

多職種の観察の視点を活かした支援者連携モデルの構築  
-在宅療養支援に必要な他職種の観察の視点と連携の課題の抽出-

2013 年度在宅医療助成(前期)一般公募  
「在宅医療研究への助成」 研究結果報告書

2014 年 8 月 29 日提出

研究代表者 蒔田 寛子  
(豊橋創造大学保健医療学部看護学科 在宅看護学 )

## I. 研究の背景

平成 24 年度の診療報酬・介護報酬同時改定は、今後の高齢化に対応した「地域包括ケアシステム」構築の第一歩と言われ、特に「在宅医療の充実」「医療と介護の連携」に重点が置かれ、医療ニーズの高い在宅療養者の増加に対し、訪問看護師、訪問介護職等支援者間の機能分担と連携の強化が望まれていた。そして、平成 26 年度の消費税増税では、増収分はすべて社会保障の充実・安定化に向けるということで、そのうちの医療・介護のサービスの保障の強化では、「地域包括ケアシステムの構築」へ向けた「入院医療の機能分化・強化」「在宅医療の充実」が挙げられており、在宅医療の充実のための支援者間の連携の強化が期待されている。

以上のような背景の下、保健・医療・福祉分野の専門職の連携実践が極めて大切になってきている。在宅療養者支援では、病院等単独施設の中の連携と違い、複数の施設・機関との連携が多く、さらに保健、医療、福祉等様々な学問を背景とする支援者間の連携のため、連携が難しい現実がある。しかし、他職種の観察の視点を相互に理解し『多職種の観察の視点を活かした支援者連携モデル』を構築することにより、学問背景の異なる支援者のコミュニケーションが深まり、連携が強化され、結果として療養者の理解が深まることになると考えられる。また、関連多職種間の相互理解は自分自身の職種の専門性を再確認する機会にもなり、専門職の質の向上につながり、このことは、療養者の生活の質（QOL）の向上に寄与すると考えられる。

筆者はこれまでに、独居高齢者の療養生活継続のための支援と支援者間の連携(蒔田, 川村, 2012)、通所リハビリテーション施設における多職種連携(蒔田, 牧田他, 2011)、居宅療養支援におけるケアマネジャーと他職種との連携(矢田, 蒔田, 鈴木, 2011)、回復期リハビリテーション病院におけるリハビリテーション職員の連携(蒔田, 牧田他, 2012)について研究に取り組み、多職種連携の課題と課題解決への示唆を得ている。これまでの研究により、以下のような事項が「支援者間の連携における実態と課題」として明らかになった。

- 高齢者の独居療養生活支援では、専門職ではない身近な支援者と訪問介護職が生活の多くを支え、訪問看護師、医師、ケアマネジャーが重層的に支援していた。
- 多職種連携の鍵は情報交換だが、他職種への遠慮から効果的に実施されない傾向にあり、職種を超えての支援についての助言や直接の介入が少なかった。
- ケアマネジャーと他の職種間では、非干渉や情報の伝達不足があった。
- 他職種の療養者の捉え方を理解することや、自分の療養者の把握について他職種に伝えることが重要であり、一つの職種だけでは療養者の全体像が把握できない。

在宅療養者への訪問は、原則いずれの職種も一人で行くことが多く、さらにその課題は、訪問する職種の専門性に関することばかりではないため、在宅療養者の問題の早期発見には、支援している多職種の観察の視点が必要となる。さらに、療養者にとって必要な職種が揃っている地域ばかりではないため、多職種の観察の視点とその差異を明らかにすることは、少ない人的資源で在宅療養者の包括的な支援をする際に必要である。本研究は、他の専門職の観察の視

点を学び支援に活かすという新しい連携のあり方を提案するものである。

## II. 研究目的

在宅療養生活を支援している専門職の観察の視点と連携の課題を明らかにすることを目的とする。それにより、専門職間の相互理解に基づく、在宅療養者の安定した生活継続のために有用な、『多職種の観察の視点を活かした支援者連携モデル』構築の第一段階となる。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究では、研究デザインとして質的記述的研究法を用いた。在宅療養生活を支援している専門職の観察の視点と連携の実際を記述することにより、専門職連携の課題を明らかにすること、そしてそこから『多職種の観察の視点を活かした支援者連携モデル』構築の第一段階とすることを目的としており、現象を記述することにより、その現象を理解する質的記述的研究法 (Holloway I, 1996) が適切と考えたからである。本研究は、『多職種の観察の視点を活かした支援者連携モデル』構築の第一段階とすることを目的としているのであるが、在宅療養生活を支援している専門職の観察の視点、専門職連携の実際については、質問項目として設定できるほどには明らかになっていない。そのため質的記述的研究法により、現象を詳細に理解することが必要と考え、この方法を採用した。

### 2. 研究対象及び協力依頼の手順

研究対象者は、在宅療養生活を支援している専門職である。療養者にとって身近な医療と福祉の専門職である訪問看護師とリハビリスタッフ、訪問介護職を対象者とした。

研究代表者が面識のある在宅療養を支援している専門職に研究の趣旨を説明し、条件にあう研究対象者の紹介を依頼した。条件にあうと判断された対象者に対して、研究に協力してもよいかの意向を確認し、了承の得られた対象に、研究者が文書および口頭で研究目的と方法、倫理的配慮の説明を行い、研究参加の承諾を得た。

在宅療養生活を支援している専門職でのグループインタビューであることも説明した。

### 3. 研究期間

2013年8月から2014年8月

#### 4. データ収集方法

在宅療養生活を支援している専門職に、研究目的に沿って半構成的な質問項目を用いてグループインタビューを行った。インタビューの内容は、「対象者の観察の視点と他の支援者に観察して欲しい視点、専門職連携の実際と課題と感じていること」であった。

グループインタビュー法は、グループダイナミクスによる意見の引き出しにより、対象者自身が認識していない実践行動についても、相互作用により引き出す効果があるとされているため（安梅, 2009）本研究に適している。訪問看護師、リハビリスタッフ、訪問介護職での 6 名程度のグループを作り、グループインタビューの内容は、承諾を得て録音し逐語録を作成した。

#### 5. データ分析方法

グループインタビューの内容を録音し、逐語録を作成する。逐語録を研究目的にそって質的記述的に分析しカテゴリーの抽出を行う。本研究の真実性を保証するために、逐語録の分析は、コード化、カテゴリー化の際に、データに基づいたラベルであることを心がけ、分析結果については、複数の研究者で納得できるかの確認を行った。

#### 6. 研究における倫理的配慮

- ① 研究対象者には文書と口頭による説明を行い、同意の確認は同意書への署名にて行う。
- ② 研究対象者の研究協力の有無、研究途中の中断に関する自由意思を尊重する。
- ③ グループインタビューは精神的・身体的疲労を考慮し、長時間に及ばないようにする。
- ④ 研究対象者のプライバシーの保護のため匿名性を保持し、データは研究目的以外には使用しない。
- ⑤ データの管理は施錠を行い、データはロック付 USB に保管し、研究終了後は全てのデータは確実に消去を行う。

### IV. 結果

#### 1. 研究対象者の概要

研究対象者は、訪問看護師 5 名、リハビリスタッフ 5 名（理学療法士 4 名、作業療法士 1 名）、訪問介護職 6 名の 16 名であった。

## 2. 在宅療養生活を支援している専門職の観察の視点

表1 在宅療養生活を支援している専門職の観察の視点

カテゴリー	サブカテゴリー	第2コード
心身の様子	病状に応じた身体面	病気と症状などの身体面を観察する
		訪問が入らない時間の状況を含めて観察する
		病状と生活を観察し、特に疼痛や転倒の有無を確認する
		内服状況の報告は大切な情報
	表情と体調	ケアをしながら体調を観察する
		まず表情をみる
生活の様子	生活の変化	食事排泄、環境等生活を観察する
		ADLと余暇活動を観察する
		ヘルパーは生活変化を観察する
		在宅生活が継続可能かどうか観察する
	介護者の様子	介護者の負担はどうか観察する
		介護者の不安を観察する

在宅療養生活を支援している専門職の観察の視点については、43の第1コード、12の第2コード、4のサブカテゴリー、2のカテゴリーが抽出された。以下に、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを《 》、第2コードを〈 〉、代表的なデータを「 」で示す。

### 【心身の様子】

訪問看護師は、「私たちは訪問看護なので、身体の状態を観察するということから入っているので、まずは病状の観察で、健康チェックをさせてもらうのが主なんですけれども…」と語り、看護職の役割としても病気と症状などの身体面を観察していたため、〈病気と症状などの身体面を観察する〉の第2コード、《症状に応じた身体面》のサブカテゴリーを抽出した。

訪問介護職は、「表情がどうかというところが一番、まず相手が聞ける状況なのかだとか…」と語り、まず表情を観察しそこから体調を判断していた。そのため〈まず表情をみる〉の第2コード、〈表情と体調〉のサブカテゴリーを抽出した。

これら2のサブカテゴリーから、専門職の観察の視点として【心身の様子】のカテゴリーを抽出した。

### 【生活の様子】

「独居の方と、家族がいる方では、やっぱり違いが出てくるんですけども、独居の方です

とまず、玄関入る前から、新聞とか、ポストのところにどのくらいたまっているとか、その状況から入っていくんですが…」との訪問介護職の語りから、〈新聞のたまり具合をみる〉の第2コード、《生活の変化》のサブカテゴリーを抽出した。

「在宅ならではと思うのは、そこに介護者が必ずいる状態だったりすることが多い、介護者の様子をみて…」との訪問看護師の語りから、〈介護者の負担はどうか観察する〉の第2コード、《介護者の様子》のサブカテゴリーを抽出した。

これら2のサブカテゴリーから、専門職の観察の視点として【生活の様子】のカテゴリーを抽出した。

在宅療養生活を支援している専門職の観察の視点は、【心身の様子】【生活の様子】であり、訪問の際に変化を早めに把握し、生活が継続できるように支援していた。

在宅療養生活を支援している専門職の観察の視点の分析から図1（資料1）を作成した。

職種により重点の置き方に違いはあるが、療養生活が継続できるように、専門職は【心身の様子】と【生活の様子】を観察していた。訪問看護師は特に病気をふまえた心身の様子を観察しており、食事排泄は重要とのことであり、生活の観察からも変化を読み取り援助していた。訪問介護職は特に表情の観察と新聞のたまり具合などの生活の変化を観察し援助に活かしていた。そしてリハビリスタッフはADLと生活の楽しみなどを特に観察しており、QOLの維持向上ができるようにと援助していた。療養生活が継続できるためには、介護者が現在の健康を維持できることが大切であり、どの職種も介護者の様子を観察していた。

【心身の様子】と【生活の様子】は区別して観察できるものではなく、重複する部分が多くあり、生活している対象者を支援していることであると考えられた。

### 3. 在宅療養生活を支援している専門職連携の実際

表2 在宅療養生活を支援している専門職連携の実際

カテゴリー	サブカテゴリー
他職種のやることに納得していない	連絡がないので早めに支援の導入ができない
	日々の業務の中では連携を取る方法が決まっていない
職種間には壁がある	看護師には壁がある
	他職種には遠慮がある
	他職種のわからないことがわからない
他職種の機能がわかる	医師と看護師のフォローがあれば落ち着いてケアできる
	専門性を活かした意見交換をする
	支援者で目標を共有する
支援者間でフォローしあう関係を作る	他職種を大切にする
	根拠がない援助への不安を表出する
連携方法が決まると支援が安定する	ケアマネジャーを中心に支援を検討する
	日々の支援を通して支援者の関係を作る
	他職種の記録報告を援助につなげる

在宅療養生活を支援している専門職連携の実際については、394の第1コード、67の第2コード、13のサブカテゴリー、5のカテゴリーが抽出された。以下に、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》、第2コードを〈 〉代表的なデータを「 」で示す。

#### 【他職種のやることに納得していない】

「訪問してみたらここまでなる前に教えて欲しかったと…」との理学療法士の語りから、〈リハビリ支援が必要な療養者に早めに知り合えない〉の第2コード、《連絡がないので早めに支援の導入ができない》のサブカテゴリーを抽出した。

「ケアマネジャーによっては、直接訪問看護師に連絡できる場合もあるんですけど、そうすると私は聞いていないってなっちゃって…ケアマネジャーによって性格があってそれを見極めないとやっていけないという…難しい部分があるんです」との訪問介護職の語りから、〈ケアマネジャーによっては連携も自分を通して欲しくないというので支援者同士の連携が取りにくい〉の第2コード、《日々の業務の中では連携を取る方法が決まっていない》のサブカテゴリーを抽出した。

以上、2のサブカテゴリーから、在宅療養生活を支援している専門職連携の実際について【他職種のやることに納得していない】のカテゴリーを抽出した。

### 【職種間には壁がある】

「介護側の意見はナースには否定される」「介護職の中で、こんなことをナースさんに聞いてちゃっていいのかなとか…」などの訪問介護職の語りから、〈看護師が介護職を否定する〉の第2コード、《看護師には壁がある》のサブカテゴリーを抽出した。

「お互い遠慮がすごくあるような、私もヘルパーさんとかにすごい遠慮があるし、他のステーションの看護師さんにも遠慮があるみたいなところで、なかなか顔を合わせる機会がないところから、言いにくかったりっていう面がつよいのかなっていう…」との理学療法士の語りから、〈遠慮があるので助言しにくい〉の第2コード、《他職種には遠慮がある》のサブカテゴリーを抽出した。

終末期の療養者支援について、訪問介護職から「みるみる痩せていくし、水分は摂れないし…私たちは医療的なことは一切できない」「オムツ交換してって言われても、もう最後の便がだらだら出ているのがわかるじゃないですか、何かもう経験していくと、これはもう無理…」などの終末期の療養者が経口摂取できずに自然に死に向かっていく姿を受け入れ難いこと、その時の支援が大変であることの話があった。それを聞いた「そうか、私たちからすると、（終末期に）枯れてるみたいになっているのは、一番自然で、一番その人にとっていいっていう理解なんですよ…ヘルパーさんは看取りの勉強をするわけじゃないもんね」との訪問看護師の語りから、〈訪問看護師だとよい最期だと納得していることに介護職が戸惑っていることに気づいた〉の第2コード、《他職種のわからないことがわからない》のサブカテゴリーを抽出した。

以上、3のサブカテゴリーから【職種間には壁がある】のカテゴリーを抽出した。

### 【他職種の機能がわかる】

「その方、その方で病気が違うので、ナースさんのほうに、その病気の方の注意事項とか、この人のこの病気にはこういうケアをされるといいよとか、教えていただけると、より一層その方に、安心したケアを、提供できるかなと…」との訪問介護職の語りから、〈看護師の指示があれば落ち着いてケアできる〉の第2コード、《医師と看護師のフォローがあれば落ち着いてケアできる》のサブカテゴリーを抽出した。

「専門職が集まる利点というのは、みる観点が全然違うことなんですよ、PTとOTでも歩行や動作をみた見解が違うんですね。その見解を言いあうというか、意見交換をして、ああそうなんだ、じゃあどうしようってね…」との理学療法士の語りから〈観察の視点を言いあい共有する〉の第2コード、《専門性を活かした意見交換をする》のサブカテゴリーを抽出した。

「チーム全員の中で、問題を共有し把握して、介護者の気持ちを受容しながら支えていきましよう、というふうに…」との訪問看護師の語りから〈在宅ケアの目標を支援チームで共有する〉の第2コード、《支援者で目標を共有する》のサブカテゴリーを抽出した。

以上、3のサブカテゴリーから【他職種の機能がわかる】のカテゴリーを抽出した。



### 【支援者間でフォローしあう関係を作る】

「（看護師と介護職）お互いが大事にしているところ、気になるところを伝えてもらって、それを受け入れてもらって…」との訪問看護師の語りから、〈看護師に受け入れてもらえている〉の第2コード、《他職種を大切にする》のサブカテゴリーを抽出した。

「本人（終末期の療養者）は意識もないし、そこでオムツ替えてって言っても、おしっこも出ていない。じゃあどうすればいいのって言っても、（自分たちは）何もできないし、見ていただけっていうのが、ものすごくつらい。何かできたらって思うけど…」との訪問介護職の語りから、〈介護職は看取りの勉強をしていないから終末期の介護は大変〉の第2コード、《根拠がない援助への不安を表出する》のサブカテゴリーを抽出した。

以上、2のサブカテゴリーから【支援者間でフォローしあう関係を作る】のカテゴリーを抽出した。

### 【連携方法が決まると支援が安定する】

「問題点が全体で話し合った方がいい場合は、担当者会議をケアマネジャーが招集をかけます。いまこういうふうな問題があるけれどもどうだろうって…」との訪問看護師の語りから〈具体的な支援についてケアマネジャー中心に支援者間で話し合う〉の第2コード、《ケアマネジャーを中心に支援を検討する》のサブカテゴリーを抽出した。

「だんだんケースを重ねることで、いろんな連携の仕方とか、そういうことを積み重ねてきて、で、突然連携がうまくいく状態になったわけではなくて、自分の知識であったり、技術とか、そういったキャパをどんどん…」との訪問看護師の語りから〈支援してきたケースを通して連携が上手くいくようになる〉の第2コード、《日々の支援を通して支援者の関係を作る》のサブカテゴリーを抽出した。

「必要な人には連携をとって、ヘルパーさんにも毎回どれくらい（水分を）飲ませたか書いて下さいとか、そのインアウトのチェック表を作って、ヘルパーさんにも書いてもらうようにするんですけど…」との訪問看護師の語りから、〈他職種に連絡して欲しい内容を伝える〉の第2コード、《他職種の記録報告を援助につなげる》のサブカテゴリーを抽出した。

以上、3のサブカテゴリーから、【連携方法が決まると支援が安定する】のカテゴリーを抽出した。

在宅療養生活を支援している専門職連携の実際には、【他職種のやることに納得していない】  
【職種間には壁がある】  
【他職種の機能がわかる】  
【支援者間でフォローし合う関係を作る】  
【連携方法が決まると支援が安定する】の5のカテゴリーが抽出された。

他職種から早めに連絡がないので、タイムリーに支援の導入ができない、日々の業務の中での連携を取る方法が決まっていない等の状況は、【他職種のやることに納得していない】ので、

専門職間で上手く連携が取れずお互いに距離をとった関係であった。

また、訪問看護師に訪問介護職のやることを否定されるので、わからないことがあっても、訪問看護師にこんなことを聞いていいのかわからない不安で聞けないなどの経験から、特に訪問介護職は訪問看護師に壁を感じていた。その様な関係であると、訪問看護師は、訪問介護職のわからないことがわからないのであり、また訪問介護職には家族がわかるレベルで話をしなければ話が伝わらないという意見もあった。そして担当者会議等を通して一度会っても、その場限りで関係が終わってしまうことが多く、職種が違くと遠慮があり助言ができないなど、他職種に対しては遠慮がある関係であり、【職種間には壁がある】ので、専門職間でよりよい関係を築きながら支援することを困難にしていた。

しかし、訪問介護職は訪問看護師の指示があれば落ち着いてケアでき、急変時は訪問看護師に連絡すればすぐに対応してくれると思っているので安心できており、医療に関することは主治医を通すというルールのもとに援助をするなど、医師と訪問看護師のフォローがあれば、在宅に訪問し1人でも安心してケアできるようであった。また、多職種の中でも自分の専門職の立場で発言でき、他職種と具体的な対応を調整できるのは、【他職種の機能がわかる】から可能なのであり、専門性を活かした意見交換ができる関係であると考えられた。

職種間には壁がある状態であると上手く連携ができないのだが、壁があることがわかってなんとか壁を取り払うように、訪問看護師が訪問介護職を否定せずに報告に対応する、壁をとるように声をかける、訪問介護職の相談内容から訪問介護職のわからないことがわかってくると、他職種を大切にしている関係になっていると考えられた。そして訪問介護職も、病気がわからないからケアできない、根拠がないから自信がない、亡くなりそうな人への訪問に1人で行くのは怖いなど、根拠がない援助への不安を表出できるようになっていると、お互いに近づきわかりあえる関係を築くことができていると考えられ、【支援者間でフォローし合う関係を作る】ことができていた。

適宜サービスの変更はケアマネジャーに提案し、具体的な支援についてはケアマネジャー中心に支援者間で話しあい、療養者の情報を共有できている関係であると、ケアマネジャーを中心に支援をよりよい方向に検討できていた。また、他職種に予測できること、連絡して欲しいことを伝えておき、報告がスムーズであるとその内容を援助につなげることができていた。そのような適宜必要な報告と情報共有ができていることは、他職種の記録報告を援助につなげることができていることであった。そして、限られた地域で、決まったスタッフで支援をすることにより、支援者連携が効率的に行われ、限られた地域（例えば市町村ごと）で日頃の会議を通して関係を作るような取り組みも行われており、そのような専門職間関係であると、【連携方法が決まると支援が安定する】のであった。

在宅療養生活を支援している専門職連携の実際の分析から図2を作成した（資料2）。

【他職種のやることに納得していない】ような関係であると、【職種間には壁がある】のであ

り、【職種間には壁がある】とコミュニケーションも上手くとれないので【他職種のやることに納得していない】のだと考えられた。このような関係では、職種間でお互いについてわかり合おうとしていないので、協働関係を築くこともできていない。

しかし、他職種が自分たちに遠慮をしている、壁を感じているようだと気がつき、そのことが支援にとっては問題だと思うと職種間の関係の取り方も変化している。主に訪問看護師であるが、他職種（主に訪問介護職）を大切に支援するようになると、支援者間で援助への不安を表出することができるようになり、【支援者間でフォローしあう関係を作る】ことができる。そして、【他職種の機能がわかる】と専門性を活かした意見交換、役割分担などができるようになり、【連携方法が決まると援助が安定する】のだと考えられた。【支援者間でフォローし合う関係を作る】【他職種の機能がわかる】【連携方法が決まると支援が安定する】ような職種間の関係ができると、支援者間のコミュニケーションが円滑であり、支援は安定できると考えられた。

## V. 考察

### 1. 在宅療養生活を支援している専門職の観察の視点

在宅療養生活を支援している専門職は、療養者の心身の様子と生活の様子を観察の視点としていた。これらは切り離して観察をしているわけではなく、療養生活が継続できることが前提にあった。療養生活が継続できるように支援していることは、どの職種も語っており、支援の目標は同じということもできた。

専門職の観察の視点の職種による特徴では、訪問看護師は病気をふまえて心身の様子、さらに訪問が入らない時間の様子を観察していた。看護師の看護判断の特徴は、フィジカルアセスメントを優先しており（原口, 川村, 2006）、訪問看護師の看護判断では、病状に関する判断がすべての事例で行われ、予測に基づき療養者と家族に指導していた（西浦他, 2005）とあるように、訪問看護師は病状をふまえて観察し予測し援助することが特徴であると、本研究においても確認できた。

訪問介護職は、新聞のたまり具合から生活の変化を読み取るなど、経験をふまえて生活の様子を丁寧に観察していた。訪問介護職の支援の基本は、対象者の生活の小さな変化を逃さず見つけていくこと、そしてそれを基点として支援を広げていくことであると先行文献（小松, 小川他, 2007）にもあるが、生活の変化の丁寧な観察が、その特徴であると考えられた。ホームヘルパーの支援の根幹は、家事援助を通して行われるものであることがその第一の特徴であり、家事援助は利用者の生活だけでなく、利用者の人格、生命の回復に繋がり、新しい自分を取り戻す道筋をつけるよすがとなるものである（小松, 小川, 森永他, 2013）。訪問介護職の援助を通じた丁寧な観察は、小さな気づきから次の支援へとつながる重要な視点であり、生活援助を主に担っている訪問介護職であるからこそその気づきと考えられた。

リハビリスタッフは、心身の様子では前回訪問時からの変化を注意してみて、特に疼痛と転

倒を確認し、生活の様子では、活動面、社会参加が重要と考え ADL と余暇活動がどうかを観察しているところに特徴があると考えられた。訪問看護師、訪問介護職に比べて訪問頻度が少ない傾向にあるリハビリスタッフであるからこそ、前回訪問時からの変化には注目していると考えられた。また、病気をもった療養者であり、対象は高齢者が多いので、少しの病状の変化による ADL への影響が考えられた。

インタビューのデータにも「訪問時間 40 分から 60 分の間で、看護師さんのように処置をしなければいけない時間とか、ヘルパーさんのように家事援助で入らなければいけない時間であると無駄話ができないと思うんです。リハビリはやりながら無駄話ができるというか、その中から、楽しみだったり、QOL のところで、何かつなげるところがないか探るようにしながらアプローチしています」とあった。リハビリスタッフの支援は機能訓練に限られているため、機能訓練を行いながら対象者と話をする時間が十分取れるという特徴があり、在宅認知症高齢者への作業療法サービスは、潜在能力を引き出すと表しているところ（和田、鷺田、山崎, 2004）のように、QOL 維持向上への支援につながるような観察をしているところに特徴があると考えられた。

## 2. 在宅療養生活を支援している専門職連携の実際及び課題

### 1) 職種間でわかりあえていないということ

【他職種のやることに納得していない】 【他職種には壁がある】 関係であると、専門職種でお互いについてわかり合おうとしていないので、協働関係を築くこともできていないと考えられた。専門職連携について宮本は(2006)、医療の専門職にはそれぞれの文化があり、それは専門的知識と職業的理念とから構成されており、多職種チームは異文化葛藤のつぼとなる危険性を秘めているため、何気ないやりとりの中や臨床判断の中で、お互いに違和感を抱きあうことは避けられないと述べている。在宅ケアにおいては、医療の専門職のみではなく、更に様々な専門的知識と職業理念を持つ多職種連携となっており、お互いの支援の考え方なども理解が難しい面があると思われる。異なる学問背景であるためこのようなことは当然であるが、対象者の在宅生活継続という同じ目標をもち支援しているのであるから、お互いをわかりあおうという姿勢をもち、協働関係を築くように努めることが必要ではないかと考えられる。

「こんなことを（訪問看護師に）聞いてもいいのかなっていう不安はあるんですよ、こんなことをナースさんに聞いていいのかなとか」「（訪問看護師に）指示を受けてやることも、疑問に思っても言えない。はてなが浮かんだまま、ケアはしてしまうみたいなどころがあります」などのデータにあるように、特に訪問介護職は、訪問看護師に対し壁を感じていた。また、「一緒に介護職さんたちと関わっていて、一つ一つのケアとか、やることの意味っていうのを、ここがわからないんだなっていうのがわかってきた」という訪問看護師のデータにあるように、わからないことがわからないので、壁をつくってしまうこともあるのだと考えられた。

訪問看護師と訪問介護職は訪問頻度も他の職種に比べて多く、対象者に近い支援者であり、それゆえに報告連絡、支援の助言などの機会が多いのだが、本研究からは、お互いに理解し合うことの難しさが窺える。桐原(2008)は、医療職以外の支援者は、処方の確認や服薬介助という行為はできても、病気をふまえて状態を観察し、病気と薬の作用を理解して援助することは難しく、そのような教育を受けてきてはいないため、それを要求はできないと述べている。また大塚らは(2009)、各専門職は独自の教育を受けており、独自の専門用語を使っているが、連携して支援を行うには、他の職種にもわかりやすい言葉を使って説明する必要があると述べている。在宅療養生活支援においては、訪問介護職は支援の多くを担っている支援者であり、訪問看護師が重層的に支援している(蒔田, 川村, 2012)ため、訪問介護職と訪問看護師はより円滑な連携が必要である。本研究の訪問看護師のデータにも「家族と同じようにヘルパーさんにもわかりやすく話をする」とあるように、訪問看護師は医療職以外の専門職と連携をする際には、医療職ではないことを認識し、わかりやすい言葉を使って説明することが必要であると考えられた。独居がん患者の在宅ホスピスケアでは、訪問看護師は介護福祉士と連携し、教育していくことが必要であり(米澤他, 2010)、独居療養者では、日常生活の多くが訪問介護職によって支えられていることから、訪問介護の質や訪問看護師と訪問介護職との連携のあり方が在宅療養を左右する(伊藤他, 2007)との先行文献がある。訪問介護職が日常生活の多くを支えているが、訪問介護職等医療職以外の支援者は、病気・治療など医療に関する内容は、対処が難しいことがわかる。そのため訪問看護師による助言や支援内容の確認が、支援を安定的なものとする重要な機能であり、連携を強化していく必要があると考えられた。

## 2) 援助の安定を促進するもの

他職種の機能がわかると、支援者間でフォローしあう関係を作ることができ、連携方法が決まって支援が安定していた。他の職種のわからないことがわかってきて、相手にわかるようにコミュニケーションをとるようになると、連絡報告、助言などがスムーズにできるということである。そのためには、お互いの職種をわかりあうように努めることが必要であり、ある程度限られた範囲(市町村、中学校区等)で、日頃の研修会合、対称者の支援等を通して顔見知りになり、声を掛け合える関係を作ることが大切ではないかと考えられた。本研究でも、「…町が小規模なので、割と担当者会議を通して、顔見知りになったりもしますし、それはいい環境というか…」 「(研修会)で関係づくりはできていて、それとはまた別に親睦会を開いたりとか、あえてそう…素が見えてね、日頃はこんな硬い顔しているけど、実はとても聞きやすい方だったのね、というふうな、そういう場は結構持つようにしている」などのデータが多く聞かれた場合は、関係性がよく専門職連携できていると考えられた。

地域包括ケア体制を作るために行った他職種での研修会が、研修に参加した多職種の連帯感を持つことにつながり、ひいては多職種連携の土壌づくりになったとの文献(辻, 2014)にもあるように、研修会などを通しての日頃の支援者間での顔の見える関係づくりが援助の安定を促進すると考えられた。

## VI. 結論

在宅療養生活を支援している専門職の観察の視点については、【心身の様子】【生活の様子】の категорияが抽出され、在宅療養生活を支援している専門職連携の実際については、【他職種のやることに納得していない】【職種間には壁がある】【他職種の機能がわかる】【支援者間でフォローしあう関係を作る】【連携方法が決まると支援が安定する】の5の категорияが抽出された。

観察の視点には専門職による特徴はあるものの、在宅療養生活継続を目標としており、職種の違いによりわかりあえないこともあるが、お互いを分かり合うように努めること、日頃の支援者間での関係づくりをすることにより、支援者間での連携がうまくいくようになると考えられた。

## 謝辞

本研究は、大勢の方々にご協力をいただきました。調査に快くご協力下さいました対象者の皆様に心よりお礼申し上げます。

また、本研究は「公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団」の助成を受けて実施しました。

## 引用文献

- 案梅勅江 (2009) . 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-, (3-9). 東京: 医歯薬出版株式会社.
- 原口道子, 川村佐和子 (2006) . 患者の病態の違いによる看護判断の特徴-慢性モデルと急性モデルの比較-, *日本保健科学学会誌*, 9(2), 120-128.
- Holloway I, Wheeler S (1996). *Qualitative Research for Nurses*. Blackwell Science. 野口美和子 監訳(2010). *ナースのための質的研究入門*. (2-24). 東京: 医学書院.
- Hiroko Makita, Mitsuyo Makita, Shoko Tsujimura (2012). Collaboration among rehabilitation staff in recovery rehabilitation hospitals, *ATBH (All Together Better Health VI)*, 334.
- 伊藤美緒子, 小林友美, 大金ひろみ他(2007). 自宅で最期を迎えたい-在宅ホスピス緩和ケアでひとり暮らしの18名のがん患者を看取って-. *訪問看護と介護*, 12(8), 660-672.
- 桐原美鈴(2008). 介護職の担う医療行為の解釈と対応について. 大井川裕代(編集代表者), *知識・技能が身に着く実践・高齢者介護第4巻医療と介護の連携・調整*(44-49). 東京: ぎょうせい.
- 小松啓 (2007) . 第3章-生活把握とホームヘルパーのアプローチ. 小松啓, 小川栄二, 対人援助研究会(編), *在宅支援の困難事例と対人援助技法-場面再現記録法によるホームヘルプ実践の理論化に向けて-*(145-149). 東京: 萌文社.
- 小松啓, 小川栄二, 森永伊紀(2013). *あなたの声が聞きたくて-ホームヘルパーによる実践事例と理論-*. (17-37). 東京: 萌文社.
- 蒔田寛子, 牧田光代, 矢田真美子, 鈴木達也(2011) . 通所リハビリテーション施設における多職種連携の実際と課題-ADL 向上への利用者の希望と支援の実際から多職種連携を検討する, *豊橋創造大学紀要*, 15号, 167-178.
- 蒔田寛子, 川村佐和子(2012). 訪問看護を利用している高齢独居療養者の生活継続に必要な機能の分析, *バイオフィリアリハビリテーション研究*, 7(1), 1-16.
- 宮本真巳(2006). 医療観察法と多職種連携, *臨床精神医学*, 35(3), 277-285.
- 西浦都絵, 野川ケイ, 服部素子, 大野かおり, 森田愛子, 藤原智恵子, 井田通子, 甲斐年美(2005). 在宅ターミナルケアに関する研究(その3)-在宅ターミナルケアの諸相における看護判断と実践, *神戸市看護大学短期大学部紀要*, 24, 17-25.
- 大塚真理子, 酒井郁子(2009). 専門職連携を阻むもの, 吉本照子, 酒井郁子, 杉田由加里(編著), *地域高齢者のための看護システムマネジメント第1版*(43). 東京, 医歯薬出版株式会社.
- 辻哲夫(2014). 第4章 在宅医療の仕組みづくり. 東京大学高齢社会総合研究機構(編), *地域包括ケアのすすめ-在宅医療推進のための多職種連携の試み-*. (35-72). 東京, 東京大学出版会.

- 和田佐和子, 鷺田孝保, 山崎郁子 (2004). 文献研究による在宅痴呆高齢者への作業療法サービスの課題-クライアント中心の作業療法を中心に-, 茨城県立医療大学紀要, 9, 57-65.
- 矢田真美子, 蒔田寛子, 鈴木達也 (2011). 居宅療養支援における多職種連携-居宅療養支援におけるケアマネジャーと他職種の連携の実際-, 日本保健医療福祉連携教育学会第 3 回学術集会, 105.
- 米澤純子, 杉本正子, 小松優紀他 (2010). 独居がん患者の在宅ホスピスケアを可能にするための要因と連携のあり方, 第 69 回日本公衆衛生学会総会抄録集, 57(10), 389.



## 感想

今回、他職種の観察の視点と他職種に観察して欲しい視点、多職種連携の実際と課題を明らかにすることを目的に、訪問看護師、訪問介護職、リハビリスタッフを対象にグループインタビューを実施しました。

研究を進める上で難しかったことは、このグループインタビューの対象者を確保することであり、日時を合わせて多職種に集まって頂くことは、予想以上に困難で、計画では各職種 10 名程度、合計 30 名程度を対象者とするとしていましたが、この期間に 30 名のインタビュー実施はできなかったです。対象者を増やせば、追加修正された結果が得られたかもしれません。

また、対象者の語りたい内容が、連携の実際と課題だったと感じました。観察の視点と他職種に観察して欲しい視点、についてもっと内容を深められれば良かったのですが、こちらの内容についての語りが深まらなかったと、分析をしても思いました。インタビュー技術の未熟さがあったと思います。

助成金を頂いて研究できる期間が 1 年間と決まっているため、例えば、継続研究の中の一部をこちらの助成金で実施させて頂く等、計画的に研究を進めていく中でのある部分について申請することがいいように思いました。質的研究でしたので、インタビューの対象者を確保するために時間がかかり、その後インタビューの実施と分析となると短期間では困難でした。研究協力を頂いたインタビュー対象者等への報告会等も実施した方が良かったと思いますが、この期間にそこまではできず、報告書の送付とさせていただきます。

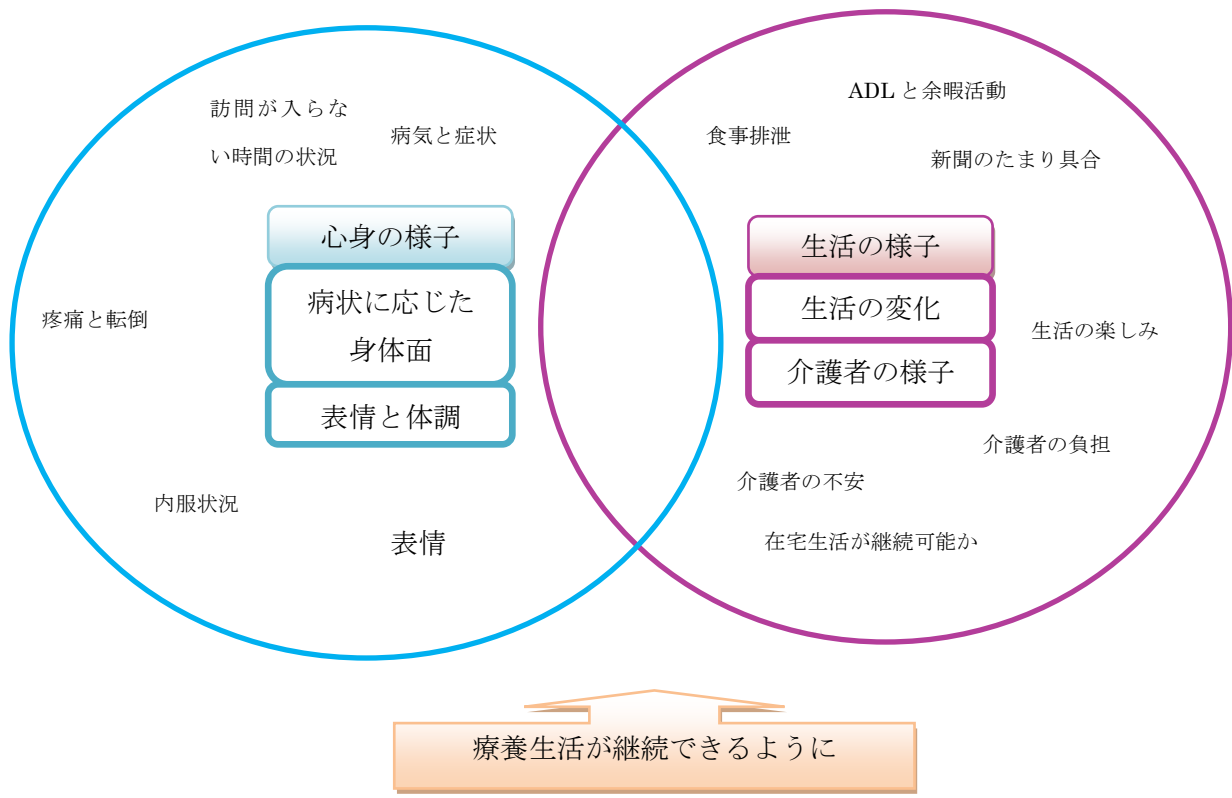


図1 在宅療養生活を支援している専門職の観察の視点

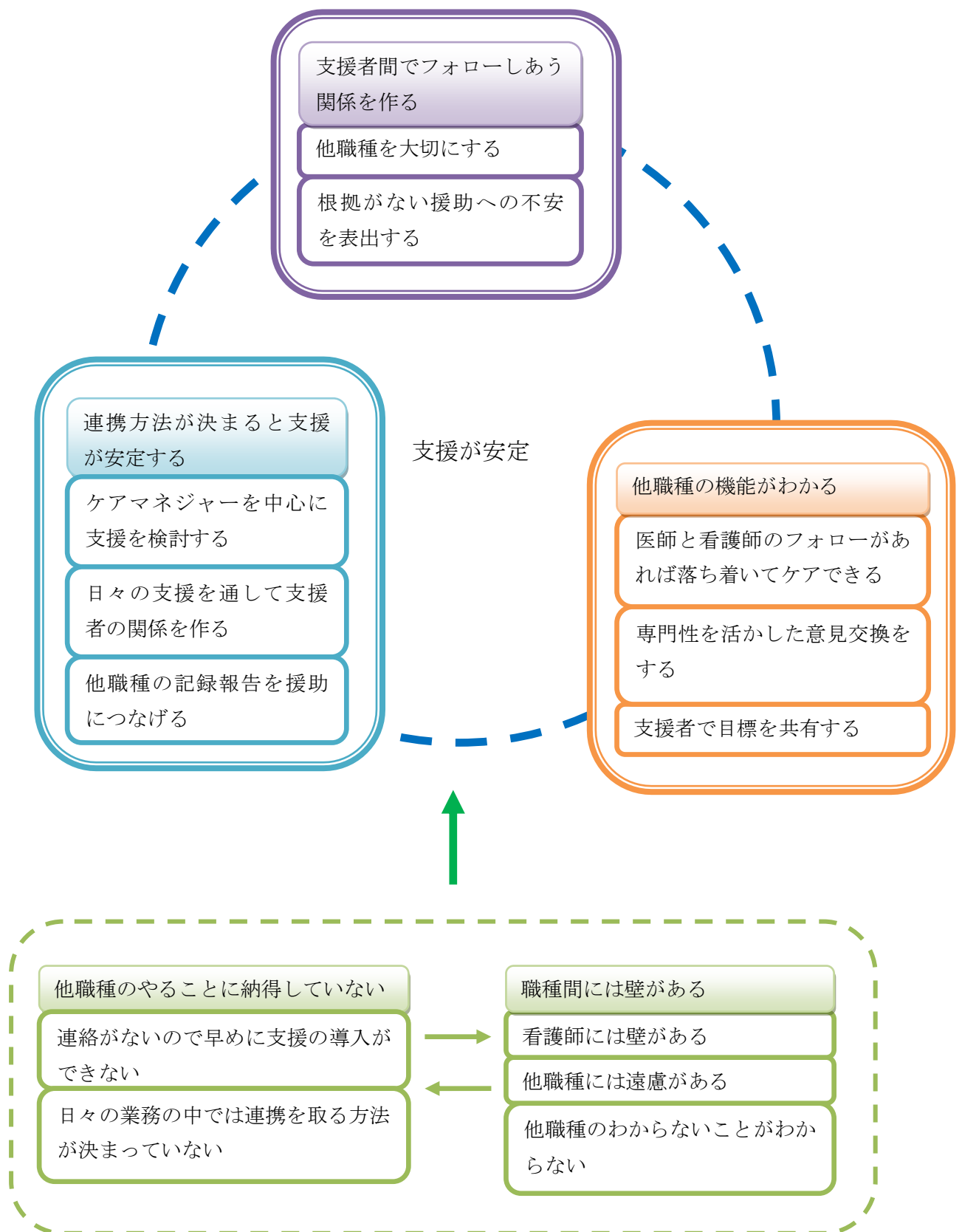


図2 在宅療養支援における専門職の連携の実際