

M-GTA 研究会 News Letter No.109

編集・発行:M-GTA 研究会事務局

研究会のホームページ:<https://m-gta.jp>

研究会事務局アドレス:office@m-gta.jp

世話人: 阿部正子、伊藤祐紀子、今井朋子、唐田順子、菊地真実、倉田貞美、坂本智代枝、佐川佳南枝、隅谷理子、竹下浩、丹野ひろみ、都丸けい子、長山 豊、根本愛子、林 葉子、平塚 克洋、宮崎貴久子、山崎浩司、McDonald, Darren (五十音順)

相談役: 小倉啓子、木下康仁、小嶋章吾 (五十音順)

<目次>

◇第 95 定例研究会	1
小山道子／看護小規模多機能型居宅介護における看護職と介護職の職種間協働プロセス	
◇グループディスカッションの報告.....	11
◇次回のお知らせ	14
◇編集後記	14

◇第 95 回定例研究会

【日時】2022年5月7日(土)

【場所】オンライン(ZOOM)

【申込者】80名(五十音順)

※Zoomで所属先の記載があった方のみ所属先を記載しています。

阿部 正子(名桜大学), 荒川 博美(国際医療福祉大学), 有野 雄大(筑波大学), 飯村 愛(和洋女子大学), 池田 敬子(和歌山県立医科大学), 石川 菜津美(東京大学医学部附属病院), 石原 まほろ(障害者職業総合センター), 磯野 洋一(金城学院大学), 板橋 朱麻留(旭中央病院), 伊藤 祐紀子(長野県看護大学), 稲原 遼(聖学院大学), 狗巻 見和(和歌山県立医科大学), 井上 みゆき(和歌山県立医科大学), 宇田 美江(青山学院大学), 大塚 直子(公益財団法人井之頭病院), 岡本 恭子(東北大学), 奥田 孝之(奥田技術士事務所), 小田 桜乃(日本女子大学), 恩幣 宏美(群馬大学), 勝又 あずさ(成城大学), 烏山 房恵(一橋大学), 唐田 順子(山口県立大学), 菊地 真実(帝京平成大学), 岸田 泰則(法政大学), 工藤 あずさ, 倉田 貞美(浜松医科大学), 越雲 美奈子(獨協医科大学), 後藤 由紀子(筑波技術大学), 小林 佳寛(杏林大学), 小山 道子(人間総合科学大学), 齊藤 花奈(日本女子大学), 坂本 智代枝(大正大学), 佐川 佳南枝(京都橘大学), 佐鹿 孝子, 志岐 和紀(和歌山さくら支援学校), 隅谷 理子(大正大学), 関口 ひろみ(東京大学医学部附属病院), 曾エイ(千葉大学), 平

恵子, 高 祐子(複十字病院), 高安 令子(小田原保健福祉事務所), 田川 佳代子(愛知県立大学), 田口 要人(産業医科大学), 竹内 和子(日本女子大学), 竹下 浩(筑波技術大学), 田中 萌子(神奈川県立保健福祉大学), 玉川 久代(大阪青山大学), 寺崎 伸一, 都丸 けい子(聖徳大学), 中里 啓子(日本女子大学), 永松 有紀(産業医科大学), 新鞍 真理子, 根本 愛子(東京大学), 根本 ゆき, 信川 景子(北陸先端科学技術大学院大学), 濱谷 雅子(東京都立大学), 林 かよこ(川崎医科大学附属病院), 林 葉子((株)JH 産業医科学研究所), 百武 ひとみ(聖路加国際大学), 平川 美和子(帝京平成大学), 平野 正一, 廣田 奈穂美(筑波大学), 堀越 香(群馬大学), 眞浦 有希(大阪歯科大学), 前澤 美代子(山梨県立大学), 前田 貴彦(三重県立看護大学), 増田 悠佑(北海道医療大学), 松戸 宏予, 松元 悦子(山口県立大学), 三橋 礼子(国際医療福祉大学), 宮城島 恭子(浜松医科大学), 宮崎 貴久子(京都大学), 持田 聖子(筑波大学), 山岸 貴子(帝京大学), 山口 昌子(和歌山県立医科大学), 山口 舞(日本女子大学), 横山 豊治, 吉羽 久美(東都大学), 劉 蘊汀(日本女子大学), 渡部 亜矢(一社実家片づけ整理協会)

【報告】

小山 道子(人間総合科学大学保健医療学部看護学科)

Michiko Koyama : University of Human Arts and Sciences Faculty of Health Science Department of Nursing

看護小規模多機能型居宅介護における看護職と介護職の職種間協働プロセス

Collaboration process between the types of job of a nursing job and the care job in the nursing small scale multifunctional model home care

1. 研究の背景

1) 看護小規模多機能居宅介護の創設と現状

2014(平成 24)年の診療報酬改定により、地域包括ケアシステムは、医療・介護連携から医療が介護を統括する体制へと変換し、団塊世代が後期高齢者になる 2025 年問題に向けた「施設から地域へ、医療から介護へ」と方針が出された。これにより病床の機能分化の流れの中で、胃瘻、在宅酸素、吸引などを必要とする医療ニーズの高い高齢者が地域の施設やグループホーム、在宅に移行し、24時間、365日の継続的・包括的なケア体制づくりが推進された¹⁾。それと同時に改定された介護保険制度では、地域密着型サービスとして、看護小規模多機能型居宅介護、以下、看多機(かんたき)が創設された。

看多機は、訪問介護、通所介護、短期入所のサービスを一体的に提供する「小規模多機能型居宅介護」に訪問看護の機能を加え、介護職が中心であった小規模多機能では限界のある医療的ケアの療養者が、住み慣れた地域で生活を継続することが可能になる在宅サービスである。退院直後の在宅生活へのスムーズな移行、がん末期等の看取り期、病状不安定期における在宅生活の継続、家族に対するレスパイトおよび相談対応による負担軽減が図られ、医療依存度の高い患者の受け皿として期待がされている²⁾。要介護高齢者、認知症高齢者などが、包括報酬で、介護と看護が連携・協働した支援を受ける³⁻⁹⁾ メリットがある一方で、経営管理の問題と看護職と介護職の協働における互いの専門性の尊重と業務の理解が出来ない困難さが報告されている⁵⁾¹⁰⁾。

看多機は、サービスが創設された平成 24 年の全国事業所数は 15 事業所であったが、5 年目に 305 事業所、令和元年で 588 事業所と徐々に増加している¹¹⁾ものの、ほかの居宅サービスに比してその数は決して多くはない。また、比較的小規模で、かつ複合的なサービス提供を行うという特性から、事業所の運営・経営には課題が多く、参入事業者の増加が伸び悩む一因となっている。2016 年の看多機の経営実態に関する調査研究事業の報告では、「訪問看護との 2 枚看板の運営であること」、「喀痰吸引等研修の介護職員の配置があること」、「離職率が低いこと」の要因が、人件費や給与を上回る収益が得られ、経営安定に繋がっている¹²⁾と示唆されている。

2) 看護職の地域への移行と職種間協働

看護師は、自分たちの職位や役割を守り合う看護職の準拠集団¹³⁾から離れ、他職種と競合せずに互いの役割を分かち合う協業が求められる医療・保健・福祉の統合実践領域に分散配置されてきている。2018(平成 28)年の衛生行政報告例(就業医療関係者)の概要において 2014(平成 24)年と 2018(平成 28)年の看護師の常勤換算数を比較すると、病院は 76.7%から 75.4%に下降している一方、訪問看護ステーションは 2.6%から 3.3%、介護保険施設、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業などが 5.5%から 6.1%と上昇し、看護職の就業場所は、病院から、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業などの居宅サービスの事業所、介護保険施設に徐々に移行している。日本看護協会は、地域医療構想の下、病床の機能再編や地域包括ケアシステムの推進に伴い、在宅・施設などの看護人材の確保・育成および質の向上を喫緊の課題とし、訪問看護師倍増対策の推進を掲げている¹⁴⁾。また、日本地域看護学会は、「地域看護学は、多様な場で生活する、様々な健康レベルにある人々を対象とし、その生活を継続的・包括的にとらえ、人々やコミュニティと協働しながら効果的な看護を探究する実践科学である。」と再定義し、地域看護学を保健師、助産師、看護師の看護職に共通して求められる知識や能力を培う、基盤となる学問として位置づけ¹⁵⁾、今後、看護職の地域に移行した他職種協働の活動が見込まれる。

看護職の職種間協働は、病院、施設、地域という実践の場や協働する職種によって、そのあり様と課題は異なる。Rosenfield PL¹⁶⁾は、多職種チームモデルとして、多分野協働 Multidisciplinary collaboration、統合協働 Interdisciplinary collaboration、専門領域を超えた横断的共有をする協働 Transdisciplinary collaboration を提示している。地域包括システムの構築を推進する中核機関である地域包括支援センターの看護職と社会福祉士、主任介護支援専門員の協働は、職種が異なっても同じ業務を担う、専門領域を超えた横断的共有をする協働 Transdisciplinary collaboration¹⁷⁾と言われ、新たな協働的戦略となりうる強みがある一方、職種間の役割解放 role release と役割拡大 role expansion が進むにつれて専門職の帰属意識の修正が動機づけられる¹⁸⁾。そのため、専門領域の境界線が曖昧になり、専門性の威光を受けられない、専門職志向と協働志向の相克性¹⁹⁾がある協働形態とも言われ、連携・協働の概念整理は、複雑な形式やモデルをとり、画一的には捉えられない²⁰⁾が、職種間のパートナーシップにおける「対立と緊張」が起きることを解決し続けることが必要とされ²¹⁾、新たなヘテラルキー²²⁾を開発してゆかなければならない。

日本の医療は、超高齢化社会によって、病院の世紀の終焉を迎え、病院完結型から、ひとの暮らしを主体とした地域完結型に移行している²³⁾。地域密着サービスである看多機や定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの医療・福祉・介護が一体化した支援体制が試みられるなかで、地域包括ケアにおける専門領域を超えた横断的協働 Transdisciplinary collaboration 態勢は、これら地域密着サービスに拡大されると予想される。

看護職と介護職が連携・協働した看多機は、地域包括ケアシステムの構築の推進の柱のサービスとなることが期待され創設された。そこにおける看護職が介護職といかに協働してゆくかを理解することがサービスの可能性を広げ²⁴⁾、看多機の強みと課題を抱えながら医療ニーズの高い利用者のケアを一体的に行う²⁵⁾中で、看護師がどのように専門性を活かし、介護職と協働したら有効的ケアが提供できるか、看多機の職種間協働のプロセスを明らかにする必要があると考えた。

本研究の目的は、看多機における看護職と介護職との職種間協働のプロセスを明らかにすることで、協働を円滑にする要因や障壁となる要因を探索し、看多機の組織運営についての検討資料とすることにある。

2. M-GTA に適した研究であるかどうか

研究方法を修正版グランデッド・セオリー・アプローチ(M-GTAと略す)²⁶⁾の分析技法を用いた質的帰納的研究とした。M-GTAは、ヒューマンサービス領域のプロセスの分析に適し、看護職と介護職の協働は、ケアを一体的に提供するにあたって相互作用性およびプロセス性があり、実践の場に還元する理論を生成するために適していると考え適用した。

3. 分析テーマへの絞込み

看多機の看護と介護の協働は、包括的なケアを提供するにあたっては、要となる。看護職と介護職がどのように自分の専門性志向を超え合い、対立、緊張を緩和しながら協働態勢をとっているのか、そのプロセスを明らかにしたいと考えたため、研究テーマは、「看護小規模多機能型居宅介護における看護職と介護職の職種間協働プロセス」とした。しかし、その中でも、医療的ケアを必要とする利用者を受け入れる看多機の特性から、分析焦点者を介護職に医療を教える「看多機の看護師」とし、分析テーマを「医療の現場から来た看護師が、介護職と学び合いながら、地域の利用者、家族を支える看多機の看護師になるプロセス」とした。

4. インタビューガイド

1) 基本情報:年齢、看護職の経験年数、これまでの経歴と経験内容

2) インタビューガイド

「介護職とどのように協働して利用者をケアしていますか。」

「看護職の専門的役割をどのように捉えていますか。」

「介護職との協働は利用者にとどのように有効だと捉えていますか。」

「介護職と協働する上でうまくいかないことはどのようなことですか。」

「介護職と協働することの困難なことをどのように取り組んできましたか。」

5. データの収集法と範囲

看多機の事業所が掲載されている都道府県のホームページ、厚生労働省ホームページ(介護サービス情報公開システム、介護事業所・生活関連情報)の検索で得られた事業所、看護雑誌に掲載された事業所に対し、直接、電話で研究についての趣旨を説明し、説明書を送付した。快諾が得られた事業所の管理者から研究対象となる人の推薦をしてもらい、さらに同意が得られた人を研究対象とした。

データ収集期間は2019年9月～2020年3月、2021年11月～12月、対象者が所属する事業所の一室で行った。インタビュー内容については、対象者から承諾を得て録音あるいは記録を行い、逐語録

を作成し、それを対象者にチェックしてもらい、信憑性²⁷⁾を確保した。

6. 分析焦点者の設定

分析焦点者:看多機の看護師

ある程度の経験を積んでいる方が語りの内容が充実していると考え、看多機の事業所での経験が2年以上の看護職としたが、新しい事業所であることから、該当者がいない場合は、看多機の事業所で一番、在職期間が長い人とした。

性別	年齢	看多機前の職歴	看多機の経験年数	インタビュー時間
女	30歳代	臨床8年	3年6か月	25分36秒
女	30歳代	臨床13年	3年6か月	40分15秒
女	30歳代	臨床7年	4年6か月	30分8秒
女	60歳代	臨床7年・在宅サービス6年ほか	4年2か月	46分27秒
男	30歳代	臨床3年・訪問看護2年	6か月	20分22秒
男	30歳代	病棟8年・訪問看護2年10か月	1年6か月	25分28秒
女	40歳代	病棟10年・外来10年、訪問看護5年、有料老人ホーム5年	1年	42分00秒

7. 分析ワークシート:

資料 1:1 人分の分析ワークシート

8. カテゴリー生成:概念の比較をどのように進めたかを具体例をあげて説明する

カテゴリー生成まで至らない。概念をつくりながら、関係性のプロセスを考え、それをストーリーラインにしながらい論的メモに記載し進めた。

9. 結果図:図の提示だけでなく、どのように図を作成していったのかも説明する。

概念間の関係を検討しながら、ストーリーラインにし、それと一致させながら結果図を作成した。

11. 理論的メモ・ノートをどのようにつけたか、また、いつ、どのような着想、解釈的アイデアを得たか。現象特性をどのように考えたか。

まず、一番、最初に着目した1名目の人の逐語録から、具体例をワークシートに書き写し、着目する箇所に網掛け、下線を引いた。現象から動きのある関係性を解釈して定義に書き込み、それに概念名を命名した。

現象特性:介護職と学び合いながら、他職種や地域の関係者、組織の管理者との相互作用によってこれまでの所属先の看護師とは違う、看多機というところの看護師となってゆくプロセスがある。

12. 分析を振り返って、M-GTA に関して理解できた点、よく理解できない点、疑問点などを簡潔にまとめてください(できるだけ箇条書きに)

1) 概念名と定義を改めて読んでみると、自分でも粗い感じがして、これで良いのかと疑問に感じている。

動きのある概念を生成することが一番難しいと思ったが、動きのある概念をどのようにつくっていったら

よいのか、いまひとつ、つかめていない感じがする。

- 2) サンプル数が 7 例と少ない状況にある。感染状況により、事業所に面接調査に行くことが中断され、2019 年 9 月に研究を開始してから 2 年以上が経過。この間に事業所も増えてきているが、7 例による分析の結果で研究が止まっている状況にある。これから分析テーマをあらためて立て直し、データを取っていこうと思っている。

質疑応答、会場からのコメント概要等

1. 質疑応答

- ① (阿部先生) 看多機で看護師は、介護職以外に協働する人はどんな人がいるのか。また、ほかに協働する相手がいる中でなぜ、看護職と介護職の 2 者に関心を持ったのか。
- (フロア) 分析テーマへの絞込みで、「看護職と介護職がどのように自分の専門性志向を超え合い、対立、緊張を緩和しながら協働態勢をとっているのか、そのプロセスを明らかにしたいと考えた」に関して、対立・緊張が存在するという前提を立たられた理由を教えてください。
- (小山回答) 管理栄養士、リハビリテーションで理学療法士、作業療法士、食事を提供する調理員、送迎の運転手が配置。ボランティア、連携先として、主治医、管轄する市町村(行政)の職員、地域包括支援センターの職員、地域住民の代表者として自治会会長、民生委員の協力を受けながら運営する施設。看護職と介護職の関係性がうまくいかないことで、事業所の運営に支障を来している実践報告があり、看護職と介護職に焦点をあてた。
- ② (阿部先生) 研究の目的が、看多機の運営資料とすとなつているが、研究で生成された理論は、実践応用では、誰にどのように応用してもらいたいのか。
- (小山回答) 管理者に向けて、また、介護職と関係する看護職
- ③ (阿部先生) 協働の英単語が、ここでは Collaboration になっているが、もともとは、Coproducton という言葉になっていたかと思う。なぜ、敢えて、協働と言う言葉を使っているのか。また、協働の目的は何か。
- (小山回答) この研究の協働の定義は、「専門領域を超え合って一緒に業務を担う」形を指している。「連携」となるとそれぞれの専門的役割が分配されているかたちとなる。
- ④ (フロア) 分析焦点者の看多機の看護師は、何をする人なのか。
- (小山回答) 看護師は、医療的ケアが専門的役割。介護職は、24 時間の生活を支援することが主となる役割となるが、医療的ケアを必要とする利用者、寝た切り度の高い利用者も多く、医療的ケアを一緒にやっている。特に痰の吸引、経管栄養の注入など医療行為も行う状況にあり、看護師が介護職の指導に当たっている。
- ⑤ (フロア) 先行研究で、看護職と介護職のお互いの動きが見えない、共通言語が通じないという問題意識があるが、それはどうなのか。
- (小山回答) もともとの教育の背景が違う。看護師は専門学校、短大、大学の専門教育を受けて、卒業後看護職として実践してきた一方、介護職は、社会福祉士、介護福祉士、ヘルパーを一括りにされ、介護以外の経歴を辿って社会福祉士、介護福祉士の資格取得のキャリアを辿っている方たちが多く一定の教育レベルにはない。医療中心の教育を受けてきた人間と医療が教育の中に盛り込まれていない人間がひとつの土俵の中で相対したときに分かり合えない言葉、特に医療用語とか、チームの動き方、ケアのしかたに違和感を生じている現状はあった。

- ⑥ (阿部先生)M-GTA に適した研究か。社会的相互作用、プロセス性、実践的応用はどのように考えているか。

(小山回答)社会相互作用は、まずは看護職と介護職、利用者やご家族、看多機の外の機関の人たちとの相互作用がある。プロセス性は、協働と言うこと自体に発展性がある、一連の道筋が、以前の研究の地域包括支援センターの協働からも感覚的に得ていたもので、協働と言うことに何らかのプロセスがあると思う。実践的応用は、グラウンデッド・オン・データということがあるので、実践の人たちから得た看多機の協働の理論化は、実践の人たちに、目には見えない協働を見える化し提供することができると思う。

- ⑦ (フロア)看護職と介護職が一体的にケアをするという意味は何か。

(小山回答)利用者の一定数の受け入れに対して、ケアマネジャーが1か月のケアプランを立てていて、利用者の状況が悪化したり、家族の状況が変わると、プランが変更される。夜間の泊りの介護職がひとりで対応が難しい時は看護師が入ったり、場合によってはオンコールで呼ばれて一緒にケアをする。重度の方のケアには看護師と介護士はペアを組んで行き、服薬管理は看護師の役割ではあるが、介護職が訪問で服薬確認をする連携を一体的と捉えている。

2. 意見

- ① (坂本先生)例えば、特別養護老人ホームやデイサービスなどにも看護職がいるが、そういう施設の看護職と介護職の連携、協働と、看多機の協働には、特別な違いはあるのか。先行研究では、特別養護老人ホームとかの介護施設の看護職と介護職の連携、協働は、インターディスプリナリーの方が強いと思う。看多機は、トランスディスプリナリコラボレーションが強い施設だと役割が明確になっているので、そういう違いを明確にした上で、看多機の協働の特性を明確化した方がよいと思う。他領域の先行研究も当たった方が、看多機の協働の特性が明確になるのではないかな。
- ② (佐川先生)インタビュー時間がすごく短い。M-GTA は複雑なことを複雑に表現できる良さがある。充実したデータをとるには1時間は必要ではないか。コロナ感染拡大でインタビューできなければZoomを使ってインタビューする方法とか、職場でないところを場として設けてZoomでやっていく方法もある。インタビューに時間が割けないならば、M-GTA でない研究方法、質問紙等ピンポイントでエピソードを聴くのもよいのではないかな。

3. 分析テーマの絞り込みについて

- ① (阿部先生)1人目の分析ワークシート、概念「看多機の役割モードへの切り替え」は、分析テーマのどこにあたるのか。分析焦点者の分析テーマからバリエーションに注目するのだが、バリエーションの下線、網掛けに注目したのはなぜか。生成された概念「看多機の役割モードへの切り替え」は、認識、態度になる、行動ではない、定義もよくわからない。
- ② (林先生)看護職としての自負を保ちながら、他の職種と協働するにはどう方法をとっているのかを知りたいのかと思った。全体的なマネジメントは、組織の長がやることで、看護師がやることではないと思う。病院からきた看護師が自分の自負を保ちながらみんなと一緒にやっていくためにはどう方法をとる努力をしてきたかということを知りたいと言うことだと解釈した。看多機での看護師が模索しながらやっていく道筋を知りたい、というのであれば、看護師の目線を如実にした分析テーマにした方がよいのではないかな。ほかの概念に、介護職、ケアマネジャーなど周りから影響を

受けて、自分で解釈してここまで来たという関係の図にして欲しい。他に関係する概念はあるのか。上から目線の看護職が介護職に教えるから、介護職から学ぶということがもって出て来るとよい。

- ③ (倉田先生)利用者本人が抜けていることが気になる。概念名「看多機の役割モードへの切り替え」が気になったのは、看多機の看護師になる、病院から地域に入って来て、病院とは本当に違う環境の中で戸惑い、これまで必要のなかった説明を介護職にして、言葉が伝わらず、協働する人たちの反応に緊張したり、ストレスを感じたりしていた、それが段々に、介護士と介護と医療を提供していく成り立ちや状況に戸惑いを感じながら、利用者本人が限られた幸せな時間をどうやって使ってもらえるように支えるのか。ある時は医療を優先しなければならないかもしれない、ある時は、まず、その人が望むことの方が大事だと、感じたり、介護職とのやり取りを経て、病院の看護師でない看多機の看護師になっていく、教える教えられる関係の中心は、利用者の大事な時間を意味あるものに支えられる資源を提供してゆくか、そのプロセスの中で看多機の看護師になっていった、人間行動モデルの説明にならないといけない。この説明が分析テーマになっていくのではないのか。狭い領域の詳細な理論生成には、看護師の変わる様が出てきたら、ゆくゆくは、組織運営に繋がっていくのではないかと考える。
- ④ (フロア)重症心身障害児施設に看護師として勤務経験がある。看護師は命に関わることを第一優先にし、福祉職は Well-being を優先している。まず価値観が違う。林先生がおっしゃるように、看護師の自負があると思う。だから葛藤すると思う。介護職との連携がないと、看護師だけでは、子ども達が日々楽しく過ごすことができない。倉田先生がおっしゃるように、施設はちょっと具合が悪くても、支援学校の校外学習を優先したり、お誕生日会を優先したりすることがあり、とても葛藤したことがある。看多機の看護師になっていくプロセスが明らかになったらいいと思った。

感想

たくさんのご質問、ご意見を頂きまして誠にありがとうございました。

初めて、研究会で発表させて頂き、緊張しましたが、質問を頂くことで、不鮮明な問題意識が見えてきたり、研究する人間である自分の看護職の自負へのこだわりが根底にあったことに気づきました。

また、人の動きを概念にすることは、解釈に十分な時間をかけてゆくことが必要であることを再認識する時間でもありました。阿部先生をはじめ、世話人の先生方、フロアの皆様から、ご意見を頂き、介護職との協働を軸におきながらも、地域の利用者、家族を支える分析焦点者の看多機の看護師の人間行動モデルを生成してゆこうと思います。

文献リスト

- 1) 服部万里子: 特集 医療と介護、変化の大潮流 (PART3)介護 在宅介護の切り札となるか?地域密着型サービスの現在とこれから 小規模多機能型居宅介護と複合型サービス. 医療と介護 Next,1(1), 23-27, 2015.
- 2) 斎藤忠雄: 特集地域密着型サービスの現状と課題. 特集 4 看護小規模多機能居宅介護について. 地域ケアリング, 21(8):22-31, 2019.
- 3) 佐藤文美: 看護小規模多機能居宅介護の展開とこれからの役割 シンポジウム 1:看護の先進的な試みで在宅療養を支える. 日本在宅看護学会誌, 5(2):15-17, 2017.
- 4) 余村徹: 介護施設での看取り 小規模多機能サービスでの看取り. ホスピスと在宅ケア, 24(3):200, 2016
- 5) 宮本小由里: 実態と運営のコツ 看護小規模多機能型居宅介護 報告 3 複合型サービス事業所あい(徳島県徳島市) 他事業所・他職種との連携が安定的な運営のポイント. コミュニティケア, 17(12):26-29,

2015.

- 6) 高世秀仁, 上村貴代美, 桑名 齊: がん患者の終末期における複合型サービスの役割. 死の臨床, 38 (2):390, 2015
- 7) 松木満里子: 利用者も介護者も満足! 新しいレスパイト 報告 2 Accommo.Care Service 株式会社 複合型サービスで実現するレスパイトケア. コミュニティケア, 17(3):59-62, 2015.
- 8) 高井由美子: 緊急入院を防ぎ、在宅看取りを実現 本人・家族の“想い”がかなう「複合型サービス」報告 2 複合型ナーシングケアもも(静岡県静岡市) 多様なニーズに対応し退院後の利用者・家族を支える. 看護, 65(13):050-053, 2013.
- 9) 多和幼子: 起業する訪問看護師たち ―複合型サービスへの取り組み― 第3回せいい看護学会学術集会基調講演. せいい看護学会誌, 4(1):17-20, 2013
- 10) 斎藤訓子: これで決断できた! 「複合型サービス」の開設 総論 複合型サービスの現状と普及への課題. コミュニティケア, 16(2):10-13, 2014.
- 11) 厚生労働省, 介護サービス施設・事業所調査: 結果の概要,
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2c.html>(2021年9月23日閲覧).
- 12) 三菱 UFG リサーチ&コンサルティング: 平成28年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 看護小規模多機能型居宅介護事業所の経営実態に関する調査研究事業報告書, 2017.
- 13) 船津衛: シンボリック相互作用論. 第1版. 東京: 恒星社厚生閣: 205-259, 1976.
- 14) 日本看護協会: 地域包括ケアにおける看護提供体制の構築.
<https://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/index.html>(アクセス: 2019.8.12)
- 15) 一般社団法人日本地域看護学会ホームページ: 地域看護学の再定義. <http://jachn.umin.jp/>. (アクセス: 2019.8.12)
- 16) Rosenfield PL. The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences. Soc Sci Med, 35(11):1343-57, 1992.
- 17) 野中 猛. 図説ケアチーム. 初版. 14-15, 中央法規, 東京, 2008.
- 18) Holmesland AL, Seikkula J, Nilsen O, Hopfenbeck M, Erik Arnkil T. Open Dialogues in social networks: professional identity and transdisciplinary collaboration. Int J Integr Care:10, 2010.
- 19) 和田 満知子. チーム医療とは何か. 第1版. 76-77, 日本看護協会, 東京, 2012.
- 20) 松岡 千代. 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, 40(2):17-38, 2000.
- 21) Harper GW, Neubauer LC, Bangi AK, Francisco VT. Transdisciplinary research and evaluation for community health initiatives. Health Promot Pract., 9(4):328-37, 2008.
- 22) Kessel F, Rosenfield PL. Toward transdisciplinary research: historical and contemporary perspectives. Am J Prev Med, 35(2 Suppl):S225-34, 2008.
- 23) 猪飼周平. 病院の世紀の理論. 有斐閣, 東京, 2015.
- 24) 上野幸子: 〈報告 2〉佐賀県看護協会訪問看護ステーション 療養通所介護も継続して“複合型サービス”でさらに充実. コミュニティケア, 15(1):26-34, 2013.
- 25) 片平伸子, 丸尾智実, 小川妙子. 看護小規模多機能居宅介護サービスの強みと課題 ―事例報告の分析から―. 日本プライマリー・ケア連合学会誌, 42(1):32-39, 2019.
- 26) 木下康仁: ライブ講義 M-GTA; 実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 弘文堂, 東京, 2013.
- 27) ホロウエイ, ウイーラー (監訳 野口美和子): ナースのための質的研究入門; 研究方法から論文作成まで, 246-261, 医学書院, 東京, 2006.

【SV コメント】

阿部正子(名桜大学)

看護小規模多機能型居宅介護の普及が広まる反面、看護職と介護職の折り合いが上手くいかないため、早期離職につながっている現状を打破するために、この研究は当初、看護職と介護職の両者関係に

焦点を当て、M-GTA を用いて両者の職種間協働のプロセスを描き出すことを目指していました。そのため、両者に同じインタビューガイドを用い、両者の逐語録から別々の結果図を導きだし統合を試みていました。最初に拝見した際、この研究に M-GTA という分析方法が妥当かどうか、疑問が湧きました。M-GTA は相互作用に注目し理論を生成するため、分析焦点者とかかわる相手は誰なのかを意識します。さらに、M-GTA で分析を成功させるためには分析焦点者はどちらか一方に絞ることが必要です。それは、焦点者が複雑な構成になると、その視点からデータを見ていく作業も複雑になり、行為者像を保持することが難しくなるからです。この点について、小山さんに“この成果を応用する人は誰なのか”を確認しました。小山さんはこの成果を「看多機の管理者に読んで欲しい」「こうした施設で働く人材育成に役立てたい」と説明して下さいました。これは研究の意義にもつながる点で、研究する人間がその視点を明確に持っていることが重要です。これが確認できたので、分析焦点者をまずは「看護師」に絞り込み、新たに分析を始められました。

その後、分析テーマの検討には時間を要しました。小山さんは現場をよくご存じで、かつ逐語録の内容もよく頭に入っているからこそ、自分の体験と思いに基づいた表現から脱却できない状況でした。しかし、当日、ディスカッションする中で、看護師は命にかかわることを第一優先にし、福祉職は Well-Being を優先するという価値観の違いがあることや、看護師側には専門職としての自負があること、そのために葛藤するのだということが共有されました。また、看護師が病院から地域へと活動の場を移動した際に、今までのやり方では通じないという戸惑いも抱いていることが確認できました。こうした議論は分析テーマを確定していくうえでとても重要でした。倉田先生から「看多機の看護師になっていくプロセス」ではないかというご助言には多くの共感が得られたように感じました。それは小山さん自身が、現象特性に表現したことと一致していました。現象特性は最初に頂いた資料にはなかったもので、小山さんが SV を通してデータと向き合った末に掴んだものだと思います。

さらに今回のSVでは、1名の逐語録から概念生成をし、その概念と概念の関係を図にしていき、初歩的な結果図が作成されるまでをご発表くださるようお願いしました。研究会では余り検討できませんでしたが、概念生成で大事なことは、対象とした実践領域における固有の現象が浮かび上がっているかどうか、すでに研究概念として確立されている概念名を使っていないだろうか、という点に留意することです。また、概念間の検討をする際に、規範的なストーリーになっていないかどうか検討が必要です。その際、現象特性を合わせて検討することで、どういう「うごき(変化・プロセス)」を明らかにしていくのか、方向性は確認できます。今後、これらの点に留意しながら分析を進めていっていただきたいです。

最後に、COVID-19 の影響で研究遂行に困難が生じている方も大勢いらっしゃると思います。そうした中でも、本研究会への参加が研究継続のモチベーションにつながることを祈念しております。

◇グループディスカッションの報告

研究発表後は、グループに分かれ、ディスカッションしました。自己紹介をして、分析で悩んでいることなど、M-GTA に関して自由に話し合う時間を設けました。そのときの様子をご寄稿いただきましたので、ここに掲載します。

寄稿 1

報告者 佐川佳南枝

ファンリテータは伊藤先生と佐川でした。私たちのグループでは、今、分析で何か悩んでいることや話し合っていたことなどあれば、ということで話し合いました。その中で出てきたのは、「コロナの前後でインタビューの内容に変化があるのではないか」ということ、これに対しては、研究テーマにより影響があるもの、あまり影響がないものがあるのではないか、影響があると考えられるものについては、別に分析する必要があるのではないか、またその比較も面白いのでは、とお答えしました。また、「概念はどのようにして思いつくのか」という質問もありました。これに対しては、「辞書をいつも身近に置いている(伊藤先生)」「分野の違う本などを読んでいるときに思いつくこともある(佐川)」といった経験をお話しました。みなさんの現在の研究テーマなども語っていただき、テーマやデータによっては M-GTA ではない研究法が適する場合もあることなどを語り合いました。

寄稿 2

報告者 永松有紀

M-GTA で分析するとはどういうことかを出発点に、第1席で発表していただいた研究の分析テーマをもとに、主にテーマの記述(長さや具体性など)について話し合った。グループワークを通して、研究者の考えを表す最適な言葉を選択し分析テーマとして記述する難しさや、初めてその研究に触れる人に理解してもらえるよう、分析焦点者の条件を設定しておく重要性について確認できた。以下、感想になるが、分析テーマは研究者の「こうあってほしい」といった願いや結論ありきで設定してしまいがちであり、テーマを俯瞰してみることの難しさを感じた。また、グループメンバーの自己紹介では、研究分野が司法や心理、看護、働き方に関することなど多岐にわたっており、研究テーマもぜひ結果を知りたいと思う内容ばかりであった。加えて、改めて M-GTA が様々な実践の理論化に使われる方法論であることを実感した。短い時間ではあったが、世話人の先生方とグループメンバーのおかげで、ちょっと研究、頑張ってみようかなと背中を押していただく有意義な時間を過ごすことができた。

寄稿 3

報告者 菊地真実

グループ 4 では、M-GTA 研究会に入会して間もないというメンバーも多く、これから勉強を深めたいという気持ちで参加されていたことから、発表者と SV の先生とのやりとり、また全体ディスカッションでの発表者と会場とのやりとりを聞く経験は、大変勉強になったという意見が多く聞かれました。

そして、偶然にもメンバーのほとんどが看護職ということからも、ご自身の経験とも照らし合わせながら発表を振り返る、というディスカッションとなりました。全体ディスカッションの際に、倉田貞美先生からの「ここで示されるのは、『病院の看護師から看多機の看護師になるプロセス』なのではないでしょうか」というコメントに、メンバーの多くが腑に落ちたようでした。この『病院の看護師から看多機の看護師になるプロセス』は、始点と終点の設定についても理解しやすく、さらに様々な周囲との相互作用があることが想像され、「動き」が見えるという感覚を得たようでした。ほか、今回のインタビューの看護師の方が 30 代と比較的若い世代が中心となっていたことから、なぜ 30 代という比較的若い時期に、看多機の看護師となったのだろうか、というインタビューのバックグラウンドへの関心、また、介護士とのやりとり、とりわけ介護士に対して指導的立場に立つという「看多機の看護師」ならではの立場というものにも関心が寄せられました。さらに、インタビュー時間が非常に限られていたということは、看多機特有の看護師の忙しさを象徴しているのだろうか、インタビューの場の設定について検討の余地はなかったのだろうか、といった点についても意見がありました。

短い時間ではありましたが、活発なディスカッションが繰り広げられ、大変有意義な時間となったと考えています。特に研究会に参加されて間もない方にとっては、自分の考えたことを言葉にして発するという機会は、思考の言語化、という意味でも意義があったのではないかと考えます。

寄稿 4

報告者 宮城島恭子

私たちのグループは、6名の参加者と世話人の坂本先生の計7名でした。簡単な自己紹介(バックグラウンド・研究テーマ)の後、疑問を出し合い、主に坂本先生に答えていただきました。

以下、5点の疑問と応答の要約です。

1. 分析テーマの絞り込みについて

当日の研究発表・討議で M-GTA は「狭い領域に密着した理論」を生成するということが言われていたが、その範囲はどれくらいを意味するのか。どれくらいの範囲の分析テーマの設定が適切であるのか。(質問者:研究発表の例で出ていた意見を聞いて、狭い分析テーマだと感じた。)

【応答】明らかにしたいことに合わせた範囲の分析テーマを設定する。今回の発表者は広い分析テーマ設定をしていたが、データや生成概念の関心に合わせると、狭い分析テーマが適する。分析テーマは、データおよびその前のインタビューガイドも関係する。

インタビューガイドがピンポイントだと、そのデータから分析する分析テーマも狭くなる。

2. 概念生成・カテゴリー生成について

1) 概念からカテゴリーに昇格する場合、概念兼カテゴリーと理解してよいのか。

【応答】概念間の関係(ストーリー、プロセス)からカテゴリーが生成され、カテゴリーの中にストーリー(プロセス)ができるので、概念単独でカテゴリーになる場合は、ほとんどない。

なお、全体のストーリーラインでは、概念のみだと長いストーリーラインになってしまうので、カテゴリーが必要。

2) 概念名の中に記号(例えば=、<の数式記号)を用いてよいのか。(質問者:記号を用いた概念名を含む分析結果を見たことがある。)

【応答】記号を用いた方がわかりやすいならば良いが、わかりにくいのであれば用いない方がよい。わかりにくい場合、「=」と捉えられない場合もある。

3) 論文文化の際、カテゴリーの説明が必要なように思う。カテゴリーの定義は作成してどこかに明記する必要があるのか。

【応答】カテゴリーの定義は設定しないが、概念間のストーリーラインが、カテゴリーの説明になる。

3. M-GTA 研究会の SV を受ける経緯や方法、どのくらいの期間の SV なのか等について知りたい

【応答】研究会の発表者募集に応募する。発表が決定すると研究会開催の約1か月前から担当スーパーバイザーと連絡をとり、事前および研究会当日に SV を受け、終了となる。研究会の終了後も連絡を取り合うかどうかは各自に任されている。是非発表に応募していただきたい。

おわりに:短い時間でしたが、日頃の疑問や、当日の研究発表・討議を聞いての疑問を出し合い、納得する理解が得られて良かったです。ありがとうございました。

寄稿 5

報告者 高安令子

1. 看護小規模多機能型居宅介護における看護職と介護職の職種間協働のプロセスについて意見、

感想

「本研究に限らず看護でのテーマには1対1の関係性に絞った分析が多い。対象は療養者ではなく、看護師に焦点が当てられているよう」

「経営などの視点からはモノが対象であったり、弁護士などは法律そのものを扱うので分野が違った事例であった」

「発表者の思い込みになりがちなので分析する際は留意していくとよいのでは。音楽の分野では子どもを対象に作曲していくことが多い」

2. 今悩んでいること等

「新人看護師の人材育成から、指導者としてどう育っていけるか、をテーマに論文を作成中である。分析の焦点やテーマの設定などは学び中であり、貴重な時間となった」

「産業医の立場として、組織の上司と部下の関係性を“one on one”から分析してみたい。今後、スーパーバイズを受けたいが、どこへアクセスしたらよいか」

3. その他

会員と非会員、論文の作成中、テーマ設定の段階など参加者の背景は様々であった。最大78名であったようだが、グループワーク時50人強となり、本日のタイミングにおいて参加者同士の関りは少しハードルが高かったのかもしれない。果敢にも手を挙げて発表し、自身の意見を主張された小山先生には敬意を表したい。今回提供された発表内容から研究会終了までが思考過程そのものであり、プロセスであるというコメントが印象的だった。次回の勉強会は7月あたりが予定されているが、その3週間くらい前には資料提供できるよう準備が必要のよう。メンバーから、手を挙げる方もいそうだ。

寄稿 6

報告者 大塚直子

グループメンバーの多くが、看護の専門家。簡単な自己紹介後、本日の発表の感想や意見交換を行った。研究発表は、具体的であり興味深く拝聴した。このグループには、親が看多機を利用をしていたことがあり、いち家族としての思いも想起しながら、また現職とも照らし合わせながら聞いた人もいた。分析を行っていくなかでは、利用者の姿が見えてくるような内容にできたらよい、また利用者と共に折衷案を考えていけたらよいのではないかと、という意見もあった。また、インタビューについては、時間の短さが気になったが、職場ではなかなか本音が聞けなかったり、多忙な業務中では、深いところまで聞けなかったりということがあろうと思うのでとてももったいない。M-GTAの良さは深いところまで聞き、その中身を解釈していくところがあるので、インタビューの実施場所を変えてみるのも一つではないかと、という意見もあった。

寄稿 7

報告者 板橋朱麻留

▼M-GTAとGTAの違いに関して

・分析の質の担保としてGTAはプロパティとディメンジョンで、M-GTAはテーマと分析焦点者に徹底的に拘ることで担保する。

→M-GTAはテーマと分析焦点者を念頭におかないとブレてしまう、分析テーマの中のどこに位置づけられるのかわからなくなってしまう

▼M-GTAで大切なこと

・自分がどういうプロセスを描き出したいのか。

・定義・概念名を精練していくこと、1つだけのデータを見るのではなく上へ下へ、分析テーマのどのあた

りになるのか、最初または最後あるいは前提条件となるのかを検討していく。

- ・どういう立場で自分がこの研究をしようと思っているのか
- ・M-GTA は理論に当てはめるのではなく、データから立ち上がってくるものから理論を生成する。
- ・実践への応用という観点でどういうことができる研究か。

▼その他

- ・分析方法として M-GTA が適切か検討の必要性
- ・分析焦点者を明確に絞り込みやすい研究と設定が難しい場合もある

▼発表するということ

- ・発表することや他者に話すことで整理され曖昧な点が明確になることや自分が明らかにしたいことを改めて問い直すことができる

→恥ずかしさや困難もあるかもしれないけれど得られたデータに誠意をもって向き合い、勇気を持って発表しよう(^)

【感想】

悩みや戸惑いをご相談させて頂ける場となり、改めて自分の研究において大切にしたいと思っていることを考えることができました。研究に向き合う勇気を頂けたように思います。具体的なお助言も頂くことができ、多くの発見がありました。貴重な機会を頂き、ありがとうございました。

◇次回のお知らせ

○第 15 回修士論文発表会

日時:2022 年 7 月 30 日(土)13:30~17:00

会場:オンライン

◇編集後記

今回の定例研究会は、発表 1 演題とグループディスカッションという企画でした。定例研究会においてグループディスカッションを行うのは、これで 2 回目となります。前は短時間の実施でしたが、今回は 1 時間程度ディスカッションを行うことができました。グループディスカッションの寄稿記事にあるように、M-GTA に関する日ごろの疑問を話し合ったグループ、本日の発表に関する感想や疑問を話し合ったグループとさまざまでした。小さなグループで自分の率直な疑問を SV や他の参加者にぶつけ、回答が得られることで疑問が解決したり、M-GTA の分析における重要なポイントを納得できるかたちで理解されていたようでした。また、研究に取り組む勇気を得た方もおられました。この企画は非常に有意義であったと思います。

不安定な気候が続いています。みなさま体調管理され、ご活躍ください。(唐田順子)