

—研究報告—

「在宅療養支援のための多職種連携研修」の検討

—研修受講者の多職種連携の現状から—

多川 晴美, 小野 幸子, 平岡 葉子

滋賀医科大学医学部附属病院看護臨床教育センター

Interprofessional Collaborative Program of Human Development for Home Care Support , and provides reference data for future training programs

Harumi TAGAWA , Sachiko ONO and Youko HIRAOKA

Clinical Education Center for Nurse , Shiga University of Medical Science Hospital

要旨 在宅療養支援のための多職種連携人材育成研修受講者の多職種間のつながりや連携の現状を明らかにし、今後の研修プログラムの検討資料を得ることを目的に調査した。研究方法は、平成 26 年度研修受講者 125 名を対象に、信頼性・妥当性が確認された「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度」を使用し、受講前に測定した。経験年数の多いグループと少ないグループ、多職種連携会議へ参加しているグループと参加していないグループについて、得点の有意差を Mann-Whitney 検定を行った。有効回答 97 名 (77%) で、職種の内訳は看護師 74 名 (77%)、薬剤師 8 名 (8%)、介護福祉士 5 名 (5%)、その他 10 名 (10%) であった。

経験年数の多いグループと少ないグループの比較では、「顔の見える関係評価尺度」は 7 因子中、1 因子のみ経験の多いグループが、有意に得点が高かった。「連携行動評価尺度」では、5 因子中、2 因子で経験の多いグループが、有意に得点が高かった ($p < 0.05$)。多職種会議に参加しているグループとしていないグループの比較では、「顔の見える関係評価尺度」は 7 因子全ての項目で会議に参加しているグループが、有意に得点が高かった。「連携行動評価尺度」では、3 因子で会議に参加しているグループが、有意に得点が高かった ($p < 0.05$)。

キーワード 在宅療養支援、多職種連携、多職種連携研修、評価尺度

はじめに

超高齢化が進む我が国において、政府は 2012 年を地域包括ケア元年と位置づけ、2012 年度の診療報酬と介護報酬の同時改定、2011 年度から開始された在宅医療連携拠点事業¹⁾など、地域における「医療と介護の連携」を強化するための対策を推進している。在宅医療・介護連携を進めていくに当たり、多職種の研修は重要であり、研修プログラムの開発、実践の取り組みが始まっている。2014 年「在宅療養支援のための多職種人材育成研修」プログラム (表 1) を作成、実施した。研修には、県内の薬剤師、訪問看護師、理学療法士、栄養士、歯科衛生士、介護福祉士、介護支援専門員などが受講している。今後、医療と介護の連携推進の成果を客観的に捉え評価することは重要である。この研修が多職種連携を推進し、在宅療養支援のケアの

質向上につながるプログラムにするためにも、本プログラムの受講者の多職種連携の現状を明らかにしたいと考えた。今まで、多職種連携の状況を調査した研究は少ない。また、国内外における地域の医療介護職間の多職種連携の程度を評価する尺度はなかったが、2014 年に福井により「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」²⁾と「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度」³⁾が作成され、信頼性および妥当性が確認された。本プログラム実施県の在宅医療の連携状況や課題などを評価したものはなく、在宅医療経験年数、多職種会議の参加経験、職種による多職種間のつながりや連携がどの程度なのか現状を明らかにし、在宅療養支援のための多職種人材育成研修プログラムの検討資料としたいと考えた。

Received: January 16, 2017.

Accepted: April 13, 2017.

Correspondence: 滋賀医科大学医学部附属病院看護臨床教育センター 多川 晴美

〒520-2192 大津市瀬田月輪町

mimari2@belle.shiga-med.ac.jp

表 1. 「在宅療養支援のための多職種人材育成研修」プログラム

<p>【研修目的】在宅療養における適切なチーム医療を行うために、多職種が共通言語を持ち、実践能力の向上を目指す</p> <p>【対象】在宅療養に携わっている医療・介護職</p> <p>【研修方法】講義・演習・フィジカルアセスメント・グループワーク</p> <p>【研修内容】生活を支える視点で、多職種が在宅療養に関連した知識と技術が向上する</p> <p>①栄養・嚥下・口腔ケア ②呼吸ケア ③排泄ケア（ストーマ） ④皮膚ケア（褥瘡） ⑤緩和ケア</p>

方法

1. 研究対象

平成 26 年度（平成 26 年 6 月～平成 27 年 2 月）「在宅療養支援のための多職種人材育成研修」受講者 125 名を本研究の対象者とした。

2. データ収集方法

信頼性および妥当性が確認された以下の二つの尺度を使用（許諾済み）して、研修受講前に取得したデータで調査した。

(1) 「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『他の施設の関係者とやりとりができる』『地域の他の職種の役割がわかる』『地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる』『地域の多職種で会ったり話し合う機会がある』『地域に相談できるネットワークがある』『地域のリソース（資源）が具体的にわかる』『退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい』) 21 項目から構成されている。総得点が 105 点満点の連携の最も基本部分となる顔の見える関係の程度を評価した。

(2) 「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度」(5 因子『チームの関係構築』『意思決定への支援』『今後に関する専門職の判断の共有』『ケアの統一』『連絡体制』) 17 項目から構成されている。総得点が 85 点満点の 1 人の利用者に対して規範となる連携行動が実行できた程度を評価した。

3. データ分析方法

「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度」の得点を、経験年数と先行調査⁴⁾で影響のあった多職種連携会議への参加について得点の有意差を検定した。経験年数は、臨床経験を重ねることによりその実践能力を高めることができると明らかにされており、経験年数の少ないグループ（0～10 年）と経験年数の多いグループ（11～40 年）の 2 グループに分けた。多職種会議は、地域ケア会議やサービス担当者会議、退院調整会議等の多職種会議参加の有無で 2 グループに分けた。Mann-Whitney 検定により各尺度の得点を比較した。

4. 倫理的配慮

滋賀医科大学医学部附属病院看護研究倫理審査会の承認（承認番号：H27-01）を得た。研究対象へは研究目的と内容、調査票の提出は任意であり提出をもって同意が得られたものとする、提出した調査票の撤回は可能であること、データはコード化され管理されるため個人は特定されないこと、調査結果は、学会等で公開するが、その際に個人が特定されることはないことを明記した調査依頼状にて説明を行い協力依頼した。調査票の提出を持って同意が得られた者とした。

結果

1. 対象者 (表 2)

同意が得られた 125 名中、有効回答は 97 名 (77.6%) であった。職種の内訳は看護師 74 名 (76.3%)、薬剤師 8 名 (8.2%)、介護福祉士 5 名 (5.2%)、その他 10 名 (10.3%) であった。

表 2. 対象者

職種	人数 (%)	平均年齢	実務経験年数
看護師	74 (77%)	37.1±9.72	12.5±9.7
薬剤師	8 (8%)	42.5±10.3	15.3±10.6
介護福祉士	5 (5%)	34.0±15.1	11.2±5.8
その他	10 (10%)	35.0±11.5	11.8±9.1

2. 経験年数の多少による各下位尺度得点の相違: 全職種 (表 3)

「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」では、『他の施設の関係者とやりとりができる』因子のみ経験年数の多いグループで有意に得点が高く ($p < 0.05$)、その他の因子では有意差は認めなかった。

「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度」では、『チームの関係構築』『ケアの統一』2 因子で経験年数の多いグループが、有意に得点が高かった ($p < 0.05$)。

3. 多職種会議への参加の有無による各下位尺度得点の相違: 全職種 (表 4)

「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」では、7 因子全てで参加しているグループが、有意に得点が高かった ($p < 0.05$)。「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度」では、『チームの関係構築』『意思決定への支援』『ケアの統一』の 3 因子で会議に参加しているグループが、有意に得点が高かった ($p < 0.05$)。

表 3. 経験年数の多少による各下位尺度得点の相違：全職種

尺度	因子 (得点)	経験年数の少ない グループ(0~10年) n=45	経験年数の多い グループ(11~40年) n=52	p値
		中央値	中央値	
在宅医療介護 従事者における 顔の見える関係 評価尺度 ²⁾ (7分類21項目)	1. 他の施設の関係者とやりとりができる (得点の範囲は3~15点)	10.00	12.00	0.035
	2. 地域の他の職種の役割がわかる (得点の範囲は3~15点)	9.00	10.00	0.350
	3. 地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる (得点の範囲は3~15点)	8.00	9.00	0.470
	4. 地域が多職種で会ったり話し合う機会がある (得点の範囲は3~15点)	10.00	11.00	0.612
	5. 地域に相談できるネットワークがある (得点の範囲は3~15点)	10.00	12.00	0.391
	6. 地域のリソース(資源)が具体的にわかる (得点の範囲は3~15点)	10.00	12.00	0.244
	7. 退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい (得点の範囲は3~15点)	12.00	11.50	0.679
在宅医療介護 従事者における 連携行動評価 尺度 ³⁾ (5分類17項目)	1. チームの関係構築 (得点の範囲は5~25点)	16.00	19.00	0.003
	2. 意思決定への支援 (得点の範囲は4~20点)	16.00	16.00	0.440
	3. 今後に関する専門職の判断の共有 (得点の範囲は3~15点)	11.00	12.00	0.749
	4. ケアの統一 (得点の範囲は3~15点)	10.00	12.00	0.038
	5. 連絡体制 (得点の範囲は2~10点)	6.00	7.00	0.308

p<0.05

表 4. 多職種会議への参加の有無による各下位尺度得点の相違：全職種

尺度	因子 (得点)	多職種会議に参加 しているグループ n=46	多職種会議に参加 していないグループ n=51	p値
		中央値	中央値	
在宅医療介護 従事者における 顔の見える関係 評価尺度 ²⁾ (7分類21項目)	1. 他の施設の関係者とやりとりができる (得点の範囲は3~15点)	12.00	9.00	<0.001
	2. 地域の他の職種の役割がわかる (得点の範囲は3~15点)	11.00	9.00	0.038
	3. 地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる (得点の範囲は3~15点)	9.00	7.00	0.003
	4. 地域が多職種で会ったり話し合う機会がある (得点の範囲は3~15点)	12.00	9.00	0.004
	5. 地域に相談できるネットワークがある (得点の範囲は3~15点)	12.00	10.00	0.001
	6. 地域のリソース(資源)が具体的にわかる (得点の範囲は3~15点)	12.00	10.00	0.004
	7. 退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい (得点の範囲は3~15点)	12.00	10.00	0.007
在宅医療介護 従事者における 連携行動評価 尺度 ³⁾ (5分類17項目)	1. チームの関係構築 (得点の範囲は5~25点)	19.00	16.00	<0.001
	2. 意思決定への支援 (得点の範囲は4~20点)	16.00	15.00	0.010
	3. 今後に関する専門職の判断の共有 (得点の範囲は3~15点)	12.00	11.00	0.140
	4. ケアの統一 (得点の範囲は3~15点)	12.00	10.00	0.022
	5. 連絡体制 (得点の範囲は2~10点)	7.00	6.00	0.088

p<0.05

考察

経験年数の少ないグループと多いグループの比較において、「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」では、『他の施設の関係者とやりとりができる』の1因子のみ経験年数の多いグループが、得点が高かった。「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度」では、『チームの関係構築』『ケアの統一』2因子が経験年数の多いグループが、得点が高かった。このことより、経験年数の多少では、相違があまりないことが示唆された。これは、福井⁴⁾らが行った先行調査と同様の結果であった。しかし、『チームの関係構築』『ケアの統一』が、有意に得点が高いことから、経験年数の多い人が少ない人より、コミュニケーション能力の高さがうかがえ、研修グループ編成時には、経験年数を考慮する必要があると考える。

多職種会議に参加しているグループと参加していないグループの比較においては、「在宅医療介護従事者

における顔の見える関係評価尺度」では、7因子全てで参加しているグループが、高得点であった。「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度」では、『チームの関係構築』『意思決定への支援』『ケアの統一』の3因子で会議に参加しているグループが、得点が高かった。会議参加者の「顔の見える関係」「連携力」得点が高く、多職種が同じ場所で課題を共有することが連携力を高めていることが考えられる。お互いの顔が見え、コミュニケーションが持てる場を設定した研修プログラムにすることが重要である。

安井⁵⁾らは、多職種連携推進の重要な課題としてコミュニケーション、情報共有、リーダーシップを挙げている。また、吉川⁶⁾らは、連携の困難について知識・経験不足から来る連携への躊躇、在宅療養への理解不足、連携相手への信頼感の低下、チームとしての人間関係構築の難しさ、情報共有の難しさを抽出している。今後、現状の研修プログラムに、これらの課題に基づいたシナリオによるシミュレーション教育シチュエーション・ベースド・トレーニングを取り入れることが

できれば、多職種会議に参加することと同様の効果を得る経験につながるのではないかと考える。これは、シミュレーター相手に手技修得のために行われる学習ではなく、臨床で遭遇する患者の状態や状況を取りあげてケアを提供していくという、状況に基づいたシミュレーションである。シミュレーション教育とは、阿部⁷⁾は実際の臨床の場や患者など再現した学習環境のなかで、学習者が課題に対応する経験と振り返りやディスカッションを通して、「知識・技術・態度」の統合を行うことにより、反省的実践化を育てていく教育と定義している。学習内容に合わせた患者状態や状況の設定が可能であり、場面に応じて適した職種がリーダーシップを発揮し、各職種のコンピテンシーを知る機会を、作ることができると思う。

今回、職種別の特徴について評価できなかったが、廣谷⁸⁾らは、薬剤師による在宅医療支援研修の要望について、在宅関連の多職種連携の実際、患者・家族への対応や要望、フィジカルアセスメントなどの習得とその活用方法であったと述べている。現状のプログラムで習得可能な内容が含まれていると考える。しかし、看護師だけでなく他の職種が参加しやすい日程調整や、研修意図が認知できる広報を行っていくことが必要である。

近年は、専門知識だけでなく、他の専門職について理解し、チームとして問題解決できる能力をもつ人材を育成するため、2000年以降、大学の卒前教育において、多職種連携教育 IPE (inter-professional education) への実践的取り組みが始まっている。しかし、まだ教育が始まって日が浅く、今後、教育効果が期待されている。そのため、専門職における卒後教育としても、本研修の多職種連携教育は重要であると思う。

おわりに

在宅療養支援のための多職種人材育成研修受講者へのアンケート調査により、経験年数と多職種会議への参加と「顔の見える関係」および「連携力」との関係を検討した結果、経験年数の長さは「顔の見える関係」や「連携力」と強い関係を示さなかったが、多職種会議への参加は「顔の見える関係」、「連携力」と関連することが示唆された。在宅医療に関連する研修プログラムでは、多職種会議に参加することと同様のコミュニケーションや課題を共有する場面を設定することが重要である。そのためにも、様々な職種が多数研修に参加できる環境整備に取り組むことも必要であると考えられた。

本研究の限界と課題

研修参加者の約 7 割強が看護師で占められており、職種別の連携の特徴を評価することができなかった。

文献

- [1] 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室：平成 24 年度在宅医療連携拠点事業総括報告書，P3，2013.
- [2] 福井小紀子。「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」の適切性の検討，日在医会誌，16 (1)，p. 5-11，2014.
- [3] 福井小紀子。「在宅医療連携拠点事業」の成果と展望，訪問看護と介護，19(1)，p. 16-23，2014.
- [4] 前掲書 3)
- [5] 安井浩樹．網岡克雄．青松棟吉．阿部恵子．平川仁尚．倉田洋子．野田雄二．植村和正．地域における多職種連携推進ワークショップ，医学教育，42 (5)，p. 289-293，2011.
- [6] 吉川峰子．長谷川美香．在宅医療・ケア実践者が認識している連携時の困難，第 44 回日本看護学会論文集（地域看護），p. 35-38，2014.
- [7] 阿部幸恵編．看護のためのシミュレーション教育．東京，医学書院，56-58，2013.
- [8] 廣谷芳彦．榎本和加子．浦嶋庸子．名徳倫明．地域ブロック在宅医療支援研修会の評価と薬剤師の意識．癌と化学療法 41 (Suppl I)，47-49，2014.