

【論 文】

## 在宅ケアにおける医療と介護関連職のチームワーク認識と協働の問題

—在宅療養支援診療所と連携するスタッフにおける働き方の考察から—

酒田 和久\*

**要旨**：本研究の目的は、在宅での多職種連携としての医療と介護職の協働の問題の明確化である。研究方法は、在宅療養支援診療所の医師、この診療所に連携する訪問看護師・ケアマネジャー・ヘルパーへの半構造化したインタビュー調査を行い、逐語録を作成し、コーディングを行い、継続的比較によるカテゴリーの生成と分析を行う質的研究法を用いている。

質的研究の結果、ケアそのものが平等で有用な多職種によるチームの形成により、よいケアができるという肯定的なチームワークを受け入れるオープンなチームワーク認識がある一方、否定的なチームワークを受け入れないクローズなチームワークの認識を生じている。この2つの認識が併存し、協働のケアをおこなっている関係から、チームの名称は、少数の例を除き、対外的には使用されないアンビバレントな関係性が認められた。この要因として、医療保険と介護保険等の複数の制度による働き方から生じていると考えられた。

**Key Words** : 在宅ケア, チーム, チームワーク, 多職種連携

### I. 研究の意義と背景

2006年の診療報酬改定に伴う在宅療養支援診療所の創設は、その設立の要件として「医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員等と連携していること」(診療報酬第9-1-ク)とされた。さらに、2012年度には、在宅診療をさらに進める施策として機能強化型在宅療養支援診療所の制度が診療報酬制度にもうけられ、2011年度の介護保険制度の改正において、「介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等」による喀痰吸引の医療処置が認められるなど、より医療と介護職の連携が必要となる内容となった。一方で、終末に向かう利用者に対するケアの提供は、医療への比重が高くなる傾向となり、医療者である医師や看護師、介護保険の制度にもとづいた「介護関連職」であるケアマネジャーとヘルパーとの連携の必要性は大きくなっている。

また、このような保健・医療・福祉の分野としてのチームワークやチームアプローチに関する基本的な概念(菊池2000, 2004, 2009 松岡2000, 2009)や理論的なケアチーム(近藤2007)の研究がなされている。さらに、イギリスにおけるCAIPE (Centre for the

---

2015年4月7日受付/2016年4月22日受理

\*東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科社会福祉学専攻博士後期課程

advancement of interprofessional education) では、専門職連携・教育に対する研究が進められ、協働におけるチームワークの構成要素として、1) 共有されたチームの主体性、2) 明確な役割/課題/目標、3) 相互依存、4) 統合、5) 共有された責任を提示している (Reeves et al., 2010: 39-41)。さらに、本論では、この協働 (cooperation) を複数の主体が、何らかの目標を共有し、ともに力を合わせて活動すると定義づけている。

しかし、在宅ケアにおける多職種間の連携の問題に関する研究は、医療職を中心とした同じ職場内のマネジメントに限られ、「異なる職種、雇用形態、利害関係を前提としたチームマネジメントの研究は皆無」(村社 2012: 18) とされる。

## II. 目的

本研究の目的は、在宅療養支援診療所の医師と、連携してケアを提供している訪問看護師・ケアマネジャー・ヘルパーに対する協働の問題の明確化である。

## III. 研究方法

### 1. 分析方法

分析方法は、インタビュー調査からの逐語録をコード化し、継続的比較法によるカテゴリー化と分析をおこなう質的調査 (Glaser 1998) の手法を用いている。この継続的比較分析は、はじめにデータにおけるインシデント同士が比較され、次にインシデントと概念が比較され、さらに、概念同士が比較される方法である。

### 2. 調査の時期及び調査対象の事業所概要、調査対象者の属性や経験年数

第1回の調査の時期は、2011年8月～11月で、再調査は2013年の10月～11月である。本調査対象となった在宅療養支援診療所は、都市部にあり、それぞれ50件前後の在宅患者の訪問診療を行っている。また、この診療所と診療所に関連した以下の訪問看護ステーション、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所の職員に対して調査を行った。

表1 調査の対象となった専門職の概要

ID	性別	職種	経験	職種	事業所
D-1	男	医師	6	所長	A在宅療養支援診療所
D-2	男	医師	8	所長	B在宅療養支援診療所
D-3	女	医師	4	研修医	A在宅療養支援診療所
K-1	女	訪問看護師	1	所長	C訪問看護ステーション
K-2	女	訪問看護師	15	所長	D訪問看護ステーション
K-3	女	訪問看護師	10	所長	E訪問看護ステーション
H-1	女	ヘルパー (介護福祉士)	10	所長, 提供責任者	F訪問介護事業所
H-2	女	ヘルパー (介護福祉士)	11	提供責任者	F訪問介護事業所
M-1	女	ケアマネジャー	20	看護師	G居宅介護支援事業所
M-2	女	ケアマネジャー	20	看護師	A在宅療養支援診療所

IDのコード D 医師、K 訪問看護師 M ケアマネジャー H ヘルパー

表2 再調査の対象となった専門職の概要

M-3	女	ケアマネジャー（兼務）	10	ケアマネ、師長	A在宅療養支援診療所
D-4	男	医師	15	在宅医師(兼務)	J在宅療養支援診療所
D-5	男	医師	10	在宅専門医（所長）	I在宅療養支援診療所
K-4	女	訪問看護師	16	所長	K訪問看護ステーション

#### IV. 倫理的配慮

調査対象者へは、文書での説明を行い、承諾書への署名捺印を求め、調査対象者が特定されないよう配慮を行った。また、当該事業所と所属大学の倫理委員会による承諾を受け、日本社会福祉学会の「研究倫理指針」に従い調査研究を進めた。

#### V. 研究結果と考察

在宅ケアにおけるデータの継続的な比較法による分析の結果、次のようなカテゴリーを生成した。1) 医師の協働の認識の概要として【オープンなチームワークの認識】【生活を支える医師の役割】【他の職種との不可欠な相互依存】【クローズなチームワークの認識】、2) 訪問看護師の協働の認識の概要として【他の職種との相互依存】【オープンなチームワークの認識】【クローズなチームワークの認識】、3) ケアマネジャーの協働の認識の概要として【オープンなチームワークの認識】【医療と介護のつなぎ役】【チーム認識と使用の不一致】、4) ヘルパーの協働の認識の概要として【オープンなチームワークの認識】【多職種による安定とポジショニング】【ヘルパーのキャリア意識】である。

また、在宅ケアにおける協働は、チームワークであるとする者とチームワークによらないとする者、なおかつ、同一の者にも、ある状況においては、チームワークを肯定し受入れ、ある状況では、否定し閉ざされた認識を有していた。このような協働に対して、チームワークとする認識をチームワーク認識とし、肯定的なチームワークを受け入れる認識を【オープンなチームワークの認識】、チームワークに対して否定的な受け入れない認識に対して【クローズなチームワークの認識】としてカテゴライズした。さらに、チームないしチームワークの用語は、多職種間での使用は行われない関係性を『アンビバレントなチームワークの関係』として、在宅ケアにおける協働の問題の関係性の分析概念として使用している。さらに、在宅ケアの職種間の協働においてどのような問題が生じているかを、各職種の働き方から考察を試みている。次に、これらのコードとカテゴリーの内容を解説し考察する。

##### 1. 医師の協働の認識の概要

在宅において診療を行う医師は【オープンなチームワークの認識】を有し、[チームとして生活を見てゆく医療の役割]を担っていると考えている。「医療の面から生活を見るチームの一員としての存在」というような、利用者の生活の継続を医療の側からのチームの一員として参加している視点を有している。さらに[平等なチーム認識]を持ち、このチームワークに関して「チームとして上下が全然ない」とし、共有された目標により他の職種と平等な関係にもとづくケアが提供されると考えている。

また【生活を支える医師の役割】を有し、利用者の生活が多様な関係によって成り立っている状況から〔生活を支える一部を受け持つ医療者としての役割〕、「その人が何とか生活する上で一部の役割を担っているという立場」であるとの認識がある。さらに〔生活全体が医療と関係〕のように、糖尿病などの生活習慣病はライフスタイルと関係し、心不全は飲水の管理を必要とするなど疾病と生活は、不可分な関係性がある。さらに〔納得できるそれぞれにあったプラン〕が必要であり、なおかつ利用者の生活の場における力が働いている。生活の主体者である利用者の意思や意向がケアに反映され「納得しないと、拒否、薬の服用がない」というように合意がなければ服薬や療養の拒否を招く結果となる。また、在宅ケアそのものが、個人が望む在宅での生活の援助であるために、個別性のあるケアの提供がなされる。

在宅における医師は【他の職種との不可欠な相互依存】があり、また、同時に〔多様な提供者との相互依存〕をする関係によってケアが成り立っている。これは〔有益な他職種の情報と役割との相互依存〕の関係にあり、それぞれの職種が持つ情報の相違とその有益性が協働のケアに不可欠であるからである。とりわけ、在宅診療の専門医は「医師は10分20分訪問していいかっこして帰る」というような月2回の訪問診療を基本とし、利用者の生活実態の情報が不足しがちである。そこで、医師は〔ヘルパーさんの敷居を低く〕して、「ヘルパーさんには、いつでもどうぞ気軽にと声をかける」という意識的な丁寧な働きかけを行い、医師の優越性からの障害に配慮し良好な関係性を築くよう心掛けている。さらに、医療・健康に関する情報の提供を行い、他の職種との協働により療養環境を整えている。このように多職種の有益性を受け入れる相互依存の関係の自覚により、オープンなチームワークの認識を形成している。

しかし、医師は、在宅での他の職種との協働は、チームワークではないとする【クローズなチームワークの認識】を有する。〔それぞれの職種が、かつてに職務を果たすだけ〕というように各職種からのケアは、カンファレンスのような十分な合意の形成が行われずに、それぞれの職種の判断により提供されている。特に医療保険での医師の診療は、制度として保障されたものであり、他の職種のケアに優先される。また、在宅診療所の医師にとり〔時間の制約と担当者会議の限界〕があり、「訪問診療は週3日、多忙な業務と兼務」のように外来診療等の業務との兼任で、サービス担当者会議へは、時間的制約のため参加できないのが通例で「担当者会議は、診療所の看護師の代理参加」としての看護師の代理参加や文書での対応が行われている。また、不定期開催の担当者会議でなくカンファレンスが利用者の療養環境を整えるのに必要であると考えている。職種間での共通のチームワークの理解がない場合、この用語を用いる意味合いは〔意見を反映させるためにチームを持ち出す〕のような職種間の協働の問題解決の相手職種への要求を意味する内容として受けとめられる。なお、医師は〔共通認識としてのチームワークの定義がない〕と在宅ケアの協働の実態に対する認識をもっている。

表3 医師のコードとカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
認識 オープンなチ ームワークの	チームとして生活を見て ゆく医療の役割	*在宅のチームとしての認識 *医療の面から生活を見るチームの一員としての存在 *チームの成立は、長所・短所と役割から
	平等なチーム認識	*チームとして上下が全然ない *みんなが共有して1つの方向に向う
の役割 生活を支える医師	生活を支える一部を受け 持つ医療者としての役割	*いろいろな面からその人の生活が成り立つ *その人が何とか生活する上で一部の役割を担っているという立場
	生活全体が医療と関係	*生活習慣病・心不全の飲水管理は生活の一部 *生活の周り・場の確認*生活全体医療と関係
	納得できるそれぞれにあ ったプラン	*人それぞれを支える多様性、それぞれに合ったプラン *納得しないと拒否、薬の服用がない
他の職種との不可 欠な相互依存	多様な提供者との相互依 存	*医師では患者の生活が見えにくい *色々な見方ができる人の集まりが生活を支える
	有益な他職種の情報と役 割との相互依存	*患者さんの違う情報を持っている *病状に対する医療・医学的情報の提供 *生活面だと持っている情報が違う *ケアマネに機会があれば生活を聞く *患者の話題作りはヘルパーから*医師は10分20分訪問していいか っこして帰る
	ヘルパーさんの敷居を低 く	*ヘルパーさんには、いつでもどうぞ気軽にと声をかける *ヘルパーのバリアや垣根を低く *身近な有用な情報は、ヘルパーから、 *ヘルパー自身その人の気持ちで見ている
クローズなチ ームワークの認 識	それぞれの職種が、かっ てに職務を果たすだけ	*在宅ケアは、それぞれがかってに職務を果たすだけ *介護保険でチームとしての連絡は難しい *在宅ケア、とりわけ、チームの認識が持てない
	時間の制約と担当者会議 の限界	*時間がない、担当者会議は定期開催でない *担当者会議は、診療所の看護師の代理参加 *訪問診療は週3日、多忙な業務と兼務 *ケアカンファが必要な利用者の存在
	意見を反映させるために チームを持ち出す	*自分の意見が通るのがチームとの考え *自分の意見を通したい人が、チームでやろうと言う傾向
	共通認識としてチームワ ークの定義がない	*チームの定義ってどういうものですか *在宅でのチームの定義がない

## 2. 訪問看護師の協働の認識の概要

訪問看護師は【他の職種との相互依存】によりケアが成り立っていると考えている。ケアの提供に対して「相互依存によるケアの形成」であるとして「看護師が先走ってもいいケアはできない」とした多職種との協調が不可欠であると考えている。このようなケアは「他の職種と相互の認め合いと理解による連携の進化」として、他の職種の仕事の内容や役割等の相互の理解と認め合いにより連携は良い方向に進展するとの認識を有している。医療的な「訪問看護による療養の安定とヘルパーに対する役割の代替」があり、在宅での生活の継続に医療の視点からより生活の安定がえられると考え、介護職であるヘルパーとの協働は、同一の仕事としての自然なチームワークによる連携であると受けとめている。訪問看護師は、介護保険の利用頻度の制約により利用者の服薬管理をはじめヘルパーとの協力が不可欠で、より頻回なサービスを行うヘルパーとの協働が必要であると捉えている。訪問看護師は【オープンなチームワークの認識】を有し、「在宅ケアはチームでおこなう」ことで他職種との協働を「ごく自然にチームとを感じる」というように実感している。「平等意識」をもち医師や介護職との「上下関係はない、医師も全く同じ」と感じている。

さらに「チームワークを必要とする医療介護度の高い利用者」が存在し「難病の重い人工呼吸器の人にはチームを使う」という神経難病の呼吸器管理を要する利用者へは、「みんなで協力して分刻みで働くのがチーム」という実態としてのチームワークへの認識がある。

一方で在宅ケアは、チームワークによらないとする【クローズなチームワークの認識】が存在する。これは「全ての利用者に対しチームでのケアは必要でない」として、ケアの対象である利用者一人一人にチームが形成されるのか、その必要性があるかという利用者の実態から生じている。協働におけるチームワークの必要性は利用者毎に相違する。神経難病や重度の障害の様に一般的にケアチームの必要性が認められている場合やケアサービスのニーズの低い場合まで多様な形態がある。このようなケアニーズの違う多くの利用者に対して訪問看護師は、「実態として全てがチームではない」という、チームワーク認識は持てないとする考えを持つ。また「チームの名称使用の実態と内なる気持ちのチーム」という他の職種とのチームの用語を使用しない「チームの名称は普通の介護保険では使わない」関係がある一方で、「気持ちの内にチームがある」という、よいケアの提供はチームによるとする協働へのモチベーションを有している。さらに、訪問看護師は「担当者会議でなく意見の集約の場の必要性」を望んでいる。医療・介護度が高い利用者に対する情報交換や、意見の集約・一致のために協議の場が必要になるが、不定期開催な担当者会議は、高度な医療・介護のニーズを有する利用者への対応は不十分であると、訪問看護師等の医療者からは受けとめられている。

表4 訪問看護師のコードとカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
他の職種との相互依存	相互依存によるケアの形成	*看護師が先走ってもいいケアはできない *訪問看護だけでは何もできない
	他の職種と相互の認め合いと理解による連携の進化	*相互承認による連携の形成 *互いに認め合わなければ連携は取れない *互いの仕事を理解すると連携はすごく変わる
	訪問看護による療養の安定とヘルパーに対する役割の代替	*訪問看護週1回、ヘルパー1日複数 *訪問看護は週1なので薬の確認ができない *訪問看護は、生活を圧倒的に支える単価の安いヘルパーと協力しなければ成り立たない *訪問看護は、処置、生活の安定がある
オープンなチームワークの認識	在宅ケアは、チームでおこなう	*チームとしてやっている*ごく自然にチームと感じる *同じことを埋めていくチームとを感じる *比較的集まる回数も多くて、どうしようとか、こうしたとか連携するのがチーム
	平等意識	*上下関係はない、医師も全く同じ *みんな平等である
	チームワークを必要とする医療介護度の高い利用者	*難病の重い人工呼吸器の人にはチームを使う *みんなで協力して分刻みで働くのがチーム
クローズなチームワークの認識	全ての利用者に対しチームでのケアは必要でない	*実態として全てがチームではない *チームですか?でもいろいろあつての戸惑い感 *重度・経過の長い人以外はチームとはいえない
	チームの名称使用の実態と内なる気持ちのチーム	*気持ちの内にチームがある*チームの名称は普通の介護保険では使わない
	担当者会議でなく意見の集約の場の必要性	*みんなの意見を出し合う場がない *担当者会議、医療（訪問看護）はお客様 *担当者会議決められた感じ更新月だから、やらなければならない *サービス担当者会議のレベルでない、利用者の状況 *担当者会議でなく、普通にカンファレンスが必要であるとの認識

### 3. ケアマネジャーの協働の認識の概要

ケアマネジャーは、介護保険制度や医療保険制度等のサービス提供者に対してチームワークであるとする【オープンなチームワークの認識】を有し、在宅ケアにかかわる職種がチームを形成する[積極的なチーム形成意欲]による、ケア提供のマネジメントを行うというスタンスを持っている。また、多職種のチームの形成は、ケアマネジメントの制度教育や研修において、チームアプローチの位置づけがされ(東京都福祉保健財団2010:253)、「チームと思わないメンバーには、チームの一員であると感じてもらえるような関わりを持ちたい」というチームマネジメントへの積極的な意識がある。さらに[有用な多職種の存在]に対して、「ケアマネより専門的な人との関わりを求む」という専門職の関わりによる利用者のより高い生活の質の形成への、多職種の有用性を重視するチームマネジメントとしての位置づけがある。また[ケアマネは、チームで補完する]という働き方をしている。ケアマネジャーは、前職の経験や職種に違いがあり「ケアマネはチームで、不得手を得意にしてベストで関わる」というように、医療と介護関連職の専門性の相違や弱点を相互に補完しあうチームワークによるという認識を持つ。

また、ケアマネジャーは、【医療と介護のつなぎ役】としての役割を果たすという認識を有している。これは[介護保険と医療の連携のケアマネジメント]としての多様な医療ニーズを有する利用者に対してのケアマネジメントの必要性から生じている。「ケアマネは介護保険に結び付け医療と連携する」のように、必要とされる介護保険サービスの提供により、医療と介護を結びつけるケアマネジメントをおこなっていると捉えている。とりわけ、医療と介護のケアマネジメントの機能として介護職のヘルパーからの情報を集約し、医療職からの情報や指示を介護職に伝えるなど医療と介護の橋渡しとして[医療・介護情報の発信と集約]の役割を果たしていると考えている。

しかし、他の職種との関係では【チーム認識と使用の不一致】というような[チームが基本でも使わない]状況があり、在宅における利用者にかかわるケア提供者は、チームを構成しているのが自明であるが、チームまたはチームワークの用語を他の職種に対しては使用しない関係性がある。また[利用者への説明以外チームは使わない]というように、在宅ケアの多職種のかかわりはチームであるというように利用者や家族への説明においては使用されている。

表5 ケアマネジャーのコードとカテゴリ

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
オープンなチームワークの認識	積極的なチーム形成意欲	*その人を取り囲むチームと考えたい*チームと思わないメンバーには、チームの一員であると感じてもらえるような関わりを持ちたい
	有用な多職種の存在	*ケアマネより専門的な人との関わりを求む *色々な人を巻き込む*ケアマネだけは駄目
	ケアマネは、チームで補完する	*ケアマネはチームで、不得手を得意にしてベストで関わる *事業所の2人のケアマネはチーム、2人で孤立しているわけではない
医療と介護のつなぎ役	介護保険と医療の連携のケアマネジメント	*ケアマネは介護保険に結び付け医療と連携する *医療との強い結びつきの人がいる *医療・医師との連携 *ヘルパーの変化の報告を医師へつなげる *医療との特に医師との連携 *医療で行く訪問看護連携
	医療・介護情報の発信と集約	*ケアマネから指示・情報が多職種に入る *ひとつの情報を医療と介護へつなげる

チーム認識と使用の不一致	チームが基本でも使わない	<ul style="list-style-type: none"> <li>*ケアマネ、ケアはチームで行うは基本、しかしチームという言葉は、不使用</li> <li>*在宅ケアはチームワーク</li> <li>*ケアはチームが前提、でも使わない現実</li> </ul>
	利用者への説明以外チームは使わない	<ul style="list-style-type: none"> <li>*利用者・家族へはチームでケア提供の説明、でもほかでは使わない</li> <li>*チームでケアは成り立っている</li> </ul>

#### 4. ヘルパーの協働の認識の概要

ヘルパーは、他の職種との協働に対して、チームワークによるとする【オープンなチームワークの認識】を有している。とりわけ「多数のチーム構成によるエンパワメント」を得られ、さらに「関わるチームのメンバーが多いほど安心に感じる」として、多くの職種のチーム構成への期待感を有している。また「事業所のチームワークが基本で、医療チームと連携」していて、事業所を単位としたチームが医療チームと連携すると認識している。この事業所を基本とする働き方は、情報がサービス提供責任者や所長に集約され、他職種との連絡や報告、調整が行なわれている関係から生じている。

また【多職種による安定とポジショニング】という、ヘルパーの受動的な役割の特質がある。これは「医療者の役割によるケアの安定とヘルパー業務の安心・安定効果」があり、「医療の効果で安心、専門的・医療的に見えてくる」というように医療情報の共有や利用者の療養の問題が明確化され、ヘルパーの負担感の軽減につながると考えている。他の職種がケアにかかわらない時には「ヘルパー単独の責任感」を感じ、医療者の関与がない状況での「ヘルパーしかいないとドキドキ」という、利用者の生活全般や健康・生命への責任からのストレスを感じている。さらに「色々な職種が関わると、ヘルパーの守備範囲が解りやすい」というように他の職種との関係からの「多職種のかかわりによるヘルパーの業務範囲の確定」が行われ、とくに医療者のケアにより利用者の生活の安定を維持する上での介護職が担う範囲が明確になると捉えられている。

しかし、ヘルパーは、他の職種とはチームであるが、医療職とは対等な立場でないとする【ヘルパーのキャリア意識】を有している。これは「ヘルパーの認められていないキャリアと社会的立場」があり、医療職に対する、対等や平等な関係性の否定感、さらに「生活のところでは自分たちは対等であると思う気持ちはあるが、社会的には対等に認められていない」というように低い社会的なキャリアに対する意識を持っている。また、訪問看護師とは、介護や処置の重複する部分があり「医療のスキルアップをはかる」必要性を感じている。さらに、医療者との格差に関して「医療の人はスキルアップしないと認められない」という、スキルの向上による対等な立場を望む意識を有している。また、ヘルパーは、訪問看護師と代替的なケアを行う状況に対して「訪問看護師のプライドを傷つけないよう仕事をする」という、キャリアの格差から生じた働き方への意識を持っている。



表6 ヘルパーのコードとカテゴリ

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
オープンなチームワークの認識	多数のチーム構成によるエンパワメント	*はっきりしているチームだと心強い *チームであると思う *関わるチームのメンバーが多いほど安心に感じる *チームであることは考えている
	事業所のチームワークが基本で、医療チームと連携	*事業所のチームワークが基本で、医療チームと連携 *事業所のスタッフはチーム
多職種による安定とポジション	医療者の役割によるケアの安定とヘルパー業務の安心・安定効果	*独居どきどき、医師・看護師の情報が入るので安心 *医療者がかかると安心、患者から医師の情報 *医療が入ると生活が安定 *医療の効果で安心、専門的・医療的に見えてくる
	ヘルパー単独の責任感	*ヘルパーしかいないとドキドキ *ヘルパー単独の緊張感
	多職種の関わりによるヘルパーの業務範囲の確定	*色々な職種が関わると、ヘルパーの守備範囲が解りやすい *医療職がいると自分の業務の範囲が決まりやりやすい
ヘルパーのキャリア意識	ヘルパーの認められていないキャリアと社会的立場	*医療者が上という意識 *横並びだと思わない、向こうも思っていない *生活のところでは自分たちは対等であると思う気持ちはあるが、社会的には対等に認められていない *ヘルパーは訪問看護のプライドを傷つけないよう仕事する
	医療のスキルアップをはかる	*医療の研修でスキルアップ *訪問看護から知識を得る *医療の人はスキルアップしないと認めてくれない

## 5. チームワークのオープン・クローズな認識とアンビバレントな関係性

### 1) チームワークのオープンな認識の要因

在宅ケアのサービス提供者に【オープンなチームワークの認識】を生じる要因は、利用者が在宅においてよい生活をおくるには、他の職種と相互に良い関係による協働が必要であり、それぞれの職種の役割に相互に依存しながらケアを提供する関係にあるからである。それぞれの職種が自らの提供できるケアの限界への自覚があり、良いケアを提供するための協働をチームワークであるとする認識を共有している。

医療職である医師や訪問看護師は、医療のケア提供の視点を個人が望む在宅での生活の援助として捉え、利用者の生活の継続には、介護職との協働が不可欠であると考えている。一方、ケアマネジャーは介護保険制度による報酬制度に規定され、研修や制度教育によるチームアプローチとしての役割が強調され、チームマネジメントを役割とし位置づけられ、在宅ケアでの多職種の働き方は、チームワークを基本とする認識をもつ。また、ヘルパーの働き方が事業所単位のチームとしての働き方があり、事業所を基本とし他の職種とチームワークによるケアの提供をしているとの認識がある。さらに、連携により利用者の生活が安定し医療者等の職種との協働が安定や安心感につながる働くポジションとなるなど、他の職種との関係から、利用者に対するケアの内容が定まる傾向を有している。このようなそれぞれの働き方から、医師・訪問看護師・ケアマネジャー・ヘルパーは、良いケアができるとするチームワークを受け入れる【オープンなチームワークの認識】を有している。

### 2) チームワークのクローズな認識の要因

医師と訪問看護師には、在宅ケアの協働はチームワークを受入れない【クローズなチームワークの認識】が認められた。この要因として、医療保険制度に規定された医療職と介

介護連職との相違した働き方と、チームワークを必要としない利用者の存在が考えられた。

在宅診療は、介護保険の制約を受けず優先的な位置にあり、健康や生命の視点により他の職種との合意をへずに提供される。また、医師の指示によりケアを提供する訪問看護師は、疾病等により介護保険のみでなく医療保険等との併用による報酬が規定されている。外来診療とその他の業務を行う医師の時間の制約は大きく、担当者会議の参加は困難で、ケアに対する合意を形成する保障が十分でない。さらに、サービスの給付水準の問題として、制限のない給付である医療保険と制限給付の介護保険のサービスに対する充足の差を生じ、医師は、介護保険による制限された給付によってチームワークを形成するのに障害を生みだしているとの認識を有している。この認識の根底には、介護保険制度が医療費抑制の側面を持ち、自立に必要なサービスの充足が行われぬとの考えが存在している。

なお、専門職連携でのチームワークには、「共有されたチームの主体性、統合や相互依存による問題解決の方法」(Reeves et al., 2010 : xiv) が要件とされる。しかし、在宅ケアの協働は、このような給付水準やサービス提供の制限など、制度上の相違にもとづいており、統一したケアの提供での関係性はできないとする認識を生じ、チームワークを否定する認識の要因となっている。また、ケアの提供に対する担当者会議は、要介護更新認定や区分変更の開催規定(指定居宅介護支援等の人員及び運営に関する基準 11.3.31 厚生省令 38 号第 13 条第 14 号)とされるように、介護保険の運用上の要件の充足としての位置づけがある。このように、医療者からは、担当者会議はケアに対する合意形成の場の保障が不十分であると受けとめられ、利用者を中心とした多職種によるケアカンファレンスがチームワークに不可欠な合意形成の場として必要であるとの考えを生じている。

さらに、在宅における利用者は、神経難病の医療依存・介護度の高い人から、軽度の介護を必要とする人まで様々なニーズを要する利用者が存在する。このような医療・介護依存度の相違は、すべての人に対してチームワークではないという認識を生じている。

### 3) アンビバレントな関係性を生じる要因

在宅でのケアは、チームワークであるとの認識がある一方、【オープンなチームワークの認識】と【クローズなチームワークの認識】が併存するケア提供の関係性から、チームの用語は、他の職種との関係での使用されない『アンビバレントなチームワークの関係』を生じている。このようなアンビバレントな関係は、現実と認識のギャップの問題としての意味合いを有する。Sein (あるがままの姿) と Sollen (あるべき姿) という意味合いからすると、ケアの協働の実態としての存在とチームワークであるべき存在という問題としての捉え直しが可能となる。在宅ケアの現場では、チームワークによってケアは提供されていない、あるいは少数のみ提供されているという現実とチームワークによってケアが提供されるべきであるとする考えが存在するとすれば、この現実と当為の問題として、このアンビバレントな関係の説明が可能になる。チームワークを成立させるための条件が不足しているとする医療者の存在とチームワークにより在宅ケアが成り立つのが自明であると位置づけるケアマネジャーとは、この例示に該当すると考えられる。また、このアンビバレントな関係は、見方により違う図が認識される相反図形のような、同一のものに対する焦点化の部分により相違するパースペクティブを生み出している関係性にも基づいていると考えられる。それぞれの協働に対するプロパティとしての認識の差異は、チームワークの側面である有用性と、その形成への必要性和有益性という、着目する協働に対する視点が相違したパースペクティブから生じている。この焦点化の相違は、働き方を規定している

制度や専門性によっていて、チームワークの有用性を重視するケアマネジャーと、その形成への有益性や必要性を重視する医師と訪問看護師の相違としても捉えられる。

一方、実際のケア提供の現場では、チームワークの定義がそれぞれのケア提供者にゆだねられ、統一した定義は存在していない。ケアの提供者は、それぞれの考えに従い、この用語を用いている。さらに、他の職種にチームワークの用語を用いる場合、場面によっては相手職種への対等な役割期待や協働における問題解決の要求を意味する用語の使用となっている。従って、チームワークの用語の使用は、他の職種への配慮を必要とし、共通の理解が成立するメンバー間の利用にとどまると考えられた。

また、利用者の多様なニーズの存在と相互依存の関係を検討すると、医療依存・介護度の高い利用者に対する協働の必要が高くなると考えられる。ゆえに、医療・介護のニーズと相互依存は相関し、医療・介護度が高いほど協働の程度が高くなる関係性から、【オープンなチームワークの認識】が高くなると推測される。(図1)

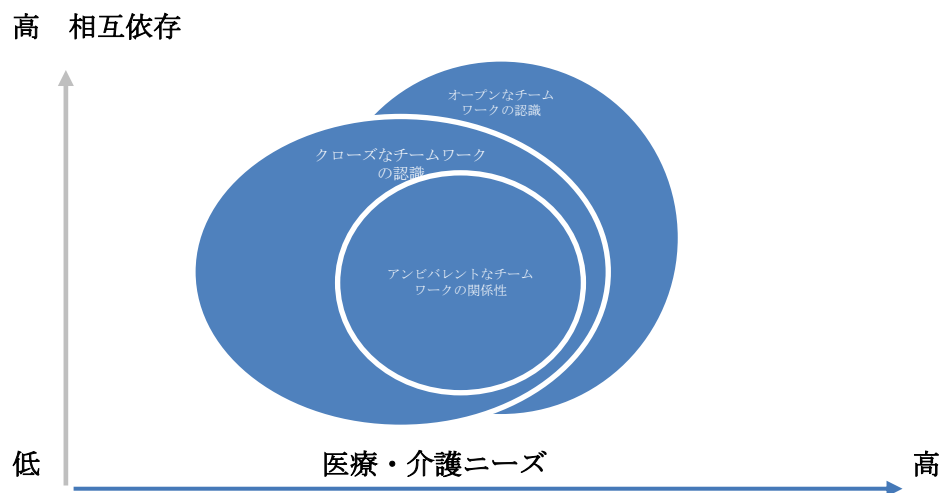


図1 チームワーク認識とアンビバレントな関係性

## VI. 結論

以上、本論では、チームワークへの認識を分析概念として用い、協働を通じた各職種の働き方と相違する職種との協働を行う上で生じる問題の分析を行った。結果、ケア提供の現場では、チームワークの共通の定義が存在せず、この用語が場面に応じた使われ方をされ、理解を共有するスタッフ以外では使用されないアンビバレントな関係を生じていた。さらに、チームワークがスキルでなく、良いケアへのモチベーションや期待から生じた認識としての存在にとどまる状態であるのが明らかになった。この要因は、チームワークの形成のプロセスと機能させる上での構造上の問題から生じていると考えられる。

プロセスとしての在宅での医療と介護の職種間の合意の形成において、相互の職種のケアの方針や医師との療養上の問題等に対しての意見交換が不足し、合意形成の水準としての問題を生じている。サービス担当者会議に対する各職種の位置づけに対して、不十分であるとする医療者や、その内容に期待の大きいヘルパー、主催者としての立場であるケアマネジャーと相違を生じている。さらに、チームワークに対する共通の定義がない状態で、

それぞれの職種が相互依存する関係性に対してチームワークであると捉える傾向にある。このようなケア提供者間の連携をチームワークと捉える認識は、他職種との連携に対するモチベーションを高めるなど、ケアの提供に対して肯定的な役割を果たしていると考えられる。しかしながら、チームワークが実態として機能するには、職種間の軋轢や葛藤を通じた相互理解や合意の形成が行われるプロセスが必要である。しかし、この場が保障されないためチームワークの経験が蓄積されえない状況を生じている。

また、チームワークを機能させる構造の問題として、働き方そのものが制度により規定される関係があり、ニーズに応じた給付サービスである医療保険を主とする医師、介護と医療保険の併用の訪問看護師、介護度によってサービス提供の上限が決められる介護保険のヘルパー・ケアマネジャーとの相違がある。さらに、このような制度による給付内容の差を生じ、とりわけ介護保険での介護度によるサービスの制限は、医療・介護ニーズを有する利用者の多様な選択肢を制限する結果につながると捉えられる。また、制度にもとづく連携の中で、チームワークであるべきとした当為や、期待感としてのチームワーク、チームワークへの否定等といったそれぞれに異なった認識を生じ、協働の現状に対するギャップと相違するパースペクティブを形成している。医療者は、ケアの提供に対する利用者の医療・介護度から生じる必要性や、その協働によって生じる利用者の生命や健康に対する有益性を重視する。しかし、ケアマネジャーは、多職種の協働によって利用者の生活が維持されるチームマネジメントとしての有用性を重視し、さらに、ヘルパーは、他の職種との連携により在宅での自らの立ち位置の確認となり、受け持つケアへの確信につながる。

しかしながら、このようにそれぞれの職種の異なったパースペクティブを生じているが、在宅ケアにおける目的が共有される協働は、様々な問題に対応する職種間の連携を進展させている。さらに、在宅におけるケア提供者は、利用者の在宅でのより良い生活を継続するための視点を持ち、他の職種との協働に対する高いモチベーションを有している。この利用者の住み慣れた在宅における生活の継続のために、協働から連携へ、さらなる発展としてのチームワークの形成が多様な医療や介護ニーズを有する利用者に対して、広い選択肢の提供を保障する契機となると考えられる。

## 引用文献

- Glaser, B. G. (1998) *Doing grounded theory: Issues and discussion*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- 菊池和則 (2000) 「多職種チームの構造と機能—多職種チーム研究の基本的枠組み」『社会福祉学』41 (1), 13-25.
- 菊池和則 (2004) 「多職種チームのコンピテンシー—インディビジュアル・コンピテンシーとチーム・コンピテンシーに関する基本的概念整理」『社会福祉学』44 (3), 23-31.
- 菊池和則 (2009) 「協働・連携のためのスキルとしてのチームアプローチ」『ソーシャルワーク研究』34 (4), 17-23.
- 野中 猛 (2007) 『図説 ケアチーム』中央法規出版.
- 松岡千代 (2000) 「ヘルスケア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), 17-38.
- 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), 40-46.

Reeves, Scott et al. (2010) *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*, Wiley-blackwell, CAIPE.

東京都福祉保健財団 (2010) 『介護支援専門員養成研教本 基礎編 改訂版』東京都保健財団.

# **Perceptions of Teamwork and Work-Related Issues in Collaborations for At-Home Care Between Medical Specialists and Care Giving Professions**

**From the Considerations of Staff's Work Style that Work with Home-Care Support Medical Clinics**

**Kazuhisa SAKATA**

This study aims at clarifying work-related issues in interprofessional collaborations between medical workers and care workers formed for at-home care. As study method, qualitative research was used: coding of verbatim records were made of semistructured interviews of physicians involved with home-care support medical clinics, home-visitation nurses, care managers, and home helpers, and categories were made constant comparison. Study results showed that when, at the homecare-provision site in homecare collaboration, a useful interprofessional team can be formed with equality in the care-provision itself, then there is an openness towards positively collaborating for provision of quality care. Meanwhile, a closed perception occurs in regards to negative teamwork. These two perceptions co-exist, and we confirmed from the parties involved in collaborative care that an ambivalent relationship exists, such that, with a few exceptions, team names are not used or made known to outside parties. Factors therefor are that care providers work under multiple different systems, such as that for medical insurance and that for care insurance.

**Key Words :** at-home care, team, teamwork, interprofessional collaboration