

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 28 年 6 月 17 日現在

機関番号：33918

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2013～2015

課題番号：25380796

研究課題名(和文) 専門職連携のプロセスと評価に関する日仏比較研究

研究課題名(英文) Japan and France comparative study and evaluation process of professional cooperation

研究代表者

篠田 道子 (SHINODA, Michiko)

日本福祉大学・社会福祉学部・教授

研究者番号：00319302

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,700,000円

研究成果の概要(和文)：専門職連携教育のプロセスと評価について、日仏比較を行った結果、以下の知見が得られた。フランスでは、医療計画と地方健康計画が統合されたことで、地域包括ケアシステムに舵をきったが、専門職連携教育はわが国と同様に、緒についたばかりであった。ヒアリングの結果、わが国と同様に、事例検討など暗黙知を交える演習が主流であることが分かった。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利用者の意思決定を多職種で支えることができる人材育成が必要であった。両国ともに、人材育成としての専門職連携教育の法整備はされていないが、大学、職能団体、事業所などが独自に実施していた。

研究成果の概要(英文)：Evaluation and professional cooperation of the process, Japan and France compared to the results of, the following findings were obtained. In France, by the medical plan and regional health plan has been integrated, but turned the rudder to comprehensive community care system, professional cooperation education, like Japan, was their infancy. Hearing of the results, as well as Japan, exercises converse tacit knowledge such as the case study was the mainstream. The expansion of the field of end-of-life care, including non-cancer, where even if die can support the user's decision-making in the multidisciplinary development of human resources was required. in both countries, although not legislation to recommend the professional cooperation of education as human resource development, universities, professional associations, and business offices and facilities have been carried out on its own.

研究分野：社会福祉

キーワード：専門職連携 日仏比較 在宅入院制度 終末期ケア

1. 研究開始当初の背景

フランスは2000年以降、効果的かつ効率的な医療を提供するために、医療計画に基づいた病床の機能分化と連携を促進してきた。2004年にはかかりつけ医制度を導入するなど、わが国の取り組みに類似している。

さらに、入院医療から在宅医療・介護へのシフト、在宅入院制度(以下、HAD)の体制強化と役割の拡大、専門職の連携と協働、緩和ケアと尊厳死を両立させるためのインフラ整備などについて国家レベルでの取り組みを進めている。

これらは、超高齢社会や「多死時代」を迎えているわが国にとって示唆に富むものである。個人主義の強いフランスで医療や介護の連携・協働がどのように展開されているのかを明らかにすることは意義深い。

フランスには、わが国の介護支援専門員(ケアマネジャー)に該当する職種はない。その代わりに、医師、看護師、ソーシャルワーカーがコアチームを形成してマネジメントを行っている。さらに、2002年3月4日法(患者の権利と医療の品質法)で、複数のネットワーク(MAIAやCLIC)が誕生し、在宅チームを重層的に支えている。ネットワークの役割は、在宅ケアのエキスパートとしての相談・助言業務、社会資源の確保とコーディネートであり、HADや在宅医療・介護の後方支援に徹している。

一方、フランスの終末期ケアは先進国としては取り組みが遅く、1987年から本格始動した。政府主導のインフラ整備により、終末期ケアは量・質ともに大きく進んだ。ハコモノである独立型ホスピスの設置数を抑え、既存病床から緩和ケア病床への転換、緩和ケアチームの活用を促進するなど、わが国の取り組みに類似している。2011年の死亡場所は、病院58%、自宅27%、老人ホーム11%である。

さらにフランスは終末期ケアに関する法整備を進めてきた。すべての国民が緩和ケアを受ける権利を認めた「緩和ケア権利法」(1999年)、「終末期患者の権利および生命の末期に関する法」(レオネッテイ法;2005年)が制定された。尊厳死法と呼ばれる「レオネッテイ法」では、過剰な医療または無駄な延命治療としての「不合理な固執」を避けるという主旨である。死に逝く人の尊厳を損なう無益な治療を拒否するというのが法の精神で、これは、日本尊厳死協会が求める尊厳死法にかなり近いものである。

ただし、レオネッテイ法下でのケアチームの意志決定は、わが国と同様に、「がん」に注力されたもので、認知症など意志決定能力の低下した人に対して、どのようにされているのか、課題はないのか、調査されたものは見当たらない。

このような背景を踏まえて、本研究では、在宅ケアと終末期ケアに焦点を当てた専門職連携のプロセス(意思決定プロセスを含

む)と評価に関する日仏比較研究を行うこととした。

2. 研究の目的

本研究の目的は、フランスの強みである、在宅ケアと終末期ケアのプロセスに着目し、専門職連携がどのように展開されているのか、成果はあがっているのか、課題はないか等の日仏比較を行うことである。具体的には、2つの課題に取り組む。

1)在宅ケアにおける専門職連携のプロセスと評価を明らかにする。特にフランスで効果を上げているHADの取り組みに着目する。

2)終末期ケアにおける専門職チームによる意思決定プロセスと評価を明らかにする。特に高齢者施設に入居者に着目する。

2つの課題を明らかにするために、以下の4つの目的を設定し、目的を達成するために、5つの調査を行う。

1)フランスHAD、医療機関、ネットワーク機関との連携の現状と課題を明らかにする(調査1と調査2)。

2)フランスにおける専門職連携教育の内容・方法・評価について情報収集を行い、現状と課題を整理する(調査3)。

3)フランス終末期ケアの政策の動向、高齢者施設における意思決定プロセスと評価、専門職連携の現状と課題を明らかにする(調査4と調査5)。

4)1)2)3)の結果について日仏比較を行うことで、わが国の専門職連携の現状と課題を明らかにする。

3. 研究の方法

調査1: HAD、MAIA(自律と包括的ケアのためのネットワーク)、CLIC(地域密着型インフォメーション&コーディネーションセンター)、在宅サービス事業所について、責任者へのヒアリングと資料収集を行う。はネットワーク機関であり、わが国の地域包括支援センターの機能に近い。

調査2: 次の2か所のHADの管理職に対し、インタビュー調査を行う。フランス全国在宅入院連盟(以下、FNEHAD)と、パリ公立病院協会付属在宅入院連盟(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。

調査3: パリ医学部の「1年生医系共通教育制度」(以下、共通教育制度)、サンタンヌ管理看護師養成学校、サンテ・サービスHAD責任者へのヒアリングと資料収集を行う。

調査4: 文献調査を次の手順で行う。

フランス終末期ケアの政策動向に関する重要な行政資料と調査報告書を収集し、日仏の終末期ケアに精通している日本人通訳者が翻訳をする。その後、申請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、通訳に確認して、申請者が加筆・修正を行う。

調査5： 国立終末期研究センター(以下、ONFV)と 医療付き高齢者ホーム(以下、EHPAD)の責任者へのヒアリングと資料収集を行う。

【分析方法】

データ収集の信頼性を高めるために、インタビューはフランス在住20年以上で、フランス医療制度に精通している日本人通訳者と申請者が実施した。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。

次に、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、日本人通訳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。

【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、フランス語で作成した書類および口頭で説明した。さらに、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て同意を得た。

4. 研究成果

1) フランス HAD、医療機関、ネットワーク機関との連携の現状と課題(調査1と調査2)

調査の結果、明らかになったのは次の5点である。

HADのコーディネーターを担っているのは、コーディネーター医師またはコーディネーター看護師(管理看護師)であった。病院勤務医またはかかりつけ医から提出された治療指針をもとに、雇用連帯省通達に基づいたHADの適応について検討する。さらに、コーディネーター看護師は、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。病院勤務医またはかかりつけ医のHAD処方に基づいてケアプランを作成する。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という連携のルールが定型化されていた。

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、病院勤務医の関心の低さや、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。

MAIAやCLICなどのネットワーク機関は、開業医や開業看護師を後方支援するもので、コーディネーター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あり、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。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を実践していた。

サービスのアウトカム評価を定期的な受け、質を担保している。国立医療機関評価機構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、FNEHADが行った「満足度調査」では、“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。

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、利用はあまり普及していない。その理由は、高齢者施設の職員の認知度が低い、高齢者施設でHADを提供した場合の診療報酬が低く設定されており、経済的なインセンティブが働かないことなどがあげられる。

2) フランスにおける専門職連携教育の内容・方法・評価について情報収集を行い、現状と課題を整理する(調査3)

調査の結果、明らかになったのは次の3点である。

パリ大学医学部の「1年生医系共通教育制度」：パリ大学医学部が2010年から国家戦略として取り組んでいる、「共通教育制度」の対象は、医学部、歯学部、薬学部、助産学、リハビリテーション学の5学科を志願する学生に限定している。日本で取り組んでいる専門職連携教育ではなく、あくまでも医学に特化したプログラムである。

共通教育制度は2学期制で、全470時間である(前期260時間、後期210時間)。前期の科目は、科学、生物、細胞学、生理学等であり、修了後にテストを行っている。後期の科目は、統計学、解剖学、薬理学、健康社会学、倫理学である。修了後にテストを実施している。

共通教育制度のメリットは、5学部の学生が同じ科目を学ぶことで、切磋琢磨しながら学力の底上げができることである。学生は真面目に取り組み、欠席もほとんどいない。授業についていけない学生には、チューターをつけている。ただし、学部によって学力のバラつきが大きいことが課題である。

サンタンヌ管理看護師養成学校の定員は80名である。平均年齢は42歳である。看護師以外の職種の枠が10名ある。2014年度は、放射線技師4名、薬剤助手4名、検査技師2名が入学した。近年はリハ職の志願者が多い傾向である。管理看護師制度は1995年にスタートし、すでに20年を経過している。専門職連携教育のプログラムは、労務管理、公

衆衛生学、研究方法、マネジメント学（実習含む）教育方法である。専門職連携教育は、事例検討など演習をベースにしている。また、マネジメント実習のうち、3週間は企業のマネジメントを学んでいる。

サンテ・サービス HAD における専門職連携教育は導入したばかりで、緩和ケアの事例検討など演習をベースに行っている。講師は当該 HAD の幹部職員が担当している。取り組みは順調であるが、開業医など他機関を巻き込んだ連携教育は、地元医師会等との調整ができていないため、実現には至っていない。

3) フランス終末期ケアの政策の動向、高齢者施設における意思決定プロセスと評価、専門職連携の現状と課題を明らかにする（調査4と調査5）

調査4については、フランス終末期ケアを理解する上で重要な行政資料と調査報告書7点を収集した。と はヒアリング調査時に入手したものである。

緩和ケアの組織化に関する通達（2008年3月25日）

緩和ケアネットワークの組織化に関する通達（2008年3月25日）

「患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」（レオネットイ法）

ONFV 報告書「終末期の現状調査報告書」（2012年2月14日）

S F A P 報告書「緩和ケア人材養成活動概要」（2012年3月1日）

国立人口統計研究センター「フランス終末期医療の決断」（2012年11月1日）

ONFV 報告書「在宅終末期医療実態調査2013年度調査報告書」（2013年3月19日）

資料を分析した結果、以下の6点が明らかになった。

フランスの開業医（一般医）が1年間に受け持つ終末期患者は1～3人と少ない。

緩和ケアの研修を受けた開業医は全体の2.5%と低い。

地域緩和ケアネットワークは、孤立しがちな開業医をサポートし、チームで患者を支えるものであるが、知名度が低く利用率が低い状態が続いている。

1991年にはパリ大学医学部で緩和ケア教育プログラムがスタートした。「緩和ケア認定医」という国家資格はないが、緩和ケア病棟には、緩和ケアの専門教育を受けた医師の配置が必要になった。さらに、医学部の緩和ケア教育は、3年または4年次に必修科目となるなど、法律により医師への緩和ケア教育が進んでいる。

看護師養成学校での緩和ケアは、1999年6月9日法（緩和ケア権利法）により、必須科目となった。緩和ケアに関する講義が30時間、事例検討20時間である。

医師・看護師以外の職種への緩和ケア教育はほとんどされていないため、底上げが必要

である。

調査5については、国立終末期研究センター（ONFV）でのインタビュー調査と資料分析により、以下の4点が明らかになった。レオネットイ法が施行されてからは、多職種チームによるカンファレンスが定着している。

信頼できる代理人を指名している人は38%、事前指定書を作成している人は、2.5%に留まっている。

治療の差し控えや中止については、専門職チームで話し合ったことが、カルテに記載されていれば訴追ということはなくなったため、患者や家族と本音で話し合うことができるようになった。

専門職チームが行う意思決定とは、正しさを追究するのではなく、専門職としての意見を誠実に伝えつつも、患者と家族が主体的に意思決定できるように後方支援することである。

次に EHPAD における終末期ケアと専門職連携については、以下の5点が明らかになった。

EHPAD 内での死亡割合は74%と高く、入居者の4人に1人が EHPAD で死亡している。次いで病院が25%で、緩和ケアユニット（USP）はわずか1%である。看護師が常駐している EHPAD は13.8%で、夜間オンコール体制の施設は11.6%である。

EHPAD 内において夜勤看護師が常駐している場合、病院での死亡割合は18.5%、病院に緊急入院をした割合は16%である。夜勤看護師が常駐していない場合の、病院での死亡割合は27.1%、病院への緊急入院は24.9%と高くなっている。また、全施設の29.4%が緩和ケアのコーディネーター看護師を配置している。看護師の配置が施設内看取りを高くする要因であるとしている。

EHPAD 内の終末期ケアでは、レオネットイ法に基づいて、カンファレンスによる意思決定が定着していた。最期まで自分の意思をはっきり言える入居者は2～3割程度であり、信頼できる代理人（家族）が代弁者として機能していた。

死亡前2週間の終末期ケアの実態は、入居者の39.7%がレオネットイ法に基づいて、延命治療の制限または中止の決断を受けている。しかしながら、入居者の58%が点滴などの人工栄養補給を受けていた。EHPAD の責任者は、この点については疑問が残るとしつつも、最低限の水分補給により、過度な脱水による苦痛（口腔内乾燥やせん妄など）を改善する対策として実施しているのではないかと語った。そのうえで、人間の気持ちは変わるもので、その都度本人・家族の意向を聞き、たとえ意向が変化しても、その気持ちに寄り添うことが重要と強調された。

課題として、25%の EHPAD が、外部の緩和ケアモバイルチーム（EMSP）や MAIA などネットワークとの連携がなかった。また、

非がんの入居者の意思決定を支えるシステム作りについては、外部の機関との連携が一層求められる。

4) 5つの調査の結果について日仏比較を行った結果、以下の知見が得られた。

良い医療・福祉のチームマネジメントには専門職連携教育が必要であり、わが国ではカンファレンスや事例検討など、価値観や実践知を共有できる教育技法が推奨されている。フランスでも、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、地域包括ケアシステムに舵をきったが、専門職連携教育はわが国と同様に、緒についたばかりであった。ヒアリングの結果、わが国と同様に、事例検討など暗黙知を交える演習が主流であった。

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利用者の意思決定を多職種で支えることができる人材育成が必要である。

両国ともに、人材育成としての専門職連携教育を推奨する法整備はされていないが、大学、職能団体、事業所・施設などが独自に実施していた。

日仏比較調査から考える専門職連携では、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、カンファレンスなど顔の見える関係を大切することが必要であった。課題はわが国と同様に、非がんのネットワーク形成の構築と、開業医や開業(訪問)看護師など、地域との連携であった。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文](計6件)

1) 「終末期ケアにおける専門職協働の現状と課題 特別養護老人ホームにおける調査から」松田実樹, 杉本浩章, 上山崎悦代, 篠田道子, 原沢優子 『岡山県立大学保健福祉学部紀要』第22巻, 167-176(2015) 査読有

2) 「フランス介護保障制度の動向 - 地域ケアシステムへの示唆と課題」篠田道子 『健保連海外医療保障』, 第107号, 11-19(2015) 査読無

3) 「終末期ケアにおける多職種連携・協働の実態 - 従来型特別養護老人ホームとユニット型特別養護老人ホームとの異同を通して - 」宇佐美千鶴, 篠田道子, 上山崎悦代 『日本福祉大学社会福祉論集』, 第130号, 167-190(2014) 査読無

4) 「終末期ケアを中心とした多職種連携に関する教育・研修の現状と課題」上山崎悦代, 篠田道子 『日本福祉大学社会福祉論集』, 第131号, 147-167(2014) 査読無

5) 「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」篠田道子, 上山崎悦代, 宇佐美千鶴 『日本福祉大学社会福祉論集』, 第129号, 15-38(2013) 査読無

6) 「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」篠田道子 『健保連海外医療保障』, 第100号, 8-15(2013) 査読無

[学会発表](計2件)

1) 「終末期ケアにおける多職種協働を促進するための研修プログラム開発 - 試行とその成果」杉本浩章, 上山崎悦代, 原沢優子, 篠田道子, 松田実樹, 近藤克則 『日本保健医療福祉連携教育学会第8回学術集会』2015年8月9日発表, 首都大学東京荒川キャンパス(東京都荒川区)

2) 「多職種連携に関する研究の到達点と課題 終末期ケアを中心とした文献調査から」上山崎悦代, 篠田道子 『日本保健医療福祉連携教育学会第7回学術集会』2014年9月20日発表, 新潟市学生総合プラザ(新潟県新潟市)

6. 研究組織

(1) 研究代表者

篠田道子 (SHINODA, Michiko)

日本福祉大学・社会福祉学部・教授

研究者番号: 00319302