

令和元年6月15日現在

機関番号：32610

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2016～2018

課題番号：16K12006

研究課題名(和文) 地域包括ケアでの多職種連携やチーム医療・介護に求められるヒューマンスキルの育成

研究課題名(英文) Upbringing of the human skill required for multi-sectoral collaboration in community comprehensive care and team medical care and nursing care

研究代表者

荒添 美紀 (ARAZOE, MIKI)

杏林大学・保健学部・特任教授

研究者番号：60458396

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,300,000円

研究成果の概要(和文)：職種間連携でのコミュニケーションの特徴は、【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】等で、各職種の認識は、【各職種がやるべきことを行うことが連携】【各職種で調整したりサポートするのが連携】等のように、職種による違いが認められた。認知症を有する患者に対しても、職種による認識の違いがあり、職種によるコミュニケーションスキルや認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の困難さに繋がっていた。コミュニケーションの育成には、各職種の役割や職種の理解を深めたり、臨地実習の工夫や各職種が共に学べる研修などの教育プログラムを検討していくことが必要である。

研究成果の学術的意義や社会的意義

職種間連携でのコミュニケーションや、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。

研究成果の概要(英文)：Characteristics of communication during collaboration among professionals, which forms the basis of human skills, include the following: [Speaking freely, speaking unilaterally], [Overbearing and superior attitude and manner of speaking], among others. he recognition of each professional was different as follows; [Collaboration means each professional doing what he/she should do], [Collaboration means making adjustments and providing support among professionals], among others. There were also differences in the recognition of patients with dementia depending on the profession. Differences in communication skills and recognition depending on communication gaps resulting from the profession, that lead to difficulties in communication. To improve communication and deal with communication gaps, it is important to develop educational programs for increasing understanding about each professional role practical training and participation in joint training with other professionals.

研究分野：看護教育

キーワード：職種間連携でのコミュニケーション コミュニケーションギャップ

## 1. 研究開始当初の背景

厚生労働省（2016）は、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。また厚生労働省（2016）は、「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～（新オレンジプラン）」を発表した。

認知症の人は、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により一般病棟にも入院しており、一般病棟7対1及び10対1では、患者は2割程度、療養病棟においては6割以上入院しており、「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡ以上の割合は、一般病棟7対1及び10対1病棟でも2割程度との報告もある（厚生労働省、2016）。そのような中、認知症を有する患者は、入院の原因となっていた疾患の治療が終えると退院が決まり、施設や自宅に戻っているのが現状である。そのため、特に自宅に戻る場合には、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。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。

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をはじめとしたヒューマンスキルが求められてくる。

しかし、研修会に出席していた際の看護師、薬剤師、放射線技師らによると、「他職種との関わりが難しく連携が取れにくい」「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」といった意見を聞くことが多く、先行研究でも、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（金原ら、2012）、多職種への遠慮やチーム委員間の情報共有ができず、多職種との連携が難しい（原田ら、2013）といった報告もされている。

菊地（2000）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（2011）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。そのため、職種間連携におけるコミュニケーションの困難さには、各職種によるコミュニケーションギャップが生じており、そ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が、地域包括ケアでの多職種連携やチーム医療・介護でのコミュニケーションの困難さを軽減することとなり、患者・家族へのよりよい退院調整や退院支援に繋がると考えている。

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」（厚生労働省、2010）である。また、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（松村、2012）。

## 2. 研究の目的

本研究は、地域包括ケアでの、保健・医療・福祉関係者の多職種連携やチーム医療・介護に求められるヒューマンスキルの特性や地域包括ケアを困難としている内容およびその要因を明らかにし、ヒューマンスキル育成に向けた具体的な方法を検討することを目的とする。

## 3. 研究の方法

### (1) チーム医療における職種間連携でのコミュニケーションの特徴

研究デザインは、半構成的面接法による内容分析である。調査対象者は、病院に勤務する医師、退院調整に関わる看護師（以下、看護師）、医療ソーシャルワーカー（以下MSW）、ケアマネジャー、訪問看護師の各5名ずつ合計25名で、勤務経験は5年以上である。研究対象者の選定は、スノーボールサンプリングとし、紹介者が途切れたところで終了する。調査期間は、平成28年12月～平成29年3月。調査内容は、①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、②職種間連携でコミュニケーションが困難と感じている内容、③職種間連携での各職種の認識、④認知症・認知症患者に対する認識である。

データ収集は、対象者に紙面と口頭にて研究の趣旨を説明し、同意を得たうえで約60分間インタビューを実施した。分析方法は、ICレコーダーに録音した内容で逐語録を作成し、内容分析を行った。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、カテゴリー化を研究協力者らの助言を得ながら進めた。また、妥当性・信頼性確保のため、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。この研究は、国際医療福

社大学（承認番号 16-Ig-84）、東京工科大学（承認番号 E16HS-026）の倫理委員会の承認を得て実施している。また本研究における利益相反は存在しない。

#### (2) 職種間連携でのコミュニケーションギャップ

研究デザインは単独・自己式質問紙を用いた横断研究である。調査対象者は、全国の 400 床未満の急性期病院に勤務する医師、看護師、MSW、ケアマネジャー、訪問看護師、各 500 名、合計 2,500 名である。調査期間は、平成 29 年 7 月～平成 29 年 8 月。質問内容は、先行研究で得られた結果を基に、職種間連携でのコミュニケーション、職種間連携での認識、職種間連携での意識、職種間連携の困難さである。回答形式は、1. 全くそう思わない～10. とてもそう思う、のリッカート式 10 件法である。属性は、年齢、性別、専門領域、資格、勤務年数である。データ収集は、日本病院会会員一覧に掲載されている全国の病院、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に、また設置主体もできるだけ均等になるように考慮し、各病院・施設に 1 名ずつ依頼した。回答は、無記名式で個別郵送法により回収した。対象者の同意は、回答の返送をもって調査協力に同意していただいたものとした。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。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ている（承認番号：17-Ig-24）。また本研究における利益相反は存在しない。

### 4. 研究の成果

#### (1) チーム医療における職種間連携でのコミュニケーションの特徴

調査対象者は、医師 3 名、看護師 3 名、MSW 4 名、ケアマネジャー 5 名、訪問看護師 3 名の合計 18 名である。文中では、コアカテゴリーを [ ]、カテゴリーを【 】で示している。

① [話す・伝える] 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】【怒られたり、怒鳴られる】、② [聞く・伝わらない] は、【人の話を聞かない】【専門用語や情報不足で伝わっていない】【伝わらない・伝わっていない】、③ [相談・情報の共有] 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】、④ [職種間連携での意識] は、【思い込みや勝手な解釈】【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】【職種によってヒエラルキーがある】【医師には逆らえない】【勉強をしようとする意識】【自信・コンプレックス】⑤ [職種間連携でのネガティブな感情] 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 25 カテゴリーが抽出された。

#### (2) 各職種の職種間連携の認識

① [職種間連携] は、【各職種がやるべきことを行うことが連携】【各職種で調整したりサポートするのが連携】【連携の捉え方により連携が効果的に図れていない】【連携の必要性や連携がわかっていない】、② [職種の役割] は、【職種の役割や役割分担が明確である】【各職種の役割が理解されていない】【職種の役割や役割分担が明確でない】【職種の役割と業務内容が理解されていない】③ [患者] は、【見る視点が違うことで患者の理解が違う】【患者は自宅と病院では態度が違う】④ [退院] は、【専門職による意見の相違】【病院のルールやシステムが理解されていない】【環境を整え不安もなく退院させたい】【退院に向けての目標が違う】⑤ [職種間連携でのネガティブな感情] 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 19 カテゴリーが抽出された。カテゴリーを構成するサブカテゴリーをみると、すべての職種から抽出されているカテゴリーや職種によって多く抽出されているカテゴリーがあった。

#### (3) 医療・福祉専門職における職種間連携でのコミュニケーションギャップ

調査対象者は、医師 38 名、看護師 69 名、MSW 71 名、ケアマネジャー 134 名、訪問看護師 89 名、合計 401 名である（回収率 16.0%）。医師は 30 歳代～70 歳代、看護師および MSW は 20 歳代～60 歳代、訪問看護師、ケアマネジャーは、20 歳代～70 歳代である。

① [話す・伝える] の質問項目では、「3) 他職種の人に、的確に物事を伝える自信がある」6.2 (SD=1.96) ( $p < .001$ )、「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) ( $p < .05$ )、「7) 職種によって、言いにくいと感じていることがある」6.6 (SD=2.34) ( $p < .001$ ) で有意差が認められた。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 (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 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と答えていた。「6) 他職種の人と、できるだけ揉めないようにしている」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ると答えていた。

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」は、医師 5.1 (SD=2.12) とケアマネジャー 6.79 (SD=1.99)、医師 5.1 (SD=2.12) と MSW 7.2 (SD=2.11) とで 0.1%水準、(F 値 5.075, df=4,  $p < .001$ )、医師 5.1 (SD=2.12) と看護師 6.4 (SD=2.48) とで 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答えていた。

② [聞く・伝わらない] の質問項目では、「2) 職種間で使う言語は、専門用語が多く、わかりにくい」5.1 (SD=2.40) ( $p < .001$ )、「3) 作成されたサマリーなどは、各職種で役立っている」7.2 (SD=2.10) ( $p < .05$ ) で有意差が認められた。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」は、ケアマネジャーが 5.8 (SD=2.61) と医師 4.7 (SD=1.79)、看護師 4.7 (SD=2.31) とで 5%水準 (F 値 6.838, df=4,  $p < .05$ )、訪問看護師 4.3 (SD=1.90) とで 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) とで 5%水準で有意差が認められた (F 値 6.838, df=4,  $p < .05$ )。つまり、ケアマネジャー、医師、看護師や訪問看護師、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。

③ [相談・情報の共有] の質問項目では、「2) 困った時に、他職種の人に相談できる」8.0 (SD=1.61) ( $p < .05$ )、「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) ( $p < .01$ ) で有意差が認められた。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」は、MSW 8.4 (SD=1.24) と医師 7.4 (SD=1.53) とで 5%水準で有意差が認められた (F 値 2.650, df=4,  $p < .05$ )。つまり MSW の方が医師より相談できると感じていた。「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 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 MSW 6.2 (SD=1.73) とで 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は答えていなかった。

④ 連携や退院に対する認識の質問項目では、「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」8.0 (SD=1.83) ( $p < .001$ )、「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」7.7 (SD=1.85) ( $p < .05$ )、「6) 退院の日程は、急に決まることが多い」6.7 (SD=2.23) ( $p < .001$ ) で有意差が認められた。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、MSW 8.8 (SD=1.38) と医師 7.6 (SD=1.62)、ケアマネジャー 7.7 (SD=2.02) とで、1%水準 (F 値 4.964, df=4,  $p < .01$ )、訪問看護師 7.9 (SD=1.98) とで 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ると答えていた。「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」は、MSW 8.3 (SD=1.57) と医師 7.2 (SD=1.62)、ケアマネジャー 7.6 (SD=2.00) とで 5%水準で有意差が認められた (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ると答えていた。「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) とで 0.1%水準 (F 値 7.462, df=4,  $p < .001$ )、ケアマネジャー 7.1 (SD=2.25) とで 1%水準 (F 値 7.462, df=4,  $p < .01$ )、看護師 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) とで 1%水準 (F 値 7.462, df=4,  $p < .01$ )、ケアマネジャーと MSW 6.2 (SD=2.17) とで 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答えていた。

⑤ 職種間連携での意識の質問項目では、「1) 自分自身は、今の仕事に対して満足している」6.7 (SD=2.12) ( $p < .001$ )、「2) 自分自身の仕事に対する意欲は高い」7.1 (SD=1.94) ( $p < .05$ )、「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」3.7 (SD=2.24) ( $p < .001$ ) で有意差が認められた。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 0.1%水準 (F 値 6.894, df=4,  $p < .001$ )、看護師 6.4 (SD=1.95) と MSW 6.3 (SD=2.12) とで 1%水準で有意差が認められた (F 値 6.894, df=4,  $p < .01$ )。つまり、訪問看護師は、看護師、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答えていた。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) と看護師 6.8 (SD=1.74) とで 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答えていた。

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 (F 値 7.447, df=4,  $p < .001$ )、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答えていた。

### (3) 認知症を有する患者の退院に携わる職種の認知症に対する認識

調査対象者は、医師 3 名、看護師 3 名、MSW 4 名、ケアマネジャー 5 名、訪問看護師 3 名の合計 18 名である。

①各職種の認知症を有する患者や家族、認知症の症状に対する認識は、【入院している患者は認知症を有している】【認知症を有する患者数の増加】【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】【家族の受け止め方が違う】【家族の介護力不足】【認知症を有する患者の退院調整はしていない】【認知症を有していることによる退院の違い】の 8 カテゴリーが抽出された。

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は、「1) 認知症の疾患について知識がある」6.6 (SD=1.74) ( $p < .01$ )、「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) ( $p < .05$ )、「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) ( $p < .001$ )、「7) 認知症患者の退院に向けて、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) ( $p < .01$ ) で有意差が認められた。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 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) とで 1%水準で有意差が認められた (F 値 4.972, df=4,  $p < .01$ )。つまり病院では、医師と比較して看護師や MSW は認知症の疾患について、知識があると答えていなかった。また MSW は、ケアマネジャーよりも認知症の疾患について、知識があると答えていなかった。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) と 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答えていた。「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 (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 (SD=2.21) とで 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答えていた。「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」は、訪問看護師 5.3 (SD=1.95) と医師 6.6 (SD=1.64) とで 1%水準、ケアマネジャー 5.9 (SD=1.99) と訪問看護師とで 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答えていなかった。

また、退院させるにあたって重要視していることでは、「認知症の中核症状」8.3 (SD=1.72) ( $p < .01$ )、「患者の思い」8.3 (SD=1.72) ( $p < .001$ )、「家族の思い」8.7 (SD=1.28) ( $p < .001$ )、「医療従事者の思い」7.0 (SD=1.88) ( $p < .01$ ) や「家族へのサポート体制」8.7 (SD=1.38) ( $p < .05$ )「患者に対するサポート体制」8.8 (SD=1.34) ( $p < .05$ )などで有意差が認められ、職種間によるコミュニケーションギャップがあることが明らかとなった。

### (4) 退院での困難

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」や「役割の理解」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でも抽出されていた。

### (5) ヒューマンスキル育成に向けて

職種間連携でのコミュニケーションギャップは、基礎教育で連携教育を学んでいないことも原因の 1 つである。細田 (2012) 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。そのため、今後は、各職種が共に学べる機会などを増やす工夫や実習などを通して、文字としての知識、実感を伴う知識に変えていくことが、お互いの職種の役割や理解を深めることにも繋がると考えている。

厚生労働省 (2017) は、「地域共生社会」に実現に向けて (当面の改革工程)、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。

#### <引用文献>

- 原田小夜、山根寛 (2013) 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、精神障害とリハビリテーション、17 (1)、50-59.
- 細田満和子 (2012) 「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、57.
- 神山資将、佐々木由恵 (2011) 「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.
- 金原京子、岡田進一、白澤政和 (2012) 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、19、42-50.
- 菊地和則 (2000) 多職種チームの構造と機能-多職種チーム研究の基本的枠組み、社会福祉学、41 (1)、13-25. Doi. 10.24469/Jssw. 41. 1\_13
- 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)
- 厚生労働省 (2016) 認知症施策  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236.html> (2016. 7. 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 閲覧)
- 厚生労働省 (2017) 「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部. 「地域共生社会」の実現に向けて (当面の改革工程) 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)
- 松村明監 (2012) 大辞泉第二版、東京：小学館、1359.

#### 5. 主な発表論文等

[雑誌論文] (計2件)

- ① Miki ARAZOE、Communication Gaps in Interprofessional Collaboration between medical and welfare professionals、Total Rehabilitation Research、査読あり、Vol.7、2019.8、pp (印刷中)
- ② Miki ARAZOE、The Characteristics of Communication in Interprofessional Collaboration in Multidisciplinary Team、Asian Journal of Human Services、査読あり、Vol.16、2019.4、pp29-44.  
DOI:10.14391/ajhs.16.29

#### 6. 研究組織

##### (1) 研究分担者

研究分担者氏名：天野 雅美  
ローマ字氏名：(AMANO, masami)  
所属研究機関名：杏林大学  
部局名：保健学部  
職名：教授  
研究者番号：10468382

##### (2) 研究協力者

研究協力者氏名：竹内 孝仁  
ローマ字氏名：(TAKEUCHI, takahito)

研究協力者氏名：井上 善行  
ローマ字氏名：(INOUE, yosiyuki)