

公衆衛生活動報告

在宅医療推進のための多職種連携研修プログラム参加者におけるソーシャルキャピタル醸成効果：都市部での検証

ムラヤマ ヒロシ* 小宮山 恵美^{2*} ヒラハラ サトシ^{3*}
 村山 洋史* 飯島 勝矢* 藤原 佳典^{4*}
 ノナカ クミコ^{4*} イイジマ カツヤ^{4*} フジワラ ヨシノリ^{4*}

目的 ソーシャルキャピタルは多職種連携を促進する重要な要因であることが示されている。本研究では、在宅医療の推進を目的に作成された「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」（以下、研修会）の参加者を対象に、在宅医療・介護従事者に対するソーシャルキャピタルの醸成効果を検討した。

方法 東京都北区で2014年7月～2015年1月に実施された研修会参加者への自記式質問紙調査のデータを用いた。質問紙調査は研修会の前後で実施した。研修会の参加者は、区内で在宅医療・介護に従事している、あるいは関心を持っている専門職であった。開業医・病院医師には延べ5.0日、開業医・病院医師以外には延べ4.5日のプログラムが提供された。在宅医療の動機付け項目として、在宅医療に対するイメージ形成と効力感を測定した。ソーシャルキャピタルに関しては、同職種への信頼感と互酬性の規範（結束型×認知的ソーシャルキャピタル）、他職種への信頼感と互酬性の規範（橋渡し型×認知的ソーシャルキャピタル）を測定した。加えて、開業医以外の職種に対しては、開業医との関係に特化し、開業医への信頼感と互酬性の規範（橋渡し型×認知的ソーシャルキャピタル）と開業医との連携活動状況（業務協力と交流の2因子を含む；橋渡し型×構造的ソーシャルキャピタル）を把握した。解析には一般化推定方程式を用い、効果量を求めた。

活動内容 研修会参加者54人中、研修会前後の両方の回答が得られた52人（うち2人が開業医）を対象とした。まず、在宅医療の動機付け項目では、効力感に変化がなかったものの、在宅医療に対するイメージ形成の得点は研修会前後で向上していた。ソーシャルキャピタルでは、同職種への信頼感と互酬性の規範の両者とも研修会前後で得点が向上していた。一方、他職種への信頼感と互酬性の規範は、両項目とも得点の向上は見られなかった。開業医以外の職種のみ限定した開業医との関係では、信頼感と互酬性の規範、および連携活動状況の業務協力において得点の向上が見られた。さらに、研修会参加者内での信頼感と互酬性の規範も向上していた。

結論 研修会に参加することで、在宅医療・介護従事者に対するソーシャルキャピタルが醸成されていた。在宅医療・介護領域におけるソーシャルキャピタルの醸成に向け、本研修会のような機会の提供は一つの方策と考えられた。

Key words : 在宅医療・介護, 多職種連携, プログラム評価, ソーシャルキャピタル

日本公衆衛生雑誌 2019; 66(6): 317-326. doi:10.11236/jph.66.6_317

I 緒 言

全国的に地域包括ケアシステムの構築が進められ、各自治体が「地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まいおよび自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」を目指している。団

* 東京大学高齢社会総合研究機構

^{2*} 帝京科学大学医療科学部看護学科

^{3*} 東京ふれあい医療生協梶原診療所在宅サポートセンター

^{4*} 東京都健康長寿医療センター研究所社会参加と地域保健研究チーム

責任著者連絡先：〒113-8656 文京区本郷 7-3-1
 東京大学高齢社会総合研究機構 村山洋史

塊の世代が後期高齢者となる2025年には高齢化率が30%を超えると推計されているが¹⁾、それに伴い、がんや認知症等、様々な疾患を有する者の増加が予想される。そのため、地域包括ケアシステムの中でもとくに医療に関連する部分として、在宅医療・介護提供体制を充実されることが重要となる。

在宅医療・介護の推進に向けた施策²⁾として、2012年の「多職種連携協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業」を皮切りに、在宅医療・介護を担う人材育成の取り組みが進められている。中でも、「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」(以下、在宅医療推進多職種連携研修会)は、現時点では効果検証が行われた唯一の研修プログラムである^{3,4)}。かかりつけ医の在宅医療参入の動機づけと市町村単位での多職種チームビルディングの促進を目的としており、参加することで、在宅医療に対する具体的なイメージの形成、地域の医療・介護資源の現状理解と課題認識、ならびにがん緩和ケアをはじめとする在宅医療に必要な知識等が向上すると報告されている^{5,6)}。加えて、多職種連携協働に関する知識と実践力の向上、職種間の関わり強化等、多職種連携に関する効果も認められている^{5,6)}。すなわち、この研修プログラムが在宅医療・介護従事者の多職種連携のきっかけとなり得ることを示唆している。

多職種連携を考える上で、ソーシャルキャピタルは重要な視点である。ソーシャルキャピタルとは、「ネットワークやグループの一員である結果として個人がアクセスできる資源」と定義される⁷⁾。実際には、Putnamの「人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、信頼、互酬性の規範、ネットワークといった社会的仕組みの特徴」との定義⁸⁾に則り、信頼感、互酬性の規範、ネットワーク等をその代理変数として測定している研究が多い。病院等の医療現場での多職種連携に関する研究を概観すると、社会システム、組織システム、個人間の相互関係など、連携に影響する要因は多様なレベルにわたり存在する⁹⁾。その中でも、個人間の相互作用のレベルでは、スタッフ同士の信頼感や協働意識の構築が重要な促進要因であると多数報告されており^{9~11)}、まさに多職種協働におけるソーシャルキャピタルの重要性を示している。在宅医療・介護の文脈で考えると、地域の在宅医療・介護従事者内のソーシャルキャピタルが豊かであれば、職種の異同を問わずスムーズな相談、協力、情報・意見共有等が可能になることが期待できる。そのため、在宅医療・介護における多職種連携を推進していくには、ソーシャルキャピタルという

視点も必要である。

では、前述の在宅医療推進多職種連携研修会は、ソーシャルキャピタルの醸成に寄与したのか、そうであれば、どのようなソーシャルキャピタルがどの程度醸成されたのであろうか。本研究の目的は、在宅医療推進多職種連携研修会による、在宅医療・介護従事者に対するソーシャルキャピタルの醸成効果を検討することとした。本研究では、ソーシャルキャピタルを個人が持つ特性と捉え、先に挙げたソーシャルキャピタルの定義⁷⁾に基づき、「在宅医療・介護従事者とのネットワークを有する結果として個人がアクセスできる資源」と定義した。

II 方 法

1. 研究デザイン

東京都北区において2014年7月~2015年1月に実施された在宅医療推進多職種連携研修会への参加者を対象とし、介入群のみの事前事後比較デザインを採用した。効果評価は、研修会前(2014年7月)と研修会後(2015年1月)の2時点において自記式質問紙調査を実施した。2時点の質問紙調査の回答はIDによって突合できるようにした。

在宅医療推進多職種連携研修会は、プログラムの時間数の違いはあるものの、全国各地で実施されている⁴⁾。その構造的特徴として、「①できる限り郡市医師会と市町村行政が協力し合い研修会運営の中心を担っている点」、「②同一の市町村内の多職種を受講対象としている点」、「③地域の職種団体の推薦を経て受講者をリクルートしている点」が挙げられる。また、内容的特徴として、「④講義は最小限とし、多職種で協調して話し合うグループワーク形式の事例検討を意図的に多く盛り込んでいる点」、「⑤講義のみではなく、在宅実地研修(同行訪問)を研修会に組み込んでいる点」が挙げられる。

北区で実施した研修会は、医師のみではなく在宅医療・介護に関わる様々な職種に対して在宅医療の動機付けを行い、多職種連携が促進されることを目的に開催された。研修会の対象者は、区内で在宅医療・介護に従事している、あるいは在宅医療・介護に関心を持っている専門職であり、区内の職種団体(医師会、訪問看護ステーション連絡協議会等)からの推薦を受けた者とした。参加費は無料であった。

表1に、北区での研修会の概要を示す。プログラムは、開業医・病院医師向けに延べ5.0日(集中講義4.0日+在宅実地研修1.0日)、開業医・病院医師以外向けに延べ4.5日(集中講義4.0日+在宅実地研修0.5日)という内容であった¹²⁾。研修会では、研修会開発過程で作成された研修会用スライド、講師

表1 東京都北区の「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」の概要

日	数	テーマ・内容	形式
集中講義			
1日目	1日	在宅医療が果たすべき役割 多職種協働と在宅医療・介護 認知症 在宅実地研修の実際 懇親会	講義 講義 講義+GW 講義+DVD
2日目	0.5日	摂食・嚥下	講義+GW
3日目	0.5日	栄養	講義+GW
4日目	0.5日	リハビリテーション	講義+GW
5日目	0.5日	褥瘡	講義+GW
6日目	1日	がん緩和 北区における在宅医療・介護 北区における専門職の役割 修了シンポジウム「北区の在宅医療・介護を推進 するために」 修了証書授与 懇親会	講義+GW 講義 GW 講義
在宅実地研修	開業医・病院医師： 0.5日×2回=1日 開業医・病院医師以外： 0.5日×1回=0.5日	次のうちから選択：訪問診療同行/訪問看護同行/ ケアマネージャー同行/緩和ケア病棟回診	

GW：グループワーク。

用読み原稿，事務局用運営ガイドを活用し，他地域で実施された研修会と内容や運営方法が大きく異なるように配慮された。

集中講義では、「在宅医療が必要とされる社会的背景といった基本的な課題共有」，「認知症，摂食・嚥下，栄養，リハビリテーション，褥瘡，がん緩和といった個別のトピック」，「北区の在宅医療・介護に関する現状」について講義が行われた。それぞれの講義の後には，多職種でのグループワークが行われた。グループワークでは，毎回のメンバーが固定しないように配慮された。在宅実地研修は，職種に関わらず全員に参加してもらった。また，初回（1日目）と最終回（6日目）には懇親会が開催された。

本研究は，東京都健康長寿医療センター倫理審査委員会の承認を得て行われた（2014年9月5日承認）。アンケート調査実施の際には，研究内容についての説明を口頭にて行い，調査票の回収をもって，研究への同意とみなした。IDおよび個人情報の管理は北区健康福祉部が担当することとし，解析担当者が回答者個人を特定できないよう配慮した。

2. 調査項目

1) 在宅医療の動機付け項目

まず，在宅医療推進多職種連携研修会の本来の目的である在宅医療の動機付けが達成されたかを評価するため，在宅医療に対するイメージ形成（「現在，在宅医療という仕事について具体的なイメージを持てる」）と効力感（「在宅医療を自分でもやっていけそうだと思う」）の2項目を尋ねた。これらの項目については，先行研究において研修会後に向上することが報告されているが^{5,6)}，本研究でも同様の結果が得られるかを確認するために含めた。それぞれの回答は，6件法（1=全くそう思わない；2=そう思わない；3=あまりそう思わない；4=まあそう思う；5=そう思う；6=非常にそう思う）で求めた。

2) ソーシャルキャピタル項目

ソーシャルキャピタルは様々な側面を持つ¹³⁾。たとえば，「結束型—橋渡し型」，「認知的—構造的」の分類である。Szreter & Woolcockの定義¹⁴⁾に従えば，結束型ソーシャルキャピタルは同質性の高い者同士の，あるいは同質性の高い集団の内向きなつながりを指し，橋渡し型ソーシャルキャピタルは異質性の高い者同士の，あるいは異質性の高い集団の外

向きなつながりを指す。本研究では、結束型ソーシャルキャピタルは「自分と同じ職種との関係」、橋渡し型ソーシャルキャピタルは「自分と異なる職種との関係」と操作的に定めた。認知的ソーシャルキャピタルは態度、認識、価値観等を指し、構造的ソーシャルキャピタルは行動や構造的特徴を指す。本研究では、認知的ソーシャルキャピタルとして信頼感と互酬性の規範（相互期待を伴う交換の持続的関係への評価⁷⁾）を、構造的ソーシャルキャピタルとして連携状況を測定項目として設定した。以上の2分類を組み合わせ、表2のような「結束型×認知的」、「橋渡し型×認知的」、「橋渡し型×構造的」の3つのソーシャルキャピタルを扱った。

結束型×認知的ソーシャルキャピタルは、自分と同じ職種に対する信頼感と互酬性の規範を尋ねた。具体的には、「一般的に言って、同職種のことを信頼している」、「同職種とは、仕事をする上で互いに協力し合える」の2項目であった。橋渡し型×認知的ソーシャルキャピタルは、自分と異なる職種に対する信頼感と互酬性の規範を尋ねた。具体的には、「一般的に言って、他職種のことを信頼している」、「他職種とは、仕事をする上で互いに協力し合える」の2項目であった。ここでの職種は、現在従事している職種を尋ね、そこでの職種に基づいて回答してもらった。各項目に対し、6件法（1=全くそう思わない；2=そう思わない；3=あまりそう思わない；4=まあそう思う；5=そう思う；6=非常にそう思う）で回答を求めた。

開業医以外の職種に対しては、開業医との関係を橋渡し型ソーシャルキャピタルとして質問した。開業医に対しての個別の問いを設けたのは、在宅医療・介護を推進していく上で開業医の存在は大きく、開業医との関係は別に把握することが重要と考えたためである。ここでは、ソーシャルキャピタルの認知的側面と構造的側面の両方を把握した（すなわち、「橋渡し型×認知的」と「橋渡し型×構造的」）。まず、橋渡し型×認知的ソーシャルキャピタルは、上と同じく信頼感（「一般的に言って、開業医のことを信頼している」）と互酬性の規範（「開業医とは、

仕事をする上で互いに協力し合える」）を尋ねた。橋渡し型×構造的ソーシャルキャピタルは、開業医との連携状況で把握した。具体的には、在宅医療推進多職種連携研修会で共通して測定されている連携活動状況の指標を用いた^{5,6)}。この指標は、筒井らが開発した連携活動尺度^{15,16)}を参考に作成されたもので、13項目で構成される。土屋らは、探索的因子分析の結果、因子負荷量が低かった3項目を除いた10項目が2因子に分かれることを報告している⁴⁾。第1因子は「業務協力」（「治療やケアの状況・結果についての開業医への報告」、「患者・利用者が利用している制度・資源・サービスの把握」、「開業医からの情報収集」、「患者・利用者に必要なサービスについての開業医への提案」等を含む7項目）、第2因子は「交流」（「開業医の集まり等への出席」、「開業医が主催する事例検討会等への参加」、「開業医との親睦会への出席」の3項目）であった。本研究の対象者においても、10項目の因子分析により同様の2因子に分かれることが確認されたため、これを採用した。Cronbach's α は、業務協力が0.89、交流が0.88であった。得点範囲は、業務協力が7~28点、交流が3~12点で、得点が高いほど各連携が活発であることを示す。

また、結束型、橋渡し型ソーシャルキャピタルに加え、研修会参加者内の凝集性形成を評価するため、認知的ソーシャルキャピタルとして「研修会に参加しているメンバーのことを信頼している」、「研修会に参加しているメンバーとは、仕事をする上で互いに協力し合える」の2項目を質問した。各項目に対して、7件法（1=全くそう思わない；2=そう思わない；3=あまりそう思わない；4=どちらともいえない；5=まあそう思う；6=そう思う；7=非常にそう思う）で回答を求めた。

3) 基本属性

性別、年齢、所属機関、現在従事している職種、現在従事している職種での経験年数、週の平均就業時間、区内での勤務年数、在宅医療への関心および従事の程度を尋ねた。

表2 本研究で設定したソーシャルキャピタル項目

	結 束 型	橋 渡 し 型	全 般
認知的	同職種に対する信頼感、 互酬性の規範	他職種に対する信頼感、 互酬性の規範	(開業医以外の職種) 開業医に対する信頼感、 互酬性の規範
構造的	—	—	(開業医以外の職種) 開業医との連携状況
			研修会参加者に対する信頼感、互酬性の規範

3. 解析方法

介入効果の検討には一般化推定方程式を用いた。時間（研修会前—研修会后）を固定効果、対象者個人（すなわち対象者 ID）を変数効果として扱った。対象者の基本属性（性別、年齢、現在従事している職種、現在従事している職種での経験年数、週の平均就業時間、区内での勤務年数、在宅医療への関心および従事の程度）は共変量としてモデルに投入した。分析では、評価指標は間隔尺度として取り扱い、介入効果は研修会前後の当該評価指標得点の変化量の推定値で示した。さらに、時間と共変量として含めた基本属性との交互作用（時間×基本属性）をモデルに追加で投入し、介入効果が大きい層の同定を試みた。有意水準は両側 5%とし、解析には SAS 9.3を用いた。

Ⅲ 活動内容

研修会参加者は54人（うち、開業医 2人）であり、全員が全日程出席した。そのうち、研修会前後の質問紙調査において前後の ID が揃ったものは、52人であり、この52人を解析に含めた。

表 3 に対象者の特性を示す。女性が約 7 割であり、平均年齢は42.9歳であった。所属機関は、20床以上の病院が最多であった（20.8%）。現在従事している職種は、開業医は4.3%（2人）であり、最も多かったのは看護師であった（21.3%）。研修会参加時点ですでに在宅医療に従事していた者は約 7 割であった。

表 4 に在宅医療の動機付け項目の介入効果を示す。在宅医療に対するイメージ形成では、研修会前後で得点の向上がみられた（変化量の推定値 [95%

表 3 対象者の特性 (n=52)

性別	男性	15(31.3)	
	女性	33(68.8)	
年齢 (歳)		42.9±9.8	
所属機関	無床診療所	3(6.3)	
	有床診療所 (19床以下)	1(2.1)	
	病院 (20床以上)	10(20.8)	
	歯科医院	3(6.3)	
	薬局	5(10.4)	
	訪問看護ステーション	9(18.8)	
	居宅介護支援事業所	7(14.6)	
	地域包括支援センター	6(12.5)	
	訪問介護事業所	4(8.3)	
	現在従事している職種	開業医	2(4.3)
		病院医師	3(6.4)
		歯科医師	3(6.4)
		薬剤師	5(10.6)
看護師		10(21.3)	
介護支援専門員		7(14.9)	
病院ソーシャルワーカー		4(8.5)	
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士		6(12.8)	
社会福祉士		2(4.3)	
介護福祉士		5(10.6)	
現在従事している職種としての経験年数 (年)		12.4±8.3	
週の平均勤務時間 (時間/週)		39.5±10.6	
区内での勤務年数 (年)		8.7±7.1	
在宅医療への関心および従事の程度	在宅医療に関心はない	0(0.0)	
	在宅医療に関心はあるが、行いたいとは思っていない	2(4.8)	
	いずれ在宅医療を行いたいと思っている	12(28.6)	
	在宅医療を行っているが、看取りの患者は受け入れている	4(9.5)	
	在宅医療を行っており、看取りの患者を受け入れている	24(57.1)	

無回答は除く。

値は n (%), または平均値±標準偏差。

表4 在宅医療の動機付け項目の研修会前後での変化 (n=52)

	得点範囲	研修会前	研修会后	変化量 (95%信頼区間)
		最小二乗平均 ±標準誤差	最小二乗平均 ±標準誤差	
在宅医療という仕事について具体的なイメージが持てる	1-6	4.44±0.11	4.75±0.10	0.31(0.02, 0.60)
在宅医療を自分でもやっていけそうだと思う	1-6	4.59±0.10	4.62±0.09	0.04(-0.19, 0.26)

性別, 年齢, 現在従事している職種, 現在従事している職種としての経験年数, 週の平均就業時間, 区内での勤務年数, 在宅医療への関心および従事の程度を調整。

表5 ソーシャルキャピタル項目の研修会前後での変化 (n=52)

	得点範囲	研修会前	研修会后	変化量 (95%信頼区間)
		最小二乗平均 ±標準誤差	最小二乗平均 ±標準誤差	
同職種との関係				
結束型×認知的ソーシャルキャピタル				
一般的に言って, 同職種のことを信頼している	1-6	4.61±0.14	5.12±0.14	0.51(0.11, 0.91)
同職種とは, 仕事をする上で互いに協力し合える	1-6	4.52±0.13	5.18±0.16	0.66(0.22, 1.10)
他職種との関係				
橋渡し型×認知的ソーシャルキャピタル				
一般的に言って, 他職種のことを信頼している	1-6	4.78±0.14	4.88±0.12	0.11(-0.23, 0.44)
他職種とは, 仕事をする上で互いに協力し合える	1-6	4.77±0.15	4.87±0.14	0.10(-0.23, 0.44)
開業医との関係(開業医以外の職種のみで解析)				
橋渡し型×認知的ソーシャルキャピタル				
一般的に言って, 開業医のことを信頼している	1-6	4.40±0.15	4.63±0.16	0.23(0.03, 0.49)
開業医とは, 仕事をする上で互いに協力し合える	1-6	4.13±0.15	4.57±0.15	0.44(0.11, 0.78)
橋渡し型×構造的ソーシャルキャピタル				
開業医への業務協力	7-28	17.42±0.68	18.93±0.64	1.50(0.26, 2.74)
開業医との交流	3-12	4.78±0.30	5.11±0.35	0.33(-0.39, 1.05)
研修会参加者との関係				
認知的ソーシャルキャピタル				
研修会に参加しているメンバーのことを信頼できる	1-7	5.21±0.14	6.27±0.11	1.06(0.72, 1.40)
研修会に参加しているメンバーとは, 仕事をする上で互いに協力し合える	1-7	5.30±0.11	6.30±0.11	0.99(0.65, 1.34)

性別, 年齢, 現在従事している職種, 現在従事している職種としての経験年数, 週の平均就業時間, 区内での勤務年数, 在宅医療への関心および従事の程度を調整。

信頼区間]: 0.31[0.02, 0.60])。一方, 在宅医療に対する効力感は, 研修会前後の変化は認められなかった。

表5は, ソーシャルキャピタル項目の介入効果である。まず, 結束型×認知的ソーシャルキャピタルとして設定した同職種への信頼感と互酬性の規範は, 両項目とも研修会前後で得点が向上していた(信頼感: 0.51[0.11, 0.91], 互酬性の規範: 0.66[0.22, 1.10])。橋渡し型×認知的ソーシャルキャピタルとして設定した他職種への信頼感と互酬性の規範は, 両項目とも統計的に有意な得点の向上はみられなかった。一方, 同じく橋渡し型×認知的ソ-

シャルキャピタルとして設定し, 開業医以外の職種のみ限定して解析した開業医への信頼感と互酬性の規範では, 両者に得点の向上がみられた(信頼感: 0.23[0.03, 0.49], 互酬性の規範: 0.44[0.11, 0.78])。また, 橋渡し型×構造的ソーシャルキャピタルとして設定した開業医との連携状況は, 業務協力において得点の上昇がみられた(1.50[0.26, 2.74])。最後に, 研修会参加者内のソーシャルキャピタルでは, 信頼感と互酬性の規範のいずれにおいても得点が向上していた(信頼感: 1.06[0.72, 1.40], 互酬性の規範: 0.99[0.65, 1.34])。

表には示していないが, すべての評価指標におい

て時間と基本属性の交互作用を検討した。その結果、在宅医療に対するイメージ形成、および在宅医療に対する効力感において、「時間×在宅医療への関心および従事の程度」の有意な交互作用がみられ、在宅医療に従事していない者ほど、在宅医療に対するイメージ形成や効力感の得点上昇の程度が大きかった。また、同職種への信頼感と互酬性の規範、および他職種への信頼感と互酬性の規範において、「時間×現在従事している職種」の有意な交互作用がみられた。これは、他の職種と比較して、看護師では同職種への信頼感と互酬性の規範、および他職種への信頼感と互酬性の規範の得点向上の程度が大きいことを示していた。

Ⅳ 考 察

本研究では、在宅医療推進多職種連携研修会に注目し、参加者への研究会前後の質問紙調査により、在宅医療・介護従事者に対するソーシャルキャピタルの醸成効果を検討した。その結果、研修会本来の目的である在宅医療への動機付け項目（在宅医療に対するイメージ形成）への効果のみならず、同職種に対する結束型ソーシャルキャピタル醸成の効果が認められた。他職種との関係を表す橋渡し型ソーシャルキャピタルへの効果は確認できなかったが、開業医以外の職種において、開業医との関係に特化した橋渡し型ソーシャルキャピタルは向上していた。また、研修会参加者内での凝集性形成も確認された。在宅医療・介護連携の現場では、「顔の見える関係」という言葉が頻繁に使用される。この「顔の見える関係」を構築するには、相手のことを知っているだけでなく、相手に信頼感を持てることも必要と指摘されている¹⁷⁾。本研究で注目した信頼感や互酬性の規範、連携状況を含むソーシャルキャピタルは、在宅医療・介護における連携を考える上で重要な概念といえる。

多職種連携が進むことで、地域在住高齢者へのケアのプロセスが改善され、再入院率やナーシングホームの入所率の抑制につながることでシステムティックレビューによって報告されている¹⁸⁾。しかし、我が国での多職種連携は、各職種が異なる機関に属していることが多い点、利用者ごとに暫定的なチームを都度形成する必要がある点で構造的な難しさをはらんでいることが指摘されている¹⁹⁾。本研究で取り上げた在宅医療推進多職種連携研修会は、地域の様々な機関から多様な職種が参加しており、現存する多職種連携の構造的な難しさを乗り越えるための重要な取り組みといえる。

今回測定したソーシャルキャピタルの指標の一つ

である信頼感の決定要因をレビューした論文では、互いの類似性が高いこと、実際に関わる回数が多いこと、相手の考えや意図を理解していること、グループ（集団）の安定度が高いこと等が信頼感を高めると報告している²⁰⁾。今回の研修会は、北区の在宅医療・介護従事者という共通性を持つ参加者が固定のメンバーで定期的に集まった点、在宅医療に関連するトピックについての知識提供とグループでの具体的な症例検討を通して、お互いの職種や立場から意見交換を行った点が、ソーシャルキャピタルの形成につながったと考えられる。また、北区行政が研修会の運営を担っている点は、グループ（今回の場合には研修会という集まり）の安定度につながり、これもソーシャルキャピタルの形成に寄与したと考えられる。

研修会の本来の目的である在宅医療の動機付けの評価では、在宅医療に対するイメージ形成において研修会前後での得点の向上がみられた。一方で、効力感では変化は認められなかった。この結果は、先行研究とも一致する⁵⁾。また、交互作用の検討では、在宅医療の経験がない者において在宅医療の動機付け項目得点の上昇が大きく、本研修会は、とくに在宅医療の経験がない者にとって効果が大きいことが明らかになった。効果的な研修会実施に向け、参加者層の検討（たとえば、在宅医療の経験がない者に限定するなど）も必要と考えられる。

同職種へのソーシャルキャピタルは、信頼感、互酬性の規範ともに向上していた。今回の研修会では、複数の組織（事業所等）から様々な職種が参加し、特定のテーマに関して連続的に学習や議論を行った。その中で、同じ職種として、在宅の場面での考え方や対応方法など、共感し合える部分も多く、同職種への信頼感や互酬性の規範が形成されやすかったと考えられる。一方、他職種に対する信頼感と互酬性の規範は変化がみられなかった。ひとことで「他職種」といっても、そこに含まれる職種は多様である。様々な職種が参加する研修会であるが、職種により研修会内で関わった密度に差が生じていたことも十分にあり得る。つまり、他職種の中でもソーシャルキャピタルが醸成された職種とそうでなかった職種が生まれ、結果として、ソーシャルキャピタル醸成効果が平準化されてしまった可能性が考えられる。

実際、開業医以外の職種に限定した解析では、開業医に対する信頼感と互酬性の規範、および開業医との業務協力において研修会による醸成効果が確認された。開業医は、在宅医療・介護において中心的役割を期待される職種である。しかし、訪問看護師

は医師との情報共有に心理的抵抗を抱いていること²¹⁾、介護支援専門員は医師との連携が取りづらいつと感じていること²²⁾等の報告に代表されるように、開業医とその他の職種との間には依然として隔たりが存在することが伺われる。先行研究では、権限の不均衡²³⁾、価値観の違い²⁴⁾等は、職種間連携の阻害要因といわれており、これらが解消されれば職種間連携が促進されると考えられる。実際、互いの業務内容の理解が進むと、職種間連携がやりやすくなるとの報告²⁵⁾がなされている。今後詳細な検証が必要であるが、開業医を含めた多職種による本研修会は、その機会となり得た可能性がある。このように、今後在宅医療・介護における多職種連携を評価する際には、相手となる職種を細分化して検討することは有意義であり、より詳細な評価が可能になると考える。

研修会参加者への信頼感と互酬性の規範は、参加者の職種や経験年数等を調整した上でも向上していた。研修会の期間の長さや時間数の多さという量的な側面と、詳細な症例検討を重ねたことで参加者間の相互理解が進んだという質的な側面の両方が、参加者の背景の違いを越えて参加者内の凝集性を形成したと考えられる。今回のような研修会を、地域で広く開催していくことは、職種の隔てのない在宅医療・介護連携のきっかけとなり得ることが示された。

時間と基本属性の交互作用の検討では、同職種および他職種への信頼感と互酬性の規範において、「時間×現在従事している職種」の有意な交互作用がみられ、看護職でその得点向上の程度が大きかった。看護職は、在宅医療・介護や地域包括ケアの場において、職種内、職種間の様々な調整機能を担うことが多い²⁶⁾。そのため、看護職は、職種の異同を問わず、在宅医療・介護に携わる者同士の連携を深める機会として本研修会を強く意識しており、結果として他の職種よりも結束型、橋渡し型ソーシャルキャピタルの醸成効果が大きかったと考察できる。

本研究の限界として、以下の点が挙げられる。第一に、本研究のデザインは、介入群のみを設定した事前事後比較デザインであった。そのため、対照群を設定した比較研究が待たれる。第二に、本研究は一自治体における取り組みの検証に過ぎない。一般化可能性を高めるためには、特性の異なる地域における検討が必要である。第三に、本研究で用いた研修会参加者数が少なかった。同職種、他職種へのソーシャルキャピタルを詳細に検討するには、各職種の研修会参加を促し、評価データの蓄積を重ねていく必要がある。とくに開業医は、在宅医療・介護、およびそこでの多職種連携の中核を担うことが

期待される職種である。本研修会がとくに開業医においてどの程度効果を持つかは検証すべき課題といえる。第四に、今回測定したソーシャルキャピタル項目は、ソーシャルキャピタルの一部の側面にすぎない。研修会によって、ソーシャルキャピタルのどの側面が醸成されるのかについて、より包括的な項目設定を行って検証すべきと考える。例えば、本研究では、開業医との連携状況のみを測定しており、同職種、他職種との連携状況は測定しておらず、これらの側面は今後検討していく必要がある。

V おわりに

本研究は、在宅医療推進のための研修プログラムである在宅医療推進多職種連携研修会の参加者を対象に、在宅医療・介護従事者に対するソーシャルキャピタルの醸成効果を検討した。その結果、同職種に対する結束型ソーシャルキャピタル醸成の効果がみられた。他職種との関係を表す橋渡し型ソーシャルキャピタルに対しては効果は確認できなかったものの、開業医以外の職種において、開業医との関係に特化した橋渡し型ソーシャルキャピタルは向上していた。さらに、研修会参加者内での凝集性形成が確認された。ソーシャルキャピタルは、多職種連携を促進する重要な要因といわれている。在宅医療・介護領域におけるソーシャルキャピタルの醸成に向け、本研修会のような機会の提供は一つの方策と考えられた。

本研究の実施にあたり、研修会の企画・運営を担当いただいた東京都北区健康福祉部地域医療連携推進担当課、高齢福祉課の皆様、ならびに北区在宅ケアネット関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。本研究に関連し、開示すべきCOIはありません。

(受付 2018.11.26)
採用 2019. 2.15)

文 献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口：平成29年推計の解説および条件付推計. 東京：厚生労働統計協会. 2018.
- 2) 厚生労働省. 在宅医療の推進について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html> (2018年11月1日アクセス可能).
- 3) 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. 東京：東京大学出版会, 2014.
- 4) 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会. <http://homecarenetwork.umin.jp/ipw/> (2018年11月1日アクセス可能).
- 5) 土屋瑠見子, 吉江 悟, 川越正平, 他. 在宅医療推

- 進のための多職種連携研修プログラム開発：都市近郊地域における短期的効果の検証．日本公衆衛生雑誌 2017; 64: 359-370.
- 6) 吉江 悟, 西永正典, 川越正平, 他. 開業医及び多職種を対象とした在宅医療研修の試行及び評価：千葉県柏市における在宅医療推進の取り組み．癌と化学療法 2012; 39: 80-85.
 - 7) Kawachi I, Berkman LF. Social capital, social cohesion, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM, eds. *Social Epidemiology*. 2nd ed. New York: Oxford University Press. 2014; 290-319.
 - 8) Putnam RD. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. New Jersey: Princeton University Press. 1993.
 - 9) San Martin-Rodriguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, et al. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care* 2005; 19: 132-147.
 - 10) Perrault E, McClelland R, Austin C, et al. Working together in collaborations: successful process factors for community collaboration. *Admin Soc Work* 2011; 35: 282-298.
 - 11) Green BN, Johnson CD. Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. *J Chiropr Educ* 2015; 29: 1-10.
 - 12) 北区. 「介護と医療の連携による地域包括ケアの推進事業」活動成果報告書：平成26年度. 2015. http://www.city.kita.tokyo.jp/chiiki_iryu/documents/houkokusyo26.pdf (2018年11月1日アクセス可能).
 - 13) Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: a review of prospective multi-level studies. *J Epidemiol* 2012; 22: 179-187.
 - 14) Szreter S, Woolcock M. Health by association? social capital, social theory, and the political economy of public health. *Int J Epidemiol* 2004; 33: 650-667.
 - 15) 筒井孝子. 地域福祉権利擁護事業に携わる「専門員」の連携活動の実態と「連携活動評価尺度」の開発(上). *社会保険旬報* 2003; 2183: 18-24.
 - 16) 筒井孝子. 地域福祉権利擁護事業に携わる「専門員」の連携活動の実態と「連携活動評価尺度」の開発(下). *社会保険旬報* 2003; 2184: 24-28.
 - 17) 森田達也, 野末よし子, 井村千鶴. 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か? *Palliat Care Res* 2012; 7: 323-333.
 - 18) Trivedi D, Goodman C, Gage H, et al. The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. *Health Soc Care Community* 2013; 21: 113-128.
 - 19) 藤田淳子, 福井小紀子, 池崎澄江. 在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発. *厚生の指標* 2015; 62: 1-9.
 - 20) Welch MR, Rivera REN, Conway BP, et al. Determinants and consequences of social trust. *Sociol Inq* 2005; 75: 453-473.
 - 21) 藤原和成, 高橋賢史, 藤原悠子, 他. 出雲地域の訪問看護師における医師との情報共有の困難さに関する調査. *島根大学医学部紀要* 2015; 37: 61-66.
 - 22) 三菱総合研究所. 平成21年度老人保健健康増進等事業：居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告. 2010.
 - 23) Baggs JG, Schmitt MH. Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in an MICU. *Res Nurs Health* 1997; 20: 71-80.
 - 24) Liedtka JM, Whitten E. Enhancing care delivery through cross-disciplinary collaboration: a case study. *J Healthc Manag* 1998; 43: 185-203.
 - 25) Arslanian-Engoren CM. Lived experiences of CNSs who collaborate with physicians: a phenomenological study. *Clin Nurs Spec* 1995; 9: 68-74.
 - 26) 小山道子. 地域包括支援センター看護職の社会福祉士, 主任介護支援専門員との職種間協働のプロセス. *日本地域看護学会誌* 2016; 19: 60-69.
-

Effects of an interprofessional educational program for homecare professionals on building social capital: a trial in an urban area

Hiroshi MURAYAMA*, Emi KOMIYAMA^{2*}, Satoshi HIRAHARA^{3*}, Kumiko NONAKA^{4*},
Katsuya IJIMA* and Yoshinori FUJIWARA^{4*}

Key words : homecare, interprofessional collaboration, program evaluation, social capital

Objectives The importance of social capital in promoting interprofessional collaborations is well known. This study examined the effects of an interprofessional educational program for homecare professionals on building social capital in terms of homecare in an urban area.

Methods The program was conducted at Kita Ward, Tokyo, from July 2014 to January 2015. We used a self-administered questionnaire before and after the program to collect data from homecare professionals in the ward, as well as from those who were interested in providing homecare. Physicians attended a five-day program, while other professionals attended a four-and-a-half-day program. Participants' attitude toward homecare practices was assessed to evaluate their motivation level for the job (i.e., the formation of a practical view of homecare and efficacy to engage in homecare practices). Regarding social capital, we assessed trust and norm of reciprocity for those in the same profession as the respondent (bonding and cognitive social capital) as well as for those in a different profession (bridging and cognitive social capital). Additionally, to professionals other than physicians, we asked about trust and norm of reciprocity regarding physicians (bridging and cognitive social capital) and collaborative conditions with physicians, which included the two sub-domains of cooperation and interaction (bridging and structural social capital). A generalized estimating equation was used to detect the effect size.

Results Of the 54 program participants, 52 (including two physicians) completed both the pre- and post-program questionnaires. Participants' practical view of homecare was formed after the program, although their efficacy for homecare practices was unchanged. With regard to social capital, scores for both trust and norm of reciprocity for the same profession (bonding and cognitive social capital) increased, while those for different professions (bridging and cognitive social capital) were unchanged. Scores for both trust and norm of reciprocity regarding physicians and cooperation with physicians (bridging and cognitive social capital, and bridging and structural social capital) also increased. Finally, trust and norm of reciprocity for the participants improved after the program.

Conclusion The interprofessional educational program for homecare professionals may foster social capital among the participants. The study results imply that this program can be a possible strategy to foster social capital in the field of homecare.

* Institute of Gerontology, The University of Tokyo

^{2*} Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Teikyo University of Science

^{3*} Home Care Support Center, Kajiwara Clinic

^{4*} Research Team for Social Participation and Community Health, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology