容・量・日付・署名を明記）、またはプロトコールが必要で、看護師が単独で行う行為（「B」）
- ・第7条：医師の処方またはプロトコールに則り、鎮痛治療を自主的に使用することができる。さらにこれらを看護記録に記載すること。
- ・第8条：医師の処方箋（内容・量・日付・署名を明記）、またはプロトコールが必要で、至近距離に医師の物理的臨場を必要とする行為（「C」）
- ・第9条：医師が行う際に、介助者として参加できる行為（「D」）
- ・第10条：麻酔専門看護師が行える行為「E」
- ・第11条：小児専門看護師が行える行為「E」
- ・第12条：手術室専門看護師が行える行為「E」

表 19 フランスにおける看護職実践・職業行為（抜粋）

A. 看護師が判断・決定して行う行為（医師の指示や処方必要なし）	・投薬：服薬の確認、作用・副作用の管理と教育 ・排泄ケア ・食事や栄養のケア ・呼吸管理 ・睡眠、安静、移動のケア ・褥瘡予防とケア ・心理精神的ケア ・経管人工栄養の注入と交換、ケア、観察 合計 38 行為
B. 医師の処方やプロトコールに基づき、看護師が単独で行う行為	・静脈注射、筋肉注射、皮下注射、点滴、ワクチン接種 ・中心静脈路（血管）確保 ・ドレーンの交換や除去 ・抜糸 ・洗浄目的の胃管挿入 ・子宮内や膣洗浄 ・肛門ゾンデ挿入、洗浄、浣腸、摘便 ・2回目以降の気管カニューレ交換 ・心電図、脳波記録 ・採血、血中酸素濃度測定、中心動脈圧の測定 ・他院への患者移送時のケアと観察 ・医師、患者、看護師間での治療計画作成 等 合計 34 行為
C. 医師の処方やプロトコールに基づき、かつ医師の物理的臨場を必要とする行為	・輸血などの注射（適合性の確認が必要なもの） ・中心静脈カテーテルへの鎮痛剤注入 ・中心静脈カテーテルの除去 ・手動徐細動器の使用 ・脱アルコール治療、睡眠治療 ・手術直後から覚醒までを除く手術直後の経過観察とケア 合計 10 行為
D. 医師が行う際に、介助参加できる行為	・負荷または薬剤使用での心電図や脳波の記録 ・貯留物除去ゾンデ初回 ・循環動態データ観察 ・精神科における電気ショック 合計 10 行為
E. 専門看護師に限って行える行為	【麻酔専門看護師】 医師の処方やプロトコールに基づき、かつ麻酔医が物理的に臨場している場合に行える行為 ・全身麻酔 ・部分麻酔 ・手術直後蘇生覚醒

	・手術直後、覚醒室での経過観察 【小児専門看護師】 ・小児の発育と成長観察 ・新生児の栄養 ・障害の予防と早期発見目的の検診 【手術室専門看護師】 ・手術室内管理、リスクマネジメント ・各部署との調整
--	---

また、上記A～Eの看護行為について、わが国の保助看法「療養上の世話」と「診療の補助」業務との関係を整理した。

- A. 看護師が独自に判断・決定して行う行為
⇒医師の指示や処方を必要としないので、「療養上の世話」に該当する
- B. 医師の処方やプロトコールに基づき、看護師が単独で行う行為
⇒ほとんどが「診療の補助」に該当するが、一部該当しないハリスク行為が混在している（動脈血採血、中心静脈路確保）
- C. 医師の処方やプロトコールに基づき、かつ医師の物理的臨場を必要とする行為
⇒ほとんどがハイリスク行為で、「診療の補助」に該当しない
- D. 医師が行う際に、介助者として参加できる行為
⇒「診療の補助」に該当しない行為
- E. 専門看護師に限って行える行為（麻酔看護師のみ）
⇒「診療の補助」に該当しない行為

また、第7条「医師の処方またはプロトコールに則り、鎮痛治療を自主的に使用することができる。さらにこれらを看護記録に記載すること」では、鎮痛剤に関する看護師の裁量権が定められている。

さらに、上記「診療の補助」行為で主要なものを抽出して、フランスと日本を比較した（表 20）。フランスでは多くの医療行為は一般看護師が独自に行っている。

表 20 「診療の補助」 行為に関するフランスと日本の比較

	診療の補助行為	フランス	日本
注射	筋肉注射、皮下注射、皮内アレルギーテスト	○	○
	静脈注射（ワンショット）	○	○
	中心静脈血管確保	○	×
	中心静脈カテーテルへの鎮痛剤注入	△	×
	中心静脈カテーテルの抜去	△	×
検査	採血（静脈）	○	○
	採血（動脈）	○	×
	脳波や心電図の記録	○	○
	中心動脈圧測定	○	○
その他	創処置（デブリードマン含む）	○	○
	気管カニューレ交換	○	△
	ドレーンの交換や抜去	○	×
	気管内挿管	×	×

注）○：医師の指示で看護師が単独で実施できる行為

△：医師の指示があり、かつ医師がそばにいれば実施できる行為

×：看護師は実施できない（しない）行為

4. フランス介護制度の概要

1) 個別自律手当 (APA) の概要

フランスでも高齢化に伴い、要介護高齢者の社会的入院や老人医療費の高騰が問題となり、医療と介護で分離している法律や制度を統合した、新しい介護制度が検討されていた。1991 年以降に全国でモデル事業が実施され、それを受けて 1997 年 1 月に依存的特別給付（Prestato Spécifique Dependence : 「P S D」）が導入された。P S D は社会扶助（aide sociale）としての位置づけで、実施主体は県、財源は租税を充てた。この制度では、要介護認定（la Grille Autonome Gerontologique-Groupes Iso-Ressources : 「AGGIR」）という全国一律の判定基準を採用し、6 段階の要介護度に分類するという、わが国の要介護認定に類似したシステムが導入された。

しかし、利用に当たっては以下のような問題が指摘されていた。①資産調査による所得制限が義務付けられたため、低所得者に限定された、②重度な要介護者に限定した、③介護施設は給付対象外とした、③県によって給付格差が生じた、など課題が多かったため、利用者が伸び悩み、早くから制度改革を期待する声が強かった。

このような課題をクリアするために、P S D の代わりに個別自律手当（Allocation Personnalisée D'autonomie : 「A P A」）が、2001 年 3 月に議会に提出され、2002 年 1 月 1 日から実施された。A P A の概要は以下の通りである。

【対象者】

- ① フランス国内に 15 年以上合法的に居住している。
- ② 60 歳以上である。
- ③ 自律の一部を喪失したために、日常生活に支障のある者で、要介護認定で要介護者（GIR 1～4）と判定された者。虚弱者（GIR 5）および自立者（GIR 6）は給付対象外。

【給付までの手続き】

- ① 本人または家族、法的代理人が県の窓口申請する。
- ② 申請後に書類が送付されるので、申請者は必要事項を記入し、添付書類（ID 証明書、納税書類等）を返送する。
- ③ 県の社会医療チーム（医師、看護師、ソーシャルワーカー）が申請者宅を訪問し、要介護度認定のアセスメントを行う。
- ④ 請から 2 ヶ月以内に、県の担当課が A P A の給付の有無を通知する。施設入所者においては、医師の監督のもと施設内で行われる。

【要介護認定と評価項目】

要介護認定は日本のシステムに似ている。県の社会医療チームが、表 21 に示すように、17 のアセスメント項目（理解、認知、排泄、身体清潔、更衣、食事、屋内外の移動、遠隔通信、家事、資産管理など）について、3 段階：「一人でできる」、「部分的にできる・介助を要する」、「できない」で評価する。その結果、6 段階の要介護度（GIR）に分類される。

表 21 AGGIR 要介護認定の項目

【識別判断項目】
1. 一貫性：会話する。さらに/あるいは、理にかなった方法で行動する 2. 方位感覚：時、1 日の中の時間、場所の中で自分を位置づけられる 3. 入浴・洗顔：身体の衛生について 4. 衣服の着脱：衣類を着る・脱ぐ・身支度をする 5. 食事：準備された食べ物を食べる 6. 排泄：尿や便の排泄物を衛生的に処理する 7. 移動：ベッドから起きる、ベッドに横になる、座る 8. 室内での移動：杖、歩行器、車イスを使うか否か 9. 屋外での移動：門から外に移動（交通機関は使わない） 10. 遠隔通信：コミュニケーション手段、電話、非常警報を使う
【具体的判断】
11. 管理：自分の持ち物、予算、資産の管理をする 12. 料理：食事の支度をし、それを食べられる状態にする 13. 家事：家事のすべてをする 14. 移動：交通手段を用いる。および/あるいは、交通手段を操作する

15. 買物：直接に購入、あるいは通信販売で購入する
16. 治療のフォロー：医師の処方箋に合っている
17. 余暇にすること：スポーツ、カルチャー、ソーシャル、レジャー、趣味

出典：CNSA（全国自立連帯金庫）

【要介護度別の給付限度額】

フランスでもデクレ（政令）により、要介護度別の給付限度額が設定されている（表 22）。2014 年 1 月 1 日現在で、在宅給付の限度額は、GIR 1 で 1304.84 ユーロ、GIR 2 は 1118.43 ユーロである。在宅には自宅だけでなく、受け入れ家庭や 25 床未満の高齢者施設も含まれる。施設^{注1}サービスには給付限度額は設定されていない。

表 22 要介護度別の給付限度額 （2014 年1月1日）

（単位ユーロ）

GIR	状態像	在宅限度額
GIR1	【最重度の要介護者】 就床、あるいは一日座位のみ、知的能力低下大、外部からの永続的な介護を必要とする寝たきり状態	1304.84
GIR2	【高度の要介護者】 自分ひとりでは移動不可能、または移動は可能であるが知的能力が低下した者	1118.43
GIR3	【中等度の要介護者】 知的能力正常、最低運動能力も保存されているが、日常生活の援助が 1 日数回必要な者	838.82
GIR4	【軽度要介護者】 自分ひとりで移動可能ながら、日常生活に援助が必要な者	559.22
GIR5	【虚弱高齢者】 自宅での移動、生活にほぼ問題ないが、食事の準備や生活品の買物等に家事援助が必要な者	給付なし
GIR6	【自立者】 自立している高齢者	給付なし

出典：CNSA（全国自立連帯金庫）

【ケアプラン作成からサービス利用まで】

GIR 1 ～ 4 に該当する場合、県の社会医療チームは要介護度に応じたケアプランを作成し、申請者に提示する。要介護認定とケアプランの作成は同一チームで実施されるのが特徴である。申請者は、提示されたケアプランに納得できない場合は、これを拒否できる。

主な介護サービスは、①ホームヘルプサービス（家事援助、食事介助、相談、見守りサービス）、②福祉用具購入や住宅改修、③デイサービスである。医療サービスは、開業看護

^{注1} 介護施設には、25 床以上の要介護高齢者滞在施設、長期療養医療施設などがあり、それぞれ公立・民間（営利・非営利）が開設している。

師による訪問看護が中心である。看護師の裁量権が広く認められ、医師の処方箋があれば看護師のみで提供できる医療行為が多く、滞在時間は短い。看護行為は看護コスト単位に基づいて疾病金庫に出来高で請求する。

2)APAの現状

【受給者数・割合】

2011年12月31日時点でのAPAの受給者数は119.9万人にのぼり、前年度比2.0%の増加である。全受給者のうち在宅APA受給者は721千人（60%）、施設APA受給者は478千人（40%）である。

最重度者であるGIR1は全受給者数の9.3%と少なく、軽度者であるGIR4が44%を占めている。ただし、施設APAでは、GIR1と2で60%を占めている（表23）。

表23 APAの受給者数・割合（2011年12月31日現在）

GIR	在宅APA		施設APA		合 計	
	受給者数 (千人)	割合 (%)	受給者数 (千人)	割合 (%)	受給者数 (千人)	割合 (%)
GIR1	18	2.4	93	19.5	111	9.3
GIR2	126	17.5	194	40.5	320	26.7
GIR3	157	21.8	82	17.1	239	19.9
GIR4	420	58.3	109	22.9	529	44.1
合計	721	100.0	478	100.0	1199	100.0

出典：Allocation Personalisee D'autonomie et la prestation decompensation du Handicap au 30 juin

また、2008年6月の時点で、要介護度認定で要介護者となる割合は42%にとどまり、ここ数年42～45%で推移している。一方、わが国では要支援者・要介護者と認定される割合は、これまで96～97%で推移していたが、2009年4月の新要介護認定が導入されてからは、非該当者が従来の2倍になるなど、特に在宅で軽度に出ることが判明して現場が混乱した^{※2}。評価項目と判定方法が異なるため、単純な比較はできないが、日本の要介護認定は高い認定率を保っているといえる。

【利用者負担】

^{※2} 2009年10月以降、新要介護認定で必要以上に軽度の認定者が出ないように、43項目について判断基準をより緩やかにする方策がとられる。

APA は、利用者の収入に関係なく受給資格が与えられるが、本人の収入により自己負担額が 0 ～90% に設定されている。本人と配偶者との月收入が 658.04 ユーロ未満の場合は、自己負担が免除され、2622.34 ユーロ以上の場合は、介護費用支出の 90% を負担する。

2008 年 6 月 30 日における在宅の平均給付額は、月額 504 ユーロ、利用者負担額は 90 ユーロで、給付額に対する平均自己負担率は 17.8% である。一方、施設の平均給付額は、月額 460 ユーロで、利用者負担額は 150 ユーロである^{※3}。在宅給付は収入に応じて減免措置が適用されるが、施設給付は扶養義務者の収入も合算されるため、自己負担率が高くなる傾向がある。そのため、最低生活保障額を残すため徴収できなかった費用は、社会扶助費から支払われる。

【財源】

全国自立連帯金庫 (caisse nationale de solidarite pour l'autonomie : C N S A) ^{※4} の報告によれば、2008 年の A P A の総給付額は 48 億ユーロである。給付額の伸び率は 2008 年で前年度比 4.4% と、受給者の伸び率とほぼ同じになってきた。ただし、在宅の伸び率は 5.8% とやや高い。介護施設はベッド数を制限しているため、伸び率はここ数年横ばいである。

A P A は社会扶助という位置づけであるため、租税が主な財源である。内訳は、一般社会拠出金 (Contribution sociale generalisee : C S G) が 3 分の 2 を、自律連帯拠出金 (Contribution solidarite autonomic : C S A) が 3 分の 1 を負担している。

C S G は 1990 年に社会保障費を補うために創設された目的税であり、様々な所得に課税されている。C S A は、2004 年 6 月 30 日に成立した「高齢者および障害者のための自律のための連帯に関する法律」^{※5} によって創設された。高齢者と障害者の福祉施策の財源を捻出するために、新たに「国民連帯の日」を決め、その日に労働した所得の 0.3% を使用者が拠出することで財源を得ていた。

※3 介護施設に入所している場合は、滞在費は自己負担、介護費用は A P A、医療・看護サービスは疾病保険が負担する。A P A は本人・家族 (扶養義務者) の収入に応じて給付額が決定する。本人の手元に残る金額として、73 ユーロ / 月を保障する (最低生活保障費)。

※4 全国自律連帯金庫は、要介護高齢者と障害者の福祉サービスの財政機構であり、2004 年 7 月 1 日に創設された国の機関である。主な役割は、①要介護高齢者と障害者の福祉サービスの財政措置、②要介護高齢者と障害者の自律に改善に関する専門的評価、権利と機会の平等に関する施策、③サービスの質の向上に関する専門調査と普及である。

※5 2003 年夏にフランスを襲った猛暑は、在宅虚弱高齢者や老人ホームの入所者などを含む 15,000 人の死者を出した。事態を重く見たフランス政府は、担当大臣の辞任、介護と医療を包括した介護制度の見直し、高齢者と障害者の施策の財源の確保に着手した。その結果、「高齢者および障害者のための自律のための連帯に関する法律」を制定し、財源として「国民連帯の日」に働いた所得の一定額を、拠出金として捻出することを決めた。

5. CLIC(地域インフォメーション・コーディネートセンター)の在宅支援

地域インフォメーション・コーディネートセンター (Centre Local d' Information et de Cordination Gerontologique :「CLIC」) とは、地域で生活する在宅高齢者とその家族への総合相談、助言、地域の社会資源とのネットワーク形成、諸サービスの調整等を行う、地域密着型の組織である。多職種による支援チームを形成し、連携して在宅支援にあたる。フランス全土に 600 ヶ所設置されている。2004 年 8 月 13 日法、第 56 条を根拠法とする。財源は、市税、県の補助金、老齢年金金庫や疾病金庫からの拠出金で構成されている。県が設置主体であるが、市やNPO法人などが運営している。

わが国の地域包括支援センターの役割に近く、在宅生活を継続するため、公正中立的な立場で、支援チームが他機関と連携しながら支援している。相談の結果、AP Aを利用する緊急度が低いと判断された場合は、すぐに申請するのではなく、地域のインフォーマルサービスの利用を推奨したり、本人や家族の持っている機能を高めて在宅生活を継続できるよう、AP Aの節度ある利用を促している。

【主な役割】

- ①高齢者の総合相談支援事業：総合相談、助言、各種制度の情報提供、施設紹介を行っている。在宅生活を継続するための相談と助言に力を入れている。また、AP Aを申請して非該当となった人の相談や助言も行っている。
- ②各種制度の申請支援：AP Aや社会福祉サービスなどの申請支援。
- ③家族支援：要介護者の家族を対象とした情報交換会の開催、アルツハイマー協会と連携した座談会、家族同士によるピアカウンセリング。
- ④介護予防活動：啓蒙活動に限定
- ⑤困難事例の検討会：支援困難な事例検討会を定期的を実施

【支援チームと連携機関】

- ・支援チーム：老年科医師、看護師、ソーシャルワーカー、心理療法士（または家族カウンセラー）、事務職員で構成される。
- ・連携機関：開業医、病院、薬剤師会、後見人協会、よく老いる市民の会、社会事業センター、在宅サービス協会、裁判所、老年年金金庫、疾病金庫、心理療法センター、県、市など

【営業日】

基本的には月曜日～金曜日までの 8：30～17：30（地域によって異なる）

【在宅生活の支援方法】

看護師、ソーシャルワーカー、老年科医師または心理療法士による支援チームが、自宅を訪問し、包括的なアセスメント（生物・心理・社会モデルのアセスメント票を用いる）を行い、在宅生活を継続するための方法を、本人と検討し、ケアプランを作成する。本人の残存能力を引き出す、家族関係を調整する、関係者同士で助け合う、インフォーマルサービスを活用するなど、本人と家族を含む環境に対するエンパワメントを行っている。A

P Aは社会扶助の位置付けであることから、自助を基本としながら互助、共助の支援のネットワークを形成することで、節度ある利用を促している。

定期的なモニタリングは定められていないため、ソーシャルワーカーが必要と判断した場合、再度自宅訪問して、在宅生活が順調に進んでいるかどうかモニタリングする。在宅生活が困難であると支援チームが判断した場合は、速やかにA P Aにつなげている。

また、家族同士のピアカウンセリング、心理療法士や家族カウンセラーによる家族支援が行われているのも注目すべきである。

6. 考察—わが国への示唆

わが国の介護保険制度は実によくできた制度設計であるが、課題がないわけではない。まとめでは、日仏の介護制度を比較しながら、日本の強みと課題について整理し、フランスから学ぶ点を強調する。

1) 手厚い医療保険と医療提供体制のもと、看護師の処方権よりは医師と看護師の役割を整理

フランスの看護師は処方権を持たず、「固有の役割」として裁量の幅を拡大し、法的に位置付けてきた。背景には、急性期医療や在宅医療の発達に伴い、医師から看護師への行為の委譲が行われてきたこと、古くから専門看護師制度が発達していたことがあげられる。・自らの業務の拡大には、医師会等の反対があるなど日本と同じ状況を経験してきたが、関係団体を巻き込みながら合意を得てきた。

諸外国ですでに導入されている看護師の処方権のメリットとして、①費用の安さ（医療費の抑制）、②医療へのアクセスのしやすさ、③待ち時間の短縮等が指摘されている⁸⁾（注4）。フランスは手厚い医療保険と医療提供体制により、自己負担は低く抑えられており、かつ、医師へのアクセスも容易で、病床数に見合った医師数も確保されていることから看護師による処方権を求めてこなかった。ただし、医療の現場でしばしば問題となる、いわゆるグレーゾーンに該当する医療行為については、医師が裁量を委譲しながら、医師と看護師の役割を整理し、法で定めるなど合理的な方法をとってきた。

わが国はフランスよりも医療へのアクセスが良く、外来にかかる待ち時間はほとんどない。さらに、医師の技術料もこれら諸外国と比較すると高くない。ただし、病床数が多いため、医師・看護師の配置数が少なくなっている現状がある。

2) 一般看護師を対象に「固有の役割」を拡大

フランス看護師の「固有の役割」の拡大は、専門看護師ではなく一般看護師を対象に行われてきた。これは、看護師とはジェネラリストであること、小児・麻酔・手術室専門看護師は、限られた領域での専門性であることが合意されているからである。一方で、病診連携や看護連携を促進し、在院日数を短縮化し、在宅医療への軟着陸を多職種と共に行う管理看護師の存在が早くから評価され、HADでも配置を義務づけている。

厚生労働省の「チーム医療の推進に関する検討会」で議論されている特定看護師は、「医

師の包括的指示のもとで侵襲性の高い医療行為を行う看護師」であり、処方権を持つNPとは異なっている。その意味では、フランスの一般看護師が行っている医療行為「B. 医師の処方やプロトコールに基づき、看護師が単独で行う行為」に近いものと理解している。検討会で議論されている「特定医行為として想定される行為例」は、①動脈血ガス測定のための採血、②創部ドレーンの抜去、③縫合等の創部処置、④褥瘡の壊死組織のデブリードマン、⑤副作用出現時や症状改善時の薬剤変更・中止、⑥CTやMRI等を実施時期の判断などである。

3)日本の要介護認定のプロセスは重装備で幅広く認定

日本の要介護認定は、コンピューターによる一次判定と介護認定審査会での合議による二次判定を経て決定され、そのシステムは複雑で、時間と費用がかかる。一次判定のシステムを変更するたびに、関係者が混乱する事態を招き、国はその対応に多大なエネルギーと費用を費やしている。このような複雑なプロセスを経ても、要支援・要介護者と認定される人は96～97%にものぼり、申請すればほぼ全員が認定されている状況である。特に二次判定では、主治医意見書や審査員の意見が尊重されることから、幅広く認定されている。

一方フランスの要介護認定の項目数は17項目と少なく、一次判定のみというシンプルな制度設計である。さらに、認定される割合は42～45%と低く、申請者の半数以上が非該当者となり、APPAのサービスを受けることができない。ただし、非該当者の在宅支援を継続する受け皿としてCLICが位置付けられている。

4)フランスの介護制度は自助、共助の仕組みを強化

フランスは、APPAを申請する前にCLICという機関で、在宅支援に関する相談・助言を丁寧に行ったり、家族同士のピアカウンセリングを行うなど、APPAの適正な利用を促している。APPAは社会扶助であり、自助、共助をエンパワメントし、これらが限界に達した場合に公助であるAPPAを利用するという適正化システムである。

わが国でも介護給付適正化計画に基づき、国・県・市町村の三者が一体となって適正化事業を実施している。主な取り組みは、要介護認定調査の適正化、ケアプランチェック、住宅改修・福祉用具実態調査、医療情報との突合、介護サービス事業者に対する指導・監査の充実強化、介護報酬請求の適正化等である。どちらかという、サービス事業者に対する指導・監督という位置づけである。

介護は医療とは異なり、治癒という概念がないため、一度介護サービスを利用すると、サービスの利用を前提とした生活を組み立ててしまう。また、居宅介護支援においては、保険給付に位置付けられた介護サービスを利用しないと、給付管理が発生しないため、自助や共助を強めるよりは、公助である介護保険のサービスを利用するというインセンティブが働いてしまう。

介護保険の理念は自立支援であり、社会保険であっても自助、共助、公助の順番で支援するプロセスは変わらない。自助からダイレクトに公助に結びつけるような支援ではなく、自助、共助をエンパワメントしたケアマネジメントが評価されないと、理念は絵に書いた

餅に終わってしまうのではないか。

5) 地域インフォメーション・コーディネートセンター「CLIC」は相談・助言業務を強化し、在宅生活を支援する

CLICの活動の中心は、高齢者の相談・助言業務、多職種・他機関と協働で行う在宅支援である。わが国の地域包括支援センターに近い存在として、地域に密着した活動を行っている。

一方、わが国の地域包括支援センターは、相談・助言業務よりは、介護予防ケアマネジメントに忙殺されている。全国保健センター連合会の調査（2009）によれば、介護予防ケアマネジメント業務に従事している時間が全業務の44.4%と高く、介護予防ケアプランの作成時間は、要支援者の新規で377.5分と6時間以上もかかっている。また、重要性が高い業務のトップは「総合相談支援業務」（92.7%）で、「介護予防ケアマネジメント」（39.1%）をはるかに上回っている。すなわち、介護予防ケアマネジメント業務は、重要性が低く業務負担感が高いという特徴がみられる。

さらに予防給付は、認定のたびに予防給付と介護給付を移動するケースもあり、また両者間でケアマネジメントが分断されるのは利用者にとっても不都合であり、居宅介護支援事業所に任せてもよいのでは。また、第5期介護保険計画では地域包括ケアをキーワードにしていることもあり、相談・助言業務を強化し、在宅支援の拠点として位置付けてはどうか。

日本の介護保険制度はアクセスが良く、支給限度基準額も高額で、かつ施設給付も手厚い。また、ケアマネジメント制度を導入し、医療と介護を一体的に提供するなど、うまく出来ている制度である。しかし、高齢化のさらなる進行により、介護サービスの需要は大きくなり給付費が増大する。また介護を担う人材確保も見通しは明るくない。限りある財源と人材は節度を持って使うのが若い世代に対する思いやりでもある。

公正中立なケアマネジメントも課題である。居宅介護支援事業所の9割以上が何らかの介護サービス事業所を併設していること、保険給付されているサービスをケアプランに位置付けなければ給付管理が発生しないことは、公正中立という側面だけでなく、自立支援の視点からも疑問である。自助、共助をエンパワメントするケアマネジメントにも一定の評価が望まれる。

第2節 フランス在宅入院制度における多職種連携の集中的ケアマネジメント

1. 調査の背景と目的

先進国の共通の課題は、高齢社会に伴う社会保障費の増加と、縦割りで発達してきた医療を効率よく提供するシステムを再構築して、医療費を抑制することである。フランスも例外ではなく、歴史的に医療は社会保険制度（assurance sociale）である疾病保険（assurance maladie）、介護は社会扶助制度（aide sociale）と別々に提供されている。そのため、医療と介護の両方のニーズを持つ高齢者医療・介護には限界があること、結果として類似のサービスが異なる制度から提供されることから非効率性がしばしば指摘されている。

このようなことから同国は、在宅入院制度（Hospitalization a Domicile : 以下、HAD）に代表される、医療ニーズの高い患者への多職種・他機関の集中的ケアマネジメントや、重層的な訪問看護による在宅ケアを推進している。

HAD とは、雇用連帯省「在宅入院に関する通達」（通達 NO : DH/EO2/2000/295、2000 年 5 月 30 日）によれば、「病院勤務医および開業医により処方される患者の在宅における入院である。予め限定された期間に（ただし、患者の状態に合わせて更新可能）、医師及びコ・メディカル職のコーディネートにより、継続性を要する治療を自宅で提供するサービス」と定義されている。患者の自宅を病床とみなし、医療ニーズの高い退院患者に対し、在宅入院機関が病院の医療チームと、かかりつけ医を含む個人開業者と協働で、退院後も入院と同レベルの医療サービスを提供するものである。

制度を支えるコーディネーターは、HAD 所属のコーディネート医師とコーディネート看護師である。特に医師の関与が強く、開業医や病院勤務医が協働で支える仕組みは興味深い。医療に特化したサービスを短期集中的に提供し、早めに介護サービスに移行して在宅生活を長く続けてもらい、医療費を抑制するのがフランス政府のねらいである。

2012 年末の全国 HAD の施設数は 317 施設、病床数は 12,700 床で、フランス全国土をカバーしている。設置主体の 3 分の 2 が NPO 法人など非営利団体、残りの 3 分の 1 が民間企業などの営利法人である。2007 年からは、高齢者施設や高齢者住宅に入居している人も HAD のサービスを利用できるようになるなど、対象者や利用要件を緩和し、在宅ケアを支えている。

しかし、ここ数年は、病院側の早すぎる退院による在宅医療の高度化と費用の高騰、夜間・休日対応できる医師の不足、入院患者の高齢化による介護サービスとの連携が困難など、わが国と共通の課題を抱えている。

本節では、次の 3 点について文献調査とヒアリング調査を行った。①HAD の整備状況、財政など国レベルでの取り組み状況と課題、②HAD の事業所レベルでの取り組みと課題、③HAD、病院、個人開業者による多職種連携の集中的ケアマネジメントの現状と課題である。さらに、日仏比較を通して、わが国の在宅医療・ケアの強みと弱みを考察する。

2. 調査方法

1) 文献調査

HADの現状を理解する上で重要な行政資料や活動レポートを入手し、日仏の医療制度に精通している2名の日本人通訳者が翻訳をした。その後、筆者が翻訳内容を確認し、内容に過不足がある事項については、通訳が確認した。資料は以下の通りである。③④⑤はヒアリング調査時に入手したものである。

- ①公衆衛生法典 Decret 第712条（在宅入院の人員基準・運営基準が明記されたもの）
- ②雇用連帯省「在宅入院に関する通達」（通達NO：DH/E02/2000/295、2000年5月30日）
- ③フランス全国在宅入院連盟（FNEHAD）「在宅入院データ2012～2013」（全国調査）
2013年8月27日のヒアリング調査時に入手
- ④パリ公立病院協会附属在宅入院連盟（パリHAD）2002年活動レポート（事業所調査）
2006年3月18日のヒアリング調査時に入手
- ⑤パリ公立病院協会附属在宅入院連盟（パリHAD）2008年活動レポート（事業所調査）
2010年3月21日のヒアリング調査時に入手

2) ヒアリング調査

HADで重要な役割を担っている2つの公的機関に対し、ヒアリング調査を行った。①フランス全国在宅入院連盟（以下、FNEHAD）と、②パリ公立病院協会附属在宅入院連盟（以下、パリHAD）である。FNEHADは全国のHADを束ねる組織、パリHADは、パリ市内にあるHADの最大組織で、10%のシェアを占める。

FNEHADの調査は2013年8月27日、パリHADは2006年3月18日と2012年3月21日に実施した。インタビューはそれぞれのオフィスの一室で行った。

調査対象者は、FNEHADは主任ディレクターで、ヒアリング時間は2時間。パリHADは2回とも看護部長で、ヒアリング時間は2時間。

ヒアリング調査によるデータ収集の信頼性を高めるために、インタビュアーは3回ともフランス在住20年以上で、フランス医療制度に精通している日本人研究者と筆者が実施した。インタビュー内容は調査対象者の同意を得てICレコーダーに録音した。

3) 分析方法

ICレコーダーの発言と提供された資料をもとに、調査後の早い時期に記録を作成し、日本人研究者との間で情報の確認と調整を行った。さらに、過不足のある事項については、調査対象者にメールや電話等で照会し、正確な内容に修正した。ただし、一部の内容については、都合により、その確認が十分できなかったところもあった。以下に、ヒアリング調査と活動レポートを分析した結果をまとめた。

4) 倫理的配慮

インタビューに際し、調査目的、分析方法、質問事項、進行手順とタイムスケジュールについて、書面および口頭で説明し承諾を得た。インタビューの目的・方法について、書面および口頭で説明した。調査終了後1年以内にICレコーダーの内容は消去することを

説明し、同意を得た。

3. 調査結果

文献調査と3回のヒアリング調査の結果は、以下の通りである。1) は全国組織であるフランス全国在宅入院 (FNEHAD) の全国調査結果、2) はパリ市最大の組織であるパリHAD 活動状況をまとめた。

1) FNEHAD の全国調査結果

(1) FNEHAD の整備状況

FNEHAD「在宅入院データ 2012～2013」によれば、2012 年末での HAD の施設数は 317 施設、病床数は 12,700 床で、フランス全国土をカバーしている。2005 年から 2012 年までの、施設数、入院件数、患者数、病床数、総収入の推移を表 24 に示す。

2005 から 2009 年までは前年比二桁の伸び率であった。2010 年以降は 3～8 % の伸び率で鈍化している。これは、小規模な HAD を統合して、中規模化することで、効率化を図っているためである。

表24 2005～2012年在宅入院の活動推移

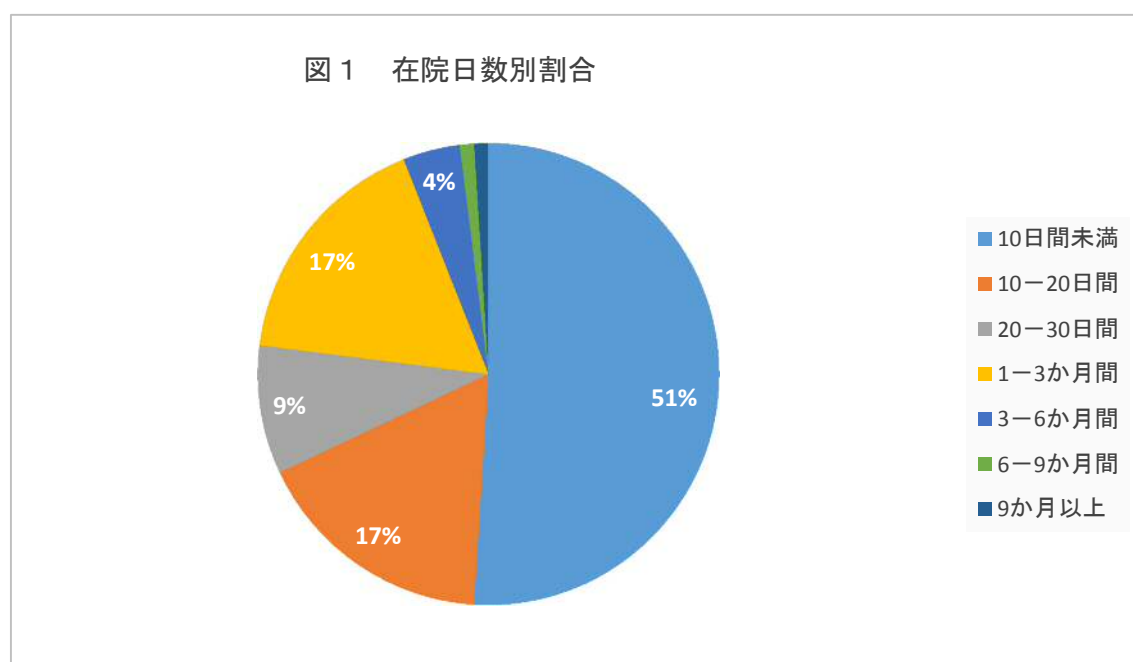
	施設数 (前年比)	入院件数 (前年比)	患者数 (前年比)	病床数 (前年比)	総収入 (百万€) (前年比)
2005年	123施設	63666件	35017人	4584床	2億8507万1409M€
2006年	166 (+35%)	80980 (+27%)	46022 (+31%)	5931 (+29%)	3億8597万9339 (+35%)
2007年	204 (+23%)	95100 (+17%)	56287 (+22%)	7243 (+22%)	4億7484万2806 (+23%)
2008年	231 (+13%)	112591 (+18%)	71743 (+27%)	8456 (+17%)	5億4606万2339 (+15%)
2009年	271 (+17%)	129748 (+15%)	86674 21%	10040 (+19%)	6億5236万8093 (+19%)
2010年	292 (+8%)	142859 (+10%)	97624 (+13%)	11050 (+10%)	7億1404万5440 (+9%)
2011年	302 (+3%)	149196 (4%)	100100 (+3%)	11877 (+7%)	7億7121万8660 (+8%)
2012年	317 (+5%)	156318 (+5%)	104960 (+5%)	12679 (+7%)	8億2504万9082 (+7%)

出典：FNEHAD「在宅入院データ 2012～2013」 レポートより筆者作成

（２）FNEHAD の平均在院日数・割合

2012 年の平均在院日数は、25.2 日（ただし、産後ケアおよびハイリスク新生児ケアを除いた場合は 29.4 日）。これは 2009 年に 23.7 日（同 28.5 日）と比較すると、長期化している。その理由は、対象患者の高齢化と重度化のため、在宅看護・介護への移行に時間と手間がかかっているためである。

図 1 に在院日数別割合を示す。10 日未満が全体の 51%を占めている。10 日未満の主なサービスは、輸血や産後ケアなどが含まれている。一方で、神経難病などのリハビリテーションなどは 1 か月以上の在院日数を要するなど、サービスによって格差が大きい。



出典：FNEHAD「在宅入院データ 2012～2013」

（３）HAD の高齢者施設での活動状況

2007 年からは、老人ホームや高齢者住宅など高齢者施設に入居している人も HAD のサービスを利用できるようになった。これは、2007 年 2 月 22 日制定デクレおよび 2007 年 3 月 16 日省令、さらには 2007 年 10 月 5 日通達による一連に係法改正によるものである。

2012 年では 79.5%の HAD 機関が、高齢者施設での何らかの医療サービスを提供しているが、入所者全体に占める割合は、全入所者の 4.5%にしかすぎない（表 25）。

表 25 HAD の高齢者施設での活動状況

	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	合計%
施設数	34	115	164	201	229	252	79.5%
患者数	141	748	1582	2329	4170	4283	4.3%
入院日数	4727	34236	72466	102488	136626	189874	4.5%

出典：FNEHAD「在宅入院データ 2012～2013」レポートより筆者作成

高齢者施設で HAD を利用する入所者が伸び悩んでいる理由として、ヒアリングでは次の 3 点指摘していた。①高齢者施設職員の HAD への認知度の低さである。フランスの高齢者施設は、日本と同様に、医師は配置されておらず、看護師の配置も手薄い。介護職員がケアの中核を担っていることから、医療との連携が不十分になりやすいこと。②高齢者施設での報酬は、在宅の報酬と比較すると 13%と低く設定されているため、HAD 職員のインセンティブが低くなること。③高齢者施設職員、かかりつけ医、訪問看護師、HAD 職員との連携が上手く機能していないことである。

(4)HAD の対象者と主なサービス

HAD の対象者は新生児から高齢者と幅広く、精神疾患以外をカバーする。医療に特化したサービスであり、身体介護のようなものは含まれない。表 26 に主治療別入院件数と割合を示す。緩和ケア 26.1%と特殊・複雑なガーゼ交換 23.3%で約半分を占める。以下、重度ナーシング (9.2%)、経腸栄養 (6.9%)、経静脈治療 (5.0%) と続いている。

表26 主治療別入院日数・割合 (2012年)

	2011	2012	2ヶ年比 (%)	HAD 入院日数に 対する比率 (%)
人工呼吸	132,894	137,980	3.8	3.3
経管栄養	114,793	118,429	3.2	2.8
経静脈治療	180,637	210,001	16.3	5.0
緩和ケア	1,036,990	1,096,519	5.7	26.1
抗癌化学療法	64,626	70,056	8.4	1.7
経腸栄養	271,785	290,951	7.1	6.9
疼痛ケア	71,930	76,468	6.3	1.8
その他	129,456	90,284	-30.3	2.1
特殊・複雑なガーゼ交換	846,354	982,028	16.0	23.3
術後ケア	160,355	115,308	-28.1	2.7
整形外科リハビリ	60,703	57,866	-4.3	1.4
神経系リハビリ	60,840	68,628	12.8	1.6
抗癌化学療法後サーベイ	133,819	150,739	12.6	3.6
重度ナーシング	335,438	385,578	14.9	9.2
患者・周囲者教育	46,185	51,659	11.9	1.2
放射線治療サーベイ	5,079	6,247	23.0	0.1
輸血	767	820	6.9	0.0
リスク妊婦サーベイ	104,434	116,003	11.1	2.8
分娩後早期帰宅フォロー	30,553	27,621	-9.6	0.7

産後ケア	81,563	117,771	44.4	2.8
リスク新生児ケア	26,043	28,836	10.7	0.7
形成不全サーベイ	5,609	6,454	15.1	0.2

出典：FNEHAD「在宅入院データ 2012～2013」レポートより筆者作成

また、以下の患者は在宅入院の対象外となる。

- ①コーディネートを必要とせず、単一・単職種のケア行為のみを必要とする患者
- ②在宅看護ケア（清拭、入浴介助、排泄介助など身体介護に近いもの）
- ③（技術的、設備的に）病院での入院の方が適切であると考えられる患者
- ④経管栄養、ストーマ、呼吸不全（在宅酸素療法）、腎不全（血液透析や腹膜透析）において医療機器のみの使用を目的とする患者。
- ⑤精神病院入院患者。

（5）人員基準と勤務体制（公衆衛生法典 Decret 第712条—37より）

- ①人員基準：6床当たり常勤換算で職員1人以上を配置。医師を除く全職員の半数以上は看護師資格保有者とする。さらに、30床以上の許可を得た組織は、管理看護師を1人以上配置すること。
- ②勤務体制：3または2交替による24時間体制。
- ③専門職の配置と役割

コーディネート医師（診療との兼務可能）、コーディネート看護師、訪問看護師、開業看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、薬剤師、介護士、ソーシャルワーカー、心理臨床士、検査技師、放射線技師、看護助手、事務員などを配置する（コ・メディカルについては、常勤職員でなく、委託契約を結んだ個人開業者でも可能）。

次に、コーディネート医師とコーディネート看護師の役割について紹介する。

- i) コーディネート医師：病院勤務医（または開業医）から提出された治療指針をもとに、通達に基づいて在宅入院の適応について検討する。職業倫理を遵守しつつ、組織全体の医学的ニーズを調整する。サービス実施中は、病院勤務医と開業医との連携が義務付けられている。
- ii) コーディネート看護師：日本のケアマネジャーに相当する役割を担う。管理看護師の資格を有している場合が多い。ソーシャルワーカーとともに居宅を訪問しアセスメントを実施。医師の処方に基づいてケアプランを作成する。患者・家族の同意が得られたらサービスの調整を行う。細部の個別プランについては、担当の職種が作成する。本人・家族、医師、コ・メディカルの調整役である。

（6）提供されるケアの分類

提供されるケアは、患者の状態により、以下の3種類に分類される。

- ①一時的ケア：高度複雑な技術を要するケア。患者の状態は不安定であるが、ケア提供期間

が予め計画できる。頻回に反復される。抗癌剤による化学療法など。

②**継続的ケア**：ケア提供期間が予め計画できない。高度複雑な技術を要するケア、看取りや生活介護などもある。

③**リハビリテーションケア**：ケア提供期間が予め計画できる。産後や急性期治療を終えた段階の患者で、亜急性期の状態にある。

(7)在宅入院の費用・支払い

疾病金庫から支払われる。定額制で以下のサービス内容を含む。

- ①医療処置やケア
- ②往診と外来診療
- ③検査
- ④産科テレメディシン・胎児モニタリング
- ⑤医療移送
- ⑥医薬品、器材、デバイス製品、寝具など
- ⑦医療用食品

HAD は入院医療の一環であり、医療費の支払いは2006年1月よりフランス版 DRG である、医療行為別入院診療報酬 (Tarification à l'Activité : T2A) による「1日当たりの定額支払い」である。T2Aは主傷病、副傷病、在院日数、介護度コード、カルノフスキー指数などを合わせてコーディングされ、1800のカテゴリーに分類され、さらに31のプライスカテゴリーに分けている。平均すると一人当たり 196.1 ユーロ/日の保険給付となる。一番安いのが正常分娩で60ユーロ/日、一番高いのが終末期ケア 550 ユーロ/日である。高額な薬剤（抗癌剤など）は出来高で請求できる。

HAD の総収入は、2012年8億2500万ユーロであり、前年度比+7%である。2008年～2010年までは、前年度比2桁の伸び率であったが、ここ数年は一桁に落ち着いている。

しかし、FNEHAD の主任ディレクターは、そもそも HAD はコストが増大しやすい制度上の問題があるとヒアリング時に指摘した。

まず、入院医療は T2A による「1入院当たりの定額支払い」であるため、病院側としては早期に患者を退院させたいインセンティブが働く。パリ市内の急性期病床の平均在院日数は短縮化され、2010年では5.2日である。早すぎる退院を予防するために、入院後3日以内に退院させると、T2Aの60%しか保険給付されないという「最低入院期間」を設定している。しかし、最低入院期間を過ぎると、病院側は早期退院に拍車がかかり、すぐに HAD にアクセスしてくる。HAD の T2A は、「一日定額制」であるため、早期に患者を確保したいというインセンティブが働く。病院側と HAD 側の思惑が一致することから、早期退院を促進することでコストが増大する。

次に、HAD の成人患者は、長期慢性疾患 (affectation de longue durée : ALD) が8割を占める。ALDとは、がん、神経性疾患、腎不全、糖尿病など長期療養が必要で、かつ医療費が高額になる疾病で、自己負担分が免除される。フランスは日本の高額療養費

のような保険給付は存在しないため、長期に高額な医療費がかかる患者については、ALDによる手厚い給付がされている。そのため、AP Aなど介護給付や在宅医療に移行できず、結果としてHADの在院日数が長期化してしまう。

2) パリ HAD の事業所調査結果

(1) パリ HAD 活動状況

パリ HAD は、パリ市内にある HAD の最大組織で、10%のシェアを占めている。2008 年の総入院日数は延べ 28 万 4141 日で前年比-0.2%である。総入院件数は 1 万 2774 件で前年比+4.2%である。1 日の平均患者数は 777 人で、平均在院日数は 22.2 日、ここ数年は横ばいである (表 27)。

入院患者の内訳は、成人患者 69%、周産期患者 24%、小児患者が 7%であるが、ここ数年周産期と小児が微増している。対象疾患・状態は、がんの終末期、抗がん剤投与など化学療法、産前産後ケア、神経難病が多い。在宅死亡率は 25%である。

患者の平均年齢は 65 歳で、周産期と小児を除く成人患者に限定すると 71 歳で、うち 3 分の 1 が 75 歳以上である。

表 27 パリ HAD の 3 年間の活動状況 (2006~2008 年)

	2006 年	2007 年	2008 年	07/08 年比
入院件数	12405	12233	12774	+4.2%
1 日平均患者数	763	780	777	-0.03%
平均在院日数	22.4	23.3	22.2	-0.4%
入院日数実績	278785	285063	284414	-0.2%

出典：2002 年および 2006 年活動レポートより筆者作成

(2) コーディネート医師とコーディネート看護師が多職種チームの調整役

パリ HAD の職員数は 632 名で、うち医療職が 479 名 (医師 10 名、管理看護師 40 名含む)、事務職員 106 名、その他という構成である。14 チームでパリ市とその近郊をカバーしている。3 交代で 24 時間 365 日対応している。医療チームは、医師、看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師、理学療法士、作業療法士、看護助手、介護員、心理療法士など多職種で構成される。コーディネーターは、医師または管理看護師である。人件費率は 52%で、ここ数年 55%前後で推移している。

HAD は前述したように、病院と個人開業者との三つ巴連携であり、連携のイニシアチブはHADのコーディネート医師とコーディネート看護師が担っている。以下に、コーディネート医師とコーディネート看護師の役割を整理した。

- i) コーディネート医師：病院勤務医またはかかりつけ医師から提出された治療指針をもとに、前述した雇用連帯省通達に基づいて在宅入院の適応について検討する。HAD の

入院患者の医学的アセスメントに関与し、チームアプローチに協力する。サービス実施中は、病院勤務医とかかりつけ医との連携が義務付けられている。

- ii) コーディネート看護師：日本のケアマネジャーに相当する役割を担う。ソーシャルワーカーとともに居宅を訪問しアセスメントを実施。医師（病院勤務医またはかかりつけ医師）の処方に基づいてケアプランを作成する。患者・家族の同意を得てサービスの調整を行う。詳細な個別プラン（リハビリテーション計画や疼痛コントロール計画など）については、担当の職種が作成する。本人・家族、医師、コ・メディカルの調整役である。また、AP Aが併給されている人については、開業看護師や介護サービス事業所と連携を取り、医療と介護が一体的に提供できるように調整する。

(3) 病院勤務医の積極的な関与による病診連携

フランスでも病院勤務医の病診連携や在宅医療への関与が低く、退院支援はHADに任せする傾向がみられた。しかし、前述した通達には病院勤務医の責務が明文化され、病診連携への積極的な関与が義務付けられている。以下に通達内容を紹介する。

- ・在宅入院関連業務担当医師を病院組織から選出する
- ・在宅入院コーディネート医師への情報提供、協力、連携
- ・在宅入院スタッフと共同で、治療方針、ケアプランを作成する
- ・入院時および再入院時の患者のフォローを行う
- ・癌、心疾患、神経疾患等での専門的治療意見を述べる
- ・プロトコールの指導
- ・かかりつけ医、在宅入院スタッフへの教育

(4) 提供されているケアと質の評価

在宅入院の対象者は新生児から高齢者と幅広く、精神疾患以外のすべての疾患とほとんどの治療をカバーする。医療に特化したサービスであり、身体介護のようなものは含まれない。身体介護が必要な場合は、管理看護師がケアプランに位置付け、在宅サービス事業者や個人開業者にサービスを依頼する。退院からサービス提供までの待ち時間はほとんどなく、希望すれば退院日からサービスが提供される。

ケア内容では、包帯交換やガーゼ交換が一番多く 31%、ハイリスク出産のモニタリング 11%、終末期ケア（含む疼痛管理）9%、術後管理 8%、化学療法、産後ケア、重度患者の観察、経腸栄養のケアなどがそれぞれ 5%である。ここには分類されていないが、病状観察、安否確認、患者指導などはこれらに付随するサービスとして提供されている。

管理看護師はケアプランに基づいたサービスの調整やモニタリングを行う。症状が安定したり、セルフケア能力が高まって自己管理できるようになれば、HADの役割を終えて個人開業者や在宅サービス事業所に引き継ぐ。

サービスのアウトカム評価を定期的に受け、質を担保している。国立医療機関評価機構（ANAES）による適正マニュアルに基づいた評価を受け、認証されている。また、2002年度に 108 人の患者を対象に「満足度調査」を行った。その結果は、大変満足している 67.6%、

満足している 30.6%という高い評価を得ている。

4. 考察 - わが国への示唆

1) 退院前後は患者・家族の不安が最も高まる時期であり、病診連携を含む集中的ケアマネジメントは効率的

わが国の急性期入院医療は、さらなる平均在院日数の短縮と病診連携が求めている。短い在院日数で退院後の医療ニーズを視野に入れた退院支援を行うには、入院と同時に退院支援を行うシステム作りが必要である。退院前後は患者・家族の不安が最も高まる時期であり丁寧かつ迅速な対応が必要であること、退院直後は病状が不安定であり、家族の医療行為の不慣れから、夜間の往診や訪問看護が必要な場合が多い。

わが国は在宅医療の基盤が脆弱で、24 時間対応の在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションは伸び悩んでいる。また、小規模事業所である診療所や訪問看護ステーションだけで、医療ニーズの高い患者を 24 時間支えることは限界があり、病院の後方支援が必要不可欠である。

このようなことから、フランス在宅入院における多職種・他機関による集中的ケアマネジメントは、次の点が参考になる。①病診連携が確立していること、②24 時間医師や看護師の医療サービスが保障されていること、③医療と介護サービスが統合されたかたちで提供されること、④コーディネーターである医師と管理看護師が調整機能を発揮していること、⑤リスクの高い疾患のプロトコルが準備され、多職種が共有していること、⑥退院からサービス開始までの待ち時間が少ないこと、⑦HAD、病院、個人開業（医師、看護師、薬剤師など）が協働して集中的なケアマネジメントを行っていることである。

2) 入院医療の延長線上での在宅医療

HADは入院医療の一環であり、退院しても入院と同じレベルの医療が受けられ、かつ費用も無料になる人が多い。HAD、病院、個人開業者の三つ巴連携による集中的ケアマネジメントは、患者・家族の安心感をもたらす。特に医師同士の連携で、HADのコーディネーター医師が果たす役割は大きい。入院から退院まで継続して関わり、さらにHADの利用期間中も病診連携の要として調整機能を発揮する。前述した通達では、病院勤務医の責務が明文化され、在宅入院関連業務担当医師を選出する、在宅入院スタッフと共同で治療方針やケアプランを作成するなど、病診連携への積極的な関与を義務付けている。

わが国は国民の病院指向が強く、医療従事者も急性期病院の医療の方が優れていると思うなど、在宅医療への理解不足が根底にある。また、病院と在宅をつなぐケアマネジャーは、医師（特に病院勤務医）との連携不足をあげている。病院と在宅をつなぐ診療報酬と介護報酬を手厚くするなど、円滑な連携のための方策を講じてはいるが、医師間の調整は難しい。ケアマネジャーは連携の要ではあるが、病診連携、退院支援、在宅医療など医療に関わる連携は負担が大きい。在宅医療の調整に医師が関与する仕組みがないと、在宅医療は普及しないであろう。

3) 退院基準を多職種で共有化するシステムづくりが必要

わが国は医療へのアクセスが良く、かつ医師の裁量権が大きいことから、入口（入院基準）も出口（退院基準）も医師一人で判断する傾向がある。また、退院基準も曖昧なことから、在院日数がまちまちになりやすい。退院基準を「入院医療の必要性が小さくなった状態」とすると、多職種チームが、個々の患者について「入院医療の必要性が小さくなった状態」と判断するのは、それほど難しいとは思えない。また、医師一人でなく、多職種チームで判断することで、医師の負担感は格段に軽減すると思われる。

フランス HAD は、病院勤務医が一人で判断する仕組みを変え、コーディネート医師やコーディネート看護師、かかりつけ医が関与し、チームによる決定を大切にしている。医療・福祉の国家資格者は 30 を超え、高度専門化している。医師のパートナーとして十分耐えるだけの教育を受けている。多職種を信じて、共に退院支援を実施するシステムづくりが求められる。

4) HAD はネットワーク形成に舵を切っている

フランスでは、2009 年 7 月 21 日法により医療計画と地方健康計画が統合されたことで、保健予防、入院医療、外来医療、在宅医療、福祉サービスまでを含めた総合的な計画となっている。これにより、地域全体を大きな施設として捉え、HAD を動く社会資源として位置付けている。これに先立って、2007 年には高齢者施設での HAD 利用を推奨しているが、本文でも述べたように HAD の利用はあまり普及していない。

また、HAD は入院医療の延長線上のサービスとして位置付けるだけでなく、病状悪化時に HAD が開業医や訪問看護師と共同で介入することで、入院を回避し、在宅生活を継続するサービスを強化したいと、FNEHAD の主任ディレクターはヒアリングで強調していた。つまり、病院から在宅という一方通行のサービスで終わるのではなく、多職種・他機関と連携し、在宅生活を長く継続するためのシステムづくり、すなわち HAD が病院以外の様々な社会資源とネットワークを形成して、在宅生活を支えたいという意欲を見せた。

しかし、現実には、病院から HAD へのサービス提供ルートは 7 割を占め、在宅から HAD へのサービス提供ルートは 3 割と少ない。高齢者施設も HAD の利用が可能になったが、利用率は低位の水準に留まっている。これらのルートが伸び悩んでいる理由は、開業医や訪問看護師が「何かあったら病院に入院させる」という意識が強く、入院させる前に HAD にアクセスするという発想が低いとのことであった。

日仏ともに強い病院信仰があるのは共通している。また、開業医と訪問看護師の連携は必ずしもうまくいっていない。たとえば、開業医が訪問看護師に相談しないで直接病院の医師に入院を依頼するなど、わが国と同じ課題を抱えていることも明らかになった。

終章 総括―医療・福祉のより良いチームマネジメントの構築に向けて

はじめに

本論文では、より良い医療・福祉のチームマネジメントを構築するために、チームマネジメントの現状と課題を分析しつつ、多職種連携を高める体制、技法、教育、運営について考察してきた。

第1章では、医療・福祉のチームマネジメントの先行研究レビューを行い、チームマネジメントを高める技法・教育の概念整理、研究の到達点と課題を明らかにした。第2章では、医療・福祉のチームマネジメントを高める技法・教育としてのカンファレンスとケースメソッド教育の概念整理を行った。さらに、ケースメソッド教育の効果を明らかにするために、ケースメソッド教育を受けた大学院生と修了生を対象に2つの調査を行い、チームマネジメントに必要なスキルである、問題解決力や精神の頑健さが身についていたことを明らかにした。第3章では、終末期ケアとチームマネジメントについて、1999年から2013年までの15年間に、日本福祉大学終末期ケア研究会が行った研究で、筆者が独自に行うか、深く関与した5つの調査研究の到達点と課題を明らかにした。また、終末期ケアにおける多職種連携・協働の実態について、特別養護老人ホームと医療療養病床の多職種にインタビュー調査を実施し、両施設の異同を明らかにした。第4章では、フランスの医療・福祉のチームマネジメント（在宅入院制度、地域緩和ケアネットワーク）について、文献調査、ヒアリング調査、事例調査を行い、わが国への知見を得た。

本章の第1節では、第1章から第4章で明らかにしたことを総括する。第2節では、これらをもとに、医療・福祉のより良いチームマネジメントについて総合的考察を行う。最後の第3節では、本論文の意義と今後の課題について述べる。

第1節 第1章～第4章で明らかにしたこと

本節では、本論文の第1章から第4章で明らかにしたことを総括的に述べる。

第1章「先行研究の検討」は、医療・福祉のチームマネジメントを多面的に検討する目的で、次の4つの側面から先行研究を検討した。①国内外における医療・福祉のチームマネジメントの検討、②医療・福祉領域におけるカンファレンスの検討、③国内外における医療・福祉領域の多職種連携教育の検討、④ケースメソッド教育の検討である。

チームマネジメントがもたらす具体的な効果として、①疾病の早期発見、回復促進、重度化予防など医療・生活の質の向上、②医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減、③医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上等が報告されているが、これらは視点を示すのみで実際に効果を測定したものはほとんどない。次に、医療におけるチームマネジメントを改善するための介入に焦点を当てた実証研究を検討した。介入方法は、①各種トレーニング・プログラム、②特定のツール、③組織介入の3つに分類できた。介入対象のほとんどが急性期医療の多職種チームであった。介入とノンテクニカルスキル（コミ

コミュニケーション能力、協調性、リーダーシップ）との間に正の相関を認めていた。

チームマネジメントに効果が認められた介入は、シュミレーション・トレーニング、人的資源マネジメント・トレーニング、チームマネジメントのトレーニング、および継続的質改善プロジェクトであった。

結論として、チームマネジメントを鍛える技法として、カンファレンス、グループワーク、事例検討など、顔の見える関係の中で、自分の考えや知識を他の専門職と共有しながら学ぶことで、価値観や暗黙知を共有するプロセスが効果的であった。ただし、カンファレンスについては、毎日どこかで実施され、あまりにも当たり前の行為であることから、かえって研究が進んでいないことを先行研究のレビューで明らかにした。したがって、カンファレンスは、野村（1999）や上原・野中（2006）が指摘するように「理論・実践の両面ではほとんど検討されていない概念」であり、実証的な研究が求められている領域であることを確認した。

第2章「医療・福祉のチームマネジメントを高める技法・教育」では、チームマネジメントを高める技法・教育である、カンファレンスとケースメソッド教育の概念と評価を整理した。

第1節は、先行研究を参考にカンファレンスの定義と構成要素を整理した。また、カンファレンスは「言語による暗黙知の活性化」であり、活性化を促進するためには、ファシリテーション技法が重要になることから、「人とつながる技法」と「人を束ね、方向づける技法」という2つのファシリテーション技法について論じた。

第2節は、ケースメソッド教育の概念整理と技法について整理し、第3節と第4節で、日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科に所属する院生と修了生を対象に2つの調査を行った。一つは、ケースメソッド演習後の学びの内容（満足度、反応、学習到達度などを問うもの）の3年間分について、内容の分析を行った（第1調査）。次に、ケースメソッドを学んだ修了生が、どのように演習の体験を受け止めているのか、学んだことを専門職連携に役立てているのか、行動変容はあったのか等を明らかにした（第2調査）。さらに、第1調査と第2調査の2つの結果を比較し、ケースメソッド演習直後と修了後の教育評価を検討した。

その結果、第1調査では、①視点の広がり、②問題解決力の向上、③相互理解の促進、④利用者本位の定着の4つカテゴリーが抽出され、第2調査では、上記①～④の他に、⑤実践上の自信とゆとり、⑥精神の落ち着きの2つのカテゴリーが抽出された。この2つのカテゴリーに共通しているものは、精神の頑健さやタフさである。これは、高木・竹内（2010）が、ケースメソッド教育の効果として強調している「精神が鍛えられ、人間的成長が促される」と重なる。ただし、ケースメソッド教育によって鍛えられた修了生であっても、実践現場では、どうしても乗り越えることができない場面に遭遇する。そのため、個人レベルで連携力が向上しても、組織全体が底上げされないと孤立してしまうという限界も明らかになった。

第3章「終末期ケアとチームマネジメント」では、1999年から2013年までの15年間にわたる日本福祉大学終末期ケア研究会が行った研究で、筆者が独自に行うか、深く関与した5つの調査研究の到達点と課題をまとめた。調査研究からは、次の5点が明らかになった。

第1に、病院死よりは在宅死の方が望ましく、かつ満足度が高いという通説とは逆に、死亡場所と介護者の満足度は関係しないことを量的調査で明らかにした。第2に、在宅緩和ケアにおいては、症状コントロールや口腔ケアなど緩和ケア技術に改善の余地があることが示唆された。第3に、本人・家族の満足度を高めるには、本人の願いや希望といった主観的な思いを大切にしつつも、多職種のアセスメントによる客観的な指標を追加した多軸で評価することが重要である。第4に、終末期ケアマネジメントの質を高めるにはプロセスに着目する必要がある、プロセスを高めるには4条件を満たす必要があること（4条件とは、①本人・家族の意思表示、②ケアを支える介護力やサポート、③医学医療ケア、④本人・家族の願いを叶えるケアマネジメント）を明らかにし、さらにこの4条件を支援するための「終末期ケアマネジメント・ツール」を開発した。第5に、特別養護老人ホームと医療療養型病床の終末期ケアにおける多職種連携では、特養は縦型の指示体系を、療養病床では横のつながりを重視していた。また、特養は脆弱な人員体制を、療養病床では医師や家族の指導・教育を改善すべきと考え、さらに特養は個人の力量不足を悔やんでいたが、療養病床では自分の力をもっと活用してほしいという意欲が見られた。両施設ともに体系的な終末期ケアの研修・教育を求めていること、チームの連携力を高めるためには、カンファレンスや事例検討が有効と考えているにもかかわらず、実施されていない現状が明らかになった。

第4章「フランス医療・福祉のチームマネジメントとわが国への示唆」では、在宅入院制度（以下、HAD）と地域緩和ケアネットワークという、フランスの代表的なネットワークについて、文献調査、ヒアリング調査、事例調査を行った。フランスでは、医療と福祉サービスは、チーム医療や地域連携の枠組みで支え、入院医療と在宅ケアを柔軟に提供する体制を整えてきた。これらは医療計画に具体的な数値目標として規定され、定期的にモニタリングされるなど、国主導で医療・福祉のネットワークが整備されてきた。わが国でも地域包括ケアシステムという、ネットワーク形成に舵を取り始めたことから、フランスでの取り組みは参考になると判断した。調査の結果、明らかになったのは次の4点である。

第1に、HADは、病院、開業医、在宅入院機関の3者による連携を構築し、病院から在宅ケアに軟着陸させる役割を担っており、患者・家族の満足度も高かった。しかし、病院医師の関心の低さや、3者のうち、どこがイニシアチブを取るべきかが曖昧になりやすいなど、連携に課題を残していた。

第2に、地域緩和ケアネットワークは、在宅緩和ケアのキイパーソンである、開業医や開業看護師を後方支援するもので、コーディネートのみで直接的ケアは実施しない。しかし、開業医からのネットワークへのアクセスは少なく、「患者を取られる」と誤解している

医師もおり、対応に苦慮していることがヒアリングで明らかになった。そのためか、開業医の年間看取り患者は1～3人と増えていない。開業医の許可がないとネットワークが稼働しないシステムになっているので、彼らの意識改革を促す取り組みが重要になっている。

第3に、高齢者施設入居者もHADのサービスが利用できるようになったが、実際の利用者は全入居者の4.5%にとどまる。理由は、高齢者施設職員のHADに対する認知度が低いこと、自施設のみで対応する傾向が強く、HADの力を借りようとししないなどである。以上のことからHADと施設との連携は必ずしもうまくいっていなかった。

第4に、フランスではレオネッティ法（尊厳死法）が2005年に制定されて8年経過した。法律の定着状況を調査するために、国立終末期研究センター（ONFV）が実施した2つの調査結果をもとに、ONFVの研究者とホスピス病院の医師にヒアリング調査を行った。その結果、多職種による意思決定は定着しているが、事前指示書に自分の考えを記載する人は2.5%にとどまっていた。また、この法律に沿って、医療ケアチームが延命処置の差し控え・中止に踏み切っても、訴追される心配がなくなったので、これまでよりも患者・家族と本音で話ができるようになり、カンファレンスの機会が増えた。さらに、多職種で行う丁寧なケアマネジメントが質の向上につながることが明らかになった。

以上のことから、フランスの医療・福祉のネットワークには次の4つの課題が明らかになった。①緩和ケアネットワークやHADは、がん患者が中心で、老衰、認知症や脳卒中など非がん患者の体制づくりはほとんど進んでいない。②ネットワークを形成した場合、どこが連携のイニシアティブを取るべきか曖昧になりやすく、結果として連携が出来にくくなる。③ネットワークには開業医の積極的な関与が必要だが、開業医の連携に対する意識が十分でなく、患者を取られるのではないと警戒心が強いこと。④高齢者施設はHADなど外部のサービスの利用を推奨しているが、職員の認識が低いなどから利用率は低く、施設完結型サービスにとどまっている。

第2節 総合的考察 - 医療・福祉のより良いチームマネジメントの構築に向けて

本節では、第1節で明らかにしたことに、文献検討を加えて総合的考察を行い、その上で、医療・福祉のより良いチームマネジメントを構築するための方策について、3つの視点に整理して考察する。

1. 医療・福祉のチームマネジメントと多職種連携教育

世界保健機構（以下、WHO）は1988年に「専門職とは連携ができる人」を提唱し、「共に学ぶことにより、医療職者の態度の変化、共通した価値観の確立、チームの編成、問題の解決、ニーズへの対応、実践の変化、専門職の変化が期待される」とした。これを踏まえて、欧米では、専門職連携教育（IPE）への取り組みが始まっている。

日本では、1997年に当時の文部省（現・文部科学省）「21世紀医学・医療懇談会第2次報告」で、総合的なチームケアの推進が強調されIPEの必要性が示された。この報告を受けて、先駆的な保健医療福祉系大学では、2002年以降にカリキュラムにIPEを位置づける

ようになった。保健医療福祉系大学での IPE は歴史が浅く、2011 年末時点で取り組んでいる学部・学科は全体の 4 割である。それゆえに IPE の評価は緒についたばかりであるが、学生からは肯定的な評価が得られている。先駆的に IPE を展開している埼玉県立大学では、地域の関係機関（病院や介護サービス事業所等）を巻き込んだ IPE が実践できるようになるまでには 15 年余りの年月を要している。IPE への関心の高まりは、ここ 10～15 年と新しいため、根拠に基づいた教育方法の開発や理論の構築が必要で不可欠であると指摘している（第 1 章第 3 節）。

2025 年までの構築を目指している地域包括ケアシステムは、多職種連携が前提である。地域包括ケアシステムの一環として実施された「平成 24 年度在宅医療連携拠点事業」の間まとめでは、成果として特記すべき点として、多職種連携会議（カンファレンスを通じた顔の見える関係）の有効性を指摘している（第 1 章第 2 節）。

このような背景を踏まえ、本論文では次の 4 点について考察した。第 1 に、多職種連携教育であるケースメソッドが目指しているものは、「人とつながり、人を束ね、方向づけることで連携力、リーダーシップをつける」である。この趣旨にもとづき、どのような人材が育成されたのか、修了生 6 名を追跡調査したところ、①視点の広がり、②相互理解の促進、③問題解決力の熟達、④利用者本位の定着がされていた。これらは、異なる意見を受け入れることで、自己の内省が促進され、視点が広がっていく。これにより人とつながることにメリットを感じていく。さらに、人の力を上手に借りることで、一人で解決するよりは良い解決方法が見出せることがわかり、結果的に利用者にとって良いサービスを提供できることを実感しているものと判断した（第 2 章第 2 節・第 3 節）。

第 2 に、修了生が身に付けていた「精神の頑健さ」は、ミドルマネジャーに欠かせないリーダーシップの要素である。人とつながり、人を束ね、方向づけるには、組織の上下左右に目配り気配りをしつつ、ねばり強く交渉し、結果的に物事を前に進めることである。これは、演習終了直後の第 1 調査には抽出されず、修了後の第 2 調査で身に付けていたことがあきらかになった（第 2 章第 3 節）。

ケースメソッド教育が目指すリーダーシップとは、「メンバーの主体性を尊重し、その能力の発揮を真に願って、自発的な行動を全力で支援しつつ、それらを束ねて全体の動きを方向づけていくこと」である。このようなリーダーシップは、個人にもともと備わっている資質ではなく、学習を通して意図的に身に着けるものである。そのためには、「良質な体験」を効率良く重ねていくことが必要である。

第 3 に、多職種連携としてのカンファレンスには、個人の「知（暗黙知）」から、チームの「知」を創りあげる役割がある（第 2 章第 1 節）。特に、終末期ケアにおいては、カンファレンスはますます重要になると思われる。それは次の視点からである。

日本老年医学会の「高齢者の終末期の医療およびケアに関する立場表明」（2001 年）や厚生労働省のガイドライン（2007 年）でも、本人・家族の意向を尊重しつつ、多職種チームによる丁寧な話し合いを求めている。厚生労働省の「人生の最終段階における医療に関

する意識調査」(2013)では、終末期医療決定プロセスに関するガイドライン等の利用状況は、病院・特養では2割にとどまり、あまり活用されているとはいえない状況である。しかし、患者・家族との治療方針の話し合いの実施状況は、両施設ともに8割以上にものぼり、ガイドラインよりは話し合いを重視している傾向にある。終末期は多様な選択肢と価値観が錯綜するため、患者・家族を含めた多職種でのコミュニケーションの役割はますます高まっていくと思われる。

一方、フランスでも終末期医療の現場では、レオネッティ法に基づいたカンファレンスによる意思決定が定着していた。ホスピス病院でのヒアリング調査でも、「レオネッティ法が制定されてからは、医師らが手順に沿って丁寧に説明するようになり、結果として患者・家族とのコミュニケーションやカンファレンスが増えた、という副産物は歓迎すべきである」調査対象の医師が語っていたのは意義深い(第4章第3節)。ガイドラインも大切であるが、それ以上に話し合いやカンファレンスなど、顔の見える関係を大切にしていることは日仏に共通している。患者本人の最善をめぐって、本人にかかわる人々と、カンファレンスを通して意思決定のプロセスを丁寧に踏み、全員で合意を得た結果としての選択は、倫理的にも適正であるといえる。

第4に、ケースメソッドによって精神の頑健さやタフさを備えた修了生であっても、実践現場では、どうしても乗り越えることができない場面にしばしば遭遇する。そのため、個人レベルで連携力が向上しても、組織全体の連携力が底上げされないと孤立してしまうという課題も明らかになった。医療・福祉サービスの現場は、若い職員の比率が高い。若い職員はどうしても専門職志向になりがちである。いくら個人の専門性を磨いても、その総和としての組織の業績は高まっていけないことをミドルマネジャーは実感している。そのため、今後は、組織的な連携教育の体制づくりとプログラムの開発が求められる。

2. 終末期ケアの量的拡大と人材育成

WHO(2002)によれば「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処(治療・処置)を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである。」と定義されている。緩和ケアは医療・福祉・介護のすべてを含み、その対象者は、がん患者のみではなく、生命を脅かす疾患に直面している患者とその家族である。

国立社会保障・人口問題研究所(2012)の「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の中位推計によれば、2010年に101.9万人だった年間死亡者数は、2013年には160.1万人を増加すると予測されている。わが国はこれまで経験したことがない「多死時代」を迎えることになり、多様な死亡場所の拡大が予想される。

日本福祉大学終末期ケア研究会が行った調査では、介護者の満足度は死亡場所に規定されないこと、ケアの過程や残された家族の満足度を問うべきであるという知見を得ている

(第3章第1節)。さらに、フランスのホスピス病棟や地域緩和ケアネットワークでのヒアリング調査でも、終末期ケアの質は、死亡場所だけでなく、多職種連携で行う丁寧なケアのプロセスであることを確認した(第4章第3節)。

また、終末期における人の考えや希望する療養場所は変化するものであり、看取りの場所が変化しても、質の高い終末期ケアが安定的に提供できる体制づくりと人材教育が求められている。特に、終末期ケアに従事する人材育成は急務である。がん患者に対する緩和ケアについては、がん対策推進基本計画において「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により緩和ケアについての基本的な知識を習得すること」され、平成20年からは緩和ケアの研修を推奨している。緩和ケア研修を修了した医師は20,124人(2010年12月末)である。看護師については、緩和ケア認定看護師として登録している者は2013年9月29日時点で、1482人である。これ以外でも、平成10年から始まった日本看護協会主催の「ナースのためのホスピス緩和ケア研修」の修了生は2010年で1007人である。

一方で、医療従事者とは異なり、福祉・介護従事者については、系統的な終末期ケアプログラムはなく、人材育成は所属施設頼みとなっている。特別養護老人ホームと医療療養病床へのインタビュー調査でも、両施設ともに体系的な終末期ケアの研修・教育を求めていること、チームの連携力を高めるためには、カンファレンスや事例検討が有効と考えているにもかかわらず、実施されていない現状が明らかになった(第3章第2節)。

日本ホスピス緩和ケア協会の調査(2012)によれば、がん患者の死亡場所での緩和ケア病棟の割合は、2001年の3.1%から2011年には8.4%と増加した。しかし、すべてのがん患者に緩和ケアを提供するには、緩和ケア病棟だけでは限界がある。また、認知症や慢性疾患などの非がん患者における終末期ケアは道半ばである。厚生労働省人口動態調査によれば、2011年の死亡者数のうち、がんの占める割合は28.5%である。割合からすると、非がんの方が圧倒的多数である。しかし、日本緩和医療学会の調査(2011)によれば、非がん患者への緩和ケアチームの関与は2.5%とわずかである。その要因は、非がん患者の予後予測が困難であること、療養期間が長く介入の時期が難しいことなどがあげられている。

一部の先駆的な医療機関では、緩和ケアチームが疾患名に関わらずに、非がん患者をサポートする仕組みを構築し、効果をあげている。関根(2013)の報告によれば、癌性疼痛だけに限定しないで、痛みがある人を対象にし、痛みのコントロールから緩和ケアを始めたところ、非がん患者の1～2割が緩和ケアチームの支援が必要であるが明らかになった。

また、多死時代の看取りの場としての役割が期待されている、介護保険施設の終末期ケアマネジメントにも課題がある。特に終の棲家である特別養護老人ホームでは、最期になって病院に入院させるのではなく、施設内看取りを増やす方策が必要であろう。死亡前15日間は、病状が不安定になりやすく、不快な身体症状も出現するため、医療ニーズが高まる。そのため、本人の意向に反して緊急入院を選択する施設が多い。

施設内看取りを増やす方策としてフランスの高齢者施設の取り組みが参考になる。制度

や高齢者施設の基準が異なるので、単純には比較できないが、医師や看護師の配置が手薄く（特に夜間は介護職員のみで対応することが多い）、重度の要介護者が入所している点は同じである。しかし、それにもかかわらずフランスの高齢者施設内の看取り率は**75%**と高い。フランスでは施設内看取りを高める方策として、緊急入院の頻度が高くなる死亡前15日間のマネジメントを強化している。具体的には、夜勤看護師の配置、緩和ケアコーディネーターの育成、緩和ケアモバイルチームのコンサルテーションなど人材育成と活用である。特に、夜勤看護師が常駐していると、病院に緊急入院する割合が低くなること、看護師の3割が体系的な緩和ケアの研修を受け、緩和ケアコーディネーターとして活動しているという調査結果は示唆に富む（第4章第3節）。

緩和ケアは、本来は対象疾患を限定していない。そうであれば、がん患者のみが受けているケアをそれ以外の疾患に広げる施策やチームマネジメント、さらには人材育成が必要であろう。特に、多死時代の看取りの場としての役割が期待されている介護保険施設は、夜間看護師の配置と体系的な研修による人材育成が急がれる。

3. 日仏比較から考えるわが国における医療・福祉ネットワークのあり方

フランスでは、医療・福祉サービスは、前述したように、国の主導により医療・福祉のネットワークが整備されてきた。そのため、さまざまな医療・福祉のネットワークが形成されており、これらは医療計画で示されている。医療機関等は地方保健庁と複数年度にわたる実行計画を結び、達成状況をモニタリングされる仕組みになっている。本論文でも、医療・福祉のネットワークの代表格である、HAD、地域緩和ケアネットワーク、地域インフォーマーション・コーディネートセンター（CLIC）などへのヒアリング調査を行った（第4章第2節・第3節）。

ある組織に属している緩和ケアチームやHADは、組織を越えて活動し、ネットワークを形成することが推奨されている。たとえば、病院内の緩和ケアチームは、高齢者施設からコンサルテーションの要請があれば出向くことができる。その際、緩和ケアチームには一定額が診療報酬から支給される。

わが国においても「長崎 Dr ネット」のように、医療施設間の連携をベースとした在宅終末期ケアや、「尾道方式」のように主治医を中心としたカンファレンスによる多職種連携など先駆的な事例が存在している。地域包括ケアシステムを推進するのであれば、このような事例を参考に、それを推進するための新しい診療報酬の検討が必要になる。

また、わが国は入院医療と在宅ケアをつなぐシステムが脆弱である。現状では、介護支援専門員が両者のコーディネートをを行っているが、その基礎資格は7割が介護職であり、医療ニーズを踏まえた包括的なケアマネジメントに課題がある。そのため、入院後の早い時点から、看護職・リハ職から早期に相談・助言を受ける機会（カンファレンスなど）を設定することが重要である。

フランス HAD のように、入院医療の延長線上に HAD を位置付けて、入院したら直ちに

退院支援を開始するなど、シームレスな連携を促進するためのインフラ整備や診療報酬の体系、さらには、医師を頂点としたヒエラルキー組織ではなく、多職種連携ができるフラットな組織文化が必要になる。

フランスの医療・福祉のネットワークにおける次の4つの課題は、わが国の課題とも重なる。①非がん患者のインフラ整備はほとんど進んでいない。②ネットワークを形成した場合、どこが連携のイニシアティブを取るべきか曖昧になりやすく、結果として連携が出来にくくなる。③開業医の連携に対する意識が十分でなく、患者を取られるのではないと警戒心が強い。競争ではなく協働を求めていることを理解してもらうため、ネットワーク側から粘り強く働きかけている。④高齢者施設はサービスの質を高めるために、HADや緩和ケアモバイルチームなど外部のサービスの利用を推奨しているが、職員の認識が低いことや診療報酬が減額されることから利用率は低く、施設完結型サービスに留まっている。

特に③と④は、わが国が地域包括ケアシステムに舵を切ったことから示唆に富むものである。③の開業医の意識改革の必要性は、ヒアリングでも強調していた（第4章第3節）。フランスでは、HAD、地域緩和ケアネットワークなどネットワーク側から開業医に働きかけ、後方支援という立場に撤しながらも、重層的な支援のネットワークを形成するという、粘り強い働きかけをしていた。権丈は、第9回社会保障制度改革国民会議資料（平成25年4月19日）の中で、「個々の経営体が競争する状況下では、機能の分化はおろか、仮に機能分化ができたとしても連携は困難—診療報酬によって利益誘導できる話ではない」とし、医療は競争よりも協調を重視すべきであると主張している。これを実感してもらうには、医師など医療従事者の発想の転換と、協働を実感してもらう場づくり、本論文でいう「良質な体験」や「暗黙知」の共有化が必要になる。

④については、介護保険制度導入前までのわが国は、高齢者施設の大規模化と施設完結型ケアを促進してきた。その結果、施設ごとに高齢者の状態像を固定化し、施設が求める状態像に合致なくなると、転院・転所をしてもらうなど「上から目線」の対応で、ケアの連続性と継続性は担保してこなかった経緯がある。

フランスでも日本と同様の政策が過去にとられていたが、2009年7月21日法により医療計画と地方健康計画が統合されたことで、保健予防、入院医療（病院）、外来医療（開業医）、福祉までを含めた総合的な行動計画となっている。これにより、地域全体を大きな施設として捉え、HADや緩和ケアネットワークをモバイルチームとして位置づけ、場所や制度を越えてサービスを提供する仕組みを整えてきた。長くなった高齢期のケアでは、症状や生活環境などは一律ではない。病状が変化するたびに住まいを移動するのではなく、変化してもケアの連続性と継続性を保つために、多職種チームが移動するという体制を整えてきた。このような体制づくりには、医療計画が深く関与するため、日仏の医療計画の比較研究が必要になる。今後の課題としたい。

第3節 本論文の意義と今後の課題

本論文の意義は、次の3点である。

第1は、医療・福祉のより良いチームマネジメントの構築には、カンファレンスやケースメソッド教育など顔の見える関係の中で、自分の考えや知識を多職種と交換しながら学ぶことで、価値観や暗黙知を共有するプロセスが効果的であることを、文献研究と調査研究で明らかにしたことである。

介護保険制度が施行されて14年が経過し、あらためてケアマネジメントの本質に戻って、わが国の現状にあわせた制度設計（医療・福祉のチームマネジメント）と人材育成が求められる。また、地域包括ケアシステムが目指している多職種連携を実現し、WHOが提唱している「専門職とは連携ができる人」を育成するためには、マネジメント能力や実践力を高める教育方法である、カンファレンスやケースメソッド教育について論じた研究は時宜にかなっているといえる。

さらに、医療・福祉のチームマネジメントを実践するためには、「人とつながり、人を束ねて方向づける」リーダーシップが求められる。このリーダーシップは、ケースメソッド教育が目指すリーダーシップ「メンバーの主体性を尊重し、その能力の発揮を真に願って、自発的な行動を全力で支援しつつ、それらを束ねて全体の動きを方向づけていくこと」と重なる。また、このようなリーダーシップは、個人にもともと備わっている資質ではなく、学習を通して意図的に身に着けるものである。本研究でも、ケースメソッド教育を受けた修了生への追跡調査で、このようなリーダーシップが習得されていたことを確認できたことは意義がある。

第2は、わが国が直面している多死時代に対応するには、看取りの場を拡大するとともに、どこで看取られても、質の高い終末期ケアを提供できる体制づくりと人材育成が重要であることを改めて確認したことである。筆者が所属している日本福祉大学終末期ケア研究会では、「死亡場所と介護者の満足度は関連しない」ことを実証研究で明らかにし、その後、一貫して「どこで看取るかではなく、いかに看取るか」という看取りのプロセス重視し、自宅死神話に警鐘を鳴らしてきた経緯がある。

どこで看取られても質の高い終末期ケアを受けるためには、人材育成が重要である。しかし、体系的な緩和ケア研修は、ごく一部の医療職を対象したものであり、福祉・介護職については、その機会さえ皆無であった。終末期ケアのインタビュー調査でも、高齢者施設に勤務する福祉・介護職員は体系的な研修を強く希望していた。

フランスでは、1999年に緩和ケア権利法が制定されてからは、どこで看取られようとも、すべての国民に緩和ケアを受ける権利を保障しようと、インフラ作りが急ピッチで進んでいる。具体的には、医療職の配置が手薄い高齢者施設での看取りの質を高めるために、コーディネーターである看護師の緩和ケア研修の受講を促進するとともに、HADや緩和ケアネットワークを動く社会資源として位置づけ、場所や制度を越えて多職種でサービスを提供する仕組みを整えてきた。やはり、国が責任を持ってインフラ作りをすれば、終末期ケ

アは量・質ともに大きく進むことを再確認したことである。

第3は、医療・福祉のチームマネジメントの日仏比較調査を通して、わが国が目指している地域包括ケアシステムのヒントとなる知見を明らかにしたことである。2009年7月21日法により医療計画と地方健康計画が統合されたことで、保健予防、入院医療、外来医療、福祉、介護までを含めた総合的な行動計画が策定された。これにより、地域全体を大きな施設として捉え、HADや緩和ケアネットワークをモバイルチームとして位置づけ、孤立しやすい、開業医や開業看護師を後方支援する体制を整えてきた。

しかし、体制を整えたからといって連携ができるものではなく、カンファレンスなど顔の見える関係づくりを重視していること、HADや緩和ケアネットワークによる重層的なネットワークを形成すると、どこが連携のイニシアティブを取るべきか曖昧になりやすいこと、がんのネットワークは形成されているが、非がんのネットワークは進んでいないなど、わが国と同じ課題を抱えていることを確認したことは意義がある。

わが国に近い医療制度を持つフランスは、社会保障に関する論文は数多く発表されているが、在宅ケアや地域連携（ネットワーク形成含む）についてはあまり知られていない。在宅ケアや高齢者施設等におけるフランスの医療・福祉チームマネジメントを詳細に考察した論文は本邦初といえる。

最後に、今後の課題を3点述べる。

第1は、調査方法の課題である。本研究は、チームケアにかかわった多職種の多様な意見を収集し、潜在的・顕在的な情報を探索的に分類・整理することから、グループインタビュー法を複数の調査で実施している。グループインタビュー法のような質的研究は、数字で信頼性と妥当性を示すことはできないが、インタビューから分析までのすべての段階について複数の研究メンバーが分析にかかわることで、信頼性と妥当性を担保した。

しかし、グループインタビュー法には限界がある。参加者が言葉にしたいくないこと、あるいは言葉にしにくいことがあるのは容易に想像がつく。そもそも日常の実践活動は、言葉にすることを意識しているわけではないことを配慮すべきである。実践活動を理解するには参与観察が有効な方法であるが、時間的な制約からこれに代わる方法として「観察記録」を作成し、複数の研究者が参加者の非言語的表現（態度・表情・語気など）を収集した。それでも十分な意見を収集できたかどうかは疑問が残る。

小田（2010）が提案しているように、「日常の現場のなまの声」をより引き出すためには、インタビュアーと参加者の役割を固定せずに「会話形式のやりとり」を行う方法もある。この調査方法は、「関わりながら観る」というエスノグラフィー調査の最も独自な方法であり、今後検討したい。

また、二木（2013）が指摘しているように、福祉分野の研究手法で一番好ましいのは、量的調査と質的調査の統合（トライアンギュレーション）である。冷水（2009）も、データ収集と分析の信頼性を高めるために、1つの研究において複数の異なるデータ収集と分析方法を用いることを推奨している。今後の研究は、トライアンギュレーションを基本に

実施したい。

第2は、終末期ケアとチームマネジメントの研究は、ここ2～3年は特別養護老人ホームや医療療養病床など施設における終末期ケアの研究を実施してきた。しかし、終末期における療養場所について、まずは自宅での療養を希望する国民は半数を超えていること、地域包括ケアシステムの推進に伴い、在宅医療を全国的に推進することになり、2012年からは在宅医療連携拠点事業が開始されていることから、筆者が代表を務める日本終末期ケア研究会では、在宅医療の中核を担う在宅療養支援診療所（以下、在支診）と、訪問看護ステーションを対象に、在宅終末期ケアの質とチームマネジメントの関係について2013年から調査研究を開始した。

在支診においては介護や看護に関わる他施設とのカンファレンスや、地域医療連携に関わる職員（コーディネーター）の配置により、看取り数が増えることが先行研究で確認されている。本研究では、看取り数に着目するだけでなく、在支診が中心になるチームマネジメントは、どのような連携・協働がとられているのか、ケアの質はどのようなのかについて、緩和ケア用MDS-PCなど、日本福祉大学終末期ケア研究会が信頼性と有用性を確認したツール（第3章第1節）を使って調査を継続していく予定である。

第3は、日仏比較調査は、インタビューや事例調査など質的研究にとどまり、大規模な日仏比較調査に着手できなかったことである。この理由は、大規模調査のための大型予算やフィールドが確保できなかったことに尽きる。特に終末期ケアマネジメントには様々な要因が関与するため、フランスでは1万人規模の大規模データによって個人レベルの要因を調整した上で、地域間・施設間の比較を実施している。今後も、終末期ケアマネジメントやチームマネジメントの日仏比較研究を継続するには、日本で大規模調査を実施したうえで、フランスの研究機関（ONFVなど）との共同研究が必要になる。これらを実現するためには、日仏で地道な調査研究を重ねることで、フランスの研究者や実践者との信頼関係を構築し、これらの人々との共同研究の実現を目指したい。

また、地域包括ケアシステムを研究するには、フランス医療計画の研究が参考になる。これまで、事業所レベル（メゾレベル）での調査を主に実施してきたが、政策研究の手法を身に付ける必要を感じている。今後は、日仏の医療計画の比較研究にも挑戦したい。

謝辞

本論文の各章は、序章と終章を除いては、既存の著書・論文のいくつかを基礎としています。

本論文をまとめるにあたっては、多くの方々からご指導やご鞭撻をいただきました。日本福祉大学終末期ケア研究会やフランス終末期研究センターの皆様にお礼を申し上げます。特に日本福祉大学学長の二木立先生には、学長という重責かつ多忙な立場にあっても、毎月論文添削指導をしていただきました。毎回赤字で添削されるたびに、次回こそはという思いが動機づけとなり、執筆を進める原動力になりました。手弁当で、丁寧に、かつ的確に指導できる人は二木先生以外知りません。私は大変恵まれていたと感謝しています。

今後も勤務先である日本福祉大学の教育・研究に日々精進するとともに、本論文をまとめるにあたってお世話になった人々との共同研究を実現したいと考えています。

文献

【序章】

- ・ P.F. ドラッガー (2001) :『マネジメントー基本と原則』。ダイヤモンド社, P 9-10
- ・ 角谷あゆみ (2008) :「終末期ケアに取り組む高齢者施設の多職種チームに関する研究－課題論文②－終末期ケアに取り組む高齢者施設における多職種チームの連携状態－. 日本福祉大学大学院社会福祉学研究科福祉マネジメント専攻修士論文. P3.
- ・ 菊地和則 (1999) :「多職種チームの3つのモデル－チーム研究のための基本的概念整理」. 社会福祉学、39 (2), P273-290.
- ・ 厚生労働省 : 社会保障・税の一体改革案. 2011 年 6 月 30 日公表資料
- ・ 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ「日本の将来推計人口 (平成24年 1 月推計)」の中位推計. <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.asp>
2013年 2 月 28 日閲覧.
- ・ 近藤克則 (2007) :『医療・福祉マネジメントー福祉社会開発に向けてー』。ミネルヴァ書房、P84-93.
- ・ 埼玉県立大学編集 (2009) :『IPWを学ぶー利用者中心の保健医療福祉連携』。中央法規出版、P13.
- ・ 篠田道子 (2011) :『多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル』。医学書院、P15-21.
- ・ 高木晴夫監修・竹内伸一著 (2010) :『ケースメソッド教授法入門』。慶応義塾大学出版会、P13-44.
- ・ 鷹野和美 (2008) :『チームケア論ー医療と福祉の統合的サービスを目指してー』。ぱる出版、P15.
- ・ 筒井孝子 (2003) :「地域福祉権利擁護事業に携わる「専門員」の連携活動の実態と「連携活動評価尺度」の開発 (上) , 社会保健旬報. 2183 号, P18-24.
- ・ 二木立 (2012) :「今後の死亡急増で「死亡場所」はどう変わるか?」日本医事新報、第4626号, P26-28.
- ・ 二木立 (2013) :「地域包括ケアシステムと医療・医療機関の関係を考える」. 日本医事新報. 第4630号, P30-31.
- ・ 日本看護協会認定部 : 2012 年 12 月報告書
- ・ 堀公俊 (2009) :『ファシリテーション入門』。日経文庫, P18.
- ・ 前田信雄 (1990) :『保健医療福祉の統合』。勁草書房
- ・ 松田晋哉 (2013) :「フランスにおける医療計画改革の動向」. 病院, 72 (9), P718-722.
- ・ 宮島俊彦 (2012) :「地域包括ケアの展望 (その 4) 医療と介護の統合」. 社会保健旬報, 2513, P 24-31.
- ・ 若林直樹 (2009) :『ネットワーク組織ー社会ネットワーク論からの新たな組織像』有斐閣, P36-40.

【第 1 章】

- ・ Barr H, Feeth D, Harmic M, et al (2005) : The evidence base & recommendation for Interprofessional Education Health and Social Care, Black well.
- ・ Barr H, Koppel, Reeves S, Hammick M, Feeth D (2011): Effective Interprofessional Education-Argument, Assumption & Evidence.
- ・ Buljac-Samardzic M, et al (2010) : Interventions to improve team effectiveness: A

- systematic review. Health Policy 94(3), P183-195.
- CAIPE : <http://caipe.org.uk/> 2013 年 10 月 1 日アクセス.
 - Daka-Mulwanda,V (1995) : Collaboration of services for children and families.A synthesis
Of recent research and recommendations.Family Relations,44(2),P219-225.
 - Damour.D.ferrada-videla.M.Rodrigues.L.S.M.et (2005) : The conceptual basis for
interprofessional Collaboration:concept and theoretical frameworks.J of
interprofessional care.suppl.1.P116-131.
 - Della Freeth,Marilyn Hammick,Scott Reeves Ivan Koppel,Hugh Barr ; 高橋榮明監修・
中山帯子翻訳 (2011a) : 『Effective Interprofessional Education Development,
Delivery&Evaluation - 役に立つ専門職連携教育 - 開発・提供・評価 - 』
 - Dreyfus,H.I.(2001) : On the internet Routledge.
 - Germain,C (1984) : Social Work Practice in Health Care,Free Press.
 - Goscha,RJ& Raap,CA(2003) : 「The Kansas excellence in client-centered supervision
program : Design and initial results」 Community Mental Health J.39(6),P511-522.
 - Hackman JR(1990) : Groups that work and that don 't.Jossey-bass.
 - Hugh Barr, Ivan Koppel, Scott Reeves, Marilyn Hammick, Della Freeth ; 高橋榮明監
修・中山帯子翻訳 (2011b) : 『Effective Interprofessional Education Argument,
Assumption&Evidence－役に立つ専門職連携教育 - 議論・仮説・根拠 - 』
 - Kirkpatrick,D.L(1975) : ”Techniques for Evaluating Training Programs,”in Evaluating
Training Programs Alexandria,VA: American Society for Training and
Development,P1-17
 - Knowles, M.S.(1975) : Self-Directed Learning: A Guide for Learners and Teachers. New
York: Association Press. (M. ノールズ, 渡邊洋子監訳(2005) : 『学習者と教育者のため
の自己主導型学習ガイドーともに創る学習のすすめ』 明石書店
 - Lemieux-Charles, et al ((2006) : What do we know about health care team
effectiveness? A review of the literature Medical Care Research and Review.63
(3) ,P263-300.
 - Mikan SM (2005) : Evaluating the effectiveness of Health care team .Australian
Health Review. 29(2),P211-217.
 - McNair RP (2005) : The case for education health care students in professionalism as
the Core content of interprofessional education.Medical Education,39(5),P456-464.
 - Miller,G.E (1990) : The assessment of clinical skills,competencies,performance.
Academic Medicine.65(9),P63-67.
 - Poulton BC &West MA (1993) : Effective multidisciplinary teamwork in primary

- health care. J of Advanced Nursing.18(6),P918-925.
- ・上原久・野中猛 (2006) :「ケアカンファレンスを構成する因子構造の探索」. 日本福祉大学社会福祉論集, 第 115 号, P129-136.
 - ・上原久・野中猛 (2007) :「ケアマネジメントにおけるケアカンファレンスの効果」. 日本福祉大学社会福祉論集,第 116 号,P53-62.
 - ・岡田加奈子他(2009) :「教員のためのケースメソッド教育 自己・組織解決力育成のためのケースメソッド教育ーいじめ、困難な保護者、学級経営、AD/HD などの現代的課題に連携力に対応するために」、『千葉大学 教員研修モデルカリキュラム開発プログラム 報告書』,P13-52.
 - ・大塚真理子 他(2006) :「卒業生にとっての 4 学科合同実習の学習効果～実施直後の調査と 1 年後の追跡調査から」,埼玉県立大学紀要,8,P97-104.
 - ・大塚真理子、朝日雅也 (2012) :「埼玉県立大学における IPE の歩み」,日本保健医療福祉連携教育学会,4(2),P96-104.
 - ・川越雅弘他(2011) :「要介護者に対する退院支援プロセスへのリハビリテーション職種の関与状況」. 理学療法学 26(3), P 387-392.
 - ・小河祥子他(2012) :「専門職連携教育プログラムの導入・実施状況と問題・課題点」,第 5 回日本保健医療福祉連携教育学会学術集会報告集,P45.
 - ・埼玉県立大学編集(2009):『I P Wを学ぶ～利用者中心の保健医療福祉連携』中央法規,P13.
 - ・佐野享子 (2005) :「ケースメソッド授業における教師・学生間の相互作用に関する一考察～ビジネススクールにおける討論授業での教師の発話に焦点を当てて～」,京都大学高等教育研究第 11 号,P1-11
 - ・栄セツコ (2010) :「『連携』の関連要因に関する一考察 - 精神障害者退院促進支援事業をもとに」. 桃山学院大学総合研究所紀要, 35(3), P53-73.
 - ・坂田薫 (2013) :「民医連のチーム医療に関する実証的調査・研究」. 民医連医療, No.496,P15-19
 - ・篠田道子 (2010) :『チームの連携力を高めるカンファレンスの進め方』. 日本看護協会出版会.
 - ・篠田道子 (2011) :『多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル』. 医学書院,
 - ・田城孝雄他 (2006) : 尾道式ケアカンファレンスの構造と機能「サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査」. 介護経営, 1 (2).
 - ・田村由美ほか(2012) :「I P E 科目の効果 : クラスルーム学習と合同初期体験実習が大学一年生の I P W 学習に及ぼす影響」『保健医療福祉連携』,4(2) ,P84-95.
 - ・高木晴夫監修 (2004) :『人的資源マネジメント戦略』. 有斐閣, P 146-154.
 - ・高木晴夫・竹内伸一 (2006) :『実践! 日本型ケースメソッド教育』. ダイヤモンド社.
 - ・高木晴夫(監修),竹内伸一 (著) (2010) :『ケースメソッド教授法入門』慶應義塾大学出版会,P13-44.
 - ・竹内伸一 (2009) :「ケースメソッドとは何かーケース教材は実践しながら討論を通じて実践力を伸ばす」『検証 ビジネススクール』.慶應義塾大学出版会,P110-114.

- ・筒井孝子（2003a）：「地域福祉権利擁護事業に携わる「専門員」の連携活動の実態と「連携活動評価尺度」の開発（上），社会保険旬報．2183号，P18-24.
- ・筒井孝子（2003b）：「地域福祉権利擁護事業に携わる「専門員」の連携活動の実態と「連携活動評価尺度」の開発（下），社会保険旬報．2184号，P28.
- ・21世紀医学・医療懇談会(1997) 21世紀に向けた介護関係人材育成のあり方について．21世紀医学・医療懇談会第2次報告.
- ・野中猛（1998）：チームカンファレンスの必要性和進め方．トータルマネジメント，3（3）,P3-8.
- ・野中猛（2013a）：「今こそ本質から考えよう」．月刊ケアマネジメント.24(2),P26-29.
- ・野中猛（2013b）：「今こそ本質から考えよう」．月刊ケアマネジメント.24(3),P28-31.
- ・野中猛・上原久（2013）：『ケア会議で学ぶケアマネジメントの本質』．中央法規出版，P42.
- ・野村豊子（1999）：「ケアカンファレンスの理論と実際（その1） ケアカンファレンスとは何か」．岩手県立大学社会福祉学部紀要 2-1,P69-79.
- ・福井小紀子（2014）：『在宅医療連携拠点事業』の成果と展望 - 2025 年に向けた『連携力』とは」．訪問看護と介護,19(1),16-23.
- ・松岡千代（2000）：「ヘルスケア領域における専門職間連携 - ソーシャルワークの視点からの理論的整理」．社会福祉学，40（2），P17-35.
- ・松岡千代(2009)：「多職種連携のスキルと専門職教育における課題」,ソーシャルワーク研究,34(4),314-320.
- ・松田晋哉・片山壽（2013）：「地域包括ケアをどのように具体化するのか：イギリスの Clinical commision group、フランスの保健ネットワーク Reseau de la sante、日本の尾道市医師会モデルとの比較から」．社会保険旬報，No.2025,P10-16.
- ・宮島俊彦（2012）：「地域包括ケアの展望（その4）医療と介護の統合」．社会保健旬報，2513,P 24-31.
- ・森田達也、井村千鶴（2013）：「緩和ケアに関する地域連携評価尺度の開発」．Palliative Care Res. 8 (1),P116-126
- ・吉池毅志、栄セツコ（2009）：「保健医療福祉領域における『連携』の基本的概念整理 - 精神保健福祉実践における『連携』に着目して」．桃山学院大学総合研究所紀要，34（3），P109-122.

【第2章】

- ・Kirkpatrick.D.L (1975) "Techniques for Evaluating Training Programs,"in Evaluating Training Programs Alexandria,VA: American Society for Training and DeveLopment,P1-17.
- ・安梅勅江（2001）：『ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法 科学的根拠に基づく質的研究法の展開』医歯薬出版株式会社 P51-57, P62-63,
- ・上原久・野中猛（2006）：ケアカンファレンスを構成する因子構造の探索．日本福祉大学社会福祉論集，第 115, P129-136.

- ・上原久・野中猛（2007）：ケアマネジメントにおけるケアカンファレンスの効果．日本福祉大学社会福祉論集，第116，P53-62.
- ・岡田加奈子他（2009）：「教員のためのケースメソッド教育 自己・組織解決力育成のためのケースメソッド教育－いじめ、困難な保護者、学級経営、AD/HDなどの現代的課題に連携力に対応するために」、『千葉大学 教員研修モデルカリキュラム開発プログラム 報告書』，P13-52
- ・岡田加奈子・竹鼻ゆかり（2011）：「教師のためのケースメソッド教育」．少年新聞社，P10.
- ・大塚真理子 他（2006）：「卒業生にとっての4学科合同実習の学習効果～実施直後の調査と1年後の追跡調査から」『埼玉県立大学紀要』8，P97-104
- ・大塚真理子、朝日雅也（2012）：「埼玉県立大学における IPE の歩み」．日本保健医療福祉連携教育学会，4（2），P96-104
- ・小河祥子他（2012）：「専門職連携教育プログラムの導入・実施状況と問題・課題点」，『第5回日本保健医療福祉連携教育学会学術集会報告集』，P45
- ・川島みどり、杉野元子（2008）：「看護カンファレンス第3版」．P55-56.
- ・佐野享子（2005）：「ケース・メソッド授業における教師・学生間の相互作用に関する一考察～ビジネス・スクールにおける討論授業での教師の発話に焦点を当てて～」，京都大学高等教育研究第11号、P1-11
- ・篠田道子（2011）：「多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル」．医学書院.
- ・白澤政和（2000）：「ケアマネジメントの実践」．中央法規出版，P8.
- ・鷹野和美編著（2008）：「チーム医療論」．医歯薬出版，P101.
- ・高木晴夫・竹内伸一（2006）：「実践！日本型ケースメソッド教育」．ダイヤモンド社，P16-33.
- ・高木晴夫（監修），竹内伸一（著）（2010）：『ケースメソッド教授法入門』慶應義塾大学大学院出版会，P13-44,
- ・竹内伸一（2009）：「ケースメソッドとは何かーケース教材は実践しながら討論を通じて実践力を伸ばす」『検証 ビジネススクール』．P110-114, 慶應義塾大学出版会
- ・田村由美ほか（2012）：「IPE科目の効果：クラスルーム学習と合同初期体験実習が大学一年生のIPW学習に及ぼす影響」『保健医療福祉連携』，Vo14-No2, P84-95
- ・野中郁二郎・紺野登（1999）：「知的経営のすすめ－ナレッジマネジメントとその時代－」．ちくま書房，P104-119.
- ・野中猛（2002）：「図説ケアマネジメント」．中央法規出版，P43.
- ・野村豊子（2000）：ケアカンファレンスの理論と実際（その2）、課題グループの視点から，岩手県立大学社会福祉学部紀要，2-2，P42.
- ・新津ふみ子（1995）：「ケアコーディネーション入門」，医学書院，P161.
- ・21世紀医学・医療懇談会（1997）：21世紀に向けた介護関係人材育成のあり方について．21世紀医学・医療懇談会第2次報告.
- ・堀公俊（2003）：「問題解決ファシリテーター」．東洋新聞社，P16-18.

- ・堀公俊（2004）：「ファシリテーション入門」．日経文庫．P18.
- ・フラン・リース（2002）：「ファシリテーター型リーダーの時代」．プレジデント社，P2.
- ・松岡千代(2009)：「多職種連携のスキルと専門職教育における課題」『ソーシャルワーク研究』34(4),P314-320
- ・森和夫（2013）：暗黙知の継承をどう進めるか，tokugikon,N0268，P43-49.

【第3章】

- ・Lynn, J. Adamson, DM（2003）：「Living Well at the End of Life」WP-137. Rand Corporation.
- ・Vaughn, S, Schumn, J. S & Sinagub, J. M.：井下理監訳、田部井潤、柴原宣幸訳（1999）：『グループ・インタビューの技法』慶応義塾大学出版会.
- ・安梅勅江（2001）：『ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法～科学的根拠に基づく質的研究法の展開～』医歯薬出版.
- ・安梅勅江、片倉直子、佐藤泉、湊田英津子、西田麻子、大中敬子（2003）：「フォーカスグループインタビュー活用の意義－「健康日本21」への住民の声の反映に向けて－」日本保健福祉学会誌．9（2），P45-54.
- ・安梅勅江（2010）：『ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法Ⅲ/論文作成編～科学的根拠に基づく質的研究法の展開～』医歯薬出版.
- ・池崎澄江、池上直己（2012）：「特別養護老人ホームにおける特養内死亡の推移と関連要因の分析」厚生学の指標．59（1），P14-20.
- ・池上直己（2004）：「終末期ケアの課題と展望－検討会報告の向こう側」．健康保険，58(11)、P18-23.
- ・医療経済研究機構（2003）：「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する研究」
- ・医療経済研究機構（2005）：「療養病床における医療・介護に関する調査報告書」P2-3.
- ・小田博志（2010）『エスノグラフィー入門＜現場＞を質的研究する』春秋社
- ・厚生労働省：第3回介護施設等の在り方に関する委員会（2007）「療養病床の入院患者の状態像と必要なケアについて」（平成19年3月12日）資料．P6．
- ・厚生労働省（2008）：「終末期医療に関する調査」.
- ・厚生労働省ホームページ「人口動態統計」第5表 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移（2011年12月1日発表資料）．
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/dl/s03.pdf>
2013年2月28日閲覧.
- ・厚生労働省：「平成22年介護サービス施設・事業所調査結果の概要」P11-13.
- ・厚生労働省：「介護老人福祉施設の基準・報酬について」（2011）．社会保障審議会－介護給付費分科会第84回（平成23年11月10日）資料P9．
- ・国立社会保障・人口問題研究所ホームページ「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の中位推計．<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.asp>

2013年2月28日閲覧.

- ・近藤克則 (2002) : 「高齢者の在宅死と終末期ケアの質 - 在宅ターミナルケアに関する全国訪問看護ステーション調査の結果から」. 社会保険旬報, No. 2129, P24-28.
- ・篠田道子 (2011) : 厚生労働科学研究費補助金 (政策科学推進研究事業) 「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」. 平成 22 年度分担研究報告書「高齢者の終末期におけるケアの課題～意思決定能力が低下した高齢者への対応に焦点を当てて～」
- ・篠田道子、上山崎悦代、宇佐美千鶴 (2013) : 「終末期ケアにおける多職種連携・協働の実態－特別養護老人ホームと医療療養病床の異同を通して」. 日本福祉大学社会福祉論集, 第 129 号、P15-38.
- ・冷水豊編著 (2009) : 『「地域生活の質」に基づく高齢者ケアの推進～フォーマルケアとインフォーマルケアの新たな関係をめざして～』有斐閣
- ・杉本浩章、近藤克則 (2006) : 「特別養護老人ホームにおける終末期ケアの現状と課題」社会福祉学, 46(3), P63 - 74.
- ・杉本浩章、近藤克則、樋口京子、篠田道子、五十嵐智嘉子、池上直己 (2007) : 「緩和ケア用 MDS-PC) の日本語版の信頼性と有用性」. 病院管理, 44 (3), P49-57.
- ・全国老人福祉施設協議会 (2011) : 「平成24年度介護報酬改定等に関する要望書」
- ・全日本病院協会 (2012) : 「終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究 (報告書)」
- ・田中克恵 (2011) : 「特別養護老人ホームの終末期ケアに関する研究～看取り介護加算の算定を支える終末期ケアのストラクチャーとプロセス～」社会福祉学研究 NO. 6
- ・田城孝雄、高橋隆、瀬戸恒彦、片山濤、田中滋 (2006) : 尾道式ケアカンファレンスの構造と機能「サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査」. 介護経営, 1 (2)
- ・田嶋香苗、中島民恵子、金圓景、斎藤雅茂、冷水豊、平野隆之 (2011) : 「地域特性に即したインフォーマルケアの実践的課題抽出の試み (2) - 福祉でまちづくりを目指す高浜市での調査から - 高齢化が進む大都市近郊の春日井市 S 地区での調査ら」日本福祉大学社会福祉論集. 第125号、P121-134.
- ・辻彼南雄、渡辺大輔、中島民恵子 (2012) : 「終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査」平成23年度理想の看取りと死に関する国際比較調査報告書. P196-199.
- ・中島民恵子、田嶋香苗、金圓景、奥田佑子、冷水豊、平野隆之 (2011) : 「地域特性に即したインフォーマルケアの実践的課題抽出の試み (1)」日本福祉大学社会福祉論集. 第125号、P103-119.
- ・日本慢性期医療協会ホームページ「療養病床における終末期医療・看護に関する調査病院調査」 (平成20年9月) <https://jamcf.jp/enquete.html> 2013年3月20日閲覧.
- ・二木立 (2012) : 「今後の死亡急増で「死亡場所」はどう変わるか？」日本医事新報、N04626, P26-28.
- ・樋口京子、篠田道子、杉本浩章、近藤克則 (2010) : 『高齢者の終末期ケア-ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール』中央法規出版.

- ・樋口京子、久世淳子、森扶由彦、島田千穂、篠田道子（2004）：「高齢者の終末期ケアにおける『介護者の満足度』の構造－全国訪問看護ステーションの調査から」．日本在宅ケア学会誌，7（2），P91-99.
- ・樋口京子（2009）：「高齢者の終末期ケアにおけるケアマネジメント」，Geriatric Medicine（老年医学），47（4），P471-475.
- ・平原佐斗司他（2006）：非がん疾患の在宅ホスピスケアの方法の確立のための研究．2006年度後期在宅医療助成・勇美記念財団助成事業．
- ・三菱総合研究所（2008）：「特別養護老人ホームにおける重度化・看取り対応に関する研究報告書」．
- ・三菱総合研究所（2010）：「介護施設における医療提供に関する調査研究報告書」
- ・宮田和明、近藤克則、樋口京子編（2004）：『在宅高齢者の終末期ケア－全国訪問看護ステーション調査に学ぶ』中央法規出版．

【第4章】

- ・ Allocation Personalisee D'autonomie et la prestation decompensation du Handicap au 30 juin2008.P2-3
- ・ CNSA（2008）：Report2008「Droit universel d'aide a l'autonomie:un socle,une nouvelle etapa.
- ・ D'hospitalisation a Domicile（2013）：Rapport d'activite de la FNEHAD 2012-2013
- ・ INED 国立人口統計研究センター（2013）：フランス終末期医療の決断－アンケート調査報告書.
- ・ Gauderer MW（1999）：「Twenty years of percutaneous endoscopic gastrostomy:Origin And evolution of a concept and its expanded applications. Gastrointest endosc 50 879-883.
- ・ Lynn. j .Adamson, D.M.（2003）：Living Well at the End of Life. WP - 137.Rand corporation.
- ・ Observatoire National de la Fin de vie Rapport（2011）
- ・ ONFV 国立終末期研究センター（2013）：在宅終末期医療実態調査報告書.
- ・ Stffen M（CNRS - Grenoble University）（2010）：The French health care system.liberal universalism. Journal of Health Politics,Policy and Law 35(3),P353－387.
- ・ フランス緩和ケア・看取り協会「SFAP」 <http://www.sfap.org/> 2012年3月1日閲覧
- ・ 池崎澄江、池上直己（2012）：特別養護老人ホームにおける特養内死亡の推移と関連要因の分析．厚生の指標、59（1）、14 - 20.
- ・ 石飛幸三（2010）：「平穏死」のすすめ－口から食べられなくなったらどうしますか．講談社、東京
- ・ 稲森公嘉（2012）：フランス介護保障制度の現状と動向．健保連海外医療情報、N0. 94, P9-15.
- ・ 江口隆裕（2011）：「フランス医療保障の制度体系と給付の実態－基礎制度と補足制度の関係を中心に－」．筑波ロー・ジャーナル、10号、P1 -8

- ・岡谷恵子（2005）：「フランスの看護師制度の概要－医療・看護制度の現状と課題－」、『世界の労働』、55（10）、P42-53.
- ・川上嘉明（2008）：自然死を創る終末期ケア－高齢者の最期を地域で看取る．現在社.
- ・菊地広子（2011）：フランス終末期医療事情－治療中止を合法化、緩和ケア政策も進む．日経メディカル、2011年3月号、40 - 45.
- ・厚生労働省大臣官房国際課：「各国にみる社会保障施策の概要と最近の動向（フランス）」、『海外情勢報告（2005～2006年）』、P241.
- ・厚生労働省（2007）：終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン．平成19年5月
- ・厚生労働省（2009）：人口動態調査、2012年1月21日資料
- ・厚生労働省（2010）：「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」P6.
- ・厚生労働省（2012）：中医協総会「医療介護の連携について（その2）」
- ・国立社会保障・人口問題研究所（2006）：「日本の将来推計人口「平成18年12月推計」
- ・篠田道子（2008）：「フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向～在宅入院制度による集中的ケアマネジメントを中心に～」、海外社会保障研究、No162、P37 - 38.
- ・篠田道子（2009）：フランス介護制度の動向と日本への示唆．健保連海外医療保障、N083、P15 - 21.
- ・篠田道子（2010）：フランスにおける長期入院への対応－在宅入院制度の展開から－健保連海外医療保障、NO.87,PP21 - 28.
- ・篠田道子（2011）：フランスにおける医師と看護師の役割分担－看護師の「固有の役割」を中心に．海外社会保障研究、第174号、P30 - 41.
- ・篠田道子（2012）：フランス終末期ケアの動向とわが国への示唆．日本福祉大学社会福祉論集、第127号、P1-17.
- ・篠田道子（2013）：フランス終末期ケアの現状とわが国への示唆－2012 - 2013年に発表された調査結果の分析を中心に－．健保連海外医療保障、NO.100、P8-15
- ・杉本浩章、近藤克則、樋口京子、篠田道子、五十嵐智嘉子、池上直己（2007）：緩和ケア用MDS - PC日本語版の信頼性と有用性．病院管理、44（3）、243 - 250.
- ・全国保健センター連合会（2009）：「地域包括支援センターのネットワーク化と業務の重点化・効率化に関する調査研究報告書」、P18.
- ・全日本病院協会（2009）：終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～．平成21年5月
- ・全日本病院協会（2012）：終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究報告書．P12.
- ・刀根洋子（2007）：「フランスの医療と看護の動向」、『インターナショナルナーシングレビュー』、30（3）、P96-100.
- ・武林亨（2011）「在宅療養支援の実態把握と機能分化に関する研究」（平成22年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業）<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/> 2013年9月1日閲覧
- ・日本医師会（2007）：終末期医療のガイドライン．平成19年8月
- ・日本救急医学会（2007）：救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）、

平成 19 年 11 月 5 日

- ・日本慢性期医療協会ホームページ「療養病床における終末期医療・看護に関する調査 病院調査」（平成20年 9 月）<https://jamcf.jp/enquete.html> 2013年 3 月20日閲覧.
- ・日経メディカル編集部（2011）：治療差し控え進むフランスー法整備を機に緩和ケアが充実. 日経メディカル、2011 年 12 月号、70 - 73.
- ・原田啓一郎（2007）：「フランスの高齢者介護制度の展開と課題」、海外社会保障研究、No161、P27-35.
- ・原山哲（2005）：「看護におけるジェンダーの次元の脱構築ーフランスと日本の比較社会史試論ー」、『東洋大学社会学部紀要』、43（2）、P77-86.
- ・樋口京子、篠田道子、杉本浩章、近藤克則（2010）：高齢者の終末期ケアーケアの質を高める 4 条件とケアマネジメント・ツール. 中央法規出版、東京
- ・本田まり（2008）：終末期医療と生命倫理 - 病者の権利および生命の末期に関する 2005 年 4 月 22 日の法律 370 号による改正を経た、法典の関連する規定 - . 太陽出版、P223 - 237.
- ・松田晋哉（2006）：「フランスにおける医療と介護の機能分担と連携」、海外社会保障研究、No156、P45-58.
- ・松田晋哉（2013）：「フランスにおける医療計画改革の動向」. 病院、72(9), P718-722.
- ・水木麻衣子、高橋都、甲斐一郎（2010）：「看護師の処方権導入に関する文献研究ー利害関係者の視点からー」、『社会技術研究論文』、N07、P222-231.
- ・山本あい子他（2004）：平成 13 年度厚生科学特別研究事業「諸外国における看護師の業務と役割に関する研究」P38-51.
- ・宮田和明、近藤克則、樋口京子編（2004）：在宅高齢者の終末期ケアー全国訪問看護ステーション調査に学ぶ. 中央法規出版、東京
- ・ヴァンサン・アンベール、山本知子訳（2004）：「僕に死ぬ権利をください - 命の尊厳を求めて」. NHK 出版、東京

【終章】

- ・WHO（2002）<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2013 年 10 月 1 日アクセス
- ・上原久・野中猛（2006）：「ケアカンファレンスを構成する因子構造の探索」. 日本福祉大学社会福祉論集、第 115 号、P129-136.
- ・小田博志（2010）：『エスノグラフィー入門＜現場＞を質的研究する』春秋社.
- ・厚生労働省（2013）「人生の最終段階における医療に関する意識調査」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002wehv.html>2013年12月 1 日アクセス
- ・国立社会保障・人口問題研究所ホームページ「日本の将来推計人口（平成24年 1 月推計）」の中位推計. <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.asp>
2013年 2 月28日閲覧.
- ・権丈善一（2013）：第 9 回社会保障制度改革国民会議資料（平成 25 年 4 月 19 日開催）
「国民の医療介護ニーズに適合した提供体制改革への道筋、医療は競争よりも協調を」

P53.

- 佐藤一樹、志真泰夫、羽川瞳、安部奈津子、竹内真帆、宮下光令（2013）：「緩和ケア病棟は10年間にどう変わったか - 施設概要と利用状況にみられる変化と平均在棟日数との関連 - 」。Palliative Care Research, 8 (2), P264-272.
- 冷水豊編著（2009）：『「地域生活の質」に基づく高齢者ケアの推進 - フォーマルケアとインフォーマルケアの新たな関係をめざして -』有斐閣, P18
- 関根龍一（2013）：「全疾患を対象とした、緩和ケアサポートチームの横断的活動」.
週刊医学界新聞, 第 3047（2013 年 10 月 14 日号）
- 二木立（2013）：『福祉教育はいかにあるべきか - 演習方法と論文指導』.勁草書房, P69.
- 日本緩和医療学会（2011）：「2011年度緩和ケアチーム登録結果報告」. P 8.
- 日本ホスピス緩和ケア協会・2011年度アンケート結果（2012）：「日本ホスピス緩和ケア協会2012年度年次大会資料.
- 野村豊子（1999）：「ケアカンファレンスの理論と実際（その1） ケアカンファレンスとは何か」. 岩手県立大学社会福祉学部紀要 2-1, P69-79.

【初出一覧】

本論文の初出の掲載本、雑誌は次の通りである。各章とも、元論文に加筆を加えた。

序章

- ・篠田道子（2011）『多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル』。医学書院
第1章第2節 P 11-21, 第1章第7節 P35-38.

第2章

第1節

- ・篠田道子編集（2010）『チームの連携力を高めるカンファレンスの進め方』。日本看護協会出版会。第1章第1節 P2-5.

第3節

- ・宇佐美千鶴・篠田道子（2013）「ケースメソッド教育を用いた多職種連携教育の学習評価の検討ー演習直後の調査と修了生の追跡調査からー」。日本福祉大学社会福祉論集, 第128号, P115-132.

第3章

第1節

- ・樋口京子・篠田道子・杉本浩章・近藤克則編集（2010）『高齢者の終末期ケアーケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール』中央法規。第1部第2章第2節 P27-43, 第2部第1章 P60-64, 第2部第2章第1節 P65-86
- ・杉本浩章・近藤克則・樋口京子・篠田道子・五十嵐智嘉子・池上直己（2007）「緩和ケア用 MDS=PC 日本語版の信頼性と有用性」。病院管理, 44（3）, P49-57.

第2節

- ・篠田道子・上山崎悦代・宇佐美千鶴（2013）「終末期ケアにおける多職種連携・協働の実態ー特別養護老人ホームと医療療養病床の異同を通してー」。日本福祉大学社会福祉論集, 第129号, P15-38.

第4章

第1節

- ・篠田道子（2011）「フランスにおける医師と看護師の役割分担ー看護師の『固有の役割』を中心に」。海外社会保障研究, 第174号, P30-41.
- ・篠田道子（2009）「フランス介護制度の動向と日本への示唆」。健保連海外医療保障, No.83, P15-21.

第2節

- ・篠田道子（2008）「フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向ー在宅入院制度による集中的ケアマネジメントを中心にー」。海外社会保障研究, 第162号, P29-42.

第3節

- ・篠田道子（2013）「フランス終末期ケアの現状とわが国への示唆ー2012 - 2013 に発表された調査結果の分析を中心に」。健保連海外医療保障, No.100、P8-15.