

国際医療福祉大学審査学位論文（博士）

大学院医療福祉学研究科博士課程

認知症患者の退院をめぐる職種間連携での  
コミュニケーションギャップ

平成 29 年度

保健医療学専攻・先進的ケア・ネットワーク開発研究分野

ケアマネジメント学領域

学 籍 番 号 : 15S3001                      氏名 : 荒添 美紀

研究指導教員    : 竹内孝仁教授

副研究指導教員 : 小平めぐみ准教授

# 認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップ

15S3001 荒添 美紀

## 要旨

本研究は、認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションの困難さを軽減するため、職種間連携でのコミュニケーションギャップを明らかにし、コミュニケーションギャップを埋めていくための示唆を得ることを目的とした。

方法は、医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、訪問看護師らの、インタビュー（18名）及びアンケート（401名）を分析した。コミュニケーションギャップには、「言えない・言わない」「聞かない」「専門用語が多くわかりにくい」等からの“情報ギャップ”，「患者の捉え方」「目標の統一ができていない」「患者や家族の思い」等からの“認識ギャップ”，「怖い」等からの“感情ギャップ”であった。以上より、話す、聞く等の基本的なコミュニケーションを磨く、患者の捉え方や退院にむけての目標の統一等、認識を共有する、また相手を尊重することが、コミュニケーションギャップを埋めることに繋がる。

## キーワード：

認知症患者 退院 職種間連携 コミュニケーション コミュニケーションギャップ

# Communication Gaps in Multi-professional Collaboration for the Discharge of Patients with Dementia

Miki ARAZOE 15S3001

## Abstract

This study examined communication gaps among medical professionals collaborating to discharge patients with dementia, with the aim of resolving communication difficulties in multi-professional collaboration for such discharge.

Interview-based and questionnaire surveys were conducted, involving 18 and 401 medical professionals, respectively, including doctors, nurses, medical social workers, care managers, and visiting nurses. On analyzing the results, 3 factors were shown to be associated with communication gaps among these professionals, represented by the following categories: 'information': <insufficient explanation>, <insufficient listening>, and <difficulty in understanding due to lack of expertise>; 'recognition': <variations in the recognition of individual patients>, <not sharing unified goals toward discharge>, and <not clarifying patients' and their families' feelings>; and 'emotions': such as <fear>. Based on this, achieving basic communication skills to sufficiently explain and listen to others, sharing the recognition of individual patients and unified goals toward discharge, and respecting others may be necessary approaches to resolve communication gaps in collaboration among medical professionals.

## Keywords:

Patients with dementia, discharge, multi-professional collaboration, communication, communication gaps

# 目次

## 第1章 序章

I	研究の背景	1
1.	患者を取り巻く背景	1
2.	チーム医療における職種間連携	2
3.	職種間連携でのコミュニケーションギャップ	3
4.	職場（医療，医療・介護・福祉）や対象者の違いによる職種間連携	5
5.	認知症患者の退院をめぐる職種間連携	6
II	先行研究の概要	7
1.	多職種連携	7
2.	コミュニケーションギャップ	9
1)	コミュニケーション	9
2)	コミュニケーションギャップ	12
III	研究目的	14
IV	用語の定義	14
V	研究の意義	15
VI	本研究の構成	15

## 第2章

### 研究1 認知症患者の退院をめぐる職種間連携におけるコミュニケーション

I	研究目的	16
II	研究方法	16
1.	研究デザイン	16
2.	研究対象者	16
3.	調査期間	16
4.	調査内容	16
5.	データ収集方法	16
6.	分析方法	17
7.	倫理的配慮	17
III	結果	18
1.	研究対象者の概要	18
2.	認知症患者の退院をめぐる職種間連携での認識	19
1)	職種間連携でのコミュニケーション	22

(1) [話す・伝える]	22
(2) [聞く・伝わらない]	26
(3) [相談・情報の共有]	29
2) 職種間連携での認識	32
(1) [連携や退院に対する認識]	32
(2) [職種間連携での意識]	40
(3) [認知症および認知症患者に対する認識]	45
3) 職種間連携での感情	49
(1) [職種間連携でのネガティブな感情]	49
IV 考察	53
1. 認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーション過程	54
1) 職種間連携でのコミュニケーションとコミュニケーションでの認識	54
(1) 【言いたいことを言ったり，一方的に話す】【話し方や態度が上から目線で威圧的】【人の話を聞かない】	54
(2) 【言いたいことがあっても，言えない・言わない】【職種に合わせて訊く】【仕事をしやすい雰囲気づくりや話し方の工夫をする】	55
(3) 【伝わらない・伝わっていない】【専門用語や情報不足で伝わっていない】	57
(4) 【話し合いや相談・調整】	58
2) 職種間連携での認識	59
(1) 【連携の捉え方】	59
(2) 【職種の役割の捉え方】	60
(3) 【患者の捉え方】	62
(4) 【退院の考え方】	63
3) 認知症や認知症患者に対する認識	65
2. 認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションの困難	66
V 結論	66

### 第3章

#### 研究Ⅱ 認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップ

I 研究目的	68
II 研究方法	68
1. 研究デザイン	68
2. 調査対象者	68

3. 調査期間	68
4. 調査内容	68
5. データ収集方法	68
6. 分析方法	69
7. 倫理的配慮	69
III 結果	69
1. 研究対象者の概要	69
2. 職種関連携でのコミュニケーション過程	72
1) 職種関連携でのコミュニケーション	72
(1) [話す・伝える]	72
(2) [聞く・伝わらない]	74
(3) [相談・情報の共有]	76
2) 職種関連携での認識	79
(1) [連携や退院に対する認識]	79
(2) [職種間連携での意識]	82
3. 認知症患者の退院をめぐる職種関連携の認識	84
1) 認知症患者の退院で情報収集をする職種	84
2) 認知症・認知症患者の理解	85
3) 認知症患者を退院させるにあたって重要視していること	87
4) 認知症患者の退院をめぐる職種間連携で重要だと思うもの	91
5) 認知症患者の退院をめぐる職種間連携での困難	94
IV 考察	97
1. 職種間連携での職種によるコミュニケーションギャップの内容	97
1) 職種間連携でのコミュニケーション	97
(1) [話す・伝える]	97
(2) [聞く・伝わらない]	98
(3) [相談・情報の共有]	99
2) 職種間連携での認識	100
(1) 連携や退院に対する認識	100
(2) 職種間連携での意識	100
2. 認知症患者の退院をめぐる職種間連携での認識の違い	101
1) 認知症患者の退院で情報収集をする職種	101
2) 認知症・認知症患者の理解	102
3) 認知症患者を退院させるにあたって重要視していること	103
4) 認知症患者の退院をめぐる職種間連携で重要だともうもの	103

5) 認知症患者の退院をめぐる職種間連携での困難.....	103
V 結論.....	104

#### 第4章 総合考察

I 認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップを埋めて いくには.....	105
1. 情報ギャップ.....	105
2. 認識ギャップ.....	109
3. 感情ギャップ.....	114
II 今後の職種間連携に期待すること.....	115

#### 第5章 結語

I 結論.....	118
II 研究の限界.....	118
III 今後の課題.....	119
おわりに.....	120
謝辞.....	120
引用文献.....	122
資料一式.....	136

## 第1章 序章

### I 研究の背景

#### 1. 患者を取り巻く背景

厚生労働省<sup>1)</sup>は、65歳以上の人口が現在3,000万人を超え、2042年には約3,900万人でピークを迎え、その後も75歳以上の人口割合は増加し続けるとし、2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。そのため今後、ますます地域における保健・医療・福祉関係機関が連携し、多職種協働にむけた包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが重要となる。

また、在宅医療においては、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職種、ケアマネジャー、介護士などの医療福祉従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築することが重要であるとし、多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業が開始された<sup>2)</sup>。

チーム医療を推進する目的は、専門職種の積極的な活用、多職種間協働を図ること等により医療の質を高めるとともに、効率的な医療サービスを提供することにある。医療の質的な改善を図るためには、①コミュニケーション、②情報の共有化、③チームマネジメントの3つの視点が重要であり、効率的な医療サービスを提供するためには、①情報の共有、

②業務の標準化が必要である<sup>3)</sup>。このように患者を取りまく状況は、生活習慣病や慢性疾病の長期化などによる疾病構造の変化、医療費抑制や在院日数の短縮化などの医療制度改革、高齢化・少子化、核家族化などの社会構造や生活構造の変化などもあり、医療職の活動の場も病院といった医療現場にとどまらず、保健・福祉の場にも拡大している。そのため、患者・家族はもとより、保健・医療・福祉関係者間での円滑なコミュニケーションが必要となる。

そこで、研究者は、数年前より病院での新人看護師のリフレッシュとコミュニケーションを図る目的で宿泊研修を実施している。その成果として病院の研修担当師長からは、研修後には、新人看護師の関係性も深まり、相談する仲間も増えたようで離職も減少しているとのことであった。2014年度より、新人看護師の宿泊研修を、チーム医療、多職種連携に必要な対人関係づくりを目的とし、同期入職した約160名の看護師や薬剤師・放射線技師・栄養士などの医療従事者や事務職をも含めて研修を実施した。その結果「知っている看護師や他部門の知り合いが増え、仕事上でも声をかけやすくなった」「研修が終わった後もその時のメンバーで集まっている」とのことであった。これらより、多職種連携やチーム医療に向け、多職種間のコミュニケーション能力の育成が必要であると考えていた。

しかし、研究者が看護師を対象とした、実習指導者研修や教育担当者研修を実施した際、その受講した研修生から、「看護師をはじめとする医療従事者とのコミュニケーションが難しく、対人関係に悩んでいる」という意見や、がん先端医療に対する多職種連携重点コースに参加していた薬剤師や放射線技師からも、「他の職種の方々との関わりが難しく連携が取れにくい」といった意見があった。また、地域包括ケアシステム集約型施設に視察・研修に参加した際も、「多職種間での連携や協働のためには、コミュニケーションが基本となるが、それが一番難しいと感じる」と話されていた。地域包括ケアシステムの集約型施設での、視察や研修の体験から、病院内での多職種連携やチーム医療にとどまらず、地域在宅を含めた多職種連携やチーム医療・介護に求められるコミュニケーション能力の育成が必要であると考えている。

先行研究をみても、ケアマネジャーや高齢者施設の看護職との連携において、役割ストレスがある<sup>4)</sup>、多職種への遠慮やチーム員間の情報共有ができず、多職種との連携が難しい<sup>5)</sup>といった報告もされている。このように、チーム医療では、多職種間でのコミュニケーションが求められているが、実際の現場では、まだ十分とまではいえない状況である。奥野<sup>6)</sup>は、実際の現場で起きている異なる専門家間のコミュニケーションや関係性の問題に焦点が当てられていない、チーム支援において連携や協働できる専門家間の関係性や具体的なコミュニケーションのあり方を検討することが必要と述べている。

## 2. チーム医療における職種間連携

チーム医療とは、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」<sup>7)</sup>である。

チーム医療は、20世紀半ばに米国の病院で行われるようになり、近年、「患者中心医療」という視点から、米国を中心に統合的支援が実施され日本にも導入されてきた<sup>8)</sup>。特に心身症の治療や終末期医療、HIVや遺伝カウンセリングの際には、医師・薬剤師・看護師・臨床心理士などが合同会議を実施し、チーム支援が行われている<sup>9)</sup>。高橋<sup>10)</sup>は、チーム医療では、共通目的を持ち、それぞれの専門性を発揮しながら連携・協働し、その課題を達成していくこととなり、その成果は、対象となる人と家族だけでなく、援助する保健・医療・福祉関係者も職務を成し遂げたことへの満足感や自己効力感への影響、学習意欲・達成意欲と成長にもつながると述べている。

矢澤<sup>11)</sup>が行った地域医療に従事する看護師のチーム医療に対する意識調査では、対象者の8割近くがチーム医療の趣旨に関しては理解しつつもその現状に満足な思いを抱いていないという結果から、チーム医療を推進する病院の姿勢と実状に乖離があることを示し

ている。

看護師からみたチーム医療の困難の要因として、北村<sup>12)</sup>は、急性期心臓リハビリテーション患者に行った事例を分析し、①治療やケアの臨床判断・方法の相違、②医療者の価値の相違、③行動責任のタイミングのずれから生じた不調和、の3点を示している。また、緩和ケアチームに所属する看護師が感じている困難<sup>13)</sup>、救急医療に関わる看護師のチーム医療に対する認識<sup>14)</sup>など、個々の事例における困難を明らかにした報告がみられる。

吉川ら<sup>15)</sup>や近藤<sup>16)</sup>によると、連携実践の場面では、多職種間の連携に対する意志統一が図れず困っている現場が多い、と指摘されている。連携上の困難について、樋口ら<sup>17)</sup>は、訪問看護師が病院から在宅へ移行した患者・家族のために行った連携時の困難を明らかにしている。在宅医療・ケア実践者が多職種間での連携時に困難と感じていることは【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】との報告もある。その中でも、【チームとしての人間関係構築の難しさ】の中の〈医師に相談しにくい〉、〈医療と介護のスタッフ間で上手くコミュニケーションが取れない〉の（他職種への相談のしづらさ）が抽出されている。

### 3. 職種間連携でのコミュニケーションギャップ

佐野<sup>18)</sup>は、チーム医療を推進する人材を養成する研修を受講した看護師を対象にフォーカス・グループインタビューを行った結果とし、現場で、職種間、部署間に起きる対立、葛藤、衝突、軋轢に遭遇していると述べており、篠田<sup>19)</sup>も、専門職は教育背景、教育方法、価値観などそれぞれで異なるため、しばしば職種間でコンフリクトを引き起こすと述べている。

そのため、チーム医療や職種間連携で、コミュニケーションが円滑に図れない原因には、それぞれの職種の「連携・協働」に対する意識に違いがあるのではないかと考え、また、コミュニケーションを図る際に、対話、対立、葛藤（コンフリクト）が起こると同時にその対応方法が不足しているのではないかと考えた。そのため、チーム医療における職種間連携を行っていく場合には、このコンフリクトを少しでも軽減していく必要があるのではないかと考えた。

コンフリクトとは、信念、価値観、目的上の相容れない違いや支配、地位、愛情に対する欲求の違いを巡る相互依存の関係にある2人またはそれ以上の個人間の意識された争いをいう<sup>20)</sup>。また、ピーターら<sup>21)</sup>は、対立は愉快なものではないが、不健康でもなく、悪いとも限らない。医療組織にも常に対立があり、変化を生み出している。そこでいかに対立をうまく「処理し」「ポジティブな」変化を生み出すかであるし、対立が効果的かつ生産

的に処理されれば、ストレスが減少し、創造的な問題解決が増え、対人関係が強まると述べている。

ラズバルト (Rusbult) <sup>22)</sup> は、葛藤反応の4タイプを示し、問題について話し合う「対話」、相手を信じ、事態が改善されることを期待して待つ「忠誠」、事態を放置し、相手との接触を避けたり無視する「無視」、相手との付き合いをやめ別れる「離脱」としている。

そのような中、菊地 <sup>23)</sup> は、チームアプローチ上の構造（地位と役割）が発生し、組織上の構造（地位と役割）との間で一致／不一致の問題が出てくると述べており、神山ら <sup>24)</sup> は、隣接する領域・専門性でありながら、拠って立つ知識基盤が異なるため、介護職と医療職の間ではコミュニケーションギャップがあり、その解消は緊急の課題となっていると述べている。

ロッシェル・カップ <sup>25)</sup> によると、図1のように、日本人は世界規模ではかなり右の方に位置し、多くのほかの文化と比べると間接的なコミュニケーションを好むと述べている。また、南米や東南アジアの人から見ると、日本人のコミュニケーションスタイルは直接的過ぎで、また、日本人は一般的には間接的な話し方をするが、自分より目下の相手（例えばサプライヤー）に対してはかなり直接的に話す傾向があると述べている。

そこで、日本人のコミュニケーションスタイルも考慮し、改めて職種間連携での困難さや課題をみると、職種間連携を図るうえでのコミュニケーションでは、コンフリクトが起る以前に、職種間連携でのコミュニケーションギャップが起きており、そのコミュニケーションギャップへの対応方法の不足が、職種間連携を困難としている要因の1つとなっているのではないかと考えた。



図1 コミュニケーションスタイルと対立への姿勢

ロッシェル・カップ.コミュニケーションスタイルと「対立」に対する姿勢より

コミュニケーションギャップとは、その理解の仕方や価値観の相違、情報の不足などにより、食い違いを見せることをいう <sup>26)</sup>。またコミュニケーションギャップには、“情報ギャップ”と“認識ギャップ”がある。“情報ギャップ”とは、言い間違いや聞き違いによる

誤伝達をひきおこしやすい、また誤って伝わるというよりも、必要な情報が、そもそも伝達されていない<sup>27)</sup>といわれるような、情報量の違いなどのために発生するものをいう。

また、同じ医療に携わるといっても、各専門職は別々に養成や教育が行われており、患者や疾病に対する視点が異なっていたり、用語が相互の理解されていないことによって円滑なコミュニケーションが行われ<sup>28)</sup>ない。また送り手と受け手が同じ感覚・同じ知識をもち、さらに同じ社会的・文化的背景にあることはまずないといってよく、送り手の意図とは全くかけはなれた意味にとらえることがある<sup>29)</sup>。このような、発信者と受信者の文化的背景、価値観、経験や問題意識の違いなどから発生する“認識ギャップ”とがある。

#### 4. 職場（医療、医療・介護・福祉）や対象者の違いによる職種間連携

このように、チーム医療における職種間連携では、コミュニケーションが不可欠となるが、連携するがゆえに、コミュニケーションの困難さも同時に感じていた。

例えば病院内の困難では、坂梨ら<sup>30)</sup>は、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士ら 1205 人に、チーム医療に対する考え方の比較調査を実施しているが、その中で、職位、職種により差があるや職種間連携での困難さを報告している。地域での困難では、多職種との連携において困難に感じていることや地域で多職種が感じている連携上の課題は、【目標設定への困難】、【相互理解の困難】、【役割が不明確による困難】、【情報の共有が困難】、【チームの自立的な活動が困難】と述べている<sup>31) 32)</sup>。また、訪問看護師が病院から在宅へ移行した患者・家族のために行った多職種間の連携時での困難は、【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】であった。その中でも、【チームとしての人間関係構築の難しさ】では、＜医師に相談しにくい＞、＜医療と介護のスタッフ間で上手くコミュニケーションが取れない＞といった（他職種への相談のしづらさ）<sup>33) 34)</sup>と述べている。

またチーム医療とし、看護師チームのチームワークの測定尺度<sup>35)</sup>や医師と看護師の協働に対する態度<sup>36)</sup>、介護福祉士、社会福祉士、看護師、介護士を対象とした特別養護老人ホームにおけるチームアプローチ実践の自己認識<sup>37)</sup>といった職種間での研究がある。また医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員の、緩和ケアに関する地域連携評価尺度<sup>38)</sup>がある。

このように、チーム医療での職種間連携では、病院内や同じ施設内といった、同じ職場での職種間連携や地域での職種間連携、病院から退院に向けての病院と地域とでの職種間連携などによってもその困難さの違いがあると考えられた。また、職種間連携が必要となる対象者の疾患や症状の違いによっても職種間連携の困難さにも違いがあるのではないか

と考えられた。

## 5. 認知症患者の退院をめぐる職種間連携

厚生労働省<sup>39)</sup>は、これまで以上に認知症の人が増えていくことが予測されることや、高齢化に伴う認知症の人への増加への対応が世界共通の課題となっていることを受け、関係省庁と共同で、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すことを基本的な考えとし、「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」を発表した。これは、認知症の人に行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等で適切な治療やリハビリテーションが実施されるとともに、当該医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築するとしている。

そこで実際に入院している患者をみると、7対1及び10対1の一般病棟において、身体疾患で入院中の患者の中に認知症を有する患者の割合は2割程度、療養病棟においては6割以上で<sup>40)</sup>、脳梗塞、肺炎、骨折・外傷、心不全、尿路感染症、片麻痺など様々な疾患で一般病棟に入院している<sup>41)</sup>。しかし一般病棟7対1においては、BPSD（行動・心理症状）が出現した患者に対し、「特段の策は講じていない」が多く、講じた対策としても、「見守り・付添」「最小限の身体拘束」が多く、「カンファレンスなどを開き、今後の対応策について話し合った」「マニュアル等に基づいて予防策を講じていた」「看護計画に基づく患者の状態に応じたその他の対応」は、それぞれ5割以下であった<sup>42)</sup>。認知症の人の身体合併症等への対応を行う急性期病院等では、身体合併症への早期対応と認知症への適切な対応のバランスのとれた対応を求められてはいるが、現実には、認知症の人の個別性に合わせたゆとりある対応は後回しにされ、認知症の症状が急速に悪化してしまうような事例もある<sup>43)</sup>。そのため、一般病棟に身体疾患で入院中の認知症患者は、身体疾患の治療が終了すると、認知症の症状に対しては十分な対応がされず、かえって認知症が悪化した状態で退院する場合もある。そのため、認知症患者が自宅へ退院する場合には、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行っていく必要があるため、退院にあたっては、地域在宅を含めた医療福祉従事者による職種間の連携を行い、患者の適切なサービスを提供していくことが求められる。

一方で、認知症患者の退院支援では、家族としては在宅で支援したいが、負担が大きくなり退院させることを躊躇しているなどがあるとされている。厚生労働省は、認知症患者の退院調整では、1. 病状安定のための治療と支援（服薬治療、精神科作業療法等）2. 退院

後の生活支援に向けた介護支援専門員（ケアマネージャー）との連絡調整 3. 家族や介護者への支援が必要である<sup>44)</sup>と述べている。

また、認知症患者、家族・介護者の希望に添った支援を行うことが重要となるため、特に退院先が在宅の場合には、ショートステイ、認知症対応型通所介護（デイサービス）、居宅介護支援（ケアプラン）、通所リハビリテーション（デイ・ケア）、訪問看護、夜間対応型訪問介護などとも調整をしていく必要がある。

そのため、認知症患者の退院では、病院内だけの職種だけでなく、在宅、地域を含めた職種間連携をしたうえで、退院に向けての支援が必要なのである。

介護者からみた認知症の医療と介護の連携における課題として、医療や認知症についての知識が乏しい、認知症ケアに関わる共通認識がない、認知症への理解が少ないといった【認知症の捉え方】、退院支援は重要であると知りながら、家族と医療者との思いのずれ、退院支援に対する方法・手段がわからず消極的、家族の不安や思いを傾聴していく必要性を感じながらも、かかわりが不十分でコミュニケーション能力の未熟さといった、【対応の方法】、【情報共通の難しさ】<sup>45) 46)</sup>があるとしている。

このことから、今後、認知症患者の退院では、地域に戻すため、職種間連携を図り、地域で生活できるように退院支援していく必要がある。

特に認知症患者の在宅への退院にむけては、情報量の違いによって生じる「情報ギャップ」や職種によって目標に違いがある、見方が違う、視点が違うということより、認知症を有する人が在宅で暮らすという考え方が職種によって違うために行動や行動根拠が異なり、「認識ギャップ」も強いのではないかと考えた。職種間のコミュニケーションギャップにより、多職種連携が上手くいかなくなると、利用者とその家族に不利益が生じる。そのため認知症患者の退院をめぐる職種間連携では、それらのコミュニケーションギャップを少しでも埋めていくことで、職種間連携の困難さも軽減することができ、患者への適切な退院支援につながれると考えた。

## II 先行研究の概要

### 1. 多職種連携

WHO（世界保健機関）は、世界に先駆けて多職種連携の必要性を示し、1980～90年代にかけて、多職種連携や多職種連携教育に関する重要な報告書を提示した。この頃、アメリカやイギリスでは、人口の高齢化に伴うさまざまな健康・生活課題への対応と、保健医療・社会福祉の高騰への対応策として多職種連携が再注目され、政策あるいは研究として積極的に推進された<sup>47)</sup>。Brown<sup>48)</sup>は、このチーム医療に必要な多職種連携の研究は、米国では1910年代の「断続的な成長（fitful growth）、1960年代の「満潮（high tide）」、1970～

80年代の「再評価 (re-evaluation)」となり、一時衰退するが、1990年代以降には「復活 (resurgence)」し、その勢いは今日まで続いていると述べている。

Barr H.<sup>49)</sup> は、多職種連携能力には3つの基盤となるコア・コンピテンシーがあり、1つ目は他の専門職と区別できる専門職能力 (Complementary)、2つ目は全ての専門職が必要とする共通能力 (Common)、3つ目は、他の専門職種と協働するために必要な協働的能力 (Collaborative) で、これらの3つの能力が備わることで、専門職間の連携協働が円滑に機能すると述べている。

そのような経緯の中で、2011年に米国では、看護学・オステオパシー (整骨治療学)、歯学、薬学、医学、公衆衛生学の大学協議会が後援となり専門委員会が形成され、“Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice” (多職種連携実践のためのコア・コンピテンシー) が報告された。そのコンピテンシーには、「倫理観/倫理」「役割と責任」「コミュニケーション」「チーム/チームワーク」の4領域で、これらは専門職の資格取得前教育、あるいは認定前教育の中で身につけることを推奨している<sup>50)</sup>。

また2010年にカナダでは、“A National Interprofessional Competency Framework” (多職種連携コンピテンシーフレームワーク)<sup>51)</sup> が報告され、その中で多職種連携のコンピテンシーには、「職種間のコミュニケーション」「患者・クライアント・家族・コミュニケーティ中心ケア」「役割の明確化」「チーム機能の理解」「連携的リーダーシップ」「職種間の葛藤解決」であり、このうち「職種間のコミュニケーション」「患者・クライアント・家族・コミュニケーティ中心ケア」は他の4つの領域をサポートし影響を与えるものとし、4つの領域は単体ではなく全体として統合されるものと述べている<sup>52)</sup>。

日本でも、第二次世界大戦後、医師と看護職に加えて、リハビリテーション専門職などの新しい医療職や、医療ソーシャルワーカーなどの社会福祉職が台頭したが、医師以外の専門職が「医師と同等の立場で連携する」こと自体、なかなか受け入れられる状況ではなかった<sup>53)</sup>。しかし現在、日本でもアメリカやイギリスと同じように、人口の高齢化に伴うさまざまな健康・生活課題への対応と、保健医療・社会福祉の高騰への対応策として多職種連携が再注目され、政策あるいは研究として積極的に推進されている。

実際、医学中央雑誌では、「多職種連携」「原著」で検索すると、2000年から2016年まで257件の論文が投稿されており、最近5年(2012~2016年)では、226件と関心が高くなっていることが伺える。また「看護」が83件で、その他の薬剤師などの職種も多く論文を発表しており他職種の関心の高さも伺えた。また、佐藤<sup>54)</sup> は、2008年~2013年の24文献の結果をもとに、多職種連携・協働における課題をまとめている。その結果、「多職種間で情報共有ができていない」「患者に対する認識が異なる」「ケアや疾患に対する知識・技術不足」「役割の理解が不十分」「多職種連携・協働に対する態度・信頼関係が不十分」「時間的制約」であったと報告をしている。

## 2. コミュニケーションギャップ

### 1) コミュニケーション

コミュニケーションとは、「あるシステムから、別のシステムへの言語記号および非言語記号による情報の移動を含む過程である」<sup>55)</sup>をいう。また、心理学事典（平凡社，1981）<sup>56)</sup>によると「一般的には、人々がいろいろな記号を用いて、記号システムとしてのメッセージを構成し、それを通路である一定のチャンネルをとおして伝達あるいは交換する過程」としている。コミュニケーションは情報を伝達するだけでなく、人間関係を成立させるための大切な過程である。コミュニケーションとは、ラテン語の *communicare*（共有する）が語源でありこの原義によれば、送り手と受け手の双方が同じコード（規則）に基づく記号操作を行い、互いに意味を共有し了解しあうことである<sup>57)</sup>。コミュニケーションはいろいろな領域で研究され、一義的にコミュニケーションの概念を規定することは難しいといわれている。また、深田<sup>58)</sup>によれば、「現時点では『コミュニケーション心理学』という領域別心理学は存在しない」「領域別心理学は、それぞれの立場からコミュニケーションの問題を研究し、かなりの成果をあげてきた」としている。また、それぞれ学問分野のコミュニケーションの定義を分類すると15種類に分類できる（表1）<sup>59)</sup>。ここからも、いかにコミュニケーションが多様な意味で使われてきたかがわかる。このようにコミュニケーションとは、日常用語のように誰もが使用していると同時にさまざまな学問分野で専門用語として使用されている。

表 1 コミュニケーションの15の概念群

(塚本, 1985より構成, 深田, 1998による)

---

1	シンボル・言葉・会話を中心とするもの—コミュニケーションとは言語による思想や観念の交換である。
2	理解を中心とするもの—コミュニケーションとは、われわれが他人を理解するプロセスであり、また他人に理解されようとする試みである。
3	相互行為・関係・社会過程を中心とするもの—生物的レベルにおいて相互理解は一種のコミュニケーションであり、それなしには共通の行動は生じない。
4	不確実性の減少を中心とするもの—コミュニケーションとは、不確実さを減少させて効果的に行動し、エゴを防衛しかつ強める必要性から生じる。
5	プロセスを中心とするもの—コミュニケーションとは、シンボル(言葉, 絵, 数字, グラフなど)を使って、情報, 観念, 情感, 技術などを伝達することである。通常, コミュニケーションと呼ばれるものは, こうした伝達の行為またはそのプロセスである。
6	移動・伝達・交換を中心とするもの—この考えは、ある事柄の移動, 移動の手段, 移動のプロセスに基づくものである。多くの場合, 移動した情報は, いぜんとして相互に共有されている。したがって, 「コミュニケーション」という言葉は, 「共有する」という意味も含んでいる。
7	連結・結合を中心とするもの—コミュニケーションとは、現実世界のばらばらな諸部分を互いに結びつけるプロセスである。
8	共同性を中心とするもの—コミュニケーションとは、1人または何人かに占有されている事柄を、2人または複数者の共通のものへと作り上げるプロセスである。
9	チャンネル・伝送体・手段・通路を中心とするもの—コミュニケーションとは、電話・電報, 伝令などによって軍事的情報や指令を伝える手段である。
10	記憶の刻印を中心とするもの—コミュニケーションとは、記憶に刻み込む目的で他者の関心を誘うプロセスである。
11	識別反応・行為の修正・反応・変化を中心とするもの—コミュニケーションとは、刺激に対する有機体の識別反応である。そして、2つの動物の間のコミュニケーションは、相手に影響を及ぼすような環境(信号)のなかで、科学的・物理的变化をもたらすときに起こる。
12	刺激を中心とするもの—すべてのコミュニケーション行動は、一方から他方への識別できる刺激によって構成される情報の伝達とみなされる。
13	意図を中心とするもの—コミュニケーションは、送り手が受け手の行動に影響を与えようとする意図的な目的をもってメッセージを伝達するという行為状況に主な関心を払う。
14	時間・状況を中心とするもの—コミュニケーションのプロセスは、ある全体として構造化された状況から他の状況への、望ましいとみなされる方向への1つの変化である。
15	パワーを中心とするもの—コミュニケーションとは、それによって影響力が作り出されるメカニズムである。

---

またコミュニケーションには、言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションがある。言語的コミュニケーションには、文字をもつ言語があり、これは言語全体の約5%に過ぎないといわれている<sup>60)</sup>。このように言語は音声言語(話し言葉)と文字言葉(書き言葉)がある。その言語の特徴としては、1. 言語の主要目的は、意味を伝達する(伝達性)、2. 文章はその時その場で作り出せる。新語も作ることができる(生産性)、3. 現在のことだけでなく、過去や未来のことについても語ることができる。現実の世界に存在しない、想像上の世界についても語ることができる(時間的・空間的広がり)、4. 話し言葉はすぐに消えてしまう。ただし、書き言葉は保存できるので、文化の継承に役立つ(即時性)、5. 言語と指示対象との間に必然的な関係はない。自転車を自転車と呼ばなくてはいけないということはない(恣意性)、6. 言語は文化的に学習され継承される。どんな言語でも発達初期の子どもには習得可能である(学習性)といわれ、言語の機能としては、1. 伝達機能(communicative function)すなわち、社会的関係の中で、自分の欲求、感情、意思、意見など他者に伝え合うことができる、2. 思考機能(thinking function)すなわち、言語をつかうことによって、知覚、記憶、学習、思考などが促進される、3. 行動調整機能(behavior regulatory function)すなわち、言語をつかうことで、他者の行動を触発したり抑制したりすることができるのである。

非言語的コミュニケーションには、1. ゼスチャーや姿勢、顔の表情などの動作行動、2. なでる、叩く、握手などの接触行動、3. 体型、容姿、皮膚の色などの身体特徴、4. 話し方、声の質(高さ、声量、リズムなど)、あいづち、沈黙などの準言語、5. 座席・位置の取り方、どの向きや方向に立つか、どのくらい近づくかなどの空間行動、6. 衣類、眼鏡、口紅などの人工物、7. 室内装飾、建築様式、色などの環境要因などがある。

メラビアーンら<sup>61)</sup>は、知覚される態度=0.07(言語)+0.38(音声)+0.55(表情)と公式化している。つまりメッセージの93%が非言語的情報によって構成されているとし、この非言語的コミュニケーションによる、非言語的メッセージは、言語的メッセージよりも、相手に伝わるという特徴がある<sup>62)</sup>。例えば、楽しいや嬉しい気持ち、あるいは怖い、気持ち悪いなどの感情は、多くの言葉で表現しなくても、表情や姿勢、動作などの非言語的コミュニケーションのほうがより伝わりやすい。大坊<sup>63)</sup>は、相手に分かってもらおうとして「言葉」を選んでいるうちにかえって意図が伝わりにくくなることがある。その一方で、気づかないうちに実に多くの、しかも「伝える」つもりのないことまでも「伝わってしまう」と述べている。

また、相手に言語的コミュニケーションで伝えていることと、非言語的コミュニケーションで伝えていることが異なっている場合がある。これをダブルバインドという。ダブルバインドとは、アメリカの人類学者ベートソンが提唱し、同時に相矛盾する二つの次元のメッセージを受け取った者が、その矛盾を指摘することができず、しかも応答しなければ

ならないような状態をいい<sup>64)</sup>，例えば，言うことが矛盾していたり，言っていることと表情が違っていたり，どちらを選んでも怒られるような状況である。

岡堂<sup>65)</sup>は，2人の中で，1人が相手に意識的言語的に伝えることと，無意識的非言語的に伝えることが矛盾するようなコミュニケーション場面にさらされると，受け手の側はどちらの情報に応じるべきか迷い混乱すると述べている．そのため，言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションを一致させることは，情報を伝達するだけでなく，人間関係を成立させるためにも重要となる．しかしこの言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションが一致していない場合には，コミュニケーションギャップや人間関係にも影響を与える．

## 2) コミュニケーションギャップ

医学中央雑誌で「コミュニケーションギャップ」で検索すると，33件の論文や解説などが検出された．内訳として，原著論文5件，解説/特集が12件，会議録が14件，その他2件であった．発表された年代は，1990～1999年代3件，2000～2009年17件，2010～2016年まで13件であった．内容としては，医療と教育に関するものが7件，医療と患者に関するものが14件，外国人との関係が3件，事故，安全移管するものが3件，その他6件であった（表2-1，2-2）．

表2-1 コミュニケーションギャップ 先行研究

	論文名	著者	出典
1	医療マンダラ 思考と感性のセンスを磨く 虹は本当に七色に見えますか? “Yellow”と“黄色”は同じですか? コミュニケーションギャップとその克服の仕方について考える(解説)	中野 重行	薬局 68巻3号, P536-539, 2017
2	医療と教育の連携を問う コミュニケーションギャップの克服に向けて 医療機関からの情報は学校でどう扱われているのか ロービジョン児への対応に見る医療と教育の溝(会議録)	杉谷 邦子	日本ロービジョン学会誌 15巻, P24, 2016
3	医療と教育の連携を問う コミュニケーションギャップの克服に向けて インクルーシブ教育システムで求められる連携の在り方(会議録)	吉田 道広	日本ロービジョン学会誌 15巻, P23, 2016
4	医療と教育の連携を問う コミュニケーションギャップの克服に向けて 発達障害児へのビジョンケアから連携を問う 教育現場のニーズに眼科医が応えられること(会議録)	松久 充子	日本ロービジョン学会誌 15巻, P22, 2016
5	【「今どきの子は……」で片づけていない?ジェネレーションギャップに負けない新人指導】事例 新人を理解すれば指導者も育つ!コミュニケーションギャップ解決策(解説/特集)	佐々木 菜名代、湯口 あゆみ	Nursing BUSINESS9巻4号, P308-317, 2015
6	医療関係者間のコミュニケーションギャップを取り巻く現状と課題 農村地域の医療ケアの専門家と医学生についての展望(Current Situation and Challenges Surrounding the Communication Gap Among Health-care Professionals: Outlook of Rural Health-care Professionals and Medical Students)(英語)(レター)	Hirakawa Yoshihisa(Center for Postgraduate Clinical Training and Cancer Derelopment, Nagiya Universisy Hospital)	Journal of Rural Medicine9巻1号, P43-44, 2014
7	医療従事者と患者のコミュニケーションギャップ 「いのち」をめぐる信念対立の克服(II)(会議録)	山口 育子	日本統合医療学会誌 6巻3号, P92, 2013
8	医療従事者と患者のコミュニケーションギャップ 「いのち」をめぐる信念対立の克服(II)(会議録)	岡本 拓也	日本統合医療学会誌 6巻3号, P91, 2013
9	アトピー性皮膚炎患者指導に関する医師および患者を対象としたアンケート調査 両者間でみられた認識の相違(原著論文)	金子 栄, 各務 竹康, 澄川 靖之, 大原 直樹, 秀 道広, 森田 栄伸	日本皮膚科学会雑誌123巻11号, P2091-2097, 2013
10	シンドロームで実感 ああメンタルヘルス ギャップ・アップ・アップ・シンドローム<その2> コミュニケーションギャップ(解説)	夏目 誠	安全と健康64巻8号, P782-785, 2013
11	より良い画像診断情報を届けるために、画像診断医と依頼医との連携のあり方 画像診断におけるコミュニケーションギャップ(会議録)	山田 恵	日本画像医学雑誌30巻1号, P57, 2012
12	東京慈恵会医科大学附属病院救急部における、外国人患者受け入れ状況及びコミュニケーションギャップの現状(会議録)	大村 和弘, 中山 次久, 大楠 哲史, 松脇 由典, 谷口 雄一郎, 吉川 衛, 鴻 信義, 小島 博己, 森山 寛, 大谷 圭, 奥野 憲司, 武田 聡, 平沼 浩一, 大槻 譲治, 小川 武希	東京慈恵会医科大学雑誌126巻6号 P211-212, 2011
13	日本で帝王切開を受けたブラジル人女性 合併症、コミュニケーションギャップおよび文化的医学的認知度の違いをどのように克服するか (Brazilian woman who underwent cesarean section in Japan: How to overcome complications, communication gap, and cultural/medical differences in perception)(英語)(原著論文/症例報告)	Maeno Mami, Kamada Hiromi, Sakuyama Mika, Yoshimi Kana, Motoyama Satoru, Matsuo Hiroya	Bulletin of Health Sciences Kobe25巻, P61-65, 2010
14	臨床現場におけるコミュニケーションギャップ(会議録)	横山 亜希, 川又 俊介, 大橋 正和, 小石 剛, 津田 真, 文元 基宝	口腔衛生学会雑誌59巻4号, P437, 2009
15	コミュニケーションギャップを解決しない会話トラブル解消プロセスの観察 慢性期統合失調症患者の会話事例を通じて(会議録)	榎本 美香, 岡本 雅史, 串田 秀也, 小谷 泉, 松岡 恵子, 松嶋 健, 山川 百合子	精神神経学雑誌2009特別 PS-286, 2009
16	Medikation エラー防止に向けた取り組み 看護師・医師の立場から職種や上下関係のコミュニケーションギャップを埋めるには(会議録)	相馬 孝博	日本集中治療医学会雑誌16巻 Suppl. P112, 2009
17	地域の医療サービスにおいて外国人患者と医師間にコミュニケーションギャップが生じる要因 在日ブラジル人へのグループインタビューから(会議録)	濱井 妙子 静岡県立大学 看護学部, 永田 文子, 山田 貴代, 西垣 克	日本医療・病院管理学会誌 45巻 Suppl. P226, 2008
18	【「対話力」の鍛え方】市民アンケートVS歯科医師会会員意識調査 歯科医師と患者さんのコミュニケーションギャップ(解説/特集)	社団法人札幌歯科医師会医療管理対策委員会	アポロニア21 180号, P56-59, 2008
19	周手術期における医療安全の基礎研究 体制とコミュニケーションギャップ(会議録)	久保 寿子	日本手術医学会誌29巻Suppl. P135, 2008
20	医学報道をめぐるコミュニケーションギャップ マスメディア業界と医学界の文化的差異をさぐる(会議録)	(近畿医療福祉大学)	こころと文化7巻2号, P196-197, 2008

表2-2 コミュニケーションギャップ 先行研究

	論文名	著者	出典
21	医学報道をめぐるコミュニケーションギャップ マスメディア業界と医学界の文化的差異をさぐる(原著論文)	勝田 吉彰	こころと文化7巻2号, P174-181, 2008
22	今,我々が知らなければならない歯科医師と患者さんにおけるコミュニケーションギャップ なぜ患者さんは歯科医院から離れどのように訪れるのか?(市民アンケート調査と礼歯会員アンケート結果より)(解説)	山本 勇樹, 松岡 規雄, 森下 正志, 福島 誠人, 柳澤 健	北海道歯科医師会誌61号, P131-133, 2006
23	【歯科医院のイメージとコミュニケーションギャップ 1,500名のアンケートから】 まとめ(解説/特集)	楨田 大介, 赤澤 裕二, 和田 弘毅	デンタルハイジーン24巻7号, P641-642, 2004
24	【歯科医院のイメージとコミュニケーションギャップ 1,500名のアンケートから】 調査結果(解説/特集)	楨田 大介, 赤澤 裕二, 和田 弘毅	デンタルハイジーン 24巻7号, P631-641, 2004
25	【歯科医院のイメージとコミュニケーションギャップ 1,500名のアンケートから】 調査の概要(解説/特集)	楨田 大介, 赤澤 裕二, 和田 弘毅	デンタルハイジーン24巻7号, P630-631, 2004
26	【歯科医院のイメージとコミュニケーションギャップ 1,500名のアンケートから】 患者調査をサービスの改善に活かそう(解説/特集)	寺岡 加代	デンタルハイジーン24巻7号, P628-629, 2004
27	【できていますか?インフォームド・コンセント】 どうする?コミュニケーションギャップ 事例から学ぶ(解説/特集)	秋吉 和子	Brain Nursing 19巻2号, P128-133, 2003
28	【ペインクリニックでのインシデント・アクシデント】 医療事故が起こったら医師に望むこと 医事紛争を弁護する立場から(解説/特集)	木ノ元 直樹	ペインクリニック23巻8号, P1088-1091, 2002
29	がん医療とインフォームドコンセント(解説)	江口 研二	日本医事新報 4080号, P1-7, 2002
30	小児がん寛解・治癒例の学校生活の実態からみた学校生活支援の方法的諸問題(原著論文)	谷川 弘治, 稲田 浩子, 鈴木 智之, 駒松 仁子, 松下 竹次, 関口 典子, 江口 春彦, 月本 一郎, 小野 正子, 杉谷 修一, 米川 薫, 吉田 あや子, 稲木 光晴	小児がん37巻1号, P32-38, 2000
31	CHEC-TIE よい医師 患者関係づくりのために 患者が医師とのコミュニケーションギャップを話す場面をみせてもらった(一般)	箕輪 良行, 柏井 昭良	Medicina34巻10号, P2048-2050, 1997
32	臨床研修におけるコミュニケーションギャップの分析(原著論文)	箕輪 良行, 鈴木 俊一, 藤井 幹久, 他	医学教育22巻4号, P221-226, 1991
33	初期臨床研修中のトラブル コミュニケーションギャップの視点からの検討(会議録)	箕輪 良行, 他	医学教育20巻5号, P295, 1989

### III 研究目的

本研究は、認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションの困難さを軽減するために、各職種（医師，看護師，医療ソーシャルワーカー（以下MSW），ケアマネジャー，訪問看護師）でのコミュニケーションギャップを少しでも埋め、よりスムーズに連携ができるための示唆を得ることを目的とする。

### IV 用語の定義

#### 1. コミュニケーションギャップ

コミュニケーションギャップとは、相互に理解しあうべきコミュニケーションで、その理解の仕方や価値観の相違、情報の不足などにより、食い違いを見せることをいう。

## 2. 認知症患者

ここでいう認知症患者とは一般病棟に身体疾患で入院中の患者で、認知症の中核症状（記憶障害、見当識障害など）や周辺症状（徘徊、妄想、せん妄、睡眠障害など）が出現している患者のことをいう。

## V 研究の意義

認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップに焦点をあてた研究をすることで、職種間連携の困難さを軽減することにつながり、患者・家族への適切な退院支援につなげられる。また、職種間連携をするうえで、職種間の良好な関係につながり、ストレスの軽減にもつながると考えているため意義がある研究であると考えている。

医療・福祉従事者でのコミュニケーションギャップを埋めていくことは、地域包括ケアシステムの推進にもつながり、地域で生活する高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援にもつながると考える。

## VI 本研究の構成

本研究の構成は、第1章では、高齢者の患者や認知症患者のおかれている背景、職種間連携でのコミュニケーションの困難さやコミュニケーションギャップについて、先行研究も踏まえながら、本研究の前提となる研究目的、方法、研究の意義を述べる、第2章では、認知症患者の退院における職種間連携でのコミュニケーション過程の現状および職種間連携での認識を明らかにする、第3章においては、第2章で得られた結果をもとに作成した調査用紙を使用し、職種間連携での各職種によるコミュニケーションギャップを明らかにする。第4章では、第1章から第3章までを踏まえて、コミュニケーションギャップを少しでも埋めていくための考察をする。また、第5章では、本研究の結論および研究の限界、今後の課題を述べる。

## 第2章 研究1 認知症患者の退院をめぐる職種間連携におけるコミュニケーション

### I 研究目的

認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップを探るための質問紙を作成するために、認知症患者の退院をめぐる職種間連携では、どのようなコミュニケーションが図られているのか、また職種間連携や退院の認識、職種間連携でどのような困難があるのかを明らかにすることを目的とした。

### II 研究方法

#### 1. 研究デザイン

半構成的面接法による内容分析（コーディングとカテゴリー化）である。

#### 2. 研究対象者

認知症患者の在宅への退院に関わる職種で、病院に勤務する医師（以下医師）、退院調整に関係する看護師（以下看護師（退院調整）と略す）、医療ソーシャルワーカー（以下MSWと略す）、在宅に関わる職種として、ケアマネジャー、訪問看護師の各5名ずつ合計25名を対象とする。勤務経験は5年以上とする。研究対象者の選定は、スノーボールサンプリングで実施する。

#### 3. 調査期間

平成28年12月～平成29年3月である。

#### 4. 調査内容

調査内容は、1) 認知症患者の退院をめぐる職種間の連携をどのように行っているのか、2) 職種間連携についてどのように認識しているのか、また連携での困難さにはどのようなことがあるのか、3) 職種間連携を図るうえで他の職種に期待すること、4) 認知症患者の退院にむけて調整をする場合、どのような視点で調整を図っているのか、5) コミュニケーションで困難と感じている内容、である。

#### 5. データ収集方法

インタビューガイド（資料1）に基づき半構成的面接法で行う。研究対象者は、職種間連携をしている施設の施設長に依頼し、施設長の協力を得て無作為に選定し、研究概要を読んでもらい協力を得られた人を対象とした。インタビューの際には、対象者に紙面と口頭にて研究の趣旨を説明し同意を得た。インタビューの実施は、研究の説明から終了まで

60分程度である。インタビューはプライバシーに配慮し、研究対象者の希望する日時、場所の個室で行った。インタビューで得られた内容はICレコーダーに録音し逐語録を作成し分析を進めた。次に、これらの研究対象者に次の研究対象者を紹介してもらい、紹介者が途切れたところで、インタビューは終了した。

## 6. 分析方法

ICレコーダーに録音したものを逐語録とし、それぞれの職種ごとに内容分析（コーディングとカテゴリー）を実施した。データは、意味が損なわれないよう切片化したうえでコード化し、類似する内容ごとに分類し、カテゴリー化（抽象化）を研究指導者の助言を得ながら進めた。また、妥当性、信頼性確保のために、データの分類結果は時間的間隔をあげ、分類が固定されるまで繰り返し行った。

## 7. 倫理的配慮

対象となる施設長および研究対象者に依頼文を配布した。依頼では、インタビューで得られた結果は本研究目的のみに使用すること、インタビューは、研究対象者の同意が得られた場合のみ行うこと、個人情報に記載した名簿の管理は、パソコンには保存せず、1つの記憶媒体にて保存すること、インタビューで得られた結果は、鍵のかかる保管場所に厳重に保管した上で研究終了後5年、もしくは研究結果の最終公表から3年のいずれか遅い日に、粉碎破棄すること、個人の特定化につながる情報を匿名化・記号化し文字情報として書き起こした電子データも、研究終了後5年、もしくは研究結果の最終公表から3年のいずれか遅い日に、粉碎廃棄すること、電子ファイルは、インターネットに接続できるパソコン上には保存しないこと、研究の結果は、学会や学術雑誌において発表される可能性があるが、個人が特定できるような形で回答内容がそのまま公表されることはしないことを記載した。

また、個人情報の取り扱いや、調査目的を明記するとともに、研究対象者の回答への自由意志に基づくもので、同意しない場合でも、何ら不利益を被ることはないことについても文書に記載し、同意書に署名を得られた対象者のみに実施した。インタビューでは、研究対象者に合わせて面接日の調整を行い、面接はプライバシーが保護され個人情報の漏洩を防ぐため個室で実施した。研究対象者に負担がかからないように面接時間は60分程度とした。研究者から紙面と口頭で研究に関する説明をした後に、独自に作成したインタビューガイドに基づき半構成的面接法を用いて実施した。研究対象者には、同意をしてもインタビュー時答えたくない事項に関しては、非回答でもよいこと、インタビュー中であっても、途中で取りやめることが可能であることも説明した。また、研究対象者の口調や表情、顔色などを観察し、陰性の感情を伴った様子がある場合には、状況に配慮しイン

インタビュー中断など配慮する予定で実施した。

尚、この研究は、国際医療福祉大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 16-Ig-84）。

### Ⅲ 結果

#### 1. 研究対象者の概要

インタビュー協力者は、病院に勤務する医師 3 名、退院調整に関係する看護師 3 名、MSW 4 名、在宅に関わるケアマネジャー 5 名、訪問看護師 3 名の合計 18 名である。それぞれの性別、勤続年数は表 3 のとおりである。

表3 研究協力者の背景

医師	A氏	40歳代	大学病院勤務	内科医	勤続年数21年
	B氏	60歳代	病院勤務	外科医	勤続年数41年
	C氏	40歳代	病院勤務	内科医	勤続年数21年
看護師 (退院調整)	A氏	60歳代	女性	病院 退院支援室看護師	勤続年数30年以上
	B氏	40歳代	女性	病院 退院支援室看護師	勤続年数8年
	C氏	40歳代	女性	病院 退院調整	勤続年数17年
MSW	A氏	40歳代	女性	病院	勤続年数15年
	B氏	40歳代	女性	病院	勤続年数16年
	C氏	40歳代	女性	病院	勤続年数17年
	D氏	30歳代	女性	病院	勤続年数 7年
ケアマネジャー	A氏	40歳代	居宅介護支援事業所	ケアマネジャー(介護職)	勤続年数9年
	B氏	50歳代	訪問介護支援	ケアマネジャー(相談員)	勤続年数17年
	C氏	40歳代	居宅介護支援事業所	ケアマネジャー(MSW)	勤続年数5年以上
	D氏	50歳代	居宅介護支援事業所	ケアマネジャー(福祉職)	勤続年数5年以上
	E氏	50歳代	居宅介護支援事業所	ケアマネジャー(介護職)	勤続年数11年
訪問看護師	A氏	50歳代	訪問看護ステーション		勤続年数18年
	B氏	40歳代	訪問看護ステーション		勤続年数20年
	C氏	40歳代	訪問看護ステーション		勤続年数5年以上

## 2. 認知症患者の退院をめぐる職種間連携での認識

インタビューの内容を分析した結果、職種間連携での認識は、1,173 コード、123 サブカテゴリー、35 カテゴリー、7 コアカテゴリー〔話す・伝える〕〔聞く・伝わらない〕〔相談・情報の共有〕〔連携や退院に対する認識〕〔職種間連携での意識〕〔認知症や認知症患者に対する認識〕〔職種間連携でのネガティブな感情〕が抽出された。コードの数及びコードの職種の内訳は、表4-1、4-2、4-3、4-4に示した。

また、このコアカテゴリーを説明しやすいように、職種間連携での〔話す・伝える〕〔聞く・伝わらない〕〔相談・情報の共有〕を職種間連携でのコミュニケーション、〔連携や退院に対する認識〕〔職種間連携での意識〕〔認知症や認知症患者に対する認識〕を職種間連携での認識、〔職種間連携でのネガティブな感情〕を職種間連携での感情、の3つに分類している。

表4-1 職種間連携での認識

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	内訳				
				医師	看護師	MSW	ケアマネジャー	訪問看護師
話す・伝える	言いたいことが言える	言いたいことが言える	5	0	1	0	3	1
		顔の見える関係だと話しやすい	21	2	0	4	6	9
		言いたいことを言ったり、一方的に話す	7	0	1	1	2	3
		きつい言い方をする	7	0	1	1	2	3
		一方的に決めつけて言う	37	1	4	0	18	14
	話し方や態度が上から目線で威圧的	職種が多くなると、言うことが違ったり同じことを何度も言う	10	1	0	8	0	1
		話し方や態度が上から目線である	18	1	0	5	3	9
	職種に合わせて訊く	態度や言葉が威圧的である	14	4	0	4	3	3
		職種に合わせて訊く	5	2	0	0	2	1
	仕事しやすい雰囲気づくりや話し方を工夫する	相手に合わせた言い方の工夫	10	0	0	6	4	0
		職種に合わせて訊く	5	2	0	0	2	1
		機嫌を損ねないように言葉を呑み込んだり、引いたりしている	13	1	0	2	6	4
		相手を敬いかわらうとする気持ちが必要	12	0	1	0	10	1
		話がしやすい雰囲気や話し方を工夫している	17	1	2	5	2	7
	言いたいことがあっても、言えない・言わない	職種によって言いにくい	22	2	3	5	5	7
		病院に意見や違うとは言わない	9	1	0	2	1	5
		雰囲気や威圧的のため言えない	39	0	6	17	7	9
		相手の反応や何かを言われ、傷つきたくないと言えない	28	0	1	9	15	3
		どう接してよいかわからないため話しにくい	10	3	2	2	3	0
	人の話を聞かない	相手に伝わるように話さない	10	2	0	0	1	7
人の話を聞かない		5	1	0	1	3	0	
話を受け入れなかったり、話を聞かない		5	1	0	1	3	0	
話を受け入れてもらえない		2	0	0	2	0	0	
サマリーには、必要と思う情報が入っていないので伝わっていない		31	2	6	11	0	12	
計画の評価をしていないので、いつまでも変わらない		11	1	0	5	1	4	
結果だけで、説明がないから伝わっていない		8	0	0	0	1	7	
専門用語や情報不足で伝わっていない	同じ言葉でも聞き手の価値観や経験によって正しく伝わっていない	9	1	1	2	2	3	
	話す内容や、略語・専門用語で話すので伝わっていない	22	1	2	7	5	7	
	伝わっていると思っていても、伝わっていない	15	7	0	4	0	4	
	伝えていかないと伝わらない	7	0	0	2	3	2	
伝わらない・伝わっていない	話が通りにくい	9	0	2	0	0	7	
	怒られたり怒鳴られる	7	0	1	1	1	4	
	医師から怒鳴られたり、怒られたりした	7	0	1	1	1	4	
怒られたり怒鳴られる	忙しいのに、複雑なことや医師でなくてもいいことを訊かれるために怒る	8	6	2	0	0	0	

表4-2 職種間連携での認識

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	内訳				
				医師	看護師	MSW	ケアマネジャー	訪問看護師
相談・情報の共有	話しあいや相談・調整	退院カンファレンスに参加し、話をしている	21	3	5	2	4	7
		十分に話し合いができない	23	1	2	3	6	11
		お互いに相談し合える	28	1	4	13	2	8
		各職種や家族と調整をする	4	1	0	1	1	1
		お互いに確認できる	7	0	0	3	0	4
	情報の共有	情報を共有し、解決に向けて共有認識している	7	1	2	2	1	1
		情報の共有ができるようなツールが必要	12	7	0	0	0	5
		情報共有の手段によっては誤解を招く	21	3	4	5	0	9
	信頼しあえる人を選んでいる	ツーカーで援助しやすい人を選んでいる	5	0	0	1	0	4
		お互いどういふ人かわかっていて信頼関係が築けている人を選んでいる	8	0	1	1	4	2
	医師や看護師も力を貸してくれる	優しい医師もいて、力も貸してくれる	2	0	0	0	1	1
		医師や看護師が、患者に、ケアマネと連携していると説明してくれ言ってくれる	2	0	0	0	2	0
	連携の捉え方	情報を共有したうえで、各職種でやるべきことを行うことが連携	17	3	3	9	1	1
		職種で重なるところを調整したりサポートしあうのが連携	8	0	0	3	3	2
		お互いに情報交換をし、一緒に考えたり相談できるのが連携	12	1	1	4	2	4
上下関係もなくお互い尊敬し行うのが連携		2	1	0	0	1	0	
連携は効率的に行いたい		6	2	0	1	1	2	
連携を図りたい思いはあるが、うまく図れていない		12	2	0	1	3	6	
連携の必要性を感じていなかったり、いらぬという意識		9	1	0	5	0	3	
連携と言ってはいるが実はよくわかっていない		4	0	0	2	2	0	
職種の役割の捉え方	職種の内容や職種が関わることの効果の理解に違いがある	21	3	0	6	5	7	
	職種の役割や役割分担の明確化	27	3	1	7	12	4	
	職種と業務内容の認識が違う	10	0	0	6	4	0	
	業務を行っている職場や1日の時間的な動きがわからない	6	2	0	3	1	0	
	職種の役割を超えてしまう	17	0	1	2	14	0	
	決められたことしかしない	8	0	0	0	1	7	
連携や退院に対する認識	患者の捉え方	職種間で見える視点が違う	8	0	2	2	1	3
		患者は、住み慣れた自宅と病院とでは態度が違う	11	3	1	4	1	2
		患者の状態を自分で見た範囲でしか捉えていないため、本当の状態がわかっていない	8	0	0	1	3	4
		在宅で生活をする患者のイメージが違う	8	1	0	1	2	4
退院の考え方	治療が終わったら退院と考え、家族の介護力や日常生活まで目を向けていない	9	0	0	3	2	4	
	病院側は、ルールやシステムが決まっているため、変えられない	13	3	2	2	2	4	
	病院の機能や特徴が理解されていない	3	1	0	2	0	0	
	病院も在宅で生活できるような支援へ変化している	3	0	0	0	0	3	
	症状のコントロールや物品など環境を整えてから退院させたい	5	1	0	0	2	2	
	患者や家族が不安もなく病気とうまく付き合っていけるという思いを大切にしている	9	0	5	0	3	1	
	専門職として意見に違いがある	7	4	0	2	1	0	
	考え方や業務の取り組み方が違う	5	0	2	1	2	0	
	退院に向けての目標が違う	7	0	4	3	0	0	
	退院の指標が曖昧のため、職種間で見解が分かれる	7	0	1	6	0	0	
治療方針がわからないため支援が遅れる	4	0	4	0	0	0		

表4-3 職種間連携での認識

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	内訳				
				医師	看護師	MSW	ケアマネジャー	訪問看護師
職種間連携での意識	思い込みや勝手な解釈	思い込みや解釈の入った情報で話し合うため、かみ合わない	29	2	3	12	6	6
		患者・家族と医療職との考え方が違うのに、医療職の意見で決まる	6	1	0	3	2	0
		相手の立場を理解していない	3	0	1	2	0	0
	連携が図りやすくなった	連絡も早めに入れてくれるようになった	12	3	1	1	4	3
		システムにより意識づけられ、窓口も明確になった	15	0	1	8	3	3
		連携に対する意識・言葉遣いや態度の変化	25	3	0	6	10	6
	コミュニケーションを図るうえでの認識	コミュニケーションで困っていることはない	18	6	5	1	5	1
		苦手意識も上下関係もないので話しやすい	4	1	1	0	2	0
		同じ職種の方がコミュニケーションを図ることが難しい	3	0	2	1	0	0
	職種によってヒエラルキーがある	病院の医療や医師が一番すぐれていると思っている	11	7	0	0	3	1
		職種でランク付けをされた	9	2	0	0	2	5
		自分たちに構えがあって、勝手に格付けをしている	8	2	0	0	4	2
		上下関係もなく働きやすい	7	2	1	0	3	1
		職種によっては敷居が高く、恐れ多いと感じている	10	4	1	1	4	0
	医師には逆えない	病院は、治療の場なので医師が主導権をとるのは仕方がない	4	4	0	0	0	0
		医師には治療決定権や雇用されているため、逆えない	3	0	0	1	0	2
	勉強をしようとする意識	知識をふやしたりお互いを知るために勉強をする	12	2	0	0	9	1
		勉強しようという意識の違いによって変わる	8	1	1	4	2	0
		何を勉強したらよいかわからない	6	6	0	0	0	0
	自信・コンプレックス	プライドや自信・誇りがある	5	0	0	1	4	0
		自分自身に引け目やコンプレックスがある	6	0	0	2	1	3
	認知症症状のある患者は多い	身体疾患で入院している人のベースに認知症がある	6	0	0	0	0	6
		認知症患者は増えている	5	3	0	0	1	1
		入院している患者は認知症を持っている	9	1	1	0	2	5
		以前から認知症患者はいる	4	0	0	1	2	1
	入院することによる認知症の悪化	病院に入院すると認知症は悪化する	9	2	0	0	4	3
		病院のペースや抑制によって、認知症が悪化している	4	1	0	0	3	0
	病院では、認知症と言われてしまう	同じ症状でも病院では、認知症と言われ問題となる	3	2	1	0	0	0
		認知症でないのに認知症と言われる	1	0	0	0	1	0
	認知症や認知症患者に対する認識	患者ではなく、家族が認知症というケースもある	3	0	0	3	0	0
家族の受け止め方や介護力不足		4	0	1	3	0	0	
介護力不足のため行き先が決まらない		6	3	0	1	0	2	
認知症患者の退院調整	施設に行くよりも自宅に帰す	4	0	0	0	4	0	
	認知症患者の退院調整はしていない	7	2	0	0	3	2	
	元の疾患が治っていると、認知症患者には、訪問看護は入れてもらえない	2	0	0	0	0	2	
認知症患者の退院	症状によって、退院調整の職種が違う	4	0	0	0	3	1	
	認知症症状があるために退院となる	7	0	2	0	4	1	
	認知症だからといって急な退院はない	2	0	0	0	2	0	
	退院の条件	3	1	0	1	0	1	

表4-4 職種間連携での認識

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	内訳				
				医師	看護師	MSW	ケアマネジャー	訪問看護師
職種間連携でのネガティブな感情	怖いと感じる	職種によって怖いと感じる	5	0	0	2	1	2
		怒鳴ったり、怒ったりするので怖い	3	1	0	0	0	2
		雰囲気や言い方が怖い	3	0	0	1	2	0
		初対面や知らないので怖いと感じる	2	1	0	1	0	0
		医師に対して、怖さやストレスは緩和してきている	3	1	0	1	0	1
	言い方や対応で心が傷つけられる	冷たい言い方や対応をされて、心が折れた	4	0	1	3	0	0
		思い通りに進まない腹立たしさをぶつけられ傷ついた	2	0	0	2	0	0
		相手を尊重せず思いやりがないと感じる	3	1	0	1	1	0
	ストレス	言えないことに対してストレスを感じている	3	0	0	0	1	2
		ストレスの解消をしている	6	0	2	2	1	1
	失敗を恐れることでの苦手意識	失敗を恐れるので、人と話することが苦手と感じる	5	2	1	0	2	0
		コミュニケーションが苦手な人は、相手がしてくれないと思っている	7	1	0	0	6	0
	感情を共有する	コミュニケーションが上達するように場数を増やしたり、緊張しない工夫をしている	7	0	0	1	5	1
		悩んだり、傷ついたりしたときに話せる	5	0	0	4	1	0
		同じ職種がゆえにわかってもらえない	1	0	0	0	1	0

## 1) 職種間連携でのコミュニケーション

職種間連携でのコミュニケーションは、〔話す・伝える〕〔聞く・伝わらない〕〔相談・情報の共有〕の3コアカテゴリーである。

尚、文中では、コアカテゴリーを〔 〕カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを『 』、コードを〈 〉で示す。次にカテゴリーごとのサブカテゴリーと主なコードを示す。またコードの後の文字は、医師を「医」、看護師（退院調整）を「Ns」、MSWを「M」、ケアマネジャーを「ケ」、訪問看護師を「訪」と示している。

### (1) 〔話す・伝える〕

〔話す・伝える〕のコアカテゴリーは、【言いたいことを言ったり、一方的に話す】【話し方や態度が上から目線で威圧的】【職種に合わせて訊く】【仕事しやすい雰囲気づくりや話し方を工夫する】【言いたいことがあっても言えない・言わない】の5カテゴリーで構成されている。

#### ① 【言いたいことを言ったり、一方的に話す】

この【言いたいことを言ったり、一方的に話す】は、80コード、5サブカテゴリー『言いたいことが言える』『顔の見える関係だと話しやすい』『きつい言い方をする』『一方的に決めつけて言う』『職種が多くなると、言うことが違ったり同じことを何度も言う』で、言

う、話すやその言い方などで構成されている。

また、『一方的に決めつけて言う』は、ケアマネジャーと訪問看護師から多く抽出されていた。また、『顔の見える関係だと話しやすい』『きつい言い方をする』は、MSW、ケアマネジャー、訪問看護師から多く抽出されていた。

職種間連携では、＜医者にも言いたい放題言っているからギャップは感じていない＞（訪 A 75-1）や＜1対1だと言えるが、人数が多くなると発言しにくい＞（ケ A 31）などの『言いたいことが言える』や、＜慣れているか慣れていないかで話しやすさが違う＞（医 B 59）などの『顔の見える関係だと話しやすい』のように、話したり、言ったりしている。

また＜忙しくなるとぶっきらぼうになる＞（NsB70-1）＜看護師は、確認しているつもりでも、周りで聞いていると、畳みかけるように言っているように聞こえる＞（訪 B11-3）などの『きつい言い方をする』、＜話し合いをしようとしても一方的に決められてやり取りまでもなかなか時間がない＞（訪 B67-2）＜すりあわせがスムーズにいくもいかないも、病院ではこういう一面があると思ってもらうしかない＞（NsA83）などの『一方的に決めつけて言う』、＜いろいろな職種がかかわることで、患者の家族や患者が、何度も同じことを話さなくてはいけない＞（MC11-2）などの『職種が多くなると、言うことが違ったり同じことを何度も言う』といった、言い方、話し方をしていた。

## ②【話し方や態度が上から目線で威圧的】

この【話し方や態度が上から目線で威圧的】は、32コード、2サブカテゴリー『話し方や態度が上から目線である』『態度や言葉が威圧的である』で構成されている。

また、『話し方や態度が上から目線である』『態度や言葉が威圧的である』は、看護師以外の職種から抽出され、『話し方や態度が上から目線である』は、訪問看護師、MSWから多く抽出されていた。

職種間連携では、＜退院調整で、時間の約束をしても平気で待たされる＞（訪 B31）＜医者の言うことを聞いてくれる看護師がいれば、できる看護師はいらないと言われた＞（訪 A36-7）などの『話し方や態度が上から目線である』や＜つけんどんになってしまう態度が威圧感に感じている＞（医 C53, 54）＜看護師の退院調整が遅れると、威圧的なひどい言葉を言われた＞（MD166）などの『態度や言葉が威圧的であ

る』態度をとっていた。

### ③【職種に合わせて訊く】

【職種に合わせて訊く】は、15コードと2サブカテゴリ『職種に合わせて訊く内容を分けている』『相手に合わせた言い方の工夫』で構成されている。

また、『相手に合わせた言い方の工夫』は、MSW とケアマネジャーから抽出されていた。

職種によっては、＜看護師には何を訊くか、医師には何を訊くかっていうのを分けて聞いたほうがうまくいく＞（ケ E60-1）＜医師に訊いてもわからないようなことは、最初から医師には訊いてこない＞（医 C77, 78）などの『職種に合わせて訊く内容を分けている』や、＜割とオブラートに包んで、相手の出方を見るような感じ＞（MD39, 40, 41）＜患者に不利益にならないように、うまく話を持っていく＞（MB115）などの『相手に合わせた言い方の工夫』をしながら、コミュニケーションを図っていた。

### ④【仕事しやすい雰囲気づくりや話し方を工夫する】

【仕事しやすい雰囲気づくりや話し方を工夫する】は、42コード、3サブカテゴリ『機嫌を損ねないように言葉を呑み込んだり、引いたりしている』『相手を敬いわかろうとする気持ちが必要』『話がしやすい雰囲気や話し方を工夫している』で構成されていた。

また、『話がしやすい雰囲気や話し方を工夫している』は、全職種から抽出されていた。『機嫌を損ねないように言葉を呑み込んだり、引いたりしている』は、ケアマネジャー、訪問看護師から多く抽出されており、『相手を敬いわかろうとする気持ちが必要』は、MSW が多く抽出していた。

職種間連携では、＜腑に落ちないケースだったが、家族の終わりよければと自分で呑み込むようにした＞（ケ A41-2）＜訪問看護師がケアマネの役割をやってうまくいかず、かといって私がやると言っても、対立するだけなので引いていれどと思うようにしている＞（ケ A41-1-2）などの『機嫌を損ねないように言葉を呑み込んだり、引いたりしている』や＜相手を尊敬しお互いの職種のことを考える＞（訪 B95-1）＜連携はお互いのことをわかろうとする気持ちがないと、お互いにきつときつい言葉になったりとかするのかなと思う＞（ケ D83）などの『相手を敬いわかろうとする気持ちが必要』、＜皆で共有したり、お互いに言える環境づくりをしたりと、気持ちよく仕事ができるような雰囲気づくりができるとうい＞（ケ B59）＜AということをはっきりA

と言う場合や相手によってBというものに外側をコーティングしたり、中にAというものを仕込ませたり、A ダッシュにしてみたりとかしている> (MA31) などの『話がしやすい雰囲気や話し方を工夫している』のように、話し方の工夫をしていた。

⑤【言いたいことがあっても、言えない・言わない】

【言いたいことがあっても、言えない・言わない】は、118 コード、6 サブカテゴリー『職種によって言いにくい』『病院に意見や違うとは言わない』『雰囲気や威圧的態度のため言えない』『相手の反応や何かを言われ、傷つきたくないと言えない』『どう接してよいかわからないため話しにくい』『相手に伝わるように話さない』で構成されている。

また、『職種によって言いにくい』は、全職種から抽出されていた。『雰囲気や威圧的態度のため言えない』は、MSW、ケアマネジャー、訪問看護師から多く抽出されており、『相手の反応や何かを言われ、傷つきたくないと言えない』も、MSW、ケアマネジャー、訪問看護師から多く抽出されていた。

<医者には言いにくい> (訪 A33-3) <コメディカルの中でも、看護師は言いにくく、病院では一番看護師たちが強いと思う> (MB142) <薬剤師、PT とか、いろんなコメディカルでも言いにくさはある> (MA34) などの『職種によって言いにくい』は、どの職種に対しても言いにくいと認識していたり、『病院に意見や違うとは言わない』は、<病院の先生には言わず、在宅の先生でいいや、どうしましょうかねと話し調整している> (訪 A53-2) <各職種がアセスメントした意見に対して、違うといえないことがもやもや感につながっている> (医 B45) のように、違うと思っても言えない状況であった。

また、<雰囲気だったり態度だったり、出だしのしゃべるときの口調だったりとかで話しにくい> (MA71) <ものの言い方で抑圧され言いたいことが言えない> (MD169) などの『雰囲気や威圧的態度のため言えない』や、<言っちゃえっていう気持ちの切り替えが出来ず、言うともたまた何か言われちゃうって思うと構えてしまう> (ケ B47) <こんなこと聞いたら恥ずかしいのかなと思うと訊けない> (ケ D61, 62) <医師同士でも訊きにくいや面倒くさいと感じている> (NsA73, 74) <集団になると、いい子になったり、少し抽象的になったりするためモヤモヤ感がある> (MD45-1) など『相手の反応や何かを言われ、傷つきたくないと言えない』と、接する時や話す時の態度や自分自身が傷つきたくない思いによって言えない・言わない状況である。

さらに<顔の知らない同士だと、自分の一言が相手を傷つけていないだろうか、そ

の領域を侵さないだろうか、その相手を思って、人の顔色を窺っている> (ケ A34-2) <話しにくいというのは、慣れて言うのか、分かっている、わかっていないというのが、一番多いのかもしれない> (医 B58) などの『どう接してよいかわからないため話しにくい』や、<医療系の方は初めに結論から話し、考えたことがまとまっていて、簡潔に話してくれるが、福祉系の方は、考えがまとまらないまま話す方が多いので、最後に何を言いたいかわからないことがある> (訪 B10-1) <緊急事態で大事なことだったら、どんな時でも時間を割くが、緊急でないことを、一番忙しい時間に、だらだら言われると「ちょっと待ってください」となってしまう> (訪 B15) などのように『相手に伝わるように話さない』など、<説明の仕方は、それは専門性でもって着眼点が違う> (医 A36) ことにより、話し方に違いがあった。

## (2) [聞く・伝わらない]

[聞く・伝わらない] のコアカテゴリーは、【人の話を聞かない】【専門用語や情報不足でわからない】【伝わらない・伝わっていない】【怒られたり、怒鳴られる】の4カテゴリーで構成されている。

### ① 【人の話を聞かない】

【人の話を聞かない】は、7コード、2サブカテゴリー『人の話を受け入れなかったり、話を聞かない』『話を受け入れてもらえない』から構成されている。

また、『人の話を受け入れなかったり、話を聞かない』はケアマネジャー、MSW、医師から抽出されており、『話を受け入れてもらえない』は、MSWから抽出されていた。

<先生たちは、全然話を聞いてくれない> (ケ A18) <看護師が思っているサービスと違うところを、提案したときに、それはどうしたの、どう考えてるのと、ドンドン理詰めで来られると、引いてしまうので、もうちょっと話をじっくり聞いてほしい> (ケ D67) などの『人の話を受け入れなかったり、話を聞かない』や<本人や家族のほうの意見によっていて、こちらの言葉をなかなか受け入れてもらえないので、ケアマネジャーとのコミュニケーションも難しい> (MB41-2) などの『話を受け入れてもらえない』のように、話を聞かなかったり、受け入れてもらえない状況であった。

### ② 【専門用語や情報不足で伝わっていない】

【専門用語や情報不足で伝わっていない】は、81コード、5サブカテゴリー『サマリー

には、必要と思う情報が入っていないので伝わっていない』『計画の評価をしていないので、いつまでも変わらない』『結果だけで説明がないから伝わっていない』『同じ言葉でも聞き手の価値観や経験によって正しく伝わっていない』『話す内容や略語・専門用語で話すので伝わっていない』で構成されている。

また、『話す内容や略語・専門用語で話すので伝わっていない』『同じ言葉でも聞き手の価値観や経験によって正しく伝わっていない』は、全職種から抽出されていた。『サマリーには、必要と思う情報が入っていないので伝わっていない』は、MSW 以外の職種から抽出されていた。また、『計画の評価をしていないので、いつまでも変わらない』は、MSW、訪問看護師から多く抽出されていた。『結果だけで説明がないから伝わっていない』は、訪問看護師と、ケアマネジャーから抽出されていた。

『サマリーには、必要と思う情報が入っていないので伝わっていない』は、＜理学療法士・作業療法士のサマリーは生活の視点で記載してくれているので使いやすい＞(MB41-2)＜医師のサマリーのほうがわかりやすい＞(NsC28-1)などがある一方で、＜訪問看護からのサマリーは細かく記載されているが、うまく活用されていない＞(MB71)＜看護師のサマリーは、治療がメインのためあまりみない＞(MB74)＜看護師の書くサマリーは、どうしてもいいようなことが多く、必要な情報がないので電話で聞くことが多い＞(訪 A49-1)や＜サマリーに書いている内容と実際の患者が全然違うがもういいやと思っている＞(訪 A54)＜看護師はサマリーの内容と実際が違うことが大変という認識がない＞(訪 A52-1)＜読まれていないサマリーに労力を費やすのはどうかなと思う＞(NsC32)などの認識を持っていた。

また、＜ベストだと思って出しているのだと思うので、いつまでも変わらない＞(訪 B38)＜やったことの評価はするが、実際に帰ったあと本当に進めたことがよかったかという評価はしないため、決まったプランになる＞(MA56-1)などの『計画の評価をしていないので、いつまでも変わらない』や＜病院がサービスを組んだ理由を話してくれればわかるが話してくれない＞(訪 B42-2)＜結果だけ伝わってきて、なぜそうしたのかっていうところが伝わってこない時もある＞(訪 B42-3)＜価値観・生活歴、ヘルパー、ケアマネの、今までの生活歴、体験歴で物を言うため、最初にルールを決めて、細かく言わないとわかってもらえない＞(訪 A12)などの『結果だけで説明がないから伝わっていない』、＜同じ言葉でも価値観や経験で内容が違う認識だった＞(訪 A79)＜事業所だったら、ケアマネジャーはもっと言えるが、病院だと育ってきた環境が違うので、共通言語が違い伝わらない＞(ケC127)などの『同じ言葉でも聞き手の価値観や経験によって正しく伝わっていない』など、各職種が知りたい

情報が不足していた。

＜病院の看護師は、略語、横文字を多く使うのでわからない＞（訪 A80）＜医者もわかりやすい言葉で話せて言いながら難しい言葉を使っている＞（MA84）と言う一方で、＜専門用語を普通に使っているのに、なんで相手がわからないの、理解してもらえないのって思うことがある＞（MA66-1）＜相手も当然知っているだろうと思いつながら話をしているので、相手には伝わっていない＞（訪 C73-1）などの『話す内容や略語・専門用語で話すので伝わっていない』のように、専門用語を使うことへの認識の違いがあった。

### ③【伝わらない・伝わっていない】

【伝わらない・伝わっていない】は、31コード、3サブカテゴリー『伝わっていると思っても、伝わっていない』『伝えていかないと伝わらない』『話が通りにくい』で構成されている。

また、『伝わっていると思っても、伝わっていない』は、医師から多く抽出されており、『話が通りにくい』は、訪問看護師から多く抽出されていた。『伝えていかないと伝わらない』は、MSW, ケアマネジャー、訪問看護師から抽出されていた。

＜異常に気付いて、報告しても、そこから先がうまく伝わっていない＞（訪 C96）  
＜对患者・家族に対して、同じことを繰り返したり、ペラペラとしゃべっていると、後からよくよく聞くとわかっていないことがある＞（MC28-1）＜時間差があつてうまく伝わらない＞（訪 A47-1）などの『伝わっていると思っても、伝わっていない』や、＜患者、利用者を中心に考えるという軸を外さなければ、いろんな意見があろうとも、思いは伝わると思っている＞（ケC 44, 45）＜うやむやという感じだったが、そこをきちんと伝える＞（MD125）＜うーんっていうような雰囲気はある。ちゃんとサマリーを作って、ただ渡すんじゃなく、ちゃんと対峙して話をして、伝えたいことを伝えていかなきゃいけないし、この人は絶対退院前カンファを、やらせてくださいって言うていかなきゃいけないと指導が入る＞（訪 C42）などの『伝えていかないと伝わらない』、＜退院調整の時点で、何処に連絡をしていいのか、誰が対応してくれるのかを決めておかないと話が通りにくい＞（訪 B25）＜外来の看護師は、本当にいろんな方がいて個々に対応が違うので、それで上手く繋いでもらえない＞（訪 B23）などの『話が通りにくい』のように、受け手に伝えても、しっかりと情報の伝達できていなかった。

#### ④ 【怒られたり，怒鳴られる】

【怒られたり，怒鳴られる】は，15 コード，2 サブカテゴリー『医師から怒鳴られたり，怒られたりした』『忙しいのに，複雑なことや医師でなくてもいいことを訊かれるために怒る』から構成されている．

『医師から怒鳴られたり，怒られたりした』は医師以外の職種から抽出されており，『忙しいのに，複雑なことや医師でなくてもいいことを訊かれるために怒る』は，医師と看護師（退院調整）から抽出されていた．

＜医師が頭ごなしに怒る＞（訪 A33-1）＜なんで怒られたか，何が気に入らなかったのかなと思うと，医師にうまく話ができない＞（訪 A75-4）などの『医師から怒鳴られたり，怒られたりした』など怒られた経験があり，それに対して，＜医者じゃなくてもできるようなことも医者が訊かれたりするの，さらに忙しくなって，さらにイライラするのもかもしれない＞（医 C80）＜医師は，実際はいろんなことが複雑すぎて，処理できないんじゃないか，医学のことを純粹に訊いたら，喜んで答えるのに，複雑な問題を訊き，それが答えられなくてもどかしさで怒るんじゃないか＞（医 A32）などの『忙しいのに，複雑なことや医師でなくてもいいことを訊かれるために怒る』のように認識していた．また，反対に，＜優しい先生が多いので，うるさいんだよって言われたことはない＞（NsB11）＜いやなことをされたという感じはない＞（NsB62）と医師から怒られたり，怒鳴られたりの経験があった．

#### (3) [相談・情報の共有]

[相談・情報の共有] のコアカテゴリーは，【話し合いや相談・調整】【情報の共有】【信頼しあえる人を選んでいる】【医師や看護師も力を貸してくれる】の4カテゴリーで構成されている．

#### ① 【話し合いや相談・調整】

【話し合いや相談・調整】は，83 コード，5 サブカテゴリー『退院カンファレンスに参加し，話をしている』『十分に話し合いができない』『お互いに相談し合える』『各職種や家族と調整する』『お互いに確認できる』から構成されている．

また，『退院カンファレンスに参加し，話をしている』『十分に話し合いができない』『お互いに相談し合える』は，全職種から抽出されていた．

＜CFをやったほうが，そこである程度方針が共有できるので，そのあと何かって

うことはない> (MD55) <顔の見える関係は大切なので、病院側の人たちが来るような会議は行っている> (訪 A57-1) などの『退院カンファレンスに参加し、話をしている』といった意見や、<時間がないっていうので、十分話し合いができない> (ケ D31) <看護師も必要に応じて話し合いに入ってもらうが、業務でいろいろ重なるとなかなか難しい> (MB34-2) <すぐ言われてすぐ行けていれば何とかなるが、こちらもすぐにはなかなか行けない状況> (ケ A8) などの『十分に話し合いができない』のように、参加しているケースや時間的制約などで話し合いができていない状況がある。

また、『お互いに相談し合える』では、<困ったときに、他職種間で相談をし、話し合う> (MA106-1) <どうしても解決しなかった時には、職種間で集まり話し合いをする> (医 C86) などの場合や、<職種間で当てはまらない役割があるのに、お互いに相談ができない> (MA108) <困ったとき、相談してもすぐに反応がこない> (訪 C88) <自分たちはこうだからと、患者へそれぞれの考え、スタンス、役割だけを伝え、そこに当てはまらない、そこから外れるもの、それと違うものを言われると、受け入れない> (MA20) <専門職になればなるほど、自分が正しいと思っている> (MD124) などのように、話し合いができない状況もあった。

さらに、<医師は、主に MSW につなぐと、MSW からいろいろ医師に聞き調整をする> (医 C17) や<家族が、その状態をどうとらえているかをすり合わせるのに苦労する> (MC40) などの『各職種や家族と調整する』、<介護と訪問看護師の連携が必要となった時に、それぞれの役割を確認し、連絡を取り合って進めている> (訪 C101, 102) <思い込み、行き違い、勘違いがあったりもする。もう 1 回確認して、お互い双方そうだよねってならないと、ずれていく。話したことが正しく伝わっているか、わからないときにお互いに、確認しあえることは大事> (訪 C76) などの『お互いに確認できる』のように、お互いに調整や確認をしていた。

## ②【情報の共有】

【情報の共有】は、40 コード、3 サブカテゴリー『情報を共有し、解決に向けて共通認識をしている』『情報の共有ができるツールが必要』『情報共有の手段によっては誤解を招く』で構成されている。

また、『情報を共有し、解決に向けて共通認識をしている』『情報共有の手段によっては誤解を招く』は、全職種で抽出されていた。『情報の共有ができるツールが必要』は、医師、訪問看護師から抽出されていた。

<退院支援ナースとソーシャルワーカーは毎日情報共有を図っているので、看護師とワーカーの対立は少なくなった> (MD116) <皆で見るようにし、何が課題かを共有し解決に向けての共通認識をしている> (MD126) <認知症の場合、本人に聞けないので、細かいことが申し送られないとわからない> (NsC22-2) <認知症の場合、自宅での生活や病院での治療は看護師も、訪問看護師もお互いに知らないことも多いため、お互いに言って共有していく> (NsA79) などの『情報を共有し、解決に向けて共通認識をしている』が、<お互いになかなか連絡が取れないので、メールや違う形で気軽に連絡をやり取りできるようなツールが入るといい> (訪 B62) <情報共有ツールがうまく使われておらず、情報がかみ合っていない> (医 B17-1) 『情報の共有ができるツールが必要』であったり、<認知症とかその周辺症状があるために、自宅で過ごせなくなってしまったときは、ありのままを院内でMSWに、口頭で言ったり、文書で依頼することもある> (医 C15-2) <メールの文章は、きつく受け取られたり誤解を生みやすいので気を使っている> (NsB72) <電話だと声だけなので、そんなつもりもなく言ったわけではないのに、伝わらない> (NsB72-2) などの『情報共有の手段によっては誤解を招く』といった状況であった。

### ③【信頼しあえる人を選んでいる】

【信頼しあえる人を選んでいる】は、13コード、2カテゴリ『ツーカーで連携しやすい人を選んでいる』『お互いどういう人かわかっていて信頼関係が築けている人を選んでいる』で構成されている。

『ツーカーで連携しやすい人を選んでいる』は、MSWと訪問看護士から抽出されており、『お互いどういう人かわかっていて信頼関係が築けている人を選んでいる』は医師以外の職種から抽出されていた。

連携では、<何があっても、ツーカーで援助できる人を選んでいる> (訪 B90) <自分たちがうまく連携できるであろう人材を選ぶっていうのもあるのかなって思う> (訪 C115) <知ってて、やりやすい人のところに行ってしまう> (MA117) などの『ツーカーで連携しやすい人を選んでいる』、<この人に相談するとすぐに何とかしてくれるだろうと信頼し合える> (訪 C106-2-1) <関係が崩れてくると、決まることも時間がかかる> (MD86) などの『お互いどういう人かわかっていて信頼関係が築けている人を選んでいる』のように、連携しやすい人を選んでいた。

#### ④【医師や看護師も力を貸してくれる】

【医師や看護師も力を貸してくれる】は、4コード、2サブカテゴリー『優しい医師もいて、力を貸してくれる』『医師や看護師が、患者に、ケアマネと連携していると説明してくれる』で構築されている。

また、『優しい医師もいて、力を貸してくれる』は、ケアマネジャー、訪問看護師から、『医師や看護師が、患者に、ケアマネと連携していると説明してくれる』はケアマネジャーから抽出されていた。

＜優しい先生もいる＞（訪 A31）＜訪問診療の先生や在宅にとっても理解がある先生は、本当に力を貸していただけるなと思っている＞（ケ E75）の『優しい医師もいて、力を貸してくれる』や＜医師や看護師がすごく説明をしてくれた＞（ケ A61-1）＜医療的に説明をし、かつ後押しをしてくれ、ケアマネがいるから、僕たちがちゃんと連携しているから、誰も知らないことはないから、みんな知っているからねってことを言ってくれる＞（ケ A61-2）の『医師や看護師が、患者に、ケアマネと連携していると説明してくれる』のような、関係性ができていた。

## 2) 職種間連携での認識

職種関連連携にあたっての認識は、〔連携や退院に対する認識〕〔職種間連携での意識〕〔認知症および認知症患者に対する認識〕の3コアカテゴリーである。

### (1) 〔連携や退院に対する認識〕

〔連携や退院に対する認識〕のコアカテゴリーは、【連携の捉え方】【職種の役割の捉え方】【患者の捉え方】【退院の考え方】の4カテゴリーで構成されている。

#### ①【連携の捉え方】

【連携の捉え方】は、70コード、8サブカテゴリー『情報を共有したうえで、各職種でやるべきことを行うことが連携』『職種で重なるところは調整したりサポートしあうのが連携』『お互いに情報交換をし、一緒に考えたり相談できるのが連携』『上下関係もなくお互いが尊敬し行うのが連携』『連携は効率的に行いたい』『連携を図りたい思いはあるが、うまく図れていない』『連携の必要性を感じていなかったり、いらぬという意識』『連携と言ってはいるが実はよくわかっていない』で構成されていた。

また、『情報を共有したうえで、各職種でやるべきことを行うことが連携』『お互いに情報交換をし、一緒に考えたり相談できるのが連携』は、全職種から抽出されていた。『職種

で重なるところは調整したりサポートしあうのが連携』は、MSW、ケアマネジャー、訪問看護師から抽出されていた。

連携の捉え方には、＜情報を共有し、共通の目標をもって、それぞれの職種で動く＞（MB123）＜職種の役割をしっかりと果すことが連携につながる＞（訪 B95-2）や＜自分たちの専門しかやらない＞（MA107）＜専門職がいるので、ポンと投げたら、それが連携って思っている人もいる＞（MA103）＜自分たちが知らなくても、他が行ってくれるから関係ないと思っている＞（MA29）などの『情報を共有したうえで、各職種でやるべきことを行うことが連携』、＜職種の重なったところを調整しながら行う＞（MA103-2）＜職種が重なる部分はお互いにサポートしあう＞（MD143）＜重なる部分は変な区切りをつける必要はない＞（ケ B75）などの『職種で重なるところは調整したりサポートしあうのが連携』、＜多職種が気兼ねなく、いろいろな質問をしながら患者にとって一番良いことはと一緒に考えられる＞（ケ D66）＜問題が起きた時に、迅速に連携が図れる＞（訪 C106-1）＜職種間で当てはまらない役割がある場合にお互いに、相談し調整をする＞（MA104, 105）などの『お互いに情報交換をし、一緒に考えたり相談できるのが連携』、＜今は特に在宅は、ケアや看護の力がしっかりしていないとだめなので、医師が一人、トップにいるという時代ではなくなっている＞（医 B34-3）＜お互いが皆を尊敬して、上下関係もなく専門職領域を超えないようにおこなう＞（ケ B61-2）などの『上下関係もなくお互いが尊敬し行うのが連携』と、連携の捉え方にもそれぞれ違いがあった。

また、連携をするにあたって、＜連携には時間がかかるイメージがあるが、効率よくやりたい＞（訪 B88）＜何回もやった人についつい頼んでしまう＞（ケ B41-1）＜自分のところで、回した方が連携しやすい＞（医 B10）など効率的に行いたいと認識している一方で、＜一生懸命携わり効率を求めると、フローとして流れ始めると、そこがパーンって抜けてしまうのは、すごく見ていて怖い＞（MC65, 67, 68）などの『連携は効率的に行いたい』、＜もうちょっと連携を取って、コミュニケーションをうまく図っていきたいっていう思いは、お互いあると思うが、なかなかうまくいかない＞（訪 C69）＜病院医師と在宅医師、在宅の医療スタッフとの意識に大きな溝がある＞（医 A7-3）などの『連携を図りたい思いはあるが、うまく図れていない』といった認識を持っていた。その一方で、＜病院やそうじゃないところにも、何で連携しなくてはいけないのと考える人もまだいる＞（MA86）＜医師、看護師、相談部門以外の職種は、何か連携連携って言ってるけど何かっていう空気もある＞（MA95）＜看護師も薬剤師もコメディカルも、だいぶ変わってはきたが、連携はいらないっていう意識がある＞

(MA92, 93) などの『連携の必要性を感じていなかったり、いらぬという意識』や、  
＜言葉だけが先歩き、連携って何って言われると、言葉は知ってるけど、何だかよく  
わからないというのが本音なのかなと思う＞(MA98) ＜連携の意味が、それぞれによ  
ってかなり違う＞(MA43) など『連携と言ってはいるが実はよくわかっていない』と  
いった認識を持っていた。

## ②【職種の役割の捉え方】

【職種の役割の捉え方】は、89 コード、6 サブカテゴリー『職種の内容や職種が関わる  
ことの効果の理解に違いがある』『職種の役割や役割分担の明確化』『職種と業務内容の認  
識が違う』『業務を行っている職場や1日の時間的な動きがわからない』『職種の役割を超  
えてしまう』『決められたことしかしない』で構成されている。

また、『職種の役割や役割分担の明確化』は、全職種から抽出されていた。『職種の内容  
や職種が関わることの効果の理解に違いがある』は、MSW、ケアマネジャー、訪問看護師か  
ら多く抽出されていた。また『職種の役割を超えてしまう』は、ケアマネジャーから多く  
抽出されていた。『職種と業務内容の認識が違う』は、MSW とケアマネジャーから抽出され  
ていた。

職種の役割の捉え方として、＜MSW は、ナースの思い、ドクターの思い、家族のそ  
の思いの間の調整をやっていくことが必要なのかなと思っている＞(MC58) ＜訪問看  
護師は調整役であるべきだと思っている＞(訪 C100-1) ＜ケアマネの役割は、極端な  
ことを言えば、疾患を知らなくても、コーディネートやサービスができればいい＞(ケ  
D99) ＜バイタルと薬だけが看護師の役割という人が多い＞(ケ B71-1) ＜ソーシャル  
ワーカーは転院調整係りと思われているが、ソーシャルワーカーは転院調整係ではな  
いという思いがあるため、気持ちの上で対立していた＞(MD14) ＜ケアマネは、訪問  
看護師が怖いのと、使ったことがあまりないので訪問看護の効果が理解しにくい  
ため、訪問看護師を入れようとしぬい＞(訪 B56) ＜認知症の場合、ケアマネが訪問  
看護師を勧めてくれないため、依頼がかからない＞(訪 B57) などのように『職種の  
内容や職種が関わることの効果の理解に違いがある』と認識していた。

また、『職種の役割や役割分担の明確化』は、＜各専門職の職業意識が高く、それ  
ぞれの役割分担が決まっている＞(医 C84) ＜役割の明確化がされている。どこが何  
をするのか、明確化された上でのチームづくりは、地域のほうにあるかもしれない＞(ケ  
C110, 111) ＜きちんとしたサービスを入れてあれば、そこがちゃんと、それぞれの

役割でやってくれる> (ケ D101, 102) など、役割分担が必要である、もしくはできているという認識がある一方で、<職域の理解ができていないことが、コミュニケーションがとれないにつながっている> (ケ B20-1-1) <他職種の役割が想像できない> (NsA88) <お互いの職種の役割と役割分担が明確になっていない> (ケ C116) <退院支援ナースとケースワーカーの重なり合ってる役割がはっきりしておらず、ワーカーがやるべきことを退院支援ナースがやっているためモヤモヤがある> (MD148) <職種の役割で、似ている役割の線引きがはっきりしていないので難しい> (MD161) などと認識もされていた。

『職種と業務内容の認識が違う』では、<ケアマネとヘルパーの違いがわかっていない医師もいる> (ケ E56) <ソーシャルワーカーの役割を看護師が行っていたので、ソーシャルワーカーもやりたいという話はしたが、看護師がやるものとの意識を変えず、受け入れてもれない> (MD62) など、それぞれの職種に対する認識があった。

また、<看護師や訪問看護師が、1日どんな動きしているとか、家でどういうケアしているかっていうのを、実際はわからない> (MB132) <在宅の看護師ができることを病棟の看護師が知らなかったり、在宅の看護師も、病棟での動きとかが見えにくかったりで、すれ違うことがある> (MB68-3) などの『業務を行っている職場や1日の時間的な動きがわからない』と言った認識を持っていた。

<わからないから職域を超えてしまうことでコミュニケーションがとれなくなる> (ケ B20-2) <ケアマネジャーの一番いけないことは、なんでも自分ができると思ってしまう人もいる> (ケ A21) <ケアマネジャーが医療側に意見を言い、「それはお前の言うことじゃないだろう」と言われた> (ケ A20-1) <看護師の上層部は他職種に対して口を出してくる> (MD197-2) <ヘルパーが、過去にこういう人がいたからこの人もこうよねという見方をし、認知症の診断に行った方がいいわよとか家族に間違ったことを言い、そういう職域を超えたことをしてしまい問題が起きている> (ケ B21-1) などの『職種の役割を超えてしまう』がある一方で、<ヘルパー本人は、事業所を通してください、ケアマネの計画書に則っていないからできませんと言う> <介護はシステムを変えようという気がない。すべて管理者を通さないといけないので私たちは、動けませんという回答をする> などように『決められたことしかしない』と認識していた。

### ③【患者の捉え方】

【患者の捉え方】は、35 コード、4 サブカテゴリー『職種間で見ると視点が違う』『患者は、住み慣れた自宅と病院とでは態度が違う』『患者の状態を自分で見た範囲でしか捉えていないため、本当の状態がわかっていない』『在宅で生活をする患者のイメージが違う』で構成されている。

また、『患者は、住み慣れた自宅と病院とでは態度が違う』は、全職種から抽出されていた。『職種間で見ると視点が違う』は、医師以外の職種から抽出され、『患者の状態を自分で見た範囲でしか捉えていないため、本当の状態がわかっていない』は、MSW、ケアマネジャー、訪問看護師から抽出されていた。

患者の捉え方は、＜この人は退院前の話し合いが必要という意識と、こっちのほう  
が重いという意識のズレがあり、気づいたら退院していた＞（訪 C36）＜患者を家で  
見る訪問の方たちと病院でしか見えていない看護師とで、情報を共有しようとしたとき、  
それがズレている＞（訪 B42-1）＜患者のお互い違う面を見ているから話が合わない  
＞（NsA113）などの『職種間で見ると視点が違う』と認識はしていた。また、＜患者は、  
病院に見せる顔と自宅で見せる顔が違う＞（訪 B40）＜患者も病院に来ると人のところ  
に来ている、家は自分の世界に他の人が来る、病院はお客様ではないけれど、先生  
の言うこと看護師の言うことは「えっ」と思いながら「はい、はい」と聞いていて、  
家に帰ると嫌なことは嫌とはっきり言える＞（医 A25）など『患者は、住み慣れた自  
宅と病院とでは態度が違う』とも認識をしていた。その一方で、＜病院の看護師はあ  
の姿を見てこの状況だから帰ったらたぶんこうだよねと決めつけて計画をするが、実  
際に帰ったら歩けるじゃないとか、訪問の方たちからすると、そんなに手すり付けな  
くてもいいとか、情報の共有、患者の捉え方とか、実際の見せる顔も違うとかがあ  
る＞（訪 B41）＜病院の時には浣腸しないと便がでませんという状況だったが、自宅  
では徘徊が良くて便も出るようになって、ご飯も食べるということが病院側は分かっ  
ていない＞（訪 B44）＜認知の人で病院から、ベッドと車椅子が必要なので、その2つ  
を用意しないと帰せないのを用意してくださいといわれたが、家族は使いたくない  
って思っているってことだったので、様子を見て決めることとしたが、実際に戻ってき  
たら、夜、家の廊下をグルーと1週できるくらい徘徊でき、オムツ交換も奥さんは  
できていて、結局ずーとベッドを入れずに、かなり元気で過ごせたケースもある＞（訪  
B43）＜ヘルパーたちは毎日見ているが医師は訪問したその時の状況しか見ていない  
ので、患者の状態の認識が違う。また、違うことを言いたくても言えない＞（ケ B30-  
2）などの『患者の状態を自分で見た範囲でしか捉えていないため、本当の状態がわ  
かっていない』と、自宅と病院では態度が違うと認識はしているが、実際には、見た範

囲でしか捉えていなかった。

また、＜病院では、病気とその人自体はある程度見れると思うが、入院中は、治療に向けて本人も我慢し、そこで生活をしているので、帰ったらその人がどういう環境でどんな風に暮らすのか、その人の生活が見えていない＞（訪 B36-1）＜病院では、歩行もでき、ご飯もちゃんと食べられていたと話されるが、在宅に帰って、ひとりで生活をするとなると、全て環境が違っていると、そこから説明をしないとカンファレンスにならない＞（ケ B14-1）＜病院でそういうレベルで生活していても、在宅に帰ると全く環境が違うが、その環境の違いがあまり理解されていない＞（ケ B14）＜認知の人を在宅に復帰させるということは、元々の生活の環境に帰すということで全然、生活環境が違うため、その中でどういう風に折り合いを付けていくかが大切＞（医 B65）などの『在宅で生活をする患者のイメージが違う』ように、自宅に帰るという生活の見方の違いがあった。

#### ④【退院の考え方】

【退院の考え方】は、72 コード、11 サブカテゴリー『治療が終わったら退院と考え、家族の介護力や日常の生活まで目を向けていない』『病院側は、ルールやシステムが決まっているため、変えられない』『病院の機能や特徴が理解されていない』『病院も在宅で生活できるような支援へ変化している』『症状のコントロールや物品など環境を整えてから退院させたい』『患者や家族が不安もなく病気とうまく付き合っていけるという思いを大切にしている』『専門職としての意見の相違がある』『考え方や業務の取り組み方が違う』『退院に向けての目標が違う』『治療方針がわからないため支援が遅れる』で構成されている。

また、『病院側は、ルールやシステムが決まっているため、変えられない』は、全職種から抽出されていた。『治療が終わったら退院と考え、家族の介護力や日常の生活まで目を向けていない』は、MSW、ケアマネジャー、訪問看護師から抽出されていた。『退院に向けての目標が違う』『治療方針がわからないため支援が遅れる』は、看護師と MSW から抽出されていた。

退院の捉え方としては、＜治療が終わっているから退院ができるって見方をされるが、在宅の場合は、生活をしていく場なので、その場作りをしなくてはいけない＞（ケ B16）＜在宅は生活を全部見ていかななくてはいけないが、病院の看護師は、病気に関することしか見えない。退院を渋っていたら、渋っている理由は何なのか、早く帰りたいという理由は何なのか、この人お金がないから入院したくなかったのかとか見えて

いない、短い時間しか関わらないので、そういうところはわからない> (訪 A61) <病院は病気を治すことがメインなので、家族構成とか、介護力とか、家の日常生活がどうなっていたのかということまでは目を向けない> (訪 A22) などの『治療が終わったら退院と考え、家族の介護力や日常の生活まで目を向けていない』と病院側と在宅側とで、患者の退院の捉え方が違った。

また、退院に対して、<病院のルールがあるため言っても受け入れてもらえない> (訪 A20-1) <患者が主ですとっておきながら、病院のシステムに則ってやっている> (ケ A56) <大学病院は、長くはいれないので、在宅の体制のことを全く無視して、患者が帰れる状態になったらすぐ帰す> (医 B36-1) <病院は、病床数の回転もあるから退院させたい> (医 C21) などの『病院側は、ルールやシステムが決まっているため、変えられない』や、<ケアマネジャー自身が、病院の機能分化や急性期の経過、退院の流れを知らないため、退院ですと電話がきても、調整に時間が掛かると言うため、お互いの取り巻く状況を共有していかないとスムーズに在宅につながっていかない> (MD104) <施設と慢性期、急性期とか、あと在宅。そういう役割が、一般社会にはあまり理解されていない> (医 C27) などの『病院の機能や特徴が理解されていない』など、システムやシステムによる制約も認識していた。

『病院も在宅で生活できるような支援へ変化している』は、<医療連絡室も最近多くなってきているので、病院も変わってきている> (訪 B28) <在宅に向けて栄養士の栄養指導や理学療法士のリハビリを受けて退院してくる> (訪 A58-3) など、病院側の変化も認識されている。

退院調整をする際の思いは、<退院では、在宅に帰った時に症状のコントロールをしっかりしてくれる看護師と医師がついているかどうか第1のポイントで、次にそのお世話をどの程度してくれるかになる> (医 B8) <退院に向けては、物の準備を整えてくださるかどうかは、すごく気にして言ったりもしている> (訪 C30) <新規入院の方には、どんな方なのか、状況や環境を確認してから家に帰してあげたい、帰ってから困ってほしくないなという思いがある> (ケ A6) などの『症状のコントロールや物品など環境を整えてから退院させたい』や、<不安とか心配なことが本当にないように調整する> (NsB53-2) <認知症の退院では、家族の受け止めっていうところに一番おもむきの置いている> (ケ C16) <家族が、もしかして難しいかなと思っても、やってみたいって思いに、これだったらできそうな気がするって、できることをなるべく、引き出せるようにしていければいいかなと思う> (NsA124) <どんな風に暮らしたいのかって希望はすごく大事にし、目標設定は、本人を入れて相談する> (訪

B78) <病気から見た暮らし方と、暮らしから見た病気の違いがあるが、家に帰ったら、病気とうまく付き合っただけで自分の暮らしを、どういうふうにも実現していくのかって言うことが大切と考えている> (ケC27) などの『患者や家族が不安もなく病気とうまく付き合っただけという思いを大切にしている』で、症状のコントロールを優先、物品などの環境を優先、家族の思いを優先などであった。

また、<自分たちが考えている必要量と訪問診療、訪問看護が考えている必要量とのギャップがある場合に、トラブルになる> (医 B12) <お互いの意見が正当だから対立する> (MD51, 52) <看護師としては、在院日数を意識して、早期に自宅に帰りたいと思っているがリハや医師がもう少しリハビリをして帰すと言うと、まあそうかなって言うふうにもその場ではなるためその思いにわだかまりが残る> (MD50) などの『専門職としての意見の相違がある』があったり、<看護師は、日々担当が変わり、見解も違うので困る> (MB152, 153) <ケアマネとソーシャルワーカーの経験がある人とソーシャルワーカーだけの人が同じ仕事をするということになったときは、そこにズレがあった。同じ職種でも育った環境の違いからの考え方のズレは、多職種でのズレを埋める以上に難しかった> (ケC52) <ケアマネはもともと来ないし、連絡がつかないことはあるが、こういうサービスを入れたいや患者も経済的にも困っているから、ケアマネとしてはどうですかと聞いても、いや、駄目じゃないですかねといった感じの人もある> (NsB34) などの『考え方や業務の取り組み方が違う』など、専門職としての考え方の違いがある。

さらに、退院の考え方では、<MSW と看護師は、見ているところ、焦点を当てているところが違うため、退院に向けて、目標が違う> (NsB24, 26, 27) <どこにも目標をもっていくのか、何かこの人の性格的に、本当にこれで幸せなのかを、病院の人と話す場はない。大学病院だと、看護師と医師の間も、治療方針だからということで、医師の意向が強いと感じる> (NsC23) <医者は、在宅のことをよくわかってないがゆえに、治療として完ぺきなものを求めるが、生活の場所に、それはちょっと無理だよとかそのトラブル感がある> (MC35) などの『退院に向けての目標が違う』や、<その場その場のケースで、退院の指標がなくて、それで毎回対立したりする> (MD129) <病棟は、治療がすんだら、自宅または次の療養先となるが、リハとしては、もう少しここでリハをやれば、ここから自宅に帰せるというものもあって、対立する> (MD33) <患者が ADL を落とさないようにリハがくるが、リハとしては、入院前の状況に戻して帰したいという思いと、家族は、ちょっと家は難しく、老健にという話でも、いやいや、家へ行けるでしょう、もうちょっと頑張るといってることがあって、退院支援

のギャップが生まれている> (NsB6) などの『退院の指標が曖昧のため、職種間で見解が分かれる』や、<治療方針が明確でなく、退院での家族への説明にタイムラグがあったりするので退院の予測が難しい> (NsA47) <入院時から退院も踏まえながらICをしてもらいたいが、医師は、ある程度検査をし、めどが立ったら退院を口にするため、家族も退院のことが考えられないので退院支援がスムーズにいかない> (NsB3) など『治療方針がわからないため支援が遅れる』のように、患者の治療方針や退院に向けての目標が統一されていない状況であった。

## (2) [職種間連携での意識]

この[職種間連携での意識]は、【思い込みや勝手な解釈】【勉強しようとする意識】【自信・コンプレックス】【職種によってヒエラルキーがある】【医師には逆らえない】【連携が図りやすくなった】【コミュニケーションを図るうえでの認識】の7カテゴリで構成されている。

### ①【思い込みや勝手な解釈】

【思い込みや勝手な解釈】は、38コード、3サブカテゴリ『思い込みや解釈の入った情報で話し合うため、かみ合わない』『患者・家族と医療職との考え方が違うのに、医療職の意見で決まる』『相手の立場を理解していない』で構成されている。

また、『思い込みや解釈の入った情報で話し合うため、かみ合わない』は、全職種から抽出されていた。

職種間連携での意識には、<話すときに、受ける側がどう認識したか、なので、そこがずれる> (MB167) <病院においてはそれがベストだったかもしれないけど、在宅でのベストは違うという考え方は、病院の医師には今のところ欠けている> (医 A8-2) などの意識や、<自分の見たものが正しいと思って、お互いに話していくから、うまくいかない> (MD102-1) <病院の医師や看護師は、外に出て行かず、在宅側も院内の職種の方たちから実際の話を知ったりとか、どう思ってるかを聞けないのでこの差は埋まらない> (MA14-2) <共有しなくてはならない情報が、各職種の解釈の入った情報で話し合っているためかみ合わない> (MD93-1) <最初の情報が、それぞれの職種によって解釈され、情報が微妙に違ってくる>など、事実ではなく、『思い込みや解釈の入った情報で話し合うため、かみ合わない』との意識があった。

また、＜退院支援とかに、一生懸命目を向けようっていう職種が増えれば増えるほど、家族がおいていかれる傾向があって、勝手に専門職間でこれがいいわねみたいな話になる＞（MC63）＜医療職が決めつけてしまい、最後にできたものが家族にフィードバックされるのはおかしいと思っている。自分の職種の立場は、こういう中で守ってあげるものだと思っている＞（MC64）などの『患者・家族と医療職との考え方が違うのに、医療職の意見で決まる』や、＜看護師がどういう人かわからない職種が多いため、看護師の立ち位置を伝えてから、話し合いに行かないとわかってもらえないままになる＞（NsC21-1）＜転院の依頼が来て、多少時間が掛かってしまっているときに、病棟から、本当に遅いとか、ソーシャルワーカーが入っているのに、全然進まないよねと言われる＞（MD15）など『相手の立場を理解していない反面、＜治ってないけど、認知症が残っているけど、退院してくださいって言わざる得ないんだと、相手の立場を理解できるようになると、そういう言葉が出てきても、理解できるようになった＞（MA21-2）など、理解しようとする意識もあった。

## ②【連携が図りやすくなった】

【連携が図りやすくなった】は、52コード、3サブカテゴリー『連絡も早めに入れてくれるようになった』『システムにより意識づけられ、窓口も明確になった』『連携に対しての意識・言葉遣いや態度の変化』で構成されている。

また、『連絡も早めに入れてくれるようになった』『システムにより意識づけられ、窓口も明確になった』『連携に対しての意識・言葉遣いや態度の変化』は、ほぼ全職種から抽出されていた。

職種間連携に対しては、＜看護師や医師に対して、困っている、通じにくいと感じることは減ってきている＞（訪 B16）＜地域連携室ができたことで退院調整が大きく変わった＞（訪 C19）＜介護保険、ケアマネと位置付けられていることで、変わってきていると感じている＞（ケ A16-4）＜病院も退院カンファレンスをやってくれるようになり、連絡も早めに入ってくる＞（ケ B11-2）＜病気があまり絡んでないと、連携で困難なことはない＞（ケ D92）など『連絡も早めに入れてくれるようになった』と認識していた。また、＜入院時の情報提供料があるので、ケアマネジャーも、病院に情報を出すようになり、退院の加算もあるので利が一致してきたため、いろんなお話が、ちょっとできるようになった＞（ケ E37）＜病院は窓口がわからなかったが、連携室ができたことでわかりやすくなった＞（訪 B73）＜MSW やケアマネの認知度が上がってきたのでやりやすくなった＞（MB162）＜連携加算のシステムによって連携を

することの意識づけになっている> (MB133) などの『システムにより意識づけられ、窓口も明確になった』や、<医師の意識も変わり、歯科医師も熱心になった> (訪 A57-2) <医師だけでは在宅は支えられないから・・・っていう言葉を最近してくださる先生方が増えてきている> (ケ A19-2) <叱る言葉や言い方も、相手を尊重した言い方になってきている> (ケ A69) <医師も在宅やケアマネに連絡を取ってくれるようになってきている> (ケ A16-2) など『連携に対しての意識・言葉遣いや態度の変化』のように意識も変化していた。

### ③【コミュニケーションを図るうえでの認識】

【コミュニケーションを図るうえでの認識】は、25 コード、3 サブカテゴリー『コミュニケーションで困っていることはない』『苦手意識も上下関係もないので話しやすい』『同じ職種の方がコミュニケーションを図ることが難しい』で構成されている。

『コミュニケーションで困っていることはない』は、全職種から抽出されていた。

コミュニケーションを図るうえでの認識は、<在宅の医者は、比較的みんなコミュニケーション能力は高いと思う> (医 A20-1) <MSW さんとのやり取りで、コミュニケーションで困ることはない> (医 C55) <地域は、コミュニケーションで対立というのはあまりない> (ケ C105) <地域の多職種連携は大体うまく行っていると思うし、病院のなかでも医師の力がかなり強くなるけどそれなりに均衡をたもってやっていると思う> (医 A21-1) <ほかの職種ともそんなに訊きにくいはない> (NsA67) <他職種のほうが理解を示してくれる> (ケ C63) など『コミュニケーションで困っていることはない』や、<一緒に考え、一緒にやりながら話をするようにしている> (NsB59) <上下関係で言いにくいということはない> (ケ C126) などの『苦手意識も上下関係もないので話しやすい』と認識しているが、その一方で、<医師とか、ソーシャルワーカーの人よりも、同じ看護同士のコミュニケーションのほうが取りにくい> (NsC21-2) <対外的な連携とかコミュニケーションよりも、院内の多職種のコミュニケーションのほうが一番労力を使う> (MA27-2) など『同じ職種の方がコミュニケーションを図ることが難しい』と認識していた。

### ④【職種によってヒエラルキーがある】

【職種によってヒエラルキーがある】は、45 コード、5 サブカテゴリー『病院の医療や医師が一番すぐれていると思っている』『職種でランク付けをされた』『自分たちに構えが

あって、勝手に格付けをしている』『上下関係もなく働きやすい』『職種によっては敷居が高く、畏れ多いと感じている』で構成されている。

また、これらの『病院の医療や医師が一番すぐれていると思っている』『職種でランク付けをされた』『自分たちに構えがあって、勝手に格付けをしている』『上下関係もなく働きやすい』『職種によっては敷居が高く、畏れ多いと感じている』は、医師やケアマネジャー、訪問看護師から多く抽出されていた。

＜病院の医療が一番上位で、医療のトップであるという考えが強い＞（医 A8-1）＜より高度なより専門が強くなるからこそ、その特権意識が出てくるから自分より上だとか下だとかという意識になる＞（医 A13-1）＜病院の他の看護師、薬剤師も在宅医療よりも優れたことをやっていると思っている＞（医 A11）＜医師同士であっても、病院の医師が一番優れていると思っている＞（医 A10）など『病院の医療や医師が一番すぐれていると思っている』だけでなく、＜医者、ケアマネがいて、看護師がいてとランク付けをされた＞（訪 A36-4）＜医師から、医者がいて、患者がいて、支える人がいるので、言うことを聞けと言われた＞（ケ D39-2）＜教育によって階級を付ける＞（訪 A38-1）＜福祉と医療は昔とは違うと言いながら、自分のバックグラウンドによって上下の意識がある＞（ケ D91）など『職種でランク付けをされた』と認識していた。しかしその認識も、＜自分たちで格付けをしている＞（ケ B38-1）＜医師のイメージは、私たちが勝手に思っている＞（訪 C127）＜医者はすごくて、偉くて、私たちは下僕みたいな感じがある＞（訪 C126）＜文化として、医者はえらいみたいな、そういうのが根底にある＞（医 C38-2）など『自分たちに構えがあって、勝手に格付けをしている』とも認識していた。

また、＜ここはフラットで働きやすい職場＞（ケ C134）＜医師がトップではなく皆対等という意識をもっている医師には、提案したり、何でも言うことができる＞（ケ B34-1）＜医療従事者の中で、上下関係っていう感じはない＞（NsB56-1）など『上下関係もなく働きやすい』と認識している一方で、＜医師・看護師は在宅や介護からすると敷居が高い＞（MA16-1）＜恐れ多い存在はMSWで、地域でも、医師や訪問看護師には、ちょっと引いてしまう＞（ケ A12）＜医療職に対して、恐れ多い存在と捉えているため、構えてしまい、言われたら何も言えない＞（ケ A10-1, 2）など、『職種によっては敷居が高く、畏れ多いと感じている』といった認識も持っていた。

⑤【医師には逆らえない】

【医師には逆らえない】は、7コード、2サブカテゴリー『病院は、治療の場なので医師が主導権をとるのは仕方がない』『医師には治療決定権や雇用されているため、逆らえない』で構成されている。

＜医師がトップ、狭い世界で完結しているグループはあるが、医者がトップなのでしょうがない＞（医 B34-4）＜病院だと、治療の場なので治療は医師が一番主導権を取るが治療のステージではそれでいい＞（医 A22-1）＜昔は医師の指示に看護師が従うという世界だったから、医師の言うことに逆らえない風潮がある＞（医 B34-1）など『病院は、治療の場なので医師が主導権をとるのは仕方がない』や、＜医師を怒らせると仕事を切られる＞（訪 A75-3）＜権威的な、雇われている、使ってくれる、使ってくれないというもある＞（訪 A77）＜医師には治療決定権があるので逆らえない＞（MB144）など『医師には治療決定権や雇用されているため、逆らえない』との認識があった。

⑥【勉強をしようとする意識】

【勉強をしようとする意識】は、26コード、3サブカテゴリー『知識をふやしたりお互いを知るために勉強をする』『勉強しようという意識の違い』『何を勉強したらよいかわからない』で構成されている。

職種間連携をするにあたって、＜お互いが共有しあえるには、お互いが勉強をして、入り込んでくるとよい＞（ケ B65）＜どのレベルまで勉強をすればよいのは職種によって違うが、どんな職業でもここまで知っていてね、と設定しての研修をするのが良い＞（医 B49-1）＜勉強しろよとは言わないが、知識を身につけるのは必要＞（医 B48）などの『知識をふやしたりお互いを知るために勉強をする』や、＜コミュニケーションが何で取れないのかって感じている人たちとそうじゃない人たちとの差が出てきている＞（MA14-1）＜研修会に来ている方は、いつも一緒に、来ない人が、問題が大きい＞（MA112）＜自分が受け身で相手に期待しているから難しい＞（ケ B54）＜情熱を持ってやろうとする人とシステムティックにやろうとする人では、意見が食い違いずれもでる＞（ケ C74）など『勉強しようという意識の違い』もある。また、『何を勉強したらよいかわからない』のように、＜もっと勉強して来いと言われるが、何の勉強をしてこいと言っているのかわからない＞（医 A41-2）＜在宅でも、レベルをどこまで求めるかは、勉強しろと言ったのが、言われた方があまりにも知らなさすぎたの

か、言ったほうがそこまでやらなくていいことを、職種を考えないで言っているのかによっても違う> (医 B49-2) や<いろいろな職種の人に、他職種の勉強をすることを求めるのはよくないと思っている> (医 A41-3) <他職種の勉強ではなく、今まで学習してきたことをしっかりと活かしてほしい> (医 A40) などと認識していた。

#### ⑦【自信・コンプレックス】

【自信・コンプレックス】は、11コード、2サブカテゴリー『プライドや自信・誇りがある』『自分自身に引け目やコンプレックスがある』から構成されている。

『プライドや自信・誇りがある』『自分自身に引け目やコンプレックスがある』は、主に、MSW、ケアマネジャー、訪問看護師から抽出されていた。

<今まで培ってきたプライドによって、考え方に違いがある> (ケC65) <面接の技術とか、情報収集能力は、看護師よりもワーカーのほうが、訓練もしてきているし、圧倒的に違うと自負している> (MD149-2) <医療職は自分の職業に対し自信と誇りがある> (ケA14) など『プライドや自信・誇りがある』と認識する一方で、<物事を聞く、連絡するとかいうこと自体に、自分に引け目や負い目を感じている> (MA16-2) <ヘルパーは、普通の家庭の主婦がアルバイトでやっていたようなことなのでごく低くみられている、誰でもできるんじゃないかと思われている> (訪 A38-2) <こんなこともわからないのかよと言われるような気がする> (MA70) など『自分自身に引け目やコンプレックスがある』と感じていた。

#### (3) [認知症および認知症患者に対する認識]

[認知症および認知症患者に対する認識]は、83コード、18サブカテゴリー、6カテゴリー【認知症症状のある患者は多い】【入院することによる認知症の悪化】【病院では、認知症と言われてしまう】【家族の受け止め方や介護力不足】【認知症患者の退院調整】【認知症患者の退院】の6つのカテゴリーで構成されている。

#### ①【認知症症状のある患者は多い】

この【認知症症状のある患者は多い】は、24コード、4サブカテゴリー『身体疾患で入院している人のベースに認知症がある』『認知症患者は増えている』『入院している患者は認知症を持っている』『以前から認知症患者はいる』から構成されている。

また、このカテゴリーは、どの職種からも、抽出されていた。

<癌で関わったりとか、他の病気でかかわったり、誤嚥性肺炎でということだったり、骨折だったりするが、もともとのベースが認知症で転倒して、骨折して入院して帰ってくる方が多い>（訪 A1-2）<ベースには、認知症ありで、他の疾患もありで帰ってくる方が多い>（訪 A1-6）など『身体疾患で入院している人のベースに認知症がある』患者が多く、また、<認知症を伴っている方はどんどん増えてきていると感じている>（医 B2）のように『認知症患者は増えている』と認識していた。また<認知症を今持つてる患者は、以前からいらっしゃるっていう意味では、そんなにここにきて突然増えたなっていう印象はない>（MC5）<病院で関わってた以上に、在宅で見ている人って認知症が多いんだなっていう印象も強い>（訪 C8-1）といった『以前から認知症患者はいる』や<認知症あるなしだけで考えたら、半々ぐらいは認知症か高齢者方はある方は多いと思います>（訪 B2）<実際にいま認知症をもった方の入院って、すべてほとんどです>（NsA9）<診断はされてないにしろ、認知症の軽い症状があるような方っていうのは、ほとんどの方にある>（訪 C82）のように、『入院している患者は認知症を持っている』と認識していた。

## ②【入院することによる認知症の悪化】

【入院することによる認知症の悪化】は、13 コード、2 サブカテゴリー『病院に入院すると認知症は悪化する』『病院のペースや抑制によって、認知症が悪化している』で構成されていた。

『病院に入院すると認知症は悪化する』は、医師、ケアマネジャー、訪問看護師から、『病院のペースや抑制によって、認知症が悪化している』医師とケアマネジャーから抽出されていた。

<入院期間にもよるが、認知か、身体レベルもかなり悪化している>（ケ B5-3）<体はよくなったけれども、認知症があるがゆえに、ご家庭で過ごすことは困難になることがある>（医 C12-1）<入院によって認知機能がさらに悪化してしまって、自宅で受け入れができないっていう状況が一番多い>（医 C12-2）のように『病院に入院すると認知症は悪化する』と捉えており、<特に認知の人っていうのは、拷問されているみたいな感じですよ、清拭だけでも、陰部洗浄でも誰でも人にやられたくないことだし、恐ろしいことをされているので抵抗して、それが認知がひどいってことになって、縛られちゃうってことになる>（医 B70）や、<発熱があつたりして入院となる。ふだん慣れてないところだったり、ご本人のペースじゃなくて、やっぱり治療

の一環としていろんなケアが、機械的に行われる。私たちからの言い方ですが、時間時間でこれをしなくちゃってというのは、ご本人の、ちゃんと納得っていうようなところにつながらなくて、いろんなことをされちゃうと、認知症の方って混乱しちゃうことが多いのかなという印象がある。そういう流れに乗れないと、やっぱり治療がうまく進められないっていう認識になる> (ケ E12) のように、『病院のペースや抑制によって、認知症が悪化している』と認識していた。

### ③【病院では、認知症と言われてしまう】

【病院では、認知症と言われてしまう】は、4コードと2サブカテゴリー『同じ症状でも病院では、認知症と言われ問題となる』『認知症でないのに認知症と言われる』で構成されていた。

『同じ症状でも病院では、認知症と言われ問題となる』は、医師と看護師から、『認知症でないのに認知症と言われる』はケアマネジャーから抽出されていた。

<家にいればせん妄じゃないのが、入院するとせん妄になる> (医 B67) <家では目立たなかった認知症症状も、入院することによって目立ち、浮き彫りに出される> (NsA10-1) のように、『同じ症状でも病院では、認知症と言われ問題となる』や、<今非常に困るのは、認知症と言われていても、精神が今非常に多い。うつ病であったり、統合失調症、それらをまとめて認知症とした扱いをしているふしがある。その人たちが認知症という形で退院されてしまうのが結構多い> (ケ B4-1) とすべて認知症と捉えられていた。

### ④【家族の受け止め方や介護力不足】

【家族の受け止め方や介護力不足】は、17コードと4サブカテゴリー『患者ではなく、家族が認知症というケースもある』『家族の受け止め方が違う』『介護力不足のため行き先が決まらない』『施設に行くよりも自宅に帰す』で構成されていた。

<キーパーソンになるご主人とか奥さんも、やや認知症がある> (MB27-2) <患者は認知症じゃなく、一緒に住んでいる方が認知症で、その患者のお世話をしていたけれど、そのお世話をしていた側の方が病気になったというケースもある> (MB27-3) のように、『患者ではなく、家族が認知症というケースもある』。また、<ご家族が、家ではしっかりしてたから、それは認知症はないんじゃないかという方もいるが、認

知症は多い> (NsA10-2) のように『家族の受け止め方が違う』場合や、<介護者の介護力が不足で、または見ている家族が、お仕事で日中いらっしやらないから、介護ができないという方達が多い> (訪 A3-3) <自宅に戻る場合では、たいてい独居だったり、2人暮らしだったりするので、お薬の管理ができないとか、お食事・排泄の管理、日常生活が一人ではできない人達が多い> (訪 A3-2) <認知の方の世話をしている方は、いっぱいいっぱいなので、骨折をしてリハビリテーションのために入院したりすると、出来ていたことが、さらにできなくなることがある。そうすると入院をしてそのケアから解放されたということに、後もどりでできなくなっちゃってもう面倒見れませんよとか、このまま入院させてくださいという方は結構います> (医 B3-2) のように、『介護力不足のため行き先が決まらない』や<施設を当たったんですが、施設は受け入れてくれないので、しょうがないから、おうちに帰った> (ケ E20) や<施設に行くというよりも、自宅に帰すケースが多い> (ケ A2) などのように『施設に行くよりも自宅に帰す』状況であった。

#### ⑤【認知症患者の退院調整】

【認知症患者の退院調整】は、13コードと3サブカテゴリー『認知症患者の退院調整はしていない』『元の疾患が治っていると、認知症患者には、訪問看護は入れてもらえない』『症状によって、退院調整の職種が違う』で構成されていた。

また、このカテゴリーは、主にケアマネジャーと訪問看護師から抽出されていた。

<認知症の方々は、福祉道具をそろえることが、あんまりなかったりするるので、退院の日にちを調整しなくても看護師とヘルパーが調整すればよいので、行く日程さえ揃えばよい> (訪 A8-2) <私のケースはそんな退院の方で認知症でっていうのは、今あんまり思い浮かばない> (ケ D5) <認知症患者の退院は、全く問題がない> (医 C19-1) のように『認知症患者の退院調整はしていない』や、<認知症の人は、自分で病状を訴えられないので、看護で、今の体調はどうなのかって把握することはとても重要。しかし、体調が落ち着いているとまず看護が入れてもらえないというのが状況> (訪 B4-1-1), <認知症があっても、元の病気が治っていると、訪問看護の依頼はすごく少ない> (訪 B4-1) などのように『元の疾患が治っていると、認知症患者には、訪問看護は入れてもらえない』状況であった。そのため、退院調整では、<認知症の場合、看護も入れましようってお願いしたけど、いらないってご本人が言うので全く入れてなくて、ヘルパー、ケアマネジャー、支援相談員の三人とそこに奥さんが入っていった感じ> (ケ E72-2) のように『症状によって、退院調整の職種が違う』状況であった。

## ⑥【認知症患者の退院】

【認知症患者の退院】は、12コード、3サブカテゴリ『認知症症状があるために退院となる』『認知症だからといって急な退院はない』『退院の条件』で構成されていた。

また、このカテゴリは、主にケアマネジャーと訪問看護師から抽出されていた。

＜せん妄が出たので、翌朝には帰ってくるっていうようなことは、何度か経験している＞（ケ E10-2）＜点滴が終わったからもう退院っていう感じで、あといついつまでに退院できるよねみたいな感じ＞（NsB23-2）＜認知症があつて治療しなきゃいけないとは思うがなかなかできていない＞（ケ E15）のように『認知症症状があるために退院となる』状況だったり、＜認知症があるからといって、急な退院はない＞（ケ D13, 14）＜認知症患者だからというよりも、本当現場感覚だと、その事業所の色で決まるかなという感じ＞（MC7）のように『認知症だからといって急な退院はない』や、＜それまでの、サポート体制がどうなっているのかの確認がまず第1. その人にケアマネがついていたり、訪問看護、訪問介護、訪問診療がついてればそれを引き続いて現状を説明して、さらにプラスαでどういう介護看護が必要かを調整していただいて家に返す＞（医 B4）のように『退院の条件』を考え退院させている病院もある状況であった。

## 3) 職種間連携での感情

職種間連携での感情は、〔職種間連携でのネガティブな感情〕の1コアカテゴリである。

### (1) 〔職種間連携でのネガティブな感情〕

〔職種間連携でのネガティブな感情〕のコアカテゴリは、【怖いと感じる】【言い方や対応で心が傷つけられる】【ストレス】【失敗を恐れることでの苦手意識】【感情を共有する】の5カテゴリで構成されている。

#### ①【怖いと感じる】

【怖いと感じる】は、16コード、5サブカテゴリ『職種によって怖いと感じる』『怒鳴ったり、怒ったりするので怖い』『雰囲気や言い方が怖い』『初対面や知らないので怖いと感じる』『医師に対して、怖さやストレスは緩和してきている』で構成されていた。

また、『職種によって怖いと感じる』は、MSW、ケアマネジャー、訪問看護師から、『怒鳴ったり、怒ったりするので怖い』は、訪問看護師と医師から、『雰囲気や言い方が怖い』は、MSEとケアマネジャーから、『初対面や知らないので怖いと感じる』は、MSWと医師から、『医師に対して、怖さやストレスは緩和してきている』MSW、訪問看護師、医師から抽出さ

れていた。

<ヘルパーは看護師が怖い> (訪 A41-2) <在宅から行くと病院は怖い> (MB102) <事業所のケアマネは、怖いというイメージが抜けきれないので、ケアマネジャーと訪問看護師が、仲良くなれたらいいのになってすごく思う> (ケ E83) など『職種によって怖いと感じる』や、<医師は怒鳴るので怖いと感じるため言ったり聞いたりできない> (訪 A75-2) <言葉じりで切れて怒ったりする医師は怖いと感じるため、その医師とはあまり組まない> (訪 A33-2) <すぐおこる医師もいるので、話すのは怖いというのはあるみたい> (医 B23-1) などの『怒鳴ったり、怒ったりするので怖い』や、<白衣、サンダルっかけて、ぺたぺた歩く姿が怖い雰囲気> (MA77) <ボンボンボンって言われると怖いと感じる> (ケ D71) <看護師は医療の目から、「保清が足りません」って言うだけで終わるため、訪問看護ステーションの看護師は怖いと感じている> (ケ E84) などの『雰囲気や言い方が怖い』と、職種によったり、怒鳴られたり怒られたりした経験、雰囲気や言い方によって怖いと感じていた。また、<初対面だから、怖いと感じる> (医 B56) <知らない者同士なので怖い> (MB105) など、『初対面や知らないので怖いと感じる』こともあった。

また、<医者同士で怖いっていうのはない> (医 C38-1) <医師は怖くないと話しているので、スタッフの気持ちも変わってきている> (訪 A32-2) <ストレスはとてもあったが、今はだいぶ緩和した。退院支援ナースができたことによる影響は、すごく大きい> (MD165-1) など『医師に対して、怖さやストレスは緩和してきている』ように認識の変化もある。

## ②【言い方や対応で心が傷つけられる】

【言い方や対応で心が傷つけられる】は、9コード、3サブカテゴリー『冷たい言い方や対応をされて、心が折れた』『思い通りに進まない腹立たしさをぶつけられ傷ついた』『相手を尊重せず思いやりがないと感じる』から構成されている。

また、『冷たい言い方や対応をされて、心が折れた』『思い通りに進まない腹立たしさをぶつけられ傷ついた』『相手を尊重せず思いやりがないと感じる』は、主にMSWから抽出されていた。

<何しに来たのって冷たい言い方や冷たい対応をされると、心が折れて、言いたくても言えない> (MA17) <依頼をしてくるタイミングも遅く、そこから患者、家族とお話しすると退院まで1週間では難しいが、その共有が図れず、そのときに言われた言葉

でその日は泣きそうだった> (MD16) <挨拶に行ったのに1時間ぐらい、苦情を言われて、やる気を失った> (NsB66, 67, 68) など『冷たい言い方や対応をされて、心が折れた』や、<ナース側が、自分のほうの業務優先でお願いをしたが、思い通りに進まなかったことで、その腹立たしさを言葉によって言われ、傷つけられた> (MD18) <本当に思うからこそその助言だったのが、ケアマネの交換・変更させられ、悲しそうだった> (MD94, 95) の『思い通りに進まない腹立たしさをぶつけられ傷ついた』ことで、<相手を思いやる気持ちがないため、伝わりにくい言葉を使っている> (ケ A24-2) など『相手を尊重せず思いやりがないと感じる』と認識していた。

### ③【ストレス】

【ストレス】は、9コード、2サブカテゴリー『言えないことに対してストレスを感じている』『ストレスの解消をしている』から構成されている。

また、『言えないことに対してストレスを感じている』は、ケアマネジャーと訪問看護師から、『ストレスの解消をしている』は医師以外の職種から抽出されていた。

<会議もストレスがたまる> (訪 A71) <医師に言える人とそこも言えない人にとっては葛藤> (ケ B35) <切れる医師でなくても入りにくい> (訪 A34-1) などの『言えないことに対してストレスを感じている』とストレスを感じているが、<ストレスを感じることもあるんですけども、何かそういうものだっていうふうに思っている自分もいる> (MC49) <あんまり仕事のことは考えずに、家事や友達としゃべったりとかして、ストレス解消をしている> (NSB-44) <機嫌が悪い理由も忙しいんだろうとか、ごめんなさいね、こんなときに来ちゃってって思いながらすごすごと帰り、自分の仕事に差し障りがなかった、もう悲しくなっちゃったって言ってすっきりして次につなげる> (訪 C68) など『ストレスの解消をしている』状況であった。

### ④【失敗を恐れることでの苦手意識】

【失敗を恐れることでの苦手意識】は、19コード、3サブカテゴリー『失敗を恐れるので、人と話をするのが苦手と感じる』『コミュニケーションが苦手な人は、相手がしてくれないと思っている』『コミュニケーションが上達するように場数を増やしたり、緊張しない工夫をしている』から構成されている。

また、『失敗を恐れるので、人と話をするのが苦手と感じる』『コミュニケーションが苦手な人は、相手がしてくれないと思っている』『コミュニケーションが上達するように場

数を増やしたり、緊張しない工夫をしている』は、主にケアマネジャーから抽出されていた。

＜失敗を恐れるので、苦手だと感じる＞（ケ B40）＜そんなことまで知らないの？  
って言われちゃった時に、言われちゃった人は別の人に聞くという方法もあるのに、  
そこでもうおしまいにしてしまう＞（医 B53-1）＜コミュニケーション・スキルの問  
題やその人の特性や経験にもよる＞（NsA96）などの『失敗を恐れるので、人と話をす  
ることが苦手と感じる』や、＜コミュニケーションが苦手な人は、こっちがわかるよ  
うに努力しようではなく、向こうが私に合わせて話してくれないと思っている＞（ケ  
B56）＜私の言うことがわかってこない、相手が悪いと思っている＞（ケ B57）など  
の『コミュニケーションが苦手な人は、相手がしてくれないと思っている』と感じて  
いた。

また、＜自分から入っていくことで、受け入れてもらいやすくなってきているな  
って感じる＞（MB171-1）＜言えるようになるためには、場数、経験が必要で、失敗して  
もいいからという思いになるまでには、場数を踏むこと＞（ケ B52-2）＜まず言える  
環境を作り、色々な場にどんどん出ていく、チャンスをもたらうってことが大事で、失  
敗を恐れない＞など『コミュニケーションが上達するように場数を増やしたり、緊張  
しない工夫をしている』状況であった。

## ⑤【感情を共有する】

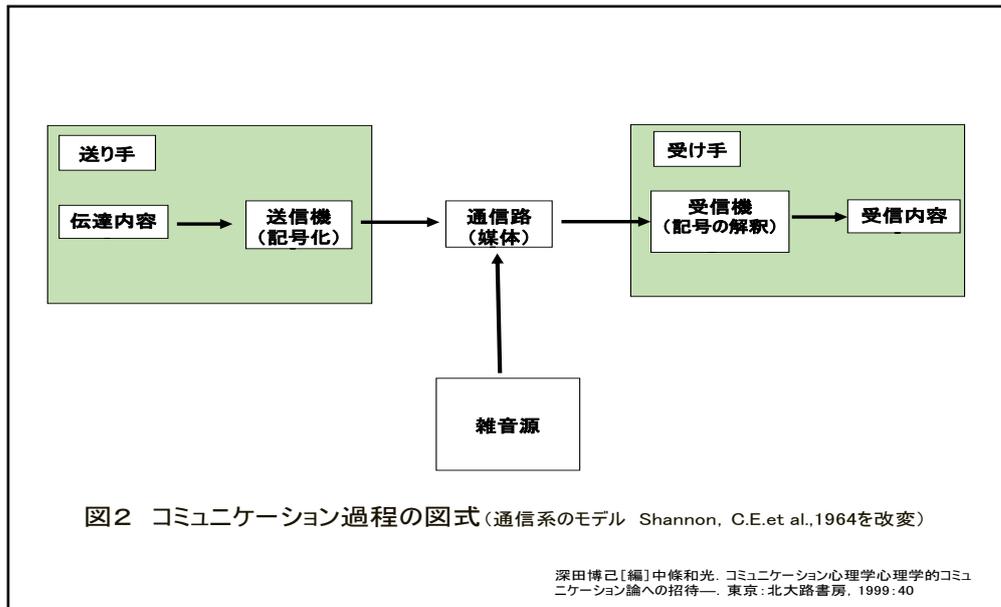
【感情を共有する】は、6コード、2サブカテゴリ『悩んだり、傷ついたりしたとき  
に話せる』『同じ職種がゆえにわかってもらえない』で構成されている。

職種間連携におけるネガティブな感情は主に、MSW、ケアマネジャー、訪問看護師から抽  
出されていた。また、『悩んだり、傷ついたりしたときに話せる』は、MSWとケアマネジャ  
ーから、『同じ職種がゆえにわかってもらえない』はケアマネジャーから抽出されていた。

＜退院支援看護師と困難な事例の時に、感情の共有ができる＞（MD140-2）＜社会的  
な背景があることを共有してくれる方がいるので、すごく精神的にもありがたく、ほ  
かにどういう方法があると一緒に考えていける＞（MD137）＜傷ついたときには、こん  
なことを言われてと話ができたことで、自分の中でも気持ちの整理がついたりする＞  
（MD137）など『悩んだり、傷ついたりしたときに話せる』や、＜同じ職種がゆえに分  
かってもらえないことが、思いが複雑になる＞（ケ C 62）の『同じ職種がゆえにわか  
ってもらえない』との感情もあった。

#### IV 考察

コミュニケーション・モデルには、Shannon-Weaver モデルや SMCR モデルなどいろいろあるが<sup>66) -70)</sup>、Shannon と Weaver<sup>71)</sup> によって作成された直線モデルをもとに中條<sup>72)</sup> がコミュニケーション過程の図式を作成している(図2)。これは送り手から、伝達内容をメッセージ(言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーション)として受け手に伝え、受け手がそのメッセージを受信し、受診内容を受け取るという過程である。



認知症患者の退院をめぐる職種関連携で考えると、伝達内容は、退院に向けて必要な情報を伝達し、共有することとなる。そこで、本研究で得られた結果を上記の、コミュニケーション過程の図式(通信系モデル)にあてはめ、職種間連携でのコミュニケーションの認識とコミュニケーションギャップの要因を表したものが、図3である。

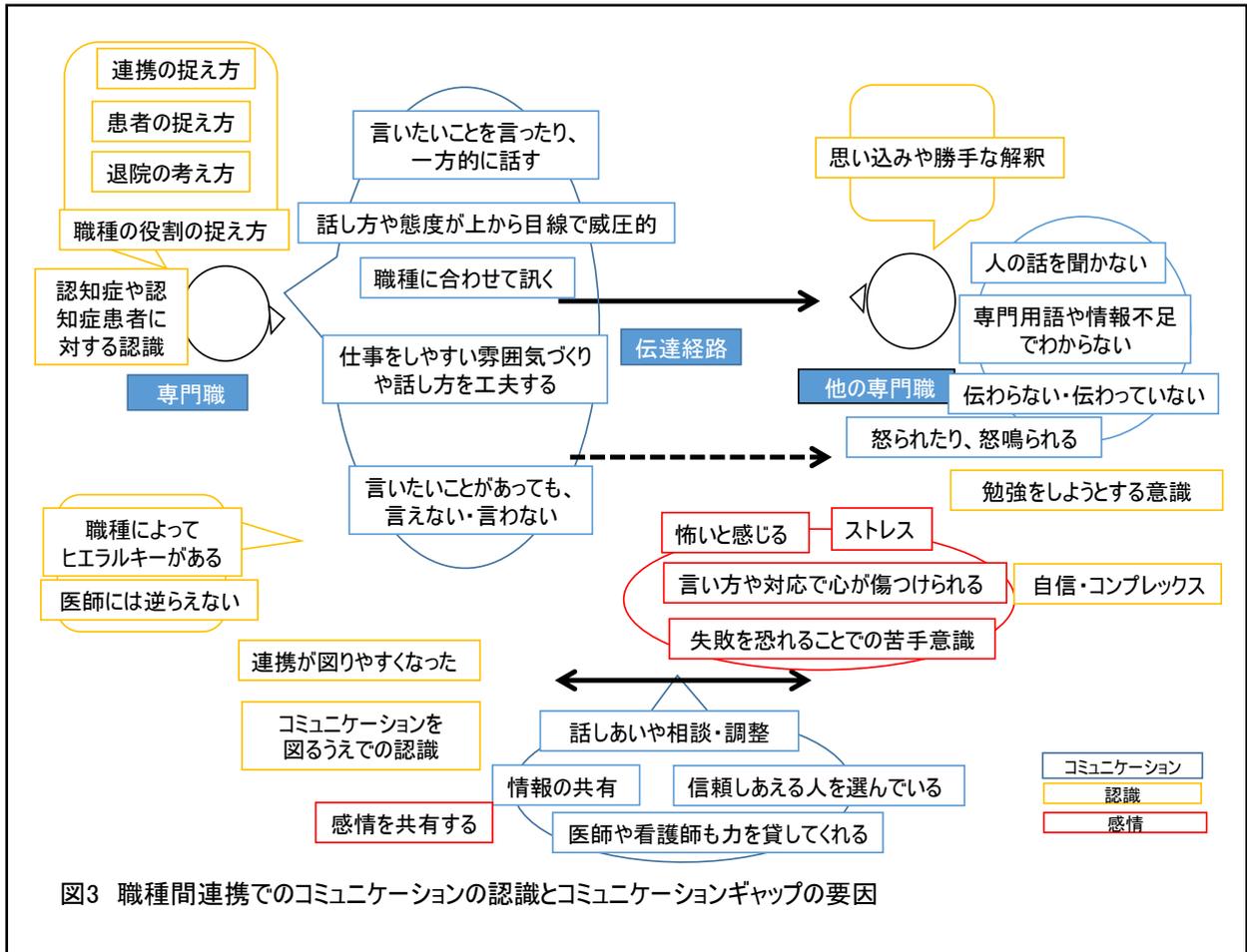


図3 職種間連携でのコミュニケーションの認識とコミュニケーションギャップの要因

1. 認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーション過程

1) 職種間連携でのコミュニケーションとコミュニケーションでの認識

認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションは、次のような特徴があった。

(1) 【言いたいことを言ったり、一方的に話す】【話し方や態度が上から目線で威圧的】【人の話を聞かない】

職種間連携での、コミュニケーションでは、【言いたいことを言ったり、一方的に話す】【話し方や態度が上から目線で威圧的】【人の話を聞かない】といった言語的コミュニケーションや非言語的コミュニケーションの特徴があった。有田ら<sup>73)</sup>は、医療従事者のコミュニケーションは、患者と医療従事者のあいだには、非専門家と専門家、治していただく側と治す側というように心理的な力関係が生じやすく、結果として医療者から患者への指示や指導といった、一方的なコミュニケーションに陥りがちな傾向があると述べている。しかしこれは、患者と医療従事者との間に限らず、職種間連携においても、医療に対する専

門家と非専門家、指示を出す側と指示を受ける側というような役割があることから、職種間連携でも一方的に話すコミュニケーションが図られているのではないかと考えられた。

また、一方的に話す中では、退院の連絡の場面が多かったが、これは、平成15年から閣議決定に基づいて行われた、DPC制度によって、診療報酬の点数算定が変わり、入院日数が短縮された<sup>74)</sup>、病院のシステムによる影響もあると考えられた。

また小玉<sup>75)</sup>は、患者とのコミュニケーション関係が取れないのは、看護場面の多忙さであると述べている。看護師は、計画されたケアを限られた時間の中で実施することが求められているが、ベッドサイドで求められる対応は、患者の状況によって刻々と変わり、しかも「待たなし」である。また、多忙さによる説明不足や不用意な言葉かけによって、患者側との信頼関係が壊れる場合もある。Burnard & Morrison<sup>76)</sup>によると、看護師のコミュニケーション不全を生む背景要因として、看護職独自の組織文化、業務の多忙さ、患者ケアによる情緒負担、課題優先の行う態度などがあげられていた。しかしこれは、医療現場ではよくある状況で、看護師に限ったことではない。それぞれの職種は、行わなければならない援助を、時間内にこなせば良い(量)というわけではなく、一人ひとりの患者に合わせた援助が求められており、量も質も求められている。つまり、質の良い援助をしようとするほど、時間もかかり、多忙な状況となっているのである。また、医療現場は、突発的なことも多く、計画通りには進まないことも多い。これらのことにより、各職種の独自の文化や業務の多忙さなどが、【言いたいことを言ったり、一方的に話す】【話し方や態度が上から目線で威圧的】【人の話を聞かない】といったコミュニケーションにも繋がっているのではないかと考えられた。

(2) 【言いたいことがあっても、言えない・言わない】【職種に合わせて訊く】【仕事をしやすい雰囲気づくりや話し方の工夫をする】

【言いたいことがあっても、言えない・言わない】【職種に合わせて訊く】【仕事をしやすい雰囲気づくりや話し方の工夫をする】は、職種間連携をするにあたり、関係性を壊さないようにしたいという思いがこのようなコミュニケーションの特徴となっていると考えた。チーム医療推進方策検討ワーキンググループ<sup>77)</sup>によると、より良い医療を実践するためには、医師、歯科医師に全面的に依存するのではなく、医療チームがお互いに協働し、信頼しあいながら医療を進める必要があり、医師、歯科医師はチームリーダーとしてチームワークを保つことが必要であるとしている。発言力が強い医療職の意見が反映されがちで、また、自分の役割や立場に固執しすぎると、相手とぶつかる要因になる<sup>78)</sup>。また樋口は<sup>79)</sup>、人間関係のうえで、日本人は対立を好まない。心でどう思おうと、表面上はスムーズにことが運ぶように努力すると述べている。このようなことより、職種間連携のチームワークを保つために、【言いたいことがあっても、言えない・言わない】【職種に合わせて

訊く】【仕事をしやすい雰囲気づくりや話し方の工夫をする】といった、コミュニケーションを図っていると考えられた。

また、【話し方や態度が上から目線で威圧的】や、過去に【怒られたり、怒鳴られる】経験などによって、【怖いと感じる】【言い方や対応で心が傷つけられる】といったことで、【言いたいことがあっても言えない・言わない】にも繋がっていると考えられた。

さらに、＜「何かあったら来ていいよ」といいながら、実際に行くと「なんでこんなに来たんだ」みたいに言われる＞（訪 B18-1）、＜忙しい中で話をしてくださるので聞きにくく、また全員がケアマネジャーに対してウェルカムの感じではない。連携といいながらも、病棟での立ち話程度で、応じてくれるが、そのときは話しにくい＞（ケ D35）というような、ダブルバインド現象が起こっていることによっても【言いたいことがあっても言えない・言わない】に繋がっていると考えられた。

他職種から怒られたり怒鳴られたりした経験は、「怖い」「心が傷つけられる」といったネガティブな感情に繋がる。また、コードの内訳をみると、特定の職種だけでなく、どの職種も、お互いの関係性の中で、怖いと感じており、話す雰囲気や言い方、初対面によっても「怖い」「心が傷つけられる」と感じていた。西條<sup>80)</sup>は、「感情を契機とした問題は、ほとんどの場合、自分が否定されたと感じることにより生じる」と述べており、職種間での対人関係にも影響していると考えられる。

一般に心身的な不快をもたらす要因をストレスと呼ぶが、それが非常に強い心的な衝撃を与える場合には、その体験が過ぎ去った後も体験が記憶に残り、精神的な影響を与え続けることがあるといわれている<sup>81)</sup>。川野<sup>82)</sup>は、ある出来事や状況がトラウマになるかどうかは、個人（の体験）によって異なってくると述べており、「なぜ、私？」「なぜ、私たちに？」「なぜ、私たちに何回も？」という無力感や「納得できない」という思いのなかで出来事や状況に対する個人の体験が形成されるとも述べている。

さらに、【職種によってヒエラルキーがある】【医師には逆らえない】の認識が、【言いたいことがあっても言えない・言わない】に繋がっていると考えられた。これは、【自信・コンプレックス】とも関係していると考えられ、E., フリードソン<sup>83)</sup>はヒエラルキーを、「制度化された専門技能の階層性 (hierarchy of institutionalized expertise)」と名づけている。この考えによると、専門職といわれる職業集団の間には、支配的な地位にある専門職と、それ以外の専門職という決定的な相違があり、階層構造が形成される<sup>84)</sup>。篠田<sup>85)</sup>は、医療・福祉の階層構造（ヒエラルキー）とは、医師を頂点としたピラミッド型の組織をいい、医師の業務独占により、医師でなければできない行為が明確であること、コメディカルは、医師の指示がなければ業務を遂行できない仕組みになっていることも関係していると述べている。

これらの【職種によってヒエラルキーがある】【自信・コンプレックス】は、それぞれの

職種の基本教育制度の違いも関係していると考えている。例えば医師の職種は、大学の医学部に入学するのも難しいのが現状である。また、医学部医学科の就学年数は6年間で、その後、国家試験を合格し医師免許を得たうえで、所定の研修施設で2年間の初期研修を受けて<sup>86)</sup>、医師として勤務する。このように、その職業になるまでの難易度や教育された期間、国家資格など、職種の基本教育制度や資格などの違いが、自信やコンプレックスにも影響していると考えている。

さらに、コミュニケーションを図ることに対して、【失敗を恐れることでの苦手意識】もあり、これらのことより、【言いたいことがあっても言えない・言わない】【職種に合わせて訊く】【仕事をしやすい雰囲気づくりや話し方の工夫をする】といったコミュニケーションを図っていると考えている。

### (3) 【伝わらない・伝わっていない】【専門用語や情報不足で伝わっていない】

コミュニケーションには、言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションがある。相手に情報を伝える場合、「言葉」や「文字」で、相手に伝えることになる。「言葉」や「文字」は、情報が絞り込まれた、抽象的な事しか伝えられないという特徴がある。そのため、言語的コミュニケーションの「言葉」、「文字」で伝える場合には、どうしても、相手に十分に伝えることができないことも【伝わらない・伝わっていない】となっていると考えられた。P.F. ドラッカー<sup>87)</sup>は、「どのように上手に話しても、一方的に話したのでは話は通じない」と述べており、「言葉」、「文字」だけでなく、その話し方によっても、情報が正しく伝わらない。また、伝わらない原因には、【思い込みや勝手な解釈】も考えられた。受け手は、個人の過去の経験、知識、能力、欲求、感情などの様々な要因に依存している<sup>88)</sup>といわれているように、言葉は、受け手によって、さまざまな解釈が可能であり、言葉から受けるイメージも、個人差や職種によって違いがあり、それが思い込みや勝手な解釈となって、【伝わらない・伝わっていない】に繋がっていると考えられた。

また、情報を伝える場合に、【専門用語や情報不足で伝わっていない】状況も伺えた。医療現場には、専門性の高い多職種が混在しており、互いに専門用語や略語を多く用いる<sup>89)</sup>。田代<sup>90)</sup>は、医師（他職種）と看護師では、教育課程の内容が大きく異なり、このことが臨床上で交わされる「言語」に違いをもたらし、さらに、「言語」が異なることで伝わり方も変わってしまうと述べている。大塚ら<sup>91)</sup>も、各専門職は、独自の教育を受けており、独自の専門用語を使っているが連携して支援を行うには他の職種にもわかりやすい言葉を使って説明する必要があるとしている。しかしその一方で、他の職種のことを配慮しないで、自分の領域の専門用語で話す職種も多いと言われているとも述べている。また、有田ら<sup>92)</sup>は、医療従事者は、常に迅速性、緊急性が優先されているので、医療従事者同士の会話は「主語のない主観的な指示」が多く、受け手のとり方によっては送り手の意図とは異なる

解釈をしてしまうこともありうる」と述べている。国立国語研究所<sup>93)</sup>は、患者に言葉が伝わらない原因として、①患者に言葉が知られていない、②患者の理解が曖昧だったり、中途半端な情報や知識、違う意味と混同して思い込んでいる、③患者に理解を妨げる心理的要因があるとし、患者にとってわからない言葉は、音としてしか入ってこないし、全く間違った解釈をしてしまうこともある<sup>94)</sup>。ここでは、患者に言葉が伝わらない原因として述べられていたが、これは、患者だけでなく、職種間連携でも同じであると考えている。このように、自分では伝えたつもりでも、相手にその知識が備わっていなかったり、曖昧な言い方や曖昧な理解の違いによって、【伝わらない・伝わっていない】と考えられた。

#### (4) 【話し合いや相談・調整】

【話し合いや相談・調整】では、『お互いに相談し合える』と認識している一方で『十分に話し合いができない』とも感じていた。これは、職場や職種によって、相談し合うことができたり、十分な話し合いができなかったりしているために、相反する認識があるのではないかと考えた。穂高<sup>95)</sup>は、看護師の業務は非常に多忙であり、患者の生活援助や症状への対応など常に生じる患者のニーズに対応している。看護師はカンファレンスやラウンドに参加するためのまとまった時間がとりにくいことが考えられ、他職種と連携・協働していくためにはそのための時間や業務調整が必要であると述べている。これは、看護師に限ったことではなく、先ほど述べたように、どの職種も多忙であるため、カンファレンスや話し合いの時間の確保が難しいことが推察される。また、話し合いをしても、人の話を受け入れないケースや、一方で、自分の意見を伝えないケースもある。篠田<sup>96)</sup>は、特に専門職は自分の専門性ばかり主張すると、チームは硬直化してしまう。専門性と連携は車の両輪であり、「専門職であることは専門職連携ができること」(IPW が実践できる人)といわれるゆえんであると述べている。またその一方で、日本人が大切にしているチームの「和」は、しばしば誤解されやすく、意見が対立することをあまり好まず、自己主張せずに、組織の決定に順応に従っていくことと考えられている<sup>97)</sup>といわれている。このように、『お互いに相談し合える』や『十分に話し合いができない』は、話し合いができるカンファレンスや会議のような「場」だけの問題だけでなく、カンファレンスや会議での意見の出し方や話しあうこと自体ができていないとも考えられた。

【情報の共有】は、『情報を共有し、解決に向けて共有認識している』の一方で、『情報共有の手段によっては誤解を招く』と認識していた。【情報の共有】の手段には、先ほど述べたカンファレンスや話し合いの場だけでなく、【情報の共有】方法にも影響があると考えている。有田ら<sup>98)</sup>は、医療職でのコミュニケーションの特徴として、コミュニケーションの媒体(チャンネル)の多様性をあげている。有田ら<sup>99)</sup>は、電子媒体などを用いた情報の一元化が進んでいるとはいえ、医療現場で用いられている情報伝達的手段としては、い

まだ、カルテ、画像フィルム、検査報告書など紙を中心としたアナログ媒体で行われることは多い。また電話やPHSなどの音声媒体の他、メールやファクシミリなどの文字媒体での連絡を行うなど、多様であると述べている。電子カルテシステムの整備率は、2002年は一般病院全体で1.3%であったのが、2011年には21.9%に上昇している。病床数400以上の大規模病院ではより整備が進んでおり、2002年の2.9%から、2011年には57.3%に達している<sup>100)</sup>。つまり、電子カルテシステムが普及されてきているとはいえ、それは病床数が400以上の大規模病院である。病床数が400以下の病院や診療所は、まだ十分に電子カルテシステム普及していないのが現状である。そのため、このような紙媒体ではリアルタイムでの情報共有も難しく、各職種への情報伝達にも手間がかかるため、各職種が持っている情報は、経時的にも統一できず、管理も難しいのではないかと考えた。このようなことから、『情報共有の手段によっては誤解を招く』は、コミュニケーションの媒体（チャンネル）の多様性も原因の1つだと考えている。

## 2) 職種間連携での認識

職種間連携での認識とし、【連携の捉え方】【職種の役割の捉え方】【患者の捉え方】【退院の考え方】が抽出されている。

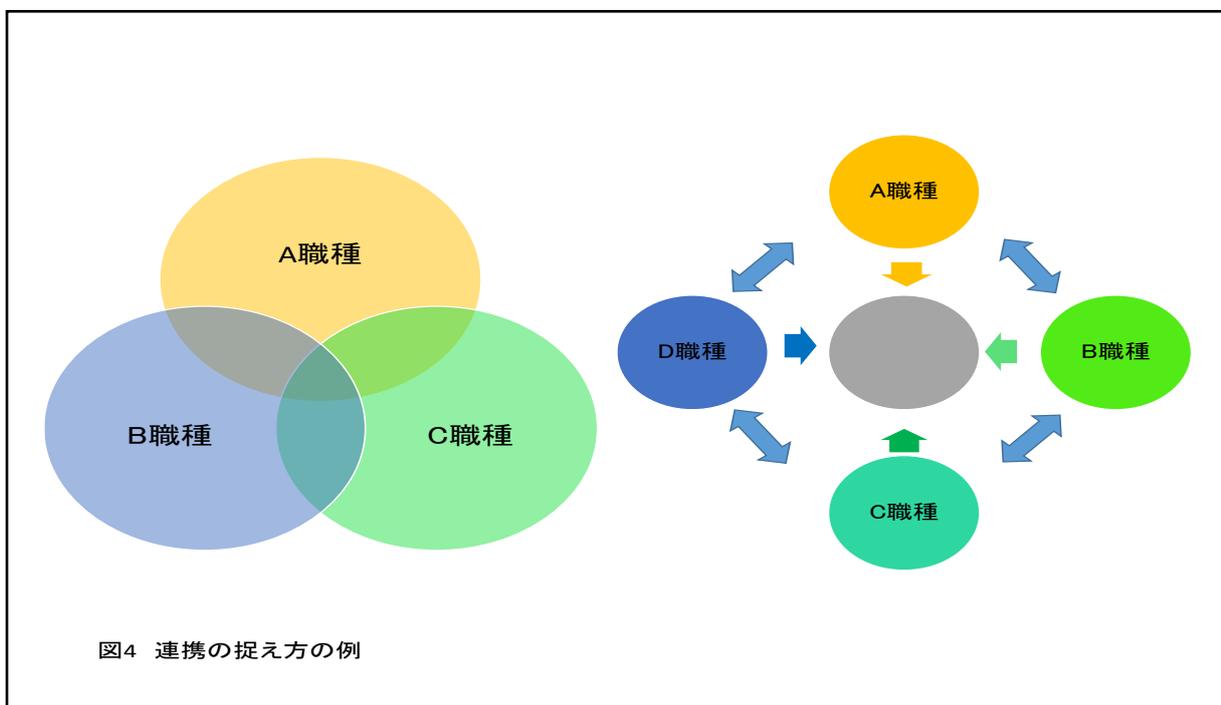
### (1) 【連携の捉え方】

「連携」とは、「連絡を密に取り合っ、一つの目的のために一緒に物事をする事」（大辞林第三版、2006）<sup>101)</sup>である。そこで各職種の【連携の捉え方】をみると、『情報を共有したうえで、各職種でやるべきことを行うことが連携』『職種で重なるところは調整したりサポートしあうのが連携』『お互いに情報交換をし、一緒に考えたり相談できるのが連携』『上下関係もなくお互いが尊敬し行うのが連携』と認識していた。このように、【連携の捉え方】には、職種や個人によって違いがあった。

この「連携」の捉え方の違いは、日本における医療体制も影響している可能性もある。細田は<sup>102)</sup>は、そもそも戦前においては、医師と看護師と薬剤師以外に法律で身分を定められている職種は存在しなかった。戦後、占領軍による医療改革で医療体制が大きく変わり、「病院」ができたことで「病院」での医療の役割は、医師による診察だけでなく病者の療養や世話全般にまで広がっていったと述べている。また、医療従事者の業務も、病者の診察や治療や看護、食事や寝具の用意、検査や訓練、さらに病院管理と多様化し、それぞれの業務を専従的に行うものの存在が必要になり、「合理化」「専門化」が進んできた<sup>103)</sup>。また、医師法17条にもあるように、基本的には医療行為は医師でなければできない。しかし現在の医療において、医療のすべての過程を医師が担うことは現実的に難しいため、医師が行うべきものの一部については種々の医療職に分担してもらえるようになってきた

<sup>104)</sup>。そのため、この分担という意識が、＜専門職がいるので、ぼんと投げたら、それが連携って思っている人もいる＞（MA103）や＜自分たちが知らなくても、他が行ってくれるから関係ないと思っている＞（MA29）のような認識にも繋がっているのではないかと考えた。岡本ら<sup>105)</sup>は、医師も、分担してもらっていることを忘れずに、任せきりにしないで、内容・過程・結果を十分理解・把握し、医療がスムーズに遂行されるよう統率していかねばならないと述べている。

以上のことより、連携には、図4のような、それぞれが重なり合う「連携」や、それぞれで関わる「関係」が、混在していることが、【連携の捉え方】の違いに繋がっているのではないかと考えている。



(2) 【職種の役割の捉え方】(図5)

【職種の役割の捉え方】では、『職種と業務内容の認識が違う』『職種の内容や職種が関わることの効果の理解に違いがある』『職種の役割や役割分担の明確化』『職種の役割を超えてしまう』等が抽出されていた。『職種と業務内容の認識が違う』や、『職種の内容や職種が関わることの効果の理解に違いがある』のように、職務内容やその職種と連携する効果を、お互い十分に知らないことが伺えた。

『職種と業務内容の認識が違う』  
『職種の内容や職種が関わることの効果の理解に違いがある』  
『職種の役割や役割分担の明確化』



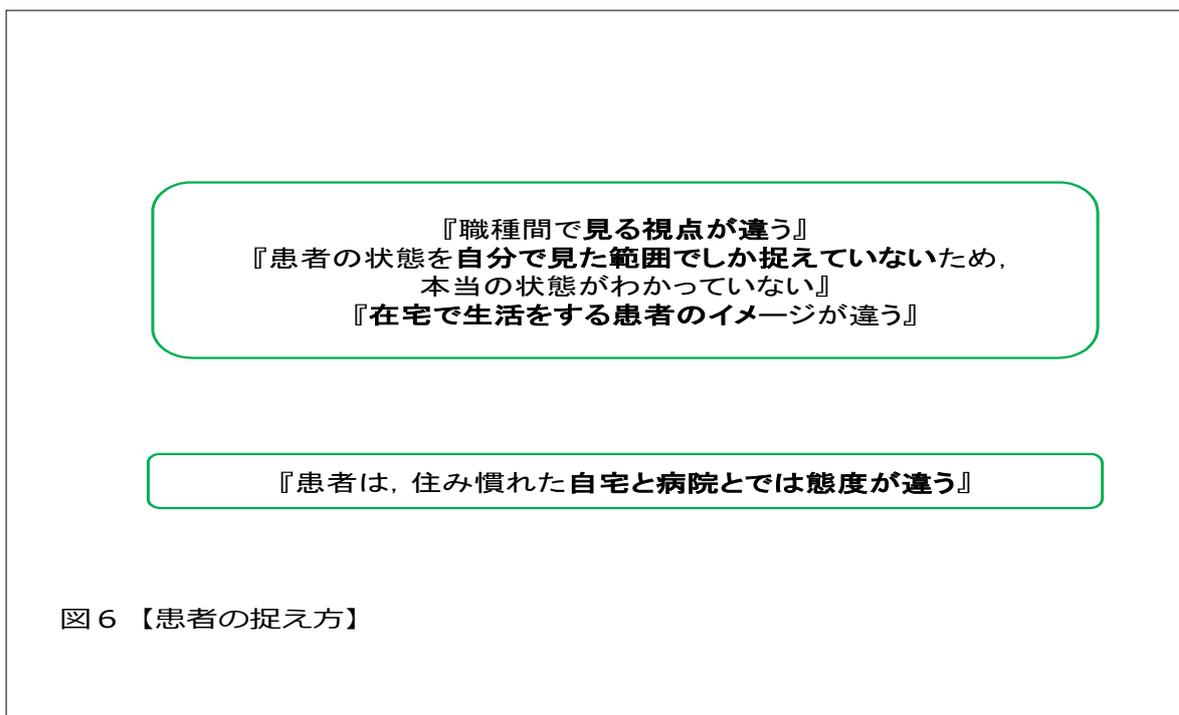
『職種の役割を超えてしまう』  
『業務を行っている職場や1日の時間的な動きがわからない』  
『決められたことしかしない』

図5 【職種の役割の捉え方】

ピーターら<sup>106)</sup>は、医療者同士の関係に影響する要因の1つは、医療者間の理解の不足で、互いの職務の理解は、いくらかは進んだものの、各職域の専門知識については、まだ混乱していると述べており、専門教育が実質的にほかの専門分野と切り離されておこなわれることが主な原因であるとも述べている。さらに、職務内容がわからない原因として、日頃から医療者同士の接触が非常に少ないことであるとも述べている。このように、職種間連携が進んできてはいるものの、まだお互いの職種の役割がわかっていないことで、自分の役割でない役割を求められたり、自分の役割なのに他の職種がその役割を行っていたりしていると考えられた。また、職種の役割がわかっていないことで、『職種の役割や役割分担の明確化』や『職種の役割を超えてしまう』にもつながっていると考えられた。医療チームの場合、メンバー一人ひとりの専門性は高いが、各部署の仕事が完全に分業され、自己完結的に提供されているわけではない<sup>107)</sup>。また、医療職はそれぞれの専門性が高く、ともすると互いの仕事に対する関心や理解が乏しくなりがちである<sup>108)</sup>とも言われている。

また、細田<sup>109)</sup>は、他のコメディカル職種も、従来医師や看護婦の業務範囲であったものに新たに参入してくるという形を歴史的に取っており、また法律的にも医師が包括的に業務を行え、その下部に諸コメディカル職種の業務範囲が規定されていると述べている。このように、職種の役割を十分に認識していないことや、元々の業務を、専門化をはかっていた歴史的背景が、【職種の役割の捉え方】の違いに繋がっていると考えている。

(3) 【患者の捉え方】(図6)



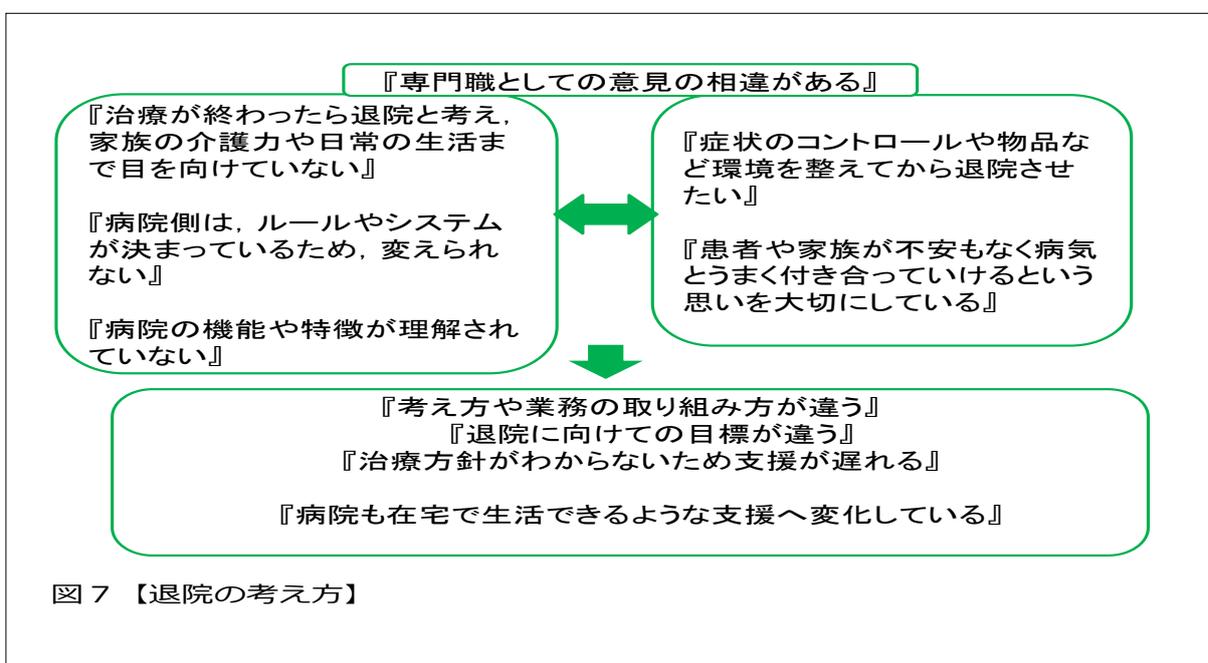
【患者の捉え方】では、患者は、自宅と病院では態度が違うと認識はしているが、実際には、自分自身で見た範囲でしか、患者を捉えていないことが伺えた。有田ら<sup>110)</sup>は、一般に病院では、1人の患者に対して専門も立場も異なる多種多様の職種が直接的、間接的に関わっている。しかし、各職種の関り方は個別的であり、各自が得られる情報は限定的で、時間と共に刻々と変化している。患者の状況や対応により、各職種が得られる情報の量や質には差が生じると述べている。また、診察室や検査室、手術室、入院中の病室など、それぞれの医療職が関わる場面は隔離されており、そこで何が話され、何が行われているかは当事者以外知ることができないという密室性（閉鎖性）も、医療現場の特徴としてあげられる<sup>111)</sup>。

また認知症患者は、もの忘れ、見当識障害、判断力の低下などの認知機能障害と不安、抑うつ状態、幻覚、妄想、興奮、不潔行為などの行動・心理症状といわれる2種類の症状が生じている<sup>112)</sup>。例えば、認知症患者は、本人のペースでなかったり、色々な治療や援助によって混乱してしまったり、興奮することもある。その場合、その状況を見ていた人と見ていない人とでは、【患者の捉え方】は大きく違ってくる。また認知症患者の場合、日や時間によっても異常行動の起こり方に違いがある<sup>113)</sup>。このように、その状況を見ていた人と見ていない人とでは、その時々によって見せる顔や症状の違いによって【患者の捉え方】に違いがあると考えられる。

さらに、各職種が援助をする場合には、患者・家族から情報収集をし、アセスメントをしたうえで援助に繋げていく。例えば、認知症がない人の場合には、客観的観察以上に痛

みやしびれなどの本人の訴えが重要な情報となり、合併症の早期発見、ストレスの判断につながる。しかし、認知症患者の場合は訴えが少ないこと、または多様な訴えがありすぎることなどから、何が起きているのかを判断することが困難となる<sup>114)</sup>。また、そのアセスメントする際にも、＜専門職が増えたことで、相談窓口が増え、それぞれがインタビューアセスメントをしている＞(MC15, 16-1)のように、各職種がそれぞれの視点で面接をおこないアセスメントをしていることが、【患者の捉え方】の違いにも繋がっているのではないかと考えられた。

(4) 【退院の考え方】(図7)



【退院の考え方】でも、職種によって患者の治療方針や退院に向けての目標が統一されていないなかったり、患者の退院の捉え方が違う状況であった。これは、各職種の価値観や経験、問題意識の違いが【退院の考え方】に繋がっていると考えられた。また、【患者の捉え方】の違いによって、目標が統一されていないことも考えられた。

これは、医療職と社会福祉職による考え方違いもある。医療職は、医学モデルの考え方をとする。医学モデル(生物医学モデル)とは、治療モデルともいい、原因—結果という認識論が基本である。原因(問題)を追求し、それを排除・修正することで、より良い結果が生み出されるという問題解決型アプローチである。障害を個人問題としてとらえ、病気や外傷やその他健康状態から直接的に生じるものであり、医療職による治療が優先される。それに対して、社会福祉は、生活モデルの考え方である。社会福祉で実践されている生活モデルは、人間と社会環境の関連性に着目し、両者の関係から問題が生じることを強調し

ている。つまり障害は個人に帰属するものではなく、多くは社会環境によってつくられた問題であるとみなし、社会環境の変容こそ重要である<sup>115)</sup>という考え方である。篠田<sup>116)</sup>は、社会福祉学・ソーシャルワークは、ともすれば専門性の確立を急ぐあまり、医学・医療とのつながりを重視するよりはその影響から抜けだして差別化をはかろうとする傾向があると指摘している。また鍵井は<sup>117)</sup>、医療機関の中で国際生活機能分類（International Classification of Functioning Disability and Health：以下 ICF）を基盤に考えてみると、医師をはじめ各医療関係職種は、「治療」に関する「心身的機能構造」を専門性の起点とした教育を基礎に経験を重ねるごとに、掘り下げていくことを中心とした教育である。それに比べて、MSWをはじめとした社会福祉関係職種は「参加」を専門性の起点とした教育を基礎に、経験を重ねるごとに更に追求していくことを中心とした教育となり、相反する関係にある（図8）と述べている。このように、【退院の考え方】も、それぞれの受けてきた基礎教育によって、【退院の考え方】に違いが生じていると考えられた。また、職種による【患者の捉え方】によっても【退院の考え方】に影響していると考えている。

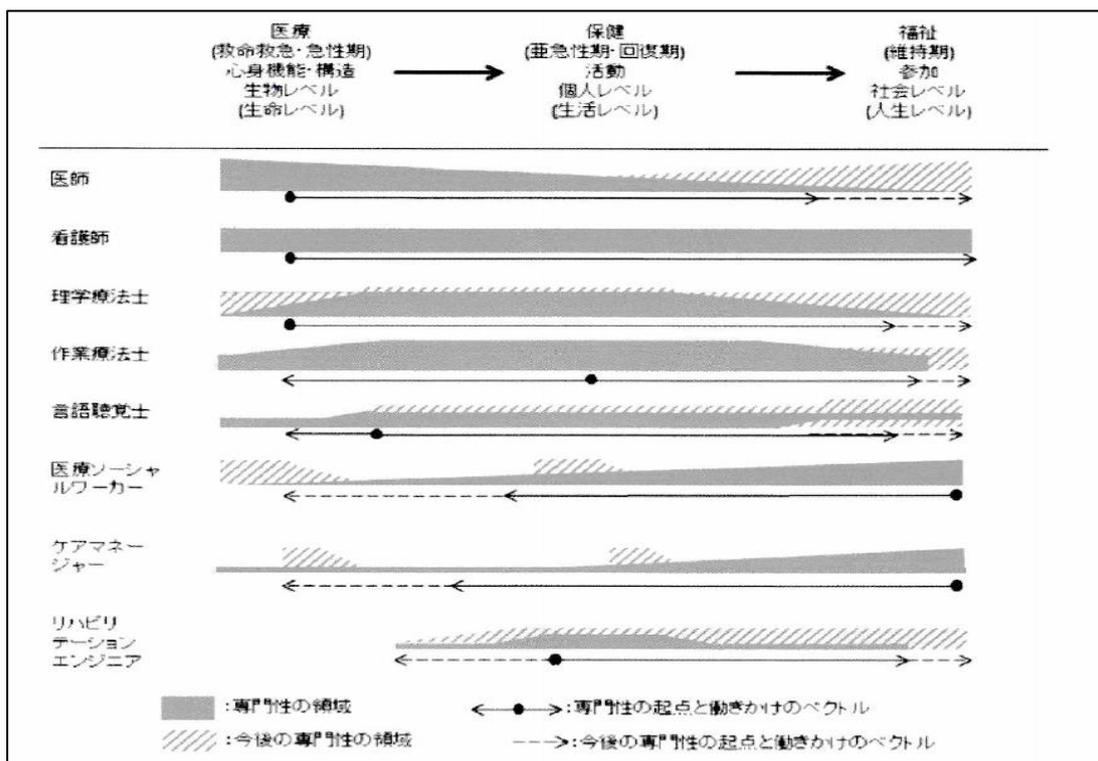


図8 施設機能・ICF から考える医療機関職種の専門性の起点と領域（一般病棟の例）

大嶋伸雄の作成した図に鍵井一浩が加工

出典：鍵井一浩. 医療機関におけるこれからの専門職チームの構築—医療と福祉の連携のための医療ソーシャルワーカーの役割—. 総合福祉科学研究 第3号, 2012:70

### 3) 認知症や認知症患者に対する認識

認知症や認知症患者に対する認識には、【認知症のある患者は多い】【入院することによる認知症の悪化】【病院では、認知症と言われてしまう】【家族の受け止め方や介護力不足】【認知症患者の退院調整】【認知症患者の退院】が抽出された。

厚生労働省<sup>118)</sup>は、7対1及び10対1の一般病棟において、身体疾患で入院中の患者の中に認知症を有する患者の割合は2割程度、療養病棟においては6割以上である。また、入院患者の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の患者の割合は、一般病棟7対1及び10対1病棟でも2割程度で、脳梗塞、肺炎、骨折・外傷、心不全、尿路感染症、片麻痺など様々な疾患で一般病棟に入院していると報告している。実際に働いている職種らも、認知症を伴っている方はどんどん増えてきていると認識している一方で、突然増えたという印象はないと認識していた。このことにより、病院や地域によって、認知症患者の割合に、違いがあったり、職種による認識に違いもある可能性も考えられた。また認知症に対しては、<家にいればせん妄じゃないのが、入院するとせん妄になる>(医 B67) <家では目立たなかった認知症症状も、入院することによって目立ち、浮き彫りに出される>(NsA10-1)のように、入院したことで、認知症患者が増えている、といわれている可能性も考えられた。高齢者が病院に入院をすることで、症状が悪化するとも認識しており、認知症の人の個別性に合わせたゆとりある対応は後回しにされ、認知症の症状が急速に悪化してしまうような事例もあると厚生労働省<sup>119)</sup>は報告していたが、これを裏付ける結果であった。

三好<sup>120)</sup>は、認知症の方は、老化ということにうまく適応できなかった人たちで、この適応が困難な人に環境の変化が重なると、症状が重くなり、問題行動が激しくなる可能性が強くなると述べている。また、生活習慣が変わると、それに適応しなければならない高齢者は大きなストレスを感じるとも述べている。このように、認知症患者や高齢者は、入院による環境や生活習慣の変化に対応できず、認知症症状が悪化したり、もしくは新たに認知症症状がでていくことが伺えた。

また、認知症患者の退院では、【家族の受け止め方や介護力不足】と認識していた。これは、患者が高齢者の場合、キーパーソンとなる夫または妻も高齢である場合が多い。また、近年、独居の高齢者も多くなってきていることから、【家族の受け止め方や介護力不足】と認識していると考えられた。

認知症患者の退院では、松岡<sup>121)</sup>は、認知症の人の多くは高齢者であり、認知症という病気のみならず、その他の慢性疾患や身体的機能の低下等による身体的ケアニーズに加えて、介護問題を含めた多様な心理・社会的ケアニーズ対応するには、単一の専門職では限界があり、多職種によるチームアプローチが求められると述べている。このように、認知症患者の退院に向けて職種間連携を図っていくことが重要となる中で、実際には、認知症患者の退院調整は、あまり重要視されていなかった。またこれは、認知症患者の退院が急

に決まることもあり、日程的にも職種間連携が難しいことも、重要視されていないのに繋がっているのではないかと考えている。

## 2. 認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションの困難

認知症患者の退院をめぐる職種間連携では、もうちょっと連携を取って、コミュニケーションをうまく図っていききたいとの思いはあるが、なかなかうまくいかないと感じていたり、連携が良くわかっていないなどのように、連携に対しての困難さは認識していた。しかしコミュニケーションの困難さは、あまり認識していなかった。しかし、コミュニケーションという言葉ではなく、話し合いができない、お互いに相談できないなどのように違う言葉で認識していた。このことから、コミュニケーションという言葉の意味も、個々の捉え方に違いがあるのではないかと感じている。コミュニケーションは、Shannon と Weaver<sup>122)</sup> をもとにしたコミュニケーション過程の直線モデルでみると<sup>123)</sup>、送り手から、伝達内容をメッセージ（言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーション）として受け手に伝え、受け手がそのメッセージを受信し、受診内容を受け取るという過程である。つまり、コミュニケーションの困難さには、相談できない、話し合いができないということもコミュニケーションの困難さと考えられるが、そこはあまり意識されていないと考えられた。

有田ら<sup>124)</sup>は、医療でのコミュニケーションの困難さは、コミュニケーションをとる相手は、専門知識をもたない患者やその家族、直接は状況を把握していない連絡先の病院医師や処方箋を受け付けた薬局薬剤師など多様である。これらが、医療現場のコミュニケーションを難しくしている要因であるとしていた。

このように、コミュニケーションの捉え方やコミュニケーションを図る対象やそのおかれている状況などによってもコミュニケーションの困難の認識に違いがあると考えられた。

## V 結論

認知症患者の退院における職種間連携では、以下のことが明らかとなった。

1. 職種間連携でのコミュニケーションでは、〔話す・伝える〕〔聞く、伝わらない〕〔相談・情報の共有〕が抽出された。
2. 職種間連携での認識は、〔連携や退院に対する認識〕〔職種間連携での意識〕〔認知症や認知症患者に対する認識〕が抽出された。
3. 職種間連携では、コミュニケーションや認識だけでなく〔職種間連携での感情〕も抽出された。

今回、認知症患者の退院における職種間連携でのコミュニケーション過程では、言語的コミュニケーションや非言語的コミュニケーションでコミュニケーションを図っていたが、そこには、職種間連携での意識やネガティブな感情が影響していると考えられた。

認知症患者の退院における職種間連携では、特に、【患者の捉え方】や【退院の考え方】が、職種によって、または医学モデルまたは生活モデルでの考え方によって、患者を観る視点も違ってきており、退院に向けての目標や退院の捉え方にも違いがあることが明らかとなった。

また、抽出されたカテゴリーのコードを見ると、カテゴリーの中にも、職種によるばらつきもあったことより、職種による違いもあると考えられた。

さらに抽出されたカテゴリーの内容は、認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションや認識に限らず、認知症患者以外の退院をめぐる職種間連携でも生じていると考えられた。以上のことより、研究2では、認知症の退院での職種間連携の特徴を探るために、質問項目も検討し、研究を進めていくこととした。

## 第3章 研究2 認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップ

### I 研究目的

認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップを明らかにするための質問紙を作成し、認知症患者の退院をめぐる職種間連携に対するコミュニケーションギャップの実態を調査する。また職種間によってコミュニケーションギャップにどのような特徴があるのかを明らかにすることを目的とする。

### II 研究方法

#### 1. 研究デザイン

自記式質問紙法による調査研究。国際医療福祉大学単独・質問紙を用いた横断研究である。

#### 2. 調査対象者

全国の200～400床未満の急性期病院に勤務する医師，看護師（退院調整），MSW，在宅に関わるケアマネジャー，訪問看護師，各職種500名，合計2,500名である。

#### 3. 調査期間

平成29年7月～平成29年8月。

#### 4. 調査内容

調査内容は、研究1で認知症患者の退院をめぐる職種間連携での認識（国際医療福祉大学承認番号16-Ig-84）で得られた結果をもとに、認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップおよびその要因を明らかにするための質問紙を作成した（資料2）。回答形式はリッカート式10件法（1. 全くそう思わない～10. とても思う）とした。

属性は、職種，年齢，性別，専門領域・資格，勤務年数，現在所属の経験年数，地域連携部（室）の有無，所属などである。

#### 5. データ収集方法

アンケートの依頼にあたっては、日本病院会会員一覧に掲載されている病院，全国の居宅介護支援事業一覧表および各都道府県厚生局による訪問看護事業所一覧表より，市町村が重ならないよう，また設置主体もできるだけ均等になるように考慮し選出した。また，

1 病院または 1 施設より 1 名ずつ依頼した。依頼は、病院長または所長に、依頼書、質問紙および返信用の封筒を郵送した。

回答は、無記名式で個別郵送法により回収した。病院長・看護部長または所長の承認は、対象者に配布していただいたことで、調査の了承を得たものとした。また対象者の同意は、回答の返送をもって調査協力に同意したものとした。

## 6. 分析方法

質問紙法で得られたデータは、統計ソフト SPSS 23 を使用し、統計的分析（一元配置分散分析，多重比較）を行った。

## 7. 倫理的配慮

本研究に係わるすべての研究者は、「ヘルシンキ宣言」および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守して実施した。

対象となる病院長，所長および研究対象者に依頼文を配布した。依頼では，質問紙調査の結果は本研究目的のみに使用すること，質問紙調査は，研究対象者の同意が得られた場合のみ行うこと，質問紙調査で得られた結果は，鍵のかかる保管場所に厳重に保管した上で，研究終了後 5 年，もしくは研究結果の最終公表から 3 年のいずれか遅い日に，粉碎廃棄すること，個人の特特定化につながる情報を匿名化・記号化し文字情報として書き起こした電子データは，研究終了後 5 年，もしくは研究結果の最終公表から 3 年のいずれか遅い日に，粉碎廃棄すること，電子ファイルは，インターネットに接続できるパソコン上には保存しないこと，研究の結果は，学会や学術雑誌において発表される可能性があるが，統計的な処理を行なった上で，学会等で発表されるため，個人が特定できるような形で回答内容がそのまま公表されることはしないことを明記した。

また，研究説明文書には，個人情報取り扱いや，調査目的を明記するとともに，協力者の回答への自由意志に基づくもので，同意しない場合でも，何ら不利益を被ることはないことについても文書に記載し，同意の得られた場合のみ投函するよう依頼した。

尚，この研究は，国際医療福祉大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：17-Ig-24）。

## Ⅲ 結果

### 1. 研究対象者の概要

全国の 200～400 床未満程度の急性期病院に勤務する医師，看護師（退院調整），MSW，在宅に関わるケアマネジャー，訪問看護師，各職種 500 名，合計 2,500 名にアンケート用紙

を配布した結果、医師 38 名、退院支援に関わる看護師 69 名、訪問看護師 89 名、ケアマネジャー134 名、MSW71 名、合計 401 名の回答を得た（回収率 16.0%）。

回収された、研究対象者の年齢は、医師 30 歳代～70 歳代で、50 歳代が多く、看護師（退院調整）および MSW は、20 歳代～60 歳代、看護師（退院調整）は 40 歳～50 歳代、MSW は 30 歳代が多かった。また、訪問看護師、ケアマネジャーは、20 歳代～70 歳代で、共に 40 歳代～50 歳代が多かった（表 5）。また、医師は男性が多く、そのほかの職種は女性の方が多かった。勤続年数、現在の所属経験年数等は、表 5 に示した通りである。

表5 属性

医師 (n=38名)		看護師 (退院調整) (n=69名)		MSW (n=71名)		ケアマネジャー (n=134名)		訪問看護師 (n=89名)		
人数	人数	人数	人数	人数	人数	人数	人数	人数	人数	
<b>年齢</b>		<b>年齢</b>		<b>年齢</b>		<b>年齢</b>		<b>年齢</b>		
20歳代	0名	20歳代	1名	20歳代	9名	20歳代	1名	20歳代	1名	
30歳代	3名	30歳代	12名	30歳代	31名	30歳代	14名	30歳代	4名	
40歳代	5名	40歳代	25名	40歳代	20名	40歳代	36名	40歳代	36名	
50歳代	16名	50歳代	27名	50歳代	11名	50歳代	63名	50歳代	39名	
60歳代	11名	60歳代	3名	60歳代	1名	60歳代	20名	60歳代	9名	
70歳代	1名	70歳代	0名	70歳代	0名	70歳代	1名	70歳代	1名	
無回答	0名	無回答	1名	無回答	0名	無回答	0名	無回答	0名	
<b>性別</b>		<b>性別</b>		<b>性別</b>		<b>性別</b>		<b>性別</b>		
男性	37名	男性	5名	男性	25名	男性	39名	男性	3名	
女性	1名	女性	64名	女性	46名	女性	95名	女性	86名	
<b>専門領域</b>		<b>資格(複数回答)</b>		<b>資格(複数回答)</b>		<b>資格(複数回答)</b>		<b>資格(複数回答)</b>		
内科	13名	看護師	69名	看護師	20	看護師	20	ケアマネジャー	23名	
外科	2名	准看護師	0名	介護福祉士	92	介護福祉士	92	介護支援専門員	15名	
整形外科	2名	保健師	0名	社会福祉士	21	社会福祉士	21	社会福祉士	2名	
脳外科	6名	その他	4名	その他	15	その他	15	助産師・保健師	5名	
神経内科	6名	<small>(助産師・社会福祉士など)</small>		<small>(社会福祉士専・精神保健福祉士・ヘルパー・准看護師・栄養管理士・薬剤師など)</small>		<small>(社会福祉士専・精神保健福祉士・ヘルパー・准看護師・栄養管理士・薬剤師など)</small>		その他	7名	
その他	9名							<small>(緩和ケア認定看護師・認知症ケア専門士・内視鏡技師など)</small>		
<small>(精神科・総合診療・在宅支援科・リハビリテーション・婦人科など)</small>										
<b>医師として勤務した年数</b>		<b>看護師として勤務した年数</b>		<b>MSWとして勤務した年数</b>		<b>ケアマネジャーとして勤務した年数</b>		<b>訪問看護師として勤務した年数</b>		
10年未満	0名	10年未満	1名	5年未満	16名	5年未満	22名	10年未満	3名	
10~20年未満	5名	10~20年未満	18名	5~10年未満	28名	5~10年未満	39名	10~20年未満	14名	
20~30年未満	11名	20~30年未満	25名	10~15年未満	9名	10~15年未満	48名	20~30年未満	41名	
30~40年未満	19名	30~40年未満	21名	15~20年未満	9名	15~20年未満	20名	30~40年未満	24名	
40年以上	3名	40年以上	1名	20年以上	9名	20年以上	1名	40年以上	5名	
無回答	0名	無回答	3名	無回答	0名	無回答	4名	無回答	3名	
<b>現在の所属の経験年数</b>		<b>現在の所属の経験年数</b>		<b>現在の所属の経験年数</b>		<b>現在の所属の経験年数</b>		<b>現在の所属の経験年数</b>		
5年未満	9名	5年未満	50名	5年未満	22名	5年未満	40名	5年未満	30名	
5~10年未満	9名	5~10年未満	15名	5~10年未満	29名	5~10年未満	35名	5~10年未満	27名	
10~15年未満	4名	10~15年未満	4名	10~15年未満	9名	10~15年未満	35名	10~15年未満	13名	
15~20年未満	6名	15~20年未満	2名	15~20年未満	10名	15~20年未満	18名	15~20年未満	13名	
20~25年未満	6名	20~25年未満	1名	20~25年未満	1名	20~25年未満	5名	20~25年未満	6名	
25~30年未満	2名	25年以上	0名	25年以上	0名	25年以上	0名	25年以上	0名	
30年以上	2名	無回答	1名	無回答	0名	無回答	1名	無回答	1名	
<b>地域連携部(室)の有無</b>		<b>地域連携部(室)の有無</b>		<b>地域連携部(室)の有無</b>		<b>地域連携部(室)の有無</b>		<b>地域連携部(室)の有無</b>		
あり	38名	あり	66名	あり	71名	あり	71名	あり	71名	
なし	0名	なし	2名	なし	0名	なし	0名	なし	0名	
無回答	0名	無回答	1名	無回答	0名	無回答	0名	無回答	0名	
<b>病床数</b>		<b>所属</b>		<b>所属</b>		<b>所属</b>		<b>所属</b>		
200床未満	6名	内科系病棟	2名	内科系病棟	2名	独立した事業所	40名	独立した事業所	40名	
200~300床未満	17名	外科系病棟	3名	外科系病棟	3名	病院に併設されている事業所	32名	病院に併設されている事業所	32名	
300床以上	15名	整形外科系病棟	3名	整形外科系病棟	3名	その他	18名	その他	18名	
		脳外科系病棟	2名	脳外科系病棟	2名	<small>(公立・法人・支部・NPO・企業など)</small>		<small>(公立・法人・支部・NPO・企業など)</small>		
		地域包括病棟	2名	地域包括病棟	2名					
		地域連携室	34名	地域連携室	34名					
		その他	16名	その他	16名					
		<small>(混合・入退院支援・看護部連携室・相談・外来・精神など)</small>		<small>(混合・入退院支援・看護部連携室・相談・外来・精神など)</small>						
								<b>過去の勤務経験場所(複数回答)</b>		
								病院		87名
								診療所		12名
								老人介護施設		15名
								その他		16名

## 2. 職種間連携でのコミュニケーション過程

### 1) 職種間連携でのコミュニケーション

#### (1) [話す・伝える]

[話す・伝える]の質問項目としては、1) 他職種の人に分かりやすい言葉で話している、2) 主張の異なる他職種の人に、自分の意見を伝えている、3) 他職種の人に、的確に物事を伝える自信がある、4) 他職種の人から強い意見を言われるとやる気を失う、5) 他職種の人に合わせて、話し方を工夫している、6) 他職種の人と、できるだけ揉めないようにしている、7) 職種によって、言いにくいと感じていることがある、の7項目である。

職種全体の平均値および標準偏差値は、1) 他職種の人に分かりやすい言葉で話している 7.6 (SD=1.60)、2) 主張の異なる他職種の人に、自分の意見を伝えている 7.3 (SD=1.68)、5) 他職種の人に合わせて、話し方を工夫している 7.7 (SD=1.71)、6) 他職種の人と、できるだけ揉めないようにしている 7.6 (SD=1.94) は、平均値も 7.0 以上とやや高い値であった。4) 他職種の人から強い意見を言われるとやる気を失うでは、平均値が 5.3 (SD=2.61) とやや低い値で、ばらつきも大きかった。

また、職種による違いを見るために一元配置分散分析を行った結果、2) 主張の異なる他職種の人に、自分の意見を伝えている、6) 他職種の人と、できるだけ揉めないようにしている、7) 職種によって、言いにくいと感じていることがある、で有意差が認められた(表 6)。

表6 職種間連携でのコミュニケーション [話す・伝える] 全職種の平均値および標準偏差

	n	平均値	標準偏差	
1) 他職種の人に分かりやすい言葉で話している	401	7.6	1.60	
2) 主張の異なる他職種の人に、自分の意見を伝えている	401	7.3	1.68	
3) 他職種の人に、的確に物事を伝える自信がある	401	6.2	1.96	***
4) 他職種の人から強い意見を言われるとやる気を失う	401	5.3	2.61	
5) 他職種の人に合わせて、話し方を工夫している	401	7.7	1.71	
6) 他職種の人と、できるだけ揉めないようにしている	400	7.6	1.94	*
7) 職種によって、言いにくいと感じていることがある	400	6.6	2.34	***

一元配置分散分析 \*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

そこで、多重比較をした結果、3) 他職種の人に、的確に物事を伝える自信があるでは、医師 7.2 (SD=1.68) と訪問看護師 6.1 (SD=1.80) とで 5%水準で有意差があり (F 値 5.075,  $df=4$ ,  $p < .05$ ), 医師 7.2 (SD=1.68) とケアマネジャー 5.7 (SD=1.99) とでは、0.1%水準で有意差が認められた (F 値 5.075,  $df=4$ ,  $p < .001$ ). つまり医師は、ケアマネジャーや訪問看護師に比べて、他職種の人に的確に物事を伝える自信があることが伺えた.

6) 他職種の人と、できるだけ揉めないようにしているでは、医師 6.7 (SD=1.52) と MSW 8.0 (SD=1.69) とで 0.1%水準で有意差が認められた (F 値 2.799,  $df=4$ ,  $p < .001$ ). MSW は医師に比べて、他職種の人とできるだけ揉めないようにしていた.

また、7) 職種によって、言いにくいと感じていることがあるでは、医師 5.1 (SD=2.12) とケアマネジャー 6.79 (SD=1.99), また医師 5.1 (SD=2.12) と MSW 7.2 (SD=2.11) とで、0.1%水準で、(F 値 5.075,  $df=4$ ,  $p < .001$ ), また、医師 5.1 (SD=2.12) と看護師 (退院調整) 6.4 (SD=2.48) で、5%水準で有意差が認められた (F 値 6.672,  $df=4$ ,  $p < .05$ ). つまり、MSW, ケアマネジャーや看護師は、医師に比べると、職種によって言いにくいと感じていた.

その他の項目では、有意差までは認められなかった ( $p > .05$ ) (表 7).

表7 職種間連携での職種による違い コミュニケーション〔話す・伝える〕

		n	平均 値	標準 偏差	F値	
1) 他職種の人に分かりやすい言葉で話している	医師	38	7.3	1.31	.756	n.s.
	看護師(退院調整)	68	7.6	1.37		
	訪問看護師	90	7.5	1.70		
	ケアマネジャー	134	7.7	1.71		
	MSW	71	7.7	1.58		
2) 主張の異なる他職種の人に、自分の意見を伝えている	医師	38	7.6	1.24	1.160	n.s.
	看護師(退院調整)	68	7.6	1.17		
	訪問看護師	90	7.3	1.69		
	ケアマネジャー	134	7.1	1.89		
	MSW	71	7.3	1.84		
3) 他職種の人に、的確に物事を伝える自信がある	医師	38	7.2	1.68	5.075	* ***
	看護師(退院調整)	68	6.5	1.77		
	訪問看護師	90	6.1	1.80		
	ケアマネジャー	134	5.7	1.99		
	MSW	71	6.2	2.15		
4) 他職種の人から強い意見を言われるとやる気を失う	医師	38	4.9	2.53	2.386	n.s.
	看護師(退院調整)	69	5.9	2.63		
	訪問看護師	89	4.7	2.68		
	ケアマネジャー	134	5.4	2.58		
	MSW	71	5.5	2.49		
5) 他職種の人に合わせて、話し方を工夫している	医師	38	7.5	1.31	1.948	n.s.
	看護師(退院調整)	68	7.7	1.42		
	訪問看護師	90	7.8	1.51		
	ケアマネジャー	134	7.4	2.06		
	MSW	71	8.1	1.62		
6) 他職種の人と、できるだけ揉めないようにしている	医師	38	6.7	1.52	2.799	***
	看護師(退院調整)	68	7.6	1.88		
	訪問看護師	90	7.6	1.99		
	ケアマネジャー	134	7.6	2.09		
	MSW	70	8.0	1.69		
7) 職種によって、言いにくいと感じていることがある	医師	38	5.1	2.12	6.672	* *** ***
	看護師(退院調整)	68	6.4	2.48		
	訪問看護師	89	6.2	2.06		
	ケアマネジャー	134	6.9	2.44		
	MSW	71	7.2	2.11		

一元配置分散分析後の検定(多重比較) \*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

(2) 〔聞く・伝わらない〕

〔聞く・伝わらない〕の質問項目では、1) 他職種の話は、じっくり聴いている、2) 職種間で使う言語は、専門用語が多く、わかりにくい、3) 作成されたサマリーなどは、各職種で役立っている、4) 連携する職種が多くなると、正確な情報が伝わらない、5) 自分が話した内容は、他職種の人に、正確に伝わっている、の5項目である。

職種全体のそれぞれ項目の平均値と標準偏差は、1) 他職種の話は、じっくり聴いて

いるは、7.5 (SD=1.67), 3) 作成されたサマリーなどは、各職種で役立っているは、7.2 (SD=2.10) とやや高い値であった。

また、2) 職種間で使う言語は、専門用語が多く、わかりにくい、は、5.1 (SD=2.40) と平均値はやや低く、わかりにくいとは思っていなかった。そこで職種間に違いがあるかを見るために、一元配置分散分析を行った結果、2) 職種間で使う言語は、専門用語が多く、わかりにくい、3) 作成されたサマリーなどは、各職種で役立っている、で有意差が認められた (表8)。

表8 職種間連携でのコミュニケーション〔聞く・伝わらない〕全職種の平均値および標準偏差

	n	平均値	標準偏差	
1) 他職種の人の話は、じっくり聴いている	401	7.5	1.67	
2) 職種間で使う言語は、専門用語が多く、わかりにくい	401	5.1	2.40	***
3) 作成されたサマリーなどは、各職種で役立っている	401	7.2	2.10	*
4) 連携する職種が多くなると、正確な情報が伝わらない	401	5.6	2.49	
5) 自分が話した内容は、他職種の人に、正確に伝わっている	401	6.0	1.62	

一元配置分散分析 \* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

また、多重比較をした結果、2) 職種間で使う言語は、専門用語が多く、わかりにくいでは、ケアマネジャーが 5.8 (SD=2.61) に対して、医師 4.7 (SD=1.79), 看護師 (退院調整) 4.7 (SD=2.31) と 5%水準で (F 値 6.838,  $df=4$ ,  $p < .05$ ), 訪問看護師 4.3 (SD=1.90) とは、0.1%水準で有意差が認められた (F 値 6.838,  $df=4$ ,  $p < .001$ )。

また、MSW 5.4 (SD=2.53) と訪問看護師 4.3 (SD=1.90) でも 5%水準で有意差が認められた (F 値 6.838,  $df=4$ ,  $p < .05$ )。つまり、平均値では、職種間で使う言語は、専門用語が多く、あまりわかりにくいとは思っていなかったが、職種によってケアマネジャー、医師、看護師 (退院調整) や訪問看護師、MSW は訪問看護師と比べると職種間で使う言語は、専門用語が多く、わかりにくいと感じていた。

その他の項目では、有意差までは認められなかった ( $p > .05$ ) (表9)。

表9 職種間連携での職種による違い コミュニケーション〔聞く・伝わらない〕

		n	平均 値	標準 偏差	F値	
1) 他職種の人の話は、じっくり聴いている	医師	38	6.8	1.50	1.922	n.s.
	看護師(退院調整)	68	7.7	1.51		
	訪問看護師	90	7.5	1.70		
	ケアマネジャー	134	7.6	1.77		
	MSW	71	7.5	1.62		
2) 職種間で使う言語は、専門用語が多く、わかりにくい	医師	38	4.7	1.79	6.838	
	看護師(退院調整)	69	4.7	2.31		
	訪問看護師	90	4.3	1.90		
	ケアマネジャー	134	5.8	2.61		
	MSW	70	5.4	2.53		
3) 作成されたサマリーなどは、各職種で役立っている	医師	38	7.0	1.90	2.731	
	看護師(退院調整)	68	6.7	2.05		
	訪問看護師	90	7.1	2.14		
	ケアマネジャー	134	7.6	2.04		
	MSW	71	7.0	2.22		
4) 連携する職種が多くなると、正確な情報が伝わらない	医師	38	5.3	2.42	2.226	n.s.
	看護師(退院調整)	69	5.7	2.65		
	訪問看護師	89	5.9	2.44		
	ケアマネジャー	134	5.1	2.49		
	MSW	71	6.0	2.31		
5) 自分が話した内容は、他職種の人に、正確に伝わっている	医師	38	6.3	1.55	1.101	n.s.
	看護師(退院調整)	68	6.2	1.44		
	訪問看護師	90	6.1	1.64		
	ケアマネジャー	134	5.9	1.70		
	MSW	71	5.8	1.66		

一元配置分散分析後の検定 (多重比較) \*p<. 05 \*\*p<. 01 \*\*\*p<. 001

### (3) [相談・情報の共有]

職種間での〔相談・情報の共有〕の質問項目では、1) 各職種がお互いに尊重しあいながら、職種間で相談している、2) 困った時に、他職種の人に相談できる、3) 職種間での話し合いの場の雰囲気はよい、4) 退院にむけて、職種間で十分に時間をとって、話し合いをしている、5) 職種間で、有益な情報を共有している、の5項目である。

職種全体のそれぞれ項目の平均値と標準偏差は、1) 各職種がお互いに尊重しあいながら、職種間で相談している 7.6 (SD=1.94)、2) 困った時に、他職種の人に相談できる 8.0 (SD=1.61)、3) 職種間での話し合いの場の雰囲気はよい 7.4 (SD=1.69)、4) 退院にむけて、職種間で十分に時間をとって、話し合いをしている 6.0 (SD=1.93)、5) 職種間で、有益な情報を共有している 7.4 (SD=1.76) と高い値であった。

そこで、職種間に違いがあるかを見るために、一元配置分散分析を行った結果、2) 困った時に、他職種の人に相談できる、4) 退院にむけて、職種間で十分に時間をとって、話し

合いをしているで、有意差が認められた（表 10）.

表10 職種間連携でのコミュニケーション〔相談・情報の共有〕全職種の平均値および標準偏差

	n	平均値	標準偏差	
1) 各職種がお互いに尊重しあいながら、職種間で相談している	401	7.6	1.94	
2) 困った時に、他職種の人に相談できる	401	8.0	1.61	*
3) 職種間での話し合いの場の雰囲気はよい	400	7.4	1.69	
4) 退院にむけて、職種間で十分に時間をとって、話し合いをしている	399	6.0	1.93	**
5) 職種間で、有益な情報を共有している	400	7.4	1.76	

一元配置分散分析 \* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

そこで、多重比較をした結果、2) 困った時に、他職種の人に相談できるで、MSW8.4 (SD=1.24) と医師 7.4 (SD=1.53) とで5%水準で有意差があった (F 値 2.650,  $df=4$ ,  $p < .05$ ). つまり MSW の方が医師よりより相談できると感じていた.

また、4) 退院にむけて、職種間で十分に時間をとって、話し合いをしているは、訪問看護師 5.3 (SD=1.95) と医師 6.6 (SD=1.81), 看護師 (退院調整) 6.4 (SD=1.93) とで、1%水準で有意差が認められた (F 値 5.111,  $df=4$ ,  $p < .01$ ). また訪問看護師 5.3 (SD=1.95) と MSW6.2 (SD=1.73) とでも5%水準で有意差が認められた (F 値 5.111,  $df=4$ ,  $p < .05$ ). つまり、訪問看護師は、医師、看護師 (退院調整) や MSW に比べて、職種間で十分に時間をとって、話し合いをしているとまでは感じていなかった.

またその他の項目では、有意差までは認められなかった ( $p > .05$ ) (表 11).

表11 職種間連携での職種による違い コミュニケーション〔相談・情報の共有〕

		n	平均 値	標準 偏差	F値	
1) 各職種がお互いに尊重しあいながら、職種間で相談している	医師	38	7.3	1.72	.853	n.s.
	看護師(退院調整)	69	7.6	1.79		
	訪問看護師	90	7.6	2.02		
	ケアマネジャー	133	7.5	2.08		
	MSW	71	7.9	1.78		
2) 困った時に、他職種の人に相談できる	医師	38	7.4	1.53	2.650	* }
	看護師(退院調整)	68	8.1	1.58		
	訪問看護師	90	8.1	1.73		
	ケアマネジャー	134	7.9	1.70		
	MSW	71	8.4	1.24		
3) 職種間での話し合いの場の雰囲気はよい	医師	38	7.0	1.70	.596	n.s.
	看護師(退院調整)	67	7.4	1.49		
	訪問看護師	90	7.3	1.82		
	ケアマネジャー	134	7.4	1.80		
	MSW	71	7.5	1.49		
4) 退院にむけて、職種間で十分に時間をとって、話し合いをしている	医師	38	6.6	1.81	5.111	* * * * }
	看護師(退院調整)	68	6.4	1.93		
	訪問看護師	88	5.3	1.95		
	ケアマネジャー	134	6.0	1.93		
	MSW	71	6.2	1.73		
5) 職種間で、有益な情報を共有している	医師	38	7.1	1.83	1.200	n.s.
	看護師(退院調整)	69	7.5	1.67		
	訪問看護師	89	7.2	1.69		
	ケアマネジャー	133	7.4	1.90		
	MSW	71	7.7	1.63		

一元配置分散分析後の検定 (多重比較) \*p<. 05 \*\*p<. 01 \*\*\*p<. 001

## 2) 職種間連携での認識

### (1) 連携や退院に対する認識

連携や退院に対する認識の質問項目では、1) 他職種の役割は、その職種の人に任せている、2) 職種で行う役割が重複していた場合、職種間で相談している、3) 自分たちの職種で解決できない場合、職種間で相談している、4) 各職種で知り得た情報に相違がある場合、職種間で相談している、5) 職種によって、必要な情報が違う 6) 退院の日程は、急に決まることが多い、7) 他職種の役割を良く理解している、8) 他職種と役割が重っており、明確でないと感じている、9) 自分の職種の専門性を発揮しにくいと感じている、10) どの職種が実施する役割なのか明確でない場合、職種間で相談している、の10項目である。

8) 他職種と役割が重っており、明確でないと感じている 4.9 (SD=2.13) と 9) 自分の職種の専門性を発揮しにくいと感じている 4.0 (SD=2.17) では、ともに平均値が低く、他職種と役割が重っており明確でない、や自分の職種の専門性を発揮しにくいとも感じていなかった (表 12)。

表12 職種間連携での認識 [連携や退院に対する認識]全職種の平均値および標準偏差

	n	平均値	標準偏差	
1) 他職種の役割は、その職種の人に任せている	401	6.9	1.91	
2) 職種で行う役割が重複していた場合、職種間で相談している	399	7.6	2.03	
3) 自分たちの職種で解決できない場合、職種間で相談している	401	8.0	1.83	***
4) 各職種で知り得た情報に相違がある場合、職種間で相談している	402	7.7	1.85	*
5) 職種によって、必要な情報が違う	401	7.0	2.19	
6) 退院の日程は、急に決まることが多い	399	6.7	2.23	***
7) 他職種の役割を良く理解している	401	7.2	1.66	
8) 他職種と役割が重っており、明確でないと感じている	399	4.9	2.13	
9) 自分の職種の専門性を発揮しにくいと感じている	398	4.0	2.17	
10) どの職種が実施する役割なのか明確でない場合、職種間で相談している	401	7.5	1.98	

一元配置分散分析 \*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

そこで、多重比較をした結果、3) 自分たちの職種で解決できない場合、職種間で相談しているは、MSW8.8(SD=1.38)と医師 7.6 (SD=1.62)、ケアマネジャー7.7 (SD=2.02) で、1%水準で (F 値 4.964, df=4, p<.01), 訪問看護師 7.9 (SD=1.98) とは、5%水準で有意差が認められた (F 値 4.964, df=4, p<.05)。

つまり MSW は、職種間連携では、医師、ケアマネジャー、や訪問看護師よりも自分たちの職種で解決できない場合、職種間で相談していた。

4) 各職種で知り得た情報に相違がある場合、職種間で相談しているでも、MSW8.3 (SD=1.57) と医師 7.2 (SD=1.62), ケアマネジャー7.6 (SD=2.00) と 5%水準で有意差が認められ (F 値 2.924, df=4,  $p < .05$ ), MSW は、医師やケアマネジャーよりも各職種で知り得た情報に相違がある場合、職種間で相談していた。

6) 退院の日程は、急に決まることが多いは、訪問看護師 7.3 (SD=1.97) と医師 5.6 (SD=2.25) と 0.1%水準 (F 値 7.462, df=4,  $p < .001$ ) で、ケアマネジャー7.1 (SD=2.25) ととも 1%水準 (F 値 7.462, df=4,  $p < .01$ ), 看護師 (退院調整) 6.2 (SD=2.18) とで 5%水準で有意差が認められた (F 値 7.462, df=4,  $p < .05$ ). またケアマネジャー7.1 (SD=2.25) と医師 5.6 (SD=2.25) では、1%水準で (F 値 7.462, df=4,  $p < .01$ ), ケアマネジャーと MSW6.2 (SD=2.17) とでは、5%水準で有意差が認められた (F 値 7.462, df=4,  $p < .05$ ). つまり、訪問看護師やケアマネジャーは他の職種と比べて、退院の日程は、急に決まることが多いと感じていた。

その他の項目では、有意差までは認められなかった ( $p > .05$ ) (表 13).

表13 職種間連携での職種による違い 認識 [連携や退院に対する認識]

		n	平均値	標準偏差	F値	
1) 他職種の役割は、その職種の人に任せている	医師	38	7.3	1.65	2.092	n.s.
	看護師(退院調整)	68	7.0	1.58		
	訪問看護師	90	6.5	1.97		
	ケアマネジャー	134	6.9	2.05		
	MSW	71	7.1	1.90		
2) 職種で行う役割が重複していた場合、職種間で相談している	医師	38	7.6	1.78	2.266	n.s.
	看護師(退院調整)	69	7.7	1.82		
	訪問看護師	89	7.4	1.99		
	ケアマネジャー	133	7.2	2.25		
	MSW	70	8.1	1.85		
3) 自分たちの職種で解決できない場合、職種間で相談している	医師	38	7.6	1.62	4.964	**
	看護師(退院調整)	69	8.2	1.49		
	訪問看護師	90	7.9	1.98		
	ケアマネジャー	133	7.7	2.02		
	MSW	71	8.8	1.38		
4) 各職種で知り得た情報に相違がある場合、職種間で相談している	医師	38	7.2	1.62	2.924	*
	看護師(退院調整)	69	7.7	1.66		
	訪問看護師	90	7.6	2.00		
	ケアマネジャー	134	7.6	1.98		
	MSW	71	8.3	1.57		
5) 職種によって、必要な情報が違う	医師	38	6.9	2.33	1.108	n.s.
	看護師(退院調整)	69	7.0	2.05		
	訪問看護師	90	6.9	2.16		
	ケアマネジャー	133	6.9	2.33		
	MSW	71	7.5	1.97		
6) 退院の日程は、急に決まることが多い	医師	38	5.6	2.25	7.462	***
	看護師(退院調整)	68	6.2	2.18		
	訪問看護師	88	7.3	1.97		
	ケアマネジャー	134	7.1	2.25		
	MSW	71	6.2	2.17		
7) 他職種の役割を良く理解している	医師	38	7.0	1.73	.665	n.s.
	看護師(退院調整)	68	7.3	1.60		
	訪問看護師	90	7.1	1.69		
	ケアマネジャー	134	7.3	1.68		
	MSW	71	7.4	1.63		
8) 他職種と役割が重っており、明確でないと感じている	医師	38	4.6	1.87	1.452	n.s.
	看護師(退院調整)	68	5.2	2.00		
	訪問看護師	90	5.0	2.21		
	ケアマネジャー	132	4.6	2.20		
	MSW	71	5.0	2.10		
9) 自分の職種の専門性を発揮しにくいと感じている	医師	38	3.8	2.17	.887	n.s.
	看護師(退院調整)	68	4.1	1.94		
	訪問看護師	89	3.7	2.24		
	ケアマネジャー	132	4.2	2.18		
	MSW	71	4.2	2.26		
10) どの職種が実施する役割なのか明確でない場合、職種間で相談している	医師	38	7.3	1.75	1.191	n.s.
	看護師(退院調整)	69	7.7	1.72		
	訪問看護師	89	7.4	2.03		
	ケアマネジャー	134	7.3	2.14		
	MSW	71	7.9	1.94		

一元配置分散分析後の検定 (多重比較) \*p<. 05 \*\*p<. 01 \*\*\*p<. 001

(2) 職種間連携での意識

職種間連携での意識の質問項目は、1) 自分自身は、今の仕事に対して満足している、2) 自分自身の仕事に対する意欲は高い、3) 他職種の方は、仕事に対して、やる気があると感じている、4) 他職種の人から、自分の職種を低く見られていると感じている、5) 専門職を超えた教育の必要性があると感じている、5項目である。

5) 専門職を超えた教育の必要性があると感じている 7.8 (SD=1.88) や 2) 自分自身の仕事に対する意欲は高い 7.1 (SD=1.94) は、やや平均値が高かった。4) 他職種の人から、自分の職種を低く見られていると感じているでは、3.7 (SD=2.24) と平均値が低く、低く見られているとは感じていなかった。

各職種での違いを見るために、一元配置分散分析を行った結果、1) 自分自身は、今の仕事に対して満足している、2) 自分自身の仕事に対する意欲は高い、4) 他職種の人から、自分の職種を低く見られていると感じているで、有意差が認められた (表 14)。

表14 職種間連携での認識 [職種間連携での意識]全職種の平均値および標準偏差

	n	平均値	標準偏差	
1) 自分自身は、今の仕事に対して満足している	401	6.7	2.12	***
2) 自分自身の仕事に対する意欲は高い	401	7.1	1.94	*
3) 他職種の方は、仕事に対して、やる気があると感じている	400	6.9	1.87	
4) 他職種の人から、自分の職種を低く見られていると感じている	401	3.7	2.24	***
5) 専門職を超えた教育の必要性があると感じている	398	7.8	1.88	

一元配置分散分析 \*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

そこで、多重比較をした結果、1) 自分自身は、今の仕事に対して満足しているは、訪問看護師 7.6 (SD=2.05) とケアマネジャー6.3 (SD=2.16) とでは 0.1%水準 (F 値 6.894, df=4, p<.001) で、看護師(退院調整)6.4 (SD=1.95), MSW6.3 (SD=2.12) とでは、1%水準で有意差が認められた (F 値 6.894, df=4, p<.01) (表 15)。つまり、訪問看護師は、看護師(退院調整)、ケアマネジャー、MSW よりも今の仕事に対して満足していると感じていた。

それに伴って、2) 自分自身の仕事に対する意欲は高いでも訪問看護師は 7.7 (SD=1.84) で看護師(退院調整)6.8 (SD=1.74) よりも、5%水準で有意差が認められ (F 値 3.169, df=4, p<.05)、仕事に対する意欲は高いと感じていた。

また、4) 他職種の人から、自分の職種を低く見られていると感じているは、全体的に平均値は低い職種で見ると、MSW4.6 (SD=2.39) と医師 2.6 (SD=1.93)、訪問看護師 3.2

(SD=1.95) とで、0.1%水準で有意差が認められた (F 値 7.447, df=4,  $p < .001$ ). またケアマネジャー3.9 (SD=2.16) と医師 2.6 (SD=1.93) とで、1%水準で有意差が認められた (F 値 7.447, df=4,  $p < .01$ ). つまり、MSW は医師や訪問看護師やケアマネジャーは、医師と比べると自分の職種を低く見られていると感じていることが伺えた。

表15 職種間連携での職種による違い 認識 [職種間連携での意識]

		n	平均値	標準偏差	F値	
1) 自分自身は、今の仕事に対して満足している	医師	38	7.2	1.74	6.894	** *** **
	看護師(退院調整)	68	6.4	1.95		
	訪問看護師	90	7.6	2.05		
	ケアマネジャー	134	6.3	2.16		
	MSW	71	6.3	2.12		
2) 自分自身の仕事に対する意欲は高い	医師	38	7.5	1.61	3.169	* ]
	看護師(退院調整)	68	6.8	1.74		
	訪問看護師	90	7.7	1.84		
	ケアマネジャー	134	7.0	1.98		
	MSW	71	6.9	2.18		
3) 他職種の人は、仕事に対して、やる気があると感じている	医師	38	7.2	1.80	.345	n.s.
	看護師(退院調整)	68	6.9	1.67		
	訪問看護師	90	6.9	1.96		
	ケアマネジャー	133	6.8	1.95		
	MSW	71	6.9	1.84		
4) 他職種の人から、自分の職種を低く見られていると感じている	医師	38	2.6	1.93	7.447	** *** ***
	看護師(退院調整)	68	3.6	2.34		
	訪問看護師	90	3.2	1.95		
	ケアマネジャー	134	3.9	2.16		
	MSW	71	4.6	2.39		
5) 専門職を超えた教育の必要性があると感じている	医師	38	8.1	1.47	1.520	n.s.
	看護師(退院調整)	68	8.2	1.74		
	訪問看護師	89	7.5	1.98		
	ケアマネジャー	132	7.8	2.01		
	MSW	71	7.9	1.83		

一元配置分散分析後の検定 (多重比較) \* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

### 3. 認知症患者の退院をめぐる職種間連携の認識

認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションや認識では、認知症患者の退院だけでなく、あらゆる患者の退院をめぐる職種間連携でも生じているとも考えられた。そのため、認知症患者の退院の認識を調査した結果は以下の通りである。

#### 1) 認知症患者の退院で情報収集をする職種

認知症患者の退院で情報収集する職種は、医師は、主に MSW7.8 (SD= 1.45)、家族 7.7 (SD=1.82)、看護師 (退院調整) 7.6 (SD=1.59) から情報収集を行っていた。また看護師 (退院調整) は、家族 8.4 (SD=1.82)、MSW7.7 (SD=1.79)、患者 7.5 (SD=2.42) から、MSW は、家族 8.5 (SD=1.41)、ケアマネジャー8.4 (SD=1.38)、看護師 (退院調整) 7.7 (SD=1.78)、から情報収集をしていた (表 16)。

ケアマネジャーは、MSW8.5 (SD=1.52)、家族 8.4 (SD=1.50)、看護師 (退院調整) 7.6 (SD=1.99) から、訪問看護師は、ケアマネジャー8.1 (SD=1.53)、家族 8.0 (SD=1.94)、看護師 (退院調整) 7.7 (SD=1.64) から、主に情報収集をしていた。

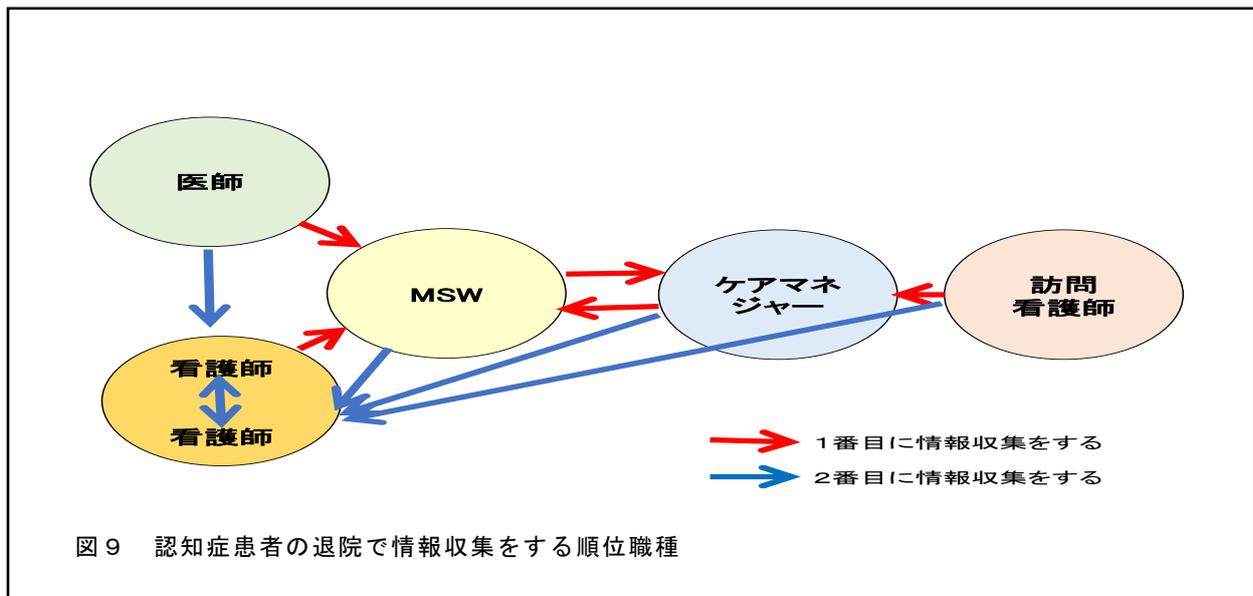
また、認知症患者の退院調整では、どの職種も医師から情報収集は、あまりしていなかった。また、退院させる側の病院の看護師 (退院調整)、MSW は、主に家族から情報収集をしており、受け入れる側のケアマネジャーは、MSW から、また訪問看護師はケアマネジャーから情報収集をしていた。

また医師は、主に、看護師 (退院調整) と MSW から情報収集をしており、ケアマネジャーや訪問看護師からの情報収集の認識は低い。またどの職種も、看護師 (退院調整) から情報収集をしていると認識していた。

MSW やケアマネジャーは、お互いに情報収集をしていると認識していたが、訪問看護師は、ケアマネジャーから情報収集をしているが、ケアマネジャーは訪問看護師から情報収集をしているという認識が低い (図 9)。

表16 認知症患者の退院で情報収集をする職種

	1番目		2番目		3番目		4番目		5番目		6番目		7番目								
	職種	平均値	SD	職種	平均値	SD	職種	平均値	SD	職種	平均値	SD	職種	平均値	SD						
医師	MSW	7.8	1.45	家族	7.7	1.82	看護師 (退院調整)	7.6	1.59	患者	6.7	2.59	ケア マネジャー	5.7	2.36	訪問 看護師	5.7	2.49	医師	5.4	2.25
看護師 (退院調整)	家族	8.4	1.82	MSW	7.7	1.79	患者	7.5	2.42	看護師 (退院調整)	7.5	2.02	ケア マネジャー	7.5	2.41	訪問 看護師	6.9	2.46	医師	6.2	2.12
MSW	家族	8.5	1.41	ケア マネジャー	8.4	1.38	看護師 (退院調整)	7.7	1.78	MSW	6.9	2.35	患者	6.7	2.20	医師	6.5	2.07	訪問 看護師	6.2	2.36
ケア マネジャー	MSW	8.5	1.52	家族	8.4	1.50	看護師 (退院調整)	7.6	1.99	患者	7.0	2.31	訪問 看護師	6.5	2.68	ケア マネジャー	5.9	2.87	医師	4.8	2.32
訪問 看護師	ケア マネジャー	8.1	1.53	家族	8.0	1.94	看護師 (退院調整)	7.7	1.64	MSW	7.4	2.05	訪問 看護師	7.2	2.47	患者	6.8	2.51	医師	5.3	2.25



## 2) 認知症・認知症患者の理解

認知症・認知症患者の理解としての質問項目は、1) 認知症の疾患について、知識がある、2) 認知症の症状への援助について、知識がある、3) 認知症患者の生活について理解している、4) 認知症患者は、病院と自宅の行動に違いがある、5) 認知症患者の退院支援の方法・手段を理解している、6) 認知症患者の退院の日程は、急に決まることが多い、7) 認知症患者の退院にむけて、職種間で十分に時間をとって話し合いをしている、8) 認知症患者の退院に向けて職種間連携で困っていると感じている、の8項目で調査した。

認知症の理解の各項目の全職種の平均値、標準偏差は、1) 認知症の疾患について、知識がある 6.6 (SD=1.74)、2) 認知症の症状への援助について、知識がある 6.5 (SD=1.73)、3) 認知症患者の生活について理解している 6.5 (SD=1.72)、4) 認知症患者は、病院と自宅の行動に違いがある 8.2 (SD=1.65)、5) 認知症患者の退院支援の方法・手段を理解している 6.2 (SD=1.74)、6) 認知症患者の退院の日程は、急に決まることが多い 6.3 (SD=2.35)、7) 認知症患者の退院にむけて、職種間で十分に時間をとって話し合いをしている 5.9 (SD=1.86)、8) 認知症患者の退院に向けて職種間連携で困っていると感じている 5.5 (SD=2.17) であった。4) 認知症患者は、病院と自宅の行動に違いがある以外の平均値は、5.5～6.6 点の範囲で、あまり理解しているとまでは言えなかった。

また職種による違いをみるために、一元配置分散分析を実施した結果、1) 認知症の疾患について、知識がある 6.6 (SD=1.74)、2) 認知症の症状への援助について、知識がある 6.5 (SD=1.73)、6) 認知症患者の退院の日程は、急に決まることが多い、7) 認知症患者の退院にむけて、職種間で十分に時間をとって話し合いをしている、で有意差が認められた (表 17)。

表17 認知症・認知症患者の理解

	人数	平均値	標準偏差	
1) 認知症の疾患について、知識がある	399	6.6	1.74	**
2) 認知症の症状への援助について、知識がある	400	6.5	1.73	*
3) 認知症患者の生活について理解している	399	6.5	1.72	
4) 認知症患者は、病院と自宅の行動に違いがある	400	8.2	1.65	
5) 認知症患者の退院支援の方法・手段を理解している	400	6.2	1.74	
6) 認知症患者の退院の日程は、急に決まることが多い	397	6.3	2.35	***
7) 認知症患者のの退院にむけて、職種間で十分に時間をとって話し合いをしている	397	5.9	1.86	**
8) 認知症患者の退院に向けて職種間連携で困っていると感じている	374	5.5	2.17	

一元配置分散分析 \* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

そこで、多重比較をした結果、1) 認知症の疾患について、知識があるは、医師 7.2 (SD=1.89) と看護師 (退院調整) 6.1 (SD=1.73)、ケアマネジャー 6.8 (SD=1.70) と MSW 6.1 (SD=1.70) とで 5%水準 (F 値 4.972,  $df=4$ ,  $p < .05$ )、医師 7.2 (SD=1.89) と MSW 6.1 (SD=1.78) で、1%水準で有意差が認められた (F 値 4.972,  $df=4$ ,  $p < .01$ ) (表 18)。つまり、病院では、医師と比較して、看護師 (退院調整) や MSW は認知症の疾患について、知識があるとは感じていなかった。また MSW は、ケアマネジャーよりも認知症の疾患について、知識があるとは感じていなかった。また、2) 認知症の症状への援助について、知識があるは、ケアマネジャー 6.7 (SD=1.75)、MSW 6.0 (SD=1.80) とで 5%水準で有意差が認められた (F 値 2.832,  $df=4$ ,  $p < .05$ )。ケアマネジャーは MSW よりも認知症の症状への援助について、知識があると感じていた。

6) 認知症患者の退院の日程は、急に決まることが多いは、訪問看護師 7.1 (SD=2.08) と医師 5.2 (SD=1.97)、MSW 5.5 (SD=2.21) とで 0.1%水準で有意差が認められた (F 値 7.462,  $df=4$ ,  $p < .001$ )。ケアマネジャー 6.7 (SD=2.52) と医師 5.2 (SD=1.97)、MSW 5.5 (2.21) とでも 1%水準で有意差が認められた (F 値 7.462,  $df=4$ ,  $p < .01$ )。つまり、認知症患者の退院では、訪問看護師やケアマネジャーは急に決まることが多いと感じていた。

7) 認知症患者の退院にむけて、職種間で十分に時間をとって話し合いをしているでも、訪問看護師 5.3 (SD=1.95) と、医師 6.6 (SD=1.64) とで 1%水準 (F 値 4.249,  $df=4$ ,  $p < .01$ )、訪問看護師とケアマネジャー 5.9 (SD=1.99) とで、5%水準で有意差が認められた (F 値 4.249,  $df=4$ ,  $p < .05$ )。つまり、医師やケアマネジャーに比べて訪問看護師は、認知症患者の退院にむけて、職種間で十分に時間をとって話し合いをしていると感じていなかった。

その他の項目では、有意差までは認められなかった ( $p > .05$ )。



ケアマネジャーの経験などの13項目で調査をした。その結果、全職種では、1)入院となった疾患・症状 8.3 (SD=1.62), 2)認知症の中核症状(記憶障害, 見当識障害など) 8.3 (SD=1.56), 3)認知症の周辺症状(徘徊, 妄想, せん妄, 睡眠障害など) 8.6 (SD=1.42)といった認知症症状, 4)患者の思い 8.3 (SD=1.72), 5)家族の思い 8.7 (SD=1.28), 7)患者に対するサポート体制 8.8 (SD=1.34), 8)家族に対するサポート体制 8.7 (SD=1.38), 10)経済力 8.3 (SD=1.60), 12)患者・家族の個別の事情 8.4 (SD=1.40)の項目で, 8.0以上と重要視していた。

また, 職種間の違いを見るために, 一元配置分散分析を行った結果, 2)認知症の中核症状(記憶障害, 見当識障害など), 4)患者の思い, 5)家族の思い, 6)医療従事者の思い, 7)患者に対するサポート体制, 8) 家族へのサポート体制, 9)地域へのサポート体制, 11)病院のベッド調整などの事情, 13)MSWやケアマネジャーの経験で有意差が認められた(表19)。

	全職種 平均値及び標準偏差			
	人数	平均値	標準偏差	
1)入院となった疾患・症状	394	8.3	1.62	
2)認知症の中核症状(記憶障害、見当識障害など)	396	8.3	1.56	**
3)認知症の周辺症状(徘徊、妄想、せん妄、睡眠障害など)	397	8.6	1.42	
4)患者の思い	397	8.3	1.72	***
5)家族の思い	398	8.7	1.28	***
6)医療従事者の思い	391	7.0	1.88	**
7)患者に対するサポート体制	396	8.8	1.34	*
8)家族へのサポート体制	396	8.7	1.38	*
9)地域へのサポート体制	389	7.1	2.06	***
10)経済力	397	8.3	1.60	
11)病院のベッド調整などの事情	389	6.8	2.14	**
12)患者・家族の個別の事情	394	8.4	1.40	
13)MSWやケアマネジャーの経験	386	6.3	2.21	*

一元配置分散分析 \*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

そこで, 多重比較をした結果, 2)認知症の中核症状(記憶障害, 見当識障害など)は, 医師 7.6 (SD=1.70)と訪問看護師 8.8 (SD=1.36)とで1%水準(F値 4.455, df=4, p<.01), 医師 7.6 (SD=1.70)とケアマネジャー8.4 (SD=1.61)とで5%水準で有意差が認

められた (F 値 4.455,  $df=4$ ,  $p < .05$ ) (表 20-1, 20-2). つまり, 訪問看護師やケアマネジャーは医師よりも, 認知症の中核症状 (記憶障害, 見当識障害など) を重要視していた.

また 4) 患者の思いでは, 訪問看護師 8.7 (SD=1.43), ケアマネジャー 8.5 (SD=1.70) と医師 7.3 (SD=1.93) とで, 1%水準で有意差が認められた (F 値 7.475,  $df=4$ ,  $p < .01$ ). また, 訪問看護師 8.7 (SD=1.43) と MSW 7.7 (SD=1.83) とで 1%水準で (F 値 7.475,  $df=4$ ,  $p < .01$ ), ケアマネジャー 8.5 (SD=1.70) と MSW 7.7 (SD=1.83) とで 5%水準で有意差が認められた (F 値 7.475,  $df=4$ ,  $p < .05$ ). つまり, 訪問看護師やケアマネジャーは, 医師や MSW よりも患者の思いを重要視していた.

5) 家族の思いでは, 訪問看護師 9.1 (SD=1.15), ケアマネジャー 9.0 (SD=1.25) と, 医師 7.9 (SD=1.50) とで, 1%水準で有意差が認められた (F 値 6.826,  $df=4$ ,  $p < .01$ ). つまり, 訪問看護師やケアマネジャーは, 医師よりも家族の思いを重要視していた.

6) 医療従事者の思いも, 訪問看護師 7.3 (SD=1.92), と医師 6.1 (SD=1.88) とで, 1%水準で (F 値 3.646,  $df=4$ ,  $p < .01$ ), 看護師 (退院調整) 7.2 (SD=1.81), MSW 7.1 (SD=1.76) と医師とで 5%水準で有意差が認められた (F 値 3.646,  $df=4$ ,  $p < .05$ ). つまり, 訪問看護師, 看護師 (退院調整) や MSW は, 医師に比べて, 医療従事者の思いも重要視していた.

表20-1 認知症患者を退院させるにあたって重要視していること

		n	平均値	標準偏差	F値	
1) 入院となった疾患・症状	医師	38	7.8	1.74	1.499	n.s.
	看護師(退院調整)	68	8.3	1.57		
	訪問看護師	89	8.5	1.60		
	ケアマネジャー	129	8.4	1.58		
	MSW	70	8.2	1.65		
2) 認知症の中核症状 (記憶障害、見当識障害など)	医師	38	7.6	1.70	4.455	** * ]
	看護師(退院調整)	69	8.2	1.58		
	訪問看護師	90	8.8	1.36		
	ケアマネジャー	129	8.4	1.61		
	MSW	70	8.2	1.49		
3) 認知症の周辺症状 (徘徊、妄想、せん妄、睡眠障害など)	医師	38	8.2	1.45	1.955	n.s.
	看護師(退院調整)	69	8.5	1.52		
	訪問看護師	89	8.9	1.31		
	ケアマネジャー	131	8.6	1.43		
	MSW	70	8.6	1.38		
4) 患者の思い	医師	38	7.3	1.93	7.475	*** ** ** ] * ]
	看護師(退院調整)	69	8.3	1.56		
	訪問看護師	90	8.7	1.43		
	ケアマネジャー	130	8.5	1.70		
	MSW	70	7.7	1.83		
5) 家族の思い	医師	38	7.9	1.50	6.826	*** *** *** ]
	看護師(退院調整)	69	8.6	1.31		
	訪問看護師	90	9.0	1.15		
	ケアマネジャー	131	9.0	1.25		
	MSW	70	8.5	1.15		
6) 医療従事者の思い	医師	38	6.1	1.88	3.646	* ** * ]
	看護師(退院調整)	69	7.2	1.81		
	訪問看護師	88	7.3	1.92		
	ケアマネジャー	126	6.8	1.88		
	MSW	70	7.1	1.76		
7) 患者に対するサポート体制	医師	38	8.3	1.31	2.357	* ]
	看護師(退院調整)	69	8.9	1.23		
	訪問看護師	90	9.0	1.18		
	ケアマネジャー	129	8.7	1.54		
	MSW	70	8.8	1.20		
8) 家族へのサポート体制	医師	38	8.2	1.39	2.756	n.s.
	看護師(退院調整)	69	8.9	1.19		
	訪問看護師	89	8.9	1.22		
	ケアマネジャー	130	8.8	1.50		
	MSW	70	8.5	1.44		
9) 地域へのサポート体制	医師	38	7.4	1.54	5.141	** * ]
	看護師(退院調整)	68	7.8	1.60		
	訪問看護師	89	7.5	1.83		
	ケアマネジャー	124	6.5	2.26		
	MSW	70	7.0	2.36		

一元配置分散分析後の検定(多重比較) \*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001



表21 全職種 平均値及び標準偏差

	人数	平均値	標準偏差	
1) 専門的知識	395	8.1	1.62	
2) 専門職としての専門的なスキル	395	8.2	1.58	
3) 職種間のコミュニケーション	395	8.8	1.37	
4) 目標の統一	394	8.6	1.54	
5) 各職種の役割の明確化	393	8.1	1.70	
6) 相互に連携したリーダーシップ	387	7.5	1.77	
7) 職種間に生じた葛藤解決	389	7.4	1.90	
8) 合同カンファレンス	393	8.3	1.67	***

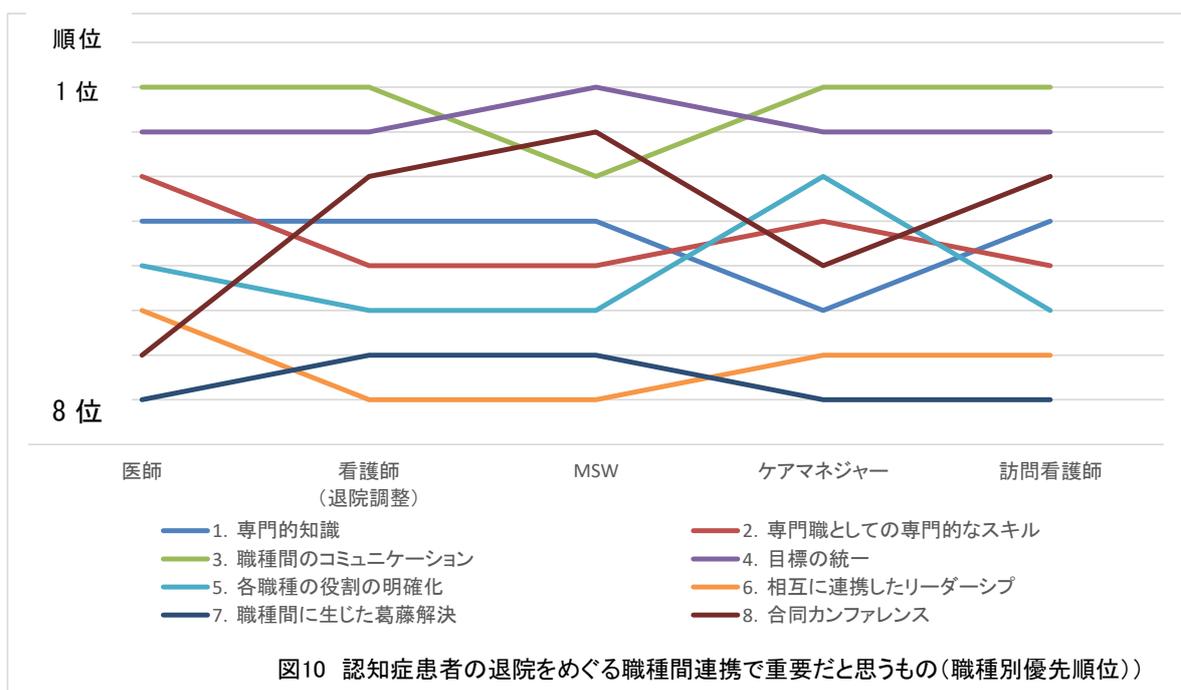
一元配置分散分析 \* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

そこで、多重比較をした結果、8) 合同カンファレンスでは、看護師(退院調整)8.9 (SD=1.28)、MSW8.5(SD=1.48)と医師 7.5 (SD=1.56) とで、1%水準で有意差が認められた (F 値 4.569,  $df=4$ ,  $p < .01$ )。また看護師(退院調整)8.9 (SD=1.28) とケアマネジャー 8.1 (SD=1.89) とで、5%水準で有意差が認められた (F 値 4.569,  $df=4$ ,  $p < .05$ )。つまり、認知症患者の退院調整では、看護師(退院調整)やMSWは医師と比べると、また看護師(退院調整)はMSWよりも合同カンファレンスは重要と捉えていた(表22)。



また、認知症患者の退院をめぐる職種間連携で、重要だと思うものを、職種ごとに、平均得点をもとに、優先順位で示したものが図 10 である。

MSW 以外職種は、1 位に職種間のコミュニケーションと答えていた。次いで高いものが、4. 目標の統一であった。合同カンファレンスは、職種間で優先順位がばらついており、またケアマネジャーは、各職種の役割の明確化は、他職種より優先順位が高かった。



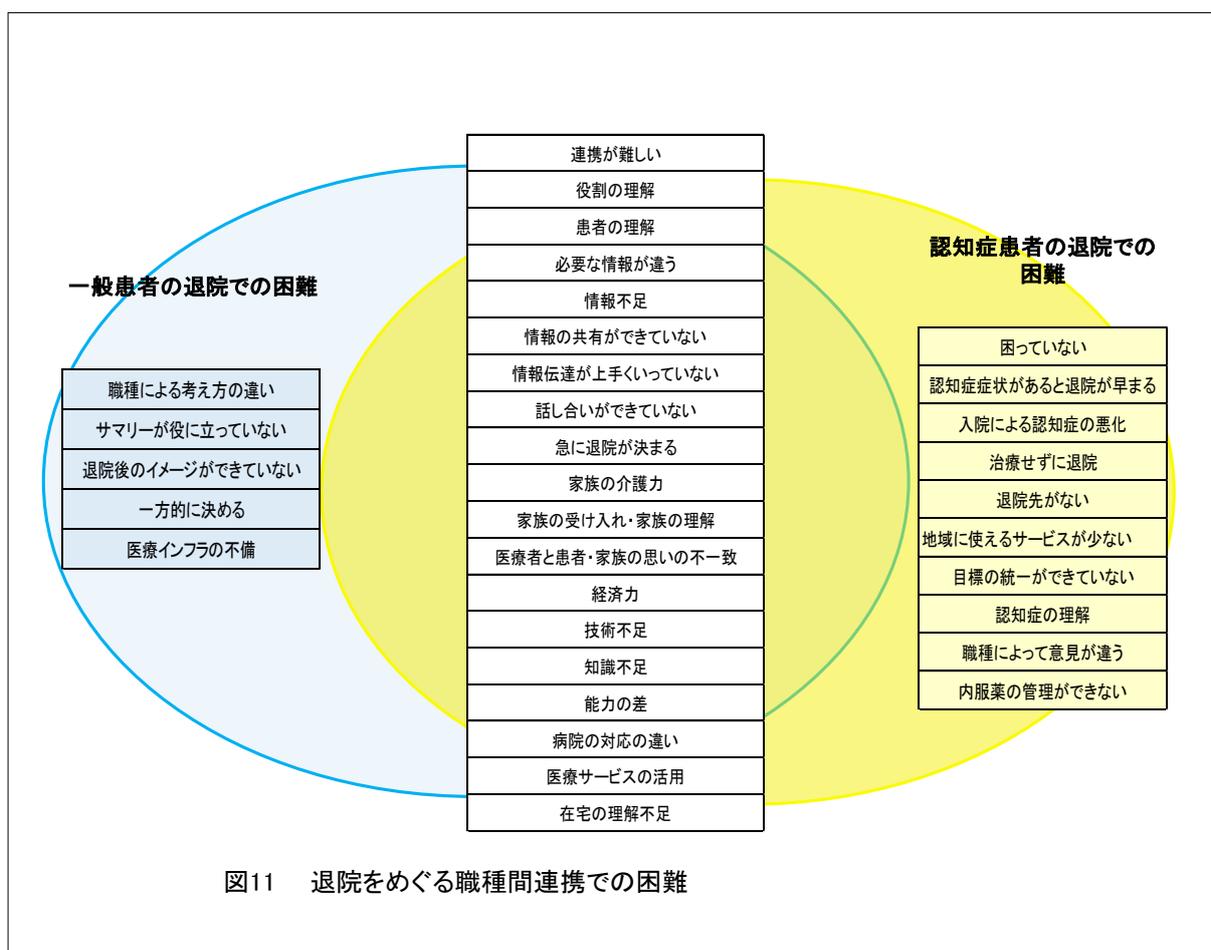
### 5) 認知症患者の退院をめぐる職種間連携での困難

一般患者と認知症患者での退院で困難なことの自由記載を分析した結果、460 コード、で、34 のカテゴリーに分類され、職種の内訳を示したものが表 23 である。そこで、それぞれのカテゴリーを見ると、カテゴリーの中に、一般の退院での困難で記載されたもの、認知症患者の退院での困難で記載されたもの、また一般患者の退院と認知症患者の退院とで記載されたものに分かれた (図 11)。

表23 一般患者・認知症患者の退院をめぐる職種間連携での困難

カテゴリー	コード数	内訳				
		一般患者		認知症患者		
		医師	看護師 (退院調整)	MSW	ケアマネ ジャー	訪問 看護師
困っていない	5	1	0	2	3	0
認知症症状があると退院が早まる	22	1	2	8	11	0
入院による認知症の悪化	5	0	0	0	4	1
治療せずに退院	5	0	0	2	3	0
退院先がない	11	1	2	4	4	0
地域に使えるサービスが少ない	15	0	2	2	6	5
目標の統一ができていない	4	0	1	0	0	3
認知症の理解	21	1	4	3	4	9
職種によって意見が違う	8	1	2	2	3	0
内服薬の管理ができない	7	0	1	1	2	3
職種による考え方の違い	16	0	7	4	3	2
サマリーが役に立っていない	5	0	2	1	2	0
退院後のイメージができていない	10	0	2	4	1	3
一方的に決める	6	0	2	2	1	1
医療インフラの不備	5	1	0	1	1	2
連携が難しい	46	1/1	6/1	8/6	9/7	4/3
役割の理解	9	0	0	4/1	2/1	1
患者の理解	10	0	1	1/1	1/1	1/4
必要な情報が違う	4	0	1	0	1	2
情報不足	25	0	2/2	1/3	6/3	4/4
情報の共有ができていない	25	1	5/1	5	5/2	3/3
情報伝達が上手くいっていない	12	1	0	5/1	3	1/1
話し合いができていない	50	4	6/1	3/3	9/5	13/6
急に退院が決まる	50	1	7	6	22/2	8/4
家族の介護力	10	1	5	0	2	1/1
家族の受け入れ・家族の理解	14	1	2/2	2	4/1	2
医療者と患者・家族の思いの不一致	17	0	3/1	1/1	5/4	2
経済力	3	0	1	1	0	1
技術不足	3	0	0	1	0	2
知識不足	9	0	0	1	4	4
能力の差	7	4/1	1	0	1	0
病院の対応の違い	4	0	0	1/1	1/1	0
医療サービスの活用	5	0	1		2/1	1
在宅の理解不足	12	0	1/1	1	3/3	1/2

一般患者の退院での困難は、「職種による考え方の違い」「サマリーが役に立っていない」「退院後のイメージができていない」「一方的に決める」「医療インフラの不備」であった。また、認知症患者の退院での困難は、「困っていない」「認知症症状があると退院が早まる」「入院による認知症の悪化」「治療せずに退院」「退院先がない」「地域に使えるサービスが少ない」「目標の統一ができていない」「認知症の理解」「職種によって意見が違う」「内服薬の管理ができない」であった。その他の「連携が難しい」「役割の理解」「患者の理解」「必要な情報が違う」「情報不足」「情報の共有ができていない」「情報伝達が上手くいっていない」「話し合いができていない」「急に退院が決まる」「家族の介護力」「家族の受け入れ・家族の理解」「医療者と患者・家族の思いの不一致」「経済力」「技術不足」「知識不足」「能力の差」「病院の対応の違い」「医療サービスの活用」「在宅の理解不足」などは、一般の退院での困難からも認知症患者の退院での困難にも記載されていた。



## IV 考察

### 1. 職種間連携での職種によるコミュニケーションギャップの内容

#### 1) 職種間連携でのコミュニケーション

##### (1) [話す・伝える]

[話す・伝える]は、医師は訪問看護師やケアマネジャーに比べて「他職種の人に、的確に物事を伝える自信がある」と答えていた。これは、医師は、治療計画をたて、治療や診察を行い、また治療や処置では、他職種に指示をだす役割も担っている<sup>125)</sup>。医師は、他職種だけでなく、患者や家族にもインフォームドコンセント等、説明をする機会多い。そのため、「他職種の人に的確に物事を伝える自信がある」と答えた人も多かったのではないかと考える。また医療社会学において医師は、プロフェッションと見なされている。その根拠とし、①独自の知識体系が存在しそれが社会的に有用であると認められている、②専門的職能集団の「自律性(autonomy)」(=「独立しており、自由で、他からの指示を受けない」)が確保されているからである<sup>126)</sup>。細田<sup>127)</sup>は、①独自の知識体系と社会的承認ということは、同一専門職間で通用するだけでない抽象的知識体系が存在し、その修得は困難で、特殊な訓練、優れた知能と技能・高度な判断が必要とされ、そうした専門知が結果的に社会のエリートや一般の人々によって是認されている事を指す。また、②専門的職能集団の「自律性」ということは、サービス内容を提供者自身が行うことが出来ると共に、職能集団が「自己規制(selfdenial)」を有していることであると述べている。このことより、医師は、自分たちの職業がプロフェッションという自覚や他者からの承認が自信となって、発言や態度にも表れているのではないかと考えられた。

それに対しMSWは、医師と比べて「他職種の人と、できるだけ揉めないようにしている」と答えていた。MSWは、保健医療機関において、社会福祉の立場から患者やその家族の方々の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を行う<sup>128)</sup>。その中で、MSWは、退院支援、社会復帰、地域活動などでは患者・家族だけでなく、関係機関や、関係職種などとの連携をしたり、経済的問題の解決に至っては、社会福祉、社会保険などの機関と連携している<sup>129)</sup>。MSWは、患者や家族の相談や援助だけでなく、病院内の職種や在宅に関わる職種と接する機会も多い職種である。またMSWは、1病院に1～2名、大病院であっても、数名しか勤務していない職種である。そのため、MSWは、このような職種の業務や勤務形態などによって、他職種の人とできるだけ揉めないように、職種に合わせた言葉や態度、状況によっては、言いたいことがあっても言わないといった、コミュニケーションを図っていると考えられた。

次にMSWやケアマネジャー、看護師(退院調整)は、医師より「職種に、言いにくいと感

じていることがある」と答えていた。ケアマネジャーは、患者にかかわる社会的問題を明らかにし、保健医療サービスを有効に利用するよう援助する職種である<sup>130)</sup>。そのため、ケアマネジャーも、MSWと同様に、介護事業者、医療機関、行政、家族・患者などの多くの職種と関わる機会が多く、「職種によって、言いにくいと感じていることがある」と答えていると考えられた。また、ケアマネジャーは、ケアマネジメントを担う職業でもある<sup>131)</sup>。そのため、マネジメントをする場合に、「職種によって、言いにくいと感じていることがある」と認識していることが、ネガティブな感情に繋がっているのではないかと考えられた。

## (2) [聞く・伝わらない]

[聞く・伝わらない]では、ケアマネジャーとMSWが、医師や看護師（退院調整）、訪問看護師より「職種間で使う言語は、専門用語が多く、わかりにくい」と答えていた。認知症患者の退院をめぐる職種間連携の場合、多職種が連携しながら退院支援をすることとなる。そこで問題となるのがこの専門用語である。医師、看護師（退院調整）、訪問看護師は、医療としての専門用語を学んできているが、MSWやケアマネジャーの中には、基礎資格による教育の違いにより、専門用語を学んできていない人もいる。またケアマネジャーの中には、保健・福祉・医療分野の国家資格を有している人や有していない人もいる。また同じ国家資格を有していても、例えば、病院に勤務した経験のある看護師や病院に勤務したことがない看護師のように、勤務経験や勤務場所、職務内容も様々である。そのため、どの職種も専門用語がわかるわけではない。特に、治療・処置に関する専門用語は、新たな知見や技術の進歩により、新しい専門用語も増えている。また専門用語として使われている言葉も、英語やドイツ語が混在していたり、略語で使われたりしていることにより、わかりにくいと感じられる。さらに略語は、同じ略語として使われていても、診療科や職場によっても意味が違い、統一されていない。そのため、同じ医療者であっても、わからないことが多々ある。ピーターら<sup>132)</sup>は、明らかなコミュニケーションの問題は2人の人間が、共通の言語を持っていない場合に生じるものであるとし、言語の壁は医療現場で問題となる<sup>133)</sup>と述べている。この専門用語の問題は、職種間連携だけに限らず、患者・家族に対しても同じように使われていると考えられ、患者・家族も医療従事者以上に、わかりにくさを感じているのではないかと考えられる。

このように、「職種間で使う言葉は、専門用語が多く、わかりにくい」と感じている一方で、「他職種の人にわかりやすい言葉で話している」の項目では、どの職種も高い得点で違いもなかった。このことから、自分自身としては、「他職種の人にわかりやすい言葉で話している」と認識しているが、受け取る側の職種によっては、わかりにくいと感じており、この認識の違いがコミュニケーションギャップとなっていると考えられた。

また、ケアマネジャーは看護師（退院調整）より、「作成されたサマリーなどは、各職種

で役立っている」と答えていた。ケアマネジャーは、直接入院患者とかかわる機会が少ないため、書かれたサマリーは、役立つと認識していると考えられた。しかし看護師は、入院前の患者の状況と、疾患を持って入院してきた患者の状況は違うことが多いため、サマリーに書かれた内容ではなく、目の前の患者を捉えたうえで、援助をしていくため、あまりサマリーを役に立つと捉えていないのではないかと考えられた。

入院から退院に向けて書かれているサマリーの場合、記載されている内容や必要とする情報が職種によって違う。このことにより、サマリーが役立つかどうかの認識も違ってきていると考えられた。藤原<sup>134)</sup>は、急性期病院の看護師を対象に、看護退院サマリーへの記載について自己評価の結果を示している。全体では、「情報が不足しておりあまり記載していない」が4.3%、「時間がとれずあまり記載していない」が15.2%、「ある程度記載するようにしている」が73.8%であったと述べている。このように、看護師はサマリーの作成に対し、記載された内容が十分記載されていないことの認識が「作成されたサマリーなどは、各職種で役立っている」と感じていないことに繋がっているのではないかと考えられた。藤澤<sup>135)</sup>は、「退院支援への知識・認識・関心の不足」を看護職が所属部署で退院支援を行う上での課題とも述べている。サマリーとは、入院患者の治療内容や経過を要約した文書で、退院時に作成されるものを退院時サマリー（要約）と呼び、診断名、転帰、入院時の症状と所見、入院後の経過などを記載するもので、記録として残すだけでなく、退院後外来受診などで診療を円滑に行うことを目的にしている<sup>136)</sup>。今日の医療現場では、安全に医療を遂行するために多くの情報を必要とし、医療者間で情報共有することにより質の高い患者ケアが可能となる<sup>137)</sup>。そのため、今後も認知症患者の入退院が多くなるにつれ、サマリーに記載された認知症の程度、周辺症状の状態、服薬状況、居宅での家族構成、経済負担などの情報は、認知症患者の援助に重要な情報となってくるため、サマリーの形式や内容の検討は今後の課題であると考えている。

### (3) [相談・情報の共有]

[相談・情報の共有]では、医師に比べてMSWは、「困った時に、他職種の人に相談できる」と答えていた。また、訪問看護師は、医師、看護師、MSWと比べると、「退院にむけて、職種間で十分に時間をとって、話し合いをしている」で、平均得点が低かった。さらに、「困った時に、他職種の人に相談できる」では、医師の平均得点が低かったが、これは、今回、病院に勤務している医師を対象としていたためであると考えた。医師は、治療に対して困った場合には、医師同士で相談することは多いと考えられたが、医師は、主導権や裁量権もあるため、「困った時に、他職種の人に相談できる」は、他の職種と比較すると低い得点になったのではないかと考えた。それに対しMSWは、職場内にもMSWの人数も少なく、一人では解決できないことも多々ある。また、職種の役割として、多職種と連携をし

ていく必要性も多いことから、「困った時に、他職種の人に相談できる」や「退院にむけて、職種間で十分に時間をとって、話し合いをしている」と答えていると考えられた。

阿部<sup>138)</sup>は、現場の医療・介護・福祉職が他職種と連携するにあたって、さまざまな障壁があることが判明し、情報共有が依然として障壁になっていると述べている。このように、職種間連携での相談や十分な話し合いをし、情報共有をすることが難しい状況の中でも、職種によっては、実際に行っていることも伺えた。

## 2) 職種間連携での認識

### (1) 連携や退院に対する認識

MSWは、医師、ケアマネジャー、訪問看護師より「自分たちの職種で解決できない場合、職種間で相談している」と認識し、また医師、ケアマネジャーより、「各職種で知り得た情報に相違がある場合、職種間で相談している」と認識していた。医療機関などで働くMSWは、病気や障害を契機とするさまざまな生活上の問題の解決を支援する専門職で、患者を「家庭や社会で生活している人」と捉え、病気や障害によって生じたさまざまな生活上の変化、あるいは新たな問題の解決に向け、患者・家族の取り組みを支援する職種である。具体的には、医療費や生活費などの機材的問題解決、入院や退院に伴う問題解決、在宅療養環境整備、さまざまな保健・医療・福祉サービスの紹介、人間関係の問題調整、不安や心配に対する精神的サポートを行う<sup>139)</sup>。そのため、「自分たちの職種で解決できない場合、職種間で相談している」「各職種で知り得た情報に相違がある場合、職種間で相談している」と認識していると考えられた。このように、職種によっても、職種間連携の捉え方に違いがあることが伺えた。

また「退院の日程は、急に決まることが多い」と感じているのは訪問看護師が一番高く、次いでケアマネジャーで、医師が一番低い値であった。職種間連携での退院に対しての認識は、医師は、自分で治療方針や退院を決めるため、退院が急に決まるとは感じていない。しかし、指示を受け、実際に調整をしたり援助したりする側の職種にとっては、家族もしくは家族以外の人や医療機関以外との調整も必要となることもある。そのため、時間もかかることとなり、「退院の日程は、急に決まることが多い」と認識しており、職種間の認識の違いがあった。

### (2) 職種間連携での意識

職種間連携での意識では、訪問看護師は、MSW、ケアマネジャー、看護師より「自分自身は、今の仕事に対して満足している」と意識していた。また、訪問看護師は、看護師より「自分自身の仕事に対する意欲は高い」と意識していた。

看護師は、病院では医師の指示と時間に追われながら複数の患者を担当する。そのため、患者一人ひとりのニーズにあった看護を提供するのは難しいのが現状である。また、一般病棟の入院基本料が低く設定されたため、採算割れを気にする病院側が、患者の病状が完全に安定しない段階で、半ば強制的に退院させた結果、後日体調を崩して再び入院してくるなど、仕事に虚しさを感じている方も少なくないと述べている。それに対し、訪問看護師の仕事は、利用者とその家族とじっくり相談したうえで看護方法や方針を決定し、個別性のある看護サービスを提供することができる、また、利用者の症状や状況を一番把握しているのは、直接自宅を訪問してケアを行っている自分であるという思いが、仕事へのモチベーションを常に高い状態にキープすることができる、指示待ちではなく積極的に行動する必要があるため、責任感も大きい、病院の勤務より大きな裁量権が与えられているため、やりがいも大きいと述べている<sup>140)</sup>。このようなことより、訪問看護師は、「自分自身は、今の仕事に対して満足している」、「自分自身の仕事に対する意欲は高い」に繋がっていると考えられた。

また、MSW、ケアマネジャーは、医師、訪問看護師より「他職種の人から、自分の職種を低く見られていると感じている」と意識していた。例えば、ケアマネジャーは、勤務上の悩みについて、「自分の力量について不安がある」が52.3%と最も多く、次いで「賃金が低い」が32.4%、「残業が多い、仕事の持ち帰りが多い」14.8%の順となっていた<sup>141)</sup>。勤務上の悩みについては、「自分の力量について不安がある」が52.3%と最も多く、次いで「賃金が低い」が32.4%、「残業が多い、仕事の持ち帰りが多い」14.8%の順となっていた。小林<sup>142)</sup>は、業務の煩雑さや手間が業務上の最も大きな負担となっているが、一方でケアマネは、それらが十分に評価されていないと感じている現状にあるといえると述べている。また、業務の多忙さと比較して、賃金が安いとも意識しており、これも「他職種の人から、自分の職種を低く見られていると感じている」と意識している原因の1つとなっていると考えられた。

## 2. 認知症患者の退院をめぐる職種間連携での認識の違い

### 1) 認知症患者の退院で情報収集をする職種

認知症患者の退院で、一番多く情報収集をする職種として、医師や看護師は MSW から、訪問看護師はケアマネジャーから、MSW とケアマネジャーはお互いに情報収集をしていた。退院における職種間連携においては、MSW やケアマネジャーは、医療と介護のコーディネートを担う重要な役割を担っている。そのため、MSW とケアマネジャーでの情報収集または情報伝達において、コミュニケーションギャップが生じてしまうと、職種間連携にも影

響し、ひいては患者・家族への支援に影響がでることが予測される

次に情報収集をしている職種は、看護師であった。その一方で、医師にはどの職種もあまり情報収集をしていなかった。看護師は患者にとって身近な存在であり、他職種と比べると家族と接する機会も多い。例えば現在にいたるまでのプロセスを患者や家族がどのように受け止めてきているのか、病気とともにこれからどのような生活を送っていききたいかなど、患者や家族一人ひとりの思いを傾聴する。また経済的問題や患者の入院により変化した家族員の生活についてなど、日常の会話から情報を得ていることも多い。患者・家族が常に医療チームの中心として主体的に参加できるよう、医療チームの情報共有を推進する役割がある<sup>143)</sup>。そこで、他職種は看護師から情報収集をすることも多くなっていると考えられた。また、身体疾患で入院をし、継続的に治療や処置が必要な患者が退院をする場合には、医師からの情報収集は欠かせない。しかし、一般病棟に身体疾患で入院中の認知症患者は、身体疾患の治療が終了すると、認知症の症状に対しては十分な対応はされていない<sup>144)</sup>。そのため、認知症患者の退院の場合には、医師からの情報ではなく、他職種から情報収集をしていると考えられた。

## 2) 認知症・認知症患者の理解

「認知症の疾患について、知識がある」や「認知症症状への援助について、知識がある」、「認知症患者の生活について理解している」や、「認知症患者の退院支援の方法・手段を理解している」の平均得点があまり高くなかった。このことより、入院した身体疾患に対しての処置や援助はされているが、認知症症状や認知症患者への援助が十分にされていないと考えられた。

本田<sup>145)</sup>は、認知症機能が低下したため、他者に頼らざる得ない状態になっているにもかかわらず、ケアや処置を行うことが困難な時がある。そして、ケアが困難なそのような人たちは、「困った人」「手のかかる人」と捉えがちであると述べている。また、一見攻撃的に見える行為は、実は本人が自分を守ろうとして戦っている「防御」である可能性があるとも述べている。そのため、認知症患者がとっている行動を、受け取る側の知識や援助支援方法の理解の違いによって、【患者の捉え方】も違ってくる考えられた。

また、認知症患者は、病院と自宅の行動に違いがあると、どの職種も感じている。しかし、認知症患者の退院にむけて、職種間で十分に時間をとって話し合いをしておらず、またそれに対して、職種間連携で困っているとも感じてもない状況であった。これは、認知症患者の退院に対しての認識や退院に向けての話し合いの重要性が理解できていないと考えられた。現在、介護保険法も施行されていることもあり、自宅での在宅療法を積極的に促すべきとする報告<sup>146)</sup>もある。そのため、今後、認知症患者の退院や退院に向けて職種間連携をどのようにしていったらよいか認識していく必要があると考える。

### 3) 認知症患者を退院させるにあたって重要視していること

認知症患者の退院調整では、医師よりも訪問看護師やケアマネジャーのほうが認知症の中核症状（記憶障害、見当識障害など）を重要視しており、また、患者の思い、家族の思い、医療従事者の思いなど、それぞれの思いも重要視していた。チーム医療の困難の要因を細田<sup>147)</sup>は、チーム医療には専門性を備えてそれを発揮しようとする「専門性志向」、患者の声を最優先にしようとする「患者志向」、チームのメンバーとして複数の職種が位置づけられていることに関心を寄せる「職種構成志向」、複数の職種が対等の立場で協力して業務を行うことに関心を寄せる「協働志向」の4つの要素があると述べている。この職種の志向の違いが、互いに相容れない緊張関係にあったり、一つの要素を充足させようとする、もう一つの充足ができなくなってしまうことで、職種によって重要視していることに違いがあると考えられた。

### 4) 認知症患者の退院をめぐる職種間連携で重要だと思うもの

MSW 以外は、どの職種も1位に上げたのがコミュニケーションで、次に多かったのが、目標の統一であった。どの職種もコミュニケーションの重要性を認識しているが、実際には、なかなかコミュニケーションを図ることが難しい状況である。また、難しいからこそ重要だと認識されているとも考えられた。

コミュニケーションと一言でいっても、コミュニケーションの捉え方や、実際にどのようなコミュニケーションを図ったらよいかを知らない可能性もある。例えば、医師は、1990年代初頭から徐々に医療面接におけるコミュニケーションスキル教育が広まった。しかし、長島<sup>148)</sup>によれば、医師等の卒前・卒後教育では診療面接が主体となっており、効果的な対話能力の推進に向けた教育は行われていないのが実情であると述べている。また看護師教育でも、平成19年に看護基礎教育の充実に関する検討会報告<sup>149)</sup>の中で、看護師教育の教育内容の改正として、コミュニケーション能力を高めることを含む内容が組み込まれた。このように、現在、コミュニケーション教育も進んできているが、コミュニケーションの知識だけでなく、意図的なコミュニケーションが図れるようなスキルも磨く必要があると考えている。

### 5) 認知症患者の退院をめぐる職種間連携での困難

認知症患者の退院での困難さはないと答えていたが、自由記載では、以下のような困難さが抽出された。「認知症症状があると退院が早まる」や「入院による認知症の悪化」「治療せずに退院」といった、認知症症状によって、治療が十分に行われないうまま、退院になることであった。また実際に退院させようとしても、「退院先がない」や「地域に使えるサービスが少ない」といった特徴があった。

特に、「目標の統一ができていない」「認知症の理解」「職種によって意見が違う」では、認知症患者の退院に向けて、目標をどこにおくかが職種間によって違うことが困難に繋がっているのではないかと考えられた。例えば、身体症状だけで入院している患者であれば、医師が治療方針を決定する。そのため、目標の統一は、共通認識しやすい。しかし、認知症患者の場合、身体症状に認知症症状があるため、主治医であっても、認知症の理解は十分ではないため、目標設定が難しいと考えられる。また、患者によって認知症症状が違ったり、患者の自立度、家屋の構造、家族の思いなどによっても、退院に向けての目標が決めにくく、これが認知症患者の退院の困難さにも繋がっていると考えられた。

## V 結論

認知症患者の退院における職種間連携でのコミュニケーションギャップの内容では、以下のことが明らかとなった。

1. 職種関連携におけるコミュニケーション過程では、〔話す・伝える〕の項目では、「他職種の人に、的確に物事を伝える自信がある」「他職種の人と、できるだけ揉めないようにしている」「職種によって、言いにくいと感じていることがある」の3項目、〔聞く・伝わらない〕は、「職種間で使う言語は、専門用語が多く、わかりにくい」「作成されたサマリーなどは、各職種で役立っている」の2項目、〔相談・情報の共有〕は、「困った時に、他職種の人に相談できる」「退院にむけて、職種間で十分に時間をとって、話し合いをしている」の2項目で職種間に違いがあった。
2. 〔連携や退院に対しての認識〕は、「自分たちの職種で解決できない場合、職種間で相談している」「各職種で知り得た情報に相違がある場合、職種間で相談している」「退院の日程は、急に決まることが多い」の3項目、〔職種間連携での意識〕は、「自分自身は、今の仕事に対して満足している」「自分自身の仕事に対する意欲は高い」「他職種の人から、自分の職種を低く見られていると感じている」の3項目に職種間に違いがあった。
3. 認知症患者の退院をめぐる職種間連携での認識では、認知症患者の退院で情報収集する職種の違い、認知症の疾患の理解や認知症の症状への援助の理解、認知症患者の生活についての理解は、全職種が、あまり理解ができていない。認知症患者の退院調整をすにあたって重要視している、に職種間での認識の違いがあった。

このように、職種間連携でのコミュニケーション過程において、職種による言語的コミュニケーションや非言語的コミュニケーション、職種間連携での認識や意識の違いが、コミュニケーションギャップとなり、コミュニケーションを困難にしていると考えられた。

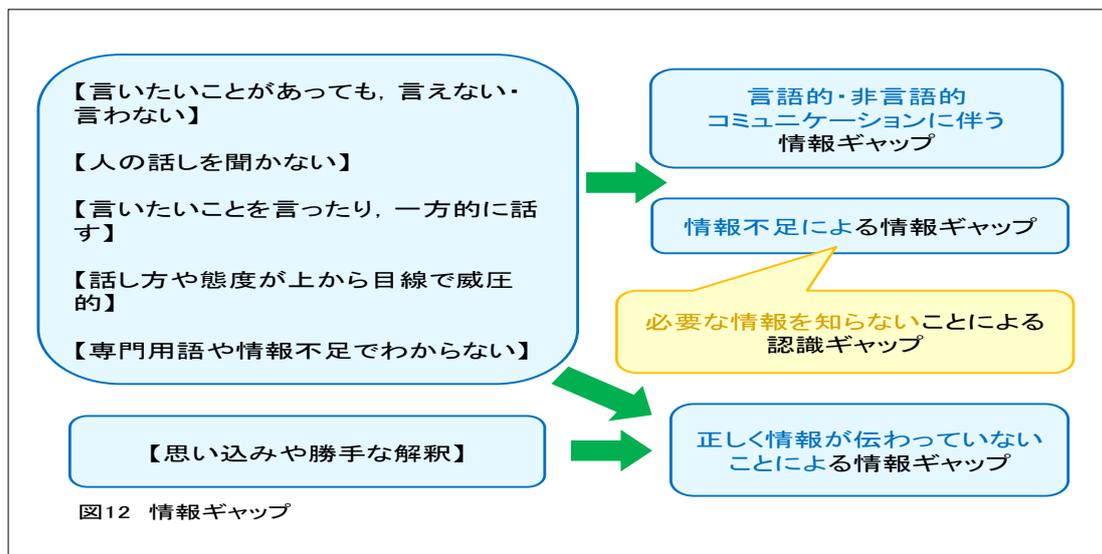
## 第4章 総合考察

認知症患者が自宅へ退院する場合には、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行っていく必要がある。そのため、退院にあたっては、地域在宅を含めた医療福祉従事者による職種間連携を行い、患者の適切なサービスを提供していかなくてはならない。しかし、職種間連携では、コミュニケーションを図ることが困難であると多く聞かれた。そこで、研究1では、認知症患者の退院をめぐる職種間連携で、実際のコミュニケーション過程や職種間連携に対する認識を明らかにした。また、研究2では、そのコミュニケーション過程において、職種による言語的コミュニケーションや非言語的コミュニケーション、職種間連携での認識や意識の違いが、コミュニケーションギャップとなっていることが明らかとなった。

そこで、総合考察ではコミュニケーションギャップを、情報量の違いによって生じる“情報ギャップ”と、発信者と受信者の価値観や経験、問題意識の違いから発生する“認識ギャップ”の視点から考察をし、コミュニケーションギャップを埋めていくためには、今後どのようにすればよいかを考察する。

### I 認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップを埋めていくためには

#### 1. 情報ギャップ (図12)



職種間連携では、まず、【言いたいことがあっても、言えない・言わない】や【人の話しを聞かない】といった、基本的な、「話す」「聞く」といったコミュニケーションが図られていなかった。そのため職種間連携では、情報が伝わらないことによる、“情報ギャップ”

が生じていた。

篠田<sup>150)</sup>は、それぞれの基礎教育では、連携を体験していないため、多職種で協働する場面ではどのように対応してよいのか混乱してしまうとも述べている。このように、そもそも、コミュニケーションの図り方を知らない、わからないことによって、基本的なコミュニケーションが図られていないとも考えられた。

また、従来、医療現場は医師がリーダーとなり、他の専門職は医師からの指示を受け活動を行うスタイル（リーダー（医師）主導型）のチームが一般的だった<sup>151)</sup>。このように、その指示スタイルは現在、多少変化しているが、職場によっては、まだ依然として残っており、【言いたいことがあっても言えない・言わない】に繋がっているとも考えられた。また、篠田<sup>152)</sup>は、元来人間はグループをつくりたがるものである。自分たちと波長があって、同じような価値観や判断基準を持つ人を集めて、壁を作り、閉じこもってしまう。いわゆる「ムラ社会」を作りやすく、特に医師はこの機構が強い。そのため、コメディカルは、患者の安全に関することを除き、医師に意見が言いたくても医師をたてて問題が表面化しないよう行動している（非干渉）とも述べている。このように、職種間連携では、このような指示系統や閉鎖的な態度によって、【言いたいことがあっても言えない・言わない】に繋がっているのではないかと考えられた。

また、【言いたいことを言ったり、一方的に話す】【話し方や態度が上から目線で威圧的】といった、非言語的コミュニケーションが使われていた。

一般的に、送りにメッセージを伝達する場合には、主に、言語的コミュニケーションや非言語的コミュニケーションによって伝達される。実際、職種間連携でも、【言いたいことを言ったり、一方的に話す】や【話し方が上から目線で威圧的】な言語的コミュニケーションや非言語的コミュニケーションが使われている。言語的コミュニケーションが伝達する意味として、1. その言葉が使用される状況や条件が異なると、その意味は変化するという状況的意味、2. 言葉や句点の一によって意味が変化する構造的意味、3. 辞書に載っている言葉の定義にあたる意味で、一般的には、誰もが共有する意味の外延的意味、4. 私たち一人ひとりが持っている個人的で私的な意味で、個人の過去経験に基づく主観的な感情的な関わりが反映している内包的意味がある<sup>153)</sup>。つまり、職種から職種へ、患者の情報を伝達しようとする際には、言語的コミュニケーションだけでは、他職種に十分に表現できていないだけでなく、他職種に伝達されるまでに、受け手によっても、情報がかわってきているため、正しく伝わっていないことが考えられる。

バードウェステル<sup>154)</sup>は、日常のコミュニケーションで言語の占める割合は30～35%に過ぎないとし、メラビアアンら<sup>155)</sup>は、知覚される態度＝0.07（言語）＋0.38（音声）＋0.55（表情）と公式化している。つまりメッセージの93%が非言語的情報によって構成されているとし、言語的メッセージよりも、非言語的メッセージの方が相手に伝わる特徴が

ある<sup>156)</sup>。そのため、職種間連携でのコミュニケーションでも、上から目線や威圧的な態度が相手の職種に受け止められ、情報が正しく伝わっていないのではないかと考えられた。

また、＜「何かあったら来ていいよ」いいながら、実際に行くと「なんでこんなんでも来たんだ」みたいに言われる＞(訪 B18-1)、＜忙しい中で話をしてくださるので聞きにくく、また全員がケアマネジャーに対してウェルカムの感じではない。連携といいながらも、病棟での立ち話程度で、応じてくれるが、そのときは話しにくい＞(ケ D35)といったように、ダブルバインドによっても伝わっていないと考えられた。

また、患者の情報を、他の職種に伝えても、その言語的コミュニケーションの「言葉」が、【専門用語や情報不足でわからない】では、自分自身は伝えたつもりでも、相手にその知識が備わっていないければ、正しく伝わらない。実際、「職種間で使う言葉は、専門用語が多く、わかりにくい」では、ケアマネジャーが、訪問看護師、医師や看護師などと比べて、わかりにくいと感じていた。コミュニケーションは、送り手が伝達したつもりでも、受け手が理解していないと伝わったことにはならない。コミュニケーションは、自分がどう言ったかではなく、相手がどのように受け止めたかが重要だからである。また、専門用語だけでなく、言葉の共通理解も必要となる。有田ら<sup>157)</sup>は、患者にとってわからない言葉は、音としてしか入ってこないし、全く間違った解釈をしてしまうこともある。医療従事者が患者と言葉の意味を共有するためには、“患者にとってわかりやすい言葉(日常用語)を使う”ことが大切になると述べている。

さらに情報不足では、『サマリーには、必要と思う情報が入っていないので伝わっていない』など、必要と思う情報が違うことで、相手に正しく伝わらない。P.F. ドラッカー<sup>158)</sup>は、われわれは期待しているものだけを知覚する。期待しているものを見、期待しているものを聞くや、期待していないものは受け付けられることさえないということであるとも述べているように、この「言葉」や「文字」が「専門用語」であったり、「一方的に話す」「上から目線」「威圧的な態度」などの言語的コミュニケーションや非言語的コミュニケーションによって、情報が正しく伝わっていないと考えられた。

深田<sup>159)</sup>は、言語は抽象的であるので、言語的コミュニケーションは物理的現実をそのまま忠実に伝達することはできないと述べており、言語的コミュニケーションは、曖昧であるので正確に表現できないという短所を持つ。しかし言語的コミュニケーションは、曖昧であると同時に、冗長であるので、すべてを聞かなくても大体の意味が分かるという長所を持つ、とも述べている。また、一方的に話すでは、送り手の言葉の誤用や、うっかりした言い間違い、先入観や偏見に基づく表現の歪曲などがノイズとなる<sup>160)</sup>ともあるように、情報を伝えたとしても、本当に正しく伝わっているかどうかはわからないのである。また、各職種から伝達された内容を、受け手の職種が、【思い込みや勝手な解釈】をすることで、正しく情報が伝わっていないとも考えられた。深田<sup>161)</sup>は、受け手は、「個人の過去

の経験、知識、能力、欲求、感情などの様々な要因に依存している」と述べている。つまり言葉には、受け手によって、さまざまな解釈が可能であり、言葉から受けるイメージも、個人差や職種による差が生じるため、それが思い込みや勝手な解釈につながり、“情報ギャップ”に繋がっていた。

また、認知症患者の退院の場合、情報を送る側の、病院に勤務する看護師やMSWは、家族から直接情報収集をする機会が多い。しかし、受け取る側のケアマネジャーはMSWから、また訪問看護師はケアマネジャーから情報収集をしている。そのため、認知症患者の情報は、送る側、受け取る側の思い込みや、解釈の違いなどによって、正しく伝わっていないことも考えられた。人はそれぞれ自分の過去の経験に結び付けて情報を認識する。そのため先入観や偏見があると伝えられたメッセージが歪められてしまうからである。

そのため、多職種連携のためには、専門職としての能力（それぞれの専門性）以外に、話す、聞くといった言語的コミュニケーション、態度や雰囲気といった非言語的コミュニケーションなどの基本的なコミュニケーション能力を磨く必要があると同時に、言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションを一致させていくことも必要である。

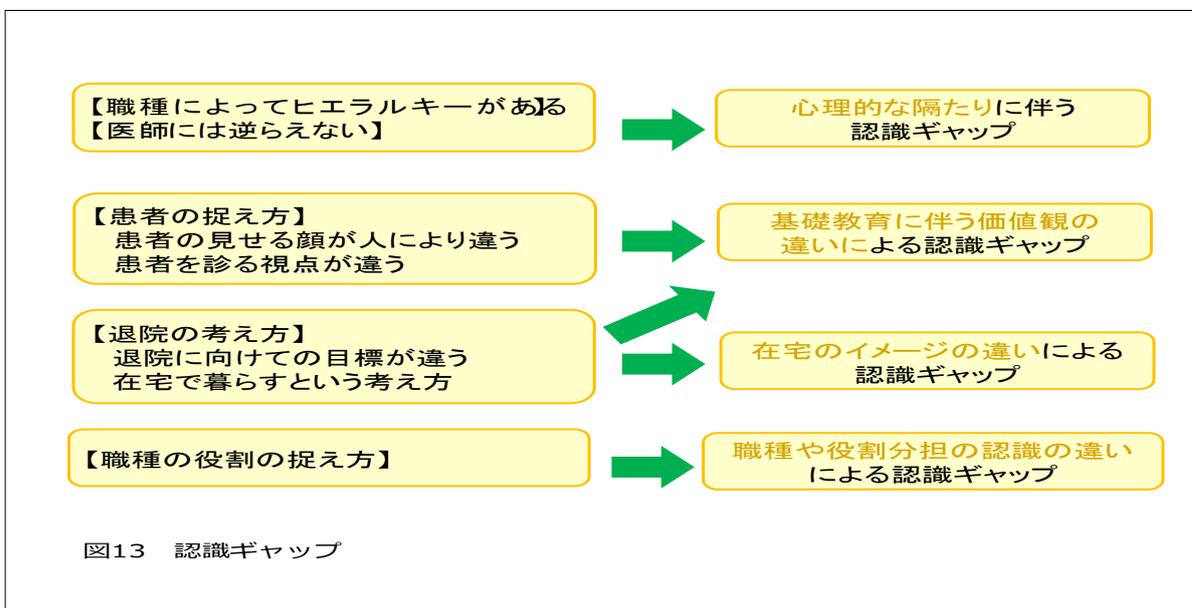
また、伝える際には、言語を正確に使用する、非言語的コミュニケーションを効果的に使用する、または、一方的に話すだけでなく、フィードバックなどで正確なメッセージを伝えていくことが必要だと考える。P.F. ドラッカー<sup>162)</sup>は、コミュニケーションは、受け手の言葉を使わなくては成立しない。受け手の経験に基づいた言葉を使わなければならない。言葉で説明しても通じない。経験にない言葉で話しかけても理解されない。知覚能力の範囲外にあると述べている。そのため、話す・伝えるでは、相手を尊重し、相手の立場に立った言葉も考慮しながら、話していくことも必要となる。

さらに P.F. ドラッカー<sup>163)</sup>は、たとえ情報が多くなっても、その質が良くなっても、コミュニケーションに関わる問題は解決されない。コミュニケーションギャップも解消されない。また情報が多くなるほど、コミュニケーションギャップは縮小するどころか、かえって拡大すると述べており、コミュニケーションは、受け手の言葉を使わなくては成立しないと述べている。そのため、情報を伝える場合には、コミュニケーション能力だけでなく、他職種が何を知りたいのか、どんな情報を必要としているのかを理解したうえで、相手に分かりやすい言葉や相手の必要な情報を精査して、伝えていくことがコミュニケーションギャップの“情報ギャップ”を少しでも埋めていくことにつながると考える。

また、コミュニケーションを成立させるには、受け手が何を求めているかを知らなければならない。また、それがなぜかを知らなければならない<sup>164)</sup>と述べているように、情報不足には、お互いに必要と思っている情報の認識が違うことにより、例えば、サマリーの中に記載されていないとも考えられるため、“情報ギャップ”の中には、“認識ギャップ”も含まれているものもあると考えている。

## 2. 認識ギャップ (図 13)

コミュニケーションギャップには、発信者と受信者の価値観や経験、問題意識の違いから発生する“認識ギャップ”がある。



認識ギャップには、職種間連携では、【職種によってヒエラルキーがある】や【医師には逆らえない】といった認識があった。阿部<sup>165)</sup>は、従来は医師をトップとした医療チームのヒエラルキーで、コメディカルはチーム医療メンバーとしてというよりは、医師の指示を中心とした医療の補助的役割であった。しかしながら、近年、医療ケアは医療チームによって積極的になされたほうが、患者のアウトカムもよいという研究結果が多く出てきたと述べている。現在、医師やコメディカルの認識は依然と比べて、変わりつつあるが、まだ、置かれている環境によっては、このヒエラルキーを感じていることが考えられた。また、MSW やケアマネジャーが職種によってヒエラルキーがあると認識していたが<sup>166)</sup>、井上<sup>167)</sup>は、看護職と介護職の間に心理的な隔たりがあり、お互いを批判的にみており、プロフェッショナルとして同等の関係性がないことが指摘されていると述べている。しかし、「協働」の条件としては、それぞれの職種が対等な存在としてみなされることが挙げられている。当事者たちは、一緒に仕事をしたとしても、対等な関係であると感じられないとき、「チーム医療」と呼ばないのである<sup>168)</sup>。

【患者の捉え方】では、患者はそれぞれの職種に対しても見せる顔が違う。特に、認知症患者の場合、日や時間によっても異常行動の起こり方に違いがある<sup>169)</sup>、認知症高齢者は、医師の前で一時的にしっかりするなど、状況に応じてその症状にむらがある<sup>170)</sup>とい

われているように、その時々によって見せる顔や症状が違うことで、【患者の捉え方】に違いがあり、認識ギャップとなっている。

また細田<sup>171)</sup>は、専門職種は別々に教育をされ価値観や考え方が異なることも、うまく連携が図れない要因の1つであると述べている。例えば医療職は、生活上困難な状況に置かれている人間（個人）に焦点を当てて来た伝統的な「医学モデル（病理モデル）」であるが、福祉職は、「医学モデル（病理モデル）」に代わり、「エコロジカル・モデル」である。これは、人間と環境との交互作用（transaction）を重視することで問題を理解し、人間と環境との接触面（interface）に介入することで、人間の適応能力を高めると同時に寛容の応答性を高め、人間と環境との交互作用の質をよりよい状態にしていくことを目指している<sup>172)</sup>。また医療職は、その人のどこに問題があるか、その原因はどこにあるのかを探り、援助につなげていく問題解決思考に対し、福祉職は、クライアントの弱い部分・不利な状態のみ目を向けるのではなく、クライアント（個人のみならずグループや地域社会も含まれる）の能力や意欲、嗜好、利用可能な社会資源などのストレングスの観点も樹脂するところのも特徴がある<sup>173)</sup>。こうしたアセスメントの視点の違いが【患者の捉え方】となり、認識ギャップに繋がっていると考えられた。

インタビューの中でも、＜特に認知の人っていうのは、拷問されているみたいな感じですよ、清拭だけでも、陰部洗浄でも誰でも人にやられたくないことだし、恐ろしいことをされているので抵抗して、それが認知がひどいってことになって、縛られちゃうってことになる＞（医B70）、＜自宅では、機嫌が悪いときもあるが、放っとくとか、ベッドから落ちなければもういいやと思ひ、車椅子からもずるって滑り落ちたりはするが、もう気にしないことにしてますっていう家族がいます。だからそこは、ヘルパーとか、緊急通報ができる定期巡回を入れている、どうしても引き上げてご飯を食べさせるっていう場合は、コールを押して、手伝ってもらって車椅子へ乗せてご飯を食べるとか っていうようなことはしているが、なるべく本人の機嫌を見ながら、機嫌いいときに何かをするっていうふうに変えていったら、そんなにつらくはないです、っていう話はしました。だから、病院は、しょうがないですが、決められたルールを認知の方に押しつけるのも、ちょっと混乱することなのかなって思っている＞（ケE21）のように【患者の捉え方】により援助方法にも違いがでてくる。

また認知症患者の退院でも、＜認知の人で病院から、ベッドと車椅子が必要なので、その2つを用意しないと帰せないのを用意してくださいといわれたが、家族は使いたくないって思っているってことだったので、様子を見て決めることとしたが、実際に戻ってきたら、夜、家の廊下をグルーと1週できるくらい徘徊でき、オムツ交換も奥さんはできていて、結局ずーとベッドを入れずに、かなり元気で過ごせたケースもある＞（訪B43）、＜病院の時には浣腸しないと便がでませんという状況だったが、自宅では徘徊が良くて便も出

るようになって、**ご飯も食べる**ということが病院側は分かっていない> (訪 B44), のような状況であった。

松尾<sup>174)</sup>は、看護師は、認知症高齢者とのかかわりで意思疎通が図れない場面や行動が予測できない場面ではその場限りの対応となり、解決策は不明のまま目をつぶっている状況が見られたと述べている。また、その背景には認知症看護の知識がないための対応の仕方がわからず、経験や先入観のみで対応している。そのため医療スタッフが急性期治療において認知症患者のアセスメントをできるように知識を取得する必要があると述べている。このことから、各職種が認知症患者の疾患や症状の理解を深め、アセスメント力を強化していくことも【患者のとらえ方】による認識ギャップを埋めていくことにも繋がる。

【退院の考え方】では、例えば、認知症患者の退院では、地域で生活できるように退院支援していく必要がある。川嶋<sup>175)</sup>は、訪問看護師の経験者や福祉関係業務の経験者が病棟に少ないため、経験を病棟で共有できないことも、患者の在宅生活のイメージが持ちにくい要因となっていると考えられると述べている。これは、看護師だけでなく、医師やMSWも同様に在宅生活のイメージをあまり持っていないことで、【退院の考え方】に違いがでていると考えられた。

例えば、がん患者などの終末期医療・終末期ケアの場合では、今後自分がどうしたいのか、どうなりたいのかななどを、患者自身や家族から意見を十分に聞くことができ、それに沿って、目標設定もしやすいが、認知症患者の場合は、一般患者と違い、自分からどうなりたいや、どうしてほしいといった希望を伝えることが難しい。小澤<sup>176)</sup>は、言語能力が保持されている了承者の場合は言語を用いることでその療養者の持っている力に働きかけることができる。しかし、言語能力に障害のある人の場合、本人ではなく、家族にたずねる、家族の意向を確認するというように本人とのコミュニケーションよりも、家族・介護者とのコミュニケーションに偏りやすい傾向があることに留意しなくてはならないと述べている。

【職種の役割の捉え方】では、一人の患者をMSWとケアマネが支援する際に、役割分担や責任の所在が曖昧な部分があることを示している。谷<sup>177)</sup>によれば、要介護認定の判定・変更の間や、患者が在宅→病院→在宅（施設）を移動する間、連携先や責任、対応の範囲が地域とケアマネによってまちまちだと、連携開始の時期や相互の役割認識にも混乱が生じてしまうとMSWは感じていると述べている。

また、篠田<sup>178)</sup>は、医療チームの場合、メンバー一人ひとりの専門性は高いが、各部署の仕事が完全に分業され、自己完結的に提供されているわけではない。統合された形でケアを提供しようとする、サービスの重複が発生しやすくなる。しかし、一方、役割分担

をきっちりさせると、縦割りサービスにおちいり、重要課題が専門性の狭間に落ちてしまうことがあるとも述べている。そこで、ある職種が特定の役割や仕事に限定されるのではなく、関係する複数の職種が重なり合う業務も存在することをお互いに認識し合い、患者の状態や課題の性質によって柔軟に対応することが重要であると述べている。

特に認知症患者の退院における職種間連携では、職種によって、患者の見る視点が違うや、退院に向けて目標に違いがあるなど、認知症患者の捉え方や、在宅で暮らすという考え方や、また退院に向けての目標が職種によって違うことによる、“認識ギャップ”が強いと考えられた。

そのため、患者の尊厳に配慮しながら症状を理解し、退院後を見据えた援助が必要で、また退院では、患者の希望や家族の希望を優先的に考慮し、調整したうえで援助をしようと考えているはずである。しかし実際には、その職種の考え方や、理想の援助に向かって退院支援がされている。そのため、患者がどうなるという到達目標が、各職種の希望であったり、願いであったり、今までの慣習であったりということで、目標が統一されておらず、それらの職種の認識の違いによって、コミュニケーションギャップの認識ギャップが生じている。職種間連携はなぜ必要なのか、その目的、目標は、誰にとっての目標なのかを再度考えていく必要がある。

また、入院初期は、1日も早く病状回復を目指すことから、医学モデルでのチームケアとなる。しかし病状が徐々に回復して本格的なリハビリテーションが始まり、退院後の生活を見据えた支援が求められると、医学モデルでは立ち行かなく。医学モデルから生物・心理・社会モデルへのモデルチェンジが必要である<sup>179)</sup>と述べているように、入院している状態から、自宅に退院するにあたって、患者の捉え方や退院の考え方やなどの認識も変えていく必要があると考えている。

さらに現在、ICFの生活機能モデル（健康状態を生活機能心身機能・身体構造、活動、参加、から捉え、背景因子として環境因子、個人因子の視点からアセスメント）も活用されてきている。これは、健康状況と健康関連状況とを表現するための共通言語を確立し、それによって、障害のある人々を含む、保健医療従事者、研究者、政策立案者、一般市民などのさまざまな利用者間のコミュニケーションを改善することにもつながる<sup>180)</sup>といわれている。そのため、このような、共通するアセスメントの視点も活用していくことも、認識ギャップを埋めていくための1つの方法となっている。

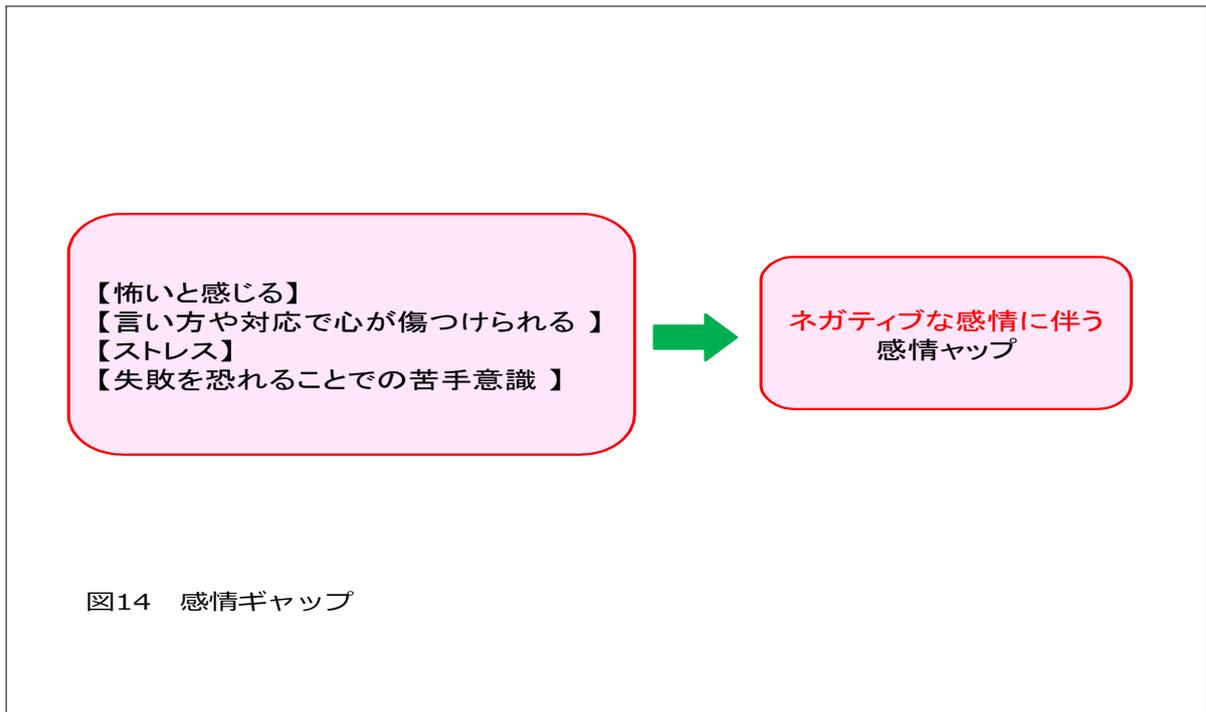
認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究報告書では<sup>181)</sup>、「認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL（食事、排泄等）やIADL（掃除、趣味活動、社会参加等）の日常の生活を自立し継続できるよう推進する。」とし、ICFの生活機能モデルの有効性を示唆している。

だがその一方で、それぞれの職種の視点で患者を捉えることは、患者のあらゆる側面から患者を捉えることで、より患者が求めている援助に繋がるからである。しかし、今の状態は、＜各職種がアセスメントした意見に対して、違うといえないことがもやもや感につながっている＞（医 B45）、＜医療系じゃないケアマネは、医療的な知識がないため、医療系から言われたらそういうものなんだと思ってしまい、違うと思っても病院側には言いにくい＞（訪 B52）、＜看護師さん、もう少し退院のことをイメージして、もっとこういうことを事前にやってたほうがいいんじゃないですかとかとは言いづらい＞（MB65）といった状況である。また、＜病院は、すぐジャッジするので、退院して様子を見てから決めてもいいですかと代替案を出す＞（ケ A53-2）＜病院と自宅の環境が違うため、病院側で決めないで、自宅の生活を見てから決めてもいいのではと考える＞（訪 A74）といった状況のため、お互いの【患者の捉え方】を話し合い、共有できるような雰囲気づくりも重要であると考えている。

また、「コミュニケーションを成立させるには、受け手が何を見ているかを知らなければならぬ。また、それがなぜかを知らなければならぬ」<sup>182)</sup>と述べているように、他職種が何を知りたいかを理解することが重要で、そのためには、お互いの職種の役割や患者の捉え方など、お互いを知ることが重要であると考えている。特に、認知症患者の捉え方では、認知症の中核症状や周辺症状や症状への援助の知識や方法について知ることが重要である。また、思い込みや勝手な解釈も、コミュニケーションを図るうえではどうしても避けられない。また、P.F. ドラッグー<sup>183)</sup>は、同じ事実を違ったように見ていることをお互いに知ること自体がコミュニケーションであると述べているように、知ることが相談や会議をし、その思い込みや勝手な解釈と言った“認知ギャップ”を埋めていくことにつながると考える。

退院に対しても、患者やその家族は、「退院」とは「入院前と同じ状態になったらするもの」という認識を持っていることがある。しかし、実際には医療的な支援を必要とした状態であったり、入院前よりも機能が低下した状態で退院することになることが多いため、いざ退院となったとき、患者や家族が退院後の生活に不安を抱いている。退院前カンファレンスを行うことで、在宅療養を支えるメンバーと患者本人・家族が顔を合わせて、今後の療養の体制を決定し、不安を軽減することができる<sup>184)</sup>。カンファレンスでは、異なる専門性を持つ医療・福祉職が、同じ場所で同じテーマを議論する中で、お互いの専門性と強み、弱み、限界を確認できる場であり、連携・協力することで相乗効果を体験し、サービスの質の改善・向上につながることを実感する。臨場感あふれる舞台での模擬体験であり、このような経験を積み重ねることで、チームが形成されていくものである<sup>185)</sup>。

### 3. 感情ギャップ (図 14)



今回、コミュニケーションギャップを“情報ギャップ”，“認識ギャップ”の視点で考察をしてきたが，研究1の結果でも抽出されたように，“情報ギャップ”，“認識ギャップ”の他に，ネガティブな感情によって情報が正しく伝わらない“感情ギャップ”があると考えられた．今回の結果では，職種によっては怖いと感じたり，言葉や態度で心が傷つけられたりといった状況が生じていた．これは，過去に怒鳴られた経験や怒られたことが心に残っていたり，言葉や態度で気傷つけられたりしたことが怖いと感じていた．日本人は欧米人に比べると感情（特に怒りなどのマイナス感情）を外に出さないといわれている<sup>186)</sup>．そのため，過去に怒られたという経験は，強く心に残っているのではないかと考えられた．

一般に心身の不快をもたらす要因をストレスと呼ぶが，それが非常に強い心的な衝撃を与える場合には，その体験が過ぎ去った後も体験が記憶に残り，精神的な影響を与え続けることがあるといわれている<sup>187)</sup>．他職種から過去に受けた言葉や態度がトラウマとなって残っており，その人ではなく，その職種に対して，「怖い」と感じていると考えられた．また，他職種に対してということだけでなく，自分に自信が持てないから怖いとも感じているとも考えられた．

このように，“感情ギャップ”は，怒鳴る，怒られる，一方的に話すといった言語的コミュニケーションや，威圧的な態度，上から視線といった非言語的コミュニケーションに加え，職種間のヒエラルキーや自分自身の自信のなさといった認識が怖いといった感じにも繋がり，その怖さが，職種間連携でのコミュニケーションギャップの“感情ギャップ”に

も繋がっていると考えられた。

ピーターら<sup>188)</sup>は、仕事や人間関係にある程度の一貫性があることを好む。そのため規則や手順がかわったり、相手となる人が変わると平静さを失い、少し混乱するとも述べている。このように、職種間連携での、メンバーは常に一定ではない。そのため、患者によって、構成される職種のメンバーが毎回違うことでも、ネガティブな感情に繋がるのではないかと考えている。

そこで、“感情ギャップ”に対しては、西條<sup>189)</sup>は、「まっとうな論理がまっとうに通じるチームにするためには、感情もつれが起きにくいようにする必要があり、そのためには肯定的なコミュニケーションをベースにしていかなければならない」と述べている。また、箕輪<sup>190)</sup>は、医師が相対的に対等な関係では意見や性格・行動上の不一致が生じやすく、医師が有意に振舞いがちな関係では、コミュニケーションギャップが生じやすいと述べている。これは、医師だけでなく、他の職種でも起きていると考えられることより、有意な関係でなくても互いを尊重しあい、お互いを理解することがコミュニケーションギャップを埋めていくことに繋がる。また、松岡<sup>191)</sup>は、連携においては、自他の違いを受け入れ、異なる価値観を認め合いながら合意を形成していくコミュニケーションが求められると述べているように、お互いを尊重し、異なる価値観や考え方も受け入れることが重要で、ひいてはそれが、より幅の広い患者の支援にもつながると考える。

また、メンバー同士が互いの職種、専門性、置かれている状況についての理解を深め、相手を理解することが重要で<sup>192)</sup>、メンバーの気持ちや考えを聞くには、相手の立場に立って話を聞く（傾聴）、相手の話した内容をこちらの価値観や立場で評価せず、まずは受け容れる（受容）、相手の気持ちや考えに共感する態度が基本である<sup>193)</sup>。さらに少数意見を含め、それぞれの意見を尊重し合い、自分の意見や立場に固執せず、常に問題の主体者（例：患者）から考える<sup>194)</sup>。そして異なる専門性、価値観、個性をもった専門家同士が互いの専門性を最大限に活かすことによって、互いを尊重し合い医療従事者自身の問題の抱え込みや燃えつきの予防にもつながることも重要である。立場や専門性の違いがあっても、心理的に対等なコミュニケーションをとることは可能である。心理的に対等なコミュニケーションというのは、相手の言いたいことを傾聴し、相手の価値観を受容し、相手の気持ちに共感する姿勢によって成り立つ<sup>195)</sup>。また、篠田<sup>196)</sup>は、意見の対立があっても感情の対立に発展しないように自らコントロールして、大人のチーム作りを目指したいものである述べている。

これらより、コミュニケーションギャップを完全に回避する事は不可能だが、極力それを無くして行く努力は、必要であると考えている。

## Ⅱ 今後の職種間連携に期待すること

今回、認知症患者の退院をめぐるコミュニケーションギャップには、主に、コミュニケーションが上手く図れていないことなどによる“情報ギャップ”，患者の捉え方や患者の退院の考え方の違いなどによる“認識ギャップ”，怖いや心が傷つけられた経験などによっておこったネガティブな感情による“感情ギャップ”があることが明らかになった。

コミュニケーションは、「あるシステムから、別のシステムへの言語記号および非言語記号による情報の移動を含む過程である」<sup>197)</sup>が、コミュニケーションは情報を伝達するだけでなく、人間関係を成立させるための大切な過程である。そのため、専門職として、患者・家族により良い援助につなげていくためにも、コミュニケーションギャップを埋めていくことが重要であると考えている。

現在、医療現場では職種別部署組織（看護部・リハビリテーション部など）が形成され、部署の独立性は高いが、部署間の連携は弱く、セクショナリズム（部局割拠主義）になりやすい。このような意識になるのは、基礎教育で連携教育を学んでいないことも原因にある<sup>198)</sup>。

例えば、医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成 28 年度改訂版）<sup>199)</sup>をみると、『「医師として求められる基本的な資質・能力」の実質化とし、に「資質」から「資質・能力」へと改めた。さらに、平成 22 年度改訂版モデル・コア・カリキュラム（以下、「旧版」という。）の「A 基本項目」と統合し、同章にプロフェッショナリズム、医学知識と問題対応能力、診療技能と患者ケア、**コミュニケーション能力**、**チーム医療の実践**、医療の質と安全の管理、社会における医療の実践、科学的探究、生涯にわたって共に学ぶ姿勢の各項目を立てて詳述した。なお、改訂 9 項目をどのように拡張あるいは詳述して用いるかは、各大学の裁量に委ねられる。』と記載されている。

このように、コミュニケーション能力やチーム医療の育成が進んではいるが、「各大学の裁量に委ねられる」という状況である。

また、コミュニケーション能力では、「患者の心理・社会的背景を踏まえながら、患者及びその家族と良好な関係性を築き、意思決定を支援する」、チーム医療の実践では、「保健・医療・福祉・介護及び患者に関わる全ての人々の役割を理解し、連携する」となっている。

コミュニケーション能力では、「患者・家族と良好な関係性を築き」となっているが、今後は、患者・家族とのコミュニケーションはもとより、保健・医療・福祉・介護の全ての人々との良好な関係性を築く能力の育成も必要ではないかと考えている。

看護基礎教育においてもカリキュラムの改正<sup>200)</sup>で、コミュニケーション能力、対人関係能力の育成につながるような教育の必要性が言われ、「コミュニケーション能力を伸ばすには限界がある。模擬患者を利用するなど、コミュニケーション能力を補完する教育方法を組み合わせる必要がある」としている。このように、コミュニケーション教育の強化

を謳ってはいるが、やはりまだ看護師 - 患者におけるコミュニケーションの強化となっている。そのため、今後は基礎教育の中でも看護師 - 患者間でのコミュニケーションの視点だけでなく、看護師 - 医療従事者のコミュニケーションの視点でも教育していく必要があると考えている。

またケアマネジャーにおいても、平成 26 年度に介護支援専門員（ケアマネジャー）の研修制度の見直しがされ、実務研修が充実されている<sup>201)</sup>。この中でも、「ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種共同の意識（講義）」「利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意（講義・演習）」「介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）（講義・演習）」「ケアマネジメントの展開（認知症に関する事例）」などが新たに組み込まれている。

「社会福祉士及び介護福祉士法」（2007 年 11 月改正）<sup>202)</sup>では、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者と連携を保たなければならないとし、必修科目「人間関係とコミュニケーション」<sup>203)</sup>として講義・演習がされている。

このように、各職種では、基礎教育・研修において、コミュニケーションや職種連携を講義や演習によって、教育が充実されてはきているが、まだそれぞれの職種だけの教育である。また、お互いの職種の役割を知るに関しては、講義によって「知識として知る」ことはもちろん重要であるが、やはり実習などでその職場に行き、実際に目で観て、感じる体験を通して、文字としての知識が実感を伴う知識となり、他職種の役割の理解が深まっていくのではないかと考えている。

イギリスでは、2009 年医学部卒全教育改革の指針に、専門職連携教育（IPE:interprofessional education）を必須化することを盛り込んだ<sup>204)</sup>。さらに WHO も 2010 年に IPE を推進する方針を打ちだしている。日本でも、現在、一部の基礎教育機関で実施している大学も出てきているが、安倍は<sup>205)</sup>、現在の IPE 科目は、講義、演習、実習を含めて単発的であり、教育理念に裏打ちされた系統性および一貫性に繋がっていないがたい状況であると述べている。

また厚生労働省<sup>206)</sup>は、「地域共生社会」に実現に向けて（当面の改革工程）の中で、専門人材の機能強化・最大活用の 1 つとし、保健医療福祉の専門人材について、対人支援を行う専門資格を通じた新たな共通基礎課程の創設を検討する。また平成 29 年度に共通基礎課程の検討に着手し、各専門課程の検討を経て、平成 33 年度を目処に新たな共通基礎課程の実施を目指すとしている。そのため、この共通基礎科目の中に、お互いの職種の役割、職種の見る視点の相違による対象の捉え方、認知症症状や援助の方法や専門用語などの知識や職種間連携でのコミュニケーション能力の育成なども含めた内容の検討もされることが望まれる。

## 第5章 結語

### I 結論

認知症患者の退院における職種間連携でのコミュニケーションギャップでは、以下のことが明らかとなった。

1. 認知症患者の退院における職種間連携でのコミュニケーションギャップでは、【言いたいことがあっても、言えない・言わない】【人の話を聞かない】等のコミュニケーションの違いが“情報ギャップ”に繋がっていた。
2. コミュニケーションギャップの中には、【専門用語や情報不足でわからない】等のように、“情報ギャップ”“認識ギャップ”が混在しているコミュニケーションギャップもあった。
3. 【連携の捉え方】【職種の役割の捉え方】【患者の捉え方】【退院の考え方】の認識が“認識ギャップ”に繋がっていた。特に認知症患者の場合、職種によって価値観、認知症患者の捉え方、認知症患者の退院の捉え方によって、患者の退院に向けての「目標の統一ができていない」「退院に向けて重要視していること」「患者や家族の思い」等の認識の違いが“認識ギャップ”に繋がっていた。
3. 「怖い」などのネガティブな感情が“感情ギャップ”に繋がっていた。
4. 話す、聞く等の基本的なコミュニケーションを磨くことや、認知症患者の捉え方、退院にむけての目標の統一等の認識の共有、またネガティブな感情に繋がらないよう、相手を尊重することもコミュニケーションギャップを埋めていくことに繋がる。

“情報ギャップ”は同じ職種間で、“認識ギャップ”は、違う職種間でおこりやすいと言われている。中には、“認識ギャップ”があることで“情報ギャップ”に繋がっているものもあることが伺えた。また、今回、新たにわかった“感情ギャップ”は、同じ職種でも違う職種でもおこりやすいと考えられた。そのため、コミュニケーションギャップと一言で片づけずに、どのようなギャップなのか、それはどうして起こっているのかを探り、“情報ギャップ”“認識ギャップ”や“感情ギャップ”を少しでも埋めていくことが、職種間連携がスムーズに行なわれ、患者・家族により良い、患者にあった援助に繋がる。

### II 研究の限界

今回の調査では、1施設より1名ずつの依頼での回収であったため、偏りは少ないとは考えているが、回収率が16.0%と少なく、全体の意見を代表していない可能性も考えられる。また、今回は、認知症患者の退院としていたが、一般の患者、処置や継続して治療を

していく患者等，様々な患者もいる．また認知症患者でもその症状や家族などの背景によっても，違いがあると考えられる．さらに，職種も今回は，医師，看護師（退院調整），MSW，ケアマネジャー，訪問看護師の職種としたが，実際の職種間連携では，その他の職種も多く関わっているため，十分とは言えない可能性がある．

また今回，職種間連携でのコミュニケーションギャップを，認知症患者の退院をめぐる場面を通して研究を進めてきたが，抽出されたカテゴリーを見ると，認知症患者の退院だからというものが【患者の捉え方】以外は，あまり特徴的なものが抽出されていなかった．これは，インタビューでも聞かれたように，『認知症患者の退院調整はしていない』『元の疾患が治っていると，認知症患者には，訪問看護は入れてもらえない』『認知症症状があるために退院となる』といった状況もあり，認知症患者の退院における多職種間連携でのコミュニケーションギャップの内容が抽出しにくかったのではないかと考えられた．

さらに，今回の研究では，インタビューや質問紙によって情報を収集した．しかしコミュニケーションの場合，自分がどうしているという認識より，相手がどう受け取ったかも重要な視点となる．また，ダブルバインドのように，言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションが矛盾している場合も考えられる．そのため，インタビューや質問紙でデータ収集では，実際の状況を十分に反映されていない可能性もあると考えられた．

### Ⅲ 今後の課題

本研究では，認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップで，どのような内容が，コミュニケーションギャップに繋がっているのか，職種によりそのコミュニケーションギャップに違いがあるのか，を明らかにすることを目的として研究を進めてきた．

今回はまず，職種間連携にどのようなコミュニケーションが図られているのか，どのようなことが困難なのかと大枠でとらえていたが，認知症患者と一言でいっても，その認知症の記憶障害，見当識障害などの中核症状や，徘徊，妄想，せん妄，睡眠障害などの認知症の周辺症状の程度によっても，職種間連携での困難さも違ってくるのではないかと考えられた．そのため，さらに今後は，患者の症状の出現状況にともなう職種間連携の困難さや連携の在り方も研究していくことが重要と考えており，これにより，実際の現状にあった方法につながるのではないかと考えている．

また，認知症患者をめぐる職種間連携では，多職種が関わっているが，今回は，5つの職種に絞って研究を行ってきた．しかし実際には，医療従事者だけでなく，患者・家族，または事務職や行政，介護職などの職種との連携も図っていかなくてはならないため，職種を広げたコミュニケーションギャップも視野に入れていく必要がある．

コミュニケーションは、対人関係のため、自分がどうしたというより相手がどう受け取ったかによってきまる。また、ダブルバインドのように、言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションが矛盾している場合も考えられる。そのため、研究方法も、質問紙やインタビューから対象者の認識レベルを伺うのではなく、実際にどのように行動しているのかも含めた研究方法の検討も行いながら研究を進めていきたい。

## おわりに

今回の研究では、認知症患者の退院では、認知症の程度、周辺症状の状態、服薬の状況、居宅での家族構成、経済負担などの多くの要因によって退院の生活状況が大きく違ってくる<sup>207)</sup>。そのため、認知症患者が退院をするにあたっては、多職種が共同して退院を援助することが不可欠である<sup>208)</sup>。認知症患者の退院では、家族としては在宅で支援したいが、負担が大きく退院させることを躊躇している<sup>209)</sup>といわれている。

また、認知症患者の退院における職種関連携は、2017年7月に「新オレンジプラン」として、新たな目標設定年度を2020年度末と定め、数値目標の変更やより具体的な施策が提示されたことにより、今後、認知症患者の退院をめぐる職種間連携の意識も強くなると考えられている。

そのため、認知症患者が自宅に退院する場合には、より患者や家族の不安の軽減や自宅で生活ができるように退院にむけて、よりよい職種間連携を図っていくことが重要となる。

## 謝辞

本博士論文の作成過程では、多くの皆様のご指導やご協力によって支えられました。本研究の論文作成にあたり、指導教官である国際医療福祉大学院の竹内孝仁教授、小平めぐみ准教授には論文作成全過程を通して、日本赤十字秋田短期大学井上善行教授には、研究に関する基本的かつ専門的なご指導をいただきました。研究方法のみならず、今回の指導を通して、再度自己の看護に対する自己の思いや考えを明確にすることができ、看護教育者・研究者としての今後の示唆を得ることができました。時間的にゆとりがない中であっても、楽しく研究に取り組むことができたのは、一重に竹内先生の励ましのお陰と、心より感謝申し上げます。また小平先生には、いろいろな相談にもこまやかな指導、暖かい支援をいつもしていただき、深く感謝しています。

さらに、授業や発表会などを通し、多くの学びを与えてくださいました国際医療福祉大学院の先生方にも深く感謝いたします。

インタビュー調査、アンケート調査にあたっては、調査を快く受けてくださいました各

施設の院長，看護部長，施設長，またお忙しい業務のなか，本調査にご協力いただき貴重なご意見も下さった医師，看護師，MSW，ケアマネジャー，訪問看護師の皆様には，厚くお礼申し上げます。また神奈川歯科大学短期学部の南幸子先生，福澤クリニック 福澤邦康先生には調査にあたって，いろいろ協力していただいたおかげでここまでこられたと思っています。本当に有難うございました。

これまでの拙い看護，教育経験を通し，多くの患者様，ご家族，および医療従事者の皆様から示唆をいただいたことが本論文のテーマにつながりました。この場をお借りしてお礼申し上げます。

最後になりましたが，国際医療福祉大学院の同期の皆様，また先輩，後輩の皆様，そして見えない部分でサポートしてくれた家族・友人にも，この場をかりて感謝の気持ちを述べたいと思います。

最後に博士論文作成を通して多くのことを学ばせていただいた皆様に感謝し，ここにあらためてお礼申し上げます。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省. 2016. 地域包括ケアシステム.  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/) 2016.3.17
- 2) 厚生労働省. 2015. 在宅医療・介護推進プロジェクトチーム. 在宅医療・介護の推進について.  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryuu\\_all.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryuu_all.pdf) 2016.03.15
- 3) 厚生労働省. 2011. チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集 平成 23 年 6 月チーム医療推進方策検討ワーキンググループ (チーム医療推進会議).  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r9852000001ehgo.pdf> 2016.03.15
- 4) 金原京子, 岡田進一, 白澤政和. 介護老人福祉施設の介護職との連携における「役割ストレス」の構造. 介護福祉学 2012; 19: 42-50
- 5) 原田小夜, 山根寛. 高齢精神障害者の在宅生活支援におけるホームヘルパーのケア困難感と多職種連携の課題. 精神障害リハ 2013; 17 (1) : 50-59
- 6) 奥野雅子. チーム支援における異分野の専門家間の関係性についての一考察 : コミュニケーションの相互作用に着目して. アルテス リベラレス 2014 ; 93 : 1-13
- 7) 厚生労働省. 2010. チーム医療の推進について (チーム医療の推進に関する検討会 報告書).  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf> 2016.03.15
- 8) 奥野雅子. チーム支援における異分野の専門家間の関係性についての一考察 : コミュニケーションの相互作用に着目して. アルテス リベラレス 2014 ; 93 : 1-13
- 9) 奥野雅子. チーム支援における異分野の専門家間の関係性についての一考察 : コミュニケーションの相互作用に着目して. アルテス リベラレス 2014 ; 93 : 1-13
- 10) 高橋照子編, 高橋桂子. 看護学原論 看護の本質的理解と創造性を育むために. 東京 : 南江堂, 2009 ; 185-186
- 11) 矢澤正信. チーム医療の展開と課題看護職の意識アンケート調査から, 2009 ; 22 (4) : 8-17, 2009
- 12) 北村愛子. チーム医療のありかたと看護師に期待される役割. 看護展望 2011 ; 36 (1) : 15-21
- 13) 奥村美奈子. A 県の医療機関における緩和ケアチームの活動の現状と課題. 岐阜県立看護大学紀要 2011 ; 11 (1) : 63-69
- 14) 杉山洋介. 救急医療におけるチーム医療の現状と課題－看護師の病院前医療に対する

- 認識についてー. 目白大学健康科学研究 2008 ; 第 1 号 : 49-58
- 15) 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—多職種連携を促進するための研修内容の検討—, 第 44 回 (平成 25 年度) 日本看護学会論文集 地域看護 2014 : 35-38
  - 16) 近藤克則. 連携から統合へ—看護師に必要なマネジメント能力. Nursing Today. 2007 ; 22 (8) : 42-45
  - 17) 樋口キエ子, 原田静香, 大木正隆. 訪問看護師が認識する在宅移行時における連携の現状—連携上の困難・役立った支援より, 看護実践の科学 2009 ; 34 (10) : 61-69
  - 18) 佐野樹. チーム医療推進を目的とした研修の受講者へのフォーカス・グループ チーム医療推進のための調査. 精神神経学雑誌 2014 : 116 (4) : 269-288
  - 19) 篠田道子. チームの連携力を高めるカンファレンスの進め方. 東京 : 日本看護協会出版会, 2010 : 14
  - 20) ピーター・G. ノートハウス, ローレル・L. ノートハウス (荻原明人訳). ヘルスコミュニケーション. 東京 : 九州大学出版会, 2010 : 232
  - 21) ピーター・G. ノートハウス, ローレル・L. ノートハウス (荻原明人訳). ヘルスコミュニケーション. 東京 : 九州大学出版会, 2010 : 229
  - 22) Rusbult, C. E., Johnson, D. S., & Morrow, G. D.. Impact of couple patterns of problem solving on distress and nondistress in dating relationships. Journal of Personality and Social Psychology 1986 ; 50:744-753
  - 23) 菊地和則. 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 2000 ; 41 (1), 13-25
  - 24) 神山資将, 佐々木由恵. 「医療的ケアにおける介護職の不安と葛藤に対する一考察「高齢者ケア施設における医療的ケアの実態および不安・葛藤に関する調査から」. 第 19 回日本介護福祉学会大会自由研究口頭発表 2011
  - 25) ロッシュェル・カップ. コミュニケーションスタイルと「対立」に対する姿勢.  
<http://www.alc.co.jp/business/article/gmkouza/003.htm> 2016. 10. 25
  - 26) 松村明監. 大辞泉第二版. 東京 : 小学館, 2012 : 1359
  - 27) 岡本真一郎編. ミス・コミュニケーション なぜ生ずるか どう防ぐか. 京都 : ナカニシヤ出版, 2011 : 143-144
  - 28) 岡本真一郎編. ミス・コミュニケーション なぜ生ずるか どう防ぐか. 京都 : ナカニシヤ出版, 2011 : 143-144
  - 29) 茂野香おる, 今井宏美. 基礎看護技術 I, 東京 : 2015, 25
  - 30) 坂梨薫, 中村由美子, 山中道代ら. 専門職の職種 職位別から見たチーム医療の認識に対する研究. 広島県立保健福祉大学誌人間と科学 2004 ; 4(1) ; 47-59

- 31) 吾妻知美, 神谷美紀子, 岡崎美晴ら. チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難. 甲南女子大学紀要 看護学・リハビリテーション学編 2013 ; 7 : 23-33
- 32) 谷口由紀子. 地域連携・多職種協働. 小児等在宅医療地域コア人材養成講習会テキスト. 東京 : 国立研究開発法人 国立成育医療研究センター, 2016 : 75
- 33) 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—多職種連携を促進するための研修内容の検討—, 第 44 回 (平成 25 年度) 日本看護学会論文集 地域看護 2014 : 35-38
- 34) 樋口キエ子, 原田静香, 大木正隆. 訪問看護師が認識する在宅移行時における連携の現状—連携上の困難・役立った支援より, 看護実践の科学 2009 ; 34 (10) : 61-69
- 35) 三沢良, 佐相邦英, 山口裕幸. 看護師チームのチームワーク測定尺度の作成. 社会心理学研究 2009 ; 24 (3) : 29-232
- 36) 小味慶子, 大西麻未, 菅田勝也. 医師と看護師の協働に対する態度 Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration 日本語版の開発と測定. 医学教育 2011 ; 42 (1) : 9-17
- 37) 古川和稔, 井上善行, 小平めぐみら. 特別養護老人ホームにおけるチームアプローチ実践の自己認識 学際的チームアプローチ実践評価尺度の検討とバーンアウトとの関連. 自立支援介護学 2015 ; 8 (2) : 132-138
- 38) 森田達也, 井村千鶴. 「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」の開発. Palliative Care Research 2013 ; 8 (1) : 116-126
- 39) 厚生労働省. 2016. 認知症施策.  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236.html> 2016. 7. 1
- 40) 厚生労働省. 2015. 入院医療 (その 6).  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000105049.pdf> 2016. 7. 1
- 41) 厚生労働省. 2016. 認知症施策.  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236.html> 2016. 7. 1
- 42) 厚生労働省. 2015. 入院医療 (その 6).  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000105049.pdf> 2016. 7. 1
- 43) 厚生労働省. 2015. 入院医療 (その 6).  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000105049.pdf> 2016. 7. 1
- 44) 厚生労働省. 認知症患者への退院支援.  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/01/dl/tp0118-1-40.pdf> 2016. 7. 1

- 45) 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—多職種連携を促進するための研修内容の検討—, 第 44 回 (平成 25 年度) 日本看護学会論文集 地域看護 2014 : 35-38
- 46) 架谷恵美, 村井美智. 多職種協働による認知症患者への退院支援のあり方. 第 21 回日本精神科看護学術集会 2014 ; 57 (3) : 159-161
- 47) 松岡千代. 多職種連携の新時代に向けて 実践・研究・教育の課題と展望, リハビリテーション連携科学 2013 ; 14 (2) : 181-194
- 48) Brown, T.B. "An historical view of health care teams". Social responsibility in health care. Agich G. J., The Netherlands. Dordrecht, 1982 : 3-21
- 49) Barr H. Competent to collaborate. Towards a competency-based model for interprofessional education. J Interprof Care. Informa UK Ltd UK 1998 : 12 (2) : 181-187
- 50) 松岡千代. 多職種連携の新時代に向けて 実践・研究・教育の課題と展望, リハビリテーション連携科学 2013 ; 14 (2) : 181-194
- 51) Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (2010) A National Interprofessional Competency.  
<http://www.cihc.ca/resources/publications> 2013. 6. 28
- 52) 松岡千代. 多職種連携の新時代に向けて 実践・研究・教育の課題と展望, リハビリテーション連携科学 2013 ; 14 (2) : 181-194
- 53) 松岡千代. 多職種連携の新時代に向けて 実践・研究・教育の課題と展望, リハビリテーション連携科学 2013 ; 14 (2) : 181-194
- 54) 佐藤夏美, 菅野眞奈, 深堀浩樹. 病院スタッフが認識している多職種連携・協働の現状と課題に関する国内文献レビュー. 看護管理 2015 : 25 (6) : 504-509
- 55) 深田博己. インターパーソナル・コミュニケーション-対人コミュニケーションの心理学 -. 京都 : 北大路書房, 1998 : 4
- 56) 梅津八三, 相良守次, 宮城音弥ら監修. 心理学事典. 東京 : 平凡社, 1981, 254
- 57) 茂野香おる, 今井宏美, 有田清子ら : 基礎看護技術 1, 東京 : 医学書院, 2015 : 18
- 58) 深田博己編, 福原省三. コミュニケーション心理学-心理学的コミュニケーション論への招待 -. 京都 : 北大路書房, 1999 : 221
- 59) 深田博己. コミュニケーション心理学-心理学的コミュニケーション論への招待 -. 京都 : 北大路書房, 1999 : 3
- 60) 深田博己. インターパーソナル・コミュニケーション-対人コミュニケーションの心理学 -. 京都 : 北大路書房, 1998 : 48-49

- 61) Mehrabian, A., & Ferris, S, R. 1967 Inference of attitudes form nonverbal communication in two channel, *Journal of Consulting Psychology*, 13, 37-58
- 62) 深田博己編, 福原省三. コミュニケーション心理学-心理学的コミュニケーション論への招待 -. 京都: 北大路書房, 1999: 221
- 63) 大坊郁夫. 『しぐさのコミュニケーション 人は親しみをどう伝えあうのか』. 東京: サイエンス社, 1998: 3
- 64) 松村明編. 大辞林第三版. 東京: 三省堂, 2006: 1569
- 65) 岡堂哲雄. 家族心理学講義. 東京: 金子書房, 2006: 58
- 66) Berlo, D, K.. *The process of communication: An introduction to theory and practice*. New York: Holt, Rinehart & Winston. 1960
- 67) Leary, T.. *The theory and measurement methodology of interpersonal communication* *Psychiatry*, 18, 1955. 147-161
- 68) Rogers, C. R.. *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin. 1951
- 69) Becker, M. H., L, A.. *Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations*. *Medical Care* 1975; 13 (1): 10-24
- 70) King, I. M.. *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. New York: Wiley. 1981.
- 71) Shannon, C. E., & Weaver, W. *The mathematical theory of communication*. Champaign, IL. University of Illinois Press. 1964
- 72) 中條和光, 深田博己編, 福原省三. コミュニケーション心理学-心理学的コミュニケーション論への招待 -. 京都: 北大路書房, 1999: 40
- 73) 有田悦子, 水本清久編. *インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム*. 東京: 医歯薬出版株式会社, 2011: 64
- 74) 厚生労働省保険局医療課. 平成 26 年度診療報酬改定の概要 (DPC 制度関連部分). 2014. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039616.pdf> 2017. 10. 27
- 75) 小玉正博, 松井豊編. *生涯発達の中のカウンセリングIV 看護現場でいきるカウンセリング*. 東京: サイエンス社, 2014: 2-3
- 76) Burnard, P., & Morrison, P. *Nurses interpersonal skills: A study of nurse's perceptions*. *Nurse Education Today*, 1991; 11: 24-29
- 77) 厚生労働省. 2011. *チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集 平成 23 年 6 月チーム医療推進方策検討ワーキンググループ (チーム医療推進会議)*. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r9852000001ehgo.pdf> 2016. 03. 15

- 78) みるみる 多職種連携 ～実践の工夫とコツ～専門性と多様性を最大限生かす地域連携.  
東京：第一三共株式会社，2015：2：40
- 79) 樋口清之. [新装版] 日本人はなぜ水にながしたがるのか. 東京：PHP 文庫，2015
- 80) 西條剛央. チームの力ー構造構成主義による“新”組織論. 東京：筑摩書房，2015：33
- 81) 金吉晴. 心的トラウマの理解とケア 第2版. 東京：株式会社じほう，2005：3
- 82) 川野雅資. トラウマインフォームドケアの定義. 精神科看護 2017;44 (6)：25-32
- 83) Flaidson, E, (進藤雄三, 宝月誠訳). 『医療と専門家支配』, 東京：恒星社厚生閣，1992：124
- 84) 細田満和子. 「チーム医療」とは何かー医療とケアに生かす社会学からのアプローチー.  
東京：日本看護協会出版会，2012：58
- 85) 篠田道子. 多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル. 東京：医学書院，  
2011：30
- 86) 岡本牧人, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論  
実践と教育プログラム. 東京：医歯薬出版株式会社，2011：14
- 87) P. F. ドラッカー (上田惇生編訳). プロフェッショナルの条件ーいかに成果をあげ成長  
するかー. 東京：ダイヤモンド社，2000：160
- 88) 深田博己. インターパーソナル・コミュニケーションー対人コミュニケーションの心理学ー.  
京都：北大路書房，1998：52
- 89) 有田悦子, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論  
実践と教育プログラム. 東京：医歯薬出版株式会社，2011：61-62
- 90) 田代誠. 協働のための看護力 育ちあう関係に. 精神科看護 2017；44 (1)：29
- 91) 大塚真理子, 酒井郁子, 吉本照子編. 専門職連携を阻むもの. 地域高齢者のための看護  
システムマネジメント (第1版). 東京：医歯薬出版株式会社，2009：43
- 92) 有田悦子, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論  
実践と教育プログラム. 東京：医歯薬出版株式会社，2011：61-62
- 93) 国立国語研究所「病院の言葉」委員会. 病院の言葉を分かりやすくー工夫の提案ー. 東  
京：勁草書房，2009
- 94) 有田悦子, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論  
実践と教育プログラム. 東京：医歯薬出版株式会社，2011：67
- 95) 穂高幸枝, 内田雅代, 高橋百合子. 他職種との連携・協働における看護師の困難と対処  
ーよりよい連携・協働にむけてー. 第47回日本看護学会論文集 看護管理 2017：188
- 96) 篠田道子. 多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル. 東京：医学書院，  
2011：27
- 97) 篠田道子. 多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル. 東京：医学書院，

2011 : 27

- 98) 有田悦子, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム. 東京 : 医歯薬出版株式会社, 2011 : 62
- 99) 有田悦子, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム. 東京 : 医歯薬出版株式会社, 2011 : 62
- 100) ICT の過去・現在・未来 第1部 ICT の進化を振り返る (2) 医療機関. 平成 27 年度 版総務省白書.  
<http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h27/html/nc121320.html>  
2017.10.29
- 101) 松村明編. 大辞林第三版. 三省堂 2006
- 102) 細田満知子. 「チーム医療」とは何か-医療とケアに生かす社会学からのアプローチ-. 東京 : 日本看護協会出版会, 2012 : 13
- 103) 細田満知子. 「チーム医療」とは何か-医療とケアに生かす社会学からのアプローチ-. 東京 : 日本看護協会出版会, 2012 : 13
- 104) 岡本牧人, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム. 東京 : 医歯薬出版株式会社, 2011 : 14
- 105) 岡本牧人, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム. 東京 : 医歯薬出版株式会社, 2011 : 14
- 106) ピーター・G. ノートハウス, ローレル・L. ノートハウス (荻原明人訳). ヘルスコミュニケーション. 東京 : 九州大学出版会, 2010 : 97
- 107) 篠田道子. 多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル. 東京 : 医学書院, 2011 : 28
- 108) 有田悦子, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム. 東京 : 医歯薬出版株式会社, 2011 : 62
- 109) 細田満和子. メディカル・プロフェッションの変容-職業集団としてみた看護婦を中心に-. ソシオロギス : 21 : 104-105
- 110) 有田悦子, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム. 東京 : 医歯薬出版株式会社, 2011 : 61
- 111) 有田悦子, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム. 東京 : 医歯薬出版株式会社, 2011 : 61
- 112) 上野秀樹. 認知症患者に看護師がどう関わるか-精神少女に対するアプローチの仕方, 師長主任業務実践 2013 ; 18 (390) : 5-8
- 113) 竹内孝仁. 認知症ケア. 東京 : 筒井書店, 2014 : 30
- 114) 日本看護協編. 認知症ケアガイドブック. 東京 : 照林社, 2016:86

- 115) 篠田道子. 多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル. 東京:医学書院, 2011:22
- 116) 篠田道子. 多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル. 東京:医学書院, 2011:22
- 117) 鍵井一浩. 医療機関におけるこれからの専門職チームの構築—医療と福祉の連携のための医療ソーシャルワーカーの役割—, 総合福祉科学研究 第3号, 2012:70
- 118) 厚生労働省. 2016. 認知症施策.  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236.html> 2016.7.1
- 119) 厚生労働省. 2015. 入院医療 (その6)  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000105049.pdf> 2016.7.1
- 120) 三好春樹. 認知症ケアの7大原則. なごみケア埼玉上尾訪問介護事業所  
<http://www.nagomi-care.net/article/13957705.html> 2017.10.29
- 121) 松岡千代. チームアプローチに求められるコミュニケーションスキル. 認知症ケア事例ジャーナル 2011;3(4);401-408
- 122) Shannon, C. E., & Weaver, W. The mathematical theory of communication. Champaign, IL. University of Illinois Press. 1964
- 123) 深田博己編, 福原省三. コミュニケーション心理学—心理学的コミュニケーション論への招待—. 京都:北大路書房, 1999:40
- 124) 有田悦子, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム. 東京:医歯薬出版株式会社, 2011:62
- 125) チーム医療 医師をはじめとする多くの職員の連携と協力による「チーム医療」.  
<https://www.ajha.or.jp/guide/pdf/080821.pdf> 2017.10.21
- 126) Freidson, E. (進藤祐三, 宝月誠 訳): 医療と専門家支配. 東京:恒星社厚生閣, 1992
- 127) 細田満和子. メディカル・プロフェッションの変容—職業集団としてみた看護婦を中心に—. ソシオロギス:21:97
- 128) 公益社団法人 日本医療社会福祉協会. 医療ソーシャルワーカーとは.  
<https://www.jaswhs.or.jp/guide/sw.php> 2017.10.21
- 129) 厚生労働省. 医療ソーシャルワーカー業務指針. 2002  
[http://www.jaswhs.or.jp/upload/Img\\_PDF/183\\_Img\\_PDF.pdf](http://www.jaswhs.or.jp/upload/Img_PDF/183_Img_PDF.pdf) 2017.10.21
- 130) 井上千津子. 看護と介護の連携. 老年社会科学 2006;28:29-34
- 131) 篠田道子. 多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル. 東京:医学書院, 2011:4
- 132) ピーター・G. ノートハウス, ローレル・L. ノートハウス (荻原明人訳). ヘルスコ

- コミュニケーション. 東京：九州大学出版会, 2010 : 298
- 133) Trill, M. D., & Holland, J. Cross-cultural differences in the care of patients with cancer: A review. *General Hospital Psychiatry*, 15, 21-30. 1993
- 134) 藤原奈佳子, 小野薫, 森田恵美子ら. 急性期病院における病棟看護師の退院支援に関する自己評価. *愛知県立大学看護学部紀要* 2013 ; 19 : 49-59
- 135) 藤澤まこと. 医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究 (第1部) 医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化. *岐阜県立看護大学紀要* 2012 ; 12(1) : 57-65
- 136) 医療用語・病院用語のわかりやすい解説辞典. サマリー.  
<http://medicalwords.info/> 2017. 10. 21
- 137) 真弓尚也, 太田勝正, 前田樹海 編. 情報の共有—チーム医療, 申し送り, カンファレンス. *エッセンシャル看護情報学*. 東京：医歯薬出版株式会社, 2006 : 62-63
- 138) 阿部泰之, 森田達也. 「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発. *Palliative Care Research* 2014; 9(1):114-120
- 139) 早坂由美子, 水本清久編. *インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム*. 東京：医歯薬出版株式会社, 2011 : 20
- 140) 訪問看護ステーションならではのやりがいがあります. 2015 訪問看護ステーションの求人募集ガイド.  
<http://www.ifdas2009.com/work.html> 2017. 10. 30
- 141) 三菱総合研究所「居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査」  
[http://www.mri.co.jp/project\\_related/roujinhoken/](http://www.mri.co.jp/project_related/roujinhoken/) 2017. 10. 30
- 142) 小林育美. 退院支援における医療ソーシャルワーカーと介護支援専門員の連携に関する考察—チームアプローチにおけるソーシャルワークの調整機能について— 明治学院大学卒業論文  
[http://soc.meijigakuin.ac.jp/doc/2014\\_sw01.pdf](http://soc.meijigakuin.ac.jp/doc/2014_sw01.pdf) 2017. 10. 30
- 143) 久木元理恵, 水本清久編. *インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム*. 東京：医歯薬出版株式会社, 2011 : 20
- 144) 厚生労働省. 2015. 入院医療 (その6)  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000105049.pdf> 2016. 7. 1
- 145) 本田美和子, イブ・ジネスト, ロゼット・マレスコッティ. *ユマチュード入門*. 東京：医学書院, 2014 : 15
- 146) Nakagawa Y, Tsuruta R, Sakurai O, Miyazaki M, Tsukamoto S, Nakagawa C, et

- al..Change in the postdischarge deestination from a senile dementia therapy ward in japan:the second report.Psychogeneriatrics 2005. 3. 104-108
- 147)細田満和子,「チーム医療」とは何か-医療とケアに生かす社会学からのアプローチ-. 東京:日本看護協会出版会, 2012:36
- 148)長島久, 東良平, 永井弥生ら. 医師・歯科医師を対象とした医療コンフリクト・マネジメント教育プログラム策定に向けた検討 医療対話推進者養成講座基礎編を修了した医師・歯科医師に対するアンケート調査の結果から. 医療コンフリクト・マネジメント 2017;5:41
- 149)厚生労働省. 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書. 平成 19 年  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf> 2017. 10. 30
- 150)篠田道子. 多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル. 東京:医学書院, 2011:51
- 151)有田悦子, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム. 東京:医歯薬出版株式会社, 2011:65
- 152)篠田道子. 多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル. 東京:医学書院, 2011:31
- 153)深田博己. インターパーソナル・コミュニケーション-対人コミュニケーションの心理学-. 京都:北大路書房, 1998:52
- 154)Birdwistell, R. L. 1970: Kinesics & context. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- 155)Mehrabian, A., & Ferris, S, R. 1967 Inference of attitudes form nonverbal communication in two channel, Journal of Consulting Psychology, 13, 37-58
- 156)深田博己編, 福原省三. コミュニケーション心理学-心理学的コミュニケーション論への招待-. 京都:北大路書房, 1999:221
- 157)有田悦子, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム. 東京:医歯薬出版株式会社, 2011:67
- 158)P. F. ドラッカー (上田惇生編訳). 【エッセンシャル版】 マネジメント 基本と原則. 東京:ダイヤモンド社, 2001:159
- 159)深田博己. インターパーソナル・コミュニケーション-対人コミュニケーションの心理学-. 京都:北大路書房, 1998:50
- 160)深田博己. インターパーソナル・コミュニケーション-対人コミュニケーションの心理学-. 京都:北大路書房, 1998:22-23
- 161)深田博己. インターパーソナル・コミュニケーション-対人コミュニケーションの心理学-. 京都:北大路書房, 1998:52

- 162) P.F. ドラッカー (上田惇生編訳). 【エッセンシャル版】 マネジメント 基本と原則.  
東京: ダイヤモンド社, 2001: 158
- 163) P.F. ドラッカー (上田惇生編訳). 【エッセンシャル版】 マネジメント 基本と原則.  
東京: ダイヤモンド社, 2001: 162
- 164) P.F. ドラッカー (上田惇生編訳). プロフェッショナルの条件—いかに成果をあげ成長するか—. 東京: ダイヤモンド社, 2000: 170
- 165) 阿部俊子, 高塚志保. 日本におけるチーム医療のあり方とその方法論—クリニカルパスの効用—. 栄養学雑誌 2003; 61 (3): 155~160
- 166) 坪井桂子, 西田真寿美, 成清美治. ユニットケアに取り組む 特別養護老人ホームの看護職と介護職の協働と教育. 岡山大保健紀要, 2005;15:51-62
- 167) 井上千津子. 看護と介護の連携. 老年社会科学 2006;28:29-34
- 168) 細田満和子. 「チーム医療」とは何か—医療とケアに生かす社会学からのアプローチ—. 東京: 日本看護協会出版会, 2012: 57
- 169) 竹内孝仁. 認知症ケア. 東京: 筒井書店, 2014: 30
- 170) 松尾香奈. 一般病棟において看護師が体験した認知症患者への対応の困難さ, 日本赤十字看護大学紀要第 25 号, 2011:109
- 171) 細田満和子. 「チーム医療」とは何か—医療とケアに生かす社会学からのアプローチ—. 東京: 日本看護協会出版会, 2012: 57
- 172) 一般社団法人日本社会福祉養成校協会. 相談援助演習のための教育ガイドライン. 2015: 8  
[http://jaswe.jp/practicum/enshu\\_guideline2015.pdf](http://jaswe.jp/practicum/enshu_guideline2015.pdf) 2017. 12. 10
- 173) 一般社団法人日本社会福祉養成校協会. 相談援助演習のための教育ガイドライン. 2015: 10  
[http://jaswe.jp/practicum/enshu\\_guideline2015.pdf](http://jaswe.jp/practicum/enshu_guideline2015.pdf) 2017. 12. 10
- 174) 松尾香奈. 一般病棟において看護師が体験した認知症患者への対応の困難さ, 日本赤十字看護大学紀要第 25 号, 2011:106-108
- 175) 川嶋元子, 森昌美, 松宮愛ら. 病棟看護師の退院支援の現状と課題—患者が地域へ安心して戻るために—. 聖泉看護学研究 2015; 4: 29-38
- 176) 小澤美和, 小玉正博, 松井豊編. 生涯発達の中のカウンセリングⅣ 看護現場でいきるカウンセリング. 東京: サイエンス社, 2014: 175
- 177) 谷義幸, 【医療福祉連携とケアマネジャーの役割】 退院時連携とよりよくつなぐ実践の課題. ケアマネジメント学 2011;9:14
- 178) 篠田道子. 多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル. 東京: 医学書院, 2011: 28

- 179) 篠田道子. 多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル. 東京:医学書院, 2011: 99
- 180) 厚生労働省. 「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」(日本語版)の厚生労働省ホームページ掲載について. 平成14年  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html> 2017.12.10
- 181) 一般社団法人 日本作業療法士協会. 認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究報告書. 平成29年: 3  
[http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/92\\_sagyouryouhoushi.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/92_sagyouryouhoushi.pdf) 2017.12.10
- 182) P.F. ドラッカー (上田惇生編訳). プロフェッショナルの条件－いかに成果をあげ成長するか－. 東京:ダイヤモンド社, 2000: 170
- 183) P.F. ドラッカー (上田惇生編訳). 【エッセンシャル版】 マネジメント 基本と原則. 東京:ダイヤモンド社, 2001: 163
- 184) 日本医師会. 地域包括ケアと多職種連携～学習用ワークブック～. 東京:公益社団法人日本医師会, 2016: 8
- 185) 篠田道子. 多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル. 東京:医学書院, 2011: 51
- 186) 有田悦子, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム. 東京:医歯薬出版株式会社, 2011: 68
- 187) 金吉晴. 心的トラウマの理解とケア 第2版. 東京:株式会社じほう, 2005: 3
- 188) ピーター・G. ノートハウス, ローレル・L. ノートハウス (荻原明人訳). ヘルスコミュニケーション. 東京:九州大学出版会, 2010: 229
- 189) 西條剛央. チームの力－構造構成主義による“新”組織論. 東京:筑摩書房, 2015: 33
- 190) 箕輪良行, 鈴木俊一, 藤井 幹久ら. 臨床研修におけるコミュニケーションギャップの分析. 医学教育 1991; 22 (4); 221-226
- 191) 松岡千代. チームアプローチに求められるコミュニケーションスキル. 認知症ケア事例ジャーナル 2011; 3(4); 401-408
- 192) 有田悦子, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム. 東京:医歯薬出版株式会社, 2011: 68-69
- 193) 有田悦子, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム. 東京:医歯薬出版株式会社, 2011: 69
- 194) 有田悦子, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム. 東京:医歯薬出版株式会社, 2011: 69-70

- 195) 有田悦子, 水本清久編. インタープロフェッショナル・ヘルスケア実践 チーム医療論 実践と教育プログラム. 東京: 医歯薬出版株式会社, 2011: 70
- 196) 篠田道子. 多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル. 東京: 医学書院, 2011: 27
- 197) 深田博己. インターパーソナル・コミュニケーション-対人コミュニケーションの心理学-. 京都: 北大路書房, 1998: 4
- 198) 篠田道子. 多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル. 東京: 医学書院, 2011: 9
- 199) 文部科学省 モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会. 医学教育モデル・コア・カリキュラム (平成 28 年度改定版): 7, 14  
[http://www.mext.go.jp/component/b\\_menu/shingi/toushin/\\_icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961\\_01.pdf](http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf) 2017. 12. 12
- 200) 厚生労働省. 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書. 平成 23 年; 7, 11  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf>  
(2017. 12. 12)
- 201) 厚生労働省. 介護支援専門員専門研修ガイドライン. 平成 28 年; 2  
[http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/2016.11SENMONKENSUGAIDORAIN\\_3.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/2016.11SENMONKENSUGAIDORAIN_3.pdf) 2017. 12. 12
- 202) 厚生労働省. 社会福祉士及び介護福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて.  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsuhogo/s-hakai-kaigo-yousei/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/s-hakai-kaigo-yousei/index.html)
- 203) 厚生労働省. 新しい介護福祉士養成カリキュラムの基準と想定される教育内容の例  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/dl/shakai-kaigo-yousei03.pdf>  
2017. 12. 12
- 204) 篠田道子. 多職種連携を高める チームマネジメントの知識とスキル. 東京: 医学書院, 2011: 9
- 205) 安倍博史, 矢田浩紀. 医療系総合大学における多職種連携教育のあり方に関する一考察—北海道医療大学の現状と課題—. 北海道医療大学人間基礎科学論集第 41 号, 2015; A2
- 206) 厚生労働省. 「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部. 「地域共生社会」の実減に向けて (当面の改革工程). 2017: 9  
[http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000150632.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000150632.pdf) 2017. 10. 18

207) 齋藤正彦, 伊藤淑子. 痴呆専門病棟における活動. 精神科治療学 1992 ; 7 ; 1097-1106

208) 齋藤正彦, 伊藤淑子. 痴呆専門病棟における活動. 精神科治療学 1992 ; 7 ; 1097-1106

209) 厚生労働省. 認知症患者への退院支援

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/01/dl/tp0118-1-40.pdf> 2016. 7. 1

## 資料目次

資料 1	研究 1	インタビューガイド	137
資料 2	研究 2	アンケート用紙	139
資料 3		職種間連携での認識（コード，カテゴリー，サブカテゴリー）一覧	147
資料 4		退院に向けて困難なこと（自由記載より）	181
資料 5	研究 1	病院・事業所への依頼文・承諾書	193
資料 6	研究 1	研究対象者への依頼文・同意書・同意撤回書	196
資料 7	研究 2	病院への依頼文	202
資料 8	研究 2	事業所への依頼文	204
資料 9	研究 2	研究対象者への依頼文	206

## インタビューガイド

### 1. 自己紹介をする.

国際医療福祉大学大学院の保健医療学を専攻している荒添です.

### 2. インタビュー導入時

- 1) インタビュー調査の目的, 方法, 研究の概要, 倫理的配慮を紙面と口頭で説明し, 同意が得られれば同意書に署名を頂きます. なお, 同意が得られた後でも途中で辞退できる権利について説明し, 同意撤回書をお渡しします.
- 2) インタビューに費やす時間として約 60 分かかることを再度説明します.
- 3) インタビュー内容の筆記と録音の許可をいただき IC レコーダーに録音します. IC レコーダーに録音された内容は, 逐語録を作成した時点で研究協力者に, すべてデータとして取り扱ってよいかを確認したうえで, コード化することを説明します.
- 4) 筆記した情報用紙および録音データは, 倫理指針に則って破棄することを説明します.
- 5) 本研究は, 国際医療福祉大学倫理委員会の承認を得て実施することを伝えます.
- 6) インタビューの途中で, 研究協力者の口調や表情, 顔色などを観察し, 陰性の感情を伴ったような場合は, 状況に配慮しインタビュー中断などの検討をします.

### 3. インタビュー内容

#### 1) 属性の確認

- (1) 年齢は, お幾つですか.
- (2) 現在の所属部署を教えてください.
- (3) 職種を教えてください.
- (4) この職種について何年目ですか?
- (5) どのような資格をお持ちですか

#### 2) 職種間の連携に対する認識

- (1) 認知症を有する患者が自宅に退院するケースは, 多くなってきていますか?
- (2) 実際, 1 年間にどれくらいの件数があるのでしょうか?
- (3) 認知症を有する患者が自宅へ退院することが決まったときに, 在宅もしくは病院で勤務する職種間で退院にむけて連携を図ることになると思うのですが, 職種間の連携についてどのように考えていますか?

#### 3) 職種間の連携を図ることで影響

- (1) 現在, 厚生労働省などでも多職種連携や職種間の連携が推進されていますが, 以前と比べて職種間の連携は図れているのでしょうか?

(2-1) 職種間の連携が図れているとしたら、患者に対してどのような効果として表れているのでしょうか？

(2-2) 職種間の連携が図れていない（困難）としたら、患者に対してどのような問題がでているのでしょうか？

(3) 職種間の連携が図れていない場合、あなたはどのような気分や感情をもちますか？

4) 認知症を有する患者の退院をめぐる連携の視点

(1) 認知症を有する患者が退院するにあたり、あなたはどのような視点で調整を図っているのですか？

(2) あなたは認知症を有する患者の退院に向けて職種間の連携を図る場合、どのようなことを心がけていますか？

(3) 認知症を有する患者の退院に向けて、あなた以外の職種に期待することはどのようなことでしょうか？

5) その他

(1) 今までのインタビューを通して、最後に認知症を有する患者の退院をめぐる職種間の連携に関して、何か感じたことがございましたら自由にお話してください。

4. インタビュー方法

研究者と研究協力者の1対1の面接方式です。

5. 所要時間

約60分かかります。

認知症を有する患者の退院における職種間連携に関するアンケート

I. あなたについてお聞きします。以下の設問について、該当する項目の番号に○をつけてください。  
また空欄には、数値や内容をお書きください。

1. 年齢：(            )歳
2. 性別： 1) 女性            2) 男性
3. 専門： 1) 内科 2) 外科 3) 整形外科 4) 脳外科 5) 神経内科 6) その他(            )
4. 医師として勤務した年数： (            )年
5. 現在の所属の経験年数： (            )年
6. 所属する病院の病床数： 1) 200床未満      2) 200床～300床未満      3) 300床以上      4) その他
7. あなたの勤務している病院には、地域医療連携部(室)はありますか： 1) はい            2) いいえ

II. 職種間連携についてお聞きします。

1. 以下の設問を読み、該当するところに○をつけてください。

そ  
全  
う  
く  
思  
わ  
な  
い

そ  
と  
う  
思  
も  
う

《職種間での連携》

- 1) 職種で行う役割が重複していた場合、職種間で相談している
- 2) どの職種が実施する役割なのか明確でない場合、職種間で相談している
- 3) 自分たちの職種で解決できない場合、職種間で相談している
- 4) 各職種で知り得た情報に相違がある場合、職種間で相談している
- 5) 各職種がお互いに尊重しあいながら、職種間で相談している
  
- 6) 職種間で、有益な情報を共有している
- 7) 連携する職種が多くなると、正確な情報が伝わらない
- 8) 作成されたサマリーなどは、各職種で役立っている
- 9) 職種によって、必要な情報が違う
- 10) 他職種の人から強い意見を言われるとやる気を失う
- 11) 職種間で使う言語は、専門用語が多く、わかりにくい

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1) 職種で行う役割が重複していた場合、職種間で相談している										
2) どの職種が実施する役割なのか明確でない場合、職種間で相談している										
3) 自分たちの職種で解決できない場合、職種間で相談している										
4) 各職種で知り得た情報に相違がある場合、職種間で相談している										
5) 各職種がお互いに尊重しあいながら、職種間で相談している										
6) 職種間で、有益な情報を共有している										
7) 連携する職種が多くなると、正確な情報が伝わらない										
8) 作成されたサマリーなどは、各職種で役立っている										
9) 職種によって、必要な情報が違う										
10) 他職種の人から強い意見を言われるとやる気を失う										
11) 職種間で使う言語は、専門用語が多く、わかりにくい										

2. 以下の設問を読み、該当するところに○をつけてください。

そ  
全  
く  
思  
わ  
な  
い

そ  
と  
と  
も  
思  
う

《職種 の 役割・意識》

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 1) 他職種の役割を良く理解している
- 2) 他職種の役割は、その職種の人に任せている
- 3) 他職種と役割が重っており、明確でないと感じている
- 4) 自分の職種の専門性を発揮しにくいと感じている
- 5) 他職種の人から、自分の職種を低く見られていると感じている

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

- 6) 自分自身は、今の仕事に対して満足している
- 7) 自分自身の仕事に対する意欲は高い
- 8) 他職種の方は、仕事に対して、やる気があると感じている
- 9) 専門職を超えた教育の必要性があると感じている

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

《コミュニケーション》

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 1) 他職種の人に分かりやすい言葉で話している
- 2) 他職種の人に合わせて、話し方を工夫している
- 3) 主張の異なる他職種の人に、自分の意見を伝えている
- 4) 他職種の人に、的確に物事を伝える自信がある
- 5) 自分が話した内容は、他職種の人に、正確に伝わっている
- 6) 他職種の方の話は、じっくり聴いている
- 7) 困った時に、他職種の人に相談できる
- 8) 他職種の方と、できるだけ揉めないようにしている
- 9) 職種によって、言いにくいと感じていることがある
- 10) 職種間での話し合いの場の雰囲気はよい

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

そ  
全  
く  
思  
わ  
な  
い

そ  
と  
と  
も  
思  
う

Ⅲ. 職種間連携が必要な患者が退院するにあたって、該当するところに○をつけてください。

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 1) 退院にむけて、職種間で十分に時間をとって、話し合いをしている
- 2) 退院の日程は、急に決まることが多い
- 3) 退院に向けて職種間連携で困っていると感じている

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

具体的にどのようなことで困っていますか

IV. 認知症を有する患者の退院調整についてお聞きいたします。

1. 以下の設問を読み、該当するところに○をつけてください

そ  
全  
く  
思  
わ  
な  
い

そ  
と  
も  
思  
う

《認知症を有する患者の理解》

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 1) 認知症の疾患について、知識がある
- 2) 認知症の症状への援助について、知識がある
- 3) 認知症を有する患者の生活について理解している
- 4) 認知症を有する患者の退院支援の方法・手段を理解している
- 5) 認知症を有する患者は、病院と自宅の行動に違いがある

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

《認知症を有する患者の退院調整》

- 1) 退院にむけて、職種間で十分に時間をとって話し合いをしている
- 2) 退院の日程は、急に決まることが多い
- 3) 退院に向けて職種間連携で困っていると感じている  
具体的にどのようなことで困っていますか

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. あなたは認知症を有する患者の退院調整で、それぞれの方々からどれくらい情報を取っていますか

取  
全  
く  
取  
っ  
て  
い  
な  
い

取  
っ  
て  
も  
い  
る

- 1) 医師
- 2) 退院調整をしている看護師
- 3) MSW
- 4) ケアマネジャー
- 5) 訪問看護師
- 6) 患者
- 7) 家族
- 8) その他( )

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

IV. あなたが、**認知症を有する患者の退院調整**をするにあたって重要視していることに○をつけてください。

そ  
全  
う  
く  
思  
わ  
な  
い

そ  
と  
う  
て  
思  
も  
う

1. 患者の症状

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1) 入院となった疾患・症状

|| | | | | | | | | |

2) 認知症の中核症状(記憶障害、見当識障害など)

|| | | | | | | | | |

3) 認知症の周辺症状(徘徊、妄想、せん妄、睡眠障害など)

|| | | | | | | | | |

4) その他 ( )

|| | | | | | | | | |

2. 気持ち

1) 患者の思い

|| | | | | | | | | |

2) 家族の思い

|| | | | | | | | | |

3) 医療従事者の思い

|| | | | | | | | | |

4) その他 ( )

|| | | | | | | | | |

3. サポート体制

1) 患者に対するサポート体制

|| | | | | | | | | |

2) 家族へのサポート体制

|| | | | | | | | | |

3) 地域へのサポート体制

|| | | | | | | | | |

4) その他 ( )

|| | | | | | | | | |

4. その他

1) 経済力

|| | | | | | | | | |

2) 病院のベッド調整などの事情

|| | | | | | | | | |

3) 患者・家族の個別の事情

|| | | | | | | | | |

4) MSWやケアマネジャーの経験

|| | | | | | | | | |

5) その他 ( )

|| | | | | | | | | |

そ  
全  
う  
く  
思  
わ  
な  
い

そ  
と  
う  
て  
思  
も  
う

V. あなたが、**認知症を有する患者の退院調整**において、職種間連携で重要だと思ふものに○をつけてください。

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. 専門的知識

|| | | | | | | | | |

2. 専門職としての専門的なスキル

|| | | | | | | | | |

3. 職種間のコミュニケーション

|| | | | | | | | | |

4. 目標の統一

|| | | | | | | | | |

5. 各職種の役割の明確化

|| | | | | | | | | |

6. チーム機能の理解

|| | | | | | | | | |

7. 相互に連携したリーダーシップ

|| | | | | | | | | |

8. 職種間に生じた葛藤解決

|| | | | | | | | | |

9. 合同カンファレンス

|| | | | | | | | | |

10. その他( )

|| | | | | | | | | |

ご協力有難うございました。



MSW用

認知症を有する患者の退院における職種間連携に関するアンケート

I. あなたについてお聞きします。以下の設問について、該当する項目の番号に○をつけてください。また空欄には、数値や内容をお書きください。

- 1. 年齢:( )歳
- 2. 性別: 1) 女性 2) 男性
- 3. 資格: 1) 社会福祉士 2) 社会福祉主事 3) 精神保健福祉士 4) その他( )
- 4. MSWとして勤務した年数: ( )年
- 5. 現在の所属の経験年数: ( )年
- 6. 所属する病院の病床数: 1) 200床未満 2) 200床～300床未満 3) 300床以上 4) その他
- 7. あなたの勤務している病院には、地域医療連携部(室)はありますか: 1) はい 2) いいえ

II. 職種間連携についてお聞きします。

1. 以下の設問を読み、該当するところに○をつけてください。

そ 全  
う 全  
く 全  
思 思  
わ 思  
な 思  
い 思  
わ  
な  
い

《職種間での連携》

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1) 職種で行う役割が重複していた場合、職種間で相談している										
2) どの職種が実施する役割なのか明確でない場合、職種間で相談している										
3) 自分たちの職種で解決できない場合、職種間で相談している										
4) 各職種で知り得た情報に相違がある場合、職種間で相談している										
5) 各職種がお互いに尊重しあいながら、職種間で相談している										
6) 職種間で、有益な情報を共有している										
7) 連携する職種が多くなると、正確な情報が伝わらない										
8) 作成されたサマリーなどは、各職種で役立っている										
9) 職種によって、必要な情報が違う										
10) 他職種の人から強い意見を言われるとやる気を失う										
11) 職種間で使う言語は、専門用語が多く、わかりにくい										





資料3 職種間連携での認識

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード
言いたいことが言える			ケA31 1対1だとと言えるが、人数が多くなると発言しにくい
			ケB45 1対1では話している
			NsA49-2 説明ができないので、医師に取り次いで、先生言ってくださいって言うことはある
			訪A75-1 医師にも言いたい放題言っているからギャップは感じていない
			ケA32-1 言うことを言う人は言うし、そこでそう返してくるか対立しなくなる場合もある
			MA19 知ってると言いやすい
			ケA34-1 会議は、皆が知っているメツツばかりなので、そこでの気難しさはなく、進行する人もケアマネはどうですかとかとか、ケアマネとしての意見も聞いてくれる
			MB183, 184 知っている顔で、こういうことを相談していいとか、聞いていいとかが積み重なってきて、こういうときにこういう情報が言える
			ケA44, 45 管理者を知っているから言えるということもある
			ケA28 お互いの顔が知れてる、人柄がわかっている、仕事の仕方がわかっている人とのやり取りと、知らない同士だとコミュニケーションに影響する差も大きい
			訪A47-3 顔の見える関係が作れるとルールを無視してやっている
			ケB27 看護師として、合同勉強会を行い、顔の見える環境を作り、言いたいことが言える時間を作っている
			医B32 普段から顔が見える範囲、一緒に何かを学ぶという事は、連携には、すごく大事で、名前を知っている、顔が見える、話したことがある、実際に働いたことがある、そういうことがだんだん進んでいけばいい連携につながる
			ケB39-2 顔が見える関係だと、次に会っても、こんにはただで終わるので、顔が見える関係ができれば、その次に行かないとコミュニケーションは上手く取れなくなる
顔の見える関係だと話しやすい			訪C59 いろんなケースと一緒に経験しながらやってきている人だったら、気軽に話せる
			医B59 慣れているか慣れていないかで話しやすさが違う
			訪A20-2 親しくしている病院には、「そんなに悪くならないうちにいったん帰してね」とかは言える
			ケA59 上手くやれる仲間ができて
			訪A20-4 近くの病院のこの相談室の看護師、ワーカには言いやすい、この病院のこのワーカー、看護師とはツーカーだとか、各病院には1人、2人はいるし、話しがつかない時には、その人を介して言ってもらっている
			訪A15 初めての人はきちんと聞いてきて、ベテランの方がツーカーということもある
			MB41-1 話しがしやすいケアマネジャーだとオブラートにくるまないで、そのまま実情をお伝えしている
			訪A27-1 病気のことがツーカーでわかるので看護師の方が話しやすい
			訪A28-3 医療が必要な人の場合は、看護師と話ししたほうが話しは通じやすい
			訪A27-2 業や状態を説明するときには、看護師の方がすぐ伝わる
			訪A36-8 医師と訪問看護師が同じ考えの職種であったため、情報を共有しやすく話も聞いてもらえる
			MB138 コメディカル同士は、気が楽なので言いやすい
			ケE85 言い方の問題もある
			ケA24-4 忙しくなってくると、ボンボン言ってしまう
訪B12-2 時間とかで端的に伝えようとすると、ボンボン言っているように聞こえている			
きつい言い方を する			NsB70-1 忙しくなるとぶっきらぼうになる
			MB93, 94 看護師、医師は、言い方がきつい
			訪B11-3 看護師は、確認しているつもりでも、周りで聞いていると、曇みかけるように言っているように聞こえる
			訪B11-2-2 緊急時にババッと伝えることが、介護の人には乱暴な口調に聞こえたり、緊急でこれは大事だから強調することが、看護師怖いって言われる原因
一方的に決めて言う			ケA51 それをつけなければ退院させませんよと脅された
			ケA55-1 つけなくてはだめ歩けなくなると決めつける
			ケA52 退院させないって言わなければいいのと思う
			NsA83 すりあわせがスムーズにいくもいかないも、病院ではこういう一面があると思っただろうしかない
			NsA84, 85 うちにはこういう側面があるよって、お互いに共感するしかない
			ケA53-2 病院は、すぐジャッジするので、退院して様子を見てから決めてもいいですかと代替案を出す

	訪A74	病院と自宅の環境が違うため、病院側で決めないで、自宅の生活を見てから決めてもいいのではと考える
	ケA49	病院は、家に行って家屋評価をし、これを、これを付けると決めるので、そこにケアマネが呼ばれても意見を言う権限もない
	ケA50	患者や家族は病院にも言いにくいいため、決めつけずに提案をしてほしい
	訪B67-2	話し合いをしようとしても一方的に決められてやり取りまでもなかなか時間がない
	訪A73	こうあるべきと決められている場合には、全然使い物にならない
	ケB8	明日退院と言われても、わからないので、そういう時はもうちょっと時間をくださいもしくは他の方法はないんですかとこちらからお願いします
	ケB9	退院日程の延期を依頼すると伸ばしてくれる
	ケE30	退院日が決まっていますが、在宅調整をしたいという伸ばしてくれる
	ケB8	新規のケースで、退院なんですよと言われても、難しいので、退院を伸ばしてもらうこともたまにある。
	ケD32	認知症の患者の退院に対して、絶対こっちの話を聞いてくれないとかはない
	医A6	認知症を有していても特に何もなく治療が終わった場合はそのまま退院で、その後も継続して治療や処置が必要な場合には、医師などが退院して連携を図っている
	訪A5-4	医療密度がそんなに高くない場合には、ソーシャルワーカーから電話が来て、そのことで話し、退院になる
	訪A5-3	医療がすごく必要な方の退院だと、相談窓口の相談室の担当の看護師からじかに電話が来る
	訪A26-2	MSWは、何日以内には退院と上からつつかれ、訪問看護入ってみたいなお感じでお願に来る
	ケB11-1	退院ですと一方的に言うてる
一方的に決めて言う一方的に決めつけて言う	NsB20	病棟と退院調整の看護師は、連携を取るというより、業務が分かれており、退院させてくださいと一方的に言われる
	訪B61-2	病院側とは連絡が一方的に来て、入院すれば看護サマリを送るが、病院側との接点が少ない
	訪A5-2	退院は、電話で急に伝えてくる
	ケD18	退院が一方的のところもあるし、退院がすぐなので早く来てくださいと言ってくることもある
	ケA5	退院前に病院が不安を感じると話し合いを打診してくるが、有無を問わずに、何日退院ですということもある
	訪A24-1	病院の都合で退院が決まることが多い
	ケB7	病院の都合で、すぐに退院と伝えてくる
	ケD18、17-1	入院がいるから、とにかく明日帰りたいので急に来てくれとか言われることもある
	訪C10-2	退院してから、家で生活をどうするかを考えるということもあったり、病院が困っているから知らせてくるということもある
	訪A7	病院が決まったからどうにかしてという場合の方が多く、病院に合わせる
	訪A9-1	認知症があって一人暮らしでストマがあって帰ってくる場合、やり方の指導がどこまで行っているのか、何回か入院先に行って一緒に見せてもらうとかも可能だろうし、材料も退院するとこちら側で調整しなくてはということもあるので、もう少し早く言ってくれたらなということもある
	NsB10	急に退院と言われてもすぐ決まらず、言われてからまた調整すると退院までが長くなる
	訪C10-1	がんの方も多く、本人が本当に帰りたいと言って、今しが帰れないから明日にでも帰りたい、もう受け入れ可能ですかと言われ、数日で受け入れている
	ケD20	病院の都合ということもあるが、家族や本人の希望で早く退院という場合もある
	訪B83	在院日数が短くなっているため病院側も介入が難しい
	ケD19	病院側の都合ではなく、患者さんの帰りたいという要望で、明日退院という場合もある
職種が多くなると、言うことが違ったり同じことを何度も言う	医O64-2	医者が中心になって在宅へのセッティングをすると、医者がMSWに話し、医者が訪問介護に窓口になって話し、医者が病棟のスタッフと話しとなると、色々な人から、同じことを何度も言われるかもしれない
	MC13	色々な職種がかかわることで、情報が変わってきているため、自分で取った方が早いと感じる
	MC14	情報をもとに関わると違和感を感じるため、自分のところらんに直接依頼が欲しいと言われる
	MC15、16-2	専門職が増えたことで、面倒くさいから直接ちょうだいよって居宅に言われた

	MC22	職種が多くなると情報を通すのが面倒くさいから直接伝えてほしい
	MC11-2	いろいろな職種がかかわることで、患者の家族や患者が、何度も同じことを話さなくてはいけない
	訪B70	連携のとれていない専門職が多くなると、違うことを言うため、誰の言うことを聞いていいのかわからない
	MC11-4	いろいろな職種が入ると、今後の方向性が統一できない
	MC11-1	いろいろな職種がいるために、情報の共有をしまれない
	MC15, 16-1	専門職が増えたことで、相談窓口が増え、それぞれがインタークアセメントをしている
話し方や態度が上から目線で感じる	訪A39	看護師は上から目線で話をするので怖い
	ケB26	昔は看護師が高いところにいる、話をするので、何を言っているのかわからない
	訪A18-2	病院の方たちは、上から目線なので、言いたいことが言えない
	MD175	上から目線なので言いたいことが言えない
	医C34, 35	上からこうだという医師はまだいる
	訪A19	上から目線である
	MD172	上から目線の物の言い方をされていた
	訪A36-7	医師の言うことを聞いてくれる看護師がいれば、できる看護師はいらないと言われた
	訪A36-5	うまく使える看護師がいれば、できる看護師はいらないと言われた
	訪O128-1	看護師は口出すなって言う医師もいて、「俺の言うことに従ってほしいんだ」と言われた
	MA56-2	看護師と先生にこちらからお伝えしても、何でワーカーごときに言われなきゃいけないのかが、病院側のスタッフなのに、何でケアマネ側に付くのかが、何で包括の肩を持つのかと言われる
	訪A36-3	医師に「あなたたちなんてね」という感じでぼろくそに言われた
	ケA19-1	医師は、ケアマネに「あなたなんかは何を言ってもわからないでしょ」と下に見ていた
	MA57	何で向こうの言うことを聞かなきゃいけないの、うちはこうだって言ってるじゃないという雰囲気
	ケA16-3	医師は、ケアマネに対して、「は？誰あんた」、「診察室から出て行って！」という雰囲気だった
話し方や態度が上から目線で威圧的	訪B31	退院調整で、時間の約束をしていても平気で待たされる
	訪B32-1	病院の看護師は、地域の人に来てくれるのが当たり前と思っている
	MD171	看護師は、医師に対する言葉と他職種に対する言葉、態度が違う
	MA78	病院での白衣は、緊張するし威圧感を与える
	MA82	態度がまた威圧感がある
	医C53, 54	つけんどんになってしまう態度が威圧感に感じている
	ケD38	医師がすごく威圧的で、「何もわかってないだろう、言うことを聞いてやればいいんだ」みたいに言われた
	訪A30	医師は威圧的である
	医C44	開業医は、もっとさいたるもので、一国一城の主だから、多分誰もたしなめる人がいないし、嫌なら辞めればいいとなるため威圧的な傾向がある
	MA83	患者・家族からも先生の態度と言いは何ですかって、話かきて、それで本来お話ししたかったこと以外のところの話を聞いて、気持ちを落ちさせることもある
	MD166	看護師の退院調整が遅れると、威圧的なひどい言葉を言われた
	ケD75, 77	違う意見を言って、その根拠はと強く言われると自分の考えがなかなか言えないので、自分は弱いと感じている
	訪A21	病院側の言葉の端はして威圧的に感じる
	訪A41-3	同じような職種の方が言いやすさ言いにくさ、威圧感がある
	ケB24-1	威圧的である
医C39-1	医師に対してプレッシャーがかかっている	
医C38-3	すごい知識もあるので、威圧されてしまうのかもしれない	
職種に合わせて訊く	訪O119	医師やケアマネと確認しあったり、話したりすることができていないのは、医師に今すぐそのことについて、相談する内容なのかどうなのかという判断が難しい
	医A39	医師に全部訊くのではなく、問題点のリストをカテゴリーで分けて、各職種が取り扱う問題を明確にしたうえで訊く

	ケE60-1	看護師には何を訊くか、医師には何を訊くかっていうのを分けて訊いたほうがうまくいく
	医O77, 78	医師に訊いてもわからないようなことは、最初から医師には訊いてこない
	ケE60-2	看護師には、気楽に話せるが、医師には気楽には訊けないので、数値や症状など具体的なことを訊く
相手に合わせた 言い方の工夫	MA116	今日は何とかさん、じゃあ違うとこに行こうとか、この人が、じゃあ、言ってもしょうがないから、こっちで全部勝手に決めて動いて、結果だけ伝えればいいかということはある
	MD120	リハの進ちよくやリハがこのケースどうなのかなっていうのをキャッチして、うまく連携取ろうとしている
	ケA37	医者が、上で(?)気分よく仕事をしてくれるんだったら、それでいいという感じで、自分がされて嫌なことは相手にしない
	MB109	気分を損ねると、うまく進むことが進まなくなるので、書類の頼み方も考えている
	MD39, 40, 41	割とオブラートに包んで、相手の出方を見るような感じ
	MB67-1	家族から相談があって、こういう部分が不安そうなので、介護指導を退院前に入れたほうがいいんじゃないですかねみたいにとソフトにしている
	MB115	患者に不利益にならないように、うまく話を持っていく
	ケA54-1	誰も傷つかない嘘をつくが、そこまで言うなら退院してからの評価をしてくれて思う
	ケA35	演技みたいで嫌ですが、バカのふりやちょっと頭が足りない人のふりをしてみたり、下に出て、相手を立てながら、言うべきことは最後にバツって言います
	ケA55-2	付けなきゃダメ、歩けないってなるのでと言われても、逃げて、そのとおりするケースは逆にもう少ない
機嫌を損ねない ように言葉を呑 み込んだり、引い たりしている	医B34-2	医師が看護やケアのことを知っているわけではないので、自分の分野のスキルを付け、提案できるようになる地域を作っていかなければいけないが、医者は偏屈なものもあるので、理論武装で行くと余計に機嫌が悪くなることもある
	MB113	医師は、機嫌を損ねてはいないけど、すごい機嫌悪そうにいつもしている
	MD21, 22	家でみれないとなってからソーシャルワーカーが入れば、そこから日にもちは延びるのに、退院が伸びているのは、ソーシャルワーカーの責任にされたので、気持ちの上では対立していた
	ケA42	呑み込むことも必要
	ケA41-2	臍に落ちないケースだったが、家族の終わりよければと自分で呑み込むようにした
	ケA57	言いたい奴には言わせとけて感じ
	訪B59	ケアマネとか介護の方たちは、医師に怒鳴られても言わなくてはいけないうという義務がないために、大きな被害はでない
	訪A55-1	トラブルを起こすことはない
	ケA63	他職種連携できるケアマネにならなくてはいけないと思うし、トラブルを起こすのはいけないと思う
	訪A55-3	あまり揉めないようにしている
仕事しやすい 雰囲気づくり や話し方を 工夫する	訪B49	病院の言うことは聞いておかないってと思っている
	ケA40	揉めでも迷惑をかけるし、解決できるわけではないと考える
	ケA41-1-2	訪問看護師がケアマネの役割をやற்றுまくいかず、かといって私がやると言っても、対立するだけなので引いていれらばと思うようにしている
	ケC91	お互いに相手の意見も尊重しつつ、自分の意見も伝えて交わっていく
	ケA36	世の中で「お」と「様」が両方つく唯一の職業なので、敬って逆にうまう行くのかなと思う
相手を敬いわか らうとする気持ち が必要	NsB56-2	プライドが高いドクターとかだと、勝手に進めてはいけないう意識もある
	ケA23	言い方や相手を敬いながらかわる
	訪B95-1	相手を尊敬しお互いの職種のことを考える
	ケB73	お互いのこと思い、尊敬することが大切
	ケB39-3	お互いの職種を尊敬しあい、相手をよく知る
	ケA24-3	そこに立ち返ってあげていれば、そんなに軋みたくないのかもしれない
	ケD83	連携はお互いのことをわかろうとする気持ちがないと、お互いにきつときつい言葉になったりとかするのかなと思う
	ケA48	相手を知ろうとする気持ちが思いやりにつながる
	ケD84	この人のためっていう気持ちはみんなが持つるので、その人を知ろうとする気持が必要

	ケD85	私たちのことも知ろうとし、何でこの人がこう言ってるんだろうと、自分の中で考えてから言ってもらえるとありがたい
話がしやすい雰囲気や話し方を工夫している	訪A55-2	お願いすることも多いのでスムーズにいくために、印象を良くしておき親しくしておく
	訪C66-2	フォローを入れるとか、なるべく感じよい態度をとるようにしている
	訪C66-1	なるべく突然行かないようにし、事前にお電話掛けて、この人のことでちょっとお話し、ちょっとだけお時間をもって言ってから行き、対応してもらっている
	訪C67	相談しやすい雰囲気づくりを心掛けている
	ケB59	皆で共有したり、お互いに言える環境づくりをしたりと、気持ちよく仕事ができるような雰囲気づくりができるとよい
	MA46-1	たまたま会った時や会合などで挨拶をして話しかけていくと、利用者の近況や今の状態を教えてくれる
	MD111-1	個々のケースや何かの会合があった時にもアピールして伝えておく
	訪A70-1	会議が苦手なヘルパーもケアマネもいるが、言えなくなってしまうときには、状況を話してもらい、じゃあこうしようかと言いつつ話しやすくなる
	NsA33	初めての人には、話ができるような雰囲気や相手の話を聞くという姿勢をとり、場所もカウンターで立ち話ではなく、相手に合わせて変えている
	MB110	医師の機嫌のいい時間帯を狙ったり、頼み方、言い方を使い分けている
	訪C119-5	この先生こんなふうにしたらいい感じ、あの先生はこういうふうに進めていけばいいんだのように行っている
	MA31	AということをはっきりAと言う場合や相手によってBというものに外側をコーティングしたり、中にAというものを仕込ませたり、Aダッシュにしてみたりとかしている
	MA27-1	一方的に言われて、これを覆すのが難しく、真真正面からいっても駄目だったら、上からいって見て、駄目だと片側で斜めとか、場合によってはカーブボール投げてみる
	医A20-3	だましまし持ち上げたり、時には厳しくしたりとかしながら工夫している
	訪C128-2	いろんな相手に、変えながらやっていくしかないで、その変え方の手法はみんなの経験を聞いたり、失敗から学びながらやっている
	ケB36	看護師に使う言葉と医者を使う言葉は違う
	言いたいことがあっても、言えない言わない	NsD36
訪A33-3		医者には言いにくい
医B23-2		医師には、なかなか言いきれない
NsA60		医師はネットで話しやすい
訪A29-2		他のスタッフは医師とは話しにくそう
訪A76		病院の先生にはなおさら言えない
訪A32-1		医者という肩書が言いにくいと感じている
ケB33		看護師には、義務があるので言えるが、医師にはすぐ言えないことがたくさんある
ケE45		看護師にどんなことを聞いたらいいかとかいうのが、だんだんわかってきたので話せばいいが、医師には話しやすい
ケE46-1		医師には、聞きづらいので、なるべく間に看護師に入ってもらっている
訪C122-1		医師に限らず、ケアマネもそうだし、医師に対しては大いに言いにくく、看護師側が気を遣いすぎるし、ケアマネは、訪問看護師に気を遣いすぎる
医A18-2		相手から話しにくいと思われる可能性はある
MB142		コメディカルの中でも、看護師は言いにくく、病院では一番看護師たちが強いと思う
訪C40-2		看護師に気軽に、あの人はこうなんですとかなど言えない
MA33		ナースに対しても言いにくさはある
MA34		薬剤師、PTとか、いろんなコメディカルでも言いにくさはある
MA30		MSWから他職種へ言いにくいことはある
訪A17	病院に対してちょっと言いにくい	
ケB30-1	職種によって言えるかどうか違う	
ケC122, 124, 125	病院の組織の中では言いにくい	
MA37	言いにくさは、個人差も大きい	
NsA61	しゃべりづらいとか、何か聞きづらいとか思うと行けない	
NsA63	その人の性格や特性もあると思うが、それはしょうがないが、それでも、聞けなまきいけなときはある	

病院に意見や違 うとは言わない	訪A16	病院側に退院の連絡を早く言ってくれればなど、あんまり言わない
	ケA26	病院にお叱りするという事はない
	訪A53-2	病院の先生には言わず、在宅の先生でいいや、どうしましょかねと話し調整している
	訪A53-1	病院側にいつも違いますよねとは言わない
	医B45	各職種がアセスメントした意見に対して、違うといえないことがもやもや感につながっている
	訪B52	医療系じゃないケアマネは、医療的な知識がないため、医療系から言われたらそういうものなんだと思ってしまう、違うと思っても病院側には言いにくい
	MB65	看護師さん、もう少し退院のことをイメージして、もっとこういうことを事前にやってたほうがいいんじゃないですかとかとは言いつらい
	MB99	ゴールが見えないケースのときに、どういう方針かはっきり打ち出してほしいと思っても言いにくい
	訪A20-3	揃えているからそこまで待っていてねとは言えるが、そうじゃないところは難しく言えない
	MA32	医師が露骨にいやな顔をするとか、何言っただよとかそういう反応があると言いにくい
	MA71	雰囲気だったり態度だったり、出だしのしゃべるときの口調だったりとかで話しにくい
	ケD50	声のトーンで話しにくさを感じる
	雰囲気や威圧的 態度のため言え ない	MD178
MA72, 73		医師に明らかにもうもう面倒くさいっていう雰囲気や顔出してになると、ケアマネはしゃべりにくくなる
訪C56		ちょっと何なのといった表情やもう置いといてくださいのような感じだと、こういうことも言いたいんだけどが言えないため、メモ書きして帰るとか、話やすそうな人を見つけて話をしている
MB114		雰囲気というものもある
MB149, 150		担当じゃないからわからないと言われると、誰に何を言っているかわからない
訪C119-3		相手のことはもちろん考えなくてはいけませんが、とにかく報告して指示を仰がなくてはいけぬ
訪C55		いろいろ話しかけたときに、向こうがどうしたってというような聞く姿勢だったり、表情も、聞くよっていう表情だったら、いま話していいかなと思う
MB118		在宅の人の指示書を書く時間はいつだろう、この日はたぶん書けなさそうだから、この日に持っていこうとかか考えると言えない
MB63		看護師は常に忙しそうなので、いつ聞いたらいいのかも考えてしまう
MB90		忙しそうなので看護師も人によって言いにくい、また話をしても、看護師同士で伝わっていない
ケD34-2-1		看護師によっては、忙しいとかそういうことで話しにくい
MB116		頼んでいる書類ができてこず、催促したくても、指んたり、本の小さい事でも気を使っている
NsA89		自分たちはこの時間は忙しいし、私たちも忙しいのでどの時間帯だったらいいのといった話し合いをしていくとコミュニケーションができていく
ケD35		忙しい中で話をしてくださるので聞きにく、また全員がケアマネジャーに対してウエルカムの感じではない、連携と言いながらも、病棟で立ち話程度で応じてくれるが、そのときは話しにくい
ケD34-2-2		師長が出て来られると、ちょっとウーってなったりとか、忙しい中で聞けないうちが悪いところを開けないうち、自分のスキルのなさを感じる
MB64		同じ職場であっても、今忙しそうだから、今誰もいないとかがあるので、今は看護師同士の申し送りの時間に、顔出してそこで情報を拾うようにしている
NsA93, 95		忙しいから、構ってられないと、つんけん態度を取られると話づらい
NsA101	目を合わせて、笑顔で話すのよっていても、忙しいとあんまりできてない可能性がある	
NsA98	笑顔で話すことが、忙しいとなくなってくる	
NsA90	忙しいときに声掛けるから話をしようとしてもできない	
訪B45	病院の看護師に、入れなきゃだめよと強く言われたので言えなかった	
MB146	看護師は威圧感じゃないですけど話づらいが、一番頼りになるのは、看護師・師長と思っている	
ケD68, 69	どうしてそういうふうになったのとか、そういう聞き方で言われると、その看護師は、ちょっと苦手だなと思えますます言いつらい	

	訪A69-2	話し合いの時に医師がガーと言われると何も言えない
	訪A70-2	病院に行くと、知らない人ばかりいて、ガーって言われると、何も言えなくなってしま
	ケD81, 82	強い人の意見や口調で言われるとそちらに引っ張られ、話せる雰囲気もなく、ぎくしゃくする
	MD169	ものの言い方で抑圧され言いたいことが言えない
	MD177	こうしたほうがいいんじゃないかとかの視点はあがるが、発信しない
	MD181	すごく発信したいが、相手の出方が強いので、かなり様子を伺っている
	MD45-2	強い意見の職種がいると、それに押される感じがある
	ケD79	チームのコアになるのはケアマネが多いが、そこに強い人がいると、そっちに引っ張られてしまい連携がうまくいかない
	訪A25-1	「だって、あそこは看護師、いつも怒るんだもん」って言っていて、怒っているから家族は何も言えない
	訪B18-1	「何かあったらきていいよ」って言いながら、実際に行くと「なんでこんなんで来たんだ」みたいに言われる
	訪B74	受持ち看護師がいなくてわからないと言われる
	MB58-3	聞くことが何かすらわからない本人や家族もいるので、帰ってからいろいろあり、サービスを入れたりすることもある
	NsA41	説明をして、わかったのかわからないかまでは分からないが、取りあえず、そうですねって帰る
	ケB48	過去に嫌なことがあって、トラウマになって言えない
	ケD40	本当にトラウマになっているのでお医者さまって感じなのでお医者さんの言うことを、はいて聞く
	MA18-1	嫌な思いをしたくない、怖い思いをしたくないっていうのが一番あった
	訪B60	自分を守るために医師には言えない
	ケB49-1	相手の反応が気になって言えない
	ケB47	言っちゃえていう気持ちの切り替えが出来ず、言うともた何か言われちゃうって思うと構えてしまう
	MD180	こういうことを言ったら、上からおかしいって言われるのを気にして、言いたいことが言えないっていう風土がある
	ケB52-1	看護師の私が医師にこんなことを言ったら、とんちんかんことを言っていると思われるかしらと思うと言えない
	訪B52	医療系じゃないケアマネは、医療的な知識がないため、医療系から言われたらそういうものなんだと思ってしまい、違うと思って病院側には言いにくい
	ケB31	医師にこんなことを言ったら失礼なのかなって思う
	MB97	医師にこんなことを言ったら怒るかしらって思うと言えない
相手の反応や何かを言われ、傷つきたくないの 言えない	MB95	忙しいオーラが出ていて、病院のペースに合わせているので、先生の時間を割いてみたい感じがなり、家族も言いにくかったり訊きにくかったり、こんなことを言ったら怒らしたらとかがあがるかもしれない
	MA36	専門職になればなるほど言いにくい
	ケE44	事前に医師に訊くことはあまりなく、一緒に訪問したときに訊いている
	MB156	先生は、家族に話したいたから、後はよろしくといった感じなので、こちらも必要なとき以外はあまり伺わない
	MB100	他から相談があった場合には医師に言えるが、そうでないときにはどうなのかなと思っていても聞きにくい
	NsA73, 74	医師同士でも聞きにくいや面倒くさいと感じている
	ケD65, 56	看護師が専門用語で話すと身構えてしまい、いろいろ訊けない
	ケD64	専門情報をいっぱい言われてしまうと身構えてしまう
	訪A45	伝えたり、訊いたりができにくい
	ケD58	もう知っているでしょうといった感じで言われると、訊くことができない
	ケD60	訊いてもいいものかと思うと訊けない
	ケD61, 62	こんなこと訊いたら恥ずかしいのかなと思うと訊けない
	ケD49	医師に苦手意識があるので訊きたくても訊けない
	ケD41	気楽に応じてくださる先生もいらっしゃるんで、すべてに苦手意識をもつ必要はないと思うが、やはり人の中で働く医者はまた別です
	ケD34-1	自分が福祉職っていうこともあり、またコミュニケーションの苦手意識もあるため、医師には訊きづらい

		MD46, 49	その場では言い方はマイルドだが、押された側のナー スは終わってから文句を言っている
		MD46-1	集団になると、いい子になったり、少し抽象的になったりするためモヤモヤ感がある
		MA20	知らないから言いにくい
		NsC41	職種が違うからなのか、この人が誰だかわかんないせいなのかは、わかんないなが、ヘルパーも看護師に相談はできない
		ケA34-2	顔の知らない同士だと、自分の一言が相手を傷つけていないだろうか、その領域を侵さないだろうか、その相手を思って、人の顔色を窺っている
		ケA33	相手を知らないの、言葉を使うのには迷うのと難しさを感じる
	どう接してよいか わからないため 話しにくい	医B61	初対面では当然緊張するし、何回か会っているうちに、打ち解けていくので、一般的なことから言うと回数だとか、時間だとかは必要
		NsC35	他部門の人との連携は、取りにくい
		医B62	医師と接する機会がケアスタッフだとかは少ないでしょうから、そこがやっぱりバリアになっている
		MA74	医師が初対面の方だと、性格やキャラクターがわからないため、どう接して良いのかわからず患者や家族もすぐ困ると思う
		医B58	話しにくいというのは、慣れて言うのが、分かっているわかっていないというのが、一番多いのかもしれない
		ケB72	顔が見える関係でないからうまくいかない
		訪B10-2	福祉系の方は考えがまとまらないまま話す方が多いので、訪問に行かないといけなかったり、緊急が入っていたりする時に、とりとめもなく話されると困ってしまう
		訪B11-1	福祉系の方は、短時間でポイントで話をしたいが、要点がまとまってなくて、何のために連絡してきたのが良くつかめない時がある
		訪B10-1	医療系の方は初めに結論から話し、考えたことがまとまっていて、簡潔に話してくれるが、福祉系の方は、考えがまとまらないまま話す方が多いので、最後に何を言いたいかわからないことがある
		訪B13	福祉系の方は、だたら話さず、何点だけいいですか？とか、何分くらいいいですか？とか初めに聞いてくれるとこちらも落ち着いて聞けるがそうじゃない
	相手に伝わるように話さない	ケA13	介護職は結果にたどりつくまでだたらと経過を話すが医療系は、こうですというところから必要なところを下してくれる
		医A38-1	看護師は結論から言う、介護職の人は経過から言う
		訪B14	訪問看護師は、緊急であれば電話で先生に伝えるし、ちょっと待てると思ったらFAXに切り替えて、もっと待てる場合には報告書とか緊急度に合わせて対応をとるようにしているが、福祉系の方はそれができていない
		訪B15	緊急事態で大事なことだったら、どんな時でも時間を割くが、緊急でないことを、一番忙しい時間に、だたら言われると「ちょっと待ってください」となってしまう
		訪B11-2-1	先々のリスクを考え、緊急なのか、準緊急なのか、この事案はゆっくりでもいいのかというの、医療系の中ではすぐあるが、介護の人にそれを伝えるのが難しい
		医A36	説明の仕方は、それは専門性でもって着眼点が違う
		ケA17	医師たちに何が言っても聞いてくれない時代もあった
		ケA18	先生たちは、全然話を聞いてくれない
	人の話を受け入れ なかったり、話を 聞かない	MA24-2	医師は、病院で今こういうケアや医療行為ができているので家でやれる、看護師は、でもこういう事情があって、こうなんですよっていうのを、何度も何度もお伝えをし根気強く理解していただくように話している
		ケD67	看護師が思っているサービスと違うところを、提案したときに、それはどうしたの、どう考えてると、ドンドン理詰めで来られると、引いてしまうので、もうちょっと話をじっくり聞いてほしい
		医B25-1	すぐ出られない人もいっぱいいるので、そこに電話をしても、診療中に、「はいはい」と出るわけにはいかない
	人の話を聞 かない	MD92	あのケアマネは、冷たいみたいな、レッテルを張ってしまって、ケアマネが懸念してることや考えていることがいい形で引き出せなかった
		MB41-2	本人や家族のほうの意見によっていて、こちらの言葉をなかなか受け入れてもらえないので、ケアマネじゃとのコミュニケーションも難しい
	聞く・伝 わらない	訪A59	理学療法士・作業療法士のサマリーは生活の視点で記載してくれているので使いやすい
		訪A58-5	理学療法士・作業療法士のサマリーのほうがためになり助かる
	専門用語や 情報不足で 伝わって いない	訪A58-4	理学療法士のサマリーが入っている場合、在宅に帰ってきてから参考にし、継続して支援ができる

	訪A60	理学療法士・作業療法士のサマリーは、活動面が記載されているので使いやすい
	NsC28-1	医師のサマリーのほうがわかりやすい
	MB73	在宅でのサマリーは、生活に特化したものが多い
	訪C38、39-1	看護師のサマリーの中に書かれた情報であればわかる
	MB87	サマリーは、カルテに保管されていれば見れるため、在宅が知りたがっている情報を吸い上げている
	MB71	訪問看護からのサマリーは細かく記載されているが、うまく活用されていない
	MB74	看護師のサマリーは、治療がメインのためあまりみない
	MB75	看護師が書くサマリーの、医療情報治療はあまり見えていない
	MB79	看護師の書くサマリーは、役に立たない
	訪A49-1	看護師の書くサマリーは、どうでもいいようなことが多く、必要な情報がないので電話で聞くことが多い
	医B20	サマリーに書いてくれない所は情報がつながっていない。
	MB80-2	看護師のサマリーは形式が決まって、チェックをし、入院してた経過を書いているだけ
	NsC24、25	サマリーは、自動的に出てきてしまっている
	NsC28-2	看護師のサマリーは、さっぱりわからない
	MB84	サマリーが役に立っていないとは看護師には言えない
	NsC27	必要な情報が、行う手段にもなっていない、サマリーも読みづらい
	訪C31-1	病院からのサマリーの内容が具体的に書かれていないので、家族にどこまでですかって聞きながらやってはいる
	訪A50	情報が正しく伝わってこない
	訪A51	サマリーに書かれている薬と退院処方が違う
	訪A54	サマリーに書いている内容と実際の患者が全然違うがもういいやと思っている
	訪A52-2	医師と看護師の連携がうまくいっていないので、サマリーに書いた内容と実際が違うのかもしれない
	訪A52-1	看護師はサマリーの内容と実際が違うことが大変という認識がない
	医B19	きちんと書かないといけいないという認識の医師とそこまでは書けないという認識の医師に温度差がある
	MB62	看護師も、どういう情報が必要かわからないから、きちんと情報はこないの、こちらから確認している
	NsC26	サマリーは、意味のないことに時間を費やしていると感じている
	NsC32	読まれていないサマリーに努力を費やすのはどうかと思う
	MB69	在宅から病院へサマリーをもらうが、あんまり読まれていない
	MB85-6	病院からのサマリーは、MSWは見ないまま、在宅に送られる
	MA52	病院の計画が自宅でどうだったのかを伝えることはないが、なるべく退院をした病棟や看護師と会う機会があれば、この間退院した患者さん、今こんな感じで生活しているって連絡ありましたよとか、こういうふうには訪看さんから、できているって言ってますよって返している
	訪C32	看護師はそれを受けて、ちょっと足りなかったのかとか、これやったことよかったんだねって思ってもらえるのかと思いつながらやっている
	MD93-2	情報がかみ合わない場合に、容観的な評価の必要
計画の評価をしていないので、いつまでも変わらない	訪B36-3	病棟の看護師が頑張ってくれた退院調整が、実際書いてどうだったのかの情報交換のしづらさや、病棟も次々に新しい人が入ってくるので、振り返っている暇もないのかなと思う
	ケA54-2	そこまで言うなら、退院して、これが本当に必要だという評価までしてほしい
	訪B38	ベストだと思って出しているのだと思うので、いつまでも変わらない
	MA49-2	ケアプランの評価をフィードバックまでは行っていない
	MA56-1	やったことの評価はするが、実際に帰ったあと本当に進めたことがよかったかという評価はしないため、決まったプランになる
	医B41	病院側が退院にあたっての指示が退院後良かったのかどうかの評価ができない
	訪B37	看護師の計画が良かったかどうかわかっていない
	MA55	退院までのイメージで、退院指導の中で、その評価はしない
	訪B42-2	病院がサービスを組んだ理由を話してくればわかるが話してくれない
	訪B87	なんでという理由がわからないので返しにくい

	訪B42-3	結果だけ伝わってきて、なぜそうしたのかっていうところが伝わってこない時もある
	訪B86	時間がないときには説明が不十分
	ケE43	医師と話すのは、「病状がこうです」くらい
	訪A10-5	医療系でないケアマネには、具体的に説明をしないとわかってもらえない
	訪A10-1	ADLがこれだけだから、ヘルパーが補わなくてはいけぬや、お薬の管理は誰がするのか、看護師がお薬をセットしても、服薬の確認は誰がするのかと具体的に言わないとケアマネには伝わらない
	訪A12	価値観・生活歴、ヘルパー、ケアマネの、今までの生活歴、体験歴で物を言ってくるため、最初にルールを決めて、細かく言わないとわかってもらえない
同じ言葉でも聞き手の価値観や経験によって正しく伝わっていない	訪A79	同じ言葉でも価値観や経験で内容が違う認識だった
	MB42	言っていることが伝わらない
	ケC128	育った環境が違うと伝わらない
	ケC127	事業所だったら、ケアマネジャーはもっとと言えるが、病院だと育ってきた環境が違うので、共通言語が違い伝わらない
	医B40	ケアマネの技量によって在宅の快適さや在宅に居られる長さが違ってくる
	訪C89	ケアマネは、特に在宅の中の生活を支えるところで、コアな人で、この人たちの調整の能力、いろんな職種に連絡し合いながら、連携する力はすごく大切で、このケアマネがうまい方だと、うまくいってる感じはすごくする
	MB81、82	医療系のケアマネとそうでないケアマネでは見解も違う
	訪B51-2	医療系じゃないケアマネは、病院側に返せないし、病院から何が言われたら、それじゃないといけぬと思っている
	NsA37	ケースワーカーが知識的に医療に不慣れな場合、病状等の理解が難しい
	訪A80	病院の看護師は、略語、横文字を多く使うのでわからない
話す内容や、略語・専門用語で話すので伝わっていない	訪A81	略語が多い
	MC30	簡単な用語でDMくらいは通じるが、サチュレーションとか当たり前の言葉でもボンと言われるとわからない
	MA84	医者もわかりやすい言葉で話せて言いながら難しい言葉を使っている
	MA68	言葉自体がケアマネたちには難しい
	訪B12-1	話す内容も言葉も伝わりにくい
	訪C73-2	誰もがわかる言葉で表現していかないと相手に伝わらない
	訪A78	専門用語は使わず誰もがわかる言葉、話し方に変えるよう心掛けている
	医C32	平易な言葉でわかりやすく説明するようには心がけている
	ケB25-3	看護師が、ケアマネのレベルに合わせてくれている
	ケB24-2	看護師が専門用語で話されるとよくケアマネも訪問介護員もわからない
	MC28-2	ケアマネジャーや福祉畑の人たちには医療用語が通じない
	MA67	専門用語とか一番なんかわかりにくい
	ケB24-3	医師に専門用語で話されると何を言っているかわからない
	MA66-2	専門用語を勉強しようとしているが、やはり日進月歩で変わり、言葉で聞いても、実際を見ないとイメージできない
	ケA24-1	医療用語は、よく出てくる言葉以外はわからない
	MA66-1	専門用語を普通に使っているの、なんで相手がわからないの、理解してもらえないのって思うことがある
	訪C73-1	相手も当然知っているだろうと思いつつ話をしているので、相手には伝わっていない
	訪A9-2	医療系のケアマネとだとツーカーで話せるが、医療系でないケアマネだと話が通じにくいことがある
	ケD57	高齢者に多い、一般的な病気であればまだわかるが、そうでない病気のことを医師に言われてもよくわからない
	NsA38	ケアマネの中にも、ナースを持つケアマネもいるし、そうじゃない人もいるので、疾患的なところになると、伝わりにくい
NsA39	疾患に関係ない分野の人は、疾患の理解がちょっと問題なところがあった	

	MB49	MSWから家族に話がいったとき、きちんと伝わっているかどうかが不安
	MC28-1	対患者・家族に対して、同じことを繰り返したり、ベラベラとしゃべっていると、後からよくよく聞くとわかっていないことがある
	医C25, 26	家族とお話するときに、話が通じる、通じないって感じることは、めっちゃめっちゃある
	医C33	話し方がうまい医者とうなっちゃう人とかいると思うので、説明には、テクニックの問題もあると思うが、やっぱり家族もいろんな方もいる
	医C31	患者や家族には、いろんなタイプの方がいるが、聞こうとしなくても、時間がたつとわかってくれる方もいる
	MB59-2	家族は、「わかりました。はい」って言うてしまうが、相談室にいくと、え？ そんなケアがあるんですか、家でそんなことできるんですか、オムツとかも替えたことないですけど、家族が替えるんですかなどわかっていないことが多く、本人の状態やこういうケアを今していますと再度説明をしている
伝わっていると思っても、伝わっていない	医A7-2	地域での思いや方法などが病院に勤務する職種には伝わらない
	医A7-1	主に末期の医療を受けている患者の声で、急性期病院とか大学病院とか、専門性の高い病院には届きにくい
	訪A47-1	時間差があっとうまく伝わらない
	訪C96	異常に気付いて、報告しても、そこから先がうまく伝わっていない
	訪D122-2	個々のヘルパーの意見は吸い上げられにくいから、責任者のほうに意見が吸い上がるが、そこをどういうふうにケアマネが受け止めて、訪問看護師に伝えてくれているのかわからない
	医C67.69	複数の看護師から同じことを言われたりすることは、ものすごくあって、ナース同士の連携が取れていないということは多少はあると思う
	訪C38, 39-2	看護師同士でも、情報の伝達はない
	医B24-2	同じ内容のことをいろいろなところから尋ねられ、さっき聞いたよ、またその話がよ、指示出しているよっていうことも多く、そのやり取りをしたことが伝わっていない
	MC25	もっと連携をしっかりとっていかなくちゃいけないところのほうで、難しくなっている
伝わらない・伝わっていない	ケC44, 45	患者、利用者を中心に考えるという軸を外さなければ、いろんな意見があろうとも、思いは伝わると思っている
	MB60-1	退院後の指導内容についても継続できている
	訪B36-2	病院側から、ここまでやったという経過を述べていただければ、あとは訪問看護師で調整できる
伝えていかないと伝わらない	MD125	うむやという感じだったが、そこをきちんと伝える
	ケB26-2	コミュニケーションをとるためには、発言力がなくてはいけない、提案力がなければいけない
	ケC89	職種の役割が重なり合う場合、きちんと伝えていかないとわからない
	訪C42	うーんってというような雰囲気はある、ちゃんとサマリーを作って、ただ渡すんじゃなく、ちゃんと対峙して話をして、伝えたいことを伝えていかなくちゃいけないし、この人は絶対退院前カンファを、やらせてくださいって言うていかなくちゃいけないと指導が入る
	訪B25	退院調整の時点で、何処に連絡をしていいのが、誰が対応してくれるのかを決めておかないと話が通りにくい
	訪B26	話が通らない病院もある
	訪B21	大きな病院であればあるほど医師につなげてくれない
	訪B23	外来の看護師は、ストレートに医師につなげない、外来の看護師は今までの経過がわかっていないので、訪問看護師が無理なことを言っていると感じている
	訪B20-2	大きい病院の医師とはストレートに話す機会がすごく少なく、外部との連絡をどう取るかも、病院別というより、医師により見解が違う
話が通りにくい	訪B72	昔は窓口がなかったもので、つないでもらえない
	訪B22-1	外来の看護師は、本当にいろんな方がいて個々に対処が違うので、それで上手く繋いでもらえない
	NsA48	医師から情報が入ってこない
	NsB7, 8	退院にむけて、もうちょっとやりたい、きちんとしたいってためのなのか医師は情報をくれない

			訪A33-1 医師が顔ごなしに怒る
			訪A36-1 医師が顔ごなしに怒った
			MB112 医師に過去に怒られた
	医師から怒鳴られたり、怒られたりした		ケB34-2 医者は、自分が出した策にはプライドがあるため、ヘルパーから言われると怒ってしまう
			訪A75-4 なんでも怒られたか、何が気に入らなかったのかなと思うと、医師にうまく話ができない
			訪B18-2 昔は、病院の医師と話し合いになった時に、看護師が何を言うんだと怒鳴られた
			NsA59 医師に怒鳴られたことはある
怒られたり怒鳴られる			医B24-1 医師が怒るのは、忙しいのに、そんなのわかるだろうという事を何回も訊いてくるからかもしれない
			医C80 医者じゃなくてもできるようなことも医者が訊かれたりするので、さらに忙しくなって、さらにイライラするのもかもしれない
			医C82 何回電話がかかってくるけども、常にこやかにかかっているのも、精神力が問われるっていう感じもする
	忙しいのに、複雑なことや医師でなくてもいいことを訊かれるために怒る		医A32 医師は、実際はいろんなことが複雑すぎて、処理できないんじゃないか、医学のことを純粋に訊いたら、喜んで答えるのに、複雑な問題を訊き、それが答えられなくてもどかしさで怒るんじゃないか
			医A34 医者にすべて責任問題をあつけないという人もいて、「先生がいいって言いました」の一言を書いて、責任を逃れたいというのが透けて見え、怒っちゃうとかはあるかもしれない
			医A35-2 ヒエラルキーを逆利用して、そういう時ばかり訊きやがってみたいところで、医者がいらつくかもしれない
			NsB11 優しい先生が多いので、うるさいんだよって言われたことはない
			NsB62 いやなことをされたという感じはない
			訪A57-1 顔の見える関係は大切なので、病院側の人たちが来るような会議は行っている
			ケB6 退院カンファレンスには必ず行く
			NsA22 ケアマネの方たちに、病院に来ていただいて、多職種カンファで、きちんと顔を合わせている
			NsA25, 26 顔を合わせてやるミーティング、カンファレンスは、直接伝えることができるのですごく重要
			NsA51 退院カンファレンスでは医師も同席するので、他職種の人たちが直に聞けるので大切
			MB47-3 一回一同集まって、時間的なものが許せば退院前カンファレンスができれば一番、調整とか時間はかかるが、実際にはやったほうが、スムーズな退院につながるが多い
			NsA27 カンファレンスが必要な人を見極めることが大切
			MD55 OFをやったほうが、そこである程度方針が共有できるので、そのあと何かっていうことはない
			医C87-2 全てカンファレンスをするには時間がかかって大変だが、記録に残したり直接話したりするのは大事
相談・情報の共有	話しあいや相談・調整	退院カンファレンスに参加し、話している	訪C12 電話を受けたときに、ある程度大まかな情報をいただき、退院前カンファをすることが多い
			訪C17, 18 退院の前までには、例えば、何か管が入ってたりする方だったら、退院前かその日か、交換して新しい物に替えて、必ず帰してもらうように細かに話している
			医A4 複雑な病気があったり、がん患者で認知症の場合には、医師と直接やり取りしたとか、退院前のカンファレンスで在宅の先生に来てもらうケースもある
			NsA22 ケアマネの方たちに、病院に来ていただいて、多職種カンファで、きちんと顔を合わせている
			医B46-1-1 在宅に帰すにあたっては、ケアマネとは退院調整会議はやらないといけないし、推奨されているので、在宅をお願いする先生たちや訪問看護師に来ていただく場合もある
			訪C25, 26, 27-1 退院カンファレンスができないときには、在宅で、在宅の職種間集まって話し合いをしている
			訪C25, 26, 27-2 退院後、医師の初診日に合わせて集まって話し合いをする
			ケE33 在宅前の情報交換の機会は必ずもつようにしていて、病院からお話がなかったとしても、私たちのほうから、情報収集にうかがいたいと病棟をお願いをして、看護師と話をしている
			訪C11 退院にあたって、誰が何をやるかが決まっていなかった場合に、こちらから必要なことを提案している

	ケE25	行政の影響もあって、退院前には在宅の方と意見交換ができるようになってきた
	ケE26	回復期の場合は、前からそういう段取りをきちんとしている
	訪B24	病院みたいに何かあたときに対応するのは難しいので、退院調整の時から、常にこうなったらこうしようとり決めをする
	訪B33	病棟のほうは、時間が取れるだけの余裕がない
	訪B32-2	連携室は地域の都合を聞いてくれるが、看護師は、時間が取れるだけの余裕がない
	訪B67-1	話し合う時間とかがなくて話し合いができない
	ケD31	時間がないっていうので、十分話し合いができない
	訪B35	高齢者が多くて、入院期間も短いので、現場が忙しいと思う
	MB34-2	看護師も必要に応じて話し合いに入ってもらうが、業務でいろいろ重なるとなかなか難しい
	ケD24	退院が今日の明日となると、十分な会議ができなくて、行ったときに病棟の看護師に聞いている、最低限のことしかできない
	ケD26	MSWが、在宅がわかってない場合には、もう少し話し合いの時間がほしい
	ケA30	行政がやらなくてはいけない会議なので、参加者も同じで、内容もほぼ同じで効果的な会議になっていない
	訪A44-3	話し合う機会があっても、実際に動いている人が来ないので伝わっていない
	訪A46-1	常に活動しているヘルパーではなく、責任者として伝えなくてはいけないのでうまく伝わらない
十分に話し合い ができない	ケA32-2	会議には、最後までめてくれる人もいるが、何にも言わないで、何のために出ているのかなという人もいる
	訪Q44	前の打ち合わせや会議、カンファレンスのはあまりしていない
	訪Q42, 23, 24-2	退院前に病院に集まることはほとんどない
	訪Q37	病院によってカンファレンスをしている病院とそうではない病院との温度差がある
	NsA76	医師は治療とかは優先順位の中に入っているが、退院調整まで考えていない
	医B46-1-2	ケアマネと、うちの看護師と医師と、これはどうしようっていうのを話し合う機会はあるが、それを全例できないし、そういう場を調整するっていう規則で縛っちゃうのも良いかもしれないが、その風潮を地域の中で作っていくのは難しい
	MB36, 37	退院調整の依頼は、何か問題が出てくると、医師から連絡がきて、「環境面で、難しいかなので、相談に乗ってあげて」と依頼が下りてくるので、医師も含む全体で話し合いは難しい
	MA49-1	ケアマネと連携したことがケアプランに反映されていない
	訪A72	病院と自宅では患者の状態も違うため、会議では、相談はしない
	訪Q45	家族力もない人、がんの人で整えるのに大変そうな人とかは、一応、退院前に話し合いをするが、内容は話し合いとまではなっていない
	NsA40	その人が家に帰るに当たっての、これだけは大切とかを伝えるだけで、疾患から話すことはない
	ケA8	すぐ言われてすぐ行けていれば何とかなるが、こちらもすぐにはなかなか行けない状況
お互いに相談し 合える	MA106-1	困ったときに、他職種間で相談を話し合う
	訪Q103	困っていることを、職種間で話し合ってやってく
	NsQ40	良い連携は、相談ができる
	訪B54-1	医療系じゃないケアマネでも、分からないと思った時に気軽に聞ける医療職が傍にいてるかで違う
	MB137	薬剤師や他職種とも相談している
	訪C106-1	在宅の薬剤師は、こまめに連携を取ってくれるので、薬の相談や管理の方法のアドバイスも受けたりする
	訪A40-2	訪問薬剤師と訪問看護師は、お互いに聞いたり、相談し合っている
	MB148	何でも相談するのは師長で、師長に言っておけば大丈夫みたいな安心がある
	NsB46-2	自分1人で抱えられなかったりする場合に、ワークに相談し、情報の共有をしている
	医Q86	どうしても解決しなかった時には、職種間で集まり話し合いをする
	NsB21	病棟看護師に一方向的に言われても、今は話し合うようにしている
	訪C103	ケアマネも抱え過ぎて、いるので、どういうことに困っていて、どういふふうに訪問看護師がしたらいいかを、個別に話し合っていく

	MA18-3	こういこうと困っている、こういこうとこうなんですと一緒やあって、自分が混乱していたものが、何となく形になってくるような感じに話を聞いてくれるようになった
	ケD27	調整の段階で、相談ができればいいなって思うことがあるが難しい
	MA108	職種間で当てはまらない役割があるのに、お互いに相談ができない
	訪C88	困ったとき、相談してもすぐに反応がこない
	訪B51-1	家族の思いを病院側にも伝えたが、その後病院からは何の返事もなかった
	NsB18	プライマリーと一緒に退院支援についての話をする時間がないことで、それぞれで進めている
	MD192	ソーシャル・ワーカーとして「困ったらご相談ください」という内容を掲示したいと相談したら、一番患者さんに寄り添っている看護師を飛び越えてソーシャル・ワーカーに相談がいくんじゃないか」と言われた
	MD194	看護師は今まで自分たちがやっていたという自負があるため、こうしてみたいんじゃないかって言っても、自分たちが、こうやってきたからっていうのがある
	MD197-1	看護師は、～すべきという考え方が強いので変えられない
	MD124	専門職になればなるほど、自分が正しいと思っている
	MA20	自分たちはこうだからと、患者へそれぞれの考え、スタンス、役割だけを伝え、そこに当てはまらない、そこから外れるもの、それと違うものを言われると、受け入れない
	MA21-1	相手の考えだったりスタンスだったり、いろんな抱えているものとかを、相手はこうなんだよって理解しようよ、知らないもの、怖いものに触れないっていうのが強い
	MA25・26	自分たちがこうだと思ったのは、変えない
	MC34	医師は治療しているところに、自分の意識が特化しており、医師としては完ぺきな医療をしたいが、地域に帰ったらアウトなこと求められるため、その間を取って言うてもなかなかできない
	訪C104-1	ケアマネは困っていることを看護師にも情報として渡さず、一人で抱えていて、ケアマネの仕事じゃないと思うところまで抱え込んでやっている
	ケB12	ケースワーカー、ソーシャルワーカーの力量によって、話し合いに差が出る
	医C17	医師は、主にMSWにつなぐと、MSWからいろいろ医師に聞き調整をする
各職種や家族と調整をする	訪B18-3	相談室が入るようになったので、中の医師のことがよくわかっていて看護師が、上手く持っていつてくれる
	ケE23	1回様子を見に来てくださって話をし、家屋調査をしていただき、本人もそこに来ていただいて、どんなふうにも動くかとか、いろいろ実際にやってもらったうえで調整をした
	MC40	家族が、その状態をどうとらえているかをすり合わせるのに苦労する
	訪C100-2	介護と訪問看護師の連携が必要となった時に、それぞれの役割を確認する
	MA106-2	うちはここらへんまで、うちはここはできるよと役割を確認する
	訪C101, 102	介護と訪問看護師の連携が必要となった時に、それぞれの役割を確認し、連絡を取り合って進めている
お互いに確認できる	訪C83	何か気づいたときに、すぐ確認し合える
	訪C76	思い込み、行き違い、勘違いがあったりもする、もう1回確認して、お互い双方そうだよなってならないと、ずれていく、話したことが正しく伝わっているか、わからないときにお互いに、確認しあえることは大事
	MD75-1	退院支援看護師は、入院したことや入院前の生活を確認するためにケアマネに電話をかけてくる
	MD75-2	お願い事は、ソーシャル・ワーカーのほうにこっそり電話が入る
	医C93	専門職がそれぞれ積極的に病棟に行き、患者に介入することで、正しい情報を共有することにつながる
	MD116	退院支援ナースとソーシャル・ワーカーは毎日情報共有を図っているため、看護師とワーカーの対立は少なくなった
	ケD10	退院時に看護師に患者の様子を伺っている
情報を共有し、解決に向けて共有認識している	MD126	皆で見るようにし、何が課題かを共有し解決に向けての共通認識をしている
	訪A40-2-2	同じように継続できるように理学療法士たちが行っている援助を訪問看護師も見せてもらう
	NsC22-2	認知症の場合、本人に聞けないので、細かいことが申し送られないとわからない
	NsA79	認知症の場合、自宅での生活や病院での治療は看護師も、訪問看護師もお互いに知らないことも多いため、お互いに言って共有していく

	訪C111	連携を取れるツールが必要	
	医B15-1	在宅の先生や訪問看護、ヘルパーだとかが記入するような共通するツールがある	
情報の共有ができるようなツールが必要	訪B62	お互いになかなか連絡が取れないので、メールや違う形で気軽に連絡をやり取りできるようなツールが入るといい	
	医C56, 57	複数の看護師から同じことを言われることはあるが、当病院のシステムでは起こりにくいかもしれない	
	訪B64	緊急時以外では、メールやファックスなどで気軽に連絡を取れるとよい	
	訪C112	アナログ時代はファックスがありとか、そういうので、スムーズな対応が遅れている	
	訪B69	何日もお互い連絡がつかず、電話ありましたと伝言メモが重ねられている	
	医B24-3	ツールが一緒になっていないために指示が伝わりきらず、看護師は知っているがヘルパーは知らないとかなり、医師が怒っているかもしれない	
	医B14	情報共有ツールがなかなかうまく見つからず、一方的なため、それぞれの職種が悩んでいる	
	医B18	紙ベースで伝える前に、紙ベースに記載されていない	
	医B17-1	情報共有ツールがうまく使われておらず、情報がかみ合っていない	
	医B17-2	情報共有ツールはあるが、それが100%活用されているかという点決してそうではない。	
		訪B66-2	先生がクラウドの中に入れておくと、他のケアマネが見てくれる。
		訪A29-1	先生たちとメールでやり取りして、いつ頃退院になるからお願いねとメールが来る
	情報共有の手段によっては誤解を招く	訪B63	看護師はメールは使っていない
医C72		連絡のツールとして、電子カルテで共有している	
NsB50		外部の訪問看護の人だと、入院時や退院前に電話で話す	
NsA21		電話で話し合いをするが、実際患者を見ていただくためにお会いして話す	
訪A69-3		困ったことは直に電話くださいねとヘルパーに言っているのですが、電話がかかってくる	
訪A13		携帯やメールをそれぞれが持っているのですが、頻回に電話がかかってくる	
訪B68		電話は、相手の都合を考えずに飛び込んでくるので、緊急性以外の時の連絡のツールがあると便利	
訪C31-2		退院してきた方の状況を情手紙にかいて看護師にフィードバックしている	
MA46-2		ファックスや手紙で情報を共有している	
訪B65		連絡は、連携室でもほとんど電話やファックス	
訪B66-1		ファックスもダブルチェックで送ったりとか、個人情報のこともかなり気を付けたりとか大変で、手間暇かかるので、時間がないと遅れなかったりする	
医C15-2		認知症とかその周辺症状があるために、自宅で過ごせなくなってしまったときは、ありのままを院内でMSWIに、口頭で言ったり、文書で依頼することもある	
NsB72		メールの文章は、きつく受け取られたり誤解を生みやすいので気を使っている	
MA119	文字で誤解も生むのもあるので難しい		
医C89	メールだともっとこわい		
MA118	紙ベースだと記録が残るので、誰もが同じようにできるようにしようとは思っているが、その書いた文字が、こちらの意図通り向こうに伝わっているかはわからない		
MA120	文字を読んでも、違うふうにとられることもあるので、この意味はこういう意味で伝えたかったのっていう確認を入れている		
MD102-2	ケアプランの内容は、概要は分かるが、どんなことを大事にし、どんなふうに住生活してきたのかといった細かい情報までは見えにくい		
NsB70-2	電話だと声だけなので、そんなつもりもなく言ったわけではないのに、伝わらない		
ツーカーで援助しやすい人を選んでいる	訪B90	何があっても、ツーカーで援助できる人を選んでいる	
	訪B91	ツーカーで援助を行える人を増やしていく	
	訪C113, 114	こういう方がいて、この人だと、あの先生がいいよねと連携しやすい人を選ぶ	
	訪C115	自分たちがうまく連携できるであろう人材を選ぶっていうのもあるのかなって思う	
	MA117	知ってて、やりやすい人のとこに行ってしまう	
	ケC34	お話以前に私との関係性によって分かってくるとかどうかは変わってくる	
信頼しあえる人を選んでいる	訪C106-2-1	この人に相談するとすぐに何とかしてくれるだろうと信頼し合える	
	ケC37	私を理解しているのが、理解に至るまでにどういう時間を共に過ごしたのかが違ってくる	

		NsC38	どういふ人なんだろうっていうのがわからないと、報告はできても、相談までできない
		ケA29	お互いの関係性がコミュニケーションに影響する
		訪B92	お互いの信頼で、本当に困って投げかけた時に、ちゃんと聞いてくれ、頑張ってくれる姿を見せてくれるって人は、私も頑張らなくちゃと思える
		ケE78	積み重ねていくと、その先生ともすごく信頼関係ができるので、お話ししやすいし、あの先生が入ってくださるなら受けますっていう気持ちになる
		MD86	関係が崩れてくると、決まることも時間がかかる
医師や看護師も力を貸してくれる	優しい医師もいて、力も貸してくれる	訪A31	優しい先生もいる
		ケE75	訪問診療の先生や在宅にとても理解がある先生は、本当に力を貸していただけるなと思っている
医師や看護師が、患者に、ケアマネと連携していることを説明してくれる	医師や看護師が、患者に、ケアマネと連携していることを説明してくれる	ケA61-1	医師や看護師がケアマネと連携していることをすごく説明してくれた
		ケA61-2	医療的に説明をし、かつ後押しをしてくれ、ケアマネがいるから、僕たちがちゃんと連携しているから、誰も知らないことはないから、みんな知っているからねってことを言ってくれる
連携や退院に対する認識	連携の捉え方	MB123	情報を共有し、共通の目標をもって、それぞれの職種で動く
		MD144, 145	専門職で重なる部分は、お互いの情報を共有しつつ専門性を発揮する
		ケC81	対象者の目標を明確にし、自分の職種でできることは何かを考えればとチームになる
		MA103-1	それぞれの職種でやるべきことを行う
		MA106-3	専門職だからこれしかやらない
		訪B95-2	職種の役割をしっかりと果すことが連携につながる
		MA103	専門職がいるので、ポンと投げたら、それが連携って思っている人もいる
		MA42	医師からすれば連携は、MSWがいるので、そこに全部投げて、後は知らないと思っている
		MA41	医師は、全部ワーカーに言えば全部やってくれるから、私たち関係ないと思っている
		MA107	自分たちの専門しかやらない
		医C16-1	言い方を悪くすると、MSWにほとんど丸投げでできてしまう
		医C16-2	医師は体のことをよくして、MSWに状況を伝えれば、家族や看護スタッフから状況を聞き取って、適切な方向にセッティングしてくれる
		医C64-1	全部MSWさんがやってくれているから、色々な人から、同じことを何度も言われることはない
		NsB17	退院支援のこともよくわからない人も多く、お任せ状態になっている
		NsA44, 45	医師の変化はあるけれど態度の変化まではなく、お任せと言う感じがある
MA29	自分たちが知らなくても、他が行ってくれるから関係ないと思っている		
NsA49-1	もう好きなようにやればみたいに医師に任せる		
職種で重なるところを調整したりサポートしあうのが連携	職種で重なるところを調整したりサポートしあうのが連携	MA103-2	職種の重なったところを調整しながら行う
		ケC82, 93	専門職がそれぞれ決して交わらないわけではなくて複合のもの、そこにマネジメントする人がいて、調整役がいることは大事
		MB128-2	職種の重なるところのアプローチが必要
		MD143	職種が重なる部分はお互いにサポートしあう
		ケB75	重なる部分は変な区切りをつける必要はない
お互いに情報交換をし、一緒に考えたり相談できるのが連携	お互いに情報交換をし、一緒に考えたり相談できるのが連携	訪A38-4	ヘルパーもいいところ、私たちが知らないようなこともたくさん知っているの、お互いに共有しながらやっていくってことは大きいかなと思っている
		訪A38-5	ヘルパと共有する仕事ノートを作って、看護師も同じように書いて、連携するようになっていく
		ケB61-1	システムに対して、もう少し融通ができ、多職種連携がとれたらいいと思う
		MA45	投げかけたら、双方でフィードバックをし、延々にループしながら話し合いが続く
		MB171-2	相談があったら、こちらもその結果を必ず報告し、家族や本人から相談を受けたら、必ずその結果も返すようにし、一方通行にならないように、皆が心がけていけば悪くならないと思う
訪C105-2	いろんな職種の人の専門分野の役割をほかの職種に知らせ、お互いにやりとりができる		
MD-142	患者・家族にとって何が良いかを一緒に考え、ゴールを決め、お互い補い合って支援していく		

	ケD66	多職種が気兼ねなく、いろいろな質問をしながら患者にとって一番良いことはと一緒 考えられる
	訪B61-1	相互に情報交換ができるのはすごく大事
	医C87-1	MSWと医師では紹介状や介護申請などはできるが、実際の患者の情報は看護師し かわからないため、職種間で情報を共有することが連携につながる
	訪C106-1	問題が起きた時に、迅速に連携が図れる
	ケE92	困ったときに、どの職種の役割かを見極めて連絡がとれる
	MA104・105	職種間で当てはまらない役割がある場合にお互いに、相談し調整をする
	NsD46	相談がうまくいくと、いい連携が取れていると感じる
	訪C106-2-2	連携がうまくいくかは、相談しやすい人が相談しにくい人がかわる
上下関係もなくお 互い尊敬し行 うのが連携	医B34-3	今は特に在宅は、ケアや看護の力がしっかりしていないとためなので、医師が一人、 トップにいるという時代ではなくなっている
	ケE61-2	お互いが皆を尊敬して、上下関係もなく専門職領域を超えないようにおこなう
	訪A58-1	職種間の連携は点数が取れるから大きい
	訪B88	連携には時間がかかるイメージがあるが、効率よくやりたい
	ケB41-1	何回もやった人についつい頼んでしまう。
連携は効率的に 行いたい	医B10	自分のところで、回した方が連携しやすい
	医B9	訪問診療の先生に頼むと、もともとついていた訪問看護やケアマネを、変えられてしま うことがある。自分の施設、あるいはツアーになる、悪い言葉で言う自分の言うこ とを聞く所に変えてしまい、今まで入っていたところと、うまく行かなくなる
	MC85, 87, 88	一生懸命携わり効率を求めると、フローとして流れ始めと、そこがバーンって抜けてしま うのは、すごく見えて怖い
	訪C119-4	連携は、個で解決できないため、どんな連携を取っていいかわからないか日々考えながら 行っている
	ケA68	連携が取れているといいなと思う
	ケD25	うまく連携を取ろうとは思っている
	訪A43	うまく行っている
	訪A48	ヘルパーと同じ時間で身体のケアをさせていただきたいとケアマネをお願いをすると 顔の見える関係ができる
連携を回りたい 思いはあるが、う まく回れていない	訪B94	連携は大変
	訪B27	病院の中の連携も不十分に感じる
	MA12	連携は十分に図れてない
	訪C69	もうちょっと連携を取って、コミュニケーションをうまく回っていきたいという思いは、 お互いあると思うが、なかなかうまくいかない
	ケC41	全員一致することはあり得ないなと思っている
	医B36-2	大学病院と地域の先生方の連携というのは取れにくく、その若い医師にどこまで、 地域の事情を徹底できるかというのは、その病院の指導者の責任になってくる
	医A7-3	病院医師と在宅医師、在宅の医療スタッフとの意識に大きな溝がある
	MA86	病院やそうじゃないところにも、何で連携しなくてはいけないのか考える人もまたいる
	MA95	医師、看護師、相談部門以外の職種は、何か連携連携って言うけど何かって いう空気もある
	MA40	患者を中心に他職種でかかわると言っているが、中心は医師と看護師という感じ がある
連携の必要性を 感じていなかった り、いらぬという 意識	訪B34	病院と地域の職種で温度差がある
	訪C46	上司に、積極的にこの人は、退院前にちゃん話し合いをしていかなきゃ駄目な人だよ ねと言われ、是非やりましょうという人や、やるの？という人もいる
	MA89, 90, 91	連携はいらぬという意識が一番多いのは、医者です
	訪B58	医師に言いにくくても、看護師は言わなくてはいけないが、ケアマネとか介護の方は怒 鳴られても言わなくてもいいという義務感は少ない
	MA92, 93	看護師も薬剤師もコメディカルも、たいぶ変わってはきたが、連携はいらぬという 意識がある
	医A15	医学だと、科学に近い部分での戦になるので、なかなか誰かと協働してたかという 話じゃないので難しい

連携と言っているが実はよくわかっていない	ケB2	連携という2文字だけど、じゃあそれって何？普段やっていることが連携なのによっていうと、はあとなるが、言葉ってすごく難しい
	ケB3	連携は、今までやってきているが、それを言葉にすると、清く正しくみたくて、順番をやっていくのが連携みたいになっている
	MA98	言葉だけが先歩き、連携って何って言われると、言葉は知ってるけど、何だかよくわからないというのが本音なのかなと思う
	MA43	連携の意味が、それぞれによってかなり違う
	MD135	中間的な潤滑油的なところがワーカーが一番大変
	訪A28-1	ソーシャルワーカーは、中間管理職
	MC58	MSWは、ナースの思い、ドクターの思い、家族のその思いの間の調整をやっていくことが必要なかなと思っている
	訪C100-1	訪問看護師は調整役であるべきだと思っている
	訪B93	ケアマネの専門職としてしっかり頑張ればいい
	ケD99	ケアマネの役割は、極端なことを言えば、疾患知らなくても、コーディネートやサービスができればいい
	ケC96	地域でのマネジメントはケアマネジャー
	医C15-1	昔は全部医師がやらなくてはいけなかったことを今はMSWが深く介入してくれる
	医A3	病院のソーシャルワーカーに言えば、大体コーディネートしてくれて、地域の誰につなげればいいのかということをやってくれる
	医C15-3	MSWが介入すると、家族と面談や介護保険の申請、ヘルパーを入れて在宅の環境を整えてくれる
職種の内容や職種が関わることの効果の理解に違いがある	ケB70	看護師は診療の補助のウエイトが多く、日常生活は介護に渡している
	ケB71-1	バイタルと薬だけが看護師の役割という人が多い
	MD190-2-1	ワーカーの立ち位置が曖昧で、専門性が発揮しにくい環境である
	MD13	ソーシャルワーカーは転院調整掛と思われていて、転院できないと何で？と言われる
	MD14	ソーシャルワーカーは転院調整係りと思われているが、ソーシャルワーカーは転院調整係ではないという思いがあるため、気持ちの上で対立していた
	MD165-2	前任者のソーシャルワーカーは、長い期間勤務していて、在院日数の短縮においては、成果を上げていて、それがワーカーの業務かと言われると、どうかなっているものもある
	ケE86-87	看護師や訪問看護師をもっと活用して、頼りにして、いろいろ聞いていくと良い
	訪B54-2	訪問看護を入れてもらえるケアマネが先生の言葉でよくわからないことを聞いてくれば、先生に聞いたならこうでしたよと調整掛けたりとかできる
	訪B56	ケアマネは、訪問看護師が怖いのと、使ったことがあまりないので訪問看護の効果が理解しにくいから、訪問看護師を入れようとする
	訪B57	認知症の場合、ケアマネが訪問看護師を勧めてくれないため、依頼がかからない
職種の役割の捉え方	訪B55	ケアマネは、訪問看護をうまく使える人と、怖いから初めからできるだけ避けている人がいる
	訪A40-2-1	PT, ST, OTとは役割を分担している
	医C84	各専門職の職業意識が高く、それぞれの役割分担が決まっている
	MD20	職種の役割としてではなく、今までの歴史や風土によって、看護師とソーシャルワーカーのすみわけがされていた
	訪A42-3	この部分は、ヘルパーこの部分は看護師ねというみたいに、分担できているかなとは思
	ケC117, 118	役割分担と役割の明確化がチームづくりには必要
	ケC119	役割の明確化はチーム作りの基本
	訪C104-2	それぞれの役割を、社会で明確にしたうえで、その都度その状況に応じて変えていくのがスムーズにできる
	ケC110, 111	役割の明確化がされている。どこが何をするのか、明確化された上でのチームづくりは、地域のほうにあるかもしれない
	ケC101, 102	きちんとしたサービスを入れてあげれば、そこがちゃんと、それぞれの役割でやってくれる
職種の役割や役割分担の明確化	訪B85	在宅で他職種連携をやる看護の役割は何なのかって考えなくてはいけ
	ケB20-1-1	職種の理解ができていないことがコミュニケーションがとれないにつながっている
	ケB18-1	退院に関して、お互いの職種の理解ができていない

	ケE54, 55	年齢の上の医師は、ケアマネに対して、「何しに来たんだい」という雰囲気がある
	NsA88	他職種の役割が想像できない
	MD130, 2-2	ワーカーの職務を、きちんと伝えていく必要性を感じている
	ケC116	お互いの職種の役割と役割分担が明確になっていない
	ケB76	職種が違うから分けたものと分けなくてはいけないものが分かれていないことが問題だと思う
	MC18	皆、同じようなことを志向しているんで、役割分担のボーダーラインがなくなっている
	ケA41-1	訪問看護師がケアマネの役割をやってしまったため、うまくいかなかった
	MD148	退院支援ナースとケースワーカーの重なり合ってる役割がはっきりしておらず、ワーカーがやるべきことを退院支援ナースがやっているためモヤモヤがある
	医O79	職種間の役割分担がはっきりしていない
	MD149-1	システムの違いによって、ワーカーがここに必要なのかと悶々としている
	ケC112, 113	病院のぼうが、その交わる職種や役割が多いので、明確になりにくい、マイナスではない
	MD161	職種の役割で、似ている役割の線引きがはっきりしていないので難しい
	ケC98	似たような職種が多く、ケアマネも振り回されてる
	医A35-1	自分一人で何十人も見ているとそこまで聞かなくてもいいでしょうと、勝手に判断してしまう怖さもあるため、その範囲の線引きが難しい
	MC10	専門職の窓口としていろいろな職種が、移行決定支援に力を入れているし、医師や特に地域の関係機関とかも力を入れているので、以前よりも窓口が多様化しすぎて困っている
職種と業務内容の認識が違う	MB131	相手の職種もよくわかってないので、お互いを知る
	MD156	職務分掌ができると、働きやすくなると思う
	MB135-1	ケアマネが来ることが意識付いてきているので、あんまりいやな顔をさなくなかった
	ケB19-1	在宅の看護師と病院の看護師の違いを知らないケアマネもたくさんいるため、その負担が訪問介護員に全部きてしまう
	ケB19-2	クリニックで書いているところは往診はしないと思っている人が多く、在宅診療と、訪問診療と往診の違いもわからないため、トラブルも起きている
	ケE56	ケアマネとヘルパーの違いがわかっていない医師もいる
	MD29	今まで働いていたソーシャル・ワーカーの仕事が、一般的なソーシャル・ワーカー像としてできあがっていたため戸惑いがあった
	ケC101, 102	看護部門とリハ部門をマネジメントは、ワーカーの仕事だと思ってやっていた
	MD62	ソーシャルワーカーの役割を看護師が行っていたので、ソーシャルワーカーもやりたいという話はしたが、看護師がやるものとの意識を変えず、受け入れてもらえない
	MD63	看護師には強くは出れないため、必要があればという感じでやっていて、体制も変えていけない
業務を行っている職場や1日の時間的な動きがわからない	MB132	看護師や訪問看護師が、1日どんな動きしているとか、家でどういうケアしているかというのを、実際はわからない
	MB68-3	在宅の看護師ができることを病棟の看護師が知らなかったり、在宅の看護師も、病棟での動きとかが見えにくかったり、すれ違うことがある
	医O70, 71	医者は、病棟にも外来にも職場があるが、看護師は、自分の職場だけなので、動きがわからない
	医A38-2	プレゼンテーションの仕方は、看護教育もあんまり良く分からないが、一緒に働いた時間が長いので大体わかるが、介護の人たちとかケアマネはわからないですね
	ケC82	自分の職種が、どういことができるのかを明確にし、伝え、そこで調整したうえでアプローチする
	MD150-1	ワーカーとして、こういうことができるんだよとアピールをする
職種の役割を超えてしまう	ケA27	医師は介護に口を出すことはほとんどない
	NsB16	退院支援室が出来上がったから、そこから手を引いた感じになっている
	MD65	看護師とソーシャルワーカーはケースに合わせて振り分けをしているが、メインは退院支援看護師が行っている
	ケB18-2	職域を超えてしまうのもいけないし、職種の理解ができていないことがコミュニケーションが取れない最大の原因
	ケB20-2	わからないから職域を超えてしまうことでコミュニケーションがとれなくなる

	ケB74	職域を超えないことが大切
	ケB22	職種を超えることで相手の感情を損なう
	ケB23	コミュニケーションが取れない原因は、職種を超えることで、相手の感情を損なって、もう知らないよってことになる
	ケA43	職種を超えた役割をされると役割を犯したというより、利用者にまた言うのという気持ちを見せてしまったことが、うまく回らなかったなっていう思いがある
	ケA21	ケアマネジャーが一番いけないことは、なんでも自分ができると思ってしまう人もいる
	ケA20-1	ケアマネジャーが医療側に意見を言い、「それはお前の言うことじゃないだろう」と言われた
	ケA20-2	「ケアマネジャーが采配することじゃない」と怒られて「すみません、周知しておきます」ということもある
	ケA22	患者が言ったことを代弁として言ってしまうと、領域を超えてしまう
	MD197-2	看護師の上層部は他職種に対して口を出してくる
	ケB21-1	ヘルパーが、過去にこういう人がいたからこの人もこうよねという見方をし、認知症の診断に行った方がいいわよとか家族に間違ったことを言い、そういう職域を超えたことをしてしまい問題が起きている
	ケB21-2	ヘルパーとしては、自分がある時間に亡くなってしまったからとやってしまう、でもヘルパーのお仕事ではない、それは医療的なエンゼルケアになるよって・やっぱりそのへんの勉強不足のヘルパーもいる
	ケB21-3	たんばく制限があったり、いろんな水分制限があったりすることも、前にいた患者はこうしていたからこうした方が良くよって職域を超えて指導してしまう
	訪A47-2	介護はシステムを変えようという気がない、すべて管理者を通さないといけないので私たちは、動けませんという回答をする
	訪A38-6	ヘルパー本人は、事業所を通してください、ケアマネの計画書に則っていないからできませんと言う
	訪A44-2	ヘルパーは、薬の管理はしていただけていないので、電話がかかってきて一緒に行かなくてはいけない
決められたことし かしない	訪A38-9	看護師って、計画が載ってなくても緊急性があつたら、すぐにやらなくてはならないがヘルパーはそういう教育を受けていなかったりするので教育が違うのかと思う
	訪A46-2	連携の仕方ということで勉強会をやっているが、ヘルパー側はそこは絶対譲れないので、うまくいかない
	訪A10-2	内服の確認もヘルパーは忙しいと言ってできない
	訪A10-4	予測したことをきっちり細かく説明しないと理解していただけないので、本人が飲んだと いっていましたが、本人がお通じ出たといっていましたただで終わって、話がつかまらない
	ケB68	ここまでが看護師、ここからヘルパーでは非常に無駄があるのでもったいない
	訪C36	この人は退院前の話し合いが必要という意識と、こっちのほうが重いという意識のズレがあり、気づいたら退院していた
	ケE27	急性期の場合は、何が気がついたら、家へ帰ってたってということがある
	訪B42-1	患者を家で見る訪問の方たちと病院でしか見えていない看護師とで、情報を共有をしようとしたとき、それがズレている
職種間で見 る視点 が違う	NsB22	MSWと看護師の視点は違う、MSWの視点で退院支援を見ていたり患者を見ていくので、ちょっとしたズレとかがあるのかなっていう印象がある
	訪A11	共通の言葉とか、同じことを同じように世界とか、見えている景色がちよと違う
	MB53	ナースやMSWがイメージしているものと、家族がイメージしているものが違う
	MB165	職種間で見ると視点は違う
患者の 捉え方	NsA113	患者のお互い違う面を見ているから話が合わない
	訪B47	患者の状況からすると、病棟では患者の動く姿は、想像できない
	訪B40	患者は、病院に見せる顔と自宅で見せる顔が違う
	NsA82	患者が病院で見せる顔と、家で見せる顔がかなり違うから伝わらない
	MB166	同じ人のことを話しているでも病院と家での顔が違うためイメージが違う
患者は、住み慣 れた自宅と病院 とでは態度が違 う	MB52	患者は、病院にいるときの昼の顔と夜の顔とか、いろんなときで違う
	MB31-2	本人の状態が、面会時間だと、いつも安定して元気だけれど、夜は徘徊に起きてたりとか、家族の前では普通にお話しされているが、家族が帰った後、様子が違うため、見えないところのイメージが、家族もできない
	ケA53-1	帰ってくると住み慣れた環境で、入院しているときと違う自分をだしている
	医A24	患者も病院にいるときと自宅にいるときでは別人です、自宅にいる患者は、医者のことなんかはそんなに聞かない

	医A25	患者も病院に来ると人のところに来ている、家は自分の世界に他の人が来る、病院はお客様ではないけれど、先生の言うこと看護師の言うことは「えっ」と思いながら「はい、はい」と聞いていて、家に帰ると嫌なことは嫌とはっきり言える
	MD101	利用者は、家だとわがままが出たりとか、言いたいことを言ったりしている
	医B39	患者の捉える視点、見方が病院側と在宅では、違いはある、患者にとって、入院はアウェイなのでいい子でいなくてはいけないので、医師とか看護師には、悪いこと、辛いことは言わないが、家に帰るとそれが前面に出てくるので病状の認識の差に違いがある
患者の状態を自分で見た範囲でしか捉えていないため、本当の状態がわかっていない	訪B41	病院の看護師はあの姿を見てこの状況だから帰ったらたぶんこうたよねと決めつけて計画をするが、実際に帰ったら歩けるじゃないとか、訪問の方たちからすると、そんなに手すり付けなくてもいいとか、情報の共有、患者の捉え方が、実際の見せる顔も違うとかがある
	訪B39	この患者にはそこまでいらぬし・とか、そんないつもいつもやれっていても、ちょっと違うよねって感じる
	MB65, 66, 67-4	実際に本人に会いに来てくれれば、話はスムーズだったりするがなかなかこれないケアマネジャーだったりすると、イメージがつかないのが、家族からはこう聞いてますと言ひ、話している時の温度差がある
	訪B43	認知の人で病院から、ベッドと車椅子が必要なので、その2つを用意しないと帰せないんで用意してくださいといわれたが、家族は使いたくないって思っているってことだったので、様子を見て決めることとしたが、実際に戻ってきたら、夜、家の廊下をグルーと1週できるくらい徘徊でき、オムツ交換も奥さんはできていて、結局ズーとベッドを入れずに、かなり元気で過ごせたケースもある
	訪B44	病院の時には涼しいと便がでませんという状況だったが、自宅では徘徊が良くて便も出るようになって、ご飯も食べるということが病院側は分かっていない
	ケB32-2	診察の時に家族も本人も医師には言えないため、医師はその訪問のことしか把握していないので、本当の状況を知らない
	ケB32-1	ヘルパーには愚痴をこぼすが、医師には、変なのとは言えず本当のことは伝わっていない
	ケB30-2	ヘルパーたちは毎日見ているが医師は訪問したその時の状況しか見ていないので、患者の状態の認識が違う、また、違うことを言いたくても言えない
	MB77-78	退院の時、今ある患者の状態や家のイメージが違うので、サマリーが活かされていない
	訪A25-2	若い看護師は、学生の教育の中に、在宅・訪問看護の実習があるので、在宅がイメージできると感じて、古い看護師のほうが在宅のイメージがっていない
在宅で生活をする患者のイメージが違う	訪B19	在宅のことがよくわかっている先生と、わかっていない先生の温度差がある
	訪B36-1	病院では、病気とその人自体はある程度見れると思うが、入院中は、治療に向けて本人も我慢し、そこで生活をしているので、帰ったらその人がどういう環境でどんな風に暮らすのか、その人の生活が見えていない
	医B65	認知の人を在宅に復帰させるということは、元々の生活の環境に帰すというので全然、生活環境が違うため、その中でどういう風に折り合いを付けていけるかが大切
	ケB14-1	病院では、歩行もでき、ご飯もちゃんと食べられていたと話されるが、在宅に帰って、ひとりで生活をするとなると、全て環境が違ふと、そこから説明をしないとカンファレンスにならない
	ケB14	病院でそういうレベルで生活していても、在宅に帰ると全く環境が違うが、その環境の違いがあまり理解されていない
	訪A23	看護師は、患者が良くなって、この人が家に帰って生活するのに困らないという生活の部分あまり見えていない
	ケB16	治療が終わっているから退院ができるって見方をされるが、在宅の場合は、生活をしていく場なので、その場作りをしなくてはいけない
退院の考え方	訪A61	在宅は生活を全部見ていなくてはならないが、病院の看護師は、病気にすることしか見えない、退院を渋っていたら、渋っている理由は何なのか、早く帰りたいという理由は何なのか、この人お金がないから入院したくなかったのかとか見えていない、短い時間しか関わらないので、そういうところはわからない
	訪A22	病院は病気を治すことがメインなので、家族構成とか、介護力とか、家の日常生活がどうなっていたのかということまでは目を向けない
	訪A62, 63	看護師は、分業化することで、見えなくなっていたり、疾患に目が行っているのが現実
	MB68-2	在宅での療養生活も、病棟の看護師には見えにくい、在宅のスタッフからしたら、なんで病院ではここまでやってくれないんだろうとか、こういう指導をしてないんだかと思っている
	訪B79	病院側は、患者・家族がどんな風に暮らしたいのかがって希望まで、きつと求めている
ケB66, 67	看護師は生活は関係ないって思っている	

	MB58-1	看護師も自宅の状況がもっとわかれば濃いケアにつながる	
	MD32	病気だけではなく、生活者としてみていきたいというスタンスの医師が多いと感じている	
病院側は、ルールやシステムが決まっているため、変えられない	訪A20-1	病院のルールがあるため言っても受け入れてもらえない	
	訪A26-1	病院のルールとかこれは決まり事だからと逃げている、きちんと説明をしていないので冷たく感じる	
	ケA56	患者が主ですと言っておきながら、病院のシステムに則ってやっている	
	ケB10	在院日数が限られている	
	NsB23-1-1	看護師は在院日数を気にしている	
	MD33	医師が、在院日数という感じではないので、看護師は、先生、何やってるのっていう感じになる	
	訪A8-1	病院側は、日にちが決まっているとそれを伸ばすことが難しいようなので、何とか調整をする	
	医B36-1	大学病院は、長くは住めないで、在宅の体制のことを全く無視して、患者が帰れる状態になったらすぐ帰す	
	訪A24-2	病院のシステムによって、1週間とかで帰されてしまう	
	医Q21	病院は、病床数の回転もあるから退院させたい	
病院的機能が特徴が理解されていない	NsB28, 29	病棟と退院調整が別々になっていると温度差を感じる	
	MD109, 110	ケアマネの動きがわからない中でやっているの、退院にスムーズに移行するのは難しい	
	医Q90	病院のシステムの違いもある	
	MD104	ケアマネジャー自身が、病院の機能分化や急性期の経過、退院の流れを知らないため、退院ですと電話がきても、調整に時間が掛かると言うため、お互いの取り巻く状況を共有していないとスムーズに在宅につながっていかない	
	MD108	ケアマネジャーは、病院の機能が分かれていて、急性期の治療が終わったらもう速やかに退院するというの知らない人が多かった	
	医Q27	施設と慢性期、急性期とか、あと在宅、そういう役割が、一般社会にはあまり理解されていない	
	病院も在宅で生活できるような支援へ変化している	訪B28	医療連絡室も最近多くなってきているので、病院も変わってきている
		訪A58-2	病院も在宅でスムーズに生活できるような支援をするようになってきている
		訪A58-3	在宅に向けて栄養士の栄養指導や理学療法士のリハビリを受けて退院してくる
	症状のコントロールや物品など環境を整えてから退院させたい	訪A66	退院が短いからではない、在宅でも3回くらいで亡くなったりする人もいるが、その中で、必要最低限の情報は収集する
医B8		退院では、在宅に帰った時に症状のコントロールをしっかりしてくれる看護師と医師がついているかどうか第1のポイントで、次にそのお世話をどの程度してくれるかになる	
ケE57-2		地域に帰ったらどんな人が、この患者に関わってくる人を、わかっているか、いないか、理解しようとするか、しないかは、すごく大きい	
訪C30		退院に向けては、物の準備を整えてくださるかどうかは、すごく気にして言ったりもしている	
ケA6		新規入院の方には、どんな方なのか、状況や環境を確認してから家に帰してあげたい、帰ってから困ってほしくないなという思いがある	
患者や家族が不安もなく病気とうまく付き合っているという思いを大切にしている	NsB53-2	不安とか心配なことが本当にならないように調整する	
	NSB23-2	退院に向けては、家族が不安に思っている場合には退院させたくない	
	ケC16	認知症の退院では、家族の受け止めるところに一番おもむきの置いている	
	NsA123	その患者や家族が、退院して生活できるかできないかを考え、じゃあ、やってみようかと、一歩踏み出せるような退院に向けての支援をしたい	
	NsA124	家族が、もしかして難しいかなと思っても、やってみたいという思いに、これだったらできそうな気がするって、できることをなるべく、引き出せるようにしていければいいかなと思う	
	NsB53-1	退院支援をするとき、できるだけ家での生活を、1日でも長く続けられるように思っている	
	ケC17-1	患者を中心に自分は関わっていききたいし、患者にとって一番ベストであることは何だろうと考えている	
	訪B78	どんな風に暮らしたいのかがあって希望はすごく大事にし、目標設定は、本人を入れて相談するようにしている	
	ケC27	病気から見た暮らし方と、暮らしから見た病気の違いがあるが、家に帰ったら、病気とうまく付き合っている自分の暮らしを、どういうふうを実現していくのかが大切だと考えている	

	医B43	リハビリスタッフの評価とそこの在宅のスタッフが状況を見ていません、と言うかも知れない、そこの感覚の違いがある
	医A21-2	病院と地域医療のスタッフ、それも各職種の間でも考え方も違って、話が通じづらい
専門職として意見の違いがある	医B44	限られた要介護認定の中のケアのプランの範囲のなかで、生活の質を良くするためには、プランを他に振り分けた方が良く在宅は判断するから、どっちが良いかっていうのはそれは在宅の判断の方が正しいんじゃないかと思う
	医B12	自分たちが考えている必要量と訪問診療、訪問看護が考えている必要量とのギャップがある場合に、トラブルになる
	MD51, 52	お互いの意見が正当だから対立する
	MD50	看護師としては、在院日数を意識して、早期に自宅に帰りたいと思っているがリハや医師がもう少しリハビリをして帰すと言うと、まあそうかかっていうふうにはなるためその思いにわたかまりが残る
	ケC20	専門職としての意見があるので、意見の相違はあって当たり前前と思っている
	me152, 153	看護師は、日々担当が変わり、見解も違うので困る
	ケC64	考え方の違いを埋めるのは難しかった
考え方や業務の取り組み方が違う	ケC62	ケアマネとソーシャルワーカーの経験がある人とソーシャルワーカーだけの人が同じ仕事をするとしたことになったときは、そこにズレがあった。同じ職種の中でも育った環境の違いからの考え方のズレは、多職種でのズレを埋める以上に難しかった
	NsB31	ケアマネによって全然違い、入院したときに、来院して一緒に情報共有したいんですけど、快く来てくれる方や、え、何ですかみたいなのもいる
	NsB34	ケアマネはもともと来ないし、連絡がつかないことはあるが、こういうサービスを入れたいや患者も経済的にも困っているから、ケアマネとしてはどうですかと聞いても、いや、駄目じゃないですかねといった感じの人もいる
	NsC45	報告は、結構できると思うが、この人の目標をどうするかみたいなの分けは、意外にできない
退院に向けての目標が違う	Ns24, 26, 27	MSWと看護師は、見ているところ、焦点を当てているところが違うため、退院に向けて、目標が違う
	NsC23	どこに目標をもっていくのか、何かこの人の性格的に、本当にこれで幸せなのかを、病院の人と話す場はない、大学病院だと、看護師と医師の間も、治療方針だからということで、医師の意向が強いと感ずる
	MC35	医師は、在宅のことをよくわかってないがゆえに、治療として完べきなものを求めるが、生活の場所に、それはちょっと無理だよとかそのトラブル感がある
	MB59-1	退院の前に、家での生活や家族がどれくらいケアできるかなどの情報を得ておくと、最初の説明とかもうちょっとできていれば、目標に向かって多職種でつながって、課題をクリアしていけるのかなと思う
	NsA105	目的は一緒だが方法が違う
	MB68-1	多職種で同じ目標、目指すところが見えていけば、課題も出てきて連携につながる
	MD129	その場その場のケースで、退院の指標がなくて、それで毎回対立したりする
退院の指標が曖昧のため、職種間で見解が分かれる	MD127, 128	帰せる方は、家に帰る感じがあるので、それを病院としてどういう方針でやっていくのかが、すごく曖昧なため、退院の予測ができない
	MD33	病棟は、治療がすんだら、自宅または次の療養先となるが、リハとしては、もう少しここでリハをやれば、ここから自宅に帰せるというのもある、対立する
	MD35	看護師は帰りたい、リハビリは、こんな状態で退院していいの？それを病棟のナースとリハのほうで話していただけありがたいが、お互い言えない部分が全部ソーシャルワーカーにくるので、板挟みのような状況も多い
	NsB-6	患者がADLを落とさないようにリハがくるが、リハとしては、入院前の状況に戻して帰りたいって思うと、家族は、ちょっと家は難しく、老健にという話でも、いやいや、家へ行けるでしょう、もうちょっと頑張るといってことがあって、退院支援のギャップが生まれている
	MD36	患者のことを思っていることなので、いい方向にいけばいいが、それで結構対立して、全くリハは在院日数のことをわかってないとか、リハからしてみたら、取りあえずもう帰すのはという感じでその折り合いを付けるのがなかなか難しい
	MD119	ナース、ワーカーとリハで意見の違いはあるが、逆にそういった経験があるので、退院支援ナースとソーシャルワーカーのほうで、リハの今の思いとか方針とかをかなり意識的に情報を収集するようにしている
	NsA47	治療方針が明確でなく、退院での家族への説明にタイムラグがあったりするので退院の予測が難しい
治療方針がわからないため支援が遅れる	NsB5	退院の目安や診療情報提供書をくださいと言っても、情報がもらえず、転院先の病院を探すまでの日にちが長くなる

	NsB3	入院時から退院も踏まえながらICをしてもらいたいが、医師は、ある程度検査をし、めどが立ったら退院を口にするため、家族も退院のことが考えられないので退院支援がスムーズにいかない
	NsB9	万全の体制で退院させたいのが退院の目安を知らせてくれなかったが、在院日数もあって、上の医師が、退院の目安をこう言ったらどうとかが最近では言ってくれる
	訪C74	伝え方が、うまくなかったのか、何かスレがあって危ないと思ったことはある
	MB167	話すときに、受ける側がどう認識したか、なので、そこがずれる
	MB51	言葉として言っていることが伝わってない可能性もあるし、違うふうに認識し受け取っている可能性もある
	訪C82	コミュニケーションのやりとりが、ずれていて、受け止めと伝えるのがうまくいってなかった
	NsA80	その人の個性や性格、経験によっても、お互いうまく伝わらない
	ケA25	自分の価値感や自分の思っていることしか伝えていなくて、一見伝わっていると思っているが、実は伝わってないかったということも多い
	ケC29・30	私の臆するところまで全員理解してくれるかというそれは違う
	医A8-2	病院においてはそれがベストだったかもしれないけど、在宅でのベストは違うという考え方は、病院の医師には今のところ欠けている
	MD102-1	自分の見たものが正しいと思って、お互いに話していくから、うまくいかない
	医A26	皆さんの中に観念としてあるので、話がスムーズにいかない
	NsB4	医師の考え方は改善できない
	MB143	看護師は、一番患者と関わっている時間が多いから強いんでしょうね
思い込みや解釈の入った情報で話し合うため、かみ合わない	ケE57-3	歩み寄ってくださる先生いるのかもしれないけど、私たちが歩み寄れてないっていうのもあるかもしれない
	MA14-2	病院の医師や看護師は、外に出て行かず、在宅側も院内の職種の方たちから実際の話の聞いたりとかが、どう思ってるかを聞けないのでこの差は埋まらない
	ケE32	病院が決めたらそのままだと思っていたが、訪問看護ステーションが併設したり、病院も併設だったりすると、そのへんの交渉になれてきた
	訪B50	病院の言うことは聞かなくて思っている家族が多い
	訪B48	病院の看護師の言うことには逆らっちゃいけないと家族は思っている
	MB128-1	お互いが行っているという思い込みにより抜けてしまう
	MB91	人間なので抜けるところもある
	訪C81	コミュニケーションエラーは、思い込みが多い
	訪C78, 79, 80	自分の思い込みだけで、引っかからず、流れていく
	ケA58	相手を思い、自分だけの見方で決めつけない
	ケA39	ケアマネの見方、見立ては大事だが、そこから視野を広げていかないと、本当のことは見えないので、自分だけの見方で考えない
	NsA18, 19, 20	退院した後に、どんな生活、どうしたいのかっていうところを、まずは聞いて、今の入院中の症状から見たり、いろんなことを見たら、そこは難しそうだよというアドバイスをしている
	MD93-1	共有しなくてはならない情報が、各職種の解釈の入った情報で話し合っているためかみ合わない
	MC11-3	最初の情報が、それぞれの職種によって解釈され、情報が微妙に違ってくる
MC19, 21	連携が多くなればなるほど、最初の情報が、微妙に変わってきて、うまくつながらない	
MC11-5	それぞれの職種の思いでつなげられるため、情報が変わってくる	
MB54	自分たちのとらえ方でケアマネに説明するので、ずれがでる	
患者・家族と医療職との考え方が違うのに、医療職の意見で決まる	MC63	退院支援とかに、一生懸命目を向けようっていう職種が増えれば増えるほど、家族がおいでいられる傾向があって、勝手に専門職間でこれがいいねみたいな話になる
	MC64	医療職が決めてしまえば、最後にできたものが家族にフィードバックされるのはおかしいと思っている、自分の職種の立場は、こういう中で守ってあげるものだと思っている
	ケC79	職種間連携では、中心に利用者、患者があるが、皆、簡単に言うんですけどできてない
	ケC80	患者がないがしろにされている、患者を端に追いやって、専門職だけで話しているが、それぞれの専門職が中心の患者に向かって話をできる、ここを明確にすることが必要

	医A22-4	病院の人たちは、治療だけでない人もたくさんいる。治療だけでないことを考えなくてはいけぬ。退院したらそういう世界が広がっていることに気づいていない	
	MC4, 42	病院側の当たり前と、家族が思っている病気の一部として治してほしいと思っているのが、なかなかすり合わない	
相手の立場を理解していない	NsC21-1	看護師がどういう人かわからない職種が多いため、看護師の立ち位置を伝えてから、話し合いに行かないとわかってもらえないままになる	
	MD15	転院の依頼が来て、多少時間が掛かってしまっているときに、病棟から、本当に遅いとか、ソーシャル・ワーカーが入っているのに、全然進まないよねと言われる	
	MA21-2	治ってないけど、認知症が残っているけど、退院してくださって言わざる得ないんだと、相手の立場を理解できるようになると、そういう言葉が出てきても、理解できるようになった	
	訪B16	看護師や医師に対して、困っている、通じにくいと感じることは減ってきている	
連絡も早めに入れてくれるようになった	ケE88, 89, 70	連携がスムーズに回れるようにはなってきた	
	訪C19	地域連携室ができたことで退院調整が大きく変わった	
	ケA16-4	介護保険、ケアマネという位置付けられていることで、変わってきていると感じている	
	訪B71	昔に比べて今は連携が回りやすくなった	
	NsA15	タイムラグがあって時間は掛かっているが、病院側と地域側の連携は取れていると感じている	
	医C14	いろんな職種の方がかかわってくるが、システム的にもうまくできていて、全国でもかなりできていると思う	
	MB155	看護師は、自分たちは、連携は取れていると思っている	
	ケB11-2	病院も退院カンファレンスをやってくれるようになり、連絡も早めに入ってくる	
	ケD92	病気があまり絡んでないと、連携で困難なことはない	
	医C18	1を言えば10やってくれるような感じなので、連携で困っていない	
	医A18-1	医師同士と看護師もしくは地域のケアマネと話をすると、なかなか連携がとりにくいと特に困ったことはない	
	連携が回りやすくなった	MC32	在宅に向けた移行決定支援とか、外部のサービスを使うに当たって、交通整理がされてなくてはないが、院内だとアウトになっているため、整理しようとするストレスはあったが、今は皆意識をもってくれているので、言えば通じる
		ケE37	入院時の情報提供料があるので、ケアマネジャーも、病院に情報を出すようになり、退院の加算もあるので利が一致してきたため、いろんなお話が、ちょっとできるようになった
ケA9		地域連携室があるので、こちらの要望を言えばちょっと待ってくれたりとか、カンファレンスをしよとかが情報をくれたりする	
訪A5-1		病院の看護師と相談室のワークと交えての話し合いをした	
MD17		ソーシャルワーカーの立場を知ってもらうために、実際求められていること、私たちが大事にしてやっていきたいと思っていることを話し合いを持った	
MD152, 153		何をワーカーに期待しているのか、どういうイメージなのかをヒアリングし、ソーシャル・ワーカーとして何ができるのか、やりたいのかを明確にしていこう	
NsA16		明確な展望を伝えて理解してもらい、わかることによって、連携が取りやすくなっている	
訪B73		病院は窓口がわからなかったが、連携室ができたことでわかりやすくなった	
MD111-2		ソーシャル・ワーカーと退院支援を担っているナースがいて、窓口が明確になったことで、ケアマネから連絡がくるようになった	
訪B75		窓口が固定したのでやりやすくなった	
ケE28		サマリーを出して、ケアマネジャーいるという認識を持てたのと、そろそろ退院ですよというふうには、連絡をいたいたたりすることは多くなってきた	
MB162		MSWやケアマネの認知度が上がってきたのでやりやすくなった	
MB133		連携加算のシステムによって連携をすることの意識づけになっている	
MB134	連携加算によって、看護師も、頑張ってケアマネに情報を提供しようとなり、ケアマネも以前に比べ足を運んでくださる機会が増えている		
MB135-2	連携加算が取れるので、看護部全体で積極的にやっというようになっていく		
連携に対する意識・言葉遣いや態度の変化	訪A56-1	連携会議が増え、医師の職種間連携への意識が変わってきている	
	訪A57-2	医師の意識も変わり、歯科医師も熱心になった	
	医A22-3	医師は自分の主導権、自分の力がそれほど及ぶばかりじゃないと気づいている	
	訪A56-2	在宅の医師や歯科医師は、地域連携とか、往診はそんなにしなかったが、意識は変わってきている	

	ケE52-2	多職種で支えていくという考えがあるかどうかによってかわり方が違う
	ケE53	若い先生の方が他職種で支えると思っている
	ケA19-2	医師だけでは在宅は支えられないから・・・っていう言葉を最近してくださる先生方が増えてきている
	訪B17	病院が在宅のことを理解してきている
	訪B76	病院が在宅のことを理解しようとしている
	MA23	病院側の医者・ナースは、外に出て行かないので、今のスタンスのまま
	MA38・39	病院内の人たちのほうが、流れが変わってきているという意識が、あまりにもないのかなと思う
	ケE47	病院は変わってきているが、年配の医師は変わらない
	FD39-1	医師の態度は変わってきた
	ケB63	医師との垣根は随分低くなっているのは間違いない
	ケE35	変わってきた
	医A27	医師のコミュニケーションは、随分よくなった
	ケA69	叱る言葉や言い方も、相手を尊重した言い方になってきている
	訪A56-3	医師は、情報も伝えてくれ、連絡もしてくれるようになった
	ケA16-2	医師も在宅やケアマネに連絡を取ってくれるようになってきている
	ケE46-2	地域でクリニックをやっている若い医師は、心配な人がいると、あなたのケアマネジャー誰って聞き、状況を教えてくれるようになってきた
	ケE52-1	若い医師は、「ヘルパーさんにこんなこと気をつけてって言っといて」とかいろいろなことを教えてくれる
	MA111	ケアマネが研修会や勉強会に、一生懸命呼んでくださったりとか、病院が地域を呼んで行ったりしていて、昔よりかなり増えた
	MA13-2	集まって、率直に話すような機会が増えてきたので、以前に比べれば、連携が取れていないという感じは減ってきている
	MA13-1	在宅側とソーシャルワーカーは、定期的な会合や直接問い合わせをいただきお会いしたり、電話で話したりしている
	MA24-1	若い先生たちも、研修に出て行ったりとか、そういうのをご理解ある先生も多少は出てきました
	医A20-1	在宅の医者は、比較的みんなコミュニケーション能力は高いと思う
	NsC34	MEWとは、行けば強引にでも話していたので、多職種とのコミュニケーションは苦にしていけない
	医C55	MSWさんとのやり取りで、コミュニケーションで困ることはない
	医C23, 24	MSWとのコミュニケーションが取れないがゆえに困ることっていうのはあまりない
	ケC105	地域は、コミュニケーションで対立というのはあまりない
	医A19	コミュニケーションで困難とあまり感じていない、ロコミであの先生は普通に話してくれとか、患者と家族が周りのスタッフに言ってくれるので、そうすればだんだんと普通にコミュニケーションを取ってくれるよと伝わる
	医B21-1	緊急の入院の場合にも直接連絡がかかってくるので困らず、先生から連絡が来なくても訪問看護から電話がかかってくるので、緩和ケアでは、病院の医師と、在宅の診療医との連絡で、通じにくいとかはない
	医A21-1	地域の多職種連携は大体うまく行っていると思うし、病院のなかも医師の力がかなり強くなるけどそれなりに均衡をたもってやっていると思う
	ケD88	ケアマネとヘルパーでは、連携で困ったことはない
	ケC104	地域はそれぞれの事業所なので、個が交わり合うところなので、それぞれの事業所の思いはあるがそこで対立という場面はない
	訪C121	医師に言いたいことを言っていると、いい感じですよと言われる
	MB138	コメディカル同士は、気が楽じゃないけれど言いやすい
	NsA66	看護同士だと言いくさはない
	NsA67	ほかの職種ともそんなに開きにくいことはない
	NsA68	薬剤師も、開きにくいことはない
	ケD94, 95	がん末期の方のところへは、看護師と一緒にいるので、ちょっと安心してられる。看護師と一緒にいくと医療的なことは代わっている聞いてくれるので、それほど話しにくさはない
	ケC63	他職種のほうが理解を示してくれる
	NsA65	どうやって聞こうかなって考える人と、何も考えなくても素直に聞ける人がいる

コミュニケーションを困るうえでの認識  
コミュニケーションで困っていることはない

苦手意識も上下関係もないので話しやすい	NsB59	一緒に考え、一緒にやりながら話をするようにしている	
	ケC126	上下関係で言いにくいということはない	
	ケB17	話は通じる	
同じ職種の方がコミュニケーションを図ることが難しい	医A29	他の職種に対して、苦手はあまりない	
	NsO21-2	医師とか、ソーシャルワーカーの人よりも、同じ看護士とのコミュニケーションのほうが取りにくい	
	NsO22-1	看護師同士でもコミュニケーションが難しいと感じている	
	MA27-2	対外的な連携とかコミュニケーションよりも、院内の多職種のコミュニケーションのほうが一番努力を使う	
病院の医療や医師が一番すぐれていると思っている	医A8-1	病院の医療が一番上位で、医療のトップであるという考えが強い	
	医A13-1	より高度なより専門が強くなるからこそ、その特権意識が出てくるから自分より上だとか下だかという意識になる	
	医A9	病院の医療が一番優れていて、それ以外はちょっと下に見ているといった意識がある	
	医A11	病院の他の看護師、薬剤師も在宅医療よりも優れたことをやっていると思っている	
	医A14	医師や看護師は、自分よりも下とか、見下すとかの意識があるため、他の人は、医師や看護師に言いにくい	
	医A13-2	専門性を高くして、それで自分をどんどん増やしていくというのが大学病院の人達の生き方なので、上下の体制はそういう感じになる	
	ケE57-1	病棟とか病院が一番って思っている医師や看護師がいる	
	医A10	医師同士であっても、病院の医師が一番優れていると思っている	
	訪A41-1	病院看護師は自分たちのほうが上、地域が少し下みたいなニュアンスがあるので言いにくい	
	ケA46-1	事業所は仕事がほしいためにケアマネに敬意を払うような態度をとるので嫌と感じる	
	ケD65-1	連携では、上下って感じてしまうところがある	
	職種によってヒエラルキーがある	訪A36-2	医者、ケアマネ、看護師、ヘルパーがいて、その下にマッサージ師と序列で言われた
		訪A36-4	医者、ケアマネがいて、看護師がいてとランク付けをされた
		ケD39-2	医師から、医者がいて、患者がいて、支える人がいるので、言うことを聞けと言われた
訪C124		変なヒエラルキーがある	
訪C125		ヒエラルキーがある	
医C49		開業医もヒエラルキーが強いが、大学病院なんか逆にヒエラルキーが強い	
医A12-1		ヒエラルキーが生まれてくるのは、教育だと思う	
訪A38-1		教育によって階級を付ける	
ケD91		福祉と医療は昔とは違うと言いながら、自分のバックグラウンドによって上下の意識がある	
自分たちに構えがあって、勝手に格付けをしている		ケB38-1	自分たちで格付けをしている
	訪C127	医師のイメージは、私たちが勝手に思っている	
	ケB37	自分たちに構えがある	
	ケD47	勝手に思っているかもしてないが、雰囲気を出している気もする	
	訪C126	医者はすごく、偉くて、私たちがはしもべみたいな感じがある	
	医C38-2	文化として、医者はえらいみたいな、そういうのが根底にある	
	医B23-3	医師に、遠慮する	
上下関係もなく働きやすい	ケD46	地域と大学病院の医師とでは、大学の医師の方にプレッシャーが掛かると自分の中で勝手に決めている	
	訪A40-1	訪問薬剤師と訪問看護師は、上下関係もない	
	ケC134	ここはフラットで働きやすい職場	
	医C42	ヒエラルキーというものもあるが、ここは民主的	
	ケB34-1	医師がトップではなく皆対等という意識をもっている医師には、提案したり、何でも言うことができる	
	医C41-1	どっちがえらいとかないと思う	
	NsB56-1	医療従事者の中で、上下関係っていう感じはない	
	ケC53	職場の中で人間関係でそういう苦労したことはあまりない	

	MA16-1	医師・看護師は在宅や介護からすると敷居が高い
	NsA50	医師と接するのは、敷居が高く、直接会うことはなく、看護師を介して会う
	ケA11	医療職は、恐れ多い存在
	ケA12	恐れ多い存在はMSWで、地域でも、医師や訪問看護師には、ちょっと引いてしまう
職種によっては敷居が高く、恐れ多いと感じている	ケA10-1.2	医療職に対して、恐れ多い存在と捉えているため、構えてしまい、言われたら何も言えない
	医C39-2	フランクに話せる医師も今、増えていると思うが、依然として近寄りたがたいような人もいる
	医C40-1	近寄りたがたいというのは、本人が意識している、していないとか、個人がしているしていないで解決する問題ではない
	医C88	医師の近寄りたがさができると、なんかあの先生が稀いから、まあいいかと思うのでマイナスかもしれない
	ケD43	患者も思っているんですけど、お医者さまっていう感じがある
	医B57	医者が敷居が高いって、そんなことは全然無いと思う
医師には逆らえない	医B34-4	医師がトップ、狭い世界で完結しているグループはあるが、医者がトップなのではない
	医A22-1	病院だと、治療の場なので治療は医師が一番主導権を取るが治療のステージではそれでいい
	医C48	医者が数人しかいないところで、それが何年もずっと変わらないと、医師が強くなってしまう
	医B34-1	昔は医師の指示に看護師が従うという世界だったから、医師の言うことに逆らえない風潮がある
医師には治療決定権や雇用されているため、逆らえない	訪A75-3	医師を怒らせることと仕事を切られる
	訪A77	権威的な、雇われている、使ってくれる、使ってくれないというもある
	MB144	医師には治療決定権があるので逆らえない
勉強しようとする意識	訪A28-2	MSWは、非常に勉強している方が多く、必要なデータはみなくたさったりとかよく見ているなど感じている
	ケB65	お互いが共有しあえるには、お互いが勉強をして、入り込んでくるとよい
	ケA67	家族と生活の支援なので、医療だけ見ているのだから、耳にすることが多いため、ケアマネも勉強することが他職種連携につながる
	ケB34-3	医師も入ってこようよ、もっと関わってこようよ、介護のことも勉強しようよ、もっと知ろうよと呼びかけている
	ケB25-2	遅れをとってしまうので、日常で使用する医療用語は、最低限覚えようと言っている
	医B49-1	どのレベルまで勉強をすればよいのは職種によって違うが、どんな職業でもここまで知っていてね、と設定しての研修をするのが良い
	医B48	勉強しろよとは言わないが、知識を身につけるのは必要
	ケD63	勉強しなくてはいけないと思う
	ケA65	ただ地位をあげるのではなく、中身も上げていく必要がある
	ケE89	福祉職は福祉の目で見ると、このときに、このタイミングで、医療につなげるというポイントが分かればいい
ケE88	ケアマネジャーも病気を勉強してと言われるが、どんなに病気を勉強しても、判断できる立場ではないので、この病気に関しては、こういうことが起きたら、看護師につなげようポイントが分かればいい	
ケE90	ケアマネジャーも、自分で判断するようになったら駄目だと思っている	
勉強しようという意識の違いによって変わる	MA14-1	コミュニケーションが何で取れないのかわかって感じている人たちとそうじゃない人たちとの差が出てきている
	MA112	研究会に来ている方は、いつも一緒に、来ない人が問題が大きい
	ケB54	自分が受け身で相手に期待しているから難しい
	NsB14	看護師のコミュニケーションの教育ができてない
	医A28-2	教育によって、医師の態度も変わってくると感じている
	ケC74	情熱を持ってやろうとする人とシステムティックにやろうとする人では、意見が食い違ってしまう
	MA115	時間と労力がかかるとしても、少しでも興味を持ち、聞こうという姿勢を持っていると、いろんなところからいろんな情報も集まり、仕事がスムーズに進むというふうには、思ってくれるといいかなと思うし、そこまで思わなくても、何か変わってくる
	MA114	自分の職種に、誇りを持っていて、よりよくするためにどうしようって思っている人、勉強して、もっとという人たちは、おのずとよくなっていく気がする

		医A41-2	もっと勉強して来いと言われるが、何の勉強をしてこいと言っているのかわからない
		医B49-2	在宅でも、レベルをどこまで求めるかは、勉強しろと言ったのが、言われた方があまりにも知らなさすぎたのが、言ったほうがそこまでやらなくていいことを、職種を考えないで言っているのかによっても違う
何を勉強したらよいかかわからない		医B51	当然知ってはいけなくてはいけないのに知らない場合は、勉強しろよと言われても当然で、何を勉強をするのかをきちんと伝えるのは大事
		医A41-3	いろいろな職種の人に、他職種の勉強をすることを求めるのはよくないと思っている
		医A40	他職種の勉強ではなく、今まで学習してきたことをしっかりと活かしてほしい
		医A41-1	今までのやってきた勉強の職種の強みを生かして一人の人をうまくやればいい
		ケC46	自分の言いたいことは伝わっていると思っている。自分の考えていることも含めて、思いを伝えることを大事にしている
		ケC65	今まで培ってきたプライドによって、考え方に違いがある
プライドや自信・誇りがある		MD149-2	面接の技術とか、情報収集能力は、看護師よりもワーカーのほうが、訓練もしてきているし、圧倒的に違うと自負している
		ケA14	医療職は自分の職業に対し自信と誇りがある
		ケA15	医師・看護師は責任と自信と誇りがある
自信・コンプレックス		MA16-2	物事を聞く、連絡するとかいうこと自体に、自分に引け目や負い目を感じている
		訪A42-1	ヘルパーは、コンプレックスがある
		訪A38-2	ヘルパーは、普通の家庭の主婦がアルバイトでやっていたようなことなのですごく低くみられている、誰でもできるんじゃないかと思われている
		ケB43	自信がないのと、自分は口下手だと思っている
		訪A41-4	ヘルパーは知識がないことによる自信のなさ
		MA70	こんなこともわからないのかよと言われるような気がする
		訪A1-2	癌で関わったりとか、他の病気でかかわったり、誤嚥性肺炎でということだったり、骨折だったりするが、もともとのベースが認知症で転倒して、骨折して入院して帰ってくる方が多い
		訪A1-6	ベースには、認知症ありで、他の疾患もありで帰ってくる方が多い
身体疾患で入院している人のベースに認知症がある		訪A1-4	認知症で誤嚥性肺炎を繰り返して退院する方もいらっしゃる
		訪A1-2	癌で関わったりとか、他の病気でかかわったり、誤嚥性肺炎でということだったり、骨折だったりするが、もともとのベースが認知症で転倒し、骨折して入院して帰ってくる方が多い
		訪A1-6	ベースには、認知症ありで、他の疾患もありで帰ってくる方が多い
		訪A1-5	認知症がベースであるが、癌にかかって入院されて退院してくる方も多い
		医C6	認知症を持っている患者さんは、増えてきている
		ケC7	認知症の患者は増えている
		医A1-1	高齢化に伴い認知症は増えている
		医B2	認知症を伴っている方はどんどん増えてきていると感じている
		訪A2-1	認知症の患者は、増えているという感じはある
		訪B1	実際に認知症を持った利用者は多い
		訪A1-1	実際に認知症を有する患者は、結構な割合、本当に多い、年間1/3以上は、認知症
		訪B2	認知症あるなしだけで考えたら、半々くらいは認知症が高齢者方はある方が多いと思います
		NsA9	実際にいま認知症をもった方の入院って、すべてほとんどです
		訪C8-2	診断はされてないにしろ、認知症の軽い症状があるような方っていうのは、ほとんどの方にある
		訪A2-2	認知症の分類でも、1とか2くらいの方たちが多く、まったく認知症であるとかではない
		医C8	認知症とつけられている方もつけられていない方も両方増えている
		ケB4-2	色々な疾病を持っていらっしゃる方でも、ほとんどの方が、軽度の認知症を持っている
		ケB4-3	カンファレンスをする時には、認知症をもっているの、ご本人の意思は聞けない
		ケD6	認知症の患者の退院は、多いっていうことではない
以前から認知症患者はいる		MO5	認知症を今持っている患者は、以前からいらっしゃるっていう意味では、そんなにここに来て突然増えたなっていう印象はない

		ケD4	認知症の方はいらっしゃるかなって印象はあるが、増えているかどうかというの はわからない
		訪C8-1	病院で関わってた以上に、在宅で見ている人って認知症が多いんだって印象 も強い
		ケB5-1	10人中9人は、悪化しています
		ケB5-2	入院の期間にもよるが、手術をして退院される方と、手術をしないで肺炎クラスの普 通の入院の方に比べて、手術をして帰ってくる方は、認知がかなり進んでいる
		訪B3	アルツハイマーの方は、じわじわ進んでくるイメージで、脳血管障害は、大きい発作が 起きなければ、ある程度はゆるやかに認知症が進んでいる、同じ状態で過ごせる方 は少ない、全体で見るとやっぱり認知症が進んでいるという状況
	病院に入院する と認知症は悪化 する	訪C9	もともとご家族と同居はしてるけど、二世帯の家で、1人でもう全部やっていらしゃ った方が、ちょっとご病気になるって入院して、いろいろ合併症になり、医療処置が必要 となっていた、その方が、ドンドン、その認知力が低下してきて不穏みたいになっている ので、早く帰りたいとなった
		ケB5-3	入院期間にもよるが、認知か、身体レベルもかなり悪化している
		医C12-1	体はよくなったけれども、認知症があるがゆえに、ご家庭で過ごすことは困難になる ことがある
		医C12-2	入院によって認知機能がさらに悪化してしまって、自宅で受け入れができないという 状況が一番多い
		ケE18	入院すると認知が進むわよってというのは、ご家族同士の中では、よく情報交換されて いる、そのため、具合が悪いけど、おうちで何とかできるんだったら、入院はさせたく ないとおっしゃる家族もいる
	入院すること による認知 症の悪化	訪B80-2	本当に圧迫骨折をして入院をして、病院にいても在宅にいても同じだったら、せん妄が 起こる前に帰してほしいというのは在宅の本音だったりする
		ケE21	自宅では、機嫌が悪いときもあるが、放っとくとか、ベッドから落ちなければもういいや と思ひ、車椅子からもずるって滑り落ちたりはするが、もう気にしないことになってます って家族がいます、だからそこは、ヘルパーとか、緊急通報ができる定期巡回を入 れている、どうしても引き上げてご飯を食べさせるって場合は、コールを押して、 手伝ってもらって車椅子へ乗せてご飯を食べるとかかっていうようなことはしているが、 なるべく本人の機嫌を見ながら、機嫌いいときに何かをするっていうふうに変えてい たら、そんなにたらくはないですって話、してました、だから、病院は、しょうがない ですが、決められたルールを認知の方に押しつけるのも、ちょっと混乱することなの かなって思っている
	病院のペースや 抑制によって、認 知症が悪化して いる	医B70	特に認知の人っていうのは、拷問されているみたいですね、清拭だけでも、 陰部洗浄でも誰でも人にやられたくないことだし、恐ろしいことをされているので抵抗 して、それが認知がひどいってことになって、縛られちゃうってことになる
		ケE17	何か大きい病院だったりすると、外科病棟だったりとか、ここは消化器の病棟ですって いうと、やっぱりちょっとそこに特化してしまうような感じはある、結構縛られたりか つていうのも、少なくはない
		ケE12	発熱があったりして入院となる、ふたん慣れてないところだったり、ご本人のペース じゃなくて、やっぱり治療の一環としていろんなケアが、機械的に行われる、私たち からの言い方ですが、時間時間でこれをしなくちゃってというのは、ご本人の、ちゃんと納 得って言うようなところにつながらなくて、いろんなことをされちゃうと、認知症の方 って混乱しちゃうことが多いのかなという印象がある、そういう流れに乗れないと、や っぱり治療がうまく進められないって認識になる
		医B67	家にいればせん妄じゃないのが、入院するとせん妄になる
	病院では、 認知症と言 われてしまう	医A1-2	以前ではなんかちょっと忘れっぽいよねという話だったのが、認知症として診断され る人が増えている、そういう人が病気になるって、入院し、治療し、治ったら退院して行く って感じですね
		NsA10-1	家では目立たなかった認知症症状も、入院することによって目立ち、浮き彫りに出さ れる
	認知症でないの に認知症と言わ れる	ケB4-1	今非常に困るのは、認知症と言われていても、精神が今非常に多い、うつ病であつた り、統合失調症、それらをまとめて認知症とした扱いをしているふしがある、その人た ちが認知症という形で退院されてしまうのが結構多い
		MB27-1	家族が認知症っていう方も多い
		MB27-2	キーパーソンになるご主人とか奥さんも、やや認知症がある
	家族の受け 止め方や介 護力不足	MB27-3	患者は認知症じゃなく、一緒に住んでいる方が認知症で、その患者をお世話をしてい たけれど、そのお世話をしていた側の方が病気になるというケースもある

		MB40	家族に対して、どこまで言ったらいいかになっていく問題です
家族の受け止め方が違う		MB38, 39	本人は認知症があるのは自覚ないが、ご家族もあんまり、本人が認知症っていうことを、あまり受け入れられていなかったりする。神経内科にかかって、診断はついているが、家族が面会して話していると、特に、そんなにおかしな様子も感じない。医療者側からすると、結構見守りが必要ですよとお伝えするが、あんまりピンとこなかったり、ぼけ扱ってみたい感覚に家族が取られてしまってもいけないので、そこをどこまで、アプローチしていいのが悩む。大丈夫ですって言っているが、こちらから見ると不安があったりする。でももういいですって、そのサービスとかサポート自体を、結構拒否とかされる方もいらっしゃる。そういった方にどうやったら、無理強いではなく、いろんなサポートとかサービスを入れていけるかっていうので、悩んだりします
		NsA10-2	ご家族が、家ではしっかりしてたから、それは認知症はないんじゃないかという方もいるが、認知症は多い
介護力不足のため行き先が決まらない		MB55	家族がまだまだ治療が必要な状態というふうに関心してたりしているが、今は治療じゃなく、介護の問題になってきているが、歩けるようになるまで入院はできないかと思われたりする。でも、永遠に一人で歩けるようになるまで入院っていうことはできないし、その理解も、ちょっと難しい方もある。ケアマネジャーがわかっていれば、病院から直接連絡をして、実情をお話したりっていうこともしているが、中にはケアマネがいるんだかないんだかわからないケースもある
		医C13-1	介護ができない。例えば、家族が高齢化とか、人がいないとか、もともと独居の方で、1人で自分のことをしていたのに、もう全然1人では暮らせなくなってしまうとか、高齢のご主人が高齢の奥さんを介護してたとか、その逆であるとか、同居されている方でも、やっぱり認知症があると、もうちょっと介護しきれないという娘さん、息子さんもあるなどいろんなパターンがある
		訪A3-3	介護者が介護力が不足で、または見ている家族が、お仕事を日中いっしょにいないから、介護ができないという方が多い
		訪A3-2	自宅に戻る場合では、たいてい独居だったり、2人暮らしだったりするので、お金の管理ができないとか、お食事・排泄の管理、日常生活が一人ではできない人の方が多い
		MB55	入院されてくときの顕著な認知症の場合は、もうケアマネが付いていて、ケアマネから相談があったりっていうこともある。ムウのある認知症の方、ばつと見はそんなにわからないけれど、実はいろいろある人、入院してからわかったとか、独居、認知症でとってなると対応が難しい
施設に行くよりも自宅に帰す		医B3-2	認知の方の世話をしている方は、いっぱいいっぱいなので、骨折をしてリハビリテーションのために入院したりすると、出来ていたことが、さらにできなくなることがある。そうすると入院をしてそのケアから解放されたということに、後もどりでできなくなっちゃってもう面倒見れませんかとか、このまま入院させてくださいという方は結構います
		医C19-2	現実的になかなか行く先が決まらない患者さんが多いので、時間が結構かかる。いろんな理想論を言っても、受け入れてくれない、施設もある
		ケA1	認知症に限らず、認知症とはっきり診断でなくても、あやふやなラインの方も自宅に帰ってくるケースが多い
		ケA2	施設に行くというよりも、自宅に帰すケースが多い
認知症患者の退院調整	認知症患者の退院調整はしていない	ケE20	もともと高次脳機能障害をもっていて、ちょっとそこは認知とは違うのかもしれないんですが、病院では拘束をされていたし、トイレに行くとか、何かリハビリに行くっていうときは、調子がいいときは軽介助、何かご本人の意に沿わない場合には、3人がかりの全介助っていう方がいた。その方を、家族はどうしていいかわからなかったが、施設を提案され、施設を当たったんですが、施設は受け入れてくれないので、しょうがないから、おうちに帰った。今も在宅で暮らしているが、意外にご本人が、機嫌が悪いときは触らないとか、何かそういうことが、おうちでできたりする。多少手が出たり、怒ったりっていうことはあるんですが、1週間で音を上げるかなと思ったんですが、意外に1カ月続いています。
		ケA3	自宅に帰すケースは、波があって読めない。平均すると、年間10件くらいはある。その月にわっと多い時もあるし、ない時もある
		医B3-1	認知の程度が来た時とあまり変わらず、ADLがあまり極端に変わらない時には、カンファレンスもせずそのまま家に帰ることは可能。元々その在宅のサポート対策はできているので、そこに変化がない限りは、そのまま帰ることが多い
		ケA7	今まで関わっていた認知症の患者の場合には、退院カンファレンスはせず、そのまま帰すことはある。新規の場合には、退院カンファレンスし、退院となる
		訪A8-2	認知症の方々は、福祉道具をそろえることが、あんまりなかったりするんで、退院の日にならなくて調整しなくても看護師とヘルパーが調整すればよいので、行く日程さえ揃えばよい
ケD5	私のケースはそんな退院の方で認知症でっていうのは、今あんまり思い浮かばない		
		医C19-1	認知症患者の退院は、全く問題がない

	ケD7	認知症患者の退院調整はない
	訪B4-2	純粹に認知症がメインで、訪問看護だけで、退院調整に行くことはほとんどない
元の疾患が治っていると、認知症患者には、訪問看護は入れてもらえない	訪B4-1	認知症があっても、元の病気が治っていると、訪問看護の依頼はすごく少ない
	訪B4-1-1	認知症の人は、自分で病状を訴えられないので、看護で、今の体調はどうなのかって把握することはとても重要。しかし、体調が落ち蓄積しているとまず看護が入れてもらえないというのが状況
症状によって、退院調整の職種が違う	訪B4-3	訪問看護師は、ケアマネで依頼があって認知症患者の退院調整に行った
	ケE72-2	認知症の場合、看護も入れましょうってお願いしたけど、いらなくてご本人が言うので全く入れてなくて、ヘルパー、ケアマネジャー、支援相談員の三人とそこに奥さんが入っていった感じ
	ケE72-1	医者とは、大きい病院なので、お話しする機会は、今はない
	ケE72-3	先生とかも入っての連携だと、がんの末期の方は、もう訪問診療で、先生がいて、看護師さんがいて、家族がいて、私たちとかヘルパーとかがって感じですよ
	ケE10-1	お家で暮らしている人っていうのは、そんなに変わらないかなとは思いますが、やっぱり入院しても、すぐ自宅に戻る
	ケE10-2	せん妄が出たので、翌朝には帰ってくるっていうようなことは、何度か経験している
認知症症状があるために退院となる	ケE11	病院は治療が最優先なんで、せん妄が起きたりとか、拘束をしなければならぬ場合には、治療が成り立たないという理由で、翌日お迎えに行ったっていうことが、何回もあった
	NsB23-2	点滴が終わったからもう退院っていう感じで、あといついつまでに退院できるよねみたいな感じ
	ケE15	認知症があって治療しなきゃいけないとは思いますがなかなかできていない
	NsO-9	高齢化は進んでいて、認知症、せん妄になる率は高いなと思っていて、認知症の人が積極的に治療をするっていうのはなく、あまり入院にならず、外来でフォローするケースが割と多かった
認知症患者の退院調整	訪A1-3	認知症で嚥下機能が落ち、食べることがわからないとかで退院する方もいる
認知症だからといって急な退院はない	ケD13, 14	認知症があるからといって、急な退院はない
	ケD16, 17-2	入院がいるから、もうとにかく明日帰りたいとか、それで急に来てくれとか、認知症の患者でっていうところで急にというのはなかった
	MD7	認知症患者だからというよりも、本現場感覚だと、その事業所の色で決まるかなという感じ
退院の条件	医B4	それまでの、サポート体制がどうなっているのかの確認がまず第1。その人にケアマネがついていたり、訪問看護、訪問介護、訪問診療がついてればそれを引き続いて現状を説明して、さらにプラスαでどういう介護看護が必要かを調整していただいて家に返す
	訪B80-1	在宅はどうにもならなくて、ある程度、入院期間をもって仕切り直して、また在宅に戻してほしい
	訪A37	ヘルパーは、看護師が怖いという
	訪A41-2	ヘルパーは看護師が怖い
職種によって怖いと感じる	MB102	在宅から行くと病院は怖い
	ケE83	事業所のケアマネは、怖いというイメージが抜けれないので、ケアマネジャーと訪問看護師が、仲良くなれたらいいのになってすごく思う
	MB108	やっぱり怖い
怒鳴ったり、怒ったりするので怖い	訪A75-2	医師は怒鳴るので怖いと感じるため言ったり聞いたりできない
	訪A33-2	言葉じりでも切れて怒ったりする医師は怖いと感じるため、その医師とはあまり組まない
職種間連携におけるネガティブな感情	医B23-1	すぐおこる医師もいるので、話すのは怖いというのはあるみたい
	MA77	白衣、サンダルつけて、べたべた歩く姿が怖い雰囲気
雰囲気や言い方が怖い	ケD71	ボンボンボンって言われると怖いと感じる
	ケE84	看護師は医療の目から、「保済が足りません」って言うだけで終わるため、訪問看護ステーションの看護師は怖いと感じている
初対面や知らないで怖いと感じる	医B56	初対面だから、怖いと感じる
	MB105	知らない者同士なので怖い
	医C38-1	医者同士で怖いっていうのはない
医師に対して、怖さやストレスは緩和してきている	訪A32-2	医師は怖くないと話しているので、スタッフの気持ちも変わってきている
	MD165-1	ストレスはとてもあったが、今はたいぶ緩和した。退院支援ナーズができたことによる影響は、すごく大きい

		MA18-2	ソーシャルワーカー や退院調整看護師に電話すると心が折れるようなことがあった	
言い方や対応で心が傷つけられる	冷たい言い方や対応をされて、心が折れた	MA17	何しに来たのって冷たい言い方や冷たい対応をされると、心が折れて、言いたくても言えない	
		MD16	依頼をしてくるタイミングも遅く、そこから患者、家族とお話しすると退院まで1週間では難しいが、その共有が回れず、そのときに言われた言葉でその日は泣きそうだった	
	Ns66, 67, 68	挨拶に行ったのに1時間ぐらい、苦情を言われて、やる気を失った		
	思い通りに進まない腹立たしさをぶつけられ傷ついた	MD18	ナース側が、自分のほうの業務優先でお願いをしたが、思い通りに進まなかったことで、その腹立たしさを言葉によって言われ、傷つけられた	
相手を尊重せず思いやりがないと感じる	MD94, 95	本当に思うからこそその助言だったのが、ケアマネの交換・変更させられ、悲しそうだった		
	MD28	思いやりがなかったり、背景まで考えてないがゆえの言葉のやり取りで困難を感じている		
	医A17	思いやりが少ないので、連携が難しいと感じる		
		ケA24-2	相手を思いやる気持ちがないため、伝わりにくい言葉を使っている	
ストレス	言えないことに対してストレスを感じている	訪A71	会議もストレスがたまる	
		ケB35	医師に言える人とそこも言えない人にとっては葛藤	
		訪A34-1	切れる医師でなくても入りにくい	
			MD49	ストレスを感じることもあるんですけども、何かそういうものだっていうふうにも思っている自分もいる
			NsB44	あんまり仕事のことは考えずに、家事や友達としゃべったりとかして、ストレス解消をしている
	ストレスの解消をしている	NsB46-1	ストレスがあるときには、MSWIにその場で愚痴を言ってる	
		ケC114	消化してあげられるコミュニケーションがいるのかなと思う	
		訪C68	機嫌が悪い理由も忙しいんだろうとか、ごめんなさいね、こんなときに来ちゃってって思いながらすこすこ帰る、自分の仕事に差し障りがなかった、もう悲しくなっちゃって言ってすっきりして次につなげる	
		MD165-1	ストレスはとでもあったが、今はだいぶ緩和した、退院支援ナースができたことによる影響は、すごく大きい	
	失敗を恐れるので、人と話をすることが苦手と感じる	医B53-2	攀たれ弱いのか人と話をすることが苦手な人はいる	
ケB50		もじもじしちゃうのかもしれない		
ケB40		失敗を恐れるので、苦手だと感じる		
医B53-1		そんなことまで知らないの？って言われちゃった時に、言われちゃった人は別の人に聞くという方法もあるのに、そこでもうおしまいにしてしまう		
NsA96		コミュニケーションスキルの問題やその人の特性や経験にもよる		
失敗を恐れることでの苦手意識	コミュニケーションが苦手な人は、相手はしてくれないと思っている	ケB56	コミュニケーションが苦手な人は、こっちがわかるように努力しようではなく、向こうが私に合わせて話してくれないと思っている	
		医B52	コミュニケーションが難しいと言っている人は、積極的にコミュニケーションを取ろうと努力しておらず、自分ができないということを、コミュニケーションが取れないという風に置き換えている	
		ケB57	私の言うことがわかってくれない、相手が悪いと思っている	
	ケB58	相手がしてくれないというニュアンスのほうが大きいかもしれない		
	ケB53	コミュニケーションを取りに行っていない人が多く、待っているっていう人が多い、それでは、チャンスが来ない		
	ケB42	コミュニケーションをとるためには、参加していかないといけないので発言できないため、一つのことをやるっていう勇気がないといけな		
	ケC40	歩み寄ろうとか、今ギャップを埋めようとするアクションは取らない人が多いとは、感じてはない		
コミュニケーションが上達するようになり場数を増やしたり、緊張しない工夫をしている	ケB49-2	自分が話をしたときには、自分も気になるので「周り、なんかいった？」って聞き、それもまた糧にしないといけな		
	ケB46	相手が呼吸している人だと思うと緊張するので、なすやかぼちゃがいっぱいあるって思うようにしたら、あがらなくなった、緊張しなくなった		
	MB171-1	自分から入っていくことで、受け入れてもらいやすくなってきているなって感じる		
	ケA46-2	お互い担う一員として、できていないところも言ってほしい		
	訪C120	コミュニケーションの取り方はどうだったかを振り返る		
	ケB52-2	言えるようになるためには、場数、経験が必要で、失敗してもいいからという思いになるまでには、場数を踏むこと		

		ケB39-4	まず言える環境を作り、色々な場にどんどん出ていく、チャンスをもらってことが大事で、失敗を恐れない
		MD136	退院支援ナースができたことで、共有してもらえる
		MD-140-2	退院支援看護師と困難な事例の時に、感情の共有ができる
感情を共有する	悩んだり、傷ついたりしたときに話せる	MD137	社会的な背景があることを共有してくれる方がいるので、すごく精神的にもありがたい、ほかにどうする方法があると一緒に考えていける
		MD140-1	傷ついたときには、こんなことを言われてと話ができただけで、自分の中でも気持ちの整理がついたりする
		ケA47	ケアマネは司令塔となり、一緒に悩んでくれる存在でよいと言われた
	同じ職種がゆえにわかってもらえない	ケC62	同じ職種がゆえに分かってもらえないことが、思いが複雑になる

資料4 退院に向けて困難なこと

カテゴリー	患者	職種	コード
困っていない	認知症	MSW	困っていません
	認知症	MSW	特には困っていない
	認知症	医師	特になし
	認知症	ケアマネジャー	なし
	認知症	ケアマネジャー	なし
	認知症	ケアマネジャー	特に認知症だからと困っていることはない
認知症症状があると退院が早まる	認知症	ケアマネジャー	入院時、不穏な為、治療中なのに急速退院が決まりサービス調整ができないことがある
	認知症	ケアマネジャー	急性期病院は、治療がすむとすぐ退院するように言うが、その状態では家族も自宅での生活に対し強い不安がある。病院側は周辺、症状にも目を向けてほしい
	認知症	ケアマネジャー	入院機関で退院調整してしまう為、主症状の改善が見られなくても退院支援をしなくてはならない
	認知症	ケアマネジャー	認知症が進行するからと、治療中に退院させられてしまう
	認知症	ケアマネジャー	認知症状の出現により退院が早まる事もある
	認知症	ケアマネジャー	入院中、認知症状が強いと早めの退院になり、家族もサービス利用の検討も難しいことがよくある
	認知症	ケアマネジャー	認知症の対応を病院ではできないので、おちつかないまま退院となる
	認知症	ケアマネジャー	認知症で問題行動のある方の退院は他の方に比べて急がされる
	認知症	ケアマネジャー	認知症があり、問題行動があると退院を急がされる
	認知症	ケアマネジャー	退院まで間、退院日程が急に決まる為退院時のカンファレンスの調整が困難、情報が十分とれない
	認知症	ケアマネジャー	病院内で、認知症が出るとすぐに退院となる。自宅でも見られず、すぐに施設も使えないことが多い
	認知症	MSW	認知症に対する対応策を講じないまま退院を急ぐ傾向がある(大変だから早くENTを…という感じ)
	認知症	MSW	認知症があるというだけで、一般の患者よりも、早急に退院を促されることが多い。調整が間に合わない
	認知症	MSW	定期的なカンファレンスはしているが、時々認知症の症状のため、退院を早めることがあり、受け入れる体制が十分できないことがある
	認知症	MSW	認知症の周辺症状(帰宅願望)が強いと本人が入院継続困難となってしまう、急きょ退院になってしまうことがある(退院後の生活支援ができないまま)
	認知症	MSW	問題行動のみが先走り、急性期HPでは非常に調整までの時間がない
	認知症	MSW	問題のある人は、早くと転院をせかされる
	認知症	MSW	Dr.が認知症以外の症状が軽減したら特に一方的に退院をすすめていくケースが多く困る
	認知症	MSW	徘徊や安静度守れず、不穏行動の多い患者様は、退院支援をチームで行っていても突然の退院ととなることが多い
	認知症	医師	認知症の患者は大変なので早く退院させようという雰囲気は何となくあると思う
認知症	看護師(退院調整)	1日でも早く退院させたい！もう少し認知症の特徴を理解して看護にあたってくれたら落ちついてくるであろうと思う人でも早期退院させようとする	
認知症	看護師(退院調整)	入院生活の継続が困難となり、急きょ退院が決まる時	
入院による認知症の悪化	認知症	ケアマネジャー	入院前から受け持っているケースが多いので、リロケーションダメージによる進行、BPSDの状況出来るだけ早く退院し、自宅出来る療養内容を示す
	認知症	ケアマネジャー	精神症状の悪化の対応
	認知症	ケアマネジャー	入院すると認知症の周辺症状が環境の変化によってさらに悪化することが多い
	認知症	ケアマネジャー	病院では出来ていたことが在宅では、まったくできなかつたりする
治療せずに退院	認知症	訪問看護師	在宅の時と病院での状況(認知症の程度)が変わっていたとき
	認知症	MSW	十分に治療を行えず退院となる場合がある
	認知症	MSW	「せん妄状態の患者」・「認知症の症状が入院によって悪化した患者」に対して、心療内科Dr.にコンサルトせずまま、すぐに退院させてしまう
	認知症	ケアマネジャー	認知症の対応を病院ではできないので、おちつかないまま退院となる
	認知症	ケアマネジャー	治療困難な為に突然退院を強制される。そのまま在宅に戻され、再入院になることが多い。施設に空きはほぼ無く、せめて数日時間が欲しい
退院先がない	認知症	ケアマネジャー	内科的な治療目的の入院であれば、認知症のための診察等行っていないし、又、急性期病棟での治療がなくなると退院になってしまう為、カンファレンスの希望(リハ病棟へ移らない場合)を伝え遅れるとそのまま在宅へ戻されてしまう
	認知症	MSW	自宅退院又は転院について、なかなか決まらない事が多い(患者様の受け皿が少ない)
	認知症	MSW	金銭的に施設は難しい場合がある。認知症状で施設受け入れ(転院)が難しい
	認知症	MSW	認知症の内服薬(アリセプト等)で老健に入所できない
認知症	MSW	精神科がない為せん妄等の対応ができない為早期に精神科への転院の調節依頼があるが、すぐに対応できる病院が見つからない	

	認知症	ケアマネジャー	重度の場合、行き場がない
	認知症	ケアマネジャー	ENT後の通院先
	認知症	ケアマネジャー	在宅での1人暮らしが困難を判断されても、受け入れ可能な施設が少なく、(認知症中重度や経済的困難さから)介護度が比較的軽度(介護度1~2レベル)でサービス調整
	認知症	ケアマネジャー	病院で対応できなくなると、急に退院の日程をせまってくることもあり、施設などの受け入れ先が無かったり、サービス調整に余裕がないことがあり困っている
	認知症	医師	認知症の対応可能な病院が少ない
	認知症	看護師(退院調整)	認知症患者を受け入れる施設制限があり、退院後の選択肢が狭くなる
	認知症	看護師(退院調整)	認知症を専門とする医療機関が少なく、相談や受診するにも医師(開業医など)の協力が必要
地域に使えるサービスが少ない	認知症	ケアマネジャー	独居の方の場合は、他職種で連携が必要となり準備に時間がかかる
	認知症	ケアマネジャー	独居の場合、市町村の担当の考え方が、当事者より自分たちの勤務形態優先なので日程等の調整が難しい事
	認知症	ケアマネジャー	実際に必要とされるサービスの種目と退院時に話し合った種目に生活に支障が出る様な違いが発生している
	認知症	ケアマネジャー	受け入れて、生活をみなければ個々ケースが違うのでどのサービスが必要か？本人にふさわしいか困る
	認知症	ケアマネジャー	ADLの高い認知症の方の場合は、介護認定も低い場合が多く、HPのような環境調整は困難なことが多い
	認知症	ケアマネジャー	結局、認知症に対しての必要なサービスが不足している
	認知症	訪問看護師	認知症の人で、家族さんがいる場合はいいが、独居や老夫婦のみの家庭の場合、ヘルパーさんを入れたいが、介護度により思うように使えない時がある。
	認知症	訪問看護師	医療的管理が必要であるが、介護者不在や困難な面あり
	認知症	訪問看護師	ADLの低下していない認知症の方の場合、社会資源の活用のし方等対応が遅くなるケースが多いと感じている
	認知症	訪問看護師	利用しているサービス
	認知症	訪問看護師	介護保険制度、サービス内容の知識不足
	認知症	看護師(退院調整)	入院中に発症した人は、自宅に帰りたくても帰れない
	認知症	看護師(退院調整)	地域に使えるサービス(認知症)が少ない 専門医がいない
	認知症	MSW	社会資源に限界がある
	認知症	MSW	地域での社会資源利用について納得してくれない
目標の統一ができていない	認知症	訪問看護師	目標が統一できない
	認知症	訪問看護師	どこに焦点をあてるのか？本人、家族
	認知症	訪問看護師	対応の仕方をはっきり提示できないまま、それぞれがケアに入ってしまうこと
	認知症	看護師(退院調整)	医師の方針がみえない
認知症の理解	認知症	訪問看護師	認知症の方の尊厳についての理解が少ないこと
	認知症	訪問看護師	入院中の家族指導が行われていなかったり、家族関係、役割が明確でなく退院してから実は～だったということが多い
	認知症	訪問看護師	病院での認知機能評価が今ひとつ…。“認知症”でひとくりにされてしまっている
	認知症	訪問看護師	認知症に詳しい医師が少なく、具体的な医師の指示は無いことが多い
	認知症	訪問看護師	認知症に対する理解不足
	認知症	訪問看護師	患者に対しての疾病(認知症状)の理解度に差がある
	認知症	訪問看護師	認知症に対する知識の不足から、各自的確な対応ができない
	認知症	訪問看護師	認知症についての理解が基本的に違うこと
	認知症	訪問看護師	対応の仕方をはっきり提示できないまま、それぞれがケアに入ってしまう
	認知症	ケアマネジャー	家族の認知症の理解
	認知症	ケアマネジャー	家族の認知症に対する理解がない場合、入院時に家族への指導を行ってほしい
	認知症	ケアマネジャー	専門職は認知症に対する理解があるが、家族の受け入れがうまくいかず、その辺りの関わりの部分で困ることがある
	認知症	ケアマネジャー	すぐ病院は抑制したが
	認知症	看護師(退院調整)	認知症状についての理解の違い 主治医との連携がうまくいかない
	認知症	看護師(退院調整)	認知症の専門知識をもっていない
認知症	看護師(退院調整)	認知症を理解できず病棟での対応のあり方、又家族が受け入れられない時、病院の機能と施設機能が理解されない場合	
認知症	看護師(退院調整)	医療者側で在宅はムリと判断してしまう	

	認知症	医師	意思決定プロセスが認知症患者の真の理解ができず、感情的(BPSD)な側面で適切になされないことあり
	認知症	MSW	病棟Nsによって、認知症の理解が乏しい、又適切な対応が出来ず、職種間の足なみが揃わない
	認知症	MSW	急性期においては認知症患者のケアが充分とはいえず、悪循環におちいることもしばしばある
	認知症	MSW	認知症ケアに対する考え方、取り組み方がスタッフによって違い、病棟で一貫されていない
職種によって 意見が違う	認知症	看護師(退院調整)	特にリハビリとのすり合わせが難しい
	認知症	看護師(退院調整)	Nsとしては早目のENTが、Ptにとって良いと考えるケースでも、Drが入院期間について、早期退院と考えていない事がある
	認知症	MSW	職種における価値観のちがいが、退院にあたって具体的になることがある
	認知症	MSW	服薬管理や外来受診などが確実にできなければ、退院許可をだしてくれない
	認知症	ケアマネジャー	職種間によって想像する今後のリスクが異なる為、むしろ参考になる
	認知症	ケアマネジャー	リハを拒否する認知症の人に対して、病棟側の理解なく、“本人が拒否しているから・・・”と退院を促されて困っています。医療職の方に個々の対応は難しいのかなと思っています
	認知症	ケアマネジャー	在宅生活が可能なのかの判断が職種によって異なる事
	認知症	医師	受入先の決定と入院期間の延長の相互関係により無駄な入院が多い
内服薬の 管理が できない	認知症	MSW	認知症を有することで内服薬の自己管理ができない
	認知症	ケアマネジャー	決まった事柄が実践できない時等。例えば…服薬管理や受診ができない
	認知症	ケアマネジャー	安定剤や眠剤の対応
	認知症	訪問看護師	1人暮らしの方の内服管理
	認知症	訪問看護師	認知症の方の服薬管理を訪問だけのサービス(1回/W)でしてほしいと言われる
	認知症	訪問看護師	薬の管理、食事小分などの迅速な連携
	認知症	看護師(退院調整)	病棟で管理するための向精神薬の使い方と、自宅で生活していくための内服コントロールが違うため、生活を見据えたコントロールが難しい
職種による 考え方の違い	一般	看護師(退院調整)	退院設定、ゴールの相違
	一般	看護師(退院調整)	退院めどやゴールの認識ができていないケースもある
	一般	看護師(退院調整)	ADLについてリハビリ科との考えの相違があり、離床が進まないケースもある
	一般	看護師(退院調整)	RHのゴールとして入院日数が長くなっている
	一般	看護師(退院調整)	方向性、価値感の不一致 特にリハビリテーションスタッフ
	一般	看護師(退院調整)	担当ケアマネの人によって、患者に対する思いの差を感じることもある
	一般	看護師(退院調整)	認識の違い捉え方の違いが、退院を延長させたりすることがある
	一般	MSW	病棟Nsとリハのゴールが違う
	一般	MSW	職種における価値観のちがいが、退院にあたって具体的になることがある
	一般	MSW	職種間によって退院期日の思いが異なる
	一般	MSW	とらえ方のちがいが
	一般	ケアマネジャー	医療職と福祉職等、職種間の専門性の違いをまとめることや、本人、家族の意向や価値観のすり合わせ
	一般	ケアマネジャー	Dr、MSW、看護師と異なる見解も多く調整にとまどうことがある
	一般	ケアマネジャー	入院先のHP、かかりつけのHP、介護保険の主Dr、等の各々の見解が異なる等の場合、家族や本人が高令であっても認知症はない場合は、ケアマネジャーが主導で話をすることもむずかしく、MSWとの連携に注意が必要
一般	訪問看護師	在宅と病院との「自宅で過ごせる」状態やケースのとらえ方の違い	
一般	訪問看護師	病院の看護職と在宅の私達との考えの違い	
サマリーが 役に立って いない	一般	看護師(退院調整)	サマリーが書かれない、遅い事がある
	一般	看護師(退院調整)	時間がないので入院時の看護サマリーもかけていないことが多い
	一般	ケアマネジャー	サマリーがないHPがある
	一般	ケアマネジャー	サマリーが遅く、在宅にむけての情報が少ない
一般	MSW	ケアマネ等に送るサマリーの内容記載が不十分なことが多い	
退院後の イメージが できていない	一般	看護師(退院調整)	病院スタッフの生活イメージを持っていない
	一般	看護師(退院調整)	特にDrは退院(支援を要する場合)の流れを把握していない。任せっきりの場合もある
	一般	訪問看護師	病院の医師・看護師が退院後の生活をイメージして退院支援できていない(まだ全然)
	一般	訪問看護師	入院前状況の知らない人は退院後どういう生活が送れるか、サービス提供者が想像できないことがある
	一般	訪問看護師	地域で生活をする上での困りごとのイメージがつきにくく、退院前のカンファレンスを必要ないと言われてしまうこともある

	一般	MSW	院内で安定・安全であれば在宅生活可能ととらえること(例えば院内では歩行器、在宅は歩行器ない)
	一般	MSW	退院後の生活イメージが乏しいスタッフの場合、支援等の考え方に温度差が生じる
	一般	MSW	退院後の生活の視点が病棟のNSが弱いと感ずることがある
	一般	MSW	病棟スタッフが在宅生活を予測した看護計画を立てていない。退院後の入浴方法、排泄方法、内服管理、食事形態など生活レベルでの見直しや検討が自主的に行われていない
	一般	ケアマネジャー	退院後の支援に関する理解度
一方的に決める	一般	看護師(退院調整)	退院決定が医師の指示の為、医師によっては、患者・家族の都合関係なく思い関係なく決める医師がいて困る。患者・家族が理解できないまますすめざるをえないケースもある
	一般	看護師(退院調整)	医師の一声で急にかわる
	一般	MSW	一部の医師だが、患者や家族の希望を聞かず、医師として医学的な所見で退院先を決めようとする
	一般	MSW	「せん妄状態の患者さん」「認知症の症状が入院によって悪化した患者さん」に対して、心療内科Drにコンサルトせずまま、すぐに退院させてしまうDrが一部いる
	一般	ケアマネジャー	患者本人、家族の希望を病院、特に医師の意見が優先され退院後在宅介護サービスが振り回される
	一般	訪問看護師	病院の予定(主治医が不在、など)によりターミナル期の利用者の退院が延期され、在宅に帰れなかった。病院では、こうでしたから、家でも大丈夫だと思いますと言われたが実際家では病院での想定外のことが多くなるが多く、伝えてもわかってもらえない
医療インフラの不備	一般	医師	医療インフラの不備
	一般	訪問看護師	病院側の家屋評価がすべてvery good, good job!!とはいえないことがある
	一般	訪問看護師	急な退院の場合ケアマネジャーがヘルパーや訪問入浴サービスや福祉用具のレンタルの調整にあわてる
	一般	ケアマネジャー	退院までに、用具や器具をどこに注文したらよいか?在宅では準備が大変だったことがあった
	一般	MSW	退院後を想定した環境作りができない
連携が難しい	一般	MSW	方針、方向性のとりまとめが病棟ではうまくいかず、連携室頼みになっている
	一般	MSW	アセスメント、先を見通して計画立てることが困難な担当との連携。支援の遅れや、Ptの不利益につながりかねない結果となる恐れもあるため回避したい
	一般	MSW	およその入院期間を伝え、ご本人の状況も連絡しているが、地域の関係者のアセスメントが遅れていたためカンファレンスの日程調整に時間がかかり、退院準備期間に時間がかかりすぎることもある
	一般	MSW	退院支援に関わっている患者の退院日がMSWまで情報が来ず、ケアマネジャーとの連携不足を生じる
	一般	MSW	医師によっては他職種の見解をとり入れない者がいる
	一般	MSW	医師との連携、話が出る機会が少ない。医師によっては、一方的な調整指示となることがある
	一般	MSW	連携室と病棟の連携がうまくとれてない?と感ずる事も
	一般	MSW	連絡が遅い
	一般	医師	主治医の協力
	一般	訪問看護師	主治医との連携
	一般	訪問看護師	ケアマネと病院地域連携室、病棟担当との連携不足
	一般	訪問看護師	介護(ヘルパー)と看護の連携や報連相ができていない
	一般	訪問看護師	訪問時間帯の把握ができない(時間が近いとケア内容が重複することある)
	一般	看護師(退院調整)	主治医とのかかり
	一般	看護師(退院調整)	医師とのコミュニケーションがスムーズでない。共有する場が少ない
	一般	看護師(退院調整)	診療部との意見が合わない事がある
	一般	看護師(退院調整)	看護師のサポートがあまりなくMSWにすべてを(退院支援に関すること)丸なげになりがち
	一般	看護師(退院調整)	リハビリと連携がうまくとれない
	一般	看護師(退院調整)	退院前訪問が積極的に行われていない
	一般	ケアマネジャー	医師との連携がとりにくい
	一般	ケアマネジャー	地域連携室をかきさずに退院調整の連絡が入る
	一般	ケアマネジャー	連携のとれない、特に大きな病院
	一般	ケアマネジャー	病院によって異なるが、相談員は協力的で、病棟の看護師の1割くらいは非協力的
一般	ケアマネジャー	Drの意見、相談員の先走り等、退院の日程調整、退院後のサービスの取組み、これらが連携とれてないと、関わりがしにくい	

一般	ケアマネジャー	退院の連絡があると病棟に在宅復帰に向けての注意点など聞き取りに行くが退院時連絡表、サマリーを見て下さいと言われる。しかし退院当日にしか渡されず、こちらの確認ができない日(休日など)は直接サービス事業所で確認してもらうことが多く質問などあった場合誰が病院側にきくかで困ったことがあった	
一般	ケアマネジャー	一部の病院で連携室と院内の事業所の連携がうまくいっていない(人間関係の問題と感じている)	
一般	ケアマネジャー	MSWがいらない病院は大変な時もあった、指定された日時に伺っても長時間持たされた事があった(Dr.or看護師)	
一般	ケアマネジャー	退院日が決まらず再々入院先に呼ばれ足を運ばざるえない事	
認知症	訪問看護師	事実を伝えていないことがある。担当の方でも対応に差がある	
認知症	訪問看護師	認知症の専門医が少なく、かかりつけ医も同様に専門性が低く医師不在の連携内容になりがち	
認知症	訪問看護師	ケアマネとの連携	
認知症	MSW	アセスメント、先を見通して計画立てることが困難な担当者との連携。支援の遅れや、Ptの不利益につながりかねない結果となる恐れもあるため回避したい	
認知症	MSW	専門医の不在	
認知症	MSW	各職種の見解・Dr治療期間などの報告・連絡がうまくいかない	
認知症	MSW	ケアマネなど院外の職種との連携が、救急入院もあるため難しいときある	
認知症	MSW	医師との連携	
認知症	MSW	医師の柔軟な理解を得られない	
認知症	医師	主治医の対応	
認知症	看護師(退院調整)	認知症外来や精神科と連携がとりにくい。受診予約が遅い	
認知症	ケアマネジャー	医師との連携がとりにくい	
認知症	ケアマネジャー	かかりつけ医と専門医を入院時等に早めにつないでほしい	
認知症	ケアマネジャー	時間を設けて議論できる機会が、専門職忙しく、とりにくい	
認知症	ケアマネジャー	MSWがいない病院はNSとの連携とりにくい	
認知症	ケアマネジャー	調整困難(意見が通らない)	
認知症	ケアマネジャー	現場(医療職)の多忙さが気になり、声かけしづらい	
認知症	ケアマネジャー	整形オペ後のリハビリ時、すぐ怒鳴る	
役割の理解	一般	MSW	MSWの必要性を退院調整の必要性を理解してもらえていない
役割の理解	一般	MSW	役割が重複している
役割の理解	一般	MSW	退院支援は全て地域連携室の仕事だと思われる
役割の理解	一般	MSW	本来であれば、自分の部署でやるべきことをおしつけられていると感じることがある。職種というより、人によって、退院支援に対して、消極的な人がいる
役割の理解	一般	訪問看護師	入院中の家族指導が行われていなかったり、家族関係、役割が明確でなく退院してから実は～だったということが多い
役割の理解	一般	ケアマネジャー	医療ニーズを把握、対応できない場合がある
役割の理解	一般	ケアマネジャー	病院の役割
認知症	MSW	役割	
認知症	ケアマネジャー	退院、退所後は全て任せられてしまう傾向が強い	
患者の理解	一般	訪問看護師	病棟看護師は病棟で問題がない＝家に帰ることも問題ないと考えがち
患者の理解	一般	ケアマネジャー	個性性を理解していない
患者の理解	一般	MSW	入院の主たる病名と異なる症状などで、退院が困難になる場合がある
認知症	訪問看護師	認知症のみを有する、と言うより認知症もあり、胃感がある、DMがある、等、別にも疾患がある場合	
認知症	訪問看護師	病院と在宅では様子が変わるため、在宅調整の時点で、予測しきれない。想定外の事態もおこること前提で話をすすめている	
認知症	訪問看護師	どの程度の認知症(HPと、自宅ではちがうため)なのかが、理解できていないまま退院となった事があるため不安が強かった	
認知症	訪問看護師	病状把握が困難	
認知症	MSW	認知症の症状、ご本人の理解がすすまず、退院可能であってもなかなか退院ができない事がある	
認知症	看護師(退院調整)	当院に精神科もないため、コンサルティングがうげにくい	
認知症	ケアマネジャー	暴言、暴力がある患者は、かかわり方ですい分変わると思うが、いろいろなスタッフがかわるため、統一することは難しい	
必要な情報が違う	一般	訪問看護師	必要な情報の違い
必要な情報が違う	一般	訪問看護師	こちらが必要としている情報が相手にはそうでもなく、大切に扱われていない若しくは情報がない事がある

	一般	看護師(退院調整)	問題と感じている事項に差があり、そこを十分につめないままの退院になることがある
	認知症	ケアマネジャー	入院中の情報が在宅では役に立たない事が多い
	一般	看護師(退院調整)	ケアの中心である病棟Nsが、患者の理解ができておらず退院前カンファレンスでの情報提供ができない(急性期病棟)
	一般	看護師(退院調整)	医師のカルテ記載が少なく、家族や本人への説明の情報不足
	一般	MSW	病棟Nsから「退院許可が下りた」という連絡のみで、経過や内容を把握していないことがあり、担当ケアマネ等へ詳しく情報を伝えられないことがある
	一般	訪問看護師	ストマ造設の方など、医療依存度の高い方のトラブルに対するアドバイスがないと、関わりが全くなかった患者の場合だとNs側も想像出来ないこともあるため、退院してトラブルが起こってくる場合もある
	一般	訪問看護師	退院調整は病棟発信であって特に医療的ケアが必要な場合、訪問看護～の情報提供や照会が全くないことがある
	一般	訪問看護師	病院Nsの情報不足
	一般	訪問看護師	本人や家族構成等で知らせていない事が多く、退院後にサービスへ反映できない事がある
	一般	ケアマネジャー	病院によって情報提供があったり、なかったりすることがあり、又、様式がさまざまでわかりにくい事もあるので、全国共通の情報シートのような用紙があれば便利であると思う
	一般	ケアマネジャー	入院中に病院(スタッフ)に入院前の情報が理解されていない
	一般	ケアマネジャー	MSWと現場の看護師との情報連携が上手くいっておらず、情報が統一できない
	一般	ケアマネジャー	NSは忙しく十分に聞きとりできない時に困る
情報不足	一般	ケアマネジャー	SW不在で情報不足
	一般	ケアマネジャー	連携室がある病院はまだ関わりやすいものの、無いところになると、主治の先生の意見や、情報を得られにくい
	認知症	MSW	情報の伝達不足(未連絡、カルテ未記入)
	認知症	MSW	インスリン等医療行為の指導がどこまで進んでいるのか、カルテからの記載が不十分
	認知症	MSW	独居で入院前の在宅情報(生活状況等)がわからないことがある
	認知症	看護師(退院調整)	病棟Nsの患者情報不足、患者理解ができてないことがあること
	認知症	看護師(退院調整)	在宅での情報、状況の理解がない
	認知症	訪問看護師	患者様の状態等把握できないままサービスに介入することがある
	認知症	訪問看護師	ノートを1冊用意して患者の情報を、訪問者が記入していくが、時間差が生じる。共通のネットワークが欲しい(他の市では一部、システムを作っている所もある)
	認知症	訪問看護師	早めの情報が入らない為、突然対応にとまどう事もある
	認知症	訪問看護師	在宅での状況が想定しにくい時に困る
	認知症	ケアマネジャー	NSは忙しく十分に聞きとりできない時に困る
	認知症	ケアマネジャー	SW不在で情報不足
	認知症	ケアマネジャー	退院直後のADLやBPSDが病院からの情報とちがうとき
	一般	看護師(退院調整)	関係職種の間カンファレンスができていない
	一般	看護師(退院調整)	情報共有できていない
	一般	看護師(退院調整)	退院ゴールが変更になったが、情報共有がされてなかったため、入院期間がのびた
	一般	看護師(退院調整)	目標、目的の共有がしにくい。アセスメントが違うためすり合わせが難しい時がある
	一般	看護師(退院調整)	方針がきちんと決まるまで時間がかかる
	一般	MSW	受持ちNSおよびチームでの共有不足
	一般	MSW	治療方針等、情報共有、チームとしてのコンセンサス形成
	一般	MSW	情報の共有
情報の共有ができていない	一般	MSW	病棟Nsと問題の共有が難しい
	一般	MSW	支援の過程より結果が重視する
	一般	訪問看護師	病院側の地域連携や病棟との情報共有、伝達がうまくいかないことは多い
	一般	訪問看護師	退院後の情報共有、相談など
	一般	訪問看護師	ケアマネの考えで、必要でないサービスをプランする(末期の状態態たきりでENT直後のデイなど)
	一般	ケアマネジャー	リハビリや看護面で困り事(→どこが、どの程度、どうしたらいいかetc)に対して具体的に指導されていない
	一般	ケアマネジャー	MSWが全てサービスを決めてしまっている事もあり、やりにくい
	一般	ケアマネジャー	明日退院でサービスの調整を依頼される。何でもケアマネへ丸投げされる
	一般	ケアマネジャー	在宅サービスを整えている時に、遅いと言われること

	一般	ケアマネジャー	家に帰ってから状況(ADL等)変わる事もあるが、その時に業務的な内容を決めて欲しいと言われる事が多く、ENT後臨機応変にとならない
	一般	医師	カンファレンスの間隔が大きくあいた場合、職種間の共有、情報が曖昧になる
	認知症	訪問看護師	病院で行っていた内容、やり方(こうすると拒否なくできたなど)等を具体的に教えてもらえた時には、ほかのスタッフに伝えやすかった(特にADLに関して)。これができていなかった時には、かかわりを持つときに困った
	認知症	訪問看護師	検討が十分されないと退院後介護する方の対応に苦慮することがある
	認知症	訪問看護師	病院と在宅での違いをふまえた話し合いや、共通理解が得られにくい
	認知症	ケアマネジャー	病院側の退院すればその後は関係性なしとの気持ちが感じられ、在宅生活での本人の安定した状態の着地点を皆で共有する事の意義をどこまで図れるか?
	認知症	ケアマネジャー	認知症との兼ね合いで本当に必要か疑問に感じることも多々ある
	認知症	看護師(退院調整)	入院前から認知症がある人は、ケアマネがよく状態を把握しているので、退院については職種間の情報交換はとても大切
	一般	ケアマネジャー	入院中と在宅では環境が違うため、入院中の情報が相違する場合がある
	一般	ケアマネジャー	病棟と連携室の退院日が異なることがあった
	一般	ケアマネジャー	併設の老人保健施設が在宅復帰型をとっており、1ヶ月の間に退所予定の人が延期になったり、違う利用者が急に有料老人ホームへ退所となることもある。有料老人ホームの特性を調べたり、情報伝達や情報共有の時間が充分とれないことがある
	一般	訪問看護師	連絡がとりにくかったり、言葉や文章で伝えられているか心配なこともある。特に、一人暮らしの方。同居の方は、前後の状況が分かっていて、情報を下さるので助かる
情報伝達が 上手くいって いない	一般	MSW	看護師が交代勤務のため、一度得られたコンセンサスが形を変えて伝わっていることがある
	一般	MSW	情報の伝達不足
	一般	MSW	情報の伝達不足、誤った情報が流れる(人によって伝える内容・情報が違う)
	一般	MSW	退院後の受診や処方日数などや使用できる処方薬の申し送りがあいまい
	一般	MSW	他の職種に申し送っても、その相手の職種間で申し送られていないが、間違っって申し送られている
	認知症	医師	退院後の通院、通所、入所等の詳細が伝わらないことがある
認知症	MSW	他の職種に申し送っても、その相手の職種間で申し送られていないが、間違っって申し送られている	
認知症	訪問看護師	遠方在住の子供、ケアマネジャー、病院、配食サービス、薬剤師、ディサービス、訪問看護、状況が変わりやすく、大切な情報をタイムリーに全てのメンバーに伝えるのは大変	
	一般	ケアマネジャー	カンファレンスや担当者の調整ができていく
	一般	ケアマネジャー	退院に向けてカンファレンスを希望し了承されたにも関わらず実施されなかった事
	一般	ケアマネジャー	病院側が話し合いなしに退院させることがある
	一般	ケアマネジャー	カンファレンスに呼ばれず、後日家族へ確認することや、今後の方針の決定後に連絡がくる事がある
	一般	ケアマネジャー	連携室を介さず、病棟看護師より直接「明日退院」等、情報が無く、サービス調整できないまま退院となる事がある
	一般	ケアマネジャー	MSWがいない病院又はMSWがいるが関わっていないケースで多いのは退院を知らしてくれない。後日、介護サービス事業所から連絡があり知る事がある。(入院時には、入院時等情報提供者は、病院へ送付、もしくは持参しているが)
	一般	ケアマネジャー	主治医とのカンファレンスの時間が十分とれない時がある
	一般	ケアマネジャー	話し合いの場に、関係する職種全員を集めるのが難しい
	一般	ケアマネジャー	退院時のカンファレンスの日程調整が困難
話し合いが できていない	一般	看護師(退院調整)	情報が末端まで通じない事が多々あり、準備が十分出来ない
	一般	看護師(退院調整)	病棟看護師とのコミュニケーションや検討、話し合いの時間が少ない。病棟によっては、Drとの話し合いの場がほとんどないこと
	一般	看護師(退院調整)	情報共有で終わってしまい、カンファレンスのテーマが不明確と感じる事がある
	一般	看護師(退院調整)	病棟看護師に依頼していたことが、できていなかったり伝わっていない
	一般	看護師(退院調整)	退院前カンファレンス、退院前訪問、等、人手不足が原因で充分に行えない
	一般	看護師(退院調整)	以前は連携するにあたり、重複する役割をどのようにしていくか、迷ったり、困ったりすることはあったが、話し合いを頻回にもつことにより解決できていると思う
	一般	訪問看護師	退院時カンファレンスで、訪問看護が必要であるとカンファレンス内で決まり、依頼がある時があるが、できれば退院時カンファレンスから参加しディスカッションしたい
	一般	訪問看護師	日程調整
	一般	訪問看護師	退院までに、全職種で調整する日程が合わない
	一般	訪問看護師	時間をとって話し合える場をもちににくい
	一般	訪問看護師	病院から地域へ移行するまでの調整機関が短いことが多く充分な検討ができていないことがある

	一般	訪問看護師	他職種と十分話し合うこともできないことがある。退院してから、になってしまう
	一般	訪問看護師	入院期間が短いこともあり、退院直前でのカンファレンスなどが多い
	一般	訪問看護師	退院時までには職種間で話し合いをする時間が作れないことがある。主治医との連携。認知症の治療が必要と考えていただけないことがあり、疾患・症状の治療が終れば、退院させてしまうようなこともある
	一般	訪問看護師	具体的に話し合う時間が訪問看護業務が多忙で調整しにくく、顔の見える連携がとりにくいこと
	一般	訪問看護師	訪問日、ヘルパー、デイとの調整が難しい
	一般	訪問看護師	会議に出席しない職種あり
	一般	訪問看護師	同一の利用者が入退院をくり返しているが、退院前カンファレンスで一度も担当医の出席がなく、今後の方針が確認しにくい
	一般	訪問看護師	在宅を想定した際のどのサービスが必要なのかの見極めが出来ていない。誰が考えるのか、ここからみんな検討する必要がある
	一般	MSW	カンファレンスを設けても時間がなく報告会になってしまったり、その後のフォローに充てる時間の共有ができない
	一般	MSW	自宅退院を希望する患者にダメ出しとして伝わる意見を言われてしまい、大丈夫にするにはどうすれば良いかの相談がしづらい
	一般	MSW	カンファレンスを実施するケース、できないケースがある
	一般	医師	職種間連携に欠時間がほとんどない
	一般	医師	独居の高齢神経認知障害者の場合、支える家族・ケアマネ・診療所等との調整が必要となる。しかし退院前カンファや家屋調査して出席できる医療スタッフのスケジュール調整に難渋し、欠席者がでてしまう
	一般	医師	多忙(全職種)を強く感じており、十分な連携を要するとわかっていても定常的なやりとりで終始しがち
	一般	医師	意見のくいちがいがある時、わだかまりが残るように感じる
	認知症	MSW	認知症の患者さんの退院調整は、病院の都合で進むことも少なからずあり、連携をとる間もなく一方的になってしまい、時間がとれないこと
	認知症	MSW	認知症、せん妄などの程度で周辺症状がおちつのが推移するのが時間の経過をみないと見極めにくい事があるが、今後の退院CFなどを検討していかないといけない事がある
	認知症	MSW	認知症だからと、すぐに適切な医療機関への通知が必要かの判断が難しい
	認知症	看護師(退院調整)	認知以外の関係者への連携があわただしく、時には、退院が決まった連絡がないまま退院となるケースもある
	認知症	訪問看護師	地域連携室を bypass せず退院されることがあり、カンファレンスのないことも多い
	認知症	訪問看護師	日程調整
	認知症	訪問看護師	調整できずに入院に戻ったりする
	認知症	訪問看護師	うつなど精神疾患を持ちながら、認知症もある利用者さんは特に個別的な対応を必要とするが、ケアマネによりけり、その人らしさではなく、デイ、配食、ヘルパーなどバックプランのように一律で決めてしまうことがある
	認知症	訪問看護師	病院と在宅での違いをふまえた話し合いや、共通理解が得られにくい
	認知症	訪問看護師	検討が十分されないと退院後介護する方の対応に苦慮することがある
	認知症	ケアマネジャー	カンファレンスに呼ばれず、後日家族へ確認することや、今後の方針の決定後に連絡がくる事がある
	認知症	ケアマネジャー	前日、当日になり病院から連絡が入り退院が決まったのでサービス調整を図って欲しいと言われる事
	認知症	ケアマネジャー	退院の連絡があると病棟に在宅復帰に向けての注意点など聞き取りに行くと退院時連絡表、サマリーを見て下さいと言われる。しかし退院当日にしか渡されず、こちらの確認ができない日(休日など)は直接サービス事業所で確認してもらうことが多く質問などあった場合誰が病院側にきくかで困ったことがあった
	認知症	ケアマネジャー	入院中に、その病院併設の訪問リハビリサービスを利用することで本人、家族と話を決めてしまっている
	認知症	ケアマネジャー	住宅改修、福祉用具もケアマネはいらないところで決めてしまっている
急に退院が決まる	一般	MSW	職種間で退院にあたっての考えが違うため、対立がおこる。そもそもMSWの必要性を退院調整の必要性を理解してもらえていない
	一般	MSW	利用者さん主体のサービスを組むには必要な時間・曜日が組みにくい事がある。退院前カンファレンスに全職種が出れない時がある
	一般	MSW	退院日について(MSWは自宅のサービスが整ってからと思っているが、Drは早く退院させたがる為)
	一般	MSW	医療機関が退院準備をすすめるスピードと地域の方職種の退院準備をすすめるスピードががみあわないことが多い
	一般	MSW	DrやNs、特にDrは医療の面のみ着目していることが多く、在宅を整えたりする時間を考えてもらえないことがあり、急に退院が決まったりする

一般	MSW	回転や動態が早く、情報が共有できぬままカンファレンスなどひらけぬままに、退院日だけ決まってい
一般	ケアマネジャー	本人、家族が転院やリハビリの継続を希望した場合、退院以外の選択肢を検討してほしい
一般	ケアマネジャー	急な退院
一般	ケアマネジャー	急な調整や、無理な退院の時
一般	ケアマネジャー	入院計画書の予定日より急に退院日が決まり数ヶ月も早くなる事
一般	ケアマネジャー	調整前に退院日だけが急に決まることある。
一般	ケアマネジャー	環境整備が整う前の退院がある。明日退院とか…
一般	ケアマネジャー	退院後の生活についてしっかり決まらなくても「退院日は決まっている」とゆずらない
一般	ケアマネジャー	急に退院し、会議の日程も組めない
一般	ケアマネジャー	退院カンファレンスの日程調整
一般	ケアマネジャー	急に退院が決まった場合、各事業所の担当者に連絡できなかったり、担当者会議(カンファレンス)への出席が難しい場合がある
一般	ケアマネジャー	急なカンファレンスで在宅の準備が出来ていない段階で退院日が決定されることがある
一般	ケアマネジャー	入院している利用者の退院日が、病院側から一方的に指定されることがあり退院後の生活に向けての調整が、日程的に難しい時がある
一般	ケアマネジャー	急に退院が決って、状況の変化により入院前利用していた事業所が断ってきた時。時間があれば良いのだが、急ぎの時はとてもあせってしまう
一般	ケアマネジャー	受け入れ体制が整わないうちに退院をいわれるケースがままある
一般	ケアマネジャー	在宅サービスが決まってないのに退院となること
一般	ケアマネジャー	経口摂取が十分できていないのに退院迫られる
一般	ケアマネジャー	急な退院
一般	ケアマネジャー	急な退院 情報が不足したままの退院(退院直後のADLが病院からの情報とちがうとき)
一般	ケアマネジャー	突然退院が決まり、サービスについても病院が決まっている
一般	ケアマネジャー	十分にサービス提供できる状況にない場合があり(人員不足など)
一般	ケアマネジャー	急な退院の際、連携も取れない状況となる
一般	ケアマネジャー	急性期病院に入院した場合、連携をとる前にバタバタと退院になってしまう
一般	訪問看護師	退院するのに環境調整があまりできていないのに数日前に連絡がきたりする
一般	訪問看護師	急に退院日が決まると他職種が何名も介入しているケースだと、集まって話をする日時の都合がつかず、そろえないこともある。特に連絡、調整してくれる医療連携室やケアマネの動き、熱意により連携のしやすさ、早さ、個別性が変わってくる。連絡が遅かったり、動きが悪いとバタバタする。早めに動けると個別的な介入もしやすい
一般	訪問看護師	退院日が既に決定してしまつて(それも数日中)から退院時カンファレンスに呼ばれても退院まで十分調整できない
一般	訪問看護師	退院が急に決まる事で対応が難しいことがある(訪問時間、回数、ヘルパーさんとの連携)
一般	訪問看護師	退院が急に決まり自宅で連携調整を行うことが多くなっている
一般	訪問看護師	退院まで在宅の方の準備が整いまま退院となることが多々ある。退院してからの状況をふまえて
一般	訪問看護師	一方的に退院がとんとんすすむことあり
一般	訪問看護師	急な退院の時の情報不足
一般	看護師(退院調整)	急な転院、退院の際、他職種への連絡もれやサマリーが準備する時間がとれないのではと気になる
一般	看護師(退院調整)	退院が急な場合、お互いの都合を合わせるのが困難
一般	看護師(退院調整)	地域連携のマンパワー不足で病棟にも退院調整協力頂いているが、Ptや家族が中心でなく病棟のBedコントロール中心に陥りやすい所(意見を言うが聞かない所もある人なので)
一般	看護師(退院調整)	退院日までに看護サイドの退院支援(生活指導etc)が間に合わず十分な教育指導のないままENTしてしまう
一般	看護師(退院調整)	急に退院が決まる事が多く、支援介入が不十分である
一般	看護師(退院調整)	急に退院が決つたり、治療方針が変更になったりした場合、その調整などで困つたり他職種の方に迷惑をかけるということがある
一般	看護師(退院調整)	退院が決定しても患者の自立度が入院前と異なり、自宅で今まで以上のサービスを受けないといけなくなった時の調整
一般	医師	突然退院が決まるので目標が立てにくい
認知症	ケアマネジャー	急な退院
認知症	ケアマネジャー	身体的には退院できる状態であっても日常生活が安全に過ごせるかを十分検討し、準備を行いたいが、退院日に合わせて進める事が多い
認知症	訪問看護師	福祉用具などの住宅環境が整わない状態での退院

	認知症	訪問看護師	自宅での受け入れが整わない状態で、急に退院が決まってしまう
	認知症	訪問看護師	周辺症状により入院加療困難となり退院が急に決まることがあり、介護方面、入院前状況などわからないままサービス始まることがある
	認知症	訪問看護師	退院が決まってからの話し合いの場合が多く、在宅で不足しているサービスがあってもとれ取えず退院して訪問に入りながら調整しなければならない
家族の介護力	一般	医師	家族に介護力がない
	一般	訪問看護師	家族の介護力
	認知症	訪問看護師	家族からの支援
	認知症	ケアマネジャー	KP(キーパーソン)の存在も重要
	認知症	ケアマネジャー	在宅での介護
	認知症	看護師(退院調整)	認知症の方を在宅で介護するのは限界がある
	認知症	看護師(退院調整)	認知症患者はサービスを利用しても、自宅で介護できない家族が多い
	認知症	看護師(退院調整)	家族の退院の受け入れが難しいケースもある
	認知症	看護師(退院調整)	認知症患者の療養の場において困るのは、家族のサポートがない場合と、サポートはあるが本人が他者の介入を受け入れない場合である、短期間でのコミュニケーションでは、むずかしい事が多い
	認知症	看護師(退院調整)	介護力があるということ
家族の受け入れ・ 家族の理解	一般	ケアマネジャー	明日退院となる事もあり家族の受け入れ態勢が整っていない時がある
	一般	ケアマネジャー	家族への連絡調整
	一般	ケアマネジャー	家族から「看護師から、認定のしなおしをしたらどうか、介○の方ではないですよ、と云われたがどうだろうか」…ということが2~3回あり家族の不安感情がある
	一般	ケアマネジャー	医師から退院に関する説明が家族にされておらず、連携室~家族への連絡より先に退院調整の依頼がある(ケアマネへ)ことがある。病院から何も聞いていないのに、ケアマネから先に話をするとおかしなってしまう
	一般	医師	家族との調整が遅れる
	一般	看護師(退院調整)	治療の意思決定に対するインフォームドコンセントが不十分
	一般	看護師(退院調整)	外来通院されていた方がいつの間にか入院されていて、通院後、外来にこられる。何のための入院だったのか。本人にきいてもはっきりしないことが多い、外来での問診やケアに支障が出る
	認知症	ケアマネジャー	認知症を有する患者は比較的短期間での入院治療となるが、それに対して家族の受け入れやサービス調整がスムーズといかない
	認知症	訪問看護師	家族の理解
	認知症	訪問看護師	家族指導もやってくれてると助かる
認知症	MSW	看護・介護職は生活状況についてご家族との情報交換やコミュニケーションが不足している	
認知症	MSW	入院で生じた不穏の場合、家族のとまどい等も考慮してあげてほしい	
認知症	看護師(退院調整)	家族の協力	
認知症	看護師(退院調整)	老老介護及び子供さんが遠方で話し合う日程調整がむずかしい	
医療者と患者・ 家族の思いの 不一致	一般	看護師(退院調整)	退院日が決まっても、(どうしてもその日が入院期限たとしても)受け入れ先や家族、サービス事業所の都合がつかず、スムーズに退院までいかない事も多い。病院側と受け入れ側のニーズのすり合わせが難しいことがある
	一般	看護師(退院調整)	急性期の場合、病棟が患者の思い、家族の思いを充分把握できてない
	一般	看護師(退院調整)	家族の意思が統一されていない事が多い
	一般	ケアマネジャー	退院に向けて、医療側と本人・御家族の要望がかみ合わない状況の中でケアマネが仲介せざるを得ない場面も増え対応に悩む
	一般	ケアマネジャー	家の事情(環境、介護力)を考えずに退院を勧める病棟関係者が多い。その為、連携室を通じた退院調整が多くなる
	一般	ケアマネジャー	病院の都合で、本人、家人が納得していない状態で退院となることがある(在宅で看れる状態でない場合)
	一般	ケアマネジャー	家屋調査、事前の外泊等を本人、御家族へ勧めてほしい
	一般	ケアマネジャー	病院は治療の場であってケアの場ではないと大前提で話しをされるとそんな事は十分わかっていて相談しているのだからという気持ちになる。その立場が言わせている事だと解ってはいるが利用者様1人1人の背景がある事をわかったうえで発言であってほしい。(愛を感じない時がある。)
	一般	MSW	医療者と家族の思いにギャップがあり、本人・家族の思いにより添えない
	認知症	ケアマネジャー	家族の理解が得られないまま在宅復帰してしまう
認知症	ケアマネジャー	本人の主張と家族の意向	
認知症	ケアマネジャー	入院中や施設入所されていた患者が在宅へ帰り、ケアマネジャーとして関わっていく上でサービス調整だけでなく、本人がやりたいこと、マンパワー(ストレングス)を生かした支援につなげられるような話し合いがなかなか持たない。	

	認知症	ケアマネジャー	家族の思い、主張が聞き入れてもらえないことはある
	認知症	MSW	本人の意見をどの程度尊重すべきか、家族の方の思いをどの程度かなえるか、折り合いをつける場所はどこか…職種によって家族の思いを反映させがち
	認知症	看護師(退院調整)	患者さんの意見、気持ちを後回しとなっており、病院の体質やDrの判断で行う事が多い
	認知症	訪問看護師	施設入所が決定している場合、施設側の方針を貫かれることが多い
	認知症	訪問看護師	本人の意志決定が困難な時リーダー的役割を誰が取るのか。又家族も代弁してくれないこともある
経済力	一般	訪問看護師	予算の問題
	一般	MSW	医師は単的に退院場所は施設と指定してくることが多い。経済面は度外視しているのでひじょうに困る。家族もとまどうひとが多い
	認知症	看護師(退院調整)	施設への入所も金銭面で問題となることがある
技術不足	一般	訪問看護師	ケア内容の確認ができていても、全スタッフが同じケアをできないため利用者様が十分なケアをうけられない
	一般	訪問看護師	医療的なケアの必要性
	認知症	MSW	対応方法をお伝えしても、スタッフ不足等の理由で施設入所、短期入所、通所介護等に受け入れをして頂くことが難しいことがある。
知識不足	一般	ケアマネジャー	看護師とのカンファレンスでは保険制度や介護サービスの内容を知らない方が多いと感じる
	一般	ケアマネジャー	担当者会議後、退院までに状況が変わったり、看護師から専門用語で言われて意味がつかめなかったりということもあった
	一般	ケアマネジャー	病院のSWにより力量の差がある事等
	一般	ケアマネジャー	アセスメント不足
	一般	訪問看護師	ケアマネの知識不足、調整力が乏しい
	一般	訪問看護師	在宅における職種の知識が不十分なため介護職への連携が難しいと感じる(介護職を持っているケアマネも)
	一般	訪問看護師	医療系の職種以外で、疾患のとらえ方、予測等先が見えていないまま話合いやサービス調整人に入るとする為、ニュアンスの伝わり方が違い苦労する
	一般	訪問看護師	なかなか専門職の方の意図がつかめない。専門知識を要する内容だと理解できない部分がある
	認知症	MSW	退院後の入浴方法、排泄方法、内服管理、食事形態など生活レベルでの見直しや検討が自主的に行われていない
能力の差	一般	医師	未熟なスタッフは、どうしても存在しているので、仕方ないことではあるが、不満な場合も多くあります
	認知症	医師	病院勤務で在宅医療経験のない医療スタッフが、病院視点でケア継続プランを立てがちになる
	認知症	医師	未熟なスタッフは、どうしても存在しているので、仕方ないことではあるが、不満な場合も多くあります
	認知症	医師	職種の中でも仕事の早い人と遅い人がいる
	認知症	看護師(退院調整)	介護支援専門員の能力に差が大きい
	認知症	MSW	病棟スタッフが在宅生活を予測した看護計画を立てていない
病院の対応の違い	一般	MSW	病院の連携室の質がよくない、無資格者、ケアマネがない等、連携室として機能していない
	一般	ケアマネジャー	相談員いないなど連携室のない病院は、とても困っている
	認知症	MSW	認知症ワーキングチームがあるが、個々のケースに導入させるところまでに至っていない
	認知症	ケアマネジャー	病院によって対応が違う
医療サービスの活用	一般	ケアマネジャー	サービスを計画する上で、各事業所の提供時間できる時間が重なってしまう等時間調整が難しい
	一般	ケアマネジャー	連携は特に困らないが、へき地なので使えるサービスが少なくて困っている
	一般	訪問看護師	退院調整及び退院後のイメージのえがき方が個人差が激しい。特に看護師は地域資源の活用、制度上の知識に乏しい
	認知症	ケアマネジャー	職種間というよりもサービス外の時間(家族のみで対応する時間、誰も介護者がいない時間)の対応について困る
	認知症	看護師(退院調整)	日中家族が仕事又は外出等をする時、患者さんを1人にする事ができないのでどの様なサービスを利用するのが一番いいのか
在宅の理解不足	一般	ケアマネジャー	入院先担当医、他医療職と退院後の在宅療養についての意識が低い場合があり関心が低く、協力が(カンファレンス等)得られない場合がある
	一般	ケアマネジャー	在宅サービスについての理解がされていない事があり、病院側は協力的な所と病院によっては理解しあうという姿勢が感じられない時がある
	一般	ケアマネジャー	元職現場看護職のMSWの方は、在宅の実情をご存じない方があり、無理なENT調整をしまい、サービス担当者会議となることがある
	一般	訪問看護師	入院中の問題点と在宅での問題点のフィッチが良くある。また、介護者と医療側での視点が、スれる時がある

一般	看護師(退院調整)	医師が各病棟の機能や病院機能について、理解されていない場合、いつでも病院にいてもよいと受けとられたり、医師に自宅退院は無理だと言われ、家族があきらめてしまうケースがある
認知症	ケアマネジャー	自宅での生活の理解
認知症	ケアマネジャー	退院支援室の在宅への理解の不十分さがある
認知症	ケアマネジャー	認知症状が進行している方は少ない。自宅で介護するにあたっては家族同居など見守り等があるなど、病院である程度話をしていると思う←在宅だとこういうサービスあるが、急に施設入所も困難等説明されているのでは？在宅と施設での生活のさびわけをしている？
認知症	看護師(退院調整)	職種により、地域包括ケアの理解が不十分の為、ゴールの捉え方が異なると感じる事がある
認知症	MSW	意欲低下や病識の欠如が課題となった場合、退院先に応じた生活スタイルを視野に入れたとらえ方をこちらからアプローチしないとしない
認知症	訪問看護師	入院中と在宅での対応は、まったく別なので、入院中のスタッフがENT前に少しでも在宅の様子を理解してほしい
認知症	訪問看護師	入院中のようすや、退院後のケアのフォローがわからないまま在宅生活をスタートすることがよくある

平成 年 月 日

〇〇訪問看護ステーション  
 所長 殿

国際医療福祉大学大学院  
 保健医療学専攻 先進的ケア・ネットワーク開発研究分野  
 荒添 美紀

### 調査協力をお願い(ご依頼)

平素、皆様におかれましては、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

私は国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 先進的ケア・ネットワーク開発研究分野の荒添美紀と申します。このたび学校法人国際医療福祉大学及び東京工科大学の承認を得て(国際医療福祉大学承認番号 16-Ig-84, 東京工科大学承認番号 E16HS-026 ), 下記の内容で、学位論文に関する研究を行うこととなりました。

つきましてはご多忙のところ大変恐縮ではございますが、調査協力者募集の実施および調査施設として貴施設にご協力、ご承諾いただけますようお願い申し上げます。

#### 記

#### 1. 研究課題名:

認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップ

#### 2. 目的:

本研究は、認知症を有する患者の退院をめぐる職種間連携の困難さを軽減するために、各職種がそれぞれ連携に対して、どのような認識を持っているのか、また職種間連携が困難なことで、実際にどのような問題が起きているのかを明らかにします。また職種間連携では、どのような内容がコミュニケーションギャップにつながっているのか、またそのコミュニケーションギャップの大きい内容や職種間によってコミュニケーションギャップに違いがあるのかを明らかにし、コミュニケーションギャップを少しでも埋めていくための方法を検討することを目的としています。

#### 3. 調査対象および研究方法:

調査対象者は、認知症を有する患者の在宅への退院に関わる職種で、病院に勤務する、医師、看護師、ソーシャルワーカー、在宅に関わるケアマネジャー、訪問看護師の各5名ずつ合計25名を対象としています。また勤務経験は5年以上としています。

研究方法は、インタビューガイドに基づき半構成的面接法で行います。インタビューの実施は、研究の説明から終了まで60分程度です。インタビューはプライバシーに配慮し、研究対象者の希望する日時、場所の個室で行います。また研究対象者に次の研究対象者を紹介してもらい、研究対象者数に達するまでインタビューを実施します。またICレコーダーに録音したものを逐語録とし、質的内容分析を実施します。逐語録は、研究対象者の承諾が得られた内容のみをデータとして取り扱います。またデータは、意味が損なわれないよう切片化しコード化し、類似する内容ごとに分類しカテゴリー化(抽象化)します。また、妥当性、信頼性確保のために、データ分類結果は時間的間隔をあげ、分類が固定されるまで繰り返し行います。

- 4 期間：  
倫理審査終了後～平成 28 年 12 月末日
- 5 場所：  
プライバシーが保護され個人情報の漏洩を防ぐため、研究対象者の希望する個室で実施致します。
- 6 研究概要  
※ 詳細は別紙の研究計画書のとおり
- 7 指導教員名・連絡先：  
国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 先進的ケア・ネットワーク開発研究分野  
教授 竹内 孝仁  
電話：03-5775-7858  
E-mail: [taketaka@iuhw.ac.jp](mailto:taketaka@iuhw.ac.jp)  
住所：〒107-0062 東京都港区南青山 1-3-3 青山 1 丁目タワー4 階
8. 本人連絡先：  
国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 先進的ケア・ネットワーク開発研究分野  
大学院生 荒添 美紀  
電話：03-6424-2169  
E-mail: [15S3001@giuhw.ac.jp](mailto:15S3001@giuhw.ac.jp)  
住所：〒144-8535 東京都大田区西蒲田 5-23-22

- 添付 1. 倫理審査結果通知書  
2. 研究計画書

以上

## 承諾書

国際医療福祉大学院

荒添 美紀 殿

別紙の説明書に基づき、次の項目について詳しい説明を受け十分理解し、本研究に関する被験者への倫理的配慮について納得しましたので、本施設利用者が研究に参加することを承諾します。

1. 研究課題名
2. 目的
3. 調査対象および研究方法
4. 期間
5. 場所
6. 研究概要（※詳細は研究計画書にて確認）
7. 指導教員名・連絡先
8. 本人連絡先

平成 年 月 日

施設名  
代表者職・氏名

職印

## 「認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップ」の研究に関する説明書

研究責任者

所属： 国際医療福祉大学大学院

専攻： 保健医療学専攻 先進的ケア・ネットワーク開発研究分野

職名： 大学院生 15S3001

氏名： 荒添 美紀

この説明書は「認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップ」の研究内容について説明したものです。本研究は、学校法人国際医療福祉大学の承認を得て行なうものです。

この計画に参加されなくても不利益を受けることは一切ありません。

ご理解、ご賛同いただける場合は、研究の対象者として研究にご参加くださいますようお願い申し上げます。

### ① 研究の名称及び当該研究の実施について研究機関の長の許可を受けている旨

研究の名称は、「認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップ」です。

この研究は、国際医療福祉大学倫理委員会、東京工科大学倫理委員会の承認を得て実施致します（国際医療福祉大学 承認番号16-Ig-84, 東京工科大学 承認番号E16Hs-026）。

### ② 研究機関の名称及び研究責任者の氏名

研究責任者は、国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 先進的ケア・ネットワーク開発研究分野 荒添美紀と申します。

### ③ 研究の目的及び意義

本研究は、認知症を有する患者の退院をめぐる職種間連携の困難さを軽減するために、各職種がそれぞれ連携に対して、どのような認識を持っているのか、また職種間連携が困難なことで、実際にどのような問題が起きているのかを明らかにします。また職種間連携では、どのような内容がコミュニケーションギャップにつながっているのか、またそのコミュニケーションギャップの大きい内容や職種間によってコミュニケーションギャップに違いがあるのかを明らかにし、コミュニケーションギャップを少しでも埋めていくための方法を検討することを目的としています。

認知症有する患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーション-退院支援につながられます。また、職種間連携をするうえで、職種間の良好な関係につながり、ストレスの軽減にもつながると考えているため意義がある研究であると考えています。

④ 研究の方法(研究対象者から取得された試料・情報の利用目的を含む。)及び期間

インタビューガイドに基づき半構成的面接法で行います。インタビューの時間は、研究の説明から終了まで60分程度となります。また分析方法は、ICレコーダーに録音したものを逐語録とし、質的内容分析を実施いたします。逐語録は、研究対象者の承諾が得られた内容のみをデータとして取り扱います。データは、意味が損なわれないよう切片化しコード化し、類似する内容ごとに分類しカテゴリー化(抽象化)します。また、妥当性、信頼性確保のために、データ分類結果は時間的間隔をあげ、分類が固定されるまで繰り返し行います。

倫理審査終了後から平成28年12月末日の期間で実施します。

⑤ 研究対象者として選定された理由

この研究は、認知症を有する患者の在宅への退院に関わる職種で、勤務経験5年以上の病院に勤務する医師、看護師、ソーシャルワーカー、在宅に関わるケアマネジャー、訪問看護師の各5名ずつ、合計25名を対象としています。研究対象者は、紹介していただいた方々に次のインタビューさせていただきスノーボールサンプリングで実施します。なお実施にあたっては、施設長の承諾を得たうえで実施します。

⑥ 研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスク及び利益

半構成的面接法による調査では、インタビューガイドに基づき精選した内容でインタビューを実施しますが研究の説明から終了まで約60分の貴重な時間を割いて、本研究にご協力をいただくこととなります。

また、インタビューでは、職種間連携での困難な内容を想起していただくこととなりますが、想起した内容によっては不快感を生じる可能性も考えられます。そのため、不快感が生じた場合には、インタビューの途中であっても、インタビューは中断いたします。

本研究に協力することにより、職種間連携での関わり方を見直すきっかけとなります。また、研究結果を発表していくことで、認知症を有する患者の退院支援にもつながると考えているため、ご協力頂けると有り難いです。

⑦ 研究が実施又は継続されることに同意した場合であっても随時これを撤回できる旨(研究対象者等からの撤回の内容に従った措置を講じることが困難となる場合があるときは、その旨及びその理由)

研究協力の同意をいただいても、インタビュー時、回答したくない事項に関しては、非回答でもかまいません。またインタビュー中であっても、途中で取りやめることは可能です。

⑧ 研究が実施又は継続されることに同意しないこと又は同意を撤回することによって研究対象者等が不利益

な取扱いを受けない旨

回答への自由意志に基づくもので、同意しない場合でも、何ら不利益を被ることはありません。

⑨ 研究に関する情報公開の方法

本研究の結果は、研究対象(協力)者を特定できないように対処した上で、博士論文として公表する予定です。さらに関連学会で発表し、論文投稿する予定です。

⑩ 研究対象者等の求めに応じて、他の研究対象者等の個人情報等の保護及び当該研究の独創性の確保に支障がない範囲内で研究計画書及び研究の方法に関する資料を入手又は閲覧できる旨並びにその入手又は閲覧の方法

ご希望があれば、他の研究対象(協力)者等の個人情報の保護及び本研究の独創性の確保に支障がない範囲内で、研究計画及び研究の方法に関する資料を入手又は閲覧することができます。その場合は、説明文書末尾の問い合わせ等の連絡先にご連絡願います。

⑪ 個人情報等の取扱い(匿名化する場合にはその方法を含む。)

個人情報を記載した名簿の管理は、パソコンには保存せず、1つの記憶媒体にて保存いたします。またインタビューで録音したSDカードは、実施責任者の研究室にある鍵のかかる書棚に厳重に保管した上で研究終了後5年、もしくは研究結果の最終公表から3年のいずれか遅い日に粉砕廃棄します。個人の特定化につながる情報は、匿名化・記号化し、文字情報として書き起こした電子データは、研究終了後5年、もしくは研究結果の最終公表から3年のいずれか遅い日に粉砕廃棄します。また電子ファイルは、インターネットに接続できるパソコン上では使用いたしません。研究の結果は、学会や学術雑誌において発表される可能性がありますが、個人が特定できるような形で回答内容がそのまま公表されることはありません。

⑫ 研究の資金源等、研究機関の研究に係る利益相反及び個人の収益等、研究者等の研究に係る利益相反に関する状況

本研究に関する経費は自己収入により負担し実施いたします。研究対象者の負担はありません。

また、本研究は、特定の民間企業等への利益に資するものではなく、またこれらからの制限を受けて実施するものではありません。

⑬ 研究対象者等及びその関係者からの相談等への対応

本研究に関する相談等がございましたら、下記お問い合わせ等の連絡先にご連絡願います。

研究責任者等が誠意を持って対応いたします。

〈お問い合わせ等の連絡先〉

- ・研究者 国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻先進的ケア・ネットワーク分野  
大学院生 荒添 美紀  
電話: 03-6424-2169  
E-mail: 15S3001@giuhw.ac.jp  
住所: 〒144-8535 東京都大田区西蒲田 5-23-22
  
- ・指導教員 国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻先進的ケア・ネットワーク分野  
教授 竹内 孝仁  
電話: 03-5775-7858  
E-mail: taketaka@iuhw.ac.jp  
住所: 〒107-0062 東京都港区南青山 1-3-3 青山1丁目タワー4階

## 同意書

荒添 美紀 殿

私は「認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップ」の研究について、国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 先進的ケア・ネットワーク開発研究分野の荒添 美紀から、別紙の説明書に基づき、次の項目について詳しい説明を受け、十分理解し納得できましたので、研究に参加することに同意します。

### 説明事項

- ① 研究の名称及び当該研究の実施について研究機関の長の許可を受けている旨
- ② 研究機関の名称及び研究責任者の氏名
- ③ 研究の目的及び意義
- ④ 研究の方法及び期間
- ⑤ 研究対象者として選定された理由
- ⑥ 研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスク及び利益
- ⑦ 研究が実施又は継続されることに同意した場合であっても随時これを撤回できる旨
- ⑧ 研究が実施又は継続されることに同意しないこと又は同意を撤回することによって研究対象者等が不利益な取扱いを受けない旨
- ⑨ 研究に関する情報公開の方法
- ⑩ 研究対象者等の求めに応じて、研究計画書及び研究の方法に関する資料を入手又は閲覧できる旨
- ⑪ 個人情報等の取扱い(匿名化する場合にはその方法を含む。)
- ⑫ 研究者等の研究に係る利益相反に関する状況
- ⑬ 研究対象者等及びその関係者からの相談等への対応

平成 年 月 日

(自署)

研究協力者 氏名: \_\_\_\_\_

## 同 意 撤 回 書

荒添 美紀 殿

私は「認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップ」の研究への参加に同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 先進的ケア・ネットワーク開発研究分野の荒添 美紀に伝え、ここに同意撤回書を提出します。

平成 年 月 日

(自署)

研究協力者 氏名: \_\_\_\_\_

平成29年7月1日

病院長 および各所属部長 様

保健医療学専攻  
先進的ケア・ネットワーク開発研究分野  
荒添 美紀

### 調査協力をお願い(ご依頼)

私は国際医療福祉大学医療福祉学研究科で先進的ケア・ネットワーク開発研究分野を専攻しております荒添美紀と申します。

このたび学校法人国際医療福祉大学の承認を得て(国際医療福祉大学 承認番号 17-Ig-24)、下記の内容で、学位論文に関する研究を行うこととなりました。

つきましてはご多忙中のところ大変恐縮ではございますが、調査協力者募集の実施および調査施設として貴施設にご協力いただきたく、ご承諾いただけますようお願い申し上げます。

#### 記

##### 1.研究課題名

認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップ

##### 2.目的

認知症を有する患者の退院における職種間連携では、どのような内容がコミュニケーションギャップにつながっているのか、コミュニケーションギャップの大きい内容や職種間によってコミュニケーションギャップに違いがあるのかを明らかにし、コミュニケーションギャップを少しでも埋めていくための方法を検討することを目的としています。

##### 3.調査対象および研究方法

調査対象者は、全国の200～400床程度の急性期病院に勤務する医師、看護職、ソーシャルワーカー、また、在宅に関わるケアマネジャー、訪問看護師(各職種500名、合計2,500名程度の予定)です。

尚、今回のアンケートの依頼人数は、

医師 1名      退院支援にかかわる看護師 1名      MSW 1名

をお願いいたします。

依頼にあたっては、都道府県HP、日本病院会会員一覧に掲載されている病院、全国の居宅介護支援事業所一覧表および各都道府県厚生局による訪問看護事業所一覧表より、地区、設置主体などを考慮し選出し、病院長・看護部長または所長の了承を得たうえで、依頼書、質問紙および返信用の封筒を郵送いたします。

回答は、無記名式で個別郵送法により回収いたします。また病院長・看護部長または所長の承認は、調査対象者に配布していただいたことで、調査の了承を得たものとさせていただきます。また調査対象者の同意は、回答の返送をもって調査協力で同意したものとさせていただきます。質問紙法で得られたデータは、統計的分析を行います。

本研究は、科学研究費助成事業(学術研究助成基金助成金)(基盤研究C)(課題番号:16K12006)の助成を受け実施しております。

4.期間

倫理審査終了後 ～ 2018年3月末日（アンケートの締め切り 7月31日(月)）

5.場所

調査対象者の勤務施設

6.研究概要 ※ 詳細は別紙の研究計画書のとおり

7.指導教員名・連絡先

国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 先進的ケア・ネットワーク開発研究分野

教授 竹内 孝仁

電話 : 03-5775-7858

E-mail : taketaka@iuhw.ac.jp

住所 : 〒107-0062 東京都港区南青山 1-3-3 青山 1 丁目タワー4 階

8.本人連絡先

国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 先進的ケア・ネットワーク開発研究分野

大学院生 荒添 美紀

電話 : 0422-47-8001 内線 1407

E-mail : 15S3001@g.iuhw.ac.jp

住所 : 〒181-8612 東京都港区南青山 1-3-3 青山 1 丁目タワー4 階

添付 1. 倫理審査通知書

2. 研究計画書

以上

平成29年7月1日

居宅介護支援事業所  
訪問看護ステーション  
事業所所長 殿

保健医療学専攻  
先進的ケア・ネットワーク開発研究分野  
荒添 美紀

### 調査協力をお願い(ご依頼)

私は国際医療福祉大学医療福祉学研究科で先進的ケア・ネットワーク開発研究分野を専攻しております荒添美紀と申します。

このたび学校法人国際医療福祉大学の承認を得て(国際医療福祉大学 承認番号 17-1g-24)、下記の内容で、学位論文に関する研究を行うこととなりました。

つきましてはご多忙中のところ大変恐縮ではございますが、調査協力者募集の実施および調査施設として貴施設にご協力いただきたく、ご承諾いただけますようお願い申し上げます。

#### 記

#### 1.研究課題名

認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップ

#### 2.目的

認知症を有する患者の退院における職種間連携では、どのような内容がコミュニケーションギャップにつながっているのか、コミュニケーションギャップの大きい内容や職種間によってコミュニケーションギャップに違いがあるのかを明らかにし、コミュニケーションギャップを少しでも埋めていくための方法を検討することを目的としています。

#### 3.調査対象および研究方法

調査対象者は、全国の200~400床程度の急性期病院に勤務する医師、看護職、ソーシャルワーカー、また、在宅に関わるケアマネジャー、訪問看護師(各職種500名、合計2,500名程度の予定)です。

尚、今回のアンケートの依頼人数は、

居宅介護支援事業所 ケアマネジャー 1名 または 訪問看護ステーション 訪問看護師 1名  
をお願いいたします。

依頼にあたっては、都道府県HP、日本病院会会員一覧に掲載されている病院、全国の居宅介護支援事業所一覧表および各都道府県厚生局による訪問看護事業所一覧表より、地区、設置主体などを考慮し選出し、病院長・看護部長または所長の了承を得たうえで、依頼書、質問紙および返信用の封筒を郵送いたします。

回答は、無記名式で個別郵送法により回収いたします。また病院長・看護部長または所長の承認は、調査対象者に配布していただいたことで、調査の了承を得たものとさせていただきます。また調査対象者の同意は、回答の返送をもって調査協力で同意したものとさせていただきます。質問紙法で得られたデータは、統計的分析を行います。

本研究は、科学研究費助成事業(学術研究助成基金助成金)(基盤研究C)(課題番号:16K12006)の助成を受け実施しております。

4.期間

倫理審査終了後 ～ 2018年3月末日 ( アンケートの締め切り 7月31日(月) )

5.場所

調査対象者の勤務施設

6.研究概要 ※ 詳細は別紙の研究計画書のとおり

7.指導教員名・連絡先

国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 先進的ケア・ネットワーク開発研究分野  
教授 竹内 孝仁

電話 : 03-5775-7858

E-mail : taketaka@iuhw.ac.jp

住所 : 〒107-0062 東京都港区南青山1-3-3 青山1丁目タワー4階

8.本人連絡先

国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 先進的ケア・ネットワーク開発研究分野  
大学院生 荒添 美紀

電話 : 0422-47-8001 内線 1407

E-mail : 15S3001@g.iuhw.ac.jp

住所 : 〒181-8612 東京都港区南青山1-3-3 青山1丁目タワー4階

添付 1. 倫理審査通知書

2. 研究計画書

以上

## 「認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップ」 の研究に関する説明書

### 研究責任者

所属： 国際医療福祉大学

職名： 教授

氏名： 竹内 孝仁

この説明書は「認知症を有する患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップ」の内容について説明したものです。

本研究は、国際医療福祉大学の承認を得て行なうものです。

この計画に参加されなくても不利益を受けることは一切ありません。

ご理解、ご賛同いただける場合は、研究の対象者として研究にご参加くださいますようお願い申し上げます。

#### ① 研究の名称及び当該研究の実施について研究機関の長の許可を受けている旨

研究の名称は、「認知症を有する患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップ」です。この研究は、国際医療福祉大学倫理委員会の承認を得て実施致します（国際医療福祉大学 承認番号 17-Ig-24）。

#### ② 研究機関の名称及び研究責任者および研究者の氏名

研究責任者は、国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 先進的ケア・ネットワーク開発研究分野 竹内孝仁です。研究者は、国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 先進的ケア・ネットワーク開発研究分野 荒添美紀と申します。

#### ③ 研究の目的及び意義

本研究は、認知症を有する患者の退院をめぐる職種間連携の困難さを軽減するために、各職種（医師・看護師・医療ソーシャルワーカー（以下MSW）、ケアマネジャー、訪問看護師）がそれぞれ職種間連携に対して、どのような認識を持っているのか、また職種間連携では、どのような内容がコミュニケーションギャップにつながっているのか、職種間によってコミュニケーションギャップに違いがあるのかを明らかにし、コミュニケーションギャップを少しでも埋めていくための方法を検討することを目的としています。

本研究は、認知症を有する患者の退院をめぐる職種間連携の困難さの軽減につながり、患者のよりよい退院支援につながられると考えています。また、職種間連携での良好な関係性につながると考えています。

<用語の定義>

・認知症を有する患者とは、一般病棟に身体疾患で入院中の患者で、認知症の中核症状(記憶障害、見当識障害など)や周辺症状(徘徊、妄想、せん妄、睡眠障害など)が出現している患者のことをいいます。

・コミュニケーションギャップ:コミュニケーションギャップとは、相互に理解しあうべきコミュニケーションで、その理解の仕方や価値観の相違、情報の不足などにより、食い違いを見せることをいいます。

④ 研究の方法(研究対象者から取得された試料・情報の利用目的を含む。)及び期間

調査対象者は、全国の200~400床未満程度の急性期病院に勤務している医師、看護師、ソーシャルワーカー、在宅に関わるケアマネジャー、訪問看護師(各職種500名、合計2,500名程度の予定)です。

研究方法は、都道府県HP、日本病院会会員一覧に掲載されている病院、全国の居宅介護支援事業所一覧表および各都道府県厚生局による訪問看護事業所一覧表より、地区、設置主体などを考慮し選出し、病院長・看護部長または所長の了承を得たうえで、依頼書、質問紙および返信用の封筒を配布いたします。回答は無記名式で個別郵送法により回収いたします。回答の返送をもって調査協力に同意したものといたします。質問紙法で得られたデータは、統計的分析を行います。

調査期間は、倫理委員会承認~2018年3月の期間で実施します(今回のアンケートは、7月31日(月)まで)。

⑤ 研究対象者として選定された理由

認知症を有する患者の在宅への退院に関わる職種で、病院に勤務する、医師、看護師、ソーシャルワーカー、在宅に関わるケアマネジャー、訪問看護師を対象としています。

⑥ 研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスク及び利益

研究対象者の貴重な時間を割いて、本研究にご協力をいただくこととなります。

本研究に協力することにより、職種間連携での関わり方を見直すきっかけとなると考えています。また、研究結果を発表していくことで、認知症を有する患者の退院支援にもつながると考えているため、ご協力頂けると有り難いです。

⑦ 研究が実施又は継続されることに同意した場合であっても随時これを撤回できる旨(研究対象者等からの撤回の内容に従った措置を講じることが困難となる場合があるときは、その旨及びその理由)

回答の返送をもって調査協力に同意したものとさせていただきます。研究対象者からの撤回は、質問紙を無記名式で回収させていただいておりますので、個人が特定できません。そのため、撤回措置を講じることができません。

⑧ 研究が実施又は継続されることに同意しないこと又は同意を撤回することによって研究対象者等が不利益

な取扱いを受けない旨

回答への自由意志に基づくもので、同意しない場合でも、何ら不利益を被ることはありません。

⑨ 研究に関する情報公開の方法

本研究の結果は、博士論文として公表する予定です。さらに関連学会で発表し、論文投稿する予定です。

⑩ 研究対象者等の求めに応じて、他の研究対象者等の個人情報等の保護及び当該研究の独創性の確保に支障がない範囲内で研究計画書及び研究の方法に関する資料を入手又は閲覧できる旨並びにその入手又は閲覧の方法

ご希望があれば、他の研究対象(協力)者等の個人情報の保護及び本研究の独創性の確保に支障がない範囲内で、研究計画及び研究の方法に関する資料を入手又は閲覧することができます。その場合は、説明文書末尾の本研究に関しての問い合わせ等の連絡先にご連絡願います。

⑪ 個人情報等の取扱い(匿名化する場合にはその方法を含む。)

本研究に係るすべての研究者は、「ヘルシンキ宣言」および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守して実施いたします。

研究実施に係る情報を取扱う際は、研究対象者の個人情報とは無関係の番号を付して管理し研究対象者の秘密保護に十分配慮いたします。情報を研究事務局等の関連機関に送付する場合はこの番号を使用し、研究対象者の個人情報が院外に漏れないよう十分配慮いたします。また、研究の結果を公表する際は、研究対象者を特定できる情報を含まないようにいたします。研究の目的以外に、研究で得られた研究対象者の情報は使用いたしません。

⑫ 試料・情報の保管及び廃棄の方法

個人情報を記載した名簿の管理は、パソコンには保存せず、1つの記憶媒体にて保存いたします。また質問紙で得られた結果は、鍵のかかる保管場所に厳重に保管した上で、研究終了後5年、もしくは研究結果の最終公表から3年のいずれか遅い日に、粉碎破棄します。また電子ファイルは、インターネットに接続できるパソコン上には保存しないこと個人の特定化につながる情報は記号化して取り扱います。

⑬ 研究の資金源等、研究機関の研究に係る利益相反及び個人の収益等、研究者等の研究に係る利益相反に関する状況

本研究に関する経費は、科学研究費助成事業(学術研究助成基金助成金)(基盤研究 C)(課題番号:

16K12006)の助成を受け実施いたします。研究対象者の負担はありません。

また、本研究は、特定の民間企業等への利益に資するものではなく、またこれらからの制限を受けて実施するものではありません。

⑭ 研究対象者等及びその関係者からの相談等への対応

本研究に関する相談等がございましたら、下記お問い合わせ等の連絡先にご連絡願います。

研究者等が誠意を持って対応いたします。

<お問い合わせ等の連絡先>

・研究者 国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻先進的ケア・ネットワーク分野  
大学院生 荒添 美紀  
電話 : 0422-47-8001 内線 1407  
E-mail: 15S3001@g.iuhw.ac.jp  
住所 : 〒107-0062 東京都港区南青山 1-3-3 青山 1 丁目タワー4 階

・指導教員 国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻先進的ケア・ネットワーク分野  
教授 竹内 孝仁  
電話 : 03-5775-7858  
E-mail: taketaka@iuhw.ac.jp  
住所 : 〒107-0062 東京都港区南青山 1-3-3 青山 1 丁目タワー4 階