

医療介護ニーズのある在宅療養者を支援する
訪問看護師と介護支援専門員の連携を促進する
プログラムの開発

**Development of an Interprofessional Promotion
Program between Home Visit Nurses and
Care Managers Supporting the Clients with Medical
Care Needs**

藤川 あや

Fujikawa, Aya

2018 年度 博士（看護学）論文

指導教員：石田 千絵

日本赤十字看護大学大学院

看護学研究科

抄録

I. 研究背景

我が国では、平均在院日数の短縮に伴い、医療と介護のニーズを併せ持つ在宅療養者の増加が予想されることから、地域包括ケアシステムの構築が急務とされている。特に、終末期あるいは医療処置が必要な療養者を担当する訪問看護師と介護支援専門員の連携が求められているが、「連携のしにくさ」や「専門用語による言葉の壁」の課題が報告されている。これらの課題に対して、各地で多職種連携研修会が実施されているが、専門職間連携教育の理論に基づく連携促進のための研修プログラムは我が国には見られない。

II. 目的

本研究では、医療介護ニーズのある在宅療養者を支援する訪問看護師と介護支援専門員の連携促進プログラムを開発することを目的とする。

III. 研修プログラム開発

【第一段階】本研究の概念モデルの検討：本研究で開発する研修プログラムは、専門職間連携教育と位置づけ、Freeth & Reeves (2004) が専門職間連携教育開発で適用した Biggs (1993) の学習と指導のモデルを修正した 3P (Presage 先見-Process 過程-Product 結果) モデルを概念モデルとした。3P モデルの Presage に「訪問看護師と介護支援専門員の個人的要因」、Process は、「訪問看護師と介護支援専門員の連携促進」となる研修プログラム内容、Product で「訪問看護師と介護支援専門員の連携強化」を評価する枠組みとした。

【第二段階】研修プログラムの試案：まず、高実績モデル(Gittell, Godfrey & Thistlethwaite, 2013) に基づき、自分や相手の性格の特徴を知り、他職種への関わり方を振り返るための主要 5 因子性格検査の実施 (60 分)、チームの人材を選択するために「脳梗塞の後遺症のある在宅療養者」の事例を用いて、事例に必要なサービスの種類と導入時期、サービス導入の相談方法についてのグループワーク (30 分)、同様の事例を用いて、チームの目標と責任、目標を達成させるための実践の振り返りの話し合い (30 分) を行うこととした。また顔を合わせる機会を多く持つために研修会毎にグループメンバーを変更することとした。

【第三段階】研修プログラムの評価方法の検討：評価には、Leuts (1999) の連携の 3 区分 (連携の下位レベルの Linkage : 連携・つながり、中位レベルの Coordination : 調整・協調、上位レベルの Full Integration : 統合) と、特定の相手との相互関係性とコミュニケーションの良好さを測定する「リレーショナルコーディネーション尺度日本版 (以下、J-RCS)」(7 項目) をプログラム評価に用いた。Leuts の 3 区分について、Linkage では「顔の見える関

係評価尺度」(21項目)、Coordinationでは「連携意識評価尺度」(14項目)、Full Integrationでは「連携行動評価尺度」(17項目)を評価尺度とした。

【第四段階】予備調査：同一法人内の訪問看護師3人、介護支援専門員4人を対象に本研修プログラムを実施した。評価は介入前後の2時点で実施した。結果はJ-RCSの「目標の共有」、「コミュニケーションの頻度」、顔の見える関係評価尺度、多職種連携行動評価尺度の得点が上昇傾向を示したが、有意な得点の上昇がみられず、サンプルサイズに基づいた対象者数に近づける必要性が示唆された。また、研修プログラムの運用上の課題として、主要5因子性格検査の実施時間の延長、介護支援専門員の発言量の少なさと介護支援専門員の医療に対する不安が明らかになったため、研修プログラムを一部修正することとした。

【第五段階】本調査に向けての修正：第一に、「主要5因子性格検査」より簡便であるコミュニケーションスタイルインベントリー(以下、CSI)に変更した(30分)。CSIは、コーチングの基礎であり、CSIを用いることで相手を理解し、伝えたいことを相手に受け止めやすい形で伝えることが期待できる。第二に、本調査では予備調査よりも対象者数が増えることから、対象者の発言を促しコミュニケーションを促進するためのファシリテーターを導入した。第三に、訪問看護師と介護支援専門員が顔を合わせる機会を持つために、研修会毎に異なるグループメンバーの編成に加え、メンバーの所属事業所が異なるグループ編成、研修会終了後の名刺交換の場の設定をした。第四に、介護支援専門員が医療に対して不安を感じているため、医療と介護のニーズが高く訪問看護師と介護支援専門員の連携が必要なくALSの在宅療養者>の事例を追加した(60分)。第五に実践期間(1か月間)と実践を振り返る時間を設けた(30分)。第六に、更なる連携の強化を図るために、在宅医と在宅医療コーディネーターによる講話と意見交換を追加した(30分)。第七にプロセス評価としてカーク・パトリックの効果測定レベルを追加した。

IV. 研究方法

1. **研究デザイン：**対照群をもたない1群介入前後比較デザイン。
2. **調査期間：**2017年8月1日～10月31日。
3. **対象者と募集方法：**対象者のサンプリングは便宜的抽出とし、A県ホームページから介護保険サービス事業所を検索し2地域の訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所を抽出した。効果量は0.8、サンプルサイズは110人とした。
4. **介入方法：**本研修プログラムは、1回目研修会後に1か月の実践期間を設け、実践期間後に2回目研修会を実施し、その後に1か月間のフォローアップ期間を設けた。

5. **データ分析**：調査時期は研修前、研修終了直後、研修終了1か月後とした。分析方法は、3回実施する調査票において90%以上回答されているものを対象とした。研修前と研修終了直後のデータをKolmogorov-Smirnov検定で正規性の確認後に対応のあるt検定を実施した。研修前、研修終了直後、研修終了1か月後のデータは反復測定分散分析を実施した。統計パッケージはSPSS ver24を用いて分析（両側検定、有意水準は5%）した。
6. **倫理的配慮**：日本赤十字看護大学倫理審査委員会の承認（第2017-049）後に行った。

V. 結果

研究対象者数と脱落率は、1回目研修会対象者54人、2回目研修会対象者45人（脱落率16.7%）、研修終了1か月後対象者33人（脱落率38.9%）であった。2回目研修会までの対象者を解析対象とした。なお、長期効果の評価は、研修終了1か月後までの対象者を解析対象とした。対象者の職種は、訪問看護師24人（53.3%）、介護支援専門員21人（46.7%）であった。過去1年間に多職種連携研修会に参加していない者は、訪問看護師13人（54.2%）、介護支援専門員5人（23.8%）であり介護支援専門員の研修会への参加の割合が高かった。

1. **Linkage の評価**：「顔の見える関係評価尺度」の平均総得点は、研修終了直後に有意に上昇した（ $p=.019$ ）。評価項目の「地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる」の平均得点が、研修会終了後に有意に上昇した（ $p=.004$ ）。訪問看護師では、「地域のリソース（資源）が具体的にわかる」の平均得点が研修終了直後に有意に上昇した（ $p=.035$ ）。介護支援専門員では、「地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる」（ $p=.010$ ）、「地域に相談できるネットワークがある」（ $p=.029$ ）の平均得点が、研修終了直後に有意に上昇した。これらのことから、研修プログラムのコンテンツであるCSIに基づくコーチングの基礎を用いたコミュニケーション演習、研修ごとのグループ編成や名刺交換の時間の設定は支持された。
2. **Coordination の評価**：「連携意識評価尺度」に差異は認められなかった。
3. **Full Integration の評価**：「連携行動評価尺度」の平均総得点は、研修終了直後に有意に上昇した（ $p=.046$ ）。評価項目の「チームの関係構築」が研修終了直後に有意に上昇した（ $p=.023$ ）。訪問看護師では、「ケア方針の調整」（ $p=.043$ ）の平均得点が有意に上昇した。介護支援専門員では、「24時間体制」の平均得点は研修終了直後に有意に上昇した（ $p=.001$ ）。以上のことから、1か月間の実践期間と実践の目標設定、実践の振り返りは妥当であった。
4. **リレーショナルコーディネーション評価**：J-RCS 平均総得点に差異は認められなかった。
5. **長期効果持続の評価**：「顔の見える関係評価尺度」（ $p=.016$ ）、「連携行動」（ $p=.005$ ）の平均総得点は、研修終了直後、研修終了1か月後に有意に上昇したことから、実践期間に

向けた目標の設定と、研修会終了後の連携強化に向けた目標の修正は有効であった。

6. プロセス評価：対象者の9割以上が満足感を示していた。

VI. 考察

研修プログラムでは、訪問看護師と介護支援専門員の相互関係性とコミュニケーションを高めることにより、Linkageの「顔の見える関係」、Full Integrationの「連携行動」に得点の上昇が認められた。「顔の見える関係評価尺度」の「地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる」の平均得点は、研修会前後で上昇が認められた。研修プログラムでは、高実績モデルの「対立の解決」に対応してCSIを実施した。先行研究では、CSIが新人看護師のプリセプターによるサポートの知覚を高めたと報告されている。本研修プログラムでもCSIを用いたことが相手の理解につながったと考えられる。また、「連携行動評価尺度」の「チームの関係構築」の平均得点は上昇した。先行研究では、地域包括支援センター職員を対象とした研修会において、業務経験に基づいた議論は関心が高かったことが報告されている。本研修プログラムにおいても、高実績モデルの「チームパフォーマンスの振り返り」に対応した事例検討における、日頃の実践に関する話し合いが効果的であったと考えられる。「顔の見える関係」、「連携行動」に長期的な効果がみられた。理由として、「今後の連携強化に向けた目標」の再設定を促したことにより、研修終了後の意識的な連携行動につながったと推測された。研修プログラムの構成は、2回目研修会後の総合的な満足度が向上したことから、実践期間を含む2回の研修会は適切であった。ファシリテーションは、9割以上の対象者が積極的に参加できたと捉えていることから、有効であったと考えられた。以上のことから、我が国での報告は見られていない、専門職間連携教育の理論に基づく専門職間連携を促進する研修プログラムを開発し効果を示したと考えられた。

VII. 結論

本研究では、訪問看護師と介護支援専門員間の連携促進を目的として、職種間の関係強化のために高実績モデルを、学習・指導モデルである3Pモデルを用いた研修プログラムを開発した。その結果、「顔の見える関係」、「連携行動」に得点の上昇が認められた。研修プログラム内容は、高実績モデルを基に①CSIに基づくコミュニケーション演習②事例検討③在宅医と在宅医療コーディネーターによる講話と意見交換④実践の振り返りとしファシリテーションを導入した。今後は開発した研修プログラムをパッケージ化し、多職種連携研修を企画する各市区町村介護保険担当課や介護保険事業者等の機関が、短い準備期間で負担が少なく効果的な研修会が期待される。

Development of an Interprofessional Promotion Program between Home Visit Nurses and Care Managers Supporting the Clients with Medical Care Needs

Background

In Japan there is a need to improve the knowledge and collaboration skills to promote greater Interprofessional linkage (cooperation) between home visit nurses and care managers within the community-based integrated care system in Japan.

Objective

This program is designed for home visit nurses and care managers home visit nurses and care managers to improve their support and the medical care needs of clients.

Methods

From August to September 2017, an interprofessional educational program was held for home visit nurses and care managers in two areas. The educational program was held two times in both areas and aimed to strengthen linkage (face-to-face relationship) and to step up coordination among home visit nurses and care managers. Leaflets were sent to home visit nurses and care managers seeking their interest in participating in an educational program for interprofessional education.

Based on the high-performance work system work model, this program consists of practical program content aimed at improving relations and communication.

Home visit nurses and care managers attended the educational program twice for two and a half hours each session. Pre-and post-program questionnaires were used to collect information on four scales: “face to face cooperation level among home health care providers” (21 items, 1-5 scale); “cooperation awareness level” (14 items, 1-5 scale); “cooperative behavior level among home health care providers” (17 items, 1-5 scale) and “Japanese version of the relational coordination scale” (7 items, 1-5 scale). The data from all home visit nurses and care managers, pre and post program questionnaires responses were used in the analysis. A paired t-test was conducted to compare pre-and post-program questionnaire responses stratified for home visit nurses

and care managers.

Result

The total number of participants for the two programs was 54. From the 54 participants, nine were excluded because of incomplete data. Data from the remaining 45 (83.3%) were analyzed. The home visit nurses numbered 24 (92.3%), while the care manager numbered 21 (75.0%).

Attending this program helped participants obtain items about “face to face cooperation level among home health care providers” that consisted of seven factors.

The factor identified as ‘we are known resource of the region’ for home visit nurses was increased.

The factors identified as ‘we know each other’s name’ and ‘identity and ideas of medical care workers in area’ and ‘we have networks to consult the community of an area’ for care manager were increased.

The scale, “cooperative behavior level among home health care providers” consisted of five factors. The cooperative behavior level was increased for home visit nurse and care manager. The factors ‘share predictive judgment’ and ‘adjustment of care policy’ for home visit nurses were increased. Also, the factor ‘24 hours support system’ for care manager was increased. The scale of “the cooperation awareness level” and “the Japanese version of the relational coordination scale” did not change.

Discussion

This program was effective for the scales of “cooperative behavior level among home health care providers” and “face to face cooperation level among home health care providers”. On the other hand, the effect of “cooperative awareness” and “relational coordination” was limited.

Key words: home-based health care, home visit nurse, care manager, interprofessional work, educational programs

目次

I. 序論	1
A. 研究の背景.....	1
B. 研究の目的.....	2
C. 研究の意義.....	2
II. 文献検討.....	3
A. 専門職間連携の概念	3
B. 専門職間連携の現状	4
1. 在宅医療介護における専門職間連携への取り組み.....	4
2. 訪問看護師と介護支援専門員の連携の現状.....	5
C. 専門職間連携教育.....	6
D. 専門職間連携の区分と評価	8
E. 高実績を上げる組織の実践モデル	9
III. 用語の定義	12
IV. 概念モデル	13
V. プログラムの開発.....	15
A. 第一段階 プログラムの概念モデル.....	15
B. 第二段階 研修プログラムの試案	15
C. 第三段階 プログラムの評価方法の検討	16
D. 第四段階 予備調査.....	16
E. 第五段階 本調査に向けての修正	17
VI. 研究方法	24
A. 研究デザイン	24
B. 仮説.....	24
C. 評価方法	24
D. データ収集方法	25

1. サンプルサイズ	25
2. 対象者の選定方法.....	25
3. 実施施設	26
4. 実施期間	26
5. 調査票の配布・回収	26
E. データ分析方法	26
1. 対象者の基本的属性データの分析	26
2. 評価尺度の分析	26
3. 研修プログラムのプロセス評価.....	27
F. 倫理的配慮	27
VII. 結果	29
A. 本研究におけるデータ採択の流れ	29
B. 訪問看護師・介護支援専門員の職種別にみた対象者の基本的属性	29
C. 本研修プログラム効果の検証	30
1. 本研修プログラム前後の連携効果	30
2. 職種別にみた本研修プログラム終了1か月後の効果持続性の検討	33
D. 本研修プログラムのプロセス評価	34
VIII. 考察.....	35
A. 本研究対象者の特性	35
B. 研修プログラムの検討	35
1. Linkage レベルへの効果	35
2. Coordination レベルへの効果	37
3. Full Integration レベルへの効果.....	37
4. リレーショナルコーディネーションの効果.....	39
5. 長期的に効果が持続した要因	39
6. 研修プログラムのプロセス評価.....	40
C. 実践への示唆	43

D. 本研究への限界と今後の展望	43
IX. 結論	46
謝辞	48
文献	49
付録	57
資料	73

表目次

表 1. 高実績を上げる組織の実践に基づいた研修プログラム	18
表 2. 1回目の研修プログラム	58
表 3. 2回目の研修プログラム	60
表 4. 対象者の基本属性	62
表 5. 研修プログラム前後の連携の効果	63
表 6. 研修プログラム終了後の連携の効果	65
表 7. 顔の見える関係強化・連携促進プログラムの満足感の分布	70
表 8. 研修プログラムへの意見・感想	71
表 9. 研修プログラム受講後の連携意識	71
表 10. ファシリテーターによる研修プログラムへの意見	72
表 11. ファシリテーターの実施内容	72

図目次

図 1. リレーショナルコーディネーションと連携の3つの区分との関係	14
図 2. 高実績を上げる組織の実践モデル	14
図 3. 本研究の全体像	22
図 4. 研修プログラムの概要	23
図 5. 研修プログラムの調査時期	25
図 6. 本研究におけるデータ採択の流れ	29
図 7. 研修会前後の在宅医療介護従事者の顔の見える関係評価尺度平均総得点の変化	66
図 8. 研修会前後の連携意識評価尺度平均総得点の変化	66

図 9. 研修会前後の在宅医療介護従事者の連携行動評価尺度平均総得点の変化	67
図 10. 研修会前後のリレーショナルコーディネーション尺度日本版平均総得点の変化	67
図 11. 研修プログラム終了後の在宅医療介護従事者の顔の見える関係評価尺度平均総得点の変化	68
図 12. 研修プログラム終了後の連携意識評価尺度平均総得点の変化	68
図 13. 研修プログラム終了後の在宅医療介護従事者の連携行動評価尺度平均総得点の変化	69
図 14. 研修プログラム終了後のリレーショナルコーディネーション尺度日本版平均総得点の変化	69

資料目次

資料 1. 調査票	74
資料 2. コミュニケーション・スタイル・インベントリー簡易版	84
資料 3. 「4つのタイプ分け」早見表	85
資料 4. コミュニケーション・スタイル・インベントリー エクササイズ	86
資料 5. 事例検討 1回目研修	87
資料 6. 事例検討 2回目研修	90
資料 7. 顔の見える関係強化・連携促進研修会 アクションチェックリスト	94
資料 8. ファシリテーション研修資料	95
資料 9. グランドルール	100

1. 序論

A. 研究の背景

我が国では、2007年より高齢化率が21%を超え超高齢社会となり、今後さらに増加すると推計されている（厚生労働省，2016）。高齢化の進展に伴う慢性疾患の増加により医療と介護の需要が大きくなると同時に、病床の再編や退院患者の平均在院日数の短縮に伴い、急性期治療を終えた慢性期・回復期患者や終末期患者などの医療と介護のニーズを併せ持つ在宅療養者が増加すると予想される（厚生労働省，2012）。この現状を受けて、医療介護ニーズのある在宅療養者が住み慣れた地域で自分らしく暮らせるように「医療」「介護」「生活支援・介護予防」を包括的に提供できる地域包括ケアシステムの構築と充実が急務とされている（成木，2016）。

地域包括ケアシステムを構築するためには、地域における医療と介護の関係者が連携して在宅医療・介護を提供することが重要である。そのために、2011年から在宅医療連携拠点事業が開始され、各自治体では多職種連携会議やリーダー研修会等の様々な取り組みが開始された（秋山・武林，2013，p. 8；大濱，2014，p. 249）。これらの成果を踏まえて在宅医療・介護連携推進事業が実施され、事業項目の中に「医療、介護の研修」が位置付けられた。また、2018年度から当該事業の実施は必須となり、各市町村で在宅医療・介護関係者を対象とした研修会の運営が求められるようになり、多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化や、多職種連携研修の企画・運営の技術的支援に対するニーズが高まっている（土屋・吉江・川越他，2017）。しかし、我が国の地域包括ケアシステムは、「連携・つながり（Linkage）」、「調整・協調（Coordination）」、「統合（Full Integration）」の順に連携が進むLeutz（1999）の連携の3つの区分で見ると、多くは「連携・つながり」レベル、または「調整・協調」に留まり、「統合」までは至っていないと指摘されている（成木，2016）。今後さらに高い連携レベルへと連携促進するためには、円滑な組織づくりとともに、各職種の良好な関係作りや適切な連携行動に関する知識・技術を理解しておく必要がある。

特に、医療介護ニーズのある在宅療養者支援においては、各職種の所属機関や利用者ごとにより多職種チームの構成員が異なり、多職種連携を取りづらい状況があるため（藤田・福井・岡本，2016）、各職種が良好な相互関係性の中で適切な連携行動がとれるよう研修会等を通して医療介護関係者を育成していく必要がある。中でも、終末期のケアや医療処置が必要な療養者を定期的に訪問する訪問看護師と、ケアプラン全体のケアマネジメントを行

介護支援専門員の連携の重要性はますます高まっており（依田・佐藤・泉宗, 2014）、介護支援専門員が、訪問看護師から受ける「利用者の状態の情報提供」（下吹越・八代, 2016）や、「療養者と家族が望むサービスの調整」（原田・山岸, 2003）は統合レベルの連携が必要であると言える。しかし、訪問看護師と介護支援専門員の「連絡のしにくさ」（原田, 2012, p. 5; 伊藤・小林・南田, 2014, p. 48）、「専門用語による言葉の壁」（平川, 2014, p. 680）が連携上の課題として報告されている。この課題の改善策として「顔の見える関係」の構築が効果的であり（森田・野末・井村, 2012）、さらに「顔の見える関係」は連携意識を高め円滑な連携行動の基盤となる関係につながる（福井・藤田・池崎他, 2015）と論じられている。

このような現状の中で、海外で既にケア提供者間の相互関係性やコミュニケーションの向上に効果が認められている「高実績を上げる組織の実践モデル」（Gittell, Godfrey & Thistlethwaite, 2013）が注目されている。「高実績を上げる組織の実践モデル」の「相互関係性」や「コミュニケーション」が、相互作用しながら、Leutz の連携の3つの区分に影響を与えていくことが有効であると考えられる。しかし、「高実績を上げる組織の実践モデル」は、多職種連携研修会をはじめとした在宅医療・介護関連事業での活用が期待されているものの、本邦での報告はない。

以上のことから、訪問看護師と介護支援専門員の相互関係性とコミュニケーションを向上させ、専門職間連携の Linkage、Coordination、Full Integration を促進させることのできる実践中心の研修プログラムを開発することが必要である。

B. 研究の目的

本研究では、医療介護ニーズのある在宅療養者を支援する訪問看護師と介護支援専門員の連携促進プログラムを開発することを目的とする。

C. 研究の意義

本研究で開発された、訪問看護師と介護支援専門員の連携強化に着目した研修プログラムを用いることで、訪問看護師と介護支援専門員が医療介護ニーズのある在宅療養者の支援における連携行動をとることができる。さらに在宅医療・介護の人材育成のために体系化・汎用化された研修プログラムは、運営側・対象者側双方に負担の少ない多職種連携研修会を提供することができると考えられる。

II. 文献検討

訪問看護師と介護支援専門員の専門職間連携の諸概念を整理する目的で文献検討をおこなった。主なキーワードを「専門職連携」「多職種連携」「訪問看護師」「介護支援専門員」「在宅医療連携拠点事業」とし、医中誌 WEB（2000～2017）の文献検索データベースより 60 件の文献を得た。同様に海外文献については、主なキーワードを「interdisciplinary」「nurse」「care worker」「intervention」とし、Pub Med（2000～2017）の文献検索データベースより 44 件の文献を得た。なお、「在宅医療連携拠点事業」を含めた理由は、医療と介護の連携について都道府県、市町村や医師会等が中心になり先駆的に取り組んだ事業であるため把握が必要であると考えたためである。

得られた文献を概観し、A. 専門職間連携の概念、B. 専門職間連携の現状、C. 専門職間連携教育、D. 専門職間連携の区分と評価、E. 高実績を上げる組織の実践モデルと評価に関する文献をまとめた。

A. 専門職間連携の概念

専門職間連携は未だ多様な定義がなされている。専門職間連携（Interprofessional）は、専門職間連携実践（Interprofessional Work：以下、IPW）と同じ意味合いで用いられている（田村, 2018, pp. 14-15）ため、ここでは専門職間連携、IPW について述べる。専門職間連携について松岡（2000）は、「二人以上の異なった専門職で共通の目標達成をするために行われるプロセス」（p. 20）と述べている。また、Germain（1984）は、「単独では達成できないヘルスケアに関する目標や課題を遂行するために、2 つあるいはそれ以上の領域でのコミュニケーション、計画、行動等の交換プロセスを行っている」（p. 199）と述べている。加えて Leathard（2000）は、「Interprofessional とは、専門職らが、共通の目標を持ち、同じ建物の中で働いているように関わっている状態を表す」（p. 6）と整理し、D'Amour, D. & Oandasan, I.（2005）は「専門家が患者家族地域住民のニーズに対し統合的かつ確かな答えを提供するような診療の方法を熟慮し、開発するプロセス」と述べている。

IPW について、田村（2018）は「2 つ以上の異なる専門職が患者とその家族とともにチームとして、彼らのニーズやゴールに向かって共同すること」（p. 3）と述べている。さらに WHO（2010）では IPW について「異なる職歴を持つ多数の医療従事者が質の高いケアを提供するために、患者、家族、介護者、地域社会とともに働くこと」と定義している。

以上のことから、専門職間連携は、2つ以上の異なる専門職が患者や家族のニーズに対して共通の目標を持ち、その目標を達成するために行う交換プロセスであると考えられる。

B. 専門職間連携の現状

1. 在宅医療介護における専門職間連携への取り組み

日本の在宅医療介護における専門職は、医師、歯科医師、訪問看護師、理学療法士、作業療法士等の医療サービス提供者と、介護支援専門員、訪問介護員、介護福祉士等の介護サービス提供者に大きく分けられる。

これらの医療職と介護職の連携は、2012年から開始された在宅医療連携拠点事業に関する地域の多職種連携の実情に合わせた取り組みとして報告されている。取り組みの内容として、在宅療養者の模擬カンファレンス（紅谷, 2014; 中野, 2014）、ICTを用いた情報共有基盤システムの構築（高垣・山本・久保他, 2014; 太田, 2014; 星, 2014）、医療・介護・福祉資源マップの作製（大濱, 2014）、地域リーダー研修（寺岡, 2016）、症例検討会（大濱, 2016）、緩和ケアに関する多職種連携のエビデンスと提言（江口, 2013）が示されている。

専門職間連携の課題として、「過疎地域における地域の多職種で会ったり、話し合う機会の低さ」（藤田・福井・岡本, 2016）といったりした地域性や事業所の個別性により専門職連携の方法や頻度の違いが報告されている。また、「多職種連携の理解不足、多職種間のコミュニケーション不足」（星, 2014）、「医師と看護師が医療職間で完結してしまい介護支援専門員に報告がない」（伊藤・小林・南田, 2014,p. 49）、「介護支援専門員が医療の敷居が高いと感じ自分からアプローチをしない」（森田・井村・野末他, 2012,p. 167）ことが課題として挙げられている。

専門職間連携の研修プログラムの開発については、開業医を中心とした多職種連携プログラム（吉江・西永・川越他, 2012）、在宅療養の知識と技術の向上を目的とした研修プログラム（多川・小野・平岡, 2017）、地域包括支援センター職員を対象とした地域診断をテーマにしたグループワーク中心の研修プログラム（井出・河野・泉宗他, 2011; 村山・上松・鈴木, 2013）が報告されている。いずれの研修プログラムも5か月から1年の実施期間であった。また、吉江らの開業医を中心とした研修プログラムの日数を短縮した研修プログラム（土屋・吉江・川越他, 2017）は1日の実地研修が組み込まれていた。

海外の専門職間連携の取り組みについてみると、米国では、Resnick & Temkin（2016）により、医師、看護師等の病院内の医療専門職に対して、相互関係性とコミュニケーション

を高めるためのケーススタディが報告されている。また、低所得高齢者のためのプライマリケアの専門職間連携の取り組みとして GRACE (Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders) モデルが開発された (Ritchie, Andersen, Eng, et al, 2016; Counsell, Callahan, Tu, et al, 2009)。GRACE モデルは、ナースプラクティショナーやソーシャルワーカーのチームが、ハイリスクな患者に包括的な在宅療養の評価を行い、医師、薬剤師を含む学際的なチームでケアプランを作成しケアを実施するモデルである。GRACE モデルを用いた介入の結果、緊急外来の患者数と再入院の患者数が低下したことが報告されている。ほかにも、カナダでは、複雑なケアが必要な地域の高齢者に対する専門職間連携モデルである The IMPACT (Interprofessional Model of Practice for Aging and Complex Treatments) clinic が開発された。The IMPACT clinic モデルは、家庭医、コミュニティナース、ソーシャルワーカー等で構成されるチームが、医師の診察時に QOL (Quality of life) について質問される患者の様子を観察して、情報をその場で共有し初期のケアプランを作成するモデルである。介入の結果、専門職の窓口を一つにした多職種の間わりにより、患者の状態の改善と介護負担の減少が報告されている (Bell, Tracy, Upshur, et al, 2010; Tracy, Bell, Nickell, et al, 2013)。つまり、GRACE モデル、The IMPACT clinic モデルは、ケアプラン立案時の専門職間連携に重点を置いたモデルであること、入院日数や再入院率等の患者アウトカムに寄与していたことから IPW が実践されていると考えられた。その一方で、日本では、専門職間連携の課題や、研修会の方法の報告が多いことから IPE を試行錯誤しながら実践していると考えられた。理由としては、英国や米国では、1990 年代から IPE を大学教育に取り入れた (神山・伊藤・佐藤他, 2011) ことにより、他職種とのコミュニケーションスキルや相互関係性を築くことを身につけた学生が、専門職として在宅医療介護の場で連携を実践した結果、患者アウトカムに寄与したと考えられた。一方で、日本の大学における IPE の取り組みは開始されて間もないために、その効果は、在宅医療介護の場で活動している専門職には及んでいないと考えられた。

以上のことから、在宅医療介護における専門職間連携を進めていくためには、大学での IPE の教育を継続していくとともに、実践中心の現任の研修会が必要であると考えられた。

2. 訪問看護師と介護支援専門員の連携の現状

医療介護ニーズのある在宅療養者は、病状が不安定で自立度が低いために医療介護専門職の連携が必要であることが推測される。中でも、終末期のケアや医療処置が必要な療養

者を定期的に訪問する訪問看護師と、ケアプラン全体のケアマネジメントを行う介護支援専門員の連携の重要性はますます高まっており（依田・佐藤・泉宗, 2014）、介護支援専門員が訪問看護師から受ける「利用者の状態の情報提供」（下吹越・八代, 2016）や、「療養者と家族が望むサービスの調整」（原田・山岸, 2003）においては、上位レベルの連携が必要であると言える。

訪問看護師と介護支援専門員の連携についてみると、訪問看護師は、介護支援専門員との連携について職場環境による連携のしやすさ（阪井・成瀬・永田, 2016）や「生活全般の情報を持っている介護支援専門員は頼りになる」（須田・佐藤・依田, 2014）と述べていた。これらのことから、介護支援専門員の存在を認めていると推察される。一方で、「介護支援専門員の連携能力の個人差」、「介護支援専門員との情報共有の難しさ」（依田・佐藤・泉宗他, 2014, p. 17）といった介護支援専門員との連携のしにくさを感じている。

また、介護支援専門員が、訪問看護師との連携について「連絡のしにくさ」（原田, 2012, p. 5；伊藤・小林・南田, 2014, p. 48）、「専門用語による言葉の壁」（平川, 2014, p. 680）や「高圧的な態度」（柏木, 2011, p. 654）、「訪問看護の利用方法についてわからない」（高橋・菊地・叶谷, 2010, p. 48）という困難感が報告されている。さらに、介護支援専門員が、訪問看護師との連携に望むことは「医師との橋渡しを積極的に行う」、「医療についての情報をわかりやすく伝える」（水野・草場・廣田, 2014；日本介護支援専門員協会, 2012, p. 45-48）と述べられている。

以上のことから、訪問看護師と介護支援専門員の連携の課題としてコミュニケーション方法と情報共有があげられる。これらの課題を解決するためには、訪問看護師と介護支援専門員が相手の特徴と役割を理解した上で、コミュニケーションを取ることが有用であると言える。

C. 専門職間連携教育

英国では、1970年代から1990年代にかけて国の政策としての後押しがあり、1980年代にはプライマリヘルスケアチームワークの発展が専門職間連携に寄与した。Leathard (2000) は General Medical Service において、コミュニティナースと他の専門職が同等の立場で、お互いのスキルを認識し、異なる教育を尊重したパートナーシップを持ちながら、チームをマネジメントすることが可能である」（p.12）と論じている。

IPE の認識のきっかけとして、英国では児童虐待による死亡事件に関連する専門職や機関

間の連携不足を指摘した報告書 (Laming, 2003) が出されたことが挙げられる。この報告書により IPE の必要性が広く認識されたことにより、国を挙げて専門職間連携が推進され IPE は発展した。IPE に関して英国で影響力のある専門職連携の組織である The Centre for the Advancement of Interprofessional Education in Primary Health and Community Care (以下 CAIPE) の 1988 年の調査によると、「学びの共有としての第一の目的は教育的であり、対象者は 2 グループまたはそれ以上の、GP、ソーシャルワーカー、地区看護師、ヘルスビジター、地域助産師から構成される専門職グループであった。その対象者は、学際的に一緒に学んでいた」ことを明らかにしている (Leathard, 2000.p.24)。また、IPE について WHO (2010) は「2 つ以上の専門職の学生が、効果的な協働を可能にし、医療効果を改善するために、ともに学び、お互いから学びあいながらお互いを学ぶこと」と述べている。加えて、IPE と IPW の行動のための枠組みの報告の中で、IPE を成功に導くカリキュラムの仕組みは「プログラム内容」「成人教育の原則」等、教育者のあり方では「教員のトレーニング」等を示している。また、Biggs (1993) の学習と指導のモデルを Freeth & Reeves (2004) が IPE カリキュラムモデルに応用した 3P モデルが開発された。3P モデルとは、Presage「先見」、Process「過程」、Product「結果」で構成されている。まず、Presage の要因として、学習者の特徴として以前からの知識、技能、態度、地域の概況や学習状況等の環境要因、教育者やプログラム開発者の特徴があり、次に続く Process に影響を与える。process の要因として、土台となる理論や仕事ベースの学習かどうか、プログラムの評価やファシリテーションの種類などの学習と指導へのアプローチが述べられている。つまり、Process は、IPE を講義、演習や実習で行うもの、あるいは必須か選択かのバランスの検討に関連し Product につながる。Product の要因としては態度や知識、技術等の協働する能力、実践などの協働の作業が述べられている。つまり、期待される成果や評価の視点である。このように、3P モデルは、Presage、Process、Product の順で流れていくため、直線的なモデルに見えるが、3 つの段階はそれぞれに影響し合い、動的なシステムである。以上のことから、3p モデルは、構造化された討議の構成要素と計画された教育経験の力学のための有用な学習と指導のモデルであると言える。日本では、3p モデルのようなシステムティックな枠組みを基盤とした多職種連携研修会は見当たらないことから、3p モデルを基盤とした専門職間連携プログラムの開発が必要である。

D. 専門職間連携の区分と評価

専門職間連携の区分について、Leutz (1999) は「統合 (integration)」という言葉で医療と社会的サービスをつなげる過程を示し、その統合の区分を「連携・つながり (linkage)」、「調整・協調 (coordination)」、「完全な統合 (full integration)」の3段階に整理した。「連携・つながり (linkage)」は、「調整・協調 (coordination)」および「完全な統合 (full integration)」を高めることを目指すための第1の段階である(福井, 2014)。これらの専門職間連携の区分について、成木 (2016) は、linkage は顔の見える関係を日常的に作っていくことが重要であり、coordination は多機関や多組織とつながる力がある程度ある状態、full integration は、関係機関や関係者のつながりが最も強く統合力も高い状態であり、日本の在宅医療と介護の連携は linkage、または coordination に留まっていると指摘している。

前述した Leutz の連携の3区分に対応した評価尺度として、「連携・つながり (linkage)」を測定する、「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度 (以下、顔の見える関係評価尺度)」(福井, 2014)、「調整・協調 (coordination)」を測定する「連携意識評価尺度」(福井・藤田・池崎, 2015)、「完全な統合 (full integration)」を測定する、「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度 (以下、連携行動評価尺度)」(藤田・福井・池崎, 2015)が開発されている。まず、顔の見える関係評価尺度は、緩和ケアに関する地域連携評価尺度(森田・井村, 2012)を基に、対象を在宅療養者全般に広げ開発された評価尺度である。次に、「連携意識評価尺度」は、連携意識を測定するための尺度である Team Climate Inventory 短縮版(Kivimaki & Elovainio, 1999)を基に開発された評価尺度である。さらに、「連携行動評価尺度」は、在宅医療介護の専門職間の連携行動を示した質的研究を基に尺度開発された評価尺度である。いずれの評価尺度においても信頼性、妥当性が検証されている。そして、Leutz の連携の3区分全てに影響を与える評価尺度として、特定の相手との相互関係性とコミュニケーションを測定するリレーショナルコーディネーション (Gittel, Seidner & Wimbush, 2010)が開発され、成瀬・阪井・永田 (2014) が、「リレーショナルコーディネーション尺度日本版」を作成した。

また、専門職間連携の自己評価として、参加者のチームに対する態度を測定する AHCTS 日本版(山本・酒井・高橋他, 2012)や IPE の準備性を測定する RIPLS 日本版(Tamura・Seki・Usami, et al, 2012)、地域基盤型 IPE 自己評価尺度(大部・川俣・柴崎他, 2017)の開発が報告されている。

以上のことから、専門職間連携評価尺度は、Leutz の連携の3区分に対応した評価尺度と

して、「顔の見える関係評価尺度」、「連携意識評価尺度」、「連携行動評価尺度」が開発され、また、専門職間連携に対する自己評価尺度が開発されていた。中でも、Leutz の連携の3区分に対応した評価尺度は、実際に地域で活動している専門職を対象として開発されているため、地域で行われている専門職間連携を目的とした研修会の評価として有用であると言える。

E. 高実績を上げる組織の実践モデル

前述した低所得者のプライマリーケアの専門職間連携モデルとして開発された GRACE モデルや、複雑なケアが必要な高齢者に対する専門職間連携モデルとして開発された The IMPACT clinic モデルでは、多職種で実施するケアの方法がどれだけ入院日数や再入院率等の患者アウトカムに寄与するかを意図している。これらのモデルの限界は、ケアシステムの構築を目指しているため、専門職間連携のプロセスについて着目していないことである。

Gittell (2009) は、「高実績を上げる組織の実践モデル」が相互依存性のある仕事内容である場合にチームの成果を改善するのに有効であると論じている。その高実績を上げる組織の実践モデルは「高実績を上げる組織の実践」と「リレーショナルコーディネーション」で構成されている (Gittell, Godfrey & Thistlethwaite, 2013)。

まず、「高実績を上げる組織の実践」は人的資源管理に基づいて6つの項目で構成されている。「チームワークのための人材の選択」では、個々の利用者のニーズにより専門職を適切に選択することは、チームとして仕事を成し遂げる上で重要である。特に相互依存性のある専門職間において仕事の過程に影響を与える (Gittell, Seidner & Wimbush, 2010)。「メンバーの対立の解決」について、メンバーの対立は相互依存性、多様性の高いチームに起こりやすいため、コミュニケーションの工夫や各専門職の多様な観点を理解することで和解につながり、それぞれの役割を果たし仕事の過程を分かち合う機会となる (Gittell, Seidner & Wimbush, 2010)。「チームパフォーマンスの振り返り」は、相互依存性のあるメンバーがチームの目標と、チームの責務を認識した行動がとれているか確認することである。チーム全体の責務として捉えることにより、メンバーがより広い視点を持つことを促進しメンバーの関係を強める (Gittell, Seidner & Wimbush, 2010)。「メンバーが顔を合わせる機会をつくる」とは、専門職者が集う会議など相互に仕事の調整をする機会をつくることである。会議でお互いに顔を合わせて効果的なコミュニケーションを取ることで、各職種が現実的な観点をもつことができる (Gittell, Seidner & Wimbush, 2010)。「メンバー間の境界をつなぐ」

について、メンバー間の境界をつなぐ者は、相互依存性のある人々の仕事を統合し従業員間の相互作用を促進する。そのためには各専門職を理解していることが重要であり、専門職の境界に隔たりがある時にその役割が期待される。加えて「メンバーの報酬」は、相互依存性のある仕事に従事している労働者にとって、報酬を共有することがチームの調整と目標共有につながる事が論じられている。これらの高実績をあげる組織の実践の項目は、鉄鋼分野 (Gant, Ichiniowski, & Shaw, 2002)、企業の管理部門 (collins & clark, 2003)、空港 (Gittell, 2012)、医療施設 (Gittell, 2012) の分野に用いて組織の成果との関係を明らかにしている。以上のことから「高実績を上げる組織の実践」の 6 つの項目から、専門職間連携を促進するために、各専門職がチームワークを高めるコミュニケーションの知識を持ち、在宅療養者のニーズに合うサービスの導入や、チームの目標と責任などを含めた実践の振り返りについて話し合う機会を持つことが重要であると考えられる。

次に、「リレーショナルコーディネーション」は、Thompson (1967/1991) の組織の環境適応理論の中の相互依存性の分類を参考にして構成されている。それは「良好な相互関係性」と「良好なコミュニケーション」の要素から成っており、それらは相互に強化し合っている (Havens, Vasey, Gittell, et al, 2010, p. 927)。まず、相互関係性の要素について、Gittell (2012) は、「目標共有」を仕事に用いると対象者は強力に結びつき、より簡単に新しい情報を利用できるようになり、「役割認識」とは、お互いの仕事の役割を知ることにより効果的な調整ができることであると述べている。また、「尊重の態度」は、同じ仕事の過程において、専門職者が他の専門職者を尊敬することは、効果的な調整につながる (pp. 19-20) と述べている。

コミュニケーションの要素について、Gittell は、第一に「コミュニケーションの頻度」は、メンバーと適度なコミュニケーションをとることで、メンバー間に親しみが生まれて相互関係性の構築を促進させると述べている。第二に「コミュニケーションのタイミング」は、高い相互依存性のある仕事の調整において、タイミングが重要であり、間のあいたコミュニケーションは、間違いや遅れという結果をもたらすと述べている。第三に「コミュニケーションの正確さ」は、メンバー間の相互関係性を調整するため必要であるが、不正確なコミュニケーションは、間違いや遅れ、役割を探し続けることにつながる。「問題を解決するコミュニケーション」は、非難することよりも調整を高めると述べている。

「リレーショナルコーディネーション」を構成する、「相互関係性」と「コミュニケーション」については、専門職間連携の基礎として、「コミュニケーション」(本田, 1995; 山中,

2003; Suter,E, Arndt,J, Arthur,N, et al., 2009; Valentine, M, Nembhard, I, Edmondson, A, 2015)、
「相互関係性」を構築する相互尊重と相互信頼 (WHO, 2010)、「異なった専門職の共通の目標達成」(松岡, 2000; 柴, 2010)、「役割と責任」(柴, 2010; 米国の専門職連携教育共同作業部会専門委員会, 2011)を挙げている。つまり、専門職間連携の基礎として「相互関係性」と「コミュニケーション」、「共通の目標」、「各専門職の役割と責任」が重要であり、リレーショナルコーディネーションはこれらを含んでいると考えられる。

「高実績を上げる組織の実践」と「リレーショナルコーディネーション」の関連は実証されている (Gittell, 2000, 2002)。なお、高実績を上げる組織の実践項目の1つである「メンバーの報酬」についてはリレーショナルコーディネーションとの関連を示すエビデンスが見当たらなかった。また、日本の在宅医療介護制度においては、ケアの対価としての報酬が事業所をまたいで給付されることはないため、小規模事業所の多い日本の在宅医療介護事業所においてはイメージしにくいと考える。

このように構造化された「高実績を上げる組織の実践モデル」を用いて医療機関の多職種を対象に研修プログラムした結果、ケアの質と効率に関連していた (Gittell, Godfrey & Thistlethwaite, 2013, p.502) と論じている。また、成瀬・阪井・永田 (2014) は、「リレーショナルコーディネーション」が日本の医療・介護・保健行政分野で直接サービスを提供するサービス提供者に対して、周囲との相互関係性を問う際に有用であると論じている。

III. 用語の定義

文献検討をもとに、本研究では専門職間連携と医療介護ニーズを以下のように定義した。

専門職間連携の概念的定義は、2つ以上の異なる専門職が患者や家族のニーズに対して共通の目標を持ち、その目標を達成するために行う交換プロセスである。

専門職間連携の操作的定義は、専門職間の「良好な相互関係性」と「良好なコミュニケーション」を示すものである。

医療ニーズとは、留置カテーテルや経管栄養、人工呼吸器、在宅酸素等を実施している状態、褥瘡等により医療や看護が必要な状態（厚生労働省, 2011）であり、介護ニーズは、高齢や心身の低下のために日常生活を営む上で困難であるため何らかの世話が必要な状態（一番ヶ瀬, 1993）である。本研究においては、「医療介護ニーズは、心身の状態が不安定であり何らかの医療や看護が必要な状態、または生活上の世話等の介護が必要な状態」とする。

IV. 概念モデル

本研究は、Freeth & Reeves (2004) の 3P (Presage 先見-Process 過程-Product 結果) モデルを基盤とした。本研究の対象者は、在宅療養者の情報共有やサービスの調整が要求される、訪問看護師と介護支援専門員が対象であるため、3p モデルの Process として、相互関係性およびコミュニケーションを高め合うことが実証されている「高実績を上げる組織の実践モデル」(Gittell, Seidner & Wimbush, 2010) を適用した。また、Product では研修プログラムを評価する枠組みとして Leutz (1999) の連携の 3 つの区分を適用した。以下に Leutz (1999) の連携の 3 つの区分と高実績を上げる組織の実践モデルとの関係を述べる。

Leutz (1999) の連携の 3 つの区分は、連携・つながりを示す Linkage、調整・協調を示す Coordination、統合を示す Full Integration で構成されている。連携の 3 つの区分の関係は、連携・つながりを示す Linkage が実現すると、調整・協調を示す Coordination のレベルになり、Coordination のレベルが実現すると、統合を示す Full Integration のレベルになる。文献検討のまとめでは、専門職間連携を促進するためには「相互関係性」と「コミュニケーション」を促進することが重要であること示された。これらのことから、Leutz の連携の 3 つの区分を強化するためには、リレーショナルコーディネーションの「相互関係性」と「コミュニケーション」が相互作用しながら (Havens, Vasey, Gittell, et al, 2010, p. 927)、連携の 3 つの区分にバランスよく影響を与えていくことが有効であると考えられる。リレーショナルコーディネーションと連携の 3 つの区分との関係を図 1 に示した。

次に、「高実績を上げる組織の実践モデル」は、「リレーショナルコーディネーション」と「高実績を上げる組織の実践」とが構造化されており (Gittell, Godfrey & Thistlethwaite, 2013)、「リレーショナルコーディネーション」と「高実績を上げる組織の実践」との関連は実証されている (Gittell, 2000, 2002)。なお、高実績を上げる組織の実践項目の 1 つである「メンバーの報酬」についてはリレーショナルコーディネーションとの関連を示すエビデンスが見当たらなかった。また、日本の在宅医療介護制度においては、ケアの対価としての報酬が事業所をまたいで給付されることはないため、小規模事業所の多い日本の在宅医療介護事業所においてはイメージしにくいと考える。リレーショナルコーディネーションと高実績を上げる組織の実践との関連について図 2 に示した。

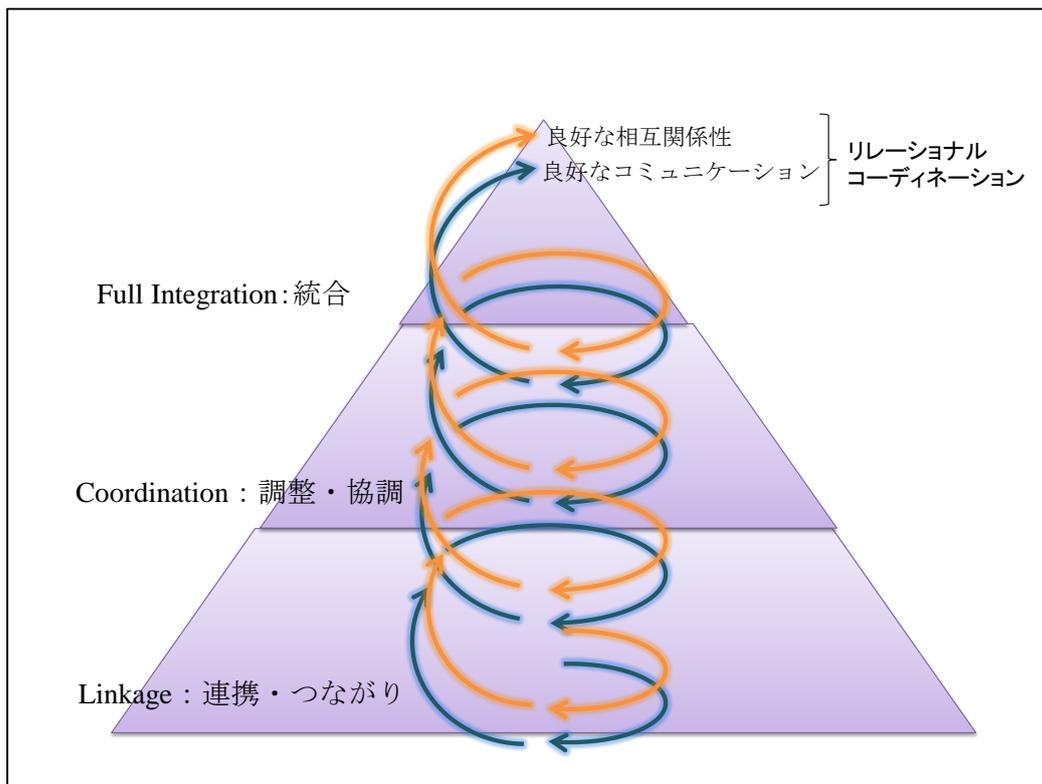


図 1. リレーショナルコーディネーションと連携の3つの区分との関係

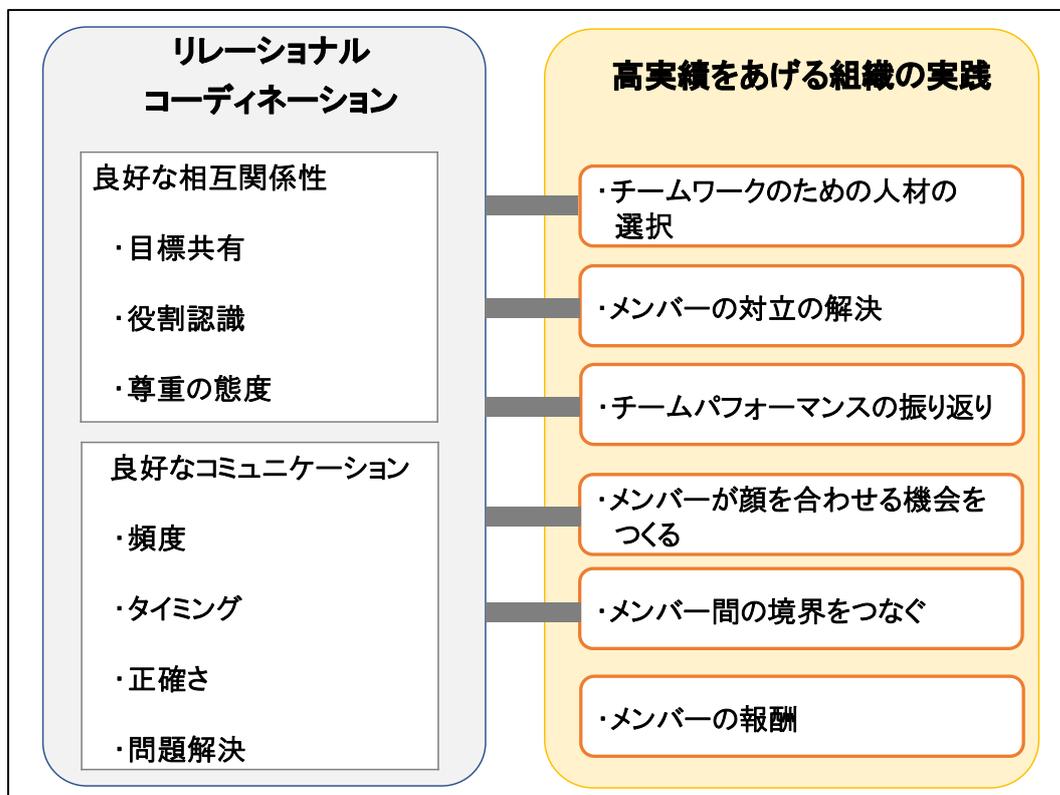


図 2. 高実績を上げる組織の実践モデル

V. プログラムの開発

A. 第一段階 プログラムの概念モデル

本研究では、Biggs（1993）の学習と指導のモデルを Freeth & Reeves（2004）が IPE カリキュラムモデルに応用した 3P（Presage 先見-Process 過程-Product 結果）モデルを基盤とした。本研究では 3P モデルの Presage に「訪問看護師と介護支援専門員の個人的要因」、Process は「訪問看護師と介護支援専門員の連携促進」となる「高実績を上げる組織の実践モデル」（Gittell, Seidner & Wimbush, 2010）に基づく研修プログラム、Product では「訪問看護師と介護支援専門員の連携強化」を評価する枠組みとして Leutz（1999）の連携の 3 つの区分を適用した。

研修プログラムは、本研究の概念モデルを参考に「高実績を上げる組織の実践」の 5 項目から構成し、成人教育に適したグループ学習（Knowles, 1980/2001）を採用し、「経験の交流」によって考え方を交わらせ活動を高めていくために、能動的学修（以下、アクティブラーニング）で問題ベースの事例検討を行う。具体的には、事例検討の中で実践を活かした話し合いを実施することにより専門職間の相互作用を期待できると考えられる。本研究の全体像を図 3 に示した。

B. 第二段階 研修プログラムの試案

研修プログラムの具体的な内容としては、まず、「チームワークのための人材の選択」に対応した事例検討を実施した。事例は、介護が必要になった主な原因の最も多くを占める脳血管疾患（厚生労働省, 2013）の在宅療養者を用いることで、対象者が共通認識を持ちやすく意見が出やすいと考えて事例を選定した。事例検討の内容としては、「必要なサービスの種類と導入時期」「サービスを導入するための相談方法や時期」として所用時間は 30 分とした。次に、「チームパフォーマンスの振り返り」に対応した事例検討では、同様の事例を用いて「チームの目標の達成度」「チームの責任」を事例検討の内容とした。「メンバーが顔を合わせる機会をつくる」に対応した内容としては、研修会ごとのグループメンバーの変更を実施した。所用時間は 30 分間とした。「メンバー対立の解決」に対応した内容として、「主要 5 因子性格検査」（村上・村上, 2008）を用いて自分と相手の性格の特徴を知り、他職種への関わり方を振り返ることとした。所用時間は 60 分間とした。さらに、「メンバー間の境界をつなぐ」に対応する内容としては、「メンバー間の境界をつなぐ」役割を持つ

専門職を活用する手段を知ることにつながるため、在宅医、在宅医療コーディネーターの講話と意見交換を実施することとした。また、訪問看護師と介護支援専門員が顔を合わせる機会を多く持つために研修会毎にグループメンバーを変更した。

C. 第三段階 プログラムの評価方法の検討

本研究の研修プログラムの評価尺度は、訪問看護師と介護支援専門員の二者について研修プログラムの効果を測定するため、Leutz の連携の 3 区分に対応した、「連携・つながり (linkage)」を測定する「顔の見える関係評価尺度」(福井, 2014)、「調整・協調(coordination)」を測定する「連携意識評価尺度」(福井・藤田・池崎, 2015)、「完全な統合 (full integration)」を測定する「連携行動評価尺度」(藤田・福井・池崎, 2015) を用いた。また、「リレーショナルコーディネーション」の「相互関係性」と「コミュニケーション」が Leutz の連携の 3 区分全てに影響を与えることから、Leutz の連携の 3 区分全てを測定する「リレーショナルコーディネーション尺度日本版」(成瀬・阪井・永田, 2014) を用いた。「リレーショナルコーディネーション尺度日本版」は、Cronback の α 係数が 0.770~0.859 で信頼性、妥当性が確保されている(成瀬・阪井・永田, 2014)。また、「顔の見える関係評価尺度」は、Cronback の α 係数が 0.92 以上(福井, 2014)、「連携行動評価尺度」は、Cronback の α 係数が 0.94 で信頼性、妥当性が確保されている。いずれの尺度も使用許諾を得ている。

D. 第四段階 予備調査

研修会は、同一法人内の訪問看護師 3 人、介護支援専門員 4 人を対象に高実績を上げる組織の実践プログラムを実施した。評価指標は、研修会前後に「基本的属性」「リレーショナルコーディネーション尺度日本版」「顔の見える関係評価尺度」「多職種連携行動評価尺度」を用いた。結果は、研修会後の「リレーショナルコーディネーション尺度」合計得点の上昇はみられなかった。「リレーショナルコーディネーション尺度」の評価項目別にみると、「目標の共有」、「コミュニケーションの頻度」の得点が上昇傾向を示した。また、「顔の見える関係評価尺度」得点、「多職種連携行動評価尺度」得点が上昇傾向を示した。対象者から、「自分の性格と連携する相手の性格を意識することができた」「医療職と連携することに気後れがあったがこれからは積極的に話したい」「お互いの立場が分かった」という言葉が聞かれた。研修プログラムの運営については、実施時間と採点時間が予定時間を超えたために事例検討の時間を短縮して時間調整を行った。

予備調査の結果から、リレーショナルコーディネーションの「目標の共有」、「コミュニケーションの頻度」の得点が上昇傾向を示した。有意な得点の上昇がみられなかった理由として、対象者数が少数であったことが推察され、サンプルサイズに基づいた対象者数に近づけることにより、得点の上昇が期待できると推察された。「目標の共有」と「コミュニケーションの頻度」に関連のある「チームワークのための人材の選択」「チームパフォーマンスの振り返り」の研修プログラムとして実施した事例検討、「目標共有」と関連のある「メンバーの対立の解決」として実施した「主要 5 因子性格検査」は研修プログラム内容として妥当であると考えられた。一方で、リレーショナルコーディネーションの「良好なコミュニケーション」と関連のある「メンバーが顔を合わせる機会をつくる」「メンバー間の境界をつなぐ」の研修プログラム内容の検討が必要であった。特に、在宅医療コーディネーターと在宅医による講話が実施できなかったこと、介護支援専門員の発言量が少なかったこと、介護支援専門員の医療に対する不安が課題として挙げられた。

E. 第五段階 本調査に向けての修正

これらの事から、本調査に向けて、予備調査の研修プログラムを以下のように修正した。

第一に、「主要 5 因子性格検査」と同様に自分と相手の性格の特徴を知ることができ、かつ簡便であるコミュニケーションスタイルインベントリー(以下、CSI)に変更した(30分)。CSIは、コーチングの基礎であり、CSIを用いることで相手を理解し、伝えたいことを相手に受け止めやすい形で伝えることが期待できる。第二に、本調査では予備調査よりも対象者数が増えることから、対象者の発言を促しアクティブラーニングを促進するためのファシリテーターを導入した。加えて対象者の相互作用を促進するためにファシリテーターの質の担保を目的に、研修プログラム前にファシリテーター研修を行い、研修プログラム実施中にファシリテーター間の情報の共有を行った。第三に訪問看護師と介護支援専門員が顔を合わせる機会を持つために、研修会毎に異なるグループメンバーの編成に加え、メンバーの所属事業所が異なるグループ編成、研修会終了後の名刺交換の場の設定をした。第四に、介護支援専門員が医療に対して不安を感じているため、医療と介護のニーズが高く訪問看護師と介護支援専門員の連携が必要な<ALS の在宅療養者>の事例を追加した(60分)。第五に実践期間(1か月間)と実践を振り返る時間を設けた(30分)。第六に、更なる連携の強化を図るために、在宅医療コーディネーターと在宅医による講話と意見交換を追加した(30分)。研修プログラムの構成としては、リレーショナルコーディネーションを

用いて介入研究を行った研究 (Resnick, Lax & Temkin, 2016) を参考に、所要時間は 2 時間 30 分の 2 回の研修プログラムの間隔を 1 か月設け、その間に実践で学習を深める構成とした

本調査で用いた高実績を上げる組織の実践に基づいた研修プログラムと高実績を効果的に短時間で上げるためのアクティブラーニングを促進するためのファシリテーションの導入について以下に述べる。高実績を上げる組織の実践に基づいた研修プログラムを表 1 に示した。また、運営方法を記載した 1 回目の研修プログラムを表 2、2 回目の研修プログラムを表 3 に示した。

表 1. 高実績を上げる組織の実践に基づいた研修プログラム

高実績を上げる組織の実践	プログラム
チームワークのための人材の選択	<ul style="list-style-type: none"> ・事例検討 (脳梗塞 ALS) <ul style="list-style-type: none"> 必要なサービスの種類と導入時期 必要なサービスを導入するための他職種との関係づくり ・必要なサービスを導入するための他職種とのコミュニケーションの取り方
メンバーの対立の解決	チーム力向上のためのコミュニケーション演習 (コミュニケーションスタイルインベントリーに基づくコーチングの基礎)
チームパフォーマンスの振り返り	<ul style="list-style-type: none"> ・事例検討 (脳梗塞 ALS) <ul style="list-style-type: none"> チームの目標と責任 チームの目標を達成させるための関係づくりやコミュニケーションの実践 ・実践期間の目標設定と再設定 ・実践の振り返りのグループワーク
メンバーが顔を合わせる機会をつくる	<ul style="list-style-type: none"> ・顔の見える交流の機会 <ul style="list-style-type: none"> 名刺交換 グループのメンバーの変更
メンバー間の境界をつなぐ	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医・在宅医療コーディネーターによる「訪問看護師と介護支援専門員の連携」の講話 ・在宅医、在宅医療コーディネーターへの連絡方法」について意見交換

a. 「チームワークのための人材の選択」に基づく研修プログラム内容

「チームワークのための人材の選択」に対応した事例検討を行った。1回目研修会は、「脳梗塞の後遺症のある在宅療養者と介護者に対する訪問看護師と介護支援専門員の支援」、2回目研修会は、「筋萎縮性側索硬化症（ALS）の在宅療養者と介護者に対する訪問看護師と介護支援専門員の支援」の事例検討を行った。話し合いの内容は「必要なサービスの種類と導入時期」、「必要なサービスを導入するための他職種（訪問看護師・介護支援専門員）との関係づくり」、「必要なサービスを導入するための他職種とのコミュニケーションの取り方」について、発言者が偏らないように各自が付箋に記載し意見を出し合いながら模造紙にまとめた。話し合いは仕事の情報交換を兼ねて行うように促した。

b. 「メンバーの対立の解決」に基づく研修プログラム内容

「メンバーの対立の解決」をするために、「主要5因子性格検査」より簡便な手法で、コミュニケーションスタイルによるタイプ分けができる Communication Style Inventory（以下、CSI）（鈴木, 2002）を用いた。対象者は、CSIを用いて自分と相手のコミュニケーションの特徴を知り意識的に関わることで、相手を尊重した話し合いができると考えられた。具体的には、対象者が研修会を通して自分と相手の性格やコミュニケーションスタイルに考慮した話し合いを行うことができるように、第一回の研修プログラムの冒頭に CSI を用いたタイプ分けを実施した。具体的には、研究者が対象者に CSI の実施と採点を指示し、コミュニケーションスタイルのタイプ（コントローラー、プロモーター、サポーター、アナライザー）について説明した。最後に研究者は、対象者に日ごろの活動で関わっている他職種のコミュニケーションスタイルをどのように捉え、対応しているかを振り返るようを伝えた。ファシリテーターは、グループワークを観察し話し合いを促進するように介入した。

c. 「チームパフォーマンスの振り返り」に基づく研修プログラム内容

「チームパフォーマンスの振り返り」をするために、「チームワークのための人材の選択」と同様の事例を用いて「チームの目標と責任」と「チームの目標の達成させるための関係づくりやコミュニケーションの実践」について、チーム全体の機能について意識するための事例検討を行った。さらに、1回目研修会と2回目研修会の間に1か月間の実践期間を設定し、実践期間に向けて目標設定を行った。そして2回目研修会において実践期間の振り返りのグループワークを実施し、今後の実践に向けた目標の再設定を行った。

d. 「メンバーが顔を合わせる機会をつくる」に基づく研修プログラム内容

「メンバーが顔を合わせる機会をつくる」ことができるように、対象者同士が顔を合わ

せて話し合えるように、研修会終了後に名刺交換や挨拶の場を設定した。ファシリテーターは、対象者同士の交流を促進するために、挨拶や名刺交換を促し対象者同士の関係づくりを行った。また、できるだけ多くの対象者が、顔を合わせて話し合う機会をもつことが出来るように、研修会ごとにグループメンバーの変更を行った。

e. 「メンバー間の境界をつなぐ」に基づく研修プログラム内容

「メンバー間の境界をつなぐ」ことができるように、双方の専門職を俯瞰して在宅医療のネットワークをつくる立場である在宅医療相談室の在宅医療コーディネーターと、地域で在宅医療に取り組み、対象者と面識のある在宅医が講話を行った。また、講話後にグループで話し合いを行った。講話の内容は、1回目研修会に在宅医療コーディネーターによる「訪問看護師と介護支援専門員の顔の見える関係づくり」についての講話を行い、2回目研修会に在宅医が「医療が必要な在宅療養者を支援する訪問看護師と介護支援専門員の連携」について講話を行った。それぞれ、講話の後に訪問看護師と介護支援専門員、在宅医療コーディネーター・在宅医の三者で「在宅医・在宅医療コーディネーターへの連絡方法」について意見交換を行った。

f. アクティブラーニングを促進させるファシリテーターの導入

本研究において対象者数は一か所につき最大 50 人と見込んでいたため、ファシリテーターの運営が必要であったこと、高実績を上げる組織の実践に基づく研修プログラムをサポートし、短時間で「相互関係性」「コミュニケーション」を向上させる目的で、アクティブラーニングを促進させるファシリテーションが必要であった。以上のことから、本研究ではファシリテーターを導入した。なお、顔の見える関係づくりのためのファシリテーションの内容を記載した研修プログラムの概要を図 4 に示した。

なお、研修プログラムの均一性を確保するためにファシリテーターの条件、研修方法の設定を行った。リレーショナルコーディネーションを用いた介入研究において (Resnick, Lax & Temkin, 2016)、ファシリテーターはリレーショナルコーディネーションを学習した者が行っていた。本研究においてもファシリテーターの条件を、ファシリテーター研修会に参加して、リレーショナルコーディネーションについて学んだ者とした。

ファシリテーションの研修会は、日時と場所を設定し、半日の講義演習形式で実施した。ファシリテーションの研修会で用いた講義資料は、対象者が他職種と顔の見える関係を築き、日頃の活動でも円滑な連携をとることができることを目的に作成した。内容は、広石 (2012) のファシリテーション方法を参考に「A. 主体的に関係づくりできる支援」、「B. 顔

の見える交流の場をつくる」、Resnick, Lax & Temkin (2016) のリレーショナルコーディネーションの介入によるファシリテーションの内容を参考に、「C. 職種の考え方違いを認めつつ、チーム力向上できるコミュニケーション力を促進する」、「D. 連携行動の実践力が身につく話し合いを促進する」とした。また、講義資料は事例を用いて、研修会の場で、予想外の事態に対応ができるように事例を記載した。研修会終了後には振り返りを実施した。

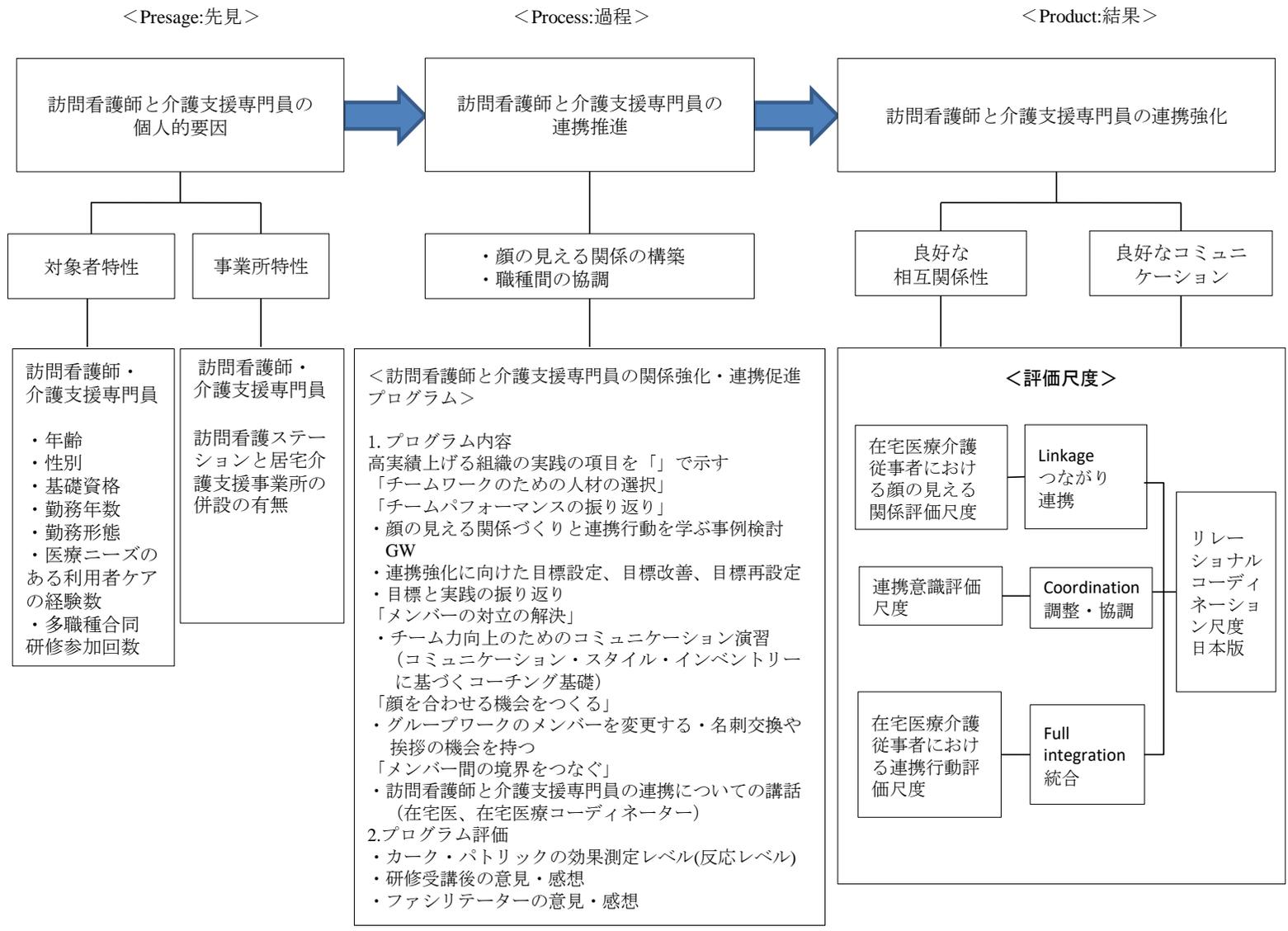
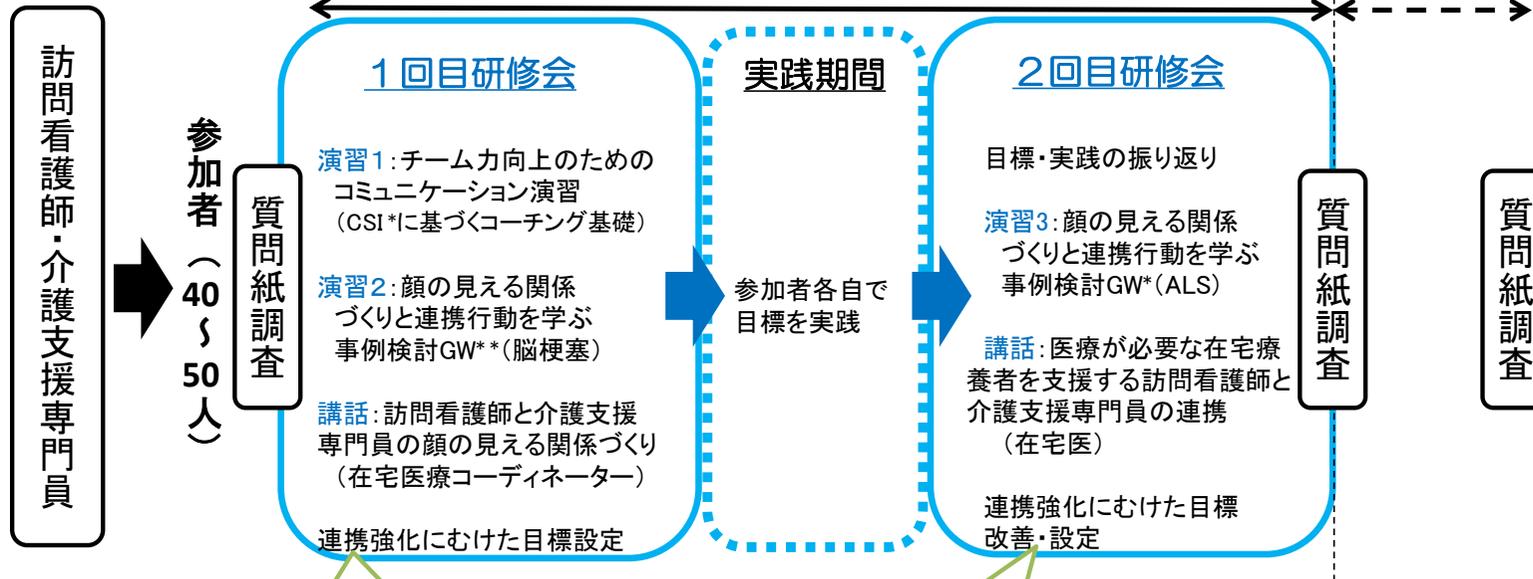


図 3. 本研究の全体像

訪問看護師と介護支援専門員の関係強化・連携促進プログラム (1ヶ月間)

継続期
(1ヶ月)



顔の見える関係づくりのためのファシリテーション

研修会前後

- ・交流の場や名刺交換の場を設ける

研修会実施中

- ・1回目・2回目演習で、グループメンバー構成は変える
- ・発表者は名前・所属を言って発言する、発言ごとに拍手を促すルールにする
- ・参加者同士が主体的につながりにくい場合は、FT***は話題をつなげるなど関係づくりをサポートする
- ・事例検討は、仕事の情報交換を兼ねて検討するよう促す

評価項目(質問紙評価)

- ・顔の見える関係
- ・連携意識
- ・連携行動
- ・関係性とコミュニケーション

* CSI(コミュニケーションスタイルインベントリー): コミュニケーションスタイルのタイプ(コントローラ、プロモーター、サポーター、アナライザー)の分類

** GW: グループワーク、 *** FT: ファシリテーター

図 4. 研修プログラムの概要

VI. 研究方法

A. 研究デザイン

本研究では、開発した研修プログラムの評価として仮説検証型準実験デザイン（対照群をもたない1群介入前後比較デザイン）を用いた。

B. 仮説

本研究の仮説は、高実績を上げる組織の実践項目を用いた研修プログラムが訪問看護師と介護支援専門員の相互関係性とコミュニケーションを高めることにより、専門職間の連携が向上することである。

C. 評価方法

プログラムの評価方法は、Leuts（1999）の連携の3区分と、特定の相手との相互関係性とコミュニケーションの良好さを測定する「リレーショナルコーディネーション尺度日本版（以下、J-RCS）」（7項目）を用いた。評価には、Leutsの連携の3区分である、連携の下位レベル Linkage の評価「顔の見える関係評価尺度」（21項目）、中位レベル Coordination の評価「連携意識評価尺度」（14項目）、上位レベルの Full Integration の評価「連携行動評価尺度」（17項目）を評価尺度とした。また、研修プログラム評価は、カーク・パトリックの効果測定レベルを用いた。評価項目は、「積極的な参加」「他者と一体になった活動」「満足」「次回研修会参加の希望の有無」であった。

調査時期は、研修前、研修終了直後、研修終了1か月後に実施した。研修プログラムの調査時期を図5に示した。

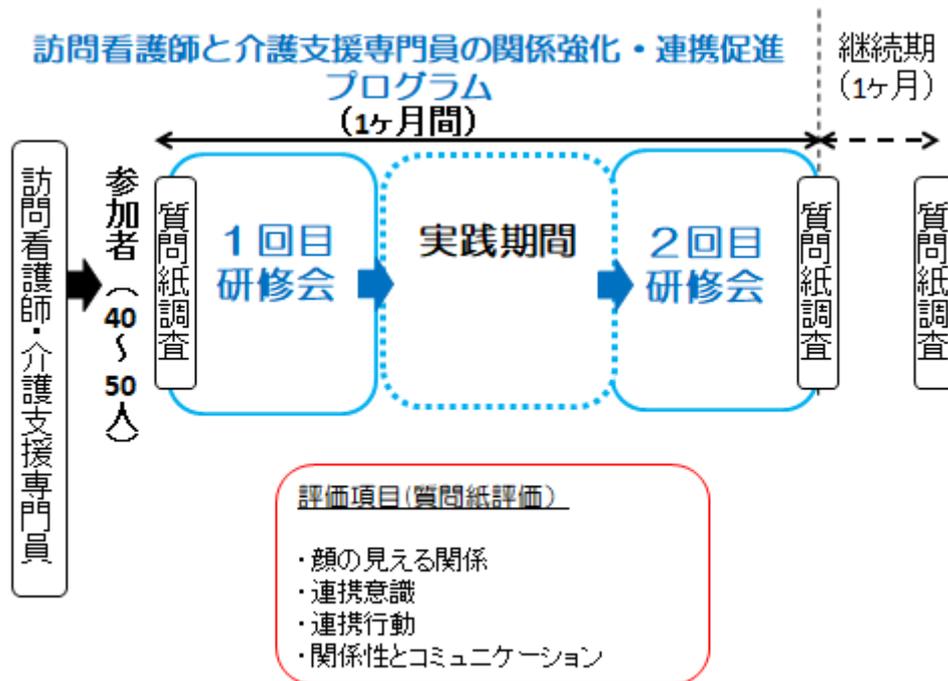


図 5. 研修プログラムの調査時期

D. データ収集方法

1. サンプルサイズ

対応のある 2 つの平均値を比較する場合のサンプルサイズを求めるため、予備調査で実施したリレーショナルコーディネーション尺度日本版（成瀬・阪井・永田, 2014）の研修前後の差得点の標準偏差 3.6 を算出した。効果量を 0.8 とし、サンプルサイズを 90 人（訪問看護師 45 人、介護支援専門員 45 人）以上の対象者が必要であること、先行研究（村山・上松・鈴木, 2013）から脱落率が 14%~16%であることを想定し、対象者を 110 人と見積もった。そのため、本研究では A 地域、B 地域の訪問看護ステーションの看護師約 55 名、居宅介護支援事業所の介護支援専門員約 55 名を研究対象者とした。

2. 対象者の選定方法

対象者のサンプリングは便宜的抽出とした。研究者が 3 地域の訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所について、A 県ホームページから居宅介護支援事業所一覧を検索し、B 地域 C 地域 D 地域の訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所を抽出した。しかし D 地域は、研修の時期が他の研修と重なったこと、研修会の開催について地域の医療介護連携

の拠点である在宅医療相談室の協力が得られなかったことから対象地域から除外した。B 地域 C 地域については在宅医療相談室の協力を得て、抽出した訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所について、訪問看護ステーション協会を通して営業の有無、活動地域等の情報を得た。訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所の設置主体などを検討した結果、協力依頼する訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を決定した。抽出した訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所の職員に対して研究参加協力依頼文、説明書、同意書、同意撤回書、返信用封筒を郵送し、同意書の返信により参加の意思を確認した。

3. 実施施設

B 地域市民会館、C 地域教育センターで実施した。

4. 実施期間

2017 年 8 月 18 日～10 月 31 日

5. 調査票の配布・回収

申し込みのあった順に、研究者が個別番号を決めた。第 1 回研修開始前、第 2 回研修直後は、研修会場で調査票を配布し回収した。研修終了 1 ヶ月後の調査は、第 2 回研修終了時に配布し郵送を依頼した。

E. データ分析方法

データの分析は、3 回実施する調査票において 90%以上回答されているものを対象とした。統計パッケージは SPSS ver24 を使用し、有意水準は 5%とした。

1. 対象者の基本的属性データの分析

対象者の基本的属性について、職種別に記述統計を算出した。

2. 評価尺度の分析

「在宅医療介護従事者の顔の見える評価尺度」、「連携意識評価尺度」、「在宅医療介護従事者の連携行動評価尺度」、「リレーショナルコーディネーション尺度日本版」に関する研修前と研修終了直後のデータを Kolmogorov-Smirnov 検定で正規性を確認した後に対応のある t 検定を実施した。また、研修前、研修終了直後、研修終了 1 か月後のデータについては反復測定分散分析を実施し、有意差が認められた場合は単純主効果の検定を実施した。

3. 研修プログラムのプロセス評価

カーク・パトリックの効果測定レベルは、項目ごとに記述統計を実施した。

研修プログラムへの意見・感想の自由回答から「研修プログラムへの意見・感想」、「研修プログラム受講後の連携意識」を抽出しまとめた。分析は、最小単位のコードを類似性に着目しながら抽象化を行い「主な意見・感想/連携意識」としてまとめた。ファシリテーターの研修プログラムへの意見についても同様に「ファシリテーターの研修プログラムへの意見」、「ファシリテーターの実施内容」を抽出し類似性に着目しながら抽象化を行い「主な意見/実施内容」としてまとめた。

F. 倫理的配慮

日本赤十字看護大学倫理指針に沿って倫理的配慮を行った。日本赤十字看護大学倫理委員会の承認を得た後に開始した。(テーマ：医療介護ニーズのある在宅療養者を支援する訪問看護師と介護支援専門員の連携促進プログラムの開発 承認番号：第 2017-049)

個人情報・プライバシーの保護について、2回の研修会で構成された研修プログラムの効果を検討するため、研修プログラム前後の測定結果を個人識別して紐付けした。個人に関する情報の保護の観点から、調査票は無記名で ID 番号を個々に付与した。ID 番号は研究者が設定し、ID 番号の書かれた調査票を研究者とファシリテーターで研究対象者に渡した。ID 番号と氏名の書かれた対応表は紙媒体で作成し、研究者とファシリテーターのみ閲覧し調査票配布の際に対応表を用いた。管理方法は、対応表を、回答済みの調査票とデータを入力した電子媒体とは、それぞれ別の鍵のかかる日本赤十字看護大学博士院生室の保管庫と鍵のかかる自宅の保管庫に保管した。また、調査票を回収してデータ入力後は、対応表をシュレッダーで破棄した。

調査内容については、秘密を厳守し、回答済みの調査票と電子媒体の中のデータは 5 年間保管した後に破棄・消去することを説明書に明記した。資料として個人情報を含まない情報のみを用いた。調査票の入力は研究者が行い業者には委託せず、データの閲覧は研究者以外に、指導教員、指導教員と同じ領域の教員、同じ指導教員より指導を受ける大学院生とした。ファシリテーターとなる研究協力者には、事前にファシリテーションの研修を行った。その研修において、本研究の研修会において、知り得た研究対象者の情報の守秘義務を依頼し、ファシリテーター用守秘義務に関する誓約書に署名して研究者が鍵のかかる日本赤十字看護大学博士院生室の保管庫で保管した。

研究参加の任意性と撤回の自由について、説明文に、研究参加の任意、研究参加の自由意思、研究からの離脱可能について記載する。同意を撤回する場合には、研究参加候補者に配布した同意撤回書 2 部に署名していただき、直接研究者に手渡しするか、または郵送していただくことを説明した。

研究参加候補者に依頼文、説明文、同意書、同意撤回書、返信用封筒を配布し、研究参加候補者個人が研究者に返信することで、施設管理者からの研究参加の強要を回避した。研究参加候補者の所属する施設の管理者に、研究参加の強制はしない事を、管理者用研究参加協力依頼文に明記した。加えて、管理者には最終的な対象者状況は知らせなかった。研究に伴って予想される利益と不利益とその対応について、予期される不利益は調査票回答と研修会にかかる時間的拘束がある。対応として、調査票は事前に数名に対して回答してもらい、回答に係る時間と分かりにくい文章を確認し、修正を行った。その結果、回答に係る時間は、10 分から 15 分であったため、研究対象者には、調査票の回答時間が 10 分から 15 分程度かかることを回答前に伝えた。また、研究参加候補者には、会場までの交通費の負担がある。交通費は支給しないが、研究対象者全員に対して研修会毎の終了時に謝礼（QUO カード）を渡した。予期される利益は、訪問看護師、介護支援専門員が自らの役割を振り返り、連携促進のためにお互いに有効な働きかけを具体的に知ることができる。研究に関する公開および還元方法は、学会誌、学術集会、博士論文、博士論文としてインターネットで公開する。また、研究対象者から希望があれば論文の抄録を送付する。その旨を説明書と同意書に記載した。

本研究は平成 29 年度フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成、学校法人日本赤十字学園教育・研究及び奨学金基金を受けて実施した。本研究に際し COI 関係にある企業はない。

VII. 結果

A. 本研究におけるデータ採択の流れ

図 6 に本研究におけるデータ採択の流れを示す。研究対象者は、便宜的抽出法にて募集した 164 人（訪問看護師 70 人、介護支援専門員 93 人）に対して、1 回目研修会対象者 54 人（訪問看護師 28 人、介護支援専門員 26 人）、2 回目研修会対象者 45 人（訪問看護師 24 人、介護支援専門員 21 人）（脱落率 16.7%）を解析対象者（以下、対象者）とした。なお、研修終了 1 か月後対象者は 33 人（訪問看護師 17 人、介護支援専門員 16 人）（脱落率 38.9%）であった。長期効果の評価は、研修終了 1 か月後までを解析対象者とした。

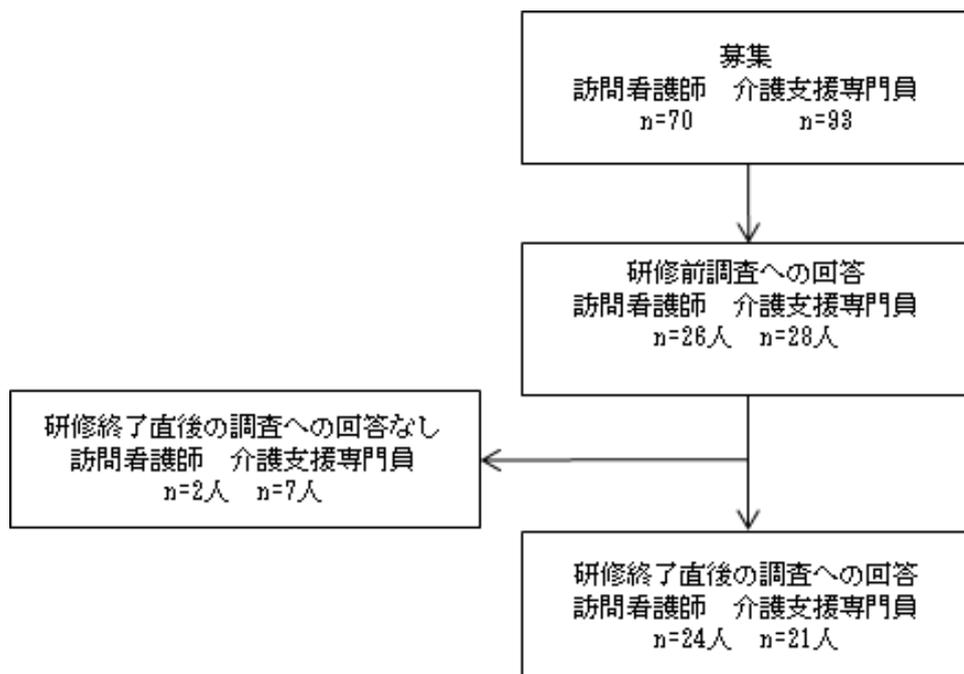


図 6. 本研究におけるデータ採択の流れ

B. 訪問看護師・介護支援専門員の職種別にみた対象者の基本的属性

表 4 に対象者の基本的属性を示す。対象者の職種は、訪問看護師 24 人（53.3%）、介護支援専門員 21 人（46.7%）であり、人数の割合に違いはなかった。年齢の平均（標準偏差：以下 *SD* と示す）は、全体 51.5 歳（*SD*8.5）、訪問看護師 50.5 歳（*SD*8.0）、介護支援専門員 52.7 歳（*SD*9.2）であり平均年齢に違いはなかった。性別は、訪問看護師は 24 人全員が女性

であり、介護支援専門員は女性 18 人 (85.7%)、男性 3 人 (14.3%) であった。

職種における主業務経験年数の平均は、16.1 年 (*SD*10.8)、訪問看護師 21.6 年 (*SD*11.3)、介護支援専門員 10.0 年 (*SD*6.0) で、訪問看護師が介護支援専門員に比べて経験年数が長いという特徴を認めた。勤務先の特徴をみると、訪問看護ステーションと介護支援事業所が併設される事業所での勤務者は、訪問看護師 12 人 (50.0%)、介護支援専門員 8 人 (38.1%) であった。過去 1 年間の多職種合同研修会に参加したことがない者は、訪問看護師 13 人 (54.2%)、介護支援専門員 5 人 (23.8%) であった。また、訪問看護師、介護支援専門員ともに多職種研修会参加回数の幅は 0 回から 10 回であった。

C. 本研修プログラム効果の検証

本研究で開発した顔の見える関係強化・連携促進研修プログラムの効果について、4 つの評価尺度を用いて検証した結果を示す。

1. 本研修プログラム前後の連携効果

a. 全体

表 5 に対象者全体の顔の見える関係強化研修プログラム前後の連携効果を示す。まず、Linkage レベルの評価である【在宅医療介護従事者の顔の見える関係評価尺度】の平均総得点は、研修前 78.4 点 (*SD*12.8) から研修終了直後 82.4 点 (*SD* 12.9) と有意な上昇を示した ($p=.019$)。評価項目別にみると、「地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる」の平均得点が、研修前 9.7 点 (*SD*2.7) から、研修会終了後 10.8 点 (*SD*2.5) と有意な上昇を示した ($p=.004$)。

次に、Coordination の評価である【連携意識評価尺度】の平均総得点は、研修前 52.8 (*SD*8.1) 点から、研修終了直後 54.6 点 (*SD*8.3) であり、本研究の対象者数では統計的有意差は認められなかったが、研修終了直後に点数の上昇傾向が認められた。

さらに、Full Integration の評価である【在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度】の平均総得点は、研修前 65.7 点 (*SD*9.4) から、研修終了直後 69.1 点 (*SD*9.2) と有意な上昇を示した ($p=.003$)。評価項目別にみると、「チームの関係構築」が研修前 19.1 点 (*SD*3.0) から研修終了直後 20.1 点 (*SD*3.0) ($p=.023$)、「予測的判断の共有」が研修前 11.9 点 (*SD*1.9) から研修終了直後 12.4 点 (*SD*2.1) ($p=.028$)、「ケア方針の調整」が研修前 11.1 点 (*SD*2.6) から研修終了直後 11.8 点 (*SD*2.0) ($p=.041$)、「24 時間体制」が研修前 7.3 点 (*SD*1.8) から研修終了直後 7.9 点 (*SD*1.5) ($p=.016$) と、評価項目の 4 つで統計的有意差を認めた。

最後に、【リレーショナルコーディネーション尺度日本版】の平均総得点では、研修前 29.1 点 (SD4.0) から、研修終了直後 29.2 点 (SD3.8) であり、得点に差異は認められなかった。

b. 訪問看護師

表 5 に訪問看護師の顔の見える関係強化研修プログラム前後の連携効果を示す。まず、【在宅医療介護従事者の顔の見える関係評価尺度】の平均総得点は、研修前 75.5 点 (SD11.7) から研修終了直後 79.3 点 (SD11.3) と、本研究の対象者数では統計的有意差は認められなかったが、研修終了直後で増加傾向を示した。図 7 に訪問看護師の研修会前後の在宅医療介護従事者の顔の見える関係評価尺度平均総得点の変化を示した。さらに評価項目別にみると、「地域のリソース（資源）が具体的にわかる」の平均得点が、研修前 10.2 点 (SD2.8) から研修終了直後 11.4 点 (SD1.8) と有意に上昇した ($p=.035$)。また、「退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい」の平均得点が、研修前 12.3 (SD2.3) から研修終了直後 12.8 (SD2.0) と上昇傾向を示した ($p=.098$)。一方、「他施設の関係者とのやりとりができる」、「地域の他の職種の役割がわかる」、「地域の相談できるネットワークがある」、「退院前カンファレンスなど地域との連携がよい」では、研修前後での顕著な得点上昇は認められなかった。「地域のリソース（資源）が具体的にわかる」における有意な平均得点の上昇は、介護支援専門員には見られず訪問看護師に特徴的な傾向であった。

次に、【連携意識評価尺度】の平均総得点は、研修前 52.8 点 (SD6.8) から研修終了直後 54.0 点 (SD9.0) と本研究の対象者数では統計的有意差は認められなかったが、研修終了直後で微増した。評価項目別においては統計的有意差を認める結果はなかった。図 8 に訪問看護師の研修会前後の連携意識評価尺度平均総得点の変化を示した。

さらに、【在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度】の平均総得点は、研修前 65.0 点 (SD9.4) から研修終了直後 68.4 点 (SD8.7) と有意に上昇した ($p=.046$)。図 9 に訪問看護師の研修会前後の在宅医療介護従事者の連携行動評価尺度平均総得点の変化を示した。評価項目別にみると、「予測的判断の共有」の平均得点は、研修前 12.2 点 (SD1.6) から研修後 12.9 点 (SD1.6) と有意に上昇し ($p=.023$)、「ケア方針の調整」の平均得点は、研修前 10.3 点 (SD2.5) から研修後 11.3 点 (SD1.9) と有意に上昇した ($p=.043$)。また、「チームの関係構築」の平均得点においても研修前 18.9 点 (SD2.9) から、研修終了直後 19.8 点 (SD2.9) と上昇傾向を示した ($p=.092$)。一方、「意思決定支援」、「24 時間体制」では研修前後での顕著な得点の上昇は認められなかった。「予測的判断の共有」「ケア方針の調整」における有意な平均得点の上昇は、介護支援専門員には見られず訪問看護師に特徴的な傾向であっ

た。

最後に、【リレーショナルコーディネーション尺度日本版】の平均総得点は、研修前 28.3 点 ($SD3.8$) から研修終了直後 28.5 点 ($SD4.0$) と研修前後で大きな変化は認められなかった。図 10 に訪問看護師の研修会前後のリレーショナルコーディネーション尺度日本版平均総得点の変化を示した。

c. 介護支援専門員

表 5 に介護支援専門員の顔の見える関係強化研修プログラム前後の連携効果を示す。まず、【在宅医療介護従事者の顔の見える関係評価尺度】の平均総得点は、研修前 81.8 点 ($SD13.3$) から研修終了直後 86.0 点 ($SD13.8$) と上昇傾向 ($p=.089$) を示した。図 7 に介護支援専門員の研修会前後の在宅医療介護従事者の顔の見える関係評価尺度平均総得点の変化を示した。評価項目別にみると「地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる」の平均得点は、研修前 10.1 点 ($SD2.8$) から研修終了直後 11.4 点 ($SD2.5$) と有意に上昇し ($p=.010$)、「地域に相談できるネットワークがある」の平均得点においても、研修前 11.9 点 ($SD2.3$) から研修終了直後 12.9 点 ($SD2.0$) と有意に上昇した ($p=.029$)。一方、「他施設の関係者とのやりとりができる」、「地域の他職種に会ったり話し合ったりする機会がある」、「地域のリソース（資源）が具体的にわかる」、「退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい」では研修前後で顕著な得点の上昇は認められなかった。「地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる」、「地域の相談できるネットワークがある」における有意な平均得点の上昇は、訪問看護師には見られず介護支援専門員に特徴的な傾向であった。

次に、「連携意識評価尺度得点」の平均総得点は、研修前 52.7 点 ($SD9.5$) から研修終了直後 55.2 点 ($SD7.7$) と本研究の対象者数では統計的有意差は認められなかったが、研修終了直後で微増した。図 8 介護支援専門員の研修会前後の連携意識評価尺度平均総得点の変化を示した。評価項目別においては統計的有意差を認める結果はなかった。

さらに、【在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度】の平均総得点は、研修前 66.4 点 ($SD9.6$) から研修終了直後 69.9 点 ($SD9.8$) と有意に上昇した ($p=.036$)。図 9 介護支援専門員の研修会前後の在宅医療介護従事者の連携行動評価尺度平均総得点の変化を示した。評価項目別にみると、「24 時間体制」の平均得点は、研修前 7.0 点 ($SD1.6$) から研修終了直後 8.0 点 ($SD1.3$) と有意に上昇した ($p=.001$)。一方、「予測的判断の共有」「ケア方針の調整」では研修前後で顕著な得点の上昇は認められなかった。「24 時間体制」における有意な平均得点の上昇は、訪問看護師には見られず介護支援専門員に特徴的な傾向であった。

最後に、「リレーショナルコーディネーション尺度日本版」の平均総得点は、研修前 30.1 点 (SD4.0) から研修終了直後 30.0 点 (SD3.4) と、得点に差異は認められなかった。図 10 介護支援専門員の研修会前後のリレーショナルコーディネーション尺度日本版平均総得点の変化を示した。

2. 職種別にみた本研修プログラム終了 1 か月後の効果持続性の検討

顔の見える関係強化・連携促進研修プログラム終了 1 か月後（以下 1 か月後と示す）の効果持続性について、1 か月後に調査票の回答があった 33 人を対象に、職種別に研修前、研修終了直後、1 か月後における 4 つの評価尺度の平均得点の推移を観察した。

まず、図 11 に示すとおり、在宅医療介護従事者の顔の見える関係評価尺度平均総得点について、訪問看護師では研修前 76.0 (SD12.7) 点から研修終了直後 78.5 (SD12.9) 点と上昇し、さらに 1 か月後も 79.7 (SD11.6) 点と上昇した。介護支援専門員では研修前 82.4 (SD13.1) 点から研修終了直後 88.3 (SD11.6) 点と有意に上昇し ($p=.040$)、1 か月後は 87.9 (SD11.5) 点と微減したが、研修前より上昇を示した。次に、図 12 に示すとおり「連携意識評価尺度」の平均総得点について、訪問看護師は研修前 52.7 (SD7.6) 点から研修終了直後 52.8 (SD9.5) 点と微増し、1 か月後も 53.2 (SD8.2) 点と上昇を示した。介護支援専門員では研修前 52.5 (SD10.0) 点から研修終了直後 56.7 (SD7.3) 点と上昇を示し、1 か月後は 56.3 (SD10.4) 点と微減したが研修前より高値を維持していた。

さらに、図 13 に示すとおり「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度」の平均総得点について、訪問看護師は研修前 65.0 (SD10.9) 点から研修終了直後 68.7 (SD8.7) 点と上昇を示し、1 か月後 67.8 (SD 6.6) 点と微減したが、研修前より高値を維持していた。

介護支援専門員では研修前 67.1 (SD10.7) 点から研修終了直後 71.4 (SD10.6) 点と有意に上昇を示し ($p=.044$)、1 か月後は 71.0 (SD11.8) 点と微減したが、研修前より高値を維持していた。しかし、「リレーショナルコーディネーション尺度日本版」平均総得点の変化は、訪問看護師、介護支援専門員ともに研修前後および 1 か月後で大きな変化は認められなかった。研修プログラム終了後の「リレーショナルコーディネーション尺度日本版」平均総得点の変化を図 14 に示した。

D. 本研修プログラムのプロセス評価

表 6 に顔の見える関係強化・連携促進プログラムの満足感の分布を示す。研修プログラムへの積極的に参加することができたか、他の対象者と一体的になって活動できたか、総合的に考えて満足のものだったか、今回のような研修にまた参加したいかの質問に対して、訪問看護師、介護支援専門員の 9 割以上が「とても当てはまる」あるいは「どちらかという当てはまる」という回答をしていた。一方でどちらかというに参加したくないと回答した者が 2 名 (4.4%) あった。

表 7 に自由記載による研修プログラムへの意見・感想のまとめを示した。研修プログラムに関する具体的な意見・感想は、「楽しく参加できた・勉強になった」、「講師の在宅医の話に感動した」、「グループワークが少人数でメンバーの意見を良く聞くことが出来たという」研修プログラムに対する肯定的な意見がみられた。一方では、「コミュニケーションスタイルインベントリーについて詳しく聞きたかった」、「他職種との意見交換をもっとしたかった」、「医療と介護の連携がうまくいった事例を教えてほしい」という研修プログラムへの要望が挙げられた。表 8 に研修プログラム受講後の連携意識を示した。主な連携意識として「他職種の立場や考え方の理解」、「他職種と交流する必要性の認識」、「他職種との積極的な情報共有への意欲」、「終末期在宅療養者の支援をチームで行う意識」、「他職種との信頼関係の構築の意識」、「コミュニケーションスキルの活用」が挙げられた。

表 9 にファシリテーターによる研修プログラムへの意見を示した。主な意見は、資料と設営の改善点と事例検討の改善点が挙げられた。表 10 にファシリテーターの実施内容を示した。主な実施内容は「不意の対応」、「グループワークの雰囲気づくり」、「対象者の変化の把握」、「グループワークの促進」、「交流の促進」、「ファシリテーションの共有」が挙げられた。

VIII. 考察

A. 本研究対象者の特性

本研究の対象者は、平均年齢が 51.5 歳、主業務平均経験年数は 16.1 歳、職種における主業務経験年数の平均は、16.1 年 (*SD*10.8)、訪問看護師 21.6 年 (*SD*11.3)、介護支援専門員 10.0 年 (*SD*6.0) で、訪問看護師が介護支援専門員に比べて経験年数が長いという特徴を認めた。また、過去 1 年間の多職種合同研修会に参加したことがない者は、訪問看護師は半数を占め、多職種研修会参加回数の幅は 0 回から 10 回と個人によって差が見られた。在宅医療・介護専門職を対象にした緩和ケア研修会の調査結果（森田・井村・野末他, 2012）と比べると、本研究の対象者は、多職種連携研修会に参加していない者の割合が高く、参加回数の幅が大きいと言える。

B. 研修プログラムの検討

本研究では、高実績を上げる組織の実践項目である「人材の選択」、「実践の振り返り」、「対立の解決」、「顔を合わせる機会をつくる」、「境界をつなぐ」を参考に研修プログラムを開発した。研修プログラムの検討では、初めに Linkage レベルの評価指標である「顔の見える関係評価尺度」、Coordination レベルの評価指標である「連携行動評価尺度」、Full Integration レベルの評価指標である「連携意識評価尺度」と「リレーショナルコーディネーション尺度」の項目に沿ってその効果を考察し、次に研修プログラムのプロセスについて考察する。

1. Linkage レベルへの効果

本研究では、Linkage レベルの評価指標として「顔の見える関係評価尺度」を用いた。「顔の見える関係評価尺度」の対象者全体の平均総得点と「顔の見える関係評価尺度」の評価項目である「地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる」の平均得点が研修会前後で上昇が認められた。その理由として、高実績を上げる組織の実践項目の「顔を合わせる機会」に対応して実施した、研修ごとのグループ編成や研修会前後に名刺交換や交流の時間を設定したことが挙げられる。対象者から、「他職種の考えを知ることができて良かった」、「貴重な交流の場になった」という回答があったことから研修ごとに新しいグループメンバーと話し合うことや交流の時間の設定により、多くの人の名前や顔・考え方を知ること

ができたと考えられた。先行研究では、名刺交換や交流の時間が連携を促進した（東京大学高齢社会総合研究機構, 2014）ことが報告されている。本研修プログラムにおいても、研修ごとのグループ編成や交流の時間の設定は両職種にとって効果があったと考える。

次に、高実績を上げる組織の実践「対立の解決」では、研修プログラムの冒頭に CSI を用いたタイプ分けを実施したことで、研修会を通して、自分とメンバーのコミュニケーションのタイプを意識しながらグループワークを進めたことが挙げられた。先行研究では、タイプ分けを新人看護師とプリセプターに実施したところ、新人看護師のプリセプターによるサポートの知覚が高まった（青木・竹内, 2013）と報告されている。本研修プログラムにおいても、対象者から、「コミュニケーションスタイルを他者理解に活用したい」、「自分のコミュニケーションスタイルを知り苦手なタイプが分かった」という回答があったことから、対象者にタイプ分けを意識的に用いて他職種と関わる様に促したことが、短時間で効果が上がった理由であると考えられた。

訪問看護師のみに認められる特徴的な傾向として、「顔の見える関係評価尺度」の評価項目である「地域のリソース（資源）が具体的にわかる」の平均得点が研修会前後で上昇した。先行研究によると、多職種間連携教育は、他職種との事例検討等でコミュニケーションを図ることにより、自らの知識不足や他職種の理解が深まると報告されている（藤橋・小林・山下他, 2014）。本研修プログラムでは、特に訪問看護師にとって介護支援専門員と医療介護サービスについて話し合う事例検討は効果があったと考える。

介護支援専門員のみに認められる特徴的な傾向として、「顔の見える関係評価尺度」の評価項目である「地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる」「地域の相談できるネットワークがある」の平均得点が研修会前後で上昇した。「地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる」の平均得点が上昇した理由としては、高実績を上げる組織の実践「顔を合わせる機会をつくる」に対応して実施した、研修ごとのグループ編成や研修会前後に名刺交換や交流の時間を設定したことが挙げられる。また、「地域の相談できるネットワークがある」の平均得点が研修会前後で上昇し、対象者から「情報交換していきたい」、「医師と密な連携が取れるとよい」という回答があった。先行研究においては、グループワーク形式の事例検討を主体とした、開業医を交えた他職種連携研修プログラムにおいて、開業医以外の職種が開業医との交流をもつきっかけになったと報告されている（土屋・吉江・川越他, 2017）。本研修プログラムにおいても、医師と連携が取りにくいと感じている介護支援専門員が、地域で積極的に活動している在宅医の講話を聞き、在宅医と直接話し合うことで

垣根が低くなり地域の相談できるネットワークができたと思えたのではないかと考えられる。

以上のように、職種別での効果の違いのある部分もあるが、高実績をあげる組織の実践を参考に開発した研修プログラム内容である、対象者同士の交流の促進、CSIを用いたコミュニケーション演習、事例検討グループワーク、在宅医・在宅医療コーディネーターによる講話と話し合いが訪問看護師と介護支援専門員の「顔の見える関係」構築を促進したと言える。Linkage レベルを促進するためには、日常的に顔の見える関係を作っていくことが重要である（成木, 2016）ことから、「顔の見える関係」に効果がみられた本研修プログラムは、Linkage レベルに働きかけていたことが考えられた。さらに、本研修プログラムにより、連携の基盤となる Linkage レベルが促進されたことは、連携の第 2 区分である Coordination レベル、連携の第 3 区分である Full Integration レベルへの向上につながると考えられる。

2. Coordination レベルへの効果

Coordination レベルの評価指標として、「連携意識評価尺度」を用いた。調査の結果、「連携意識評価尺度」において有意な平均得点の上昇はみられなかった。理由として、第一に、ベースラインの平均得点が、訪問看護師 52.8、介護支援専門員 52.7 と職種の違いもなく、福井・乙黒・藤田他（2015）が報告した訪問看護師 55.9、介護支援専門員 55.7 と比べて差が見られなかったことから、元々連携意識の高い集団であったため、ベースラインが高く平均得点の差がみられなかったと考える。第二に、評価指標は普段の仕事でのチーム全体の連携意識を含めて尋ねており、個人の連携意識への変化を捉えにくかったと考える。ただし、自由記載をみると、「他職種との積極的な情報共有の意識」や、「他職種との信頼関係構築の意識」が述べられ、研修プログラムの満足感では対象者全員が、「他対象者と一体になった活動ができた」と回答していることから、「連携意識評価尺度」では捉えられなかったが、本研修プログラムは、連携意識として Coordination レベルに働きかけていたと考えられた。

3. Full Integration レベルへの効果

Full Integration レベルの評価指標として「連携行動評価尺度」を用いた。「連携行動評価尺度」の平均総得点と、「連携行動評価尺度」の評価項目である「チームの関係構築」の平

均得点の上昇が認められた。「連携行動評価尺度」の平均総得点が増加した。対象者から、「自分が行っている情報共有方法の有効性の確認ができた」と回答があった。Schon (1983/2001) は行為の中の省察について、「普通の人々も専門的実践家も共に、自分がしていることについて、またはそれを実際にやっている間でさえもそのことについて考えることがよくある。驚きに刺激されて、行為について振り返り、行為の中で暗黙に知っていることを振り返る」と述べている。本研修プログラムにおいて、対象者は実践期間中の自らの連携行動の振り返りに加えて、グループワークの中で他職種の連携行動を知ることにより、自分の連携行動の振り返りを行ったと考えられる。

次に「チームの関係構築」の平均得点の上昇した理由として、高実績を上げる組織の実践「実践の振り返り」に対応して実施した事例検討に、日頃の実践の話を交えて話し合ったことが挙げられる。対象者からも、「同じ支援行動でも多角的に捉えることにより、いろいろな意味があることが分かった」という回答があった。先行研究では、地域包括支援センターの職員を対象とした研修会において、自分達の活動や業務経験に基づいた意見共有や議論は分かりやすさの認識や興味につながる(村山・奈良部・児島他, 2010)ことが報告されている。本研究においても、日頃の実践活動を踏まえて話し合ったことは「チーム関係構築」に効果があったと考えられる。

訪問看護師のみに認められる特徴的な傾向として、「連携行動評価尺度」の評価項目である「予測的判断の共有」と「ケア方針の調整」の平均得点の上昇が認められた。先行研究では、訪問看護師は介護支援専門員から「患者の病状や医療処置の把握や理解」を期待されていた(日本訪問看護振興財団, 2012)と報告されている。本研修プログラムにおいては、事例検討にALS患者という医療ニーズのある事例を用いたことで、訪問看護師は、介護支援専門員の期待を知り、実践の場で患者の病状の変化や生活の変化について介護支援専門員に伝えることができたのではないかと考えられた。

介護支援専門員にのみ認められる特徴的な傾向として、「連携行動評価尺度」の評価項目である「24時間体制」の平均得点の上昇が認められた。先行研究では、介護支援専門員は、訪問看護師から「支援体制やケア内容の柔軟性を持った対応」が期待されていた(日本訪問看護振興財団, 2012)。本研修プログラムにおいては、事例検討に加えて、「メンバー間の境界をつなぐ」に対応して実施した、その地域で精力的に活動している在宅医の在宅ターミナルの講義と、在宅医と訪問看護師と介護支援専門員の三者による、24時間連絡体制の構築に関する話し合いを計画した。この話し合いにより、介護支援専門員は24時間体制に

おける自らの役割を知り、即座に連絡ができる体制をとる連携行動ができたのではないかと考えられた。

研修プログラムの実施による連携行動の効果を検討したものは、土屋・吉江・川越他(2017)の開業医と多職種との連携活動状況の報告のみであり本研究では訪問看護師と介護支援専門員の連携行動に着目し検証した初めての報告である。

4. リレーショナルコーディネーションの効果

リレーショナルコーディネーションの評価指標として「リレーショナルコーディネーション尺度日本版」を用いた。は、「リレーショナルコーディネーション尺度日本版」の平均得点の上昇がみられなかった。理由として、リレーショナルコーディネーションは、相手が自分との関係性やコミュニケーションに対する行動を察して回答するため、相手のことを知る必要がある。そのために、リレーショナルコーディネーションは、連携行動より上位の連携であると考えられた。これらのことから、リレーショナルコーディネーションは、長期的かつ組織的な連携改善を強力に行う研修プログラムの場合は効果があると考えられた。しかし、本研修プログラムの場合は、組織全体への介入やリーダー養成を目的とした研修ではなかったため効果が認められなかったと推察される。加えて、本研修プログラムの対象者数がサンプルサイズより少ないことから効果が低かった可能性が考えられた。

以上のことから、本研究の対象者は、普段は比較的連携意識の高い職場で活動しているが、顔の見える関係をしっかり構築する機会を作った上で、具体的な連携行動に関する各種演習を行うと、対象者のニーズを満たし連携促進の効果が得やすかったのではないかと推察する。本研修プログラムにより、連携行動に効果がみられ Full Integration レベルが促進されたと考えられる。

5. 長期的に効果が持続した要因

本研修プログラムの効果持続性について、職種別に研修前、研修終了直後、研修終了 1 か月後における 4 つの評価尺度の平均総得点の推移についてみると、「顔の見える関係評価尺度」の平均総得点は、訪問看護師、介護支援専門員ともに研修前から研修終了直後と上昇傾向を示し、1 か月後も研修前よりは高い得点を維持した。理由として、交流や名刺交換による一過的な顔の見える関係が、研修後も持続されたことがわかる。また、1 回目と 2 回目研修会のグループワークのメンバーを変えることにより、幅広く他職種と交流する機会を持つことで、研修終了後につながりを生かすことができたかと推察される。

「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度」の平均総得点は、訪問看護師、介護支援専門員ともに研修前から研修終了直後と上昇傾向を示し、1か月後は微減するも研修前よりは高い得点を維持した。その理由として、1回目研修会の終わりに目標設定を促し、1か月の実践期間を挟み2回目研修会では今後の連携強化に向けた目標の修正を促したことが、研修後も意識的に連携行動をとることにつながったのではないかと推測された。

その他の指標としては「連携意識評価尺度」の平均総得点は、訪問看護師、介護支援専門員ともに有意な上昇は示されなかったが研修前よりは高い得点を維持した。しかし、「リレーショナルコーディネーション尺度日本版」では、訪問看護師、介護支援専門員ともに、研修前、研修終了1か月後に大きな変化は見られなかった。

以上のことから、本研究は「顔の見える関係」、「連携行動」、「連携意識」において長期的に効果が持続することが明らかになった。

6. 研修プログラムのプロセス評価

高実績を上げる組織の実践に基づく本研修プログラムのプロセス評価について、満足度と研修プログラムの内容について、3pモデルに基づいたアクティブラーニングとファシリテーションについてについて検証する。

研修プログラムに関する対象者の満足度は肯定的な評価を得た。満足度を研修プログラムの内容の観点からみると、「メンバーの対立を解決する」ことに即したCSIに基づくコミュニケーション演習について、「コミュニケーションスタイルを活用したい」という意見が聞かれた。理由としてCSIに基づくコミュニケーション演習により、自分と相手の性格を知ること、対象者同士のコミュニケーションが促進され、研修会への積極的な参加につながったと考えられる。CSIを実践においても活用することで多職種とのコミュニケーションの促進により「メンバーの対立を解決する」ことが期待できると考えられた。また、「主要5因子性格検査」からCSIに変更したことで、時間が短縮され、予定時間内に研修プログラムを実施することができた。

次に、満足度が肯定的な評価を得た理由として、「他職種の考えを知ることができて良かった」と回答していたことから、脳血管疾患患者とALS患者の在宅医療介護の問題ベースの事例を用いたことが対象者に合っていたと考えられた。事例検討は、「チームワークのための人材の選択」に対応して、「必要なサービスの種類と導入時期」「サービスを導入するための相談方法や時期」をテーマとした。介護支援専門員と訪問看護師は、脳血管疾患患

者のケアに携わる頻度が高いことから、脳血管疾患患者の在宅医療介護の事例を用いたことは、イメージしやすく適切であったと考えられた。また、介護支援専門員は、ALS 患者を含めた神経難病患者の訪問看護サービスの導入について、必要性を感じながらも訪問看護サービスを導入できない現状がある（永田・田口・成瀬, 2010）ことから、サービスの導入をテーマにしたことで、実践につながる話し合いができたと考えられた。次に、「チームパフォーマンスの振り返り」として、同様の事例を用いて事例検討は、「チームの目標の達成度」「チームの責任」をテーマとした。自由記載において、テーマが分かりにくいとの回答があった。先行研究では、多職種が参加したワークショップにおいて、連携の目標が明確でない対策について、各職種それぞれ他の職種に対するニーズの共有が挙げられた（安井・綱岡・青松他, 2011）。本研修プログラムの改善点として、他職種のニーズの把握と共有についても話し合うことが、チームの目標の達成と責任の話し合いが促進されるのではないかと考えられた。

「メンバー間の境界をつなぐ」役割として、積極的に在宅医療に取り組んでいる在宅医の講話と対象者との意見交換についても肯定的な評価がみられた。講話、意見交換の内容は在宅看取りにおける連携に焦点を当てたことから「終末期の在宅療養者の支援をチームで行うこと」が意識化されていた。藤田・渡辺・福井（2013）は介護支援専門員に対する訪問看護師の連携行動において、「介護支援専門員から終末期ケアに関する訪問看護師への相談がある」ことを報告している。訪問看護師に苦手意識のある介護支援専門員から、「終末期の在宅療養者の支援をみんなでサポートしたい」という前向きな言葉が聞かれたことから、在宅医、訪問看護師と直接話し合うことで垣根が低くなり地域の相談できるネットワークができたと思えたのではないかと考えられる。

研修プログラムの構成としては、対象者から「2 回目の研修会の方が楽しく参加できた」という意見が聞かれたこと、2 回目研修会後の総合的な満足度が向上したことから研修会の開催回数は適切であったと考えられた。満足度が上昇した理由について、2 回の研修プログラムの間隔を 1 か月設け、その間に実践期間をおいたことで、他職種との連携を意識して実践し、2 回目の研修会でメンバーと話し合いができたと考えられた。本研修プログラムは、各地域で行う際に簡便で汎用性が高く、かつ運営側・対象者側双方に負担を少なく実施するために、研修会の時間・回数の短縮化を行った。本研修会は、各地域で実施されている研修会（吉江, 2016）と比較しても時間と開催回数が短縮し、さらに短期的効果が認められた。

3p モデルのアクティブラーニングが、専門職間の連携を改善するのに適した教育的アプローチである (Freeth & Reeves, 2004) と論じられていることから本研修プログラムに導入した。研修会終了後に、対象者から「医療職は敷居が高いと感じていたが密に連絡を取っていきたい」と回等があったことから、アクティブラーニングによる事例検討が専門職間の相互作用に働きかけ実践に活かすことができる内容であったと考えられた。加えて、対象者から、「少人数のグループでありメンバーの意見をよく聞くことができた」という肯定的な言葉が聞かれた。「顔を合わせる機会をつくる」ために、研修会毎にグループメンバーを変更したこと、メンバー数を4~6人に設定したこと、話し合いが促進されたと考えられた。一方で、少数ではあるが積極的に参加することができなかつたと感じている対象者があつたこと、意見交換時間やコミュニケーションスキル演習時間の不足や事例の情報不足が指摘されたことから、今後は、発言しやすい雰囲気づくりや研修プログラムの時間配分の見直し、事例に関する情報の検討が必要であると考ええる。

3p モデルの Process のアプローチ方法として、ファシリテーションを挙げている (Freeth & Reeves, 2004) ことから、本研修プログラムにおいても、対象者の相互作用を促進するためにファシリテーターを導入した。ファシリテーターを導入するにあたり、ファシリテーターの質の担保を目的に、研修プログラム前にファシリテーター研修を行い、研修プログラム実施中にファシリテーター間の情報の共有を行った。その結果、9割以上の対象者が、積極的に参加できたと捉えていることから、ファシリテーションが一定の水準で実施されたことが挙げられた。また、ファシリテーターが、対象者への不意の対応や対象者の変化の把握をしていたこと、ファシリテーション技術の向上を実感していた。平川・安藤 (2017) は、IPE のファシリテーションに必要な能力には、柔軟性、発言力、要約力が必要であると述べている。研究者が作成したファシリテーター研修会資料には、対象者の多様性の受け止め方や、対象者同士の関係づくりのサポート、不意の対応など具体的な行動や発言を記載した。このファシリテーター研修会資料を用いたこと、ファシリテーター同士が情報共有していたことにより、ファシリテーターは柔軟性や発言力をもってファシリテーションを行うことが出来たのではないかと考えられた。今後は、ファシリテーションの効果をより一層高めるためにファシリテーション研修会の中でロールプレイを行う等、実践的でイメージしやすくすることが必要である。

予備調査の結果を基に修正した研修プログラム内容をみると、第1にALSの在宅療養者の事例を追加したことで、実践につながる話し合いができた。第2にファシリテーターを

導入したことがグループワークの促進につながり、第3に、CSIに変更したことで、時間が短縮された。第4に、グループメンバーの変更や少人数にしたことで話し合いが促進されたことから、予備調査の結果を基に修正した研修プログラムは適切であったと考えられる。

本研修プログラムは約16%の欠席者がみられた。研修会欠席の理由は、介護支援専門員の資格更新の研修会との重複、受け持ちケースの対応、体調不良等であった。先行研究をみると、介護支援専門員対象の研修会では脱落率が14%~16%であり(村山・上松・鈴木, 2013)本研究と同様であった。これらのことから一定の脱落率は避けられないと考えられるため、脱落率を考慮した参加者数の設定、実施にあたり脱落を減らす日程の配慮が必要である。

以上のことから、高実績をあげる組織の実践を用いた本研修プログラムは、質が担保されたファシリテーターによる研修会の運営、本研修プログラムの簡便性と汎用性が対象者の満足感や積極性を向上させたと考えられる。また、本研修プログラムは、運営側・対象者側双方に負担の少ない研修プログラムはであることから、研修会の企画・運営の技術的支援につながると考えられる。

C. 実践への示唆

本研究の特色は、第一に、本研修プログラムは、高実績をあげる組織の実践を基に、事例検討、CSIに基づくコミュニケーションスタイルのタイプ分け、実践の振り返りの話し合い、在宅医と在宅医療コーディネーターによる講話と意見交換の実施しやすいコンテンツを内容としている。また、所要時間は2時間30分の2回の研修プログラムであることから、各自治体で実施されている多職種連携研修会の所要時間(吉江, 2016)と比べて短時間であり、多職種連携研修会の主催者にとっては負担の少ない汎用性の高い研修プログラムであると考えられる。第二に、本研究で開発した「研修プログラム」「事例検討資料」を用いることによって、顔の見える関係強化の目的で多職種連携研修等を企画する機関等が、職種を問わず短い準備期間で効果的な研修会を実施することができると期待できる。第三に本研究で開発した「ファシリテーション資料」を用いることによって、職種を問わないファシリテーターを育成することできる。第四に、パッケージ化された資料を用いることにより、異なる人員や職種に関係なく開催される研修会でも効果が得られると期待できる。

D. 本研究への限界と今後の展望

本研究の限界として以下の点が挙げられる。第一に、対象者数がサンプルサイズより少

ないことから効果が低かった可能性がある。本研修プログラムの出席率をみると、54人中45人(83.3%)が研修会プログラムを修了し、訪問看護師4人と介護支援専門員5人の合計9人(16.7%)の欠席があった。研修会欠席の理由は、介護支援専門員の資格更新の研修会との重複、受け持ちケースの対応、体調不良等であった。先行研究をみると、介護支援専門員対象の研修会では脱落率が14%~16%であり(村山・上松・鈴木, 2013)本研究と同様であった。これらのことから一定の脱落率は避けられないと考えられるため、脱落率を考慮した参加者数の設定や、実施にあたり脱落を減らす日程や会場の配慮等が必要である。本研究ではサンプルサイズを110人と見積もっていたが、54人と約半数の応募者になったことから、各職種の協議会の会議に出向き直接研修会の説明を実施すること、各職種が参加する会議等の前後に研修会を実施すること、チラシを事業所に郵送する、自治体の地域包括支援センターや役所の窓口を設置すること等の広報活動が必要である。第二に、本研修会は1地域の訪問看護師と介護支援専門員を対象に行われたものであることから今後は特性の異なる地域での実施が可能か検討していく必要がある。第三に、評価尺度について連携意識評価尺度は、普段の仕事でのチーム全体の連携意識を含めて尋ねているため本研修プログラムでは個人の連携意識への変化を捉えにくかったこと、リレーショナルコーディネーション尺度については、短期間で顔の見える関係づくりを強化する本研修プログラムでは効果が認めにくいことが推察された。リレーショナルコーディネーションについては、連携改善を強力に行う研修プログラムの場合には効果があると考えられ、同一事業所に所属する専門職に対して長期的かつ組織的な研修プログラムを実施することで効果がみられるのではないかと考えられる。第四に、本研究は、職種別に連携評価に関する4つの尺度の平均得点の結果について検証したため、今後は研修会参加回数や経験年数などの客観的データを用いた検証が必要である。第五に本研究は研修対象者のみの変化を検証しており、対照群を設定した比較試験が必要である。第六に、本研究の評価は、開発した専門職間連携促進研修会のプロセス評価である。今後は本研修プログラムの効果を、医療介護サービス利用者の医療費や介護費、医療介護従事者のやりがい感などのアウトカム評価で検証していく必要がある。

本研究の今後の展望として、本研修プログラムはコンテンツが実施しやすく、短時間で顔の見える関係が強化される多職種連携研修会の主催者にとっては使いやすく汎用性の高い研修プログラムである。本研究で開発した「研修プログラム」、「ファシリテーション研修資料」を用いることによって、多職種連携研修を企画する各市区町村介護保険担当課や

介護保険事業者等の機関が、職種を問わず短い準備期間で効果的な研修会を実施することができる。特に、本研究で開発した「ファシリテーション研修資料」を用いることによって、職種を問わないファシリテーターを育成することができる。さらに、多職種連携研修会等に多忙のため出席できない訪問看護や退院支援に関わる看護職が、短期間に他職種と顔の見える関係を築くことができると考える。今後は開発したプログラムをパッケージ化し、短い準備期間で負担が少なく効果的な研修会が期待される

IX. 結論

本研究では、医療介護ニーズのある在宅療養者を支援する訪問看護師と介護支援専門員の連携促進プログラムを開発することを目的とした。

研修プログラムの開発においては、まず、文献検討を参考に、学習・指導モデルである3Pモデルを基盤として、高実績モデルに基づき研修プログラム内容を整理して、予備的研究を実施した。次に予備的研究の結果を受けて研修プログラム内容に修正を加えた「医療ニーズのある在宅療養者を支援する訪問看護師と介護支援専門員の連携促進プログラム」を開発した。この研修プログラムは、①CSIに基づくコーチングの基礎を用いたコミュニケーション演習、②顔の見える関係づくりと連携行動を学ぶ事例検討、③訪問看護師と介護支援専門員の連携に関わる在宅医と在宅医療コーディネーターの講話と意見交換、④実践の振り返り、⑤名刺交換や挨拶の場の設定で構成され、対象者の発言を促しコミュニケーションを促進するためのファシリテーションを導入した。

研修プログラムの効果の結果についてみると、「顔の見える関係」への効果は、「顔の見える関係評価尺度」の対象者全体の総得点と「顔の見える関係評価尺度」の評価項目である「地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる」の平均得点が研修会前後で上昇がみられた。訪問看護師のみに認められる特徴的な傾向として「地域のリソース（資源）が具体的にわかる」の平均得点が研修会前後で上昇した。介護支援専門員のみに認められる特徴として「地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる」、「地域に相談できるネットワークがある」の平均得点が研修会前後で上昇した。「連携行動」への効果は、「連携行動評価尺度」の対象者全体の総得点と「連携行動評価尺度」の評価項目である「チームの関係構築」、「予測的判断の共有」、「ケア方針の調整」、「24時間体制」の平均得点が研修会前後で上昇がみられた。訪問看護師のみに認められる特徴的な傾向として「予測的判断の共有」、「ケア方針の調整」の平均得点が研修会前後で上昇した。介護支援専門員のみに認められる特徴として「24時間体制」の平均得点が研修会前後で上昇がみられた。また、本研修プログラムの効果持続性については、「顔の見える関係」、「連携行動」、「連携意識」において研修終了後1ヶ月間効果が持続することが明らかとなった。また、本研修プログラムの満足度は肯定的な結果であったことから、演習や講話が実践に活かすことができる内容であったことが明らかとなった。

本研修プログラムは、各地域で行う際に簡便で汎用性が高く、かつ運営側・対象者側双

方に負担を少なく実施することが期待できると考えられる。今後は開発したプログラムをパッケージ化し、多職種連携研修を企画する各市区町村介護保険担当課や介護保険事業者等の機関が、短い準備期間で負担が少なく効果的な研修会が期待される。

謝辞

本研修会を実施するうえで、多大なご協力を頂きました、訪問看護ステーション協会、医師会事務局、介護支援専門員部会関係者の皆様、講話を頂いた在宅医・医療コーディネーターの先生方、評価アンケートにご協力くださいました訪問看護師と介護支援専門員の皆さまに心より御礼を申し上げます。また、研修プログラム開発にあたりご指導を賜りました日本赤十字看護大学の石田千絵先生、佐々木幾美先生、月野木ルミ先生、遠藤公久先生、田村由美先生を始め多くの先生方、大阪大学大学院福井小紀子先生、順天堂大学藤田淳子先生に深謝いたします。最後にいつも温かい励ましとご助言を頂きました日本赤十字看護大学大学院地域看護学院生、博士後期課程院生のみなさまに心よりお礼を申し上げます。

本研究は、平成 29 年度フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成、学校法人日本赤十字学園教育・研究基金を受けて実施いたしました。

文献

- 秋山美紀・武林亨 (2013). 在宅医療の担い手としての診療所機能の現状と効率的な療養支援のための地域連携の課題. *医療と社会*, 23(1), 3-11.
- 青木真希子・竹内智恵子 (2013). コミュニケーションスタイルのタイプ分けを用いたプリセプターシップへの介入効果. *日本看護管理学会誌*, 17(1), 28-36.
- Bell, S., Tracy, C., & Upshur, R. (2010). The assessment and treatment of complex geriatric patient by an interprofessional primary care team. *BMJ Case Reports*, doi: 10. 1136/bcr. 07. 2010. 3154.
- Biggs, JB. (1993). What do inventories of students learning processes really measure ? Atheoretical review and clarification. *British Journal of Educational Psychology*.63.
- Collins, C., & Clark, K. (2003). Strategic human resource practice, top management team social networks, and firm performance. *Academy of Management Journal*, 46(6), 740-751.
- D'Amour, D. & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*,19(1), 8-20.
- Della, F., Marilyn, H., Scott, R., Ivan, K., Hugh, B. (2010). / 中山蒂子 (2011). 役に立つ専門職連携教育ー議論・仮説・根拠ー. 新潟医療大学, 埼玉県立大学, 札幌医科大学, 首都大学東京, 日本社会事業団.
- 江口研二 (2013). *OPTIM Report2012 エビデンスと提言ー緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書*. 厚生労働省研究補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」班.
- Freeth, D., & Reeves, S. (2004). Learning to work together: using the presage, process, product. (3P). model to highlight decisions and possibilities. *Journal of interprofessional care*, 18 (1), 43-56.
- 原田光子・山岸春江(2003). 訪問看護活動における高齢療養者と家族のニーズに対する他職種との連携. *日本地域看護学会誌*5(2), 61-69.
- 藤橋雄一郎・小林修・山下政和・三浦早紀・吉村学 (2014). 医療機関における多職種連携教育 (IPE) の実施と自己効力感, 社会的スキルの変化. *理学療法学*.
- 藤田淳子・福井小紀子・池崎澄江 (2015). 在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携評価尺度の開発. *厚生指針*, 62(6), 1-9.
- 藤田淳子・福井小紀子・岡本有子 (2016). 過疎地域における医療・介護関係者の終末期ケアの実態と連携に関する調査. *日本公衆衛生雑誌*,63(8), 416-423.

- 藤田淳子・福井小紀子・乙黒千鶴・池崎澄江・辻村真由子 (2015). 顔の見える関係ができたあとの多職種連携とは？多職種連携における職種別の特徴. *訪問看護と介護*, 21(1), 62-67.
- 藤田淳子・渡辺美奈子・福井小紀子 (2013). 介護支援専門員・介護職に対する訪問看護師の連携行動とその関連要因—死亡前 1 か月間の高齢者終末期ケアに関して—. *日本地域看護学会誌*, 16(1), 40-47.
- 福井小紀子 (2014). 「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」の適切性の検討. *日本在宅医学会誌*, 16(1), 5-11.
- 福井小紀子・乙黒千鶴・藤田淳子・池崎澄江・辻村真由子 (2015). 顔の見える関係ができたあとの多職種連携とは？地域別×職種別でみる多職種連携の強み—医師主導型・訪問看護師主導型・ケアマネ主導型という 3 つの分類. *訪問看護と介護*, 20(12), 1021-1027.
- 福井小紀子・藤田淳子・池崎澄江・辻村真由子・乙黒千鶴 (2015). 顔の見える関係ができたあとの多職種連携とは？「連携」の中身を評価しよう—連携力の 3 つのレベルと評価尺度. *訪問看護と介護*, 20(11), 936-942.
- Gant, J., Ichiniowski, C., & Shaw, K. (2002). Social capital and organizational change in high-involvement and traditional work organizations. *Journal of Economics & Management Strategy*, 11(2), 289-328.
- Germain, C. (1984). *Social Work Practice in Health Care*. New York Free Press, 198-229.
- Gittel, J. (2000). Organizing work to support relational coordination. *The international Journal Human Resource Management*, 11(3), 517-539.
- Gittel, J. (2002). Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups: Relational Coordination as a Mediator and Input Uncertainty as a Moderator of Performance Effects. *Management Science*, 48(11), 1408-1426.
- Gittel, J. (2009). *High Performance Health care*. NY : Mc Graw Hill.
- Gittel, J. (2012). Relational coordination : Guidelines for Theory, Measurement and Analysis. http://positiveorgs.bus.umich.edu/old_site/Positive/PDF/rcgtma2011825pdf [2016/4/23 閲覧]
- Gittel, J. Godfrey, M., & Thistlethwaite, J. (2013). Interprofessional collaborative practice and relational coordination: improving healthcare through cooperation. *Journal of interprofessional care*, 27, 210-213.

- Gittell, J., Seidner, R., & Wimbush, J. (2010). A Relational Model of High-Performance Work System Work. *Organization Science*, 21(2), 490-506.
- 原田小夜 (2012). 介護支援専門員の直面する在宅ホスピスケアにおける課題. *日本健康医学雑誌*, 21 (1), 2-9.
- Havens, D. Vasey, J. Gittell, J., & Lin, W. (2010). Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. *Journal of Nursing Management*, 18, 926-937.
- 平川仁尚 (2014). 高齢者ケアに関するワークショップ活動報告. *日本農村医学会雑誌*, 63(1), 76-82.
- 平川仁尚 (2014). ケアマネジャーを悩ませる訪問看護師の行動傾向について. *日本農村医学会雑誌*, 63(4), 679-682.
- 広石拓司 (2012). 共に考える講座の作り方. 株式会社エンパブリック.
- 本田哲三 (1995). チームアプローチの実際. 江藤文夫・原廣美・板東充秋・本田哲三, *高次脳機能障害のリハビリテーション*. (pp. 170-174). 医歯薬出版
- 星竹敏 (2014). 福島県東白川郡における在宅医療連携の課題. *日本老年医学会雑誌*, 51(3), 225-228.
- 一番ヶ瀬康子 (1993). *介護概論*. ミネルヴァ書房.
- 井出成美・河野由乃・泉宗美恵・下村幸仁・佐藤悦子・神山裕美・吉澤千登勢・柳田正明・小野興子・清水恵子・田中彰子・伊藤健次・大澤準一・望月宗一郎・須田由紀・中橋淳子・森田祐代・山本奈央・三井知波留・平形満美子・松橋昌代 (2011). 学際統合型専門職連携教育開発プロジェクト-看護・福祉学生協働による地域包括支援センターを核とした住民参加型ケアシステムをつくる-の一環として実施した地域包括支援センター職員研修会の成果. *山梨県立大学看護学部紀要*, 13, 77-90.
- 伊藤幸代・小林厚美・南田喜久美 (2014). 在宅における訪問看護師とケアマネジャー、ホームヘルパー間の連携困難に関する調査. *第44回日本看護学会論文集地域看護*, 47-50.
- 柏木聖代 (2011). ケアマネジャーとのギャップを埋めて訪問看護の利用を増やす. *訪問看護と介護*, 6 (8), 652-655.
- Kirkpatrick, D. L., & Kirkpatrick, J. D. (2005). *Evaluating Training Programs: The Four Levels*. San Francisco, Berrett-Koehle.

- Kivimäki, M., & Elovainio, M. (1999). A shorter version of the Team Climate Inventory: Development and psychometric properties. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(2), 241-246.
- 小味慶子・大西麻美・菅田勝也 (2011). 医師と看護師の協働に対する態度 : Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration 日本版の開発と測定. *医学教育*, 42(1), 9-17.
- 小清水貴子・藤木卓・室田真男 (2014). 校内における ICT 活用推進を促す教員研修の評価方法の提案と効果の検証. *日本教育工学会論文誌*, 38(2), 135-144.
- 厚生労働省 (2011). 中央社会保険医療協議会総会 (平成 23 年 11 月 9 日開催). 資料「在宅医療について」 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001tylo-att/2r9852000001typa.pdf> [2016/5/15 閲覧]
- 厚生労働省 (2012). 在宅医療の体制に係る指針.
www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/dl/shiryuu_a-5.pdf [2018/5/20 閲覧]
- 厚生労働省 (2013). 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業総括報告書.
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000119379.pdf>[2016/6/2 閲覧]
- 厚生労働省 (2014). 平成 25 年度国民生活基礎調査の概況.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/16.pdf> [2017/5/17 閲覧]
- 厚生労働省 (2016). 平成 28 年版厚生労働白書
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/dl/1-01.pdf> [2018/10/3 閲覧]
- 紅谷浩之 (2014). ふくいまちケアプロジェクト. *日本老年医学会雑誌*, 51(3), 229-231.
- Laming, L. (2003). The Victoria Climbié Inquiry. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/273183/5730.pdf [2016/10/10 閲覧]
- Leana, C., Harry, J., & Buren, V. (1999). Organizational social capital and employment practices. *Academy of Management*, 24(3), 538-555.
- Leatherd, A. (2000). *Going Inter-Professional Working Together for Health and Welfare*, NY: Routledge.
- Leutz, W. (1999). Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1), 77-109.

- Malcom S. Knowles. (1980) /堀 薫夫・三輪 建二 (2001). *成人教育の現実的実践—ペタゴジーからアンドラゴジーへ—*. 鳳書房.
- 松岡千代 (2000). ヘルスケア領域における専門職連携—ソーシャルワークの視点からの理論的整理—. *社会福祉学*, 40(2), 17-38.
- 三菱総合研究所 (2010). *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報告書*. 三菱総合研究所.
- 水野伊津子・草場美千子・廣田とき子 (2011). 在宅療養者にとって適切なサービス提供につながる連携へ. *訪問介護と看護*, 16(7), 585-589.
- 森田達也・井村千鶴・野末よし子・鈴木聡・渋谷美恵・木下廣也・原田久美子・白髭豊・平山美香・江口研二 (2012). 地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が地域連携のために同職種・他職種に勧めること. *Palliative Care Research*, 7(1), 163-171.
- 森田達也・野末よし子・井村千鶴 (2012). 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か?. *Palliative Care Research*, 7 (1), 323-333.
- 村上宣寛・村上千恵子 (2008). *主要5因子性格検査ハンドブック*. 学芸図書株式会社.
- 村山洋史・奈良部晴美・兒島智子・戸丸明子・立花鈴子・山口拓洋・村嶋幸代 (2010). 地域専門機関とインフォーマル組織間のネットワーク構築促進プログラムの開発. *日本公衆衛生雑誌*, 57(10), 900-908.
- 村山洋史・上松志乃・鈴木裕里子 (2013). 地域包括支援センター職員への地区診断研修プログラムの効果. *日本公衆衛生雑誌*, 60(1), 10-20.
- 永田智子・田口敦子・成瀬昂・桑原雄樹・村嶋幸代 (2010). 介護支援専門員の判断に基づく訪問看護必要者の特徴および必要者における訪問看護利用の実態と利用者・非利用者の比較. *日本公衆衛生雑誌*, 57(12), 1084-1093.
- 中野和美 (2014). 在宅医療は地域づくり土佐清水市における在宅医療連携拠点事業～過疎地域モデルを目指した取り組み. *日本老年医学会雑誌*, 51 (3). 243-246.
- 成木弘子 (2016). 地域包括ケアシステム構築における連携の課題と統合促進の方策. *保健医療科学*, 65(1), 47-55.
- 成瀬昂・阪井万裕・永田智子 (2014). Relational coordination 尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討. *日本公衆衛生学会*, 61(9), 565-573.

- 日本訪問看護振興財団 (2012). *在宅看取りの推進を目指した訪問看護・訪問介護・介護支援専門員間の協働のありかたに関する調査研究事業報告書*. 日本訪問看護振興財団. 43-45.
- 日本介護支援専門員協会 (2012). *医療ニーズが高い要介護者への訪問看護導入等に向けた課題に関する調査研究事業報告書*. 1-140.
- 大部令絵・川俣実・柴崎智美・萱場一則・細谷治 (2017). 大学生における地域基盤型専門職連携教育自己評価尺度の開発—関東地方三大学における横断・縦断データより—. *日本健康教育学会誌*, 25(3), 168-179.
- 大濱篤 (2014). 浦添市在宅医療ネットワークの活動. *日本老年医学会雑誌*, 51(3), 247-250.
- 大濱篤・山里将進 (2016). 多職種連携研修を通じてのチームビルディング 各地の取り組みから学ぶもの全国の具体的事例 沖縄県浦添市在宅医療ネットワーク (浦添市医師会) と浦添市との連携による研修会の展開と沖縄県医師会主催による研修会の取り組みについて. *Geriatric Medicine*, 54(6), 597-601.
- 大田隆正 (2014). 中山間地域における面的在宅医療連携拠点活動の実際. *日本老年医学会雑誌*, 51(3). 240-242.
- Resnick, J., Lax, S., & Temkin, E. (2016). Building Relational Coordination Across Front-Line Work Groups: A Case from Kaiser Permanente Northwest. Avgar, A. & Vogus, T, *The Evolving Health Care Landscape*. (217-247).
- 埼玉県立大学 (2012). *IPW を学ぶ*. 中央法規.
- 栄セツコ (2010). 「連携」の関連要因に関する一考察. *桃山学院大学総合研究所紀要*, 35(3), 53-74.
- 阪井万裕・成瀬昂・永田智子 (2016). 訪問看護師における職種間連携のしやすさに関連する職場環境要因の明確化. *保健医療福祉連携*, 9(2), 157-165.
- Schön, D A. (1983)/ 佐藤学・秋田喜代美訳 (2001). *専門家の知恵 反省的実践家は行為しながら考える*. ゆみる出版.
- 下吹越直子・八代利香 (2016). 介護職ケアマネジャーの訪問看護導入を判断する根拠. *日本職業・災害医学会会誌*, 64(1), 46-53.
- 須田由紀・佐藤悦子・依田純子・泉宗美恵・井出成美 (2014). 訪問看護師が持つ介護支援専門員との連携に関する認識の実態. *山梨県立大学看護学部紀要*, 16, 21-30.

- Suter,E., Arndt,J., Arthur,N., Parboosingh,J., Taylor,E., & Deutschlander,S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23, 41-51.
- 鈴木義幸 (2002). コーチングから生まれた熱いビジネスチームをつくる 4 つのタイプ: ディスカヴァー・トゥエンティワン.
- 多川晴美・小野幸子・平岡葉子 (2017). 在宅療養支援のための多職種連携研修」の検討研修受講者の多職種連携の現状から. *滋賀医科大学雑誌*, 30(2), 13-16.
- 高垣有作・山本修司・久保真佑・国立晃成 (2014). IT を用いた多職種連携情報共有基盤—さみ町地域見守り支援システム—. *日本老年医学会雑誌*, 51(3), 236-239.
- 高橋直美・菊地美津子・叶谷由佳 (2010). 地域住民・介護支援専門員の訪問看護の認識と訪問看護利用者増加を目指した広報活動の試み. *北日本看護学会誌*, 13(1), 45-52.
- 田村由美 (2018). *新しいチーム医療 看護とインタープロフェッショナル・ワーク入門*. 看護の科学社.
- Tamura, Y., Seki, K., Usami, M., Shirakawa, T., Bontje, P., Ando, H., Taru, C., & Ishikawa, Y. (2012). Cultural adaptation and validating a Japanese version of the readiness for interprofessional learning scale (RIPLS). *Journal of Interprofessional Care*, 26, 56-63.
- 寺岡新司 (2016). 多職種連携研修を通じてのチームビルディング 各地の取り組みから学ぶもの全国の具体的事例 モデル研修の実施などを契機とした多職種研修の展開. *Geriatric Medicine*, 54(6), 603-606.
- Thompson, J. (1967)/高宮晋 (1991). *オーガニゼーション・イン・アクション*. 同文館.
- 東京大学高齢者社会総合研究機構 (2014). *地域包括ケアのすすめ*. 東京大学出版会.
- Tracy, S., Bell, S., Nickell, L., Jocelyn, C., & Ross, E. (2013). The IMPACT clinic: innovative model of interprofessional primary care for elderly patients with complex health care needs. *Canadian family Physician*, 59, 148-155.
- 土屋瑠美子・吉江悟・川越正平・平原佐斗司・大西弘高・村山洋史・西永正典・飯島勝矢・辻哲夫 (2017). 在宅医療推進のための多職種連携研修プログラム開発: 都市近郊における短期的効果の検証. *日本公衆衛生学会誌*, 64(7), 359-370.
- Valentine, M., Nembhard, I., & Edmondson, A (2015) . Measuring Teamwork in Health Care Settings: A Review of Survey Instruments. *Medical Care*, 53(4), 16-30.
- West, M. (2012)/高橋美保 (2014). *チームワークの心理学*. 東京大学出版会.

- World Health Organization (2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: World Health Organization. Retrieved April 11, 2011. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf; [2018/10/12 閲覧]
- 山本武志・酒井郁子・高橋平徳・前田崇・国井由生子・黒河内仙奈・相馬仁 (2012). 日本版 Attitudes toward Health Care Teams Scale の信頼性・妥当性の検証. *保健医療福祉連携*, 5(1), 21-27.
- 山中京子 (2003). 医療・保健・福祉領域における「連携」概念の検討と再構成. *社会問題研究*, 53(1), 1-21.
- 安井浩樹・網岡克雄・青松棟吉・阿部恵子・平川仁尚・倉田洋子・野田雄二・植村和正 (2011). 地域における多職種連携推進ワークショップ. *医学教育*, 42(5), 289-293.
- 依田純子・佐藤悦子・泉宗美恵・須田由紀・井出成美 (2014). 訪問看護師がもつ介護支援専門員との連携の困難性と課題の構造—管理職にある訪問看護師のフォーカス・グループインタビュー. *日本地域看護学会誌*, 16(3), 13-21.
- 吉江悟・西永正典・川越正平・平原佐斗司・藤田 伸輔・苛原 実・安西 順子・小野沢滋・大石善也・鈴木央・沼田美幸・片山史絵・村山洋史・土屋瑠見子・木全真理・柴崎孝二・飯島勝矢・辻哲夫 (2012). 開業医および多職種を対象とした在宅医療研修の試行および評価 千葉県柏市における在宅医療推進の取り組み. *癌と化学療法*, 39 (1), 80-85.
- 吉江悟 (2016). 多職種連携の実施を通じた在宅医療・介護連携の推進について. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000118618.pdf> [2017/6/10 閲覧]
- 吉池毅志・栄セツコ (2009). 保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理. *桃山学院大学総合研究所紀要*, 34(3), 109-122.

付録

表 2. 1 回目の研修プログラム

目的:職種間の顔の見える関係の強化と連携行動のステップアップを図る 目標:1回目研修 地域で活動する職種間の顔の見える関係をつくる 2回目研修 顔の見える関係を基盤とした在宅医療における連携行動を習得する 実施上留意点:・参加者同士の交流を促す・ 職種や所属考え方などの多様性を受け止め た上で連携行動がとれるように関わる				
回	時間	テーマ/目標	運営方法	ファシリテーション上の留意点
第 1 回	10分	導入 ・顔の見える関係づくり・連携促進プログラムの目的と方法を知る ・グループメンバーの職種と所属を知る ・地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる	・司会者は、自己紹介の後にプログラムの目的と方法の説明をする。 ・1グループは5～6人と看護師と介護支援専門員が同人数になるように配置する。 ・FTをグループに1人配置する ・グループ内で参加者が自己紹介をするよう伝える ・ファシリテーター(以下FTとする)の自己紹介を促す ・司会者とファシリテーターは参加者の発言ごとに拍手することを促す。	・プログラムの掲示 ・お茶やお菓子を食べながら和やかな雰囲気づくりをする。 ・FTは自己紹介をする ・顔の見える関係づくりの雰囲気ができるように拍手や声かけを積極的に行う。 ・自主的に関係づくりができる雰囲気になったら、グループ全体でグループワークを盛り上げられるように必要時に声かけを行う。
	30分	演習1:チーム力向上のためのコミュニケーション演習 コミュニケーションスタイルインベントリ(以下CSIとする)に基づくコーチング基礎 ・CSIの4タイプのしくみを知る ・CSIを使って自分のコミュニケーションの特徴を知る ・他者のコミュニケーションスタイルに対応する接し方を知る	・司会者が、教材を用いてCSIの説明を行う。 ・不明なことがあればグループのFTに声掛けするように伝える。 ・司会者がCSIの結果を聞きながら、コミュニケーションスタイルのタイプ(コントローラー・プロモーター・アナライザー・サポーター)について説明する(別紙参照) ・日ごろの活動で関わっている他職種のコミュニケーションスタイル(コントローラー・プロモーター・アナライザー・サポーター)をどのように捉え、対応しているか、振り返るよう伝える。 「他職種とのコミュニケーションでうまくいっていると「思う人、うまくいかない人を思い出して、その人がどのタイプにあてはまるか考えてみてください」その人とはどのようなコミュニケーションをとったらよいと思いますか」と全体に伝える。	・どのタイプも同じような点数の場合は、「1か4どちらかをご記入ください」と伝える。 ・参加者のコミュニケーションスタイルのタイプの結果を聞きながら、他メンバーに話をつなげていく。 ⇒うまくいかない時は「CSIのタイプはコントローラー・プロモーター・アナライザー・サポーターのどのタイプでしたか。〇〇さんはいかがでしたか。」「〇〇さんと同じサポータータイプの方はいらっしゃいますか。△△さんはいかがでしたか。」と声かけする。 ・他職種とのコミュニケーションでうまくいっている人、うまくいかない人をイメージしてもらいどのようなコミュニケーション方法をとったらよいか話し合うよう伝える。 ⇒うまくいかない場合は「この人とは話しやすい、または緊張してしまうと感じる人はいませんか」と声かけを行う。 ・演習の中でも意識してコミュニケーションにとりいれる様に声かけする。

表 2. 1 回目の研修プログラム (続き)

	時間	テーマ/目標	運営方法	ファシリテーション上の留意点
第1回 (続き)	60分	演習2: 顔の見える関係づくりと連携行動を学ぶ 事例検討グループワーク(脳梗塞) ・地域の医療介護サービスを知る ・地域の他の職種の役割がわかる ・チームの目標とケア方針を明確にして職種間で共有する	①司会と発表者を決めるよう伝える ②事例をグループの中で読み合わせするように伝える。 ③事例を読んで「必要なサービスを導入するための他職種との連絡や相談をする方法と時期」「チームの目標とその理由」「他職種と良好な関係を築くための行動」について、実践を踏まえた考えを各自が付箋に記載するよう説明する。 ④付箋を基に意見を述べながら、メンバーからの意見や質問を受けてコミュニケーションを取りながら模造紙にまとめるように伝える。 ・グループの発表は、グループワークの進捗状況や話し合いの内容をFT聴取し発表グループを選定する。 ⑤各グループの発表 ・発表者は所属と名前を言うことを伝える。	・司会者と発表者を決めるように促す。 ・事例を読む人を決めるように促す。 ・参加者は所属と名前を言って発言するよう促す。 ・参加者の発言ごとに拍手することを促す。 ・仕事の情報交換を兼ねて事例検討を実施することを促す。 ⇒「実際はどうですか?」「このようなことがありましたか?」 ・参加者の意見の多様性を受け止め、メンバー間の話し合いを促進させる。 ・時間管理は参加者に任せる(開始後30分と終了前10分に声かけする)。 ・発表のための話し合いではないので要点のみの発表でよいことを伝える。
	30分	講話: 訪問看護師と介護支援専門員の顔の見える関係づくり(在宅医療コーディネーター) ・地域の相談できるネットワークを知る	在宅医療介護チームメンバーである在宅医療コーディネーターによる「在宅医療コーディネーターの専門職をつなぐ役割と訪問看護師と介護支援専門員の顔の見える関係づくり」についての講話 ・講話の後に、参加者から在宅医療コーディネーターへの相談や訪問看護師と介護支援専門員の関係づくりの等の質問や意見を伺う。	・仕事の情報交換をかねて話し合うよう促す。 ・講師に質問や意見のある参加者がいれば、声かけを行う。
	10分	連携強化に向けた目標設定 他職種との連携方法を具体化することができる	・明日からできる連携強化に向けた目標設定を用紙に記載することを促す ・実践期間中は目標を意識するよう促す ・FTから話し合いの内容を聴取し、発表するグループを選定する。 ・2~3人に発表してもらい全体で共有する。	・明日からできる連携強化に向けた目標設定を用紙に記載することを促す。 ・上記をグループ内で話し合う。 ・発表者を決めるよう促す。
	終了後	顔の見える交流の機会	・挨拶や名刺交換を促し、参加者同士の顔をつなぐ。	・研修会終了後30分は会場を開けておき、自由に顔を合わせて交流できるような環境をつくる。 ・挨拶や名刺交換を促し、参加者同士の顔をつなぐ。
	30分	地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる		
終了後	終了後カンファレンス 「顔のみえる関係の強化と連携行動のステップアップ」に向けて研修会の改善点を明らかにする	ファシリテーターから改善点等の意見を全体で共有し、次回研修会の計画を修正する。	・「顔の見える関係の強化と連携行動のステップアップ」という視点で、ファシリテーションをしていて気づいたことを伝える。	

表 3. 2 回目の研修プログラム

回	時間	テーマ/目標	運営方法	ファシリテーションの留意点
<p>目的: 職種間の顔の見える関係の強化と連携行動のステップアップを図る</p> <p>目標: 1回目研修 地域で活動する職種間の顔の見える関係をつくる</p> <p>2回目研修 顔の見える関係を基盤とした在宅医療における連携行動を習得する</p> <p>実施上留意点: 参加者同士の交流を促す・職種や所属考え方などの多様性を受け止めた上で連携行動がとれるように関わる</p>				
第 2 回	30分	<p>目標・実践の振り返り</p> <ul style="list-style-type: none"> ・グループメンバーの職種と所属を知る。 ・地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・研修開始前から席につき次第話し合いを始めるよう伝える。 ・1回目研修に設定した目標を振り返り、他職種との関わり方で変化した事を話し合うよう促す。 	<p>・プログラムの掲示</p> <p>・お茶やお菓子を食べながら和やかな雰囲気づくりをする。</p> <p>・研修開始前から席につき次第話し合いを始めるよう伝える。</p> <p>・「設定した目標は達成できたのか」「他職種との関わりで心がけた事、困った事」等を、グループ内で話し合うよう伝える。</p> <p>・参加者の話題をつなげ関係づくりをサポートする。</p> <p>⇒うまくいかない時は、他者とよく話している人、つなげられそうな人に「～について教えてください」と問いかけ、他メンバーに「Aさんが言われたことについてどう思いますか」と話をつないでいく。</p>
	60分	<p>演習3: 顔の見える関係づくりと連携行動を学ぶ事例検討グループワーク(ALS)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の医療介護サービスを知る ・地域の他の職種の役割がわかる ・チームの目標とケア方針を明確にして職種間で共有する 	<ol style="list-style-type: none"> ①司会と発表者を決めるよう伝える ②事例をグループの中で読み合わせするように伝える。 ③事例を読んで「必要なサービスの種類と導入時期や連絡や相談方法」、「チームの目標とその理由」、「訪問看護師と介護支援専門員の関係づくり」について、実践を踏まえた考えを各自が付箋に記載するよう説明する。 ④付箋を基に意見を述べながら、メンバーからの意見や質問を受けてコミュニケーションを取りながら模造紙にまとめるように伝える。 ⑤各グループの発表 <ul style="list-style-type: none"> ・グループの発表は、グループワークの進捗状況や話し合いの内容をF「聴取し発表グループを選定する。 ・発表者は所属と名前を言うことを伝える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・司会者と発表者を決めるように促す。 ・事例を読む人を決めるように促す。 ・参加者は所属と名前を言って発言するよう促す。 ・参加者の発言ごとに拍手することを促す。 ・仕事の情報交換を兼ねて事例検討を実施することを促す ⇒「実際はどうですか?」「このようなことがありましたか?」 ・参加者の意見の多様性を受け止め、メンバー間の話し合いを促進させる。 ・時間管理は参加者に任せる(開始後30分と終了前10分に声かけする)。 ・発表のための話し合いではないので要点のみの発表でよいことを伝える。

表 3. 2 回目の研修プログラム（続き）

回	時間	テーマ／目標	運営方法	ファシリテーションの留意点
第2回 （続き）	30分	講話：医療が必要な在宅療養者を支援する訪問看護師と介護支援専門員の連携（在宅医） ・地域の相談できるネットワークを知る	在宅医療介護チームメンバーである在宅医による「医療が必要な在宅療養者を支援する訪問看護師と介護支援専門員の役割」についての講話 ・講話の後に、参加者から在宅医への相談の仕方や訪問看護師と介護支援専門員の関係づくりの等の質問や意見を伺う。	・仕事の情報交換をかねて話し合うよう促す。 ・講師に質問や意見のある参加者がいれば、声かけを行う。
	10分	連携強化に向けた目標改善設定 他職種との連携方法を見直し 具体化することができる	・1回目研修で設定した連携強化に向けた目標を見直して用紙に記載することを促す ・研修終了後も目標を意識するよう促す ・FTから話し合いの内容を聴取し、発表するグループを選定する。 ・2～3人に発表してもらい全体で共有する。	・明日からできる連携強化に向けた目標設定を用紙に記載することを促す。 ・上記をグループ内で話し合う。 ・発表者を決めるよう促す。
	終了後	顔の見える交流の機会	・挨拶や名刺交換を促し、参加者同士の顔をつなぐ。	・研修会終了後30分は会場を開けておき、自由に顔を合わせて交流できるような環境をつくる。
	30分	地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる		・挨拶や名刺交換を促し、参加者同士の顔をつなぐ。
	終了後	終了後カンファレンス 「顔の見える関係の強化と連携行動のステップアップ」に向けて研修会の改善点を明らかにする	ファシリテーターから改善点等の意見を全体で共有し、研修会全体の計画を修正する。	・「顔の見える関係の強化と連携行動のステップアップ」という視点で、ファシリテーションをしていて気づいたことを伝える。

表 4. 対象者の基本属性

	全体 (n=45)		訪問看護師 (n=24)		介護支援専門員 (n=21)	
	n	平均 (SD),%	n	平均 (SD),%	n	平均 (SD),%
年齢(歳)	45	51.5 (8.5)	24	50.5 (8.0)	21	52.7 (9.2)
性別						
男性	3	6.7	0	0	3	14.3
女性	42	93.3	24	100.0	18	85.7
主業務経験年数(年)	45	16.1 (10.8)	24	21.6 (11.3)	21	10.0 (6.0)
勤務先経験年数 (年)	45	6.4 (6.0)	24	5.1 (6.0)	21	7.9 (6.5)
勤務形態						
常勤	38	84.4	19	79.2	19	90.5
非常勤	7	15.6	5	20.8	2	9.5
資格 (複数回答)						
看護職	27	57.8	24	100.0	3	14.3
介護支援専門員	24	51.1	3	12.5	21	100.0
介護福祉士	8	17.8	0	0	8	38.1
社会福祉士	1	2.2	0	0	1	4.8
訪問介護員	2	4.4	0	0	2	9.5
その他	2	4.4	0	0	2	9.5
所属機関						
訪問看護事業所	24	53.3	24	100.0	0	0
居宅介護支援事業所	21	46.7	0	0	21	100.0
勤務先併設(訪看・居宅)						
あり	20	44.4	12	50.0	8	38.1
なし	25	55.6	12	50.0	13	61.9
管理業務						
あり	17	37.8	9	37.5	8	38.1
なし	28	62.2	15	62.5	13	61.9
医療ニーズのある療養者に関わった人数(人)	45	13.8 (15.5)	24	22.3 (18.6)	21	5.8 (3.6)
過去1年間の研修会参加回数						
参加したことがない	18 (40.0)		13 (54.2)		5 (23.8)	
1回	11 (24.4)		3 (12.5)		8 (38.1)	
2回	5 (11.1)		2 (8.3)		3 (14.3)	
3-5回	7 (15.6)		3 (12.5)		4 (19.0)	
6-9回	0 (0)		0 (0)		0 (0)	
10回以上	2 (4.4)		1 (4.2)		1 (4.8)	
無回答	2 (4.4)		2 (8.3)		0 (0)	

nは人数、SDは標準偏差、資格は複数回答とする。

勤務先併設の訪看は訪問看護ステーション、居宅は居宅介護支援事業所とする。

表 5. 研修プログラム前後の連携の効果

	研修前 平均値(SD)	研修終了直後 平均値(SD)	p 値	平均値の差 平均値(SD)
全体 (n=45)				
1. 在宅医療介護従事者の顔の見える関係評価尺度	78.4 (12.8)	82.4 (12.9)	.019 *	4.0 (10.9)
1) 他施設の関係者とのやりとりができる	12.1 (2.4)	12.3 (2.7)	.621	.2 (2.4)
2) 地域の他の職種の役割がわかる	10.7 (2.5)	11.2 (2.6)	.137	.5 (2.4)
3) 地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる	9.7 (2.7)	10.8 (2.5)	.004 **	1.1 (2.5)
4) 地域の他職種に会ったり話し合う機会がある	10.4 (3.1)	10.8 (2.8)	.364	.5 (3.0)
5) 地域の相談できるネットワークがある	12.0 (2.3)	12.5 (1.9)	.108	.6 (2.4)
6) 地域のリソース (資源) が具体的にわかる	11.4 (2.8)	12.0 (2.0)	.117	.6 (2.6)
7) 退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい	12.3 (2.3)	12.8 (2.0)	.098	.4 (1.8)
2. 連携意識評価尺度	52.8 (8.1)	54.6 (8.3)	.196	1.8 (9.3)
1) チームの持つ目標の明確化	15.3 (2.4)	15.9 (2.5)	.232	.5 (2.9)
2) チームメンバー間の信頼関係	15.9 (2.6)	16.3 (2.8)	.352	.4 (2.9)
3) 目標達成のための姿勢	10.6 (2.2)	11.0 (2.1)	.346	.4 (2.5)
4) チームのさらなる成長のための協働	10.8 (2.1)	11.4 (2.4)	.234	.5 (2.9)
3. 在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度	65.7 (9.4)	69.1 (9.2)	.003 **	3.4 (7.4)
1) チームの関係構築	19.1 (3.0)	20.1 (3.0)	.022 *	1.0 (2.9)
2) 意思決定支援	16.3 (2.2)	16.9 (2.6)	.138	.6 (2.5)
3) 予測的判断の共有	11.9 (1.9)	12.4 (2.1)	.027 *	.5 (1.5)
4) ケア方針の調整	11.1 (2.6)	11.8 (2.0)	.040 *	.7 (2.4)
5) 24時間体制	7.3 (1.8)	7.9 (1.5)	.015 *	.6 (1.6)
4. リレーショナルコーディネーション	29.1 (4.0)	29.2 (3.8)	.938	.0 (3.8)
1) コミュニケーションの頻度	4.2 (1.3)	4.2 (1.0)	.835	.0 (1.4)
2) コミュニケーションのタイミング	4.0 (.9)	4.0 (1.0)	.607	-.1 (.9)
3) コミュニケーションの正確さ	4.3 (.8)	4.1 (.7)	.293	-.1 (.8)
4) 問題を解決するコミュニケーション	4.5 (.7)	4.4 (.6)	.473	-.1 (.6)
5) 目標共有	4.0 (.6)	4.1 (.6)	.569	.1 (.8)
6) 役割認識	4.1 (.5)	4.2 (.5)	.411	.1 (.5)
7) 尊重の態度	4.0 (.7)	4.2 (.7)	.182	.1 (.7)
訪問看護師(n=24)				
1. 在宅医療介護従事者の顔の見える関係評価尺度	75.5 (11.7)	79.3 (11.3)	.118	3.8 (11.4)
1) 他施設の関係者とのやりとりができる	11.7 (2.6)	11.7 (2.9)	.946	.0 (3.0)
2) 地域の他の職種の役割がわかる	10.4 (2.3)	10.6 (2.5)	.673	.2 (2.1)
3) 地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる	9.3 (2.6)	10.3 (2.4)	.101	1.0 (2.9)
4) 地域の他職種に会ったり話し合う機会がある	9.9 (3.0)	10.5 (2.3)	.369	.6 (3.2)
5) 地域の相談できるネットワークがある	12.0 (2.4)	12.3 (1.9)	.658	.3 (2.7)
6) 地域のリソース (資源) が具体的にわかる	10.2 (2.8)	11.4 (1.8)	.034 *	1.2 (2.6)
7) 退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい	12.0 (2.1)	12.6 (2.0)	.152	.5 (1.8)
2. 連携意識評価尺度	52.8 (6.8)	54.0 (9.0)	.477	1.3 (8.5)
1) チームの持つ目標の明確化	15.4 (2.1)	15.8 (2.8)	.489	.4 (2.6)
2) チームメンバー間の信頼関係	15.8 (2.4)	16.0 (3.0)	.792	.1 (2.7)
3) 目標達成のための姿勢	10.7 (2.1)	10.9 (2.1)	.731	.2 (2.4)
4) チームのさらなる成長のための協働	10.8 (1.9)	11.4 (2.5)	.400	.6 (3.2)
3. 在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度	65.0 (9.4)	68.4 (8.7)	.046 *	3.3 (7.7)
1) チームの関係構築	18.9 (2.9)	19.8 (2.9)	.092	1.0 (2.7)
2) 意思決定支援	16.2 (2.1)	16.6 (2.9)	.517	.4 (2.8)
3) 予測的判断の共有	12.2 (1.6)	12.9 (1.6)	.022 *	.7 (1.4)
4) ケア方針の調整	10.3 (2.5)	11.3 (1.9)	.043 *	1.0 (2.4)
5) 24時間体制	7.5 (1.9)	7.8 (1.7)	.513	.3 (1.8)
4. リレーショナルコーディネーション	28.3 (3.8)	28.5 (4.0)	.814	.2 (4.3)
1) コミュニケーションの頻度	4.0 (1.4)	4.0 (1.0)	.894	.0 (1.5)
2) コミュニケーションのタイミング	3.9 (.9)	3.8 (1.1)	.524	-.1 (.9)
3) コミュニケーションの正確さ	4.1 (.9)	4.0 (.7)	.679	-.1 (1.0)
4) 問題を解決するコミュニケーション	4.5 (.6)	4.3 (.6)	.327	-.1 (.6)
5) 目標共有	3.9 (.6)	4.1 (.6)	.203	.2 (.8)
6) 役割認識	4.0 (.3)	4.1 (.4)	.327	.1 (.4)
7) 尊重の態度	4.0 (.7)	4.2 (.7)	.170	.2 (.7)

nは人数、SDは標準偏差を指す。対応のあるt検定。* $p < .05$, ** $p < .01$

表 5. 研修プログラム前後の連携の効果 (続き)

	研修前 平均値(SD)	研修終了直後 平均値(SD)	p 値	平均値の差 平均値(SD)
介護支援専門員(n=21)				
1. 在宅医療介護従事者の顔の見える関係評価尺度	81.8 (13.3)	86.0 (13.8)	.089	4.2 (10.7)
1) 他施設の関係者とのやりとりができる	12.6 (2.3)	13.0 (2.3)	.206	.4 (1.5)
2) 地域の他の職種の役割がわかる	11.0 (2.7)	11.9 (2.5)	.121	1.0 (2.7)
3) 地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる	10.1 (2.8)	11.4 (2.5)	.010 *	1.3 (2.1)
4) 地域のお職種に会ったり話し合う機会がある	11.0 (3.2)	11.2 (3.4)	.717	.3 (2.9)
5) 地域の相談できるネットワークがある	11.9 (2.3)	12.9 (2.0)	.029 *	1.0 (1.9)
6) 地域のリソース (資源) が具体的にわかる	12.7 (2.1)	12.6 (1.9)	.883	-.1 (2.3)
7) 退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい	12.7 (2.5)	13.0 (2.0)	.398	.3 (1.8)
2. 連携意識評価尺度	52.7 (9.5)	55.2 (7.7)	.286	2.5 (10.2)
1) チームの持つ目標の明確化	15.2 (2.8)	15.9 (2.1)	.340	.7 (3.2)
2) チームメンバー間の信頼関係	16.0 (2.8)	16.8 (2.7)	.325	.7 (3.2)
3) 目標達成のための姿勢	10.6 (2.4)	11.1 (2.2)	.346	.6 (2.7)
4) チームのさらなる成長のための協働	10.9 (2.4)	11.3 (2.3)	.408	.5 (2.6)
3. 在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度	66.4 (9.6)	69.9 (9.8)	.036 *	3.6 (7.2)
1) チームの関係構築	19.4 (3.1)	20.4 (3.3)	.136	1.0 (3.1)
2) 意思決定支援	16.4 (2.4)	17.2 (2.3)	.111	.8 (2.1)
3) 予測的判断の共有	11.5 (2.2)	11.9 (2.5)	.383	.3 (1.7)
4) ケア方針の調整	12.0 (2.3)	12.4 (2.0)	.438	.4 (2.4)
5) 24時間体制	7.0 (1.6)	8.0 (1.3)	.001 **	1.0 (1.2)
4. リレーショナルコーディネーション	30.1 (4.0)	30.0 (3.4)	.844	-.1 (3.3)
1) コミュニケーションの頻度	4.4 (1.1)	4.5 (1.0)	.874	.0 (1.4)
2) コミュニケーションのタイミング	4.2 (.9)	4.2 (.8)	1.000	.0 (.8)
3) コミュニケーションの正確さ	4.5 (.7)	4.3 (.6)	.214	-.2 (.7)
4) 問題を解決するコミュニケーション	4.5 (.8)	4.5 (.6)	1.000	.0 (.6)
5) 目標共有	4.2 (.6)	4.1 (.5)	.576	-.1 (.8)
6) 役割認識	4.2 (.6)	4.3 (.6)	.748	.0 (.7)
7) 尊重の態度	4.1 (.7)	4.1 (.7)	.715	.0 (.6)

nは人数、SDは標準偏差を指す。対応のあるt検定。* $p < .05$, ** $p < .01$

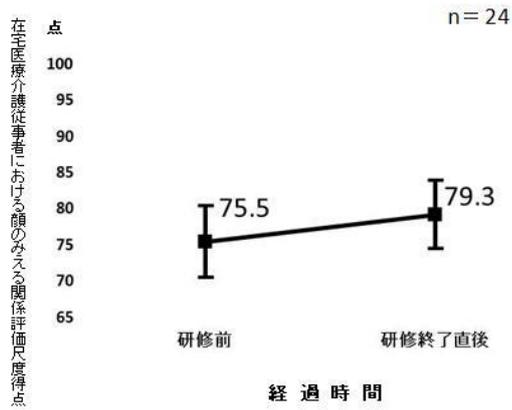
表 6. 研修プログラム終了後の連携の効果

	顔の見える関係		連携意識		連携行動		リレーショナルコーディネーション	
	平均値 (SD)	p 値	平均値 (SD)	p 値	平均値 (SD)	p 値	平均値 (SD)	p 値
全体 (n=33)								
研修前	79.1 (13.1)	.016	52.6 (8.7)	.340	66.0 (10.7)	.005	29.3 (4.1)	.154
研修終了直後	83.3 (13.0)		54.7 (8.6)		70.0 (9.6)		29.2 (3.8)	
研修終了1か月後	83.7 (12.1)		54.7 (9.3)		69.4 (9.5)		29.7 (4.4)	
訪問看護師(n=17)								
研修前	76.0 (12.7)	.293	52.7 (7.6)	.967	65.0 (10.9)	.120	28.6 (3.9)	.731
研修終了直後	78.5 (12.9)		52.8 (9.5)		68.7 (8.7)		28.0 (4.0)	
研修終了1か月後	79.7 (11.6)		53.2 (8.2)		67.8 (6.6)		28.6 (4.2)	
介護支援専門員(n=16)								
研修前	82.4 (13.1)	.040	52.5 (10.0)	.241	67.1 (10.7)	.044	30.1 (4.2)	.257
研修終了直後	88.3 (11.6)		56.7 (7.3)		71.4 (10.6)		30.4 (3.3)	
研修終了1か月後	87.9 (11.5)		56.3 (10.4)		71.0 (11.8)		30.8 (4.4)	

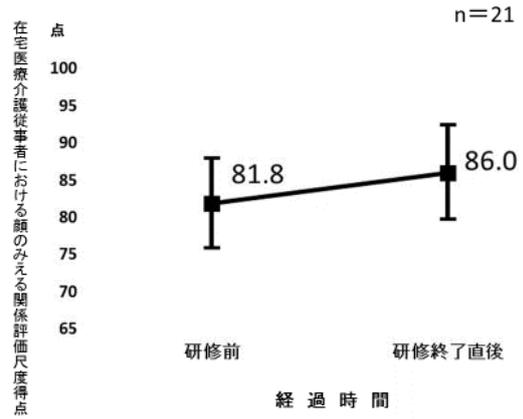
nは人数、SDは標準偏差を指す。反復測定分散分析、Friedman検定。多重比較（単純主効果の検定）。* $p < .05$, ** $p < .01$

顔の見える関係は、在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度を指す。連携意識は連携意識評価尺度を指す。

連携行動は在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度を指す。リレーショナルコーディネーションはリレーショナルコーディネーション日本版を指す。

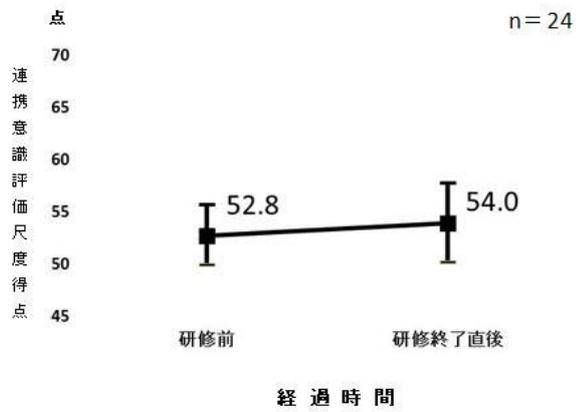


訪問看護師

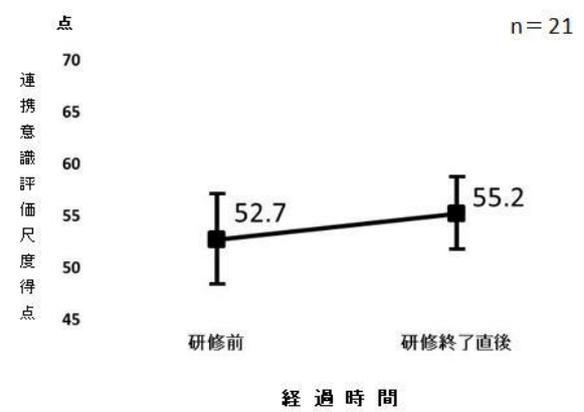


介護支援専門員

図 7. 研修会前後の在宅医療介護従事者の顔の見える関係評価尺度平均総得点の変化

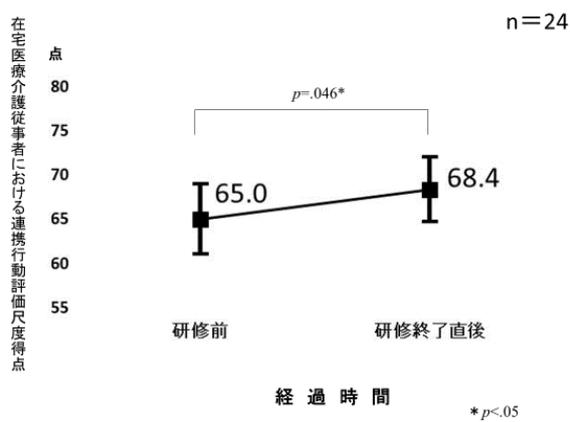


訪問看護師

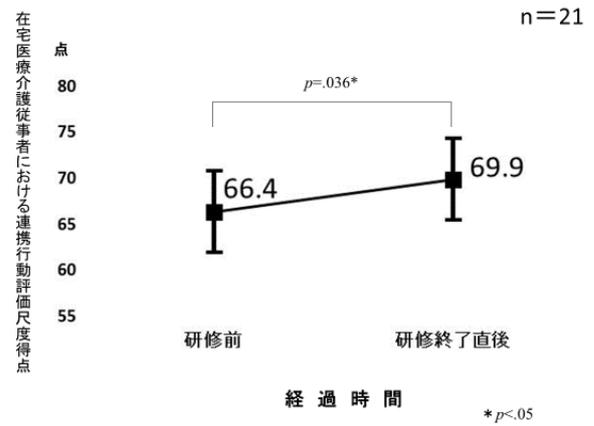


介護支援専門員

図 8. 研修会前後の連携意識評価尺度平均総得点の変化

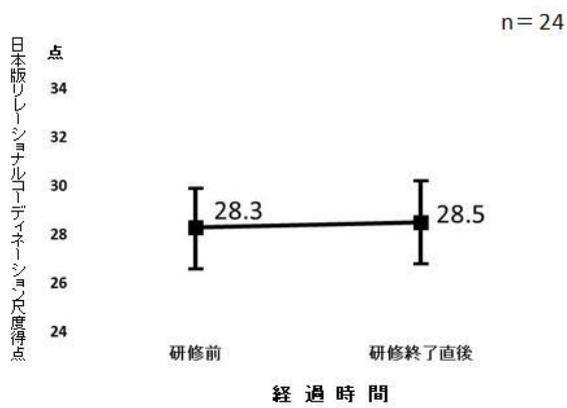


訪問看護師

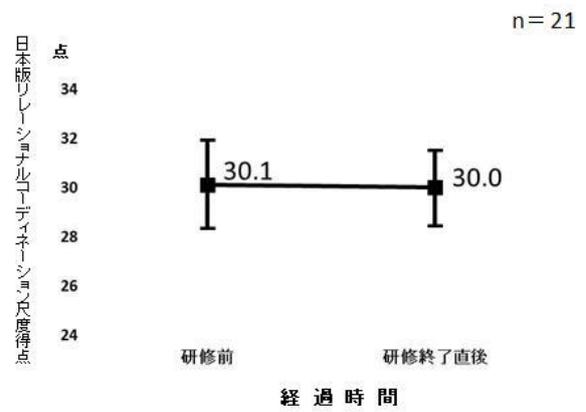


介護支援専門員

図 9. 研修会前後の在宅医療介護従事者の連携行動評価尺度平均総得点の変化



訪問看護師



介護支援専門員

図 10. 研修会前後のリレーショナルコーディネーション尺度日本版平均総得点の変化

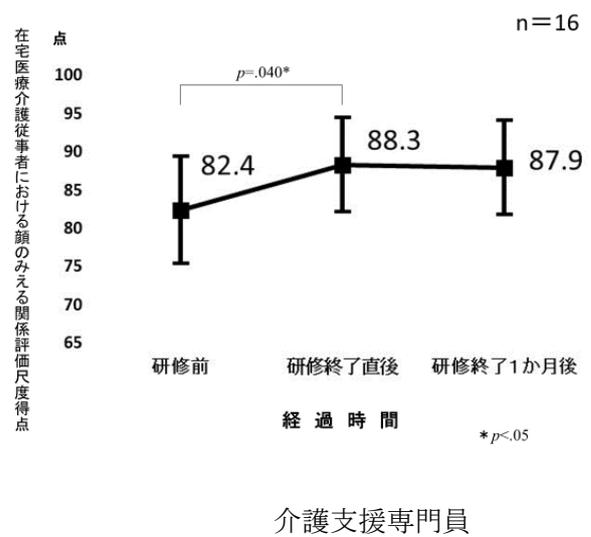
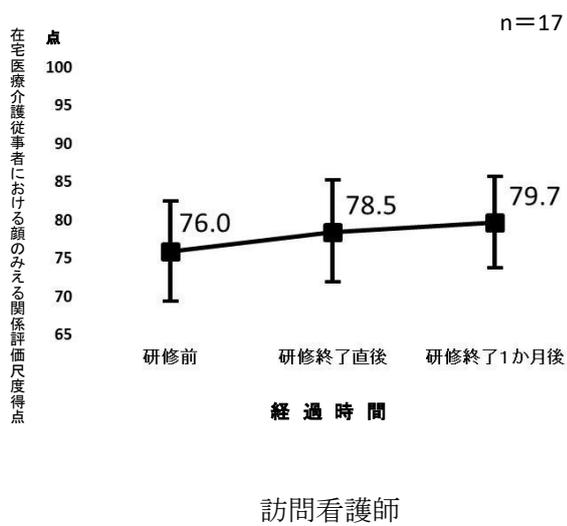


図 11. 研修プログラム終了後の在宅医療介護従事者の顔の見える関係評価尺度平均総得点の変化

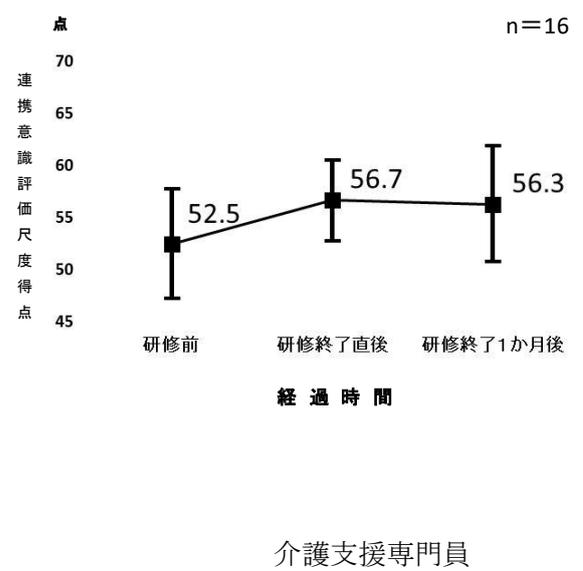
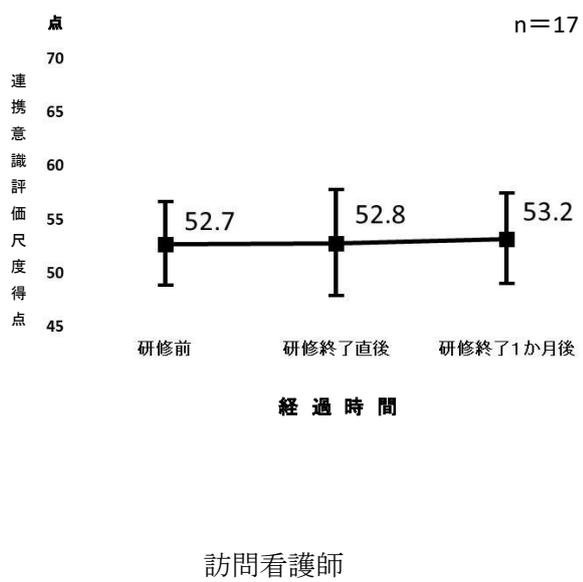


図 12. 研修プログラム終了後の連携意識評価尺度平均総得点の変化

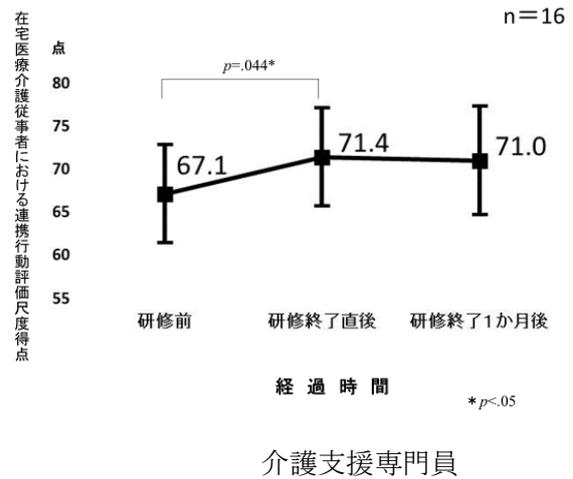
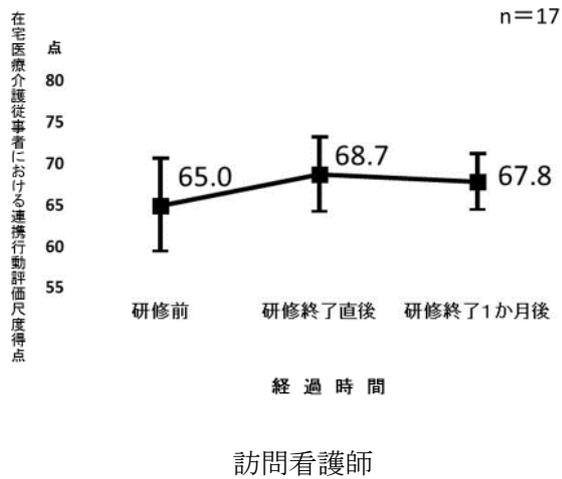


図 13. 研修プログラム終了後の在宅医療介護従事者の連携行動評価尺度平均総得点の変化

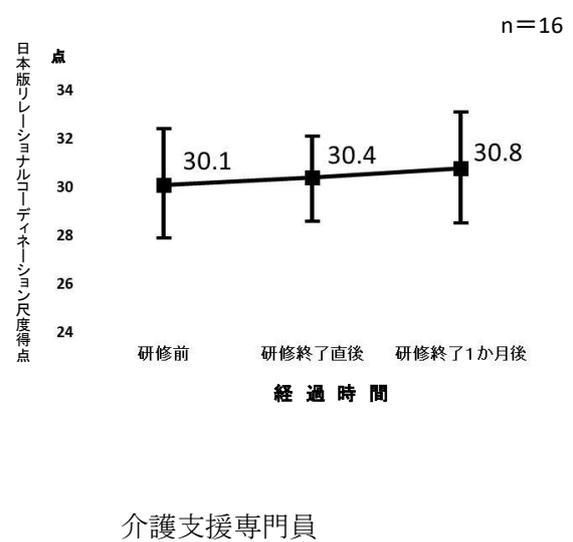
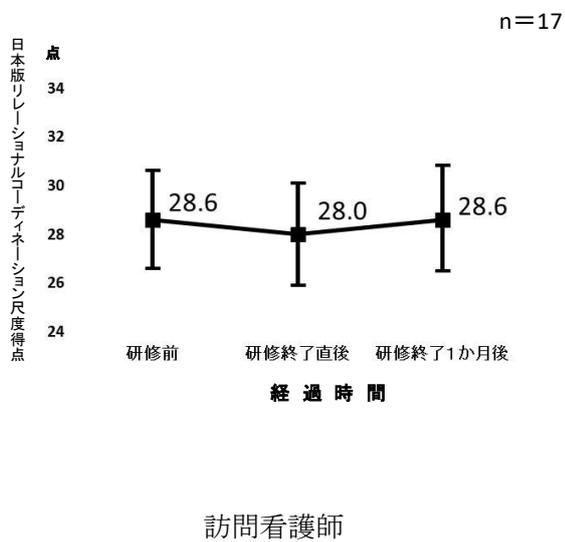


図 14. 研修プログラム終了後のリレーショナルコーディネーション尺度日本版平均総得点の変化

表 7. 顔の見える関係強化・連携促進プログラムの満足感の分布

	n=45			
	1回目研修		2回目研修	
	n	%	n	%
積極的な参加				
とても積極的に参加することができた	12	(26.7)	17	(37.8)
どちらかというと積極的に参加することができた	29	(64.4)	25	(55.6)
どちらかというと積極的に参加することができなかった	4	(8.9)	3	(6.7)
全く積極的に参加することができなかった	0	(0.0)	1	(2.2)
他参加者と一体になった活動				
とても一体になって活動ができた	15	(33.3)	20	(44.4)
どちらかというと一体になった活動ができた	23	(51.1)	25	(55.6)
どちらかというと一体になった活動ができなかった	7	(15.6)	0	(0.0)
全く一体になった活動ができなかった	0	(0.0)	0	(0.0)
総合的な満足感				
とても満足した	18	(40.0)	22	(48.9)
どちらかという満足した	23	(51.1)	22	(48.9)
どちらかという満足しなかった	4	(8.9)	1	(2.2)
全く満足しなかった	0	(0.0)	0	(0.0)
次回への研修参加意欲				
とても参加したい	25	(55.6)	24	(53.3)
どちらかというに参加したい	17	(37.8)	19	(42.2)
どちらかというに参加したくない	2	(4.4)	2	(4.4)
全く参加したくない	1	(2.2)	0	(0.0)

表 8. 研修プログラムへの意見・感想

主な意見・感想	具体的な意見・感想
プログラムの肯定的な捉え (13)	<p>楽しく参加できた・勉強になった (8)</p> <p>講師の在宅医の話に感動した (2)</p> <p>介護領域主催の研修とは違った視点で新鮮だった</p> <p>1回目より2回目研修会の方が楽しく話すことができた</p> <p>グループワークが少人数でメンバーの意見をよく聞くことができて良かった</p>
プログラムへの要望 (9)	<p>コミュニケーションスタイルインベントリーについて詳しく聞きたかった</p> <p>研修会主催者側の意見も聞きたかった</p> <p>医療と介護の連携がうまくいった事例を教えてください(2)</p> <p>事例の情報がサービス利用につながるプランを考える上で不足している</p> <p>他職種との意見交換をもっとしたかった (4)</p>

表 9. 研修プログラム受講後の連携意識

主な連携意識	具体的な連携意識
他職種の立場や考え方の理解 (11)	<p>チームのメンバーである他職種の考えを知ることができて良かった (3)</p> <p>同じ支援行動でも多角的に捉えることでいろいろな意味があることを知った</p> <p>CMが在宅看取りに対して気後れしていることを感じた (4)</p> <p>医療職と同じ視点で話ができ勇気もらった (2)</p> <p>他職種と話すことでCMとしての立場を理解できた</p>
他職種と交流する必要性の認識 (7)	<p>普段意識しない人との関わりが大事だと気付いた</p> <p>訪問看護師とCMが話し合う機会が少ないため機会が増えると連携が促進される (6)</p>
他職種との積極的な情報共有への意欲(6)	<p>他職種同士が気兼ねなく伝えあえることが大事だと思った(2)</p> <p>医療職との連携は敷居が高いと感じていたが密に連絡をとっていききたい</p> <p>自分の立場と振る舞い、気遣いを考えて情報交換していききたい</p> <p>医師との密な連携がとれると良い</p> <p>自分が行っている情報共有方法の有効性の確認ができた</p>
終末期在宅療養者の支援をチームで行う意識(2)	<p>ターミナル療養者支援の立場を検討をしいたい</p> <p>終末期の在宅療養者の支援をみんなでサポートするチームが良いと感じた</p>
他職種との信頼関係の構築の意識(4)	<p>他職種が互いに寄り添ってケアをすることが質を高めると感じた</p> <p>他職種の立場を尊重していききたい</p> <p>対等な立場でのチーム作りが大切だと感じた (2)</p>
コミュニケーションスキルの活用(5)	<p>コミュニケーションスタイルを他者理解に活用したい (2)</p> <p>自分の意見をコンパクトにまとめて述べるようにしたい</p> <p>自分のコミュニケーションスタイルを知り苦手なタイプが分かった</p> <p>人間性とコミュニケーション能力の重要性を感じた</p>

表 10. ファシリテーターによる研修プログラムへの意見

主な意見	具体的な意見
資料・設営の改善点	グランドルールを貼りだしたほうが良い 資料は全て綴じて渡した方がよい コミュニケーションスタイルインベントリー用紙の変更
事例検討の改善点	事例検討時は目的を伝えることが必要 事例はグループで読み合わせをした方がよい 事例を語ることも大切だが実践を踏まえた話し合いをした方がよい

表 11. ファシリテーターの実施内容

主な実施内容	具体的な実施内容
不意の対応	グループを仕切る人の対応 他の人に発言を促す 話の途中で介入し他のメンバーに話を振る ファシリテーターの人数が少ない時は自然と役割分担していた グループのメンバーで対応ができる人にマネジメントを任せた
グループワークの雰囲気づくり	グループワークでは参加者同士がニックネームで呼び合うことを勧めた グループの雰囲気を察するメンバーをみつけて働きかけ雰囲気づくりをした
参加者の変化の把握	参加者が他職種と対等に話せたことで自信を持ったことが分かった 実践期間をおくことで参加者に自信がついているのが分かった 参加者が1回目研修会では出来なかった具体的な提案が2回目研修会できたことを把握した
グループワークの促進	日頃の実践について具体的に伝えるように指示した
交流の促進	積極的な名刺交換を勧めた
ファシリテーションの共有	ファシリテーションの共有により自分の体験をリフレクションできる ファシリテーションの共有があると次の研修会に活かすことができる 2回目のファシリテーションの技術が向上していることに気が付く お互いの役割を知ることが出来た

資料

資料 1. 調査票

医療介護ニーズのある在宅療養者を支援する訪問看護師と介護支援専門員の連携に関する調査

ご回答は、該当する番号に○をつけるか、回答欄に数値・文字をご記入ください。

ご回答いただきました内容につきまして、本調査の目的以外に使用することはありません。

本調査は日本赤十字大学研究倫理審査委員会の承認を受けて実施しております。

ご不明な点がありましたら、下記の担当者までお問い合わせください。

◎問い合わせ先

指導教員 日本赤十字看護大学大学院

教授 石田千絵

TEL: 03-3409-0533 (連絡は 10 時から 16 時をお願いいたします)

日本赤十字看護大学大学院博士後期課程 藤川あや

E-mail : 212D106@redcross.ac.jp

問1 あなた自身についてお答えください。

1. 所属機関についてあてはまるもの全てに○をし兼務をしている方は現在の主業務に◎をして下さい。

- ①病院 ②医科診療所 ③薬局 ④訪問看護事業所 ⑤居宅介護支援事業所
⑥訪問介護事業所 ⑦地域包括支援センター ⑧その他 ()

2. 資格についてあてはまるもの全てに○をし、現在の主業務には◎をしてください

- ①看護師 ②准看護師 ③保健師 ④薬剤師 ⑤介護支援専門員
⑥介護福祉士 ⑦社会福祉士 ⑧訪問介護員 ⑨医師
⑩その他 ()

3. 2で◎をつけた主業務について、仕事の通算経験年数は何年ですか。

() 年

4. 勤務形態についてお答えください。

- ①常勤 ②非常勤 (週 時間勤務)

5. 現在の勤務先 (関連法人内での異動は勤続とみなします) での経験年数をお答えください。

() 年

6. 現在、管理業務を行っていますか。

- ①はい (役職名:) ②いいえ

7. 現在の勤務先において訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所は併設していますか。

①はい ②いいえ

8. あなたの性別をお答えください。

①男性 ②女性

9. あなたの年齢をお答えください。

() 歳

10. 過去1年間に、*医療ニーズのある療養者に何例関わりましたか。() 内に利用者数をお答えください。

() 例

<p>*医療ニーズとは、膀胱留置カテーテル、経管栄養、中心静脈栄養、点滴、人工呼吸器、在宅酸素等を実施している状態、褥瘡^{じよくそ}等があり心身の状態が不安定で頻回に医療や看護が必要なこと</p>

11. 過去1年間に多職種合同研修会に参加したことはありますか。参加したことがある場合は回数をお答えください。

①参加あり () 回 ②参加なし

問2 あなたが特定の相手（訪問看護師/介護支援専門員）とのチームワークについて記入していただきます。特定の相手を選んで（あなたが訪問看護師であれば介護支援専門員を選び、介護支援専門員であれば訪問看護師を選んでください）それぞれの項目について、該当する番号に○をつけてください。*「」は評価項目です。

特定の相手の職種に○をつけてください。

訪問看護師 介護支援専門員

①「コミュニケーションの頻度」

次の人々は、あなたの利用者さんについてどのくらいの頻度であなたと情報交換をしますか
(次の人々とは特定の相手で選んだ職種の方です)

ちょうど良い	多すぎる	少ない	かなり多すぎる	かなり少ない
5	4	3	2	1

②「コミュニケーションのタイミング」

次の人々は、あなたの利用者さんについてタイムリーにあなたと情報交換をしてくれますか

いつもしてくれる	まあしてくれる	どちらでもない	あまりしてくれない	全くしない
5	4	3	2	1

③「コミュニケーションの正確さ」

次の人々は、あなたの利用者さんについて正確にあなたと情報交換してくれますか

いつもしてくれる	まあしてくれる	どちらでもない	あまりしてくれない	全くしない
5	4	3	2	1

④「問題を解決するコミュニケーション」

あなたの利用者さんについて問題が生じたとき、次の人々は誰かを責めますか、それともあなたと一緒に問題解決に取り組みますか

いつも解決しようとする	まあ解決しようとする	どちらでもない	時々誰かを責める	いつも誰かを責める
5	4	3	2	1

⑤「目標共有」

次の人々とあなたは、あなたの利用者さんに関する目標をどのくらい共有していますか

完全に共有している	まあ共有している	どちらでもない	あまり共有して いない	全く共有していない
5	4	3	2	1

⑥「役割認識」

次の人々とあなたは、あなたの利用者さんに対してあなたが果たす役割をどのくらい知っていますか

全て知っている	まあ知っている	どちらでもない	あまり知らない	全く知らない
5	4	3	2	1

⑦「尊重の態度」

次の人々とあなたは、あなたの利用者さんに対してあなたが果たす役割をどのくらい尊重してくれますか

全面的に尊重して くれる	まあ尊重してくれ ている	どちらでもない	あまり尊重して いない	全く尊重してい ない
5	4	3	2	1

問3 あなたの日頃の活動の中での在宅ケアに関わる多職種間の顔の見える関係についてお答えください。「1. そう思わない」～「5. そう思う」の該当する番号に○をつけて下さい。

他の施設の関係者や他の職種には、あなたが訪問看護師であれば介護支援専門員を選び、あなたが介護支援専門員であれば訪問看護師を選んでください)

	そう 思わ ない	あ ま り そ う 思 わ な い	ど ち ら ど も な い	少 し そ う 思 う	そ う 思 う
【他の施設の関係者とやりとりができる】					
1. 患者(利用者)と一緒にみている他の施設の関係者に知りたいことを気軽にきける	1	2	3	4	5
2. 一緒にみている患者(利用者)のことで連絡をとるときに、躊躇(ちゅうちょ)せずに連絡ができる	1	2	3	4	5
3. 一緒にみている患者(利用者)のことで連絡のとりやすい時間や方法がわかる	1	2	3	4	5
【地域の他の職種の役割がわかる】					
4. 患者(利用者)に関わる地域の他の職種の困っていることがだいたいわかる	1	2	3	4	5
5. 患者(利用者)に関わる自分以外の職種の動き方が実感をもってわかる	1	2	3	4	5
6. 患者(利用者)に関わる自分以外の職種の出来ることがわかる	1	2	3	4	5
【地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる】					
7. 地域で患者(利用者)に関わっている人の、名前と顔、考え方や方針がわかる	1	2	3	4	5
8. 地域で患者(利用者)に関わっている施設の理念や事情がわかる	1	2	3	4	5
【地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる】					
9. 地域で患者(利用者)に関わっている人の、性格、つきあい方がわかる	1	2	3	4	5
【地域の多職種で会ったり話し合う機会がある】					
10. 患者(利用者)に関わるいろいろな職種が直接会って話す機会がある	1	2	3	4	5
11. 普段交流のない多職種で話し、新しい視点や知り合いを得る機会がある	1	2	3	4	5
12. 地域連携に関して、課題や困っていることを共有し話し合う機会がある	1	2	3	4	5
【地域に相談できるネットワークがある】					
13. 患者(利用者)に関わることで、気軽に相談できる人がいる	1	2	3	4	5
14. 患者(利用者)に関わることで困ったことは、誰に聞けばいいのかだいたいわかる	1	2	3	4	5

	そう 思わない	あまり そう 思わない	ど ち ら で も な い	少 し そ う 思 う	そ う 思 う
15. 患者（利用者）に関わることで困ったときには、まず電話してみようと思う人がいる	1	2	3	4	5
【地域のリソース（資源）が具体的にわかる】					
16. 患者（利用者）が利用できる地域の介護サービスがわかる	1	2	3	4	5
17. 患者（利用者）が利用できる地域の医療資源やサービスがわかる	1	2	3	4	5
18. 利用できる地域の医療資源やサービスについて具体的に患者（利用者）や家族に説明できる	1	2	3	4	5
【退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい】					
19. 退院や入院のときに、相手がどんな情報を必要としているかを考えて申し送りをしたり、情報提供を行ったりしている	1	2	3	4	5
20. 在宅（施設）に移行する患者（利用者）については、退院時にカンファレンスや情報共有をしっかりと行っている	1	2	3	4	5
21. 退院する患者（利用者）について、急に容体が変わったときの対応や連絡先を決めている	1	2	3	4	5

問4 以下の14項目は、チーム連携の強さを測るものです。各項目について、あなたが当てはまると考える番号に○をつけてください。

チームメンバーには、あなたが訪問看護師であれば介護支援専門員を選び、あなたが介護支援専門員であれば訪問看護師を選んでください

	当てはまらない	あまり当てはまらない	どちらともいえない	まあ当てはまる	とても当てはまる
【チームのもつ目標の明確化】					
1. あなたは、療養者を支えるためのチームの目標を明確に理解していた	1	2	3	4	5
2. 他のチームメンバーは、チームの目標を、明確に理解していた	1	2	3	4	5
3. 実際に達成可能なチームの目標を定めていた	1	2	3	4	5
4. チームの目標は、メンバーが所属する組織にとっても有用であった	1	2	3	4	5
【チームメンバー間の信頼関係】					
5. メンバーそれぞれが、チームの一員であると認識できていた	1	2	3	4	5
6. メンバーは、互いに継続的に、情報共有できていた	1	2	3	4	5
7. メンバーは、互いを理解し、受け入れられていると感じていた	1	2	3	4	5
8. メンバーは、情報共有のために、実際の行動を起こすことができていた	1	2	3	4	5
【目標達成のための姿勢】					
9. チームが何を行っているのかについて、メンバー皆が常に問いかけていた	1	2	3	4	5
10. チームが最良の目標を達成するために、メンバー皆が取り組んでいることの弱点を捉えようとしていた	1	2	3	4	5
11. チームが最良の目標を達成するために、お互いのアイデアを出し合っていた	1	2	3	4	5
【チームの更なる成長のための協働】					
12. チームが、問題解決のための新たな方法を、常に探そうとしていた	1	2	3	4	5
13. チームが問題解決のための新たなアイデアを導くのに必要な時間を注いでいた	1	2	3	4	5
14. チームが、新たなアイデアを具体化するために、協働できていた	1	2	3	4	5

問 5 あなた自身の医療ニーズのある利用者における多職種連携の行動について当てはまる番号に○をつけてください。

他職種には、あなたが訪問看護師であれば介護支援専門員を選び、あなたが介護支援専門員であれば訪問看護師を選んでください

	全く当てはまらない	あまり当てはまらない	どちらともいえない	まあ当てはまる	とても当てはまる
【意思決定支援】					
1. 今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を他職種から情報収集した	1	2	3	4	5
2. 今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を他職種へ伝えた	1	2	3	4	5
3. 利用者・家族が病気・病状をどのように理解しているかについて他職種から情報収集した	1	2	3	4	5
4. 利用者・家族が病気・病状をどのように理解しているかについて他職種へ伝えた	1	2	3	4	5
【予測的判断の共有】					
5. 今後起こりうる利用者の生活状況の変化（例：食事の摂取量や排泄の自立度の低下など）について、自身の専門性から予測し他職種に伝えた	1	2	3	4	5
6. 今後起こりうる利用者の病状の変化（例：病気の進行に伴って生じる症状の出現など）について、自身の専門性から予測し他職種に伝えた	1	2	3	4	5
【ケア方針の調整】					
7. 今後起こりうる家族の状況の変化（例：家族の気持ちや介護負担の増強など）について、自身の専門性から予測し他職種に伝えた	1	2	3	4	5
8. ケア方針・ケア計画についてチーム全体で合意を図った	1	2	3	4	5
9. ケア方針・ケア計画について他職種と意見交換した	1	2	3	4	5
10. 病状の変化に応じてケアプランの変更（他職種のサービス内容や頻度も含め）をチームを組んだ他職種に提案した	1	2	3	4	5
【チームの関係構築】					
11. 他職種が提供しているサービスの具体的な内容を情報収集した	1	2	3	4	5
12. チームを組んだ他職種と気後れせずに何でもきける関係を築いた	1	2	3	4	5

	全く当てはまらない	あまり当てはまらない	どちらともいえない	まあ当てはまる	とても当てはまる
13. 自身が提供しているサービスの具体的な内容を他職種に伝えた	1	2	3	4	5
14. 普段から定期的に他職種との顔合わせの機会をもった(勉強会やカンファレンスなど)	1	2	3	4	5
15. 他職種に対してねぎらいの言葉や肯定的評価を伝えた	1	2	3	4	5
【24時間支援体制】					
16. 緊急時において、チームを組んだ他職種間で即座に連絡が可能な体制をとっていた	1	2	3	4	5
17. 平常時において、チームを組んだ他職種間で情報共有できる体制をとった(連絡網や情報交換ツールなど)	1	2	3	4	5

問 6. あなたの本研修への満足感について伺います。それぞれの項目について当てはまる番号に○をつけてください。

1. 積極的に参加することができましたか。

とても当てはまる	どちらかという 当てはまる	どちらかという 当てはまらない	まったく 当てはまらない
4	3	2	1

2. 他の対象者と一体になって活動できましたか。

とても当てはまる	どちらかという 当てはまる	どちらかという 当てはまらない	まったく 当てはまらない
4	3	2	1

3. 総合的に考えて満足がいくものでしたか。

とても当てはまる	どちらかという 当てはまる	どちらかという 当てはまらない	まったく 当てはまらない
4	3	2	1

4. 今回のような研修にまた参加したいですか。

とても当てはまる	どちらかという 当てはまる	どちらかという 当てはまらない	まったく 当てはまらない
4	3	2	1

5. 研修会についてのご意見ご感想をご記入ください

質問は以上で終了です。もう一度お書き忘れがないかご確認をお願いいたします。

ご協力ありがとうございました。

資料 2. コミュニケーション・スタイル・インベントリー簡易版

あなたの日頃の人との関わり方やものの考え方を振り返り、下の項目について該当する数字を○で囲んでください。その数字を□の中に書いて下さい。

1=よくあてはまる 2=あてはまる 3=あまりあてはまらない 4=あてはまらない

		A	B	C	D
1 自己主張することが下手だと思う	1234				□
2 常に未来に対して情熱を持っているほうだ	1234		□		
3 他人のためにしたことを感謝されないと悔しく思うことがある	1234			□	
4 嫌なことは嫌と、はっきり言える	1234	□			
5 人にはなかなか気を許さない	1234				□
6 人から楽しいとよく言われる	1234		□		
7 短い時間でもできるだけ多くのことをしようとする	1234	□			
8 失敗してもできるだけ多くのことをしようとする	1234		□		
9 人から物を頼まれるとなかなかノーと言えない	1234			□	
10 たくさんの情報を検討してから決断をください	1234				□
11 人の話を聞くよりも自分が話していることのほうが多い	1234		□		
12 どちらかという人見知りするほうだ	1234				□
13 自分と他人をよく比較する	1234			□	
14 変化に強く適応力がある	1234		□		
15 何事も自分の感情を表現することが苦手だ	1234				□
16 相手の好き嫌いにかかわらず、人の世話をしてしまうほうだ	1234			□	
17 自分が思ったことはストレートに言う	1234	□			
18 仕事の出来栄えについて人から認められたい	1234			□	
19 競争心が強い	1234	□			
20 何事も完全にしないと気がすまない	1234	□			

11-A : コントローラー (親分肌・支配型) 12-B : プロモーター (楽しい人・促進型)

12-C : サポーター (いい人・支援型) 13-D : アナライザー : (クールな人・分析型)

資料 3. 「4つのタイプ分け」早見表

	コントローラー	プロモーター	アナライザー	サポーター
行動の傾向	<p>行動的でエネルギッシュ</p> <p>スピードが速い</p> <p>率直で担当直入</p>	<p>アイデアが豊富</p> <p>順応性が高い</p> <p>社交的</p> <p>話好きで楽しい人</p> <p>現状維持より変化を好む</p>	<p>行動は計画的で慎重</p> <p>客観的で冷静</p> <p>まじめで頑固</p> <p>コツコツと粘り強い</p> <p>完全主義者</p>	<p>人の援助を好む</p> <p>協調性が高い</p> <p>人の感情に敏感</p> <p>人間関係を重視</p> <p>決断に時間が必要</p>
自己表現の特徴	<p>声大きい</p> <p>ストレートな物言い</p> <p>すべき、～のはず、という言葉が多い</p> <p>堂々とした表情態度</p> <p>威圧的な印象</p>	<p>表情豊か</p> <p>身振り手振り多い</p> <p>早口でおしゃべり</p> <p>「すごい！うそ！」など感嘆詞が多い</p> <p>オープンな印象</p>	<p>論理的な話し方</p> <p>モノトーンな表情</p> <p>言葉を選び慎重に話す</p> <p>メモ上手、メモ魔</p> <p>感情表現は不得意</p> <p>クールな印象</p>	<p>受動的な態度と言葉</p> <p>ゆったりとした口調</p> <p>遠慮深い</p> <p>「～していい？」と同意を求める</p> <p>優しく穏やかな印象</p>
強み	<p>目標への集中力</p> <p>確固たる信念</p> <p>リスクを恐れない</p> <p>強いリーダーシップ</p> <p>結果を出す</p> <p>チャレンジ精神旺盛</p>	<p>人から好かれる</p> <p>臨機応変で柔軟</p> <p>楽しく前向き</p> <p>コミュニケーションが上手</p> <p>想像力豊か</p>	<p>冷静な判断力</p> <p>論理的思考</p> <p>忍耐力、持久力</p> <p>堅実で確実</p> <p>精度を高める</p>	<p>人への安心感</p> <p>人への気配り</p> <p>人間関係づくり</p> <p>相手の感情把握</p> <p>聞き上手</p>
弱み	<p>独断と偏見を持ちやすい</p> <p>威圧的でけんか腰</p> <p>せっかち待てない</p> <p>相手の気持ち鈍感</p> <p>結論を急ぎすぎ</p>	<p>しゃべりすぎて人の話を聞かない</p> <p>地道なことが苦手</p> <p>あきっぽく忍耐にかける</p> <p>思い付きで行動</p>	<p>自己弁護が強い</p> <p>頭でっかちになる</p> <p>とっつきにくい</p> <p>決断や行動が遅い</p> <p>頑固で融通が利かない</p>	<p>優柔不断</p> <p>人の目を気にしすぎる</p> <p>妥協しすぎる</p> <p>自己主張できない</p> <p>受動的になりすぎ</p>
動機づけ	<p>権限</p> <p>率直</p> <p>競争</p>	<p>楽しさ</p> <p>新しい環境</p> <p>自由</p>	<p>情報の提供</p> <p>十分な時間</p> <p>1人の時間</p>	<p>周りからの承認</p> <p>安心できる人間関係</p>

資料 4. コミュニケーション・スタイル・インベントリー エクササイズ

1. まず、対象となる人を一人思い浮かべます。訪問看護師なら介護支援専門員、介護支援専門員なら訪問看護師の、この人とより良好な関係を築きたいと思う人を一人あげます。

2. その人は4つのタイプのうち、どの傾向を最も強く持っているでしょうか。またはそう考える理由はどんなところにありますか。(○で囲んでください)

①コントローラー ②プロモーター ③サポーター ④アナライザー

3. その人がそのタイプだとすると、これまでにその人に対して犯してしまったタイプ違反にはどのようなものがあるでしょう。

タイプ違反というのは、タイプを考えると本来やらないほうがいいのにやってしまったこととか、やったほうがいいのにやらなかったこととか、そういうものです。例えばプロモーターなのに全然褒めてこなかったとか、アナライザーなのに「考えてもしょうがないんだから、まあとりあえずやってみようよ」とか言わなかったかとか。

4. そうしたタイプ違反が過去にあったことを踏まえたうえで、これからどのような戦略を持ってすれば、その人とよりうまくいくでしょうか。プランを作ってみてください。

出典：鈴木義幸（2002）.コーチングから生まれた熱いビジネスチームをつくる4つのタイプ.
ディスカヴァー・トゥエンティワン.

資料 5. 事例検討 1 回目研修

脳梗塞の後遺症のある在宅療養者と介護者に対する
訪問看護師と介護支援専門員の支援

【利用者及び家族の状況】

利用者：鈴木順子さん 80歳

家族構成：82歳の夫と二人暮らし。夫は腰痛があり家事がままならない。

隣の市に長男が住んでおり週 1 回来訪する。長女は他県に住んでおり月 1 回来訪する。

【訪問看護依頼までの経過】

月日	経過
平成27年 4月 <入院>	<p>【健康状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脳梗塞で入院。高血圧、右半身麻痺、失語症、嚥下障害あり。 ・関節拘縮予防の理学療法と、言語訓練を実施してゆっくりであれば「はい」「いいえ」で意思を伝えることができる。 <p>【ADL】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・立ち上がりや歩行は介助が必要、日中はベッド上座位で過ごす。 ・本来は右利きであるが、健側（左）を使い自力で食事がとれる状態。食事中に咳込みあり。入院中に誤嚥性肺炎を発症している。 <p>【介護度】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要介護3
平成27年6月 <退院> <在宅療養>	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時に病院の地域連携室の看護師が介護支援専門員に支援を依頼し、介護支援専門員は看護サマリーを受け取る。 ・介護支援専門員は、以前訪問看護ステーションから断られた経験があったことと、介護者が訪問看護を希望しなかったという理由で訪問看護は導入しなかった。 <p>【本人・介護者の希望】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスを出来る限り利用して、住み慣れた家で長く生活したい。 ・自宅の風呂に入りたい。

月日	経過
<p>7月初旬</p> <p>7月中旬</p> <p>8月初旬</p>	<p>【チームの目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・誤嚥性肺炎を起こさず自力で食事が経口から摂取できる。 ・座位の生活を維持できる。 ・介護者の腰痛が悪化せず妻との生活を続けることができる。 <p>【医療・介護サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・往診（月1回） ・訪問介護（生活・身体1日2回週5回）、入浴介助、おむつ交換、食事作り、洗濯、買い物等 ・介護用ベッドのレンタル（本人の希望で固めのマットレスをレンタル） <p>7月初旬</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後訪問介護を利用して介護を続けていた。食事中に咳込むことが多くなり常にのどがゴロゴロしている。 ・食事、入浴以外はテレビを見ながら臥床している。 <p>7月中旬</p> <ul style="list-style-type: none"> ・仙骨部に浅い潰瘍がみられ、訪問看護が開始される。 <p>【訪問看護】（週3回60分）褥瘡処置、健康状態観察、服薬確認、排便コントロール等</p> <p>【介護用品】 エアマットのレンタル開始</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夫は「妻に鼻から吸引すると本人が苦しい顔をするので怖い」ことを訪問看護師に相談する。訪問看護師は夫の思いを受け止めつつ、吸引の必要性を説明する。 ・退院後に降圧剤は服用せず、長男が購入した市販のサプリメントを服用する。血圧170/100mmhg。 <p>→往診医と訪問看護師が降圧剤内服の必要性を説明するが長男の方針で内服中断が続く。</p> <p>8月初旬</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夫は「妻に鼻から吸引すると本人が苦しい顔をするので怖い」ことを介護支援専門員に相談する。 ・ADLの低下がみられて歩行が困難となり、入浴から清拭、部分浴に変更となる。

月日	経過
8月下旬	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員が訪問入浴サービスやデイサービスでの入浴を勧めるが本人に断られる。 ・訪問看護師は、夫から家でシャワー浴をさせてやりたいという相談を受ける。訪問看護師は、訪問看護サービスの利用日を増やし、シャワー浴を実施することを介護者と話し合ったと介護支援専門員に伝える。介護支援専門員は「本人家族と話し合ってから決める」と看護師に言う。

<ご自分の経験をもとに話し合ってみましょう>

①この事例に必要なサービスの種類と導入時期

②必要なサービスを導入するための他職種（訪問看護師・介護支援専門員）との関係づくり

③必要なサービスを導入するための他職種とのコミュニケーションの取り方

<ご自分の経験をもとに話し合ってみましょう>

①チームの目標

②チームの責任

③チームの目標の達成度を向上させるための実践（関係づくり・コミュニケーションの取り方等）

資料 6. 事例検討 2 回目研修

筋萎縮性側索硬化症（ALS）在宅療養者と介護者に対する
訪問看護師と介護支援専門員の支援

【利用者及び家族の状況】

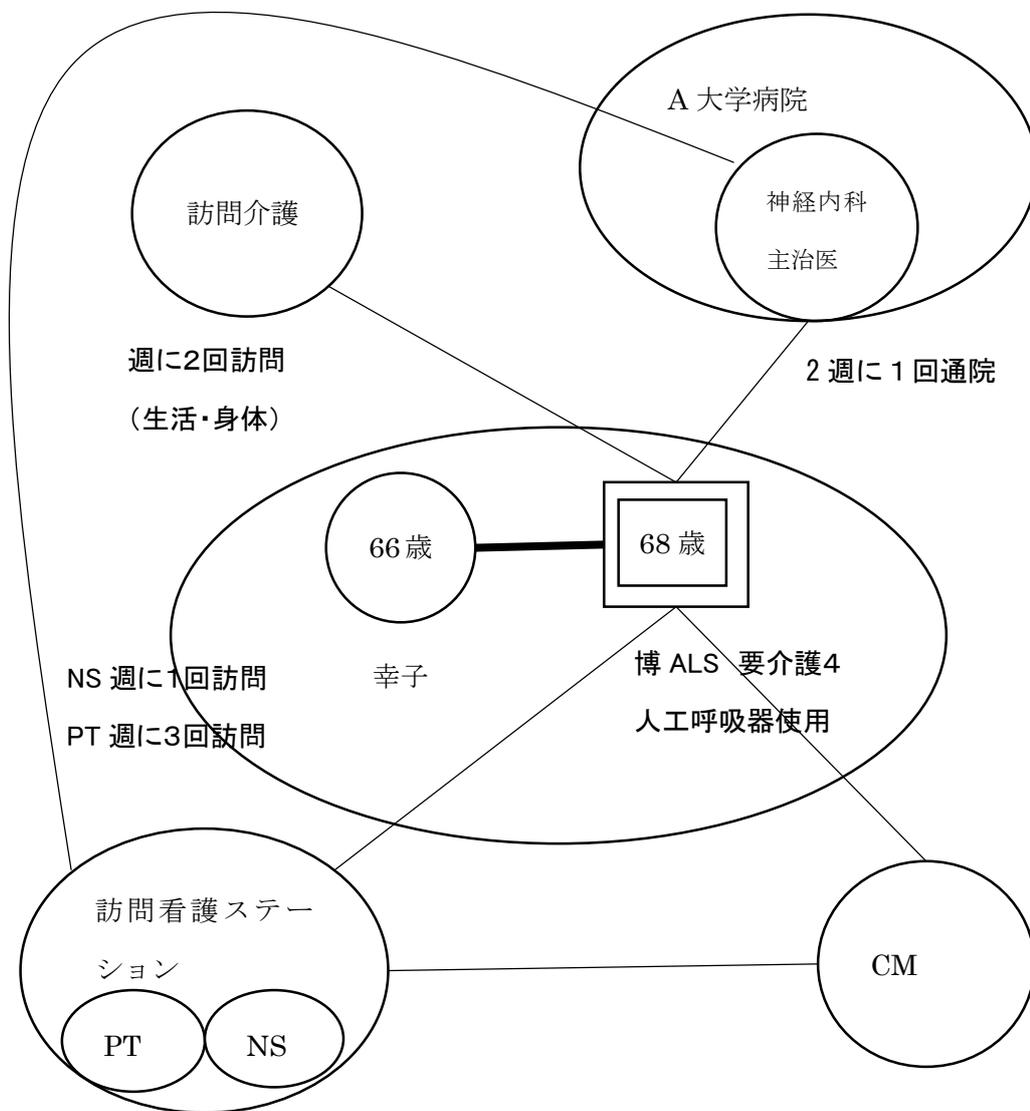
利用者：佐藤博さん 68歳

病状：筋萎縮性側索硬化症（以下ALS）、人工呼吸器使用（マスクを介して人工呼吸療法を行う）、特定疾患申請中

要介護4、寝たきり度B1

家族構成：66歳の妻と二人暮らし 子どもはいない。

<退院当初のエコマップ> 看護師：NS 介護支援専門員：CM 理学療法士：PT



【訪問看護依頼までの経過】

月日	経過
平成26年10月 平成27年 4月 <入院>	<p>【健康状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歩行障害が出現。複数の医療機関を受診する。 ・検査入院の結果ALSと診断される。 ・入院直後より夜間のみ人工呼吸器を使用開始する。 ・一般的な病態などは本人に告知しているが、気管切開をして呼吸器を選択することなどに関しては、本人の精神状態が良くないため外来でフォローすることとなった。 <p>【ADL】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・短時間であれば立位保持は可能・日中は車椅子で院内を自力移動 ・指先の力は弱くなっているが箸で食事がとれる状態 ・リハビリ中に呼吸苦が出現することがある。
平成27年6月 <退院> <在宅療養>	<p>【本人・介護者の希望】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・できるだけ長く家で療養生活を送りたい。 <p>・通院（2週に1回：神経内科外来）、訪問看護（Ns週1・PT週3）、訪問介護（生活・身体週2）の利用開始となった。</p> <p>【ケアプランの目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・呼吸困難が緩和され在宅療養を継続できる ・介護者がサービスを利用して安心して介護できる

【訪問看護開始後の経過】

月日	経過
平成27年6月	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護でシャワー浴介助を実施する際、移動は軽介助、洗身は一部介助で可能。
7月初旬	<ul style="list-style-type: none"> ・下肢筋力低下で移動全介助、握力低下のため自分で体が洗えない状態となる。 ・人工呼吸器と同調しないことが増え、呼吸苦が強くなる。 ・訪問看護師は、主治医に本人の状態を報告し、往診医に紹介状を書いてもらい往診が開始される。介護支援専門員には家族が説明するだろうと思い連絡しなかった。
7月中旬	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師は夫の介護負担軽減のため介護用ベッドの導入を家族に提案し、介護支援専門員に介護用ベッド導入を依頼した。 ・訪問看護師から、本人のADLが低下しているため、シャワー浴はヘルパーと2人体制にしてほしい旨を介護支援専門員に伝えるが、介護支援専門員は家族と話し合う時間が必要であるとのことからヘルパー導入が8月中旬となった。
7月下旬	<ul style="list-style-type: none"> ・度々本人の呼吸苦の訴えがあり妻は不安を感じている。酸素飽和度93%。 ・神経内科主治医より妻が病状の説明を受ける。訪問看護師は、在宅療養について夫婦間での話し合いがうまくいっていないと感じた。 ・本人のふさぎ込んだ様子が見られ、介護支援専門員は妻から「どうしたらよいのか分からない」と相談された。 ・訪問看護師は、妻から家で介護していく自信がないと相談され、妻の不安を知った。
8月上旬	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師は、電話で介護支援専門員に「なぜ、妻の不安について報告してくれないのか」と聞くと「医療面で苦手意識があるから連絡するのに気後れしており、多忙なため後回しになってしまった。」「しかし、訪問看護も報告してくれないことがあるのではないかと、一方的な言い分だと思う。」と返答があった。

<事例検討>

1. この事例に必要なサービスを導入するためには、訪問看護師と介護支援専門員がお互いに連絡や相談をする方法とその時期について話し合きましょう。

2. チームの目標とその理由について話し合きましょう。

* チームとは訪問看護師と介護支援専門員を要(かなめ)とした、病院主治医、往診医、訪問介護士、理学療法士、福祉用具業者とします。

3. 訪問看護師と介護支援専門員が良好な関係を築くためにはどうしたら良いでしょうか。

ご自分の経験をふまえながら話し合ってみましょう。

資料 7. 顔の見える関係強化・連携促進研修会 アクションチェックリスト

項目	実施時期	チェック項目	実施
顔の見える関係づくり	準備段階	<ul style="list-style-type: none"> ・演習中心のプログラムを検討する ・1か月の実践期間を設ける ・グループ数と同数のファシリテーターを募集する（ファシリテーターの職種は問わない） ・慣れていないファシリテーターの近くに経験豊富なファシリテーターを配置する（目配せする）。 ・ファシリテーション研修資料（別紙）を基に研修を実施する。 ・1回目と2回目のグループメンバー構成を変える 	<input type="checkbox"/>
	1回目研修	<ul style="list-style-type: none"> ・お茶やお菓子を食べながら和やかな雰囲気づくりをする ・仕事の情報交換を兼ねて検討するよう促す ・参加者は名前と所属を言ってから発言するよう促す ・発言ごとに拍手を促すルールにする ・参加者の話題をつなげ関係づくりをサポートする ・参加者の職種や考え方の多様性を受け止め話し合いを促進する 	<input type="checkbox"/>
	1回目研修後	<ul style="list-style-type: none"> ・名刺交換を促すなど参加者同士の顔をつなぐ ・研修会終了後30分は会場を開けておき自由に顔を合わせて交流できるような環境をつくる 	<input type="checkbox"/>
	2回目研修冒頭	<ul style="list-style-type: none"> ・1回目研修後の目標・実践を振り返って話し合うように促す ・名刺交換を促すなど参加者同士の顔をつなぐ ・お茶やお菓子を食べながら和やかな雰囲気づくりをする ・仕事の情報交換を兼ねて検討するよう促す ・参加者は名前と所属を言ってから発言するよう促す ・発言ごとに拍手を促すルールにする ・参加者の話題をつなげ関係づくりをサポートする ・参加者の職種や考え方の多様性を受け止め話し合いを促進する 	<input type="checkbox"/>
	2回目研修	<ul style="list-style-type: none"> ・名刺交換を促すなど参加者同士の顔をつなぐ ・研修会終了後30分は会場を開けておき自由に顔を合わせて交流できるような環境をつくる 	<input type="checkbox"/>
	2回目研修後	<ul style="list-style-type: none"> ・名刺交換を促すなど参加者同士の顔をつなぐ ・研修会終了後30分は会場を開けておき自由に顔を合わせて交流できるような環境をつくる 	<input type="checkbox"/>
事例検討	1・2回目研修	<p><事例選びのポイント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・他職種と連携することが多い事例 ・病態の変化が速くスピードが求められる事例 <p><方法のポイント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・参加者が考えを付箋に書いて各自発言し、メンバーから意見や質問を受ける（する）ことで全員とコミュニケーションがとりながら事例検討ができるようにする。 ・CSIに基づくコーチングの基礎を話し合いに活用するよう促す。 	<input type="checkbox"/>
		<p><事例選びのポイント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・他職種と連携することが多い事例 ・病態の変化が速くスピードが求められる事例 <p><方法のポイント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・参加者が考えを付箋に書いて各自発言し、メンバーから意見や質問を受ける（する）ことで全員とコミュニケーションがとりながら事例検討ができるようにする。 ・CSIに基づくコーチングの基礎を話し合いに活用するよう促す。 	<input type="checkbox"/>
講話	1・2回目研修	<p><講演テーマのポイント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・明日から実践できる顔の見える関係づくりにつながるテーマを選ぶ ・日頃の連携行動の振り返りとなるテーマを選ぶ ・日頃他職種と連携をする上で困っていること <p><講師選びのポイント></p> <p>*職種は問わない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の在宅医療介護専門職 ・在宅医療介護連携を実際に行っている ・参加者が講師の活動を知っている。 ・講話の後に振り返りの時間をもつ 	<input type="checkbox"/>
		<p><講演テーマのポイント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・明日から実践できる顔の見える関係づくりにつながるテーマを選ぶ ・日頃の連携行動の振り返りとなるテーマを選ぶ ・日頃他職種と連携をする上で困っていること <p><講師選びのポイント></p> <p>*職種は問わない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の在宅医療介護専門職 ・在宅医療介護連携を実際に行っている ・参加者が講師の活動を知っている。 ・講話の後に振り返りの時間をもつ 	<input type="checkbox"/>
目標設定・振り返り	1・2回目研修	<ul style="list-style-type: none"> ・「顔の見える関係強化」に向けた目標設定（2回目研修時は目標改善・設定）を促し用紙に「明日からできること」を記載する。 ・実践期間中は目標を意識するよう伝える。 ・実践期間中の目標のふりかえりを促す。 ・グループ内と全体で発表する 	<input type="checkbox"/>

資料 8. ファシリテーション研修資料

顔の見える関係づくりのためのコツーファシリテーションの留意点ー

「訪問看護師と介護支援専門員の関係強化・連携促進プログラム」は、演習中心の研修会です。対象者の職種や所属考え方などの多様性を受け止めた上で連携行動がとれるように関わるのが**重要**です。研修会対象者が他職種と顔の見える関係を築き、日頃の活動でも円滑な連携をとることができるように、以下の3つのコツに基づいたファシリテーションを目指しましょう！

A. 主体的に関係づくりができる支援

●ファシリテーターの話し合いに対する姿勢

対象者たちが、主体的に関係づくりができるように支援しましょう。関係づくりが主体的にできないときや方向性に迷う・進展しないときを中心に支援しましょう。関係づくりが順調なときは見守り、最後にほめましょう。ファシリテーターが、話し合いのリーダーになりまとめていくなど関わりすぎないように注意しましょう。

例えば・・関係づくりにつながりそうな話をキャッチして「〇〇さんのお話について△△さんはどのように思われましたか。同じような経験をされたことはありますか。」のように一人の意見を全体で共有できるように話をつなげていきまし

B. 顔の見える交流の機会をつくる

●会場設営

- ・1グループは5～6人とし訪問看護師と介護支援専門員が同人数になるように配置します。メンバー間の交流が深まらないため7人以上、4人以下の配置は避けてください。欠席者がいる場合は、できるだけ職種が同人数になるように配慮してください。
- ・できるだけ多くの方と交流ができるように、1回目研修会と2回目研修会はグループメンバーを変更します。
- ・ファシリテーターは1グループにつき1人の配置となります。
- ・ホワイトボード・模造紙に研修プログラムとグラドルールを貼ります。
- ・各テーブルに付箋、ペン、模造紙、テーブル番号札を配ってください。

●茶菓を活用する

- ・和やかな雰囲気話し合うために、人数分のお茶、菓子を机に配ってください。予算上お菓子が準備できない時はお茶を準備しましょう（ティーパックやコーヒー可）。
- ・対象者に声をかけてお茶やお菓子をすすめてください。お茶を飲むとリラックスして話しやすくなります。

例えば・・話し合いが始まる前に、「お茶やお菓子を飲んだり食べたりしながら楽しく話し合いをしていきましょう！」と声をかける。だれも話さず静まりかえっているようなグループに対して「まずは、みなさんでペットボトルの蓋を開けてみましょう！」「セルフでお茶やコーヒーを自由にいれてください。」と声をか

●研修会開始前と終了後

- ・対象者に挨拶や名刺交換を促して対象者同士の顔をつなぐようにしましょう。
- ・対象者の話題をつなげて関係づくりをサポートしましょう。例えばグループ内のメンバー（他者とよく話している人、つなげられそうな人）に話しかけ、他メンバーへと会話を広げましょう。
- ・対象者同士が主体的につながりにくい時には、ファシリテーターが対象者の話題をつなげて関係づくりをサポートしましょう。

例えば・・他者とよく話している人、つなげられそうな人に「～について教えてください」と問いかけ、他メンバーに「Aさんが言われたことについてはどう思いますか」と話をつないでいく。

- ・研修会終了後 30 分は会場を開けておき、自由に顔を合わせて交流できるような環境をつくりましょう。机や椅子はそのままにして話しやすい環境を維持しましょう。
- ・2回目研修会では順次対象者が席につき次第、話し合いを始めるよう伝えましょう。まず「他職種との関わりで心がけた事や困った事」等を聞いて、対象者同士の話題をつなげましょう。

C. 職種や考え方の違いを認めつつ、チーム力向上できるコミュニケーション力を促進する

●コミュニケーション・スタイル・インベントリー（以下 CSI とする）の生かし方と教え方のコツ

・「記入方法で分からないことがあれば声をかけてください」と対象者に伝えましょう。記入が進んでいない対象者には声をかけて、わからないところはどこか聞いて下さい。

・採点結果をグラフに記入する際は、タイプ別に採点した点数のところに○をつけるように伝えましょう。

・対象者によってタイプがはっきり出る場合、どのタイプも同じような点数の場合があります。同じような点数の場合は自分のスタンスに迷いがあるのかもしれませんが、「可能であれば1か4どちらかをご記入ください。タイプがはっきりとわかります」と伝えましょう。

・CSIの採点が終了したら、グループ内の共有を進めましょう。メンバーはその時に名前と職種、CSIのタイプについて他メンバーに伝えるよう声かけしましょう。

例えば・「CSIのタイプはコントローラー・プロモーター・アナライザー・サポーターのどのタイプでしたか。〇〇さんはいかがでしょう。」「〇〇さんと同じサポータータイプの方はいらっしゃいますか。△△さんはいかがでしょう。」「

・他職種とのコミュニケーションでうまくいっている人、うまくいかない人をイメージして、どのようなコミュニケーション方法をとったらよいかグループで話し合うよう伝えましょう。

例えば・「この人とは話しやすい、または緊張してしまうと感じる人はいませんか」と声かけしてみましょう。

・グループメンバーのCSIのタイプを知り、演習の中でも意識してコミュニケーションに取り入れていくように声かけをしましょう。

●グループワーク

- ・司会者と発表者を決めるように促しましょう。
- ・事例の読み合わせを促しましょう。その時に事例を読む人を決めるように声をかけましょう（何人でも構いません）。
- ・顔が見える関係をつくるために、対象者は所属と名前を言って発言するよう促しましょう。
- ・対象者の発言ごとに拍手することを促しましょう。まずはファシリテーターが拍手してみましょう。常にグループワークが活性化するように心がけましょう。
- ・仕事の情報交換を兼ねた事例検討を促しましょう。

例えば・・・「仕事ではどうですか?」「実際このようなことがありましたか?」と聞いてみましょう。

- ・対象者の職種や所属、考え方などの多様性を受け止め、メンバー間の話し合いを促進させましょう。

例えば・・・他職種のAさんとBさんに対して「Aさんはそのようにお考えなのですね。どうしてそのように考えたのですか」「Aさんの考えについてBさんはどのように思いますか」と問いかけてみましょう。

- ・時間管理は対象者に任せましょう（開始後30分と終了前10分に声かけする）。
- ・発表のための話し合いではないので要点のみの発表でよいことを伝えましょう。
- ・1人で長く話したりするような人がいる場合は、グループ全体に声かけを行いましょう。

例えば・・・「1回の話は、1～2分にするようにしましょう」と声かけをしましょう。また、グループワークが始まる前にグランドルールの資料をみながら「皆さん全員が発言できるように一人が長くはなさないようにしましょう」と声かけをしましょう。休憩時間を利用して、長く話す人と直接話し「〇〇さんのご意見はとても参考になります。次は、他の方のお話をよく聞いて頂きたいです。皆さんの方が

<グループワークのまとめ方のコツ>

グループワークのまとめ方のコツは、話し合いを対象者と共につくりあげるという気持ちでファシリテーションをすることです。対象者が自主的に新しい視点や知り合いを得ることができるように、連携に関する課題や困っていることを話し合うことができるようにすることが重要です。そのためにファシリテーターは、職種や考え方の違いを認めつつメンバー一人一人の発言を促し、なんでも話し合える雰囲気づくりをしましょう。

「参加して得るものがあつた」と思ってもらえるファシリテーションをしていきましょう！

D. 連携行動の実践力が身につく話し合いを促進する

●実践期間（1か月）に向けて

- ・明日からできる連携強化に向けた目標設定を行い用紙に記載することを促しましょう。
- ・各自の明日からできる連携強化に向けた目標をグループ内で話し合うよう促しましょう。
- ・全体での発表者を決めるよう促しましょう。
- ・目標を全体で発表するように声かけをしましょう。

●2回目研修会冒頭の振り返り

- ・1回目研修終了後の1か月間に「設定した目標は達成できたのか」「他職種との関わりで心がけた事や困った事」をグループ内で話し合うよう促しましょう。

例えば・・・「1回目研修で立てた目標は何でしたか。」「この1か月の間にその目標はどのくらい達成できました」「達成できた（できなかった）理由を教えてください」「他職種との関わりで心がけたことはありますか」「他職種との関わりで困った

●研修終了後に向けて

- ・実践期間に向けた目標設定を見直して、用紙に記載することを促しましょう。
- ・各自の明日からできる連携強化に向けた目標をグループ内で話し合うよう促しましょう。
- ・全体での発表者を決めるよう促しましょう。

グランドルール

- 今日参加した皆さんは、お互いが対等な立場です
(肩書ではなく、ニックネームなどで呼びましょう)
- 相手の意見を尊重してよく聴きましょう
- 1人が長く話しすぎないようにしましょう
(1回の話は1～2分以内が目安)
- 結論を出す場ではなく、「意見の違い」「視点の違い」を楽しむ場です。