

退院支援における専門職種間連携の変化のプロセス：

Relational Coordination 理論を基盤とした

アクションリサーチ

The Process of Changes in Interprofessional Work
in Hospital Discharge Support: Action Research Based
on Relational Coordination Theory

伊 富 貴 初 美
Ibuki, Hatsumi

2022 年度 博士（看護学）論文

指導教員：川原由佳里

日本赤十字看護大学大学院
看護学研究科

論文内容の要旨

伊富貴 初美

退院支援における専門職種間連携の変化のプロセス：

Relational Coordination 理論を基盤としたアクションリサーチ

The Process of Changes in Interprofessional Work in Hospital Discharge Support:

Action Research Based on Relational Coordination Theory

I. 序論

近年、病院完結型の医療から、病気と共存しながら QOL の維持・向上を目指す地域完結型の医療・介護への移行が推進されている（厚生労働省, 2013）。それらに関わる専門職は、患者・家族の様々なニーズを捉え、専門職種が連携して退院支援に取り組む必要がある。

先行文献では専門職種間連携の促進の効果として、医療コストの削減、ケアの質の向上及び構成員のやりがい感が得られることが報告されている。しかし、退院支援における専門職種間連携については、患者・家族の背景や抱える問題が多様であるのに加え、対応する専門家チームの構成員もそれに応じて変わるという特徴があり、このような場での専門職種間連携の促進に関する研究はまだ十分に行われていない。

専門職種間連携の促進に効果的と考えられる理論に Gittel (2000, 2006) の Relational Coordination [RC] 理論がある。この理論は、不確実で、時間制約があり、相互依存のある状況で、関係者間の相互作用の強化を通じて、組織変革を目指すものである。介入の焦点は3つの関係調整（目標共有・役割認識・尊重の態度）と4つのコミュニケーションの次元（頻度・タイミング・正確さ・問題解決的姿勢）にある。この理論は、個人と個人の関係ではなく、職種間の関係を焦点としていることから、患者・家族のニーズに応じて専門職種が連携して取り組む退院支援に役立つと考えた。

II. 研究の目的

患者・家族のニーズに応じた退院支援に向けて RC 理論を基盤としたアクションリサーチを行うことによる専門職種間連携に生じる変化のプロセスと、それによる患者・家族と組織のアウトカムを明らかにすることである。

III. 研究方法

退院支援における専門職種間連携に向けた各専門職種の主体的な取り組みを促進するため、研究のデザインとしてアクションリサーチを用いた。研究実施期間は 2020 年 10 月から 2021 年 3 月までの 6 か月間であった。研究フィールドはある地方の小規模ケアミッ

クス型病院の地域包括ケア病棟であり、研究参加者はこの病棟に入院し、自宅退院が困難であると予測された患者 12 名とその家族 15 名と、この患者・家族の退院支援に関わった看護師 9 名、医療社会福祉士 2 名、理学療法士 3 名、作業療法士 1 名、管理栄養士 1 名の計 16 名であった。このうち、研究の取り組みを推進するコアメンバーとして各職種から計 5 名の協力を得た。

RC 理論に基づきアクション 1、2 とリフレクション 1、2 を計画し、実施した。アクション 1 では RC 理論の勉強会、課題の明確化、アクション 2 の実施に向けた調整を行った。アクション 2 では退院支援のための患者・家族との面談に 2 職種以上が同席して支援を実施し、面談後にその振り返りと参加した専門職同士によるポジティブフィードバックを行った。リフレクション 1 では各事例で行われた退院支援と専門職種間連携を振り返るための専門職へのインタビューを実施した。またコアメンバーによる振り返りとセンスメイキングを実施し、アクションリサーチの実施内容の評価と必要な修正を行った。リフレクション 2 ではこれらの取り組みと成果をまとめた通信を作成し、フィードバックした。

データ収集のため、上の取り組みにおける研究参加者の発言内容を IC レコーダーに録音するか、可能な限り記録シートに記載するよう依頼した。管理者にはインタビューを通じて研究前後の組織の評価を聞き取った。データ分析では各事例における専門職種間の連携、退院支援と患者・家族の反応に着目して、意味を解釈しテーマをつけた。次いで 12 事例のテーマを専門職種間連携の変化の観点から 3 つのフェーズに分けた。最後に以上の結果を RC 理論並びに患者・家族のアウトカムと組織変化の観点から評価した。

本研究は、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会（承認番号 2020-027）及び対象施設倫理委員会の承認（承認番号 596 号）を得て実施した。

IV. 結果

以下、退院支援における専門職種間連携の変化をあらわす 3 つのフェーズと評価を述べる。看護師は NS、医療社会福祉士は MSW、理学療法士は PT、作業療法士は OT と表記した。

A. 退院支援における専門職種間連携の変化を表す 3 つのフェーズ

1. フェーズ 1<定石通りの退院支援に起きる専門職種間の退院目標の食い違いと患者の思いを知ろうとしていなかったことへの気づき> NS と MSW のみの参加であった初期の 4 事例をフェーズ 1 とした。NS と MSW にはそれぞれ定石と呼べるような患者・家族への関わりがあり、この定石的な関わりは支援に結びつく場面もあったが、結びつかない場面もあった。また面談の場以外での NS・MSW・PT・医師との連携が不十分で、それぞ

れに異なる目標を設定して患者・家族と共有することなく進める場面もあった。退院支援が家族の意向に沿う傾向があり、患者の思いを知ろうとしていなかったとの気づきが得られた。このようななかでも他の専門職種の役割を観察することが自他の役割を認識する機会となった。これらの事例を振り返ることで、退院目標の食い違いや患者の思いを知ることなく家族の意向に沿った退院支援になる傾向などの課題が明確になった。

2. フェーズ2＜退院に向けた面談に同席する専門職種が広がり、患者・家族の語りを一緒に見聞することによる創造性の向上＞ 続いて、従来、面談に同席する機会が少なかったPT・OTの参加が得られ始めた3事例をフェーズ2とした。患者・家族の不安や困りごとを一緒に聞くこと、それぞれの視点から対立する意見であっても出し合うことで、共有される目標がそれぞれの専門職が目指すものではなく、患者・家族のニーズを中心としたものに変化していった。また、今まで気づかなかった専門職種の支援内容やその背景になる考えや思いを知り、自他の専門職種の視点や役割を認識するとともに、相互尊重の態度と信頼感が生まれていった。少しの時間を見つけて声を掛け合ったり、患者のケアが終わるとその様子を伝えるために担当する他の専門職種のもとを訪れたりしてタイムリーな情報共有と意見交換が行われた。その内容は患者への支援にも活かされ、患者の回復意欲が高まり、家族の介護への前向きな態度が引き出されていた。このように面談に同席する専門職種が広がることで、コミュニケーションが密になり、視野の違いから新たな提案が生まれ、創造性のある関わりが見られるようになった。

3. フェーズ3＜専門職種間の相互依存性を高め患者・家族の抱える難題に向き合う対応力の進歩＞ その後の5事例をフェーズ3とした。患者・家族の抱える問題には解決が難しいものが少なくなかったが、住み慣れた自宅で過ごしたいという患者・家族の願いに応じて、専門職種が力を合わせて創造的に解決しようとしていた。不安や困りごとを抱える患者・家族に対しては時間をかけて真摯に話を聞いたり、早期に目標を設定して取り組む必要があればその場で話し合っただけで目標を決めたりするなど、対応にも柔軟性が見られるようになった。また密な連携のもとに他の職種の役割を兼ねて、患者の生活支援、医療・介護、地域支援者との調整を行ったりするなど、個別のニーズに応じたきめ細かで幅広い支援が行われるようになった。これらの専門職種間連携に基づく支援を通じて、患者・家族は不安を軽減し自宅退院に向けて一歩踏み出していた。

B. 評価

1. RC理論に基づく専門職種間連携の評価 研究開始当初はそれぞれの専門職種が独自

に目標を定めていたが、目標が患者・家族のニーズに応じたものへと変化し、その共有がタイムリーに行われるようになった。他の職種が行っている支援やその背景にある考えや思いに気づき、それぞれの専門職種の視点や役割の違いについての理解が深まり、専門職種の間にも相互尊重と信頼関係が生じていった。職種間のコミュニケーションを通じて情報共有や意見交換が頻繁に行われ、目標達成に向けて協働が促進された。

2. アウトカム評価 複数の専門職種による多角的な視点から集約された理解しやすい情報が患者・家族に提供され、患者・家族のニーズに合わせた無理のない目標が設定されるようになった。患者・家族が自宅での療養生活や介護への不安について語れるようになり、専門職種が提案する支援を安心材料として、その不安を乗り越え、現状を少しずつ受けとめ、将来の自宅退院に向けた準備に取り組んでいく姿が見られていた。また、組織においても、研究参加者以外の患者・家族の面談に他の職種への参加依頼が増える、進捗状況の確認に終始していたカンファレンスで退院目標が話し合われるようになる、管理者が今後も多職種での面談を継続する意向を示すなどの変化が見られた。

V. 考察

本研究では RC 理論を基盤としたアクションリサーチを通じて、フェーズによる変化として、専門職種間連携の促進とそれに基づく退院支援の創造性と対応力の進歩を確認することができた。アクションとリフレクションにより、患者・家族のニーズへの関心が高まり、それに基づく目標が設定されるようになり、自他の専門職種の役割についての理解が進み、連携を通じての役割発揮に繋がった。特にポジティブフィードバックはコミュニケーションを円滑にし、協働の基盤となる安心感を生み出したと言える。田村（2018）が本来の専門職種間連携では、患者と家族のニーズを知ることから始まり、患者とその家族が思い描く目標に向かって専門職種が一つのチームとなり協働すると述べており、本研究でももたらされた変化と一致する。RC 理論は関係調整とコミュニケーションの相乗効果によって専門職種間連携が促進するもので、本研究でも同様の効果が得られていたと考える。とりわけ研究参加者の課題への気づきと主体的な取り組みが得られたことが、本研究の専門職種間連携の変化および患者・家族と組織のアウトカムに影響したと考える。

VI. 結論

本研究では、一地方の小規模ケアミックス病院の地域包括ケア病棟において、NS、PT、OT、MSW の参加のもとに、RC 理論を基盤としたアクションリサーチを通じて、退院支援における専門職種間連携の変化、患者・家族と組織のアウトカムを明らかにした。

The Process of Changes in Interprofessional Work in Hospital Discharge Support: Action Research Based on Relational Coordination Theory

Objective

The aim of this study is to clarify the process of promoting interprofessional work in hospital discharge support and the effects on patients and their families and hospital organization by conducting action research based on the relational coordination (RC) theory.

Methods

The research field was a single ward in a small mixed-care hospital. The study participants were 12 patients who were admitted to this ward and were predicted to have difficulty in home discharge, 15 of their family members, and a total of 16 healthcare workers who were involved in hospital discharge support for the patients and their families, including nine nurses, three physical therapists, one occupational therapist, two medical social workers, and one registered dietician. Of healthcare worker, five participants from different professions as core members promoted the research efforts.

Action and reflection were designed based on RC theory, which main concepts are shared goals, shared knowledge, mutual respect, and communication with frequent, timely, accurate, and problem-solving attitude. Interviews in the lead-up to discharge, interviews at the time of discharge with patients and families were conducted by two or more professions and positive feedback after the interviews were conducted between professions. In the reflections, professions looked back on each case, and the core members evaluated the implementation status and conducted sense-making of the interprofessional work based on the RC theory.

Results

A central theme for 12 cases was derived and divided into three phases from the perspective of changes in interprofessional work. Phase 1 was the initial action phase, in which nurses and medical social workers participated. It was named “Discrepancies in the discharge goals between professions due to routine practices for discharge support, and recognition of the lack of an attempt to understand the patient’s thoughts.” Observation of the roles of other professions was an opportunity to recognize their own role. In Phase 2, physical therapists and an occupational therapist began participating. It was named “Broader range of professions present at the interview in the lead-up to discharge, and greater creativity of discharge support from observing and listening to the patients’ and families’ stories together.” By having the multiple professions present at the interview and exchange opinions with each other, there was a shift from the different goals of the professions to goals centered on the patient and family. In Phase 3, it named “Increased interdependence between professions and progress in the ability to confront and respond to difficult issues faced by the patient and family”. Furthermore, the

various needs of the patients and families were addressed, and there was involvement beyond individual professions. The frequency of routine information sharing increased to achieve the patient and family goals, and accurate information could be shared in a timely manner, which was linked to the patients' recovery and discharge home.

Discussion

The actions produced collaborative efforts toward the patient and family goals. It was considered that sharing of information of their discharge support with profession in a timely manner promote their problem solving.

Keyword: Interprofessional Work, Relational Coordination Theory, Discharge Support, Action Research, Community-based Integrated Care

目次

I. 序論

A. 研究の背景	1
B. 文献検討	5
1. 専門職種間連携に関する研究の動向	5
2. 退院支援における専門職種間連携に関する文献検討	7
3. 専門職種間連携を促進する Relational Coordination 理論	10
4. 文献検討のまとめ	12

II. 研究の目的と意義

A. 研究の目的	13
B. 研究の意義	13
C. 用語の定義	14
1. 専門職種間連携	14
2. 退院支援	14

III. 研究方法

A. 研究デザイン	15
B. 研究の概念枠組み	15
1. RC 理論の概念枠組み	15
2. 研究の概念枠組み	16
C. 研究実施期間	18
D. 研究フィールド	18
E. 研究参加者と同意のプロセス	18
1. スタッフ	19
2. コアメンバー	19
3. 管理者	19
4. 患者・家族	19
F. 研究のアクションとリフレクション	20
1. アクション1 組織としての課題の明確化と取り組みの調整	20
a. 日本の医療現場及び病院における退院支援での退院支援での専門職種間連携の必要性について知識を高め、関心を高める	20
b. 専門職種間連携を高めるために RC 理論の理解を深める	20
c. チームを結成し、研究参加者が日頃感じている退院支援の課題について明らかにする	22

d. 取り組みの実現可能性を高めることができる	22
2. アクション2 専門職種間連携に向けて取り組みの実施	22
a. 患者・家族が安心して退院するために2職種以上で退院に向けた面談と退院時面談を実施し、患者・家族と退院目標を共有する	22
b. お互いの職業の役割について理解を深めることができる	22
3. リフレクション1 取り組みの評価と専門職種間連携の促進	22
a. 取り組みをRCに沿って振り返り、評価することができる	22
b. お互いを認め合い、協働することができる	23
c. 専門職種間でコミュニケーションを通じた情報共有が促進される	23
4. リフレクション2 組織としての評価の共有	23
a. 退院支援における専門職種間連携に関する組織へのフィードバックを通じて組織変革を促す	23
G. 評価	
1. 評価者	24
2. 評価の視点	24
a. RC理論に基づいた専門職種間連携の評価	24
1) 目標共有	24
2) 役割認識	24
3) 尊重の態度	26
4) コミュニケーション	26
b. アウトカム評価	26
1) 患者アウトカム	26
2) 組織の変化のプロセス	26
3. 評価のタイミング	26
H. データ収集と分析方法	
1. 研究の分析対象となるデータ	26
2. データ収集方法	27
3. データ分析の実際	28
I. アクションとリフレクションの内容と評価の妥当性と信頼性	28
J. 倫理的配慮	28
K. 予備調査	
1. 予備調査の目的	29
2. 予備調査期間	29
3. 予備調査のフィールド	29
4. 予備調査の研究参加者	29
5. 予備調査の実施内容	29

a. アクション1：組織としての課題の明確化と取り組みの調整	30
b. アクション2：専門職種間連携に向けての取り組みの実施	30
c. リフレクション1：取り組み評価と専門職種間連携の促進	30
6. 予備調査の結果	31
a. 退院支援における専門職種間連携	31
b. RC 理論に基づいた専門職種連携の評価	32
1) 目標共有	32
2) 役割認識	32
3) 尊重の態度	32
4) コミュニケーション	32
c. アウトカム評価	32
1) 患者アウトカム	32
2) 組織の変化のプロセス	32
7. 本研究に向けての改善点	33

IV. 本研究の結果

A. 研究参加者の基本属性	34
1. スタッフ	34
2. コアメンバー	34
3. 管理者	34
4. 患者・家族	34
B. アクションとリフレクション	36
1. アクションとリフレクションの実施状況	36
2. 退院に向けた面談と退院時面談	39
3. コアメンバーによる振り返りとセンスメイキング	40
4. 管理者へのインタビュー	41
C. アクションリサーチを介した退院支援における専門職種間連携の変化	42
1. アクション1：対象病棟における退院支援の研究開始前の状況と課題及び 本研究とのすり合わせ	42
2. アクション2：退院支援における専門職種間連携の変化の3つのフェーズ	45
a. フェーズ1＜定石通りの退院支援に起こる専門職種間の退院目標の食 い違いと患者の思いを知ろうとしていなかったことへの気づき＞	48
1) 【患者の意向を汲む妻の介護負担を労い、本心をつかみ介護サービ ス再調整を開始】したAさんの事例	48

2)	【介護負担を労い、介護サービスの再調整を促すが、介護できていると自信を持つ長男嫁の介護負担を感じさせない厚い壁に苦慮】した B さんの事例	50
3)	【夜間頻尿のある患者の生活習慣と入院生活のペースが違い、入院中の拒否行動を単なる我儘と捉えて患者の本心を知ろうとしなかった定石通りの退院支援を実施】した D さんの事例	51
4)	【医師と看護師の退院目標の相違をきっかけに看護師と理学療法士、患者・家族とも目標の食い違いに気づき、いざこざ後の面談であったが、長女の介護に対する困りごとを受け止め雨降って地固まる】C さんの事例	52
5)	コアメンバーによる振り返りとセンスメイキング	54
6)	フェーズ 1 のまとめ	55
b.	フェーズ 2<退院に向けた面談に同席する専門職種が広がり、患者・家族の語りを一緒に見聞することによる創造性の向上>	56
1)	【患者の生きがいである仕事復帰に向けたハードナリハビリテーションの進捗を専門職種間で共有し、一喜一憂しながら取り組む患者に途切れない激励】をした E さんの事例	56
2)	【認知症のある高齢者夫婦 2 人暮らしの不安と入院期限の切迫に苦悩する長女へのサービス調整の提案と看護師と理学療法士のトイレ自立に向けた創造性ある工夫】をした F さんの事例	57
3)	【専門職種が暗黙の了解の下、長女の食事介助の練習を進め自宅退院を目指そうとする面談で長女の不安を受け止め再考を提案する看護師の役割】を発揮した G さんの事例	58
4)	コアメンバーによる振り返りとセンスメイキング	60
5)	フェーズ 2 のまとめ	61
c.	フェーズ 3<専門職種間の相互依存性を高め患者・家族の抱える難題に向き合う対応力の進歩>	62
1)	【大きなため息に現れる入院前より介護量が増加する母を受け入れる長男の苦悩に寄り添い、看護師と理学療法士が面談中に新たな立位保持訓練の計画を立案し、医療ソーシャルワーカーはケアマネジャーと最終調整】を進めた I さんの事例	62
2)	【自宅退院に向けて肺高血圧症の治療に固執する長男と自宅で看取りたいが介護量の多さに不安を抱える長男嫁に各専門職種からの正確な情報と無理のない選択肢を提供】した J さんの事例	64

3) 【持病により介護力が乏しい長男夫婦と自宅退院を希望する患者との意向の相違を共有し、自宅退院の可能性について多角的に情報提供するが長男夫婦の強固な意思に粘り強く対応】した K さんの事例	66
4) 【言葉巧みに多岐にわたる不安を訴える中から患者が本当に求めている孤独からの回避を見出し、退院時に在宅支援者の連絡先一覧を渡して不安の緩和】をした L さんの事例	68
5) 【医師・看護師による患者の生活習慣を基にしたアセスメントと患者の声を基にした理学療法士の職種を越えた食事・栄養関連の関わりが融合した多職種の連携】であった H さんの事例	69
6) コアメンバーによる振り返りとセンスメイキング	71
7) 管理者による研究後の組織の評価	72
8) フェーズ3のまとめ	72
D. RC 理論に基づいた専門職種間連携の変化とアウトカム評価	74
1. RC 理論に基づいた専門職種間連携の変化	74
a. 目標共有	74
b. 役割認識	74
c. 尊重の態度	74
d. コミュニケーション	74
2. アウトカム評価	
a. 患者・家族アウトカム	75
b. 組織アウトカム	75
V. 考察	76
A. 患者・家族にとっての地域包括ケア病棟と退院支援	76
1. 高齢患者と家族にとっての地域包括ケア病棟の 60 日間	76
2. 地域で暮らす高齢者と家族の思い	77
3. 将来を見通し、希望をつなぐ支援	77
B. 退院支援における専門職種間連携の変化と特徴	78
1. 患者や家族のニーズへの着眼による影響の広がり	78
2. 相互信頼に基づく専門職種間連携がもたらす創造性	79
3. 影響力を持つ医師への専門職種間連携による対応	80
C. アクションリサーチを通じての組織の変化	81
1. 専門職種間連携の促進と組織の変化	81
2. 2 職種以上が参加する面談とポジティブフィードバックの効果	83
3. 面談内容の文字化して振り返ることとセンスメイキングの効果	85

4. 専門職種間連携を促進する取り組みに向けて	86
D. 看護実践への提言	87
E. 研究の限界と今後の課題	88
1. 研究の限界	88
2. 今後の課題	88
VI. 結論	89
謝辞	89
引用文献	91

表目次

表 1.	アクションとリフレクション	21
表 2.	研究の実施スケジュール	24
表 3.	評価方法	25
表 4.	データ収集の目的と方法	27
表 5.	予備調査の経過及び実施内容	30
表 6.	研究に参加したスタッフ・コアメンバーの基本属性	35
表 7.	患者・家族の基本属性	36
表 8.	対象病棟への訪問、アクション・リフレクション及びアウトカム評価 の実施内容	37
表 9.	アクションとリフレクションの実施状況	38
表 10.	退院に向けた面談・退院時面談・インフォーマルインタビューの実施 状況	40
表 11.	コアメンバーによる振り返り・センスメイキングの実施内容	41
表 12.	管理者インタビューの実施内容	42
表 13.	対象病棟の退院支援の方法と本研究の提案をすり合わせた後のアクシ ョンの実施内容	45
表 14.	3 つのフェーズと各事例の中心的なテーマ・テーマおよび逐語録の出 所	47

図目次

図 1.	RC 理論の概念枠組み	16
図 2.	研究の概念枠組み	17

付録目次

資料 1. RC 通信 Vo.1	96
資料 2. RC 通信 Vo.2	97
資料 3. RC 通信 Vo.3	98
資料 4. RC 通信 Vo.4	99
資料 5. 研究計画書	100
資料 6. 勉強会資料	159
別添 1. 施設長への依頼書	161
別添 2. 病棟看護師長・各部門長への説明同意書	163
別添 3. 病棟看護師・各部門スタッフへの説明同意書	167
別添 4. 患者・家族への説明同意書	174
別添 5. 同意撤回書	177
別添 6. 患者・家族の代諾者用同意撤回書	178
別添 7. 研究参加者（スタッフ）募集用ポスター	179
別添 8. 研究参加者（患者・家族）募集用ポスター	180
別添 9. 専門職種用デモグラフィックシート	181
別添 10. 退院に向けた面談記録シート	182
別添 11. 退院時面談記録シート	184

I. 序論

A. 研究の背景

我が国では、先進諸外国に類を見ない速さで高齢化が進展しており、医療・介護への対応策が急がれる。75 歳以上の高齢者人口が最も拡大する 2025 年から 2030 年に焦点を当てた対策として、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療から、病気と共存しながら Quality of Life [QOL] の維持・向上を目指す「地域完結型」の医療・介護への移行が推進されている（厚生労働省, 2013）。地域完結型の医療・介護が進められる中、医療従事者には、患者が退院後に住み慣れた地域で自分らしい暮らしができるように、入院から退院後の生活を見据えた支援が求められている。

国の退院支援の体制づくりは、平成 20（2008）年診療報酬改定の「退院調整加算」新設に始まっている。しかし、「退院調整加算」の評価指標は平均在院日数であり、院内に退院支援の体制をつくり、退院調整を充実させるというよりは、平均在院日数を短縮し、退院を進めることに注目する傾向にあった。平成 28（2016）年度改定には、「退院調整加算」を廃止し退院支援の体制づくりを強化するために「退院支援加算」が新設された。施設基準として、退院調整部門を設置して看護師または社会福祉士の専従の職員を配置すること、および、入院早期より退院支援を行い関係医療機関と連携することを示している。さらに平成 30（2018）年度診療報酬改定では、「入退院支援加算」に名称が変更された。入院前の患者の生活や福祉サービスの利用状況を把握し、入院中から退院後の生活について、院内外の専門職種が連携して切れ目ない支援が提供されるよう方向づけられている。

先行研究でも、患者が入院治療を終えた段階で医療処置を必要とする場合、看護師はその手技などの指導を行ったり、また慢性疾患の場合は、食事指導や生活指導等を行ったりして、在宅での生活に対する不安を軽減できたかを見極めた上で患者・家族と相談しながら退院日を決めていること（川嶋・森・松宮他, 2015）、退院後も患者・家族が生活に支障をきたさないように、外来看護師あるいは訪問看護師に向けて、精神的支援を含む継続的な支援が必要と思われる場合は看護サマリを作成して情報を共有し、看護の継続を図り、患者の生活支援を担っていることが明らかになっている（丸岡・佐藤・川島他, 2004）。近年、医療技術の高度化が進み、治療展開が早く、その上、慢性疾患をいくつも持ち合わせた高齢の患者にも積極的に治療が行われるようになった。高度な治療を受けた場合でも標準的な日数で患者の治療を終えて退院させることが求められる。治療を終えて医療・介護ニーズが高いまま在宅へ退院する場合には退院後の生活指導や支援のために調整が必要と

なるが、現行の医療政策のもと、如何なる理由でも在院日数が長引くことは病院経営上好ましい状況ではない。そのため、退院後の生活指導や支援の調整が不十分なまま在宅療養へ移行することにより、患者の回復に遅れが生じ、家族に介護負担が押し掛かり、疲弊するケースも少なくない。また、独居の高齢者や高齢者夫婦の世帯には、退院に向けた様々な医療・介護の制度や手続きが複雑で活用が難しく感じられる。問題は療養生活を成り立たせるための個人や家族の努力だけではなく、医療・介護制度などの社会資源の活用など多岐にわたっている。松岡（2013）は、保健医療の医療従事者は健康から生活全体を見通しているのに対し、社会福祉従事者は保健医療を社会生活の一部であり、その他の社会生活との全体的なバランスを捉えながら保健医療にかかわる事象を捉えていると述べている。例えば、入院による廃用性症候群である筋力低下の場合、医師は体力改善のためにリハビリテーションを指示し、看護師とリハビリテーション療法士は退院後の生活を見据え、看護師は離床を促し、ベッドサイドでできる訓練を取り入れ、転倒予防やトイレへの誘導等を実施し、リハビリテーション療法士は筋力低下の改善に向けた訓練を計画実施する。社会福祉士は家族の意向を踏まえ、療養場所の確保などに取り組むことになる。それぞれの専門性を活かして退院を見据えるため、退院目標が一定とは限らない。しかし、この異なる捉え方は対象を多角的かつ全体的に把握することができ、同時に支援方法も多様となることで問題解決も容易になることが期待されている（松岡, 2013）。したがって、退院支援において病院から在宅医療・介護へとつなぐためには、看護職だけでは対応が困難な状況があり、看護職を含む専門職種が連携し、多角的な視点で多様な問題解決に向けて取り組むことが求められている。

専門職種間の連携に関する先行文献を概観すると、連携には目標の共有、情報共有および相互理解が必要である。例えば、高尾（2018）は、退院支援に向けた多職種カンファレンスの実施と退院支援計画書の立案を実施するチームアプローチにより、多面的視点から統合した患者像の把握、患者の在宅での生活を想定した目標と方向性の設定・共有、患者支援の効率性の向上、および、医師と他職種間での役割の認知と関係性に変化があったことを報告している。また、連携に取り組むことにより、ケアに対する意識が向上し（内田・芝・平形・島村他, 2017）、チームワーク、コラボレーションが改善でき（O'Leary, Wayne, Haviley, et al., 2010 ; Williams, Plumb, Luscombe, et al. 2018）、患者・家族とともに課題解決していくことで、患者・家族の主体性の向上につながったことを報告しており（高尾, 2018; 嶋崎・山名, 2018）、これらは専門職間の連携において重要な帰結である。

日本における専門職種間の連携は、1970年代から「チーム医療」「チームワーク」「チームアプローチ」の用語が用いられ、近年では「多職種連携」という用語が広く活用されている。一般的には「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」（チーム医療の推進に関する検討会報告書、平成22年3月19日）をいう。しかし、高騰する医療費を抑制し、医療の分野の働き方改革を進めるという現在の課題を解決するためのタスクシフティングの意味あい、チーム医療という用語が用いられる場合もあり、これと区別化するために、本来の意味での専門職種間の協働をさす「インタープロフェッショナル・ワーク（Interprofessional work; 以下 IPW）」という用語が用いられるようになってきている（田村, 2018, p. 3.）。IPW は「よりよい健康のための専門職の協働」「専門職種間の協働実践」と訳され、「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協働すること」と定義される（田村, 2018）。世界保健機構（World Health Organization; 以下 WHO）も IPW を推奨しており、そのための効果的な専門職連携の教育（interprofessional education; 以下 IPE）として、様々な医療専門職種間の尊重の態度を育み、職務遂行における患者を中心に据えた倫理観を形成する（WHO, 2010）ことが促進されている。

連携における他者との相互理解や情報共有に効果的であり、比較的平易な用語を使用し、臨床現場に適応可能と考えられる理論として、Gittel (2000, 2006) が提唱した Relational Coordination [RC] 理論がある。RC 理論は組織変革の理論であり、この理論の中では、RC は不確実な要素が多く、時間的制約があり、業務の間に相互依存のある環境下において、関係者間の相互作用とそれぞれの作業を統合するためのコミュニケーションを強化するプロセスであると定義される。航空会社の出発準備のプロセスにおいて開発され、医療現場の専門職種間の連携においても活用されている。この理論の主概念は3つの関係調整と4つのコミュニケーションの次元で構成されている。関係調整の3つの次元は、それぞれの職種が自らの目標にとどまらず、全体としての目標の中での自らの目標の位置付けを理解して達成を目指す目標共有（shared goal）、専門職種がすべてのプロセスにおいて、どのように他の専門職種の仕事が自分の仕事と相互関係しているかがわかる役割認識（shared knowledge）、専門職種間において、他の専門職種の仕事を理解し、考慮することを妨げる地位の障壁を克服する尊重の態度（mutual respect）で構成される。また、コミュニケーションの4つの次元は、頻度（frequent）、タイミング（timely）、正確さ（accurate）、および、

問題があるときには他者を責めるのではない問題解決的姿勢（problem-solving）に注目している。この理論は、個人と個人の関係ではなく、職種間の関係に焦点を当てており、専門職種間の関係性と意思疎通の問題点を見極め、相互理解と情報共有の改善に活用できる。

RC 理論に関する研究には、RC 理論に基づき開発された RC 尺度を用いて専門職種間の関係性と意思疎通の程度を評価した研究がある。この尺度は得点が高いほど関係者間のコミュニケーションと関係性の強さを表している。例えば、9 つの病院の関節置換術を受けた患者の介入における専門職種間連携を評価するために、それぞれの病院における医師、看護師、ケースマネジャー、理学療法士、ソーシャルワーカー間の関係が RC 尺度を用いて評価され、比較されている（Gittel, 2000, 2002; Gittel, Fairfield, Bierbaum, et al., 2000; Gittel, Seidner, & Wimbush, 2010）。RC 得点の高い病院ではチームミーティングやラウンドが実践されており、在院日数が短く、術後の疼痛管理が良好であったため、チームミーティングやラウンドが専門職種間のコミュニケーションや関係性を強化したことを示唆している。また、この RC 尺度は日本語版が作成され、訪問看護師による主治医、居宅介護支援専門員、同僚看護師との関係の評価（成瀬・阪井・永田, 2014）、訪問看護師と介護支援専門員の連携を促進するために RC 理論に基づいた研修プログラムの検討（藤川・月野木, 2020）が行われている。しかし RC 理論を基盤として専門職連携を促進しようとし、それにより専門職間連携が促進されるプロセスを記述した研究は、管見の限り見当たらない。

そこで、本研究では患者・家族が退院後の生活に支障をきたすことなく、在宅に移行できる退院支援に向けて、「目標共有」「役割認識」「尊重の態度」「コミュニケーション」で構成される RC 理論に基づき、専門職種間連携を促進するアクションリサーチに取り組むことにした。Reason & Bradbury（2001）によれば、アクションリサーチは、人々の差し迫った気がかりへの実際的な解決策を追求するために、他者とともに参加し、個人とそのコミュニティの発展のために、アクションとリフレクションを繰り返し、理論と実践を結びつけるものである。専門職種間の連携は、それに関わる専門職種の主体的な取り組みなくして実現しないものであり、これらの主体的取り組みを促進することが定着にも有効と考えられる。以上から、本研究では退院支援における専門職間連携に焦点をあて、RC 理論を基盤に組み立てた提案を行い、研究フィールドの主体的な参加と取り組みを活かしたアクションリサーチを実施することで、専門職間連携に生じる変化のプロセスを明らかにすること、その変化によって、専門職種間連携が促進されることによる患者・家族と組織へのアウトカムを明らかにすることを目的とした。

B. 文献検討

1. 専門職種間連携に関する研究の動向. 日本における専門職種間連携に関する研究動向について、医学中央雑誌 Web 版、CINAHL を用いて「チーム医療」「多職種連携」「協働」「連携」「インタープロフェッショナル・ワーク」をキーワードとして検索した。検索された文献について、原著論文で、かつ学術論文であるものに絞りこみを行い、症例検討、解説、特集は除外した。検索された文献を職種別で概観すると、看護師・医師・薬剤師・リハビリテーション療法士・栄養士・歯科衛生士等による報告が散見され、関心の高さが確認できた。専門職種間の連携による効果として、肺癌患者に対する外来からの多職種サポートによる在院日数の短縮、医療コストの削減（片岡・奥谷・奥谷・小泉他, 2007）、感染対策チームによる感染症発生の減少（井上・中沢・麻生他, 2014；西本・上山・石丸他, 2013）、地域連携クリニカルパスの使用による指示の促進、患者との面談や指導の機会の増加、疾患に対する知識の向上（川本・橘高・奥村他, 2013）が報告されている。また、ケアの質の向上に関する先行文献では、緩和ケアチームの介入による痛みや呼吸困難感の改善（新家・坂下・石橋他, 2012）、栄養サポートチームの摂食・嚥下障害に対する介入により口腔内環境の改善や発熱日数、平均体温の改善（黒川・木村・諫山他, 2011）や誤嚥性肺炎に対する包括的介入による 1 年後無再発率の低下（荒幡・栗山・米山・南, 2010）が報告されている。これらから、専門職種間連携は病院経営や患者アウトカムの改善に繋がると考えられる。

専門職種間連携に対する各専門職種の認識について、今野（2017）は、180 床の医療施設の病院全職員 400 名を対象に無記名による自記式質問紙調査を実施し、医療施設の退院支援における多職種連携の認識や阻害要因に関する認識の職種間の違いを明らかにしている。医師・看護職・介護職・事務職・リハビリ職・地域医療連携室・居宅介護支援センターとの連携ができているか否かについて、医師は他職種・部門すべてに約 7 割が連携できていると感じているが、他職種・部門からは連携できていると感じているのは 5 割以下にとどまり、特に看護職・介護職の 8 割は連携できていると感じていなかった。また、看護職・介護職との連携については、リハビリ職は約 6 割、事務職は約 7 割が連携できていると感じていたが、看護職・介護職は、リハビリ職との連携は約 5 割、事務職との連携については約 4 割にとどまっており、双方の連携に対する認識に齟齬がみられた。さらに、多職種連携に影響を及ぼす要因として、カンファレンスの定着・価値観や行動の違い・情報共有の困難について感じているか否かを 5 件法で確認している。その結果、カンファレン

スの定着は、医師以外の職種は約 6 割が定着していると回答しているが、医師は約 7 割が定着していないと感じていた。職種間の価値観や行動の違いについては各職種・部門のすべてで半数を超えており、情報共有については、福祉職が約 8 割、リハビリ職と看護職・介護職は約 5 割が困難を感じているが、医師の約 7 割は情報共有に困難を感じていないことを報告している。このように医師を中心とした情報共有になる傾向があり、複数の専門職種によるカンファレンスを行うことにより、情報共有の困難さ、価値観や行動の違いが緩和されると考える。

また、山本（2014）は、チーム医療の実態、構成員の意識や行動の変化、および組織成果への影響を明らかにするために病院管理者によって質の高い実践を行っているとは認識された 4 つのチームである医療安全対策チーム、感染対策チーム、褥瘡対策チームや栄養管理チームにインタビュー調査を行った。その結果、チーム医療のプロセスでは、①情報交換がスムーズに行える、②診療プロセスの改善意識、③お互いの役割理解、④お互いに傾聴、⑤問題の焦点を当てた議論、⑥自らの責任、⑦患者の意向理解、⑧研修会やセミナーへの参加、⑨診療方針への発言、⑩人間関係良好、⑪仕事改善や修正提案への変化が確認された。アウトカムとしては、診療の質や安全性の向上、チームの一体感の醸成や自己の役割に対するやりがい感を得られるようになっており、積極的に参加している様相が明らかにしている。これらは、病院における機能別チームによる活動であり、問題が集約され専門性を発揮しやすいが、病棟等において患者の退院支援などの場合は専門職種連携の構成員が患者ごとに変化する上、患者の多様な背景により問題が複雑になり、柔軟な対応が求められると考えられる。そのような場合での専門職種間連携を促進するプロセスやアウトカムはまだ明らかになっていない。

一方で、海外における専門職種間連携に関する先行文献を PubMed、MEDLINE、CINAHL、Cochran Review を活用し「Interprofessional Work」「disciplinary」「collaboration」をキーワードとして検索した。「collaboration」をキーワードとする先行文献は 1960 年代より確認でき、1990 年代からは「disciplinary」「interprofessional」をキーワードとした先行文献が増加しており、日本と同様に関心の高さが確認できた。Reeves, Pelone, Goldman & Zwarenstin (2017) はシステマティック・レビューを用いて、保健医療における専門職種間連携を改善するための実践的な介入が主たるアウトカムである患者の健康・臨床プロセス・効率性、そして、二次的なアウトカムである協働のうちどれかに影響を及ぼすかを 9 つの無作為化試験で評価している。専門職種間によるラウンド、ミーティング、あるいはチェックリストを用い

た介入について比較した結果、顔を合わせて実施する話し合いは平均治療期間を短縮でき、患者ごとに実施する話し合いの回数を減少でき、患者の在院日数を短縮できることを報告している。

また、Robben, Perry, Nieuwenhuijzen, et al. (2012) は、高齢者のプライマリ・ケアに関する専門職種間教育のプログラムを開発することを目的とした研究を行った。専門職種間教育プログラムはオランダの7つの地域において2010年9月から2011年5月まで実施され、高齢者ケアに関わる開業医、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、栄養士、老年のソーシャルワーカーを対象に実施された。教育プログラムは3つのワークショップがあり、1回目は老化の概念と判断についてのグループワークと事例検討、2回目は専門職種間連携を通じて高齢者にセルフマネジメントを高めるためのミニレクチャーと事例検討とグループディスカッション、3回目は2回目のワークショップから3か月後に行い、1回目と2回目のワークショップで行った内容をもとにロールプレイを行い、自らの経験と照らし合わせて生活ができるか否かについてグループディスカッションを行った。態度の評価としては、the Attitudes Toward Health Care Teams と the Interprofessional Attitudes Questionnaire [IAQ]、コラボレーションスキルの変容を測るために the Team Skills Scale [TSS] が使用された。その結果、教育プログラム前後の比較において態度の改善が確認でき (IAQ, $p<0.001$; TSS, $p=0.001$)、コラボレーションスキルの変容も確認できた。この教育プログラムでは、ケア対象者を理解し、次に専門職種間の役割を理解することにより、連携の必要性に気づくように考案されている。さらに専門職種間連携のゴールに注目できるようにプログラムしており、事例検討やグループディスカッションなどの振り返りなどを取り入れることはアクションリサーチの参考になると考える。

2. 退院支援における専門職種間連携に関する文献検討. 次に専門職種間連携に関する先行文献の中から「退院支援」をキーワードとした先行文献の動向を確認した。退院支援は、病棟看護師と退院支援部門が連携を図ることにより、医療処置が必要な患者の医療処置・ケアの指導について話し合うことが重要であり (土田・大竹・森鍵他, 2013)、患者・家族とともに課題解決していくことは、患者・家族の主体性の向上につながることから (高尾, 2018; 嶋崎・山名, 2018)、退院支援において看護師だけで話し合うのではなく、退院支援部門や患者・家族と話し合うことによる退院支援の効果が期待される。

高尾 (2018) は、退院支援に向けた多職種カンファレンスの実施と退院支援計画書の立案を実施するチームアプローチの効果を報告している。退院支援に関わった医師、看護師、

薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語療法士、認定看護師の計 17 名にインタビューを行った結果、退院支援におけるチームアプローチがもたらす効果として、多面的視点から統合した患者像が把握でき、患者の在宅での生活を想定した目標と方向性の設定・共有ができ、患者支援の効率性が向上し、医師と多職種間での役割の認知と関係性の変化が生まれたことを報告している。

また、嶋崎・山名（2018）は、地域医療連携室ラウンドを実施することにより入院 10 日以内の退院支援開始率が 50%を超え、60 日以上入院患者数の減少、在院日数の短縮を図ることができたことを報告している。ラウンドは施設の退院支援プロセスに沿って実施され、参加者は地域医療連携室職員である退院支援看護師・ソーシャルワーカー、内科医長、チームリーダー看護師、看護師長、相談内容を持つ看護師が参加し、定時に週 3 回実施していたが、患者情報は病棟看護師が入院 7 日以内に情報収集し、その情報をもとに医療従事者のみで退院支援が調整されていた。この研究の結果から、退院支援は、患者・家族の在宅での生活をより良くするための支援であり、医療従事者のみで患者情報の確認、退院支援計画の進捗確認や検討をするだけではなく、患者・家族を巻き込んだ退院支援の提案が重要であると分かる。

さらに、大崎・清水・村上（2018）は、回復リハビリテーション病棟に勤務する医師・看護師・介護福祉士・薬剤師・栄養士・理学療法士・ソーシャルワーカー計 8 名を対象に退院支援における IPW に求められるものについて調査している。IPW に求められるものは、「提供した援助を評価してくれたり協力し合える仲間に支えられていることが自分の役割を果たす力になる」「自分から他者へ歩み寄りどんな状況にも対応できるように形を変え互いにとってよい連携の型を作る」「自分の枠にとどまらず自然体で臨み無理のない連携を目指す」「相手と自分の違いを理解し全体のバランスをとる姿勢を持つ」「お互いの不足を埋めながら多職種の理解を深め尊重することで質の高い援助を生み出す」「退院後の援助については引継ぐがその後の患者の様子がわからず気にかかる」の 6 つを抽出している。このリハビリテーションを目的とした病棟は同じ目標に向かいながらお互いを尊重し支え合って連携している組織として、専門職種間連携の目指すところである。

一方、退院支援における専門職種間連携に関する海外文献では、ベッドサイドでのラウンドの有効性を報告している。Williams, Plumb, Luscombe, et al.（2018）は 1 つの三次救急病院において、専門職種間で行うラウンドを実施する病棟とコントロール病棟における患者のアウトカムの 12 か月間の比較および対象病棟に関連する医師 8 名・看護師 19 名・そ

の他の医療従事者の計 32 名を対象にしたインタビュー調査を実施している。患者アウトカムとしては、在院日数と入院費用には変化はなかったが、急変時の対応時間が短縮され、合併症発生率が低下したことを報告している。また、インタビューでは、ラウンドを実施することにより、患者にとっては医療従事者への質問の準備ができ、その場で回答が得られていることや家族にも好評であったことが確認されている。医療従事者にとっても患者の質問への回答により、その内容を共有することができること、看護師はラウンドが定時開催されることにより休憩時間の確保ができることのメリットを上げている。デメリットとしては、変革に対する組織の柔軟性のなさや同一時間に集まることの難しさが報告されている。

また、O'Leary, Wayne, Haviley, et al. (2010) は、専門職種によるラウンドが医師と看護師のコラボレーションとチームワーク、安全への取り組み、在院日数、入院費用にどのように影響するかについて、897 床の三次ケア教育病院で専門職種間ラウンドを実施する介入群とコントロール群による比較研究を行っている。ラウンドには、24 時間以内に入院した患者の状態を把握するために独自に作成したコミュニケーションツール（チェックリスト）を使用し、医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、ケースマネジャーの合計 159 名が参加した。医療従事者のコラボレーションとチームワークの評価は、①チームワークの態度を評価する既存の尺度を基に独自に作成した質問紙（以下、コミュニケーションとコラボレーションの質評価）と②Sexton によって作成された Safety Attitudes Questionnaire [SAQ]（チームワークと安全への取り組みの評価）を用いた。コミュニケーションとコラボレーションに関しては、医師による看護師の評価は、介入群とコントロール群の間で差がなかった（ $p=0.57$ ）が、看護師による医師の評価は、介入群の方が有意に質が高かった（ $p=0.02$ ）ことが確認された。また、SAQ では、チームワークへの取り組みに対する態度において、医療従事者（ $p=0.01$ ）および看護師（ $p=0.005$ ）はコントロール群より介入群の方が有意に高かったが、安全への取り組みに対する態度において差は確認できなかった。さらにラウンド実施の効果については、介入群の 90%以上の医師と看護師が仕事効率とコラボレーションが改善し、患者ケアが改善したと回答している。約 80%の医師と 100%の看護師は継続を希望したことを報告している。しかし、在院日数と入院費用には差が確認できなかった。これらの先行文献から、専門職種間で行うラウンドは患者ケアを改善し、専門職種間の連携を強化する手段として有効であると考えられる。

しかし、ラウンドを実施するためには、専門職種が定時に集まる必要があり、時間的な

制約が生じる (Williams, Plumb, Luscombe, et al. 2018)。病床規模や病院機能により各職種
の人員が限られている施設では懸念される可能性がある。臨床現場に応じた専門職種間の
コミュニケーションの工夫が必要と考える。

3. 専門職種間連携を促進する Relational Coordination 理論. Hean, Craddock &

O'Halloran (2009) は、IPE で使用される主要な学習理論とそれらの関係を要約するフレー
ムワークを示し、教育者のための指針を提示する中で、医療における専門職種間連携は、
社会学、心理学、教育学、マネジメント学など多くの学問分野から成り立っており、理論
がどのように実践に適応しているかについての検討が必要であることを指摘している。専
門職種間連携における理論には、協働論、社会アイデンティティ理論、チーム学習など多
様であり (春田・錦織, 2014)、臨床への適応が難しいと考えられる。

連携における他者との相互理解や情報共有に効果的であり、比較的平易な用語を使用し、
臨床現場に適応可能と考えられる理論として、Gittell (2000, 2006) が提唱した Relational
Coordination [RC] 理論がある。RC 理論は組織変革の理論であり、不確実性で、時間制約が
あり、相互依存のある環境下において、関係者間の相互作用とそれぞれの作業を統合する
ためのコミュニケーションを強化するプロセスであると定義される。航空機の出発プロセ
スにおいて開発され、医療現場の専門職種間の連携においても活用されている。この理論
の主概念は3つの関係調整と4つのコミュニケーションの次元で構成され、この関係調整
とコミュニケーションは相互に補強しあう関係にある。関係調整の3つの次元は、それぞ
れの職務機能の目標にとどまらず、職務を超えてすべての職務の高度な調整による目標共
有 (shared goal)、専門職種がすべてのプロセスにおいて、どのように他の専門職種の仕事
が自分の仕事と相互関係しているかがわかる役割認識 (shared knowledge)、専門職種間
において、他の専門職種の仕事を理解し、考慮することを妨げる地位の障壁を克服する尊重
の態度 (mutual respect) で構成される。また、コミュニケーションの4つの次元は、頻度
(frequent)、タイミング (timely)、正確さ (accurate)、および、問題があるときには、他者
を責めるのではなく問題解決に焦点を当てる問題解決的姿勢 (problem-solving) に注目し
ている。この理論は、個人と個人の関係ではなく、職種間の関係に焦点を当てており、専
門職種間の関係性と意思疎通の問題点を見極め、相互理解と情報共有の改善に活用できる。

関係調整の役割認識の基盤にはセンスメイキングとトランザクティブ・メモリ (交換記
憶) が含まれている。センスメイキングは sense (感覚, 意味) と make (作る) から合成
された造語であり、「人々が自らの経験に意味を見出す行為」(Klein, Moon, & Hoffman,

2006) である。また、単に個人と個人の問題にとどまらない組織レベルでのセンスメイキングは、だれが何をし、何が起きているのか（起こっていたのか）について、その尤もらしい全体像から過去を振り返ることで生み出し、かつ現在進行形でアップデートしていくプロセスを伴う(Weick, 2005)。センスメイキングは、目の前で発生している（発生した）事象を単純な因果関係（“A をしたから B が起こった”）や責任の帰属（“誰が誤った決定を下したのか？”）から説明しようとする他のプロセスとは異なり(Weick, 1995)、複雑な事象を一人ひとりが俯瞰的に振り返り、組織社会的なコンテキストの中での自分の立ち位置を見出しながらその事象の自らにとっての意味を納得し、次になすべきことを考えるのに役立つ(Weick, 2005)。組織におけるセンスメイキングを通じて、事象の持つ意味の多義性を減少させ、また、それに対して適用されるルールが制度化されることにより、組織のメンバーの行動が全体として 1 つの方向を向くようになる(Weick, 2005)。また、トランザクティブ・メモリ (Transactive memory) は、ダニエル・ウェグナーが唱える組織学習に関する概念であり、日本語では「交換記憶」あるいは「対人交流的記憶」「越境する記憶」などと訳されている(細谷・神岡, 2018)。重要なのは、組織全体が「同じ知識を記憶すること」ではなく、「組織内で『誰が何を知っているか』を把握すること」である、という考え方であり、英語でいえば、組織の各メンバーが「What」よりも「Who knows What」を重視し、共有している状態を指している。組織として学習することのメリットは、メンバー全員が各自の担当分野、専門分野に特化して知識を蓄え、その専門性を効果的に組み合わせて活用することである(細谷・神岡, 2018)。これらを踏まえた役割認識は RC 理論の重要な基盤であると認識する。

RC 理論を介入の基盤とした研究は少ないが、RC 理論に基づき開発された RC 尺度を用いて専門職種間の関係性と意思疎通の程度を評価した研究がある。この RC 尺度は、「特定の職務」を遂行する際の「特定の相手とのコミュニケーションの良さ」を自己評価する 4 項目（コミュニケーションの頻度、タイミング、正確さ、問題解決的姿勢）と「特定の相手との関係性の良さ」を自己評価する 3 項目（目標共有、役割認識、尊重の態度）であり、合計 7 項目 1 因子の 5 段階尺度の自己記入式質問紙調査である(成瀬・阪井・永田, 2014)。連携する職種や人物ごとに 7 項目を調査するため、職種や人物の数に応じて全体の質問項目が 7 の倍数になるものである。

成瀬・阪井・永田 (2014) は RC 尺度日本語版の開発において、訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師 124 人を対象に主治医、居宅介護支援専門員、同僚看護師との関係

性について調査し信頼性と妥当性を得ている。また、Cronbach の α 信頼性係数は、海外の先行文献では 0.86 から 0.90 (Warshawsky, Havens, & Knafl, 2012)、日本語版では 0.77 から 0.86 (成瀬・阪井・永田, 2014) であり、信頼性が確保されているスケールである。しかし、成瀬他 (2014) は調査対象の職種、地域、間柄を問う対象が異なる場合、得られる結果が異なる可能性を指摘している。また、藤川・月野木 (2020) は訪問看護師 17 名と介護支援専門員 16 名を対象に RC 理論に基づく専門職種間連携促進プログラムを検討している。この研修プログラムは 2 回の研修会 (コミュニケーション講習、事例検討、講話、意見交換) とその間 1 カ月間の実践期間で構成され、研修前と研修終了後 1 ヶ月に Lentz の連携 3 区分 (linkage/coordination/full integration) に対応した評価尺度で前後比較が行われた。linkage (連携・繋がり) の在宅介護従事者における顔の見える関係評価尺度 (福井, 2014) ($p=0.018$)、full integration (完全な統合) の在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度 (藤田ら, 2015) ($p=0.023$) の 2 区分は平均点の上昇が見られ、短期間の研修プログラムであるが、連携促進に影響を与えたと報告されている。この研究からも、RC 理論に基づく研修プログラムは連携促進に影響を与えることが分かり、事例検討などの振り返りを行うことはアクションリサーチの参考になると考えた。

4. 文献検討のまとめ. 以上の結果から、専門職種間連携は、さまざまな健康問題をもつ患者への支援 (たとえばがんや骨折など)、あるいはさまざまな施設や場 (医療施設、機能別チーム、訪問看護ステーション、地域連携室など) での支援において研究が行われていることが明らかになり、そのなかで本研究が焦点とする退院支援は、専門職種間連携のなかでもチームの構成員が一定しないという特徴があることが確認できた。

また、先行研究では、任意の時点での専門職種間連携を評価するための尺度が開発されていること、連携促進のための方法を考案し、その効果を介入前後で検証するものもあることがわかる。これらの研究からは、専門職によって連携の評価はさまざまであり必ずしも一致しないこと、連携促進の効果的な方法については、患者・家族と対面しながら行う多職種での面談やラウンドなどがあることが報告されている。

しかし、これらの研究では、専門職種間連携に向けて取り組み、変化していくプロセス、また連携が促進されることによる患者・家族や組織のアウトカムを明らかにした研究は見当たらない。

以上から、本研究では、退院支援における専門職種間連携に焦点をあて、RC 理論を基盤に組み立てた提案を行い、研究フィールドの主体的な参加と取り組みを活かしたアクション

ンリサーチを実施することで、専門職種連携に生じる変化のプロセスを明らかにすること、その変化によって、専門職種間連携が促進されることによる患者・家族と組織へのアウトカムを明らかにすることを目的とした。

なお、アクションリサーチという方法を選択した理由として、専門職による連携そのものが、外部からの働きかけによる受動的な変化と捉えるより、組織メンバーの主体的な参加と取り組みを通じて生じる変化と捉えることが適切であること、また連携促進の方法においても可能な限りメンバーの主体的な参加と取り組みを促すことが、連携の促進と定着に有用と考えたことによる。

Ⅱ．研究の目的と意義

A．研究の目的

退院支援における専門職種間の連携において、RC 理論を基盤としたアクションリサーチを行うことにより、患者・家族と専門職種間の目標共有、専門職種間の役割認識、尊重の態度およびコミュニケーションを通じた専門職種間連携に生じる変化のプロセスを明らかにする。また、専門職種間の連携を促進することによる患者・家族と組織のアウトカムを明らかにする。

B．研究の意義

RC 理論を活用したアクションリサーチを通して、退院支援における専門職種間連携を促進することの意義は以下の 2 点である。

第一に、専門職種間の連携を促進することにより、患者・家族への質の高いケア提供につながることである。我が国は諸外国に類を見ない速さで高齢社会が進行しており、医療体制は「病院完結型」から「地域完結型」へ移行している。医療の現場では、医療技術の進歩に伴う高度化・複雑化への対応に追われている中、高齢患者は慢性疾患を併せ持っていることから治療後の回復に影響することがあり、独居の高齢者や高齢者夫婦の世帯が増え、多様なニーズへの対応が求められている。そのような現場にアクションリサーチを通じて、研究者と研究参加者、さらに患者・家族が共に退院に向けて取り組んでいくことにより、患者・家族のニーズに応じた質の高い退院支援につながると考えられる。

第二に、アクションリサーチを実施することにより、退院支援における専門職種間連携が促進し、組織の変化につながることである。連携に取り組むことにより、ケアに対する

意識が向上し（内田・芝・平形他, 2017）、チームワーク、コラボレーションが改善できる（O’Leary, Wayne, Haviley, et al., 2010 ; Williams, Plumb, Luscombe, et al., 2018）。また、患者・家族とともに課題解決していくことにより、患者・家族の主体性の向上につながり（高尾, 2018; 嶋崎・山名, 2018）、患者・家族がその人らしく暮らしていくことを支援できる組織へと変化していく可能性があり、また、そのことが組織の活性化にもつながると考える。

C. 用語の定義

1. 専門職種間連携. 本研究で捉える「専門職種間連携」は、専門職種間の協働を強調する IPW（田村, 2018, p. 3.）を参照した。IPW は「よりよい健康のための専門職の協働」「専門職種間の協働実践」と訳され、業務を分担するのではなく、協働・連携を中心に捉えることにする。IPW は WHO も推奨しており、そのための効果的な専門職連携の教育 (IPE) として、様々な医療専門職種間の尊重の態度を育み、有害な固定概念を払拭し、職務遂行における患者を中心に据えた倫理観を形成する（WHO, 2010）ことが促進されている。以上から、専門職種間連携を本研究では、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、互いに認め合いながら協働することと定義する。

2. 退院支援. 「退院支援」は、アメリカ病院協会（1984）が示している Discharge Planning の定義を活用する。Discharge Planning は、「患者とその家族が退院後の適切なケアプランを作ることを助けるために利用可能で、部門を超えた病院全体のプロセス」であり、専門職種が患者・家族のニーズを捉え、協働・連携するプロセスであると本研究では定義する。

Ⅲ. 研究方法

A. 研究デザイン

研究デザインはアクションリサーチを用いた。アクションリサーチは人々の差し迫った気がかりへの実際的な解決策を追求するために、他者とともに参加し、個人とそのコミュニティの発展のために、アクションとリフレクションを繰り返し、理論と実践を結びつける (Reason & Bradbury, 2001)。つまり、臨床現場の看護師の問題提起することにより、実践と理論と研究をつなぐ役割をもっている (Holter & Schwartz-Barcott, 1993)。Holter & Schwartz-Barcott (2001) は、次のアクションリサーチの 3 つのタイプを明らかにしている。

①テクニカルアプローチは、研究者が主導権を持ち、現場が抱える問題を明らかにしたうえで、理論的枠組みに基づいて練ったアクションを実施するものであり、②ミューチャルアプローチは、研究過程において、互いの了解による意思決定をしながら進めるものであり、最後の③エンハンスメントアプローチは、現場の人がリフレクションして問題を特定できるよう促していくものであり、それぞれのアプローチで研究者による関与とフィールドの人々の主体的な取り組み方が異なる (筒井, 2010, p.40-43)。

本研究ではこの 3 つのいずれかを選択するのではなく、時期に応じてそれらの要素を部分的に取り入れながら実施した。研究開始時はテクニカルアプローチを用い、研究者の主導でアクションとリフレクションの提案を行う。次いで徐々にミューチャルアプローチを用い、現場の主体性を活かすため、研究者の提案した内容と現場の方法をすり合わせ、互いの了解のもと進める。最終的にはエンハンスメントアプローチを用い、アクションとリフレクションを繰り返しながら、現場が意識していなかった価値観、規範、葛藤を見出し、変化していけるように促した (筒井, 2010, p.43)

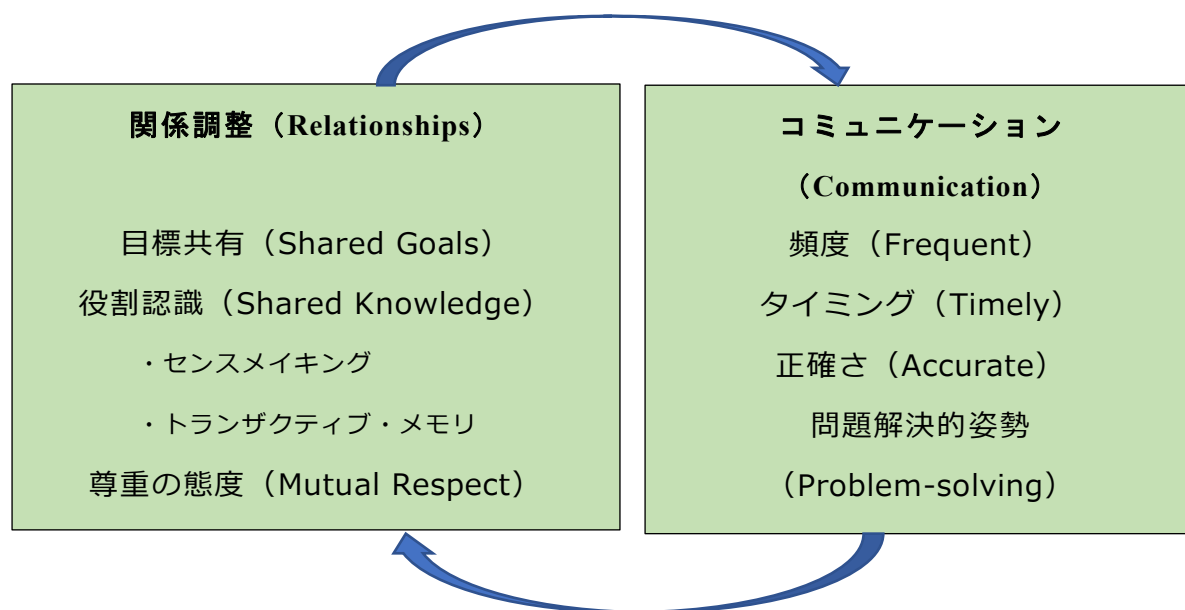
B. 研究の概念枠組み

アクションリサーチは、振り返り、吟味する、意味づけるというリフレクションの要素が含まれる (伊藤, 2018)。本研究はアクションリサーチであり、RC 理論に基づきアクションとリフレクションを繰り返すように枠組みを作成した。

1. RC理論の概念枠組み. RC理論 (Gittel, 2006) の主概念は、目標共有・役割認識・尊重の態度の3つの関係調整 (Relationships) と頻度・タイミング・正確さ・問題解決的姿勢の4つのコミュニケーション (Communication) の次元で構成されている。この関係調整とコミュニケーションは相互補強の関係にあり、関係調整が図れている組織はコミュニ

ケーションが良好である組織であり、その逆も成り立つことを示す（図1）。

図1 RC理論の概念枠組み（Gittell, 2006. 研究者により一部改編）



2. 研究の概念枠組み. 本研究の枠組みを図2に示した。図では、左側の四角で囲んだ枠を退院支援における専門職間連携とし、その中央にRC理論を配置して、それを取り囲むようにアクションリサーチの主要な構成要素であるアクションとリフレクションを配置した。ここではこの研究が、アクションとリフレクションの螺旋的な繰り返しを通じて、RC理論の各要素に働きかけ、退院支援における専門職間連携を促進することを示している。右側には患者・家族と組織のアウトカムを配置した。左側の退院支援における専門職間連携が促進されることで、右側の患者アウトカムの達成と組織の変化が高まると考えた。

以下、RC理論の①目標の共有、②役割認識、③尊重の態度、④コミュニケーションを促進するために配置したアクションとリフレクションを述べ、そのなかでRC理論のどの部分の促進をねらいとしていたかを番号で示す。

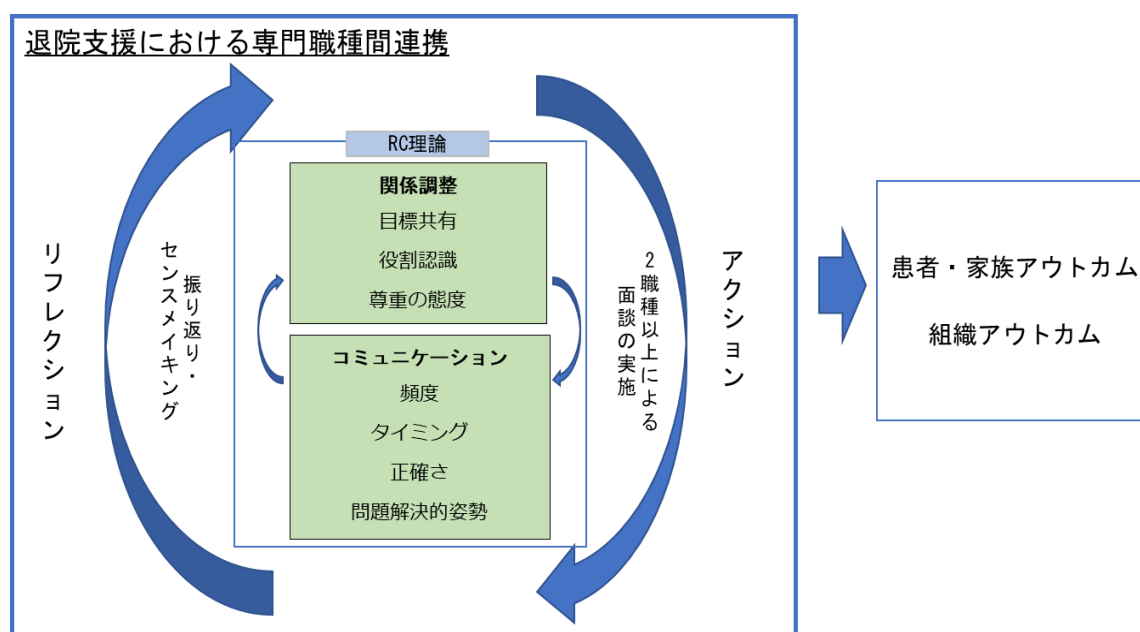
アクションでは、まず、RC理論についての勉強会を実施する。次に研究参加者は職種以上による退院に向けた面談を実施し、面談後に患者・家族と専門職種、あるいは専門職種間の①目標共有や④コミュニケーションについて振り返り、面談に参加した専門職種同士でポジティブフィードバックを実施し、②役割認識、③尊重の態度を育成する。また、退院時に2職種以上による退院時面談を実施し、退院支援・専門職種間連携の実施状況の評価および患者の思いを確認し、①目標共有、②役割認識、③尊重の態度、④コミュニケ

ーションについて振り返りを実施する。

リフレクションでは、RC理論における①目標共有、②役割認識、③尊重の態度、④コミュニケーションに沿ってコアメンバーによる振り返りを実施する。RC理論の役割認識の基盤にはセンスメイキングとトランザクティブ・メモリが存在する。コアメンバーによるセンスメイキング（意味付けの会）は、コアメンバーが退院に向けた面談などの取り組みについて俯瞰的に振り返り、退院支援における専門職種間連携における自己の立ち位置を見出しながら、自らにとっての意味を納得し、次になすべきことを考え、主体的に取り組めるように取り組む。また、研究参加者においてもRC理論の目標共有、役割認識、尊重の態度、コミュニケーションに沿ってインフォーマルインタビューを実施し、気づきを与え、次になすべきことを考えるようにセンスメイキングを取り入れる。トランザクティブ・メモリは2職種以上による面談、コアメンバーによる振り返り・センスメイキング、研究参加者へのインフォーマルインタビューを通して、自他の役割認識について解釈する視点とする。

さらに、1人ひとりの退院支援、それら組織全体の認識について、RC理論に沿って評価する。そして、患者にとって退院支援が満足いくものに成し得たかどうかについて、特に退院時面談において、直接、患者・家族の思いを確認した内容を患者アウトカムとする。そして、研究者のファシリテートのもとに研究参加者が取り組み、評価する活動を示すとともに、その活動を通じて専門職種間連携の促進プロセスによる組織のアウトカムを研究者が明らかにしようとするものでもある。

図2 研究の概念枠組み



C. 研究実施期間

本研究は日本赤十字看護大学の博士論文研究計画書審査の承認(承認番号 2020-027)後、研究フィールドの関連施設による倫理審査委員会の承認(承認番号 596 号)を得て、2020 年 10 月～2021 年 3 月の 6 か月間に実施した。

D. 研究フィールド

Y 地方の 150 床を有するケアミックス型である A 病院の 1 病棟で研究を実施した。A 病院が位置するのは、幹線道路が山を迂回するように走るような山間部で、過疎化が進み、独居もしくは高齢者世帯の患者が多くを占めている。介護・福祉サービスの選択肢も限られている地域である。冬は豪雪により交通が遮断される可能性が高く、例年 1 月から 3 月は患者・家族が自宅への退院を敬遠する傾向にあった。

A 病院は一般病棟、地域包括ケア病棟と療養病棟であり、地域包括ケア病棟はみなし型の訪問看護を行い、地域医療に貢献していた。対象病棟は、対象病棟は看護部長と相談して地域包括ケア病棟に決定した。地域包括ケア病棟は①急性期から病状が安定した患者を受け入れ、②在宅・生活復帰支援を行い、また③在宅で療養している患者の緊急時の受け入れる役割を担っており、専門職種が連携して退院支援に取り組んでいる。診療報酬上入院料の算定は 60 日以内に定められており、60 日以内に退院できるよう支援・調整が求められる病棟である。このような特性からも院内では退院支援に特化した病棟であり、研究の実施に適していると考えられたため、この病棟に決定した。

研究を依頼した時、世界中で新興感染症(COVID-19 感染症)が拡大しており、研究フィールドである施設では、一般病棟が新興感染症受け入れ病棟へと転換されていた。それに伴い、一般病棟に勤務していた看護師が 2～3 か月交替で、新興感染症の受け入れ病棟と地域包括ケア病棟を勤務するという変更が行われていた。

なお、研究フィールドは研究者の所属する医療施設の同系列の別施設であった。研究者は、この施設の一部の管理者とは知己の関係であったが、他の多くの職員とは初対面の関係であった。

E. 研究参加者と同意のプロセス

研究参加の候補者は、上の A 病院の地域包括ケア病棟に入院した下記の条件を満たす患者・家族と、その退院支援に関わる病棟看護師、社会福祉士、理学療法士、作業療法士、

薬剤師、管理栄養士、医師のすべての専門職種とした。

1. スタッフ. 研究フィールドで退院支援に関わる専門職種を対象とし、同意が得られ、デモグラフィック・シートの提出があった者のうちアクションとリフレクションに参加した者を研究参加者とした。経験年数は問わないこととした。

2. コアメンバー. 上のスタッフのうち本研究に興味を持ち、研究を推進することに協力する意思のある者とし、経験年数は3年以上で、職種の異なるメンバー5名程度とした。

3. 管理者. 病棟看護師長、理学療法士であるリハビリテーションの管理者、社会福祉士である退院支援部門の管理者の3名とした。

4. 患者・家族. 診療報酬項目の入退院支援加算における算定要件となる以下の退院困難な要因ア～サのうち、いずれかの項目に該当する患者とし、エに関しては慎重で継続的な関わりが必要になるため本研究の対象からは除外した。このうち同意を得て面談が実施できた患者とその家族を研究参加者とした。

ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること

イ. 緊急入院であること

ウ. 要介護認定が未申請であること

エ. 虐待を受けているまたはその疑いがあること

オ. 医療保険未加入者又は生活困窮者であること

カ. 入院前に比べ Activities of Daily Living [ADL] が低下し、退院後の生活様式の再編成が必要であること（必要と推測されること）

キ. 排泄に介助を要すること

ク. 同居者の有無にかかわらず、必要な介護または養育を十分に提供できる状況にないこと

ケ. 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと

コ. 入退院を繰り返していること

サ. その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

なお、研究参加者の募集と説明・同意のプロセスは以下の通りである。まず、施設の看護部長から管理者である病棟看護師長、リハビリテーションの管理者、退院支援部門の管理者の3名の紹介を得て、研究者が説明を行って同意を得た。次いで、スタッフの参加を得るため、看護師長と看護係長の協力のもとに、勉強会を開催し、その際に研究者が説明を行って同意を得ていった。研究参加者の同意は毎月1～2名増えていった。

コアメンバーとして、看護係長1名と固定チームナーシングのサブリーダー2名の協力を得た。後者の2名は研究実施の年度、情報共有のための記録の改善を行うプロジェクトメンバーであり、その参考にすることを期待していた。リハビリテーションの管理者からは、専門職種間連携に興味のある理学療法士1名の紹介を得た。社会福祉士は施設に2名しか勤務しておらず、当初は業務との調整が難しいとの理由で参加の意向を示さなかったが、研究の途中（コアメンバーの振り返り①）より、退院支援における専門職種間連携の重要性に鑑み、社会福祉士のうち管理者である1名の参加を得ることができた。

患者・家族には、受け持ち看護師あるいはコアメンバーが研究の説明を行い、同意を得た。

医師からは、面談時の発言をICレコーダーに録音し、研究データとして利用することに関してのみ、口頭で同意を得た。

以上のプロセスの結果、専門職種に関しては、書面での同意が得られ、デモグラフィック・シートの提出があったのは、スタッフ33名、そのうちコアメンバー5名と管理者3名（うち1名はコアメンバーを兼ねる）であり、患者は12名、家族は15名であった。また、研究の一部への参加について口頭での同意が得られたのは医師3名と在宅支援者7名であった。

F. 研究のアクションとリフレクション

研究者は、図1のとおりRC理論に基づいた退院支援における専門職種間連携のアクションとリフレクションを構成した。アクション1は組織としての課題の明確化と取り組みの調整、アクション2は専門職種間連携に向けての取り組みの実施、リフレクション1は取り組み評価と専門職種間連携の促進、リフレクション2は組織としての評価の共有である（表1）。

1. アクション1 組織としての課題の明確化と取り組みの調整.

a. 日本の医療現場および病院における退院支援での専門職種間連携の必要性について知識を高め、関心を高める.

b. 専門職種間連携を高めるためにRC理論の理解を深める.

研究参加候補者に対して、我が国の医療現場の現状、入退院支援に関する診療報酬、専門職種間連携の必要性、RC理論に基づいた専門職種間連携と実施計画の概要についての勉強会を開催した。

表 1 アクシオンとリフレクション

アクシオンとリフレクション		取り組み目的		取り組み内容	
1. 組織としての課題の明確化と取り組みの調整	アクシオン	a. 日本の医療現場及び病院における退院支援での専門職種間連携の必要性について知識を高め、関心を高める		医療現場の現状、地域包括ケアシステム、入退院支援に関する診療報酬等の情報提供、専門職種間連携の必要性についての勉強会の開催	
		b. 専門職種間連携を高めるためにRC理論の理解を深める		対象施設の現状を参考にしたRC理論に基づいた専門職種間連携について実施計画の説明	
		c. チームを結成し、研究協力者が日頃感じている退院支援の課題について明らかにする		対象施設の現状把握 入院時から退院支援への取り組みの現状と課題の抽出	
		d. 取り組みの実現可能性を高めることができる		現場に応じた取り組み計画のすり合わせと追加修正	
2. 専門職種間連携に向けての取り組みの実施	リフレクション	a. 患者・家族が安心して退院するために、2職種以上で退院に向けた面談と退院時面談を実施し、患者・家族と退院目標を共有する〈目標共有・コミュニケーション〉		退院に向けた面談と退院時面談の実施（ICレコーダー可能な限り使用） 退院に向けた面談・退院時面談後の記録シートの活用（ICレコーダー可）	
		b. お互いの役割について理解を深めることができる〈役割認識・尊重の態度・コミュニケーション〉		お互いへの気づきをポジティブフィードバック 退院に向けた面談後の記録シートの活用（ICレコーダー可）	
		a. 取り組みをRCに沿って振り返り、評価することができる〈目標共有・役割認識・尊重の態度・コミュニケーション〉		面談参加者に参加した面談内容の文字化した逐語録を配布 逐語録をもとに研究参加者へのインフォーマルインタビュー コアメンバーによる振り返り（月1回） ・患者・家族と退院目標の確認の有無、専門職種間での退院計画立案・実施・評価の状況確認 ・他職種の役割の認識の程度 ・実施中のポジティブフィードバックの状況を確認 ・コミュニケーションの頻度・タイミング・情報の正確さ・問題発生時の状況確認と解決状況	
		b. 退院支援における専門職種間連携を意味づけることができる		コアメンバーによるセンسمエイキング（振り返りの1回目・3回目・5回目に実施） ・新たな困難・課題の共有 ・取り組みへの心境・成果の実感 ・組織への提案	
2. 組織としての評価の共有	リフレクション	a. 退院支援における専門職種間連携に関する組織へのフィードバックを通じて組織変化を促す		毎月の振り返りで得られた情報とセンسمエイキングをもとにした通信を作成し、カンファレンスルーム等に掲示 通信でRC理論・専門職種間連携について情報提供	

c. チームを結成し、研究参加者が日頃感じている退院支援の課題について明らかにする。

d. 取り組みの実現可能性を高めることができる。

研究者とコアメンバーで研究推進に向けたチームを結成し、退院支援の現状を確認し、アクション内容とすり合わせ、具体的な実施方法について約1か月程度かけて話し合いを進めた。

2. アクション2 専門職種間連携に向けての取り組みの実施。

a. 患者・家族が安心して退院するために2職種以上で退院に向けた面談と退院時面談を実施し、患者・家族と退院目標を共有する。〈目標共有・コミュニケーション〉。

b. お互いの職業の役割について理解を深めることができる。〈役割認識・尊重の態度・コミュニケーション〉。

コアメンバーとの話し合いで決定した方法に基づき、2職種以上で患者の①退院に向けた面談と②退院時面談を実施し、いずれも実施後に参加した専門職種間で一緒に振り返りをすることを依頼した。①退院に向けた面談は必ず2職種以上で行い、面談後の振り返りでは専門職種同士で、退院目標とその達成に向けた各職種の役割を確認するように依頼した。②退院時面談はスタッフ・コアメンバーが1人で行ってもよいが、できる限り他の専門職種と面談内容を共有し、患者・家族が退院計画に基づき目標達成できたか、退院後の生活に見通しがたち、不安を解決できる方法を理解できたかを評価するよう依頼した。①退院に向けた面談と②退院時面談内容はICレコーダーに録音するように、また両方の面談後の振り返りはICレコーダーもしくは記録シートに記載するよう依頼した。

3. リフレクション1 取り組み評価と専門職種間連携の促進。

a. 取り組みをRCに沿って振り返り、評価することができる。〈目標共有・役割認識・尊重の態度・コミュニケーション〉。

スタッフ・コアメンバーへの30分程度のインフォーマルインタビューを行い、患者の入院中の経過を聞くとともに、退院に向けた面談、退院時面談、面談後振り返りを録音したデータの逐語録を配布して、面談内容を想起してもらいながら面談を通して感じたことや考えたことを振り返ってもらった。

コアメンバーに対しては研究者がファシリテーターとなり、毎月30分～45分程度の振り返りを実施した。振り返りでは実施した退院に向けた面談と退院時面談を通して、患者・家族への問いかけで難しかった点、工夫できる点等、専門職種間連携について感じて

いることや取り組みの修正案や改善点についても話し合った。

また、コアメンバーには取り組みの初期、中期、後期の3回、研究の取り組みを意味付けするプロセスを支援するために、30分程度かけてセンスメイキングを実施した。初期には「アクションリサーチに参加する気持ち」「あなたは何をテーマとして取り組むか」「メリットになると考えているか」、中間には「取り組んでどのように感じているか」「困難なことはないか」、終盤には「成果はあったか」について問いかけを行った。いずれもICレコーダーに録音した。

b. お互いを認め合い、協働することができる。〈尊重の態度・コミュニケーション〉。

c. 専門職種間でコミュニケーションを通じた情報共有が促進される。〈目標共有・コミュニケーション〉。

面談後の振り返りにおいて、スタッフ・コアメンバーがお互いの承認行動として、声を掛け合い、実施内容についてポジティブフィードバックを実施するよう促した。実施されたポジティブフィードバックは、上の振り返りのために用意した逐語録にも記載して、配布し、フィードバックした。退院支援における専門職種間のコミュニケーションについては、RC理論に基づき頻度、タイミング、正確さ、問題解決姿勢などの点についてスタッフへのインフォーマルインタビューやコアメンバーの振り返りの際に確認した。

4. リフレクション2 組織としての評価の共有。

a. 退院支援における専門職種間連携に関する組織へのフィードバックを通じて組織変革を促す。

研究者は、退院支援における専門職種間連携を促進するために、コアメンバーによる振り返り、センスメイキング、スタッフ・コアメンバー・家族のインフォーマルインタビューをもとに通信を2か月毎に作成し、管理者に配布し、各部署内に掲示を依頼し、研究の進捗を報告した。また、通信にはRC理論や専門職種間連携についても記載し、各部署の関心を促進した。

以上のうち研究者が直接、実施した内容は、アクション1で研究フィールドとなる病棟で勉強会を開催し、コアメンバーとともに問題の抽出を行い、研究フィールドに即したアクションになるように計画の見直しを行ったこと、アクション2では複数の専門職による退院に向けた面談、退院時面談を推進するとともに、そのうち1名の患者の退院に向けた面談の参加観察とその家族へのインフォーマルインタビューを行ったこと、リフレクシ

ン1ではアクションの振り返りとセンスメイキングのファシリテートを行ったこと、面談内容を文字化し、それをもとに面談参加者にインフォーマルインタビューを実施したこと、リフレクション2では随時研究フィールドにアクションとリフレクションの結果をコアメンバーによる振り返りやRC通信等を通じてフィードバックしたことであった。また、管理者に対してインタビューを通じて、研究開始時と終了時における組織の評価を聞きとり、評価の参考にしたことである。研究の実施スケジュールを表2に示す。

表2 研究の実施スケジュール

項目	内容	実施時期					
		1月	2月	3月	4月	5月	6月
アクション	1.組織としての課題の明確化と取り組みの計画	医療体制の現状・RCについての説明と勉強会 コアメンバーと取り組みの計画	▼	→			
	2.専門職種間連携に向けて取り組みの実施		2職種以上による退院に向けた面談の実施 研究者による参与観察 退院時面談の実施(退院に向けた面談を実施した患者に実施)	→	→	▼	
	1.取り組み評価と専門職種間連携の意味付け		面談参加者に面談内容を文字化した逐語録の配布	→	→	→	
			面談参加者並びに研究参加者へのインフォーマルインタビュー	→	→	→	→
			コアメンバーによる振り返り コアメンバーによるセンスメイキング	▼	▼	▼	▼
リフレクション	2.専門職種間連携の促進と組織としての評価の共有		▼	No.1 RC理論について	No.2 研究方法の周知	No.3 参与観察・振り返り等で得られた情報	No.4 総括

G. 評価

1. 評価者. 研究参加者と研究者の両方が評価を行った。アクションリサーチでは研究参加者による自らの取り組みの評価はその取り組みへの推進力となるため重要である。本研究では、研究参加者による評価を含め、研究者が最終的な評価を行った。

2. 評価の視点. 本研究では、研究参加者による評価と研究者による評価は同じ視点のもとに、a. RC理論に基づいた専門職種間連携の評価と b.アウトカム評価の2つの側面から実施した(表3)。

a. RC理論に基づいた専門職種間連携の評価.

1) 目標共有. 患者・家族の退院目標について、患者・家族と専門職種間で話し合い、実現可能な目標を設定することができたかを評価した。

2) 役割認識. 自己の役割と他職種の役割を理解し、他職種に相談・協力を依頼することができたかを評価した。

表 3 評価方法

評価内容		評価視点	評価指標	評価方法
R C 理 論 に 基 づ い た 専 門 職 種 間 連 携 の ア ウ ト カ ム 評 価	患者・家族の退院目標について、患者・家族と専門職種間で話し合い、実現可能な目標を設定する	患者・家族の退院目標について、患者・家族と専門職種間で話し合い、実現可能な目標を設定する	・退院に向けた面談の2職種以上での実施 ・患者・家族と面談参加者間の面談内容 ・退院目標の共有、確認 ・患者・家族の表情・意欲・言動など ・各専門職種の語り	各面談を文字化した面談内容・各面談の記録シート・参与観察・面談参加者へのインフォーマルインタビュー・コアメンバーによる振り返りとセンスマイキング・参与観察のデータをもとに評価指標の視点に沿って評価する
			・自身の役割・他職種の役割の認識 ・専門職種間での退院計画の協働 ・各専門職種の語り	
	自己の役割と他者の役割を理解し、他職種に相談・協力依頼することができる	他職種に対して、ポジティブフィードバックや日常的な声掛けを行い、相手を尊重した態度や言動ができる	・ポジティブフィードバックの内容 ・専門職種間の声掛け ・各専門職種の語り	
			・日常業務における専門職種間の患者の情報交換の頻度、適時性、正確性、及び問題が発生した場合の対応 ・他職種への疑問・確認の声掛け ・各専門職種の語り	
	コミュニケーション	他職種と日常業務において、患者の情報交換が頻回、適時に正確に行い、問題が生じた場合、積極的に対応することができきる	・面談における患者・家族の語り ・各専門職種の語り	
ア ウ ト カ ム 評 価	患者・家族が退院後の見通しがたち、不安を解決できる方法を理解して退院で	患者・家族が退院後の見通しがたち、不安を解決できる方法を理解して退院で	・退院に向けた面談実施件数と面談参加スタッフ数 ・継続体制 ・退院に向けた面談の工夫と普及 ・各専門職種の語り	各面談内容を文字化した面談内容・各面談の記録シート・参与観察・コアメンバーによる振り返りとセンスマイキングのデータをもとに患者・家族の思いを評価する ・アクションリサーチを介して各事例の退院支援のプロセスにおける変化を評価する ・病棟看護師長・各部門の長への前後インタビューをもとに組織の変化を評価する
			・退院に向けた面談実施件数と面談参加スタッフ数 ・継続体制 ・退院に向けた面談の工夫と普及 ・各専門職種の語り	

3) 尊重の態度. 他職種に対して、ポジティブフィードバックや日常的な声掛けを行い、相手を尊重した態度や言動ができたかを評価した。

4) コミュニケーション. 他職種と日常業務において、患者の情報交換が頻回、適時に正確に行い、問題が生じた場合、積極的に対応することができるかを評価した。

b. アウトカム評価.

1) 患者・家族アウトカム. 専門職種間連携のもと実施された退院支援の患者・家族にとっての効果を明らかにするために、患者・家族の退院後の生活に見通しがたち、不安を解決できる方法を理解して退院を迎えることができたかを評価した。

2) 組織アウトカム. 退院支援において専門職種間連携に向けた取り組みによる組織の変化を波及的効果も含めて質的記述的に評価した。

3. 評価のタイミング. 研究参加者による評価は以下の通りである。a. RC 理論に基づいた専門職種間連携では、各面談の直後と研究参加者へのインフォーマルインタビュー、コアメンバーによる振り返りの時点とした。b. アウトカム評価のうち、患者アウトカムについては退院当日から3日前に設定する退院時面談において2職種以上で患者・家族に退院への思い等を確認し、評価した。組織アウトカムについてはコアメンバーによる振り返りとセンスメイキングで実施することを計画した。

研究者は、研究参加者に勉強会において評価の視点について伝え、面談後の振り返り、研究参加者へのインフォーマルインタビュー、コアメンバーによる振り返りでその都度、評価の視点をもとに振り返るように促すことで、研究参加者による評価を参照しながら評価を実施した。

H. データ収集と分析方法

1. 研究の分析対象となるデータ. 分析対象となるデータは、患者と家族に関する病状、生活行動の自立度、療養環境や介護の必要性などの情報と、その患者と家族に支援を行ったスタッフの職種の情報、また、これらの研究参加者のアクション1およびアクション2の退院に向けた面談並びに退院時面談の内容、各面談後の振り返りの記録シートもしくは内容、参与観察時のフィールドノート、家族へのインフォーマルインタビュー、リフレクション1のコアメンバーの振り返り、センスメイキング、各面談に参加したスタッフへのインフォーマルインタビューおよび研究者のフィールドノート、アウトカム評価として実施する管理者への研究開始時点と終了時点のインタビューであった。

2. データ収集方法. データ収集の目的と方法については、表 4 に示す。研究参加者の基本属性を確認するためにデモグラフィック・シートを用い、患者・家族の基本属性は面談参加者からの情報と電子カルテの参照を合わせて情報収集を行った。面談内容と面談後の振り返りについては研究参加者の負担軽減のために IC レコーダーを活用した。コアメンバーとの事前打ち合わせ、振り返り、センスメイキングはアクション推進の支援として行い、日程調整の上、内容を IC レコーダーに記録した。研究参加者へのインフォーマルインタビューは、個人もしくはグループインタビューとして実施した。研究参加者と研究者の日程調整上、面談直後にインフォーマルインタビューを実施できないため、面談内容を文字化した逐語録を事前に配布した上で行った。

表 4 データ収集の目的と方法

データの種類	収集の目的	データ収集方法	対象	内容
研究参加者の基本属性	スタッフ コアメンバー 管理者 基本属性について確認	デモグラフィック・シート	研究協力者	○職種、専門性、臨床経験年数、現場経験年数、年齢、性別、学歴、専門職種間連携に関する教育歴の有無
	患者・家族 基本属性について確認	研究参加者へのインフォーマルインタビュー・コアメンバーによる振り返りからの情報 電子カルテ	患者・家族	○年齢、性別、入院病名、基礎疾患、介護度、同居の有無、主な介護者
面談内容	面談内容の確認	ICレコーダーの録音記録(研究参加者の負担軽減のため)	面談参加者	
面談後振り返り・ポジティブフィードバック	面談後振り返り内容の確認 尊重の態度を示すポジティブフィードバックの内容確認 自他の役割認識について確認	記録シートもしくは ICレコーダーの録音記録	面談に参加した研究参加者	○退院に向けた面談:患者・家族の退院目標(思い)の確認、今後に向けた退院計画、ポジティブフィードバックの内容、事例を通して今後に生かしたいこと、感想 ○退院時面談:患者・家族にとっての退院目標の達成と満足、退院後の暮らしへの意気込み、スタッフの退院目標の達成度、事例を通しての気づきや感想
参与観察	面談中の家族及び研究参加者の態度、表情、仕草や面談中の雰囲気の把握	フィールドノート	Iさんの退院に向けた面談	
研究参加者へのインフォーマルインタビュー	研究参加者の思い、言動や取り組みの意図の確認 面談内容を振り返り、患者アウトカム・連携促進の変化の確認	面談内容を文字化した逐語録を事前に配布し、日程調整の上、個人もしくはグループインタビューを行った。 内容はICレコーダーに録音	研究参加者 Iさんの家族	○患者の入院中の経過、転帰、研究参加者の思い、言動や取り組みの意図、記録シートの不足情報、研究参加への思い
コアメンバーによる事前打ち合わせ・振り返り・センスメイキング	アクション/リサーチを推進するコアメンバーが認識する取り組みの程度の把握 RC理論に基づく専門職種間の連携促進の把握 患者アウトカム・連携促進の変化の確認	日程調整の上、内容をICレコーダーに録音	コアメンバー	○事前打ち合わせ:現状の退院支援の方法、実現可能な方法のすり合わせ ○振り返り:コアメンバーの印象に残った事例、スタッフによる面談を取り上げ、RC理論に基づき振り返りを実施 ○センスメイキング:アクション初期は「参加する気持ち」、中期は「どのように感じているか」「困難に感じること」、後期は「成果はあったか」を確認
管理者インタビュー	対象フィールドにおける専門職種間連携とアクション/リサーチによる組織の変化について管理者の捉え方の把握	日程調整の上、内容をICレコーダーに録音	看護師長 リハビリテーション課長 MSWの係長	○研究開始前:「研究をどのように捉えているか」「課題と捉えていることは何か」 ○研究終了時:「成果はあったか」「組織の変化を感じるか」

3. データ分析の実際. 本研究ではこれらのデータをもとに、退院に向けての面談、退院時面談を実施した患者・家族の事例を一つずつ分析することから開始した。一つの事例につき、実施された退院支援のなかでの専門職種間連携の実際、各専門職種の患者・家族への関わり、それに対する患者・家族の反応、専門職種による振り返りに焦点をあて、それらが本研究のテーマである退院支援と専門職連携にとってもつ意味を解釈し、いくつかのテーマを付けた。次に各事例で明らかになったいくつかのテーマを統合してみた際に、そこから浮かび上がるその事例の中心的なテーマを導き出し、付けた。

次いで本研究で退院支援を実施した 12 事例の中心的テーマについて、本研究の開始から終了までを通してどのような変化があったかと、患者・家族および組織のアウトカムがあったかを、アクション 1 の時点での研究参加者の反応や、管理者による研究開始時点と終了時点についての振り返りを含めて分析した。

以上を通じて、退院支援における専門職種間連携の変化をあらわす 3 つのフェーズが浮かび上がった。また、その 3 つのフェーズで見られた変化を、上であげた RC 理論の視点とアウトカムの視点に基づき整理し、評価した。

I. アクションとリフレクションの内容と評価の妥当性と信頼性

本研究で行うアクションとリフレクションと評価は、文献検討などから有効性が確かめられた知見に基づいて作成したものである。研究開始時に研究フィールドの状況に適するように調整した上で開始し、実施中も臨床状況の変化に応じて修正を行った。実施後は取り組みを進めながらプロセス評価を行い、分析過程では信頼性と妥当性を高めるため、指導教員、専門家などによるスーパーバイズを受け、必要時アクションリサーチの修正を行った。アクションリサーチの性質上、文脈の中で研究を行うため変数の統制が難しいが、取り組みのプロセスを詳細に記載することによって研究全体としての信頼性の確保に努めた。

J. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号2020-027）後、対象施設の関連施設の研究倫理審査委員会の承認（承認番号596号）を得て、令和2年10月～令和3年3月に実施した。

K. 予備調査

1. 予備調査の目的. 予備調査の目的は本研究の一部のプロセスを実施することを通して、アクションリサーチの計画および評価の妥当性と実現可能性を確認し本研究に向けて再検討することであった。なお、予備調査は本研究とは独立して行い、予備調査のデータは本研究には用いないものとした。

2. 予備調査期間. 日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号 2019-048）後、予備調査対象施設の研究倫理審査委員会の承認を得て、令和元年 9 月～10 月に実施した。

3. 予備調査のフィールド. X 地方の 300 床以上を有する急性期病院である Y 病院の循環器病棟とした。心不全など、入院期間は 2 週間から 1 か月程度で、入退院を繰り返すことが予測される患者が対象となった。退院支援部門には退院支援看護師と社会福祉士が配置されており、各病棟を担当し、病棟看護師と連携して退院支援を行っていた。退院支援の流れとして、入院前に退院支援看護師が退院支援スクリーニングを実施し、その結果に基づき、入院数日中に退院支援が必要と考えられる患者を退院支援看護師と病棟看護師が相談して抽出し、病棟看護師を主とした退院支援が行われていた。

4. 予備調査の研究参加者. コアメンバーは病棟看護師と退院支援看護師の 2 名であった。病棟看護師は病棟看護係長であり、看護師経験年数は 19 年 7 カ月であり、7 カ月前に現職場に異動していた。退院支援看護師は、看護師経験年数は 16 年 6 カ月であり、現職場での経験年数が 3 年 6 カ月であった。病棟看護師の前職場でも退院支援看護師と一緒に退院支援に取り組んでいる関係であった。なお、看護部長からリハビリテーション療法士の参加を提案され、紹介を受けたが、面談日との調整が困難であり、参加には至らなかった。患者・家族には、コアメンバーが研究の説明を行い、同意を得て面談を実施した。退院に向けた面談および退院時面談を実施した患者・家族は 2 事例であった。患者 2 名はともに 90 歳代の女性であり、入院病名は転倒と感染症であった。家族は長男、長女が面談に参加した。介護保険は申請している者と未申請の者であり、未申請の者は入院を機会に申請手続きが行われた。

5. 予備調査の実施内容. 本研究の p.21 に示すアクションとリフレクションのうち、予備調査ではアクション 1 の「組織としての課題の明確化と取り組みの調整」 a、b、c、d、アクション 2 の「専門職種間連携に向けて取り組みの実施」 a、b、リフレクション 1 「取り組み評価と専門職種間連携の促進」 a、b を実施した。予備調査の時間経過と実施内容に

ついて表 5 に示す。

表 5 予備調査の経過および実施内容

経過		実施内容
1 日目		予備調査依頼
11 日目		看護部長に予備調査の趣旨及び倫理的配慮等について説明
19 日目	アクション 1	研究参加候補者（看護係長・退院支援看護師）に予備調査の趣旨及び倫理的配慮等について説明と確認（60 分）
27 日目	アクション 1	対象病棟での勉強会の開催（30 分） 参加者：病棟看護師 7 名（コアメンバー 2 名を含む） 内訳）30 代中堅看護師 1 名、2～3 年目看護師 3 名、 病棟看護師長 1 名 場所：スタッフステーション 勉強会後、コアメンバーに進捗確認（15 分程度）
45 日目	アクション 2	患者 O さんの退院に向けた面談の実施
52 日目	アクション 2	患者 O さんの退院時面談の実施 患者 P さんの退院に向けた面談・退院時面談の同日実施
60 日目	リフレクション 1	振り返り・センスメイキングの実施（各 30 分） 参加者：コアメンバーである看護係長・退院支援看護師 場所：対象施設の会議室

a. アクション 1：組織としての課題の明確化と取り組みの調整. 予備調査開始 19 日目にコアメンバー候補者に説明を行い、対象施設の退院支援の現状と予備調査内容をすり合わせの上、コアメンバーとして予備調査への参加の同意を得た。27 日目に対象病棟のスタッフの任意の参加のもとに勉強会を実施し、退院支援において困難な事柄について確認すると、独居や息子と親世帯への退院支援が困難であると回答を得た。その後コアメンバーに対象施設における退院支援の流れを再度確認し、予備調査のアクションとリフレクションやデータ収集の実現可能性について約 45 分程度の意見交換を行った。現状から退院に向けた面談は主治医の病状説明の場を設けて、そのあとで面談を設定することを退院支援看護師から提案を受けた。

b. アクション 2：専門職種間連携に向けての取り組みの実施. 予備調査開始 45 日目と 52 日目に病棟看護師と退院支援看護師による退院に向けた面談が 2 件実施され、52 日目に退院時面談が 1 件実施された。

c. リフレクション 1：取り組み評価と専門職種間連携の促進. 予備調査開始 60 日目に面談実施の振り返りとセンスメイキングを実施し、退院目標の共有を中心に話し合ってもらった。

6. 予備調査の結果.

a. 退院支援における専門職種間連携. 1 事例目の O さんは 90 歳代の女性であり、退院に向けた面談には長女が参加した。O さんは入退院を繰り返しており、今回、転倒により入院した。転倒理由が不明で筋力低下が疑われていたが、洞停止が原因であることが判明した。長女は O さんが独居であり、自宅で自由に過ごすことができる状態で退院することを希望していた。以前からコアメンバーの 2 人が関わり、在宅療養ができるよう社会資源の調整を行っていた経緯があり、今回は半年ぶりの入院となったことで、評価の目的としても行われた面談であった。

O さんの退院目標について、コアメンバーの 2 人はカルテ上で共有するのみで、改めて話し合ったり、O さんに直接意向を聞いたりはしていなかった。リフレクションのなかで、病棟看護師が家族に対して「O さんの年齢や病状を鑑みると死を迎えることもあり得る」と伝え、少しずつ心構えを促していたことを語り、カルテの記録には書かれていない支援が行われていたことを退院支援看護師が知る場面があった。

2 事例目の P さんも 90 歳代の女性であり、退院に向けた面談には長男が参加した。病状が回復し、退院可能な状態になったため、退院に向けた面談と退院時面談の同時開催となった。面談では介護申請や介護サービスの調整を行われ、P さんの長男は介護申請の方法を確認できたこと、未申請の状態でも在宅療養ができる体制を構築できたことで不安を解消し、満足していた。

P さんの退院目標の共有については、コアメンバーは P さんが入院前の状態まで回復し、いつでも退院できる状況であったため、自然と共有できていたと振り返った。医療従事者間の話し合いや家族を交えた話し合いはなかったが、P さんが「家に帰りたい」と語っていることは確認されていた。

ポジティブフィードバックは記録シート上で行われていた。振り返りでは、病棟看護師は「少し新鮮な感じを受けた」と語っていた。看護師同士であり、「役割認識」「コミュニケーション」に関する変化は確認できなかった。方法においては、記録シートの作成が負担であると意見があった。

センスメイキングでは「目標共有」をどのように捉えるかについて確認したところ、1 分程度の沈黙が見られた。その後、病棟看護師から研究対象外の患者の退院支援の困難事例が語られた。医師も看護師も理学療法士も自らの判断でケアを提供しており、話し合っ退院目標の共有が必要であったのではないかと気づいた事例であり、今後、病棟で事例検

討をする予定であると振り返りに活用するために事例を可視化したシートを見せながら語った。短期間の実施であったが、自発的に問題意識を持ち取り組む姿勢が見られた。

b. RC 理論に基づいた専門職種間連携の評価.

1) 目標共有. 2 つの事例ともに、退院目標を話し合いなどで共有していなかった。コアメンバー2 人は役割に違いがあるが同じ看護師であり、目標共有に大きな支障はみられなかったが、リフレクションでは目標共有が行われず支障をきたした事例が語られていた。

2) 役割認識. 記録シートに一般的な役割が記載されており、患者ごとに果たす役割を記載してもらえよう工夫が必要である。また、O さんの事例において、病棟看護師が看取りの覚悟について長女に関わっていたことを振り返りの場で語られ、退院支援看護師の知るところとなり、役割の認識に繋がっていた。

3) 尊重の態度. 研究者が記載内容を確認したことで対面でのポジティブフィードバックが実施でき、互いに新鮮な感じを味わっていた。予備調査の説明時に看護部長がポジティブフィードバックの風土がないため、アクションに期待を寄せており、コアメンバーの感想からも新たな風土をつくることに期待がもてた。記録シートだけでなく、対面でポジティブフィードバックができると効果的と考えられた。

4) コミュニケーション. 予備調査2 か月であり、コアメンバー間のコミュニケーションの変化は確認できなかった。

c. アウトカム評価.

1) 患者・家族アウトカム. O さんの事例では、患者や家族が希望していた通りに自宅退院ができ、家族は洞停止等による不測の事態やこの先の死なども想定した心の準備をすることができたと考える。P さんの事例でも自宅退院に向けて、長男は申請方法を理解し、自宅に迎え入れるにあたって安心を得ることができていた。患者については意向や具体的な生活への思いを確認できていなかった。

2) 組織アウトカム. 予備調査の期間の2 カ月のうち調整に1 カ月を要したことや専門職の種類が限られていたこと等により、退院支援をめぐる専門職種間連携に明らかな変化は見られなかった。しかし、リフレクションでは、コアメンバーが自発的に事例を取り上げ、退院支援における専門職種間連携について振り返りを計画するなど、コアメンバーの行動変容が確認できた。コアメンバーが現状に疑問を抱くことの意味は大きく、組織の変化の一步と考えられた。

7. 本研究に向けての改善点. 予備調査によりアクションとリフレクションの実現可能性が一定程度確認できたこと、データが収集でき、RC理論に基づき退院支援における専門職種間連携のあり様と患者・家族および組織のアウトカムについて分析できることが確認できた。さらに、組織のアウトカムについては予備調査においてもその兆しを確認できた。

本研究に向けては、次の3点で改良を行った。1つは研究の趣旨を理解して継続して取り組んでもらうために、準備期間として1か月程度コアメンバーと現状のすり合わせを行い、実現可能な方法を見出すこと、2つ目に研究参加者の負担を軽減するために、退院に向けた面談・退院時面談・面談後振り返りをICレコーダーに録音することを可能にすること、3つ目にポジティブフィードバックを対面で実施してもらうために、研究方法の説明と面談記録シートに工夫を加えることであった。

IV. 本研究の結果

A. 研究参加者の基本属性

1. **スタッフ.** 研究フィールドにおいて約 8 割の者から同意が得られた。同意が得られたスタッフ 33 名のうち、研究の主なアクションである面談に参加し、これに関連したインフォーマルインタビューに応じた者が 15 名 (45.5%)、アクションの面談には参加しなかったが患者 B と H に関わり、インフォーマルインタビューに応じた者が 1 名 (3.0%) の計 16 名を分析対象とした。

職種は病棟看護師 (以下 NS とする) 9 名、理学療法士 (以下 PT とする) 3 名、作業療法士 (以下 OT とする) 1 名、社会福祉士 (以下 MSW とする) 2 名、管理栄養士 1 名であり、すべて女性であった。平均年齢は 40.9 ± 8.7 歳、臨床経験年数は 14.7 ± 6.7 年、部署経験年数は 3.5 ± 2.6 年であった。専門職種間連携に関する学習を受講している専門職種は NS1 名であり、8 時間の研修を受けていた。スタッフ・コアメンバーの基本属性を表 6 に示す。

2. **コアメンバー.** スタッフのうちコアメンバーとなることに同意が得られた看護係長 1 名と NS2 名、PT1 名、退院支援部門の管理者である MSW1 名の 5 名となった。平均年齢は 45.2 ± 7.4 歳、臨床経験年数は 16.9 ± 7.5 年、部署経験年数は 3.3 ± 1.4 年であり、スタッフより平均年齢、臨床経験年数ともに高く、部署経験年数においては短かった。なお、NS のコアメンバーの中に、専門職種間連携に関する学習を受けた者が 1 名含まれた (表 5)。

3. **管理者.** 看護師長、PT であるリハビリテーションの管理者と MSW である退院支援部門の管理者の各 1 名とした。なお、MSW の管理者はスタッフ・コアメンバーも兼ねた。

4. **患者・家族.** 患者・家族の基本属性を表 7 に示す。患者 12 名のうち 11 名は後期高齢者となる 75 歳以上であり、性別は男性 3 名、女性 9 名であった。入院病名は基礎疾患の急性増悪 3 名、感染症 4 名、骨折・関節症関連 5 名であった。基礎疾患に糖尿病と高血圧症を併せ持つ患者は 6 名、高血圧症は他に 2 名であり、食事制限や内服薬の管理を必要とした。また、入院前の介護度は要介護者 7 名であり、介護保険の申請や区分変更が必要な患者は 5 名であった。既往に脊柱管狭窄症や脊椎圧迫骨折がある患者は 4 名であり、全員が退院に向けてリハビリテーションを行っており、退院後も骨折や転倒のリスクが高かった。面談は新興感染症の拡大により、12 事例のうち 10 事例が家族のみが参加して行われ、2 事例が患者のみの参加のもと行われた。

家族は上の患者 2 事例を除く 10 事例の家族 15 名であった。面談に参加した家族のうち、患者と同居し、患者を主に介護している者が参加したのは 6 事例で、主たる介護者の内訳

は妻 1 事例、長男の妻が 3 事例、長男／長女が各 1 事例であった。患者と同居しておらず、通いながら患者を介護している者が参加したのは 4 事例で、介護者はいずれも長女であった。それらの患者は、高齢者夫婦のみの世帯 2 事例、独居 1 事例、他の子世帯と同居 1 事例であった。主な介護者が仕事をしている者は 5 事例であり、そのうち昼から夕食時にかけて不在になる者は 2 事例あった。また、介護者が病気の治療中や担癌者であり、介護負担や不安を抱えている家族が大半を占めた。

表 6 研究に参加したスタッフ・コアメンバーの基本属性

		研究参加者 再掲	
		スタッフ (n=16)	コアメンバー* (n=5)
職種	看護師	9	3
	理学療法士	3	1
	作業療法士	1	
	社会福祉士	2	1
	栄養士	1	—
年齢	全体	40.9±8.7	45.2±7.4
	看護師	44.7±6.8	
	理学療法士	33.7±1.2	
	作業療法士	37.8±7.8	
	社会福祉士	38.5±7.5	
	栄養士	24	
臨床経験年数	全体	14.7±6.7	16.9±7.5
	看護師	17.4±6.8	
	理学療法士	11.9±2.1	
	作業療法士	16.58	
	社会福祉士	12.1±2.4	
	栄養士	1.5	
部署経験年数	全体	3.5±3.9	3.3±1.4
	看護師	3.9±2.5	
	理学療法士	6.0±0.5	
	作業療法士	0.58	
	社会福祉士	1.6±0.9	
	栄養士	0.08	
最終学歴	専門学校	11	
	4年制大学	5	
専門職種間連携に関する学習		有	1

*コアメンバーはスタッフのうちの 5 名である。

対象病棟から自宅退院した事例は 5 事例であった。一方で自宅退院を目指していたが、病状が安定しない、あるいは自宅での介護が困難であるなどして自宅に退院しなかった事例が 3 事例あった。退院先は介護老人保健施設に入所が 2 事例、急性期病院への転院が 1 事例であった。また、新興感染症による病床機能の変更があり、自宅退院あるいは介護老人保健施設入所までの準備のために対象病棟から療養病棟へ転棟した者が 4 事例であった。

表 7 患者・家族の基本属性

	年齢	性別	入院病名	基礎疾患	介護度	同居者	主な介護者
A	70歳代後半	男	仙骨部褥瘡の再燃 誤嚥性肺炎	パーキンソン病 糖尿病・高血圧症 脊柱管狭窄症	要介護 4	妻	妻
B	80歳代後半	女	両下腿蜂窩織炎	高血圧症 腰部脊柱管狭窄症	要介護 3	夫 長男夫婦	長男嫁
C	80歳代後半	女	慢性腎不全 偽関節症	腎不全 高血圧症 腰部圧迫骨折	要支援 2 ⇒区分 変更	長女	長女
D	80歳代前半	女	腰椎圧迫骨折	COPD	申請	独居	長女
E	80歳代前半	女	左人工膝関節全置換術後	右人工膝関節置換術後 糖尿病・高血圧症	申請	長男家族 と敷地内 別居	-
F	80歳代前半	女	尿路感染 膝関節骨折	関節リウマチ 糖尿病・高血圧症	要介護 3	夫	配偶者 長女
G	90歳代前半	女	尿路感染 ⇒脳梗塞	高血圧症 第4腰椎圧迫骨折	要介護 2	次男夫婦	長女
H	80歳代前半	男	心不全	慢性心不全	申請	妻	配偶者 長女
I	90歳代前半	女	誤嚥性肺炎	糖尿病・高血圧症	要介護 2 ⇒区分 変更	長男	長男
J	90歳代前半	女	圧迫骨折	アルツハイマー病 糖尿病・高血圧症 肺塞栓症	要介護 5	長男夫婦	長男嫁
K	90歳代前半	女	右上腕骨骨折	小脳梗塞	要介護2	長男夫婦	長男嫁
L	60歳代後半	男	腰椎圧迫骨折	糖尿病・高血圧症	申請	独居	-

※ 入院病名、基礎疾患は、各事例の退院支援に関連するもののみ掲載

B. アクションとリフレクション

1. アクションとリフレクションの実施状況. 対象病棟への訪問、アクション・リフレクションおよびアウトカム評価の実施内容を表 8 に、患者の入院期間、アクション 1・2、リフレクション 1・2 の実施状況を表 9 に示す。実施スケジュールは本文 p24 に掲載した表 2 で計画した通りのものとなった。

研究者の研究フィールドへの訪問日は看護係長と相談し、月 2～3 回とした。研究参加候補者に研究の説明と協力依頼を行ってから、コアメンバー 2～5 名と事前打ち合わせを 4 回実施し、これに 1 か月と少しを要した。退院に向けての面談は研究開始 2 か月目から開始され、12 事例で 14 件の面談が実施された。1 事例で 2 件の面談が実施された理由は、1 事例は患者の回復状態に合わせた介護サービスの調整のために、もう 1 事例は家族の病状の受け入れ促進のために専門職種の参加人数を増やして実施された。退院に向けた面談の実施状況は研究開始 2 か月目に患者 A から D の 4 件、3 か月目に患者 E から H、J の 1 回目の 5 件、4 か月目に患者 I の 2 件と J の 2 回目、K の 4 件、5 か月目に患者 L の 1 件であっ

た。退院時面談は在宅へ退院した患者 D、E、F、H および L の 5 事例に実施された。面談の実施内容は後述する。

表 8 対象病棟への訪問、アクション・リフレクションおよびアウトカム評価の実施内容

訪問回数	介入・評価	実施内容	退院に向けた面談実施状況	備考
開始前	1	・看護部長への研究依頼(看護師長2名に同席)		・看護部長への研究依頼後、関連病院倫理審査委員会に申請し、承認を得た(承認番号596号) ・承認が得られた後、看護部長に連絡し、初回訪問日を決定した。
1 か 月 目	2	アクション1 ・対象病棟の看護師長と看護係長に研究依頼 ・現状の確認と事前打ち合わせ①		
	3	アウトカム評価 アクション1 リフレクション2 ・管理者インタビュー(看護師長) ・RC勉強会及び医療スタッフ向け研究の説明 ・研究参加候補者(コアメンバー)2名と事前打ち合わせ② ・PC通信No.1配布		・勉強会参加者:看護師長1名、看護係長1名、NS14名、PT1名、OT1名、MSW2名、薬剤師1名、管理栄養士2名の計23名(医療従事者用資料45部持参し、参加できなかった方にはメールボックスに配布) ・患者用説明同意書15部持参
	4	アクション1 ・コアメンバー4名(看護係長1名、NS2名、PT1名)とMSW1名と事前打ち合わせ③		・MSWは事前打ち合わせには参加するが、MSW2名のため、コアメンバーとしての参加は困難と申告あり。 ・追加で患者用説明同意書15部持参
2 か 月 目	5	アウトカム評価 アクション2開始 ・管理者インタビュー(MSW、PT) ・コアメンバー2名と進捗確認と事前打ち合わせ④	患者A	・事前打ち合わせでは方法の不明な点を確認 ・スタッフがICレコーダーへの録音に抵抗があり、着手できない ・面談開始
	6	アクション1 ・研究参加者募集ポスターの掲示依頼 ・進捗状況の確認		・研究参加者(コアメンバー)に進捗確認
3 か 月 目	7	アクション1 ・コアメンバー2名と事前打ち合わせ⑤	患者B 患者C 患者D	・ICレコーダー録音内容を回収 ・MSWがコアメンバー入りを承諾
	8	リフレクション1 ・振り返り①(カンファレンスルーム) ・センスメイキング①(カンファレンスルーム)	患者E	・事前に日程と時間調整を行い、実施 ・ICレコーダー録音内容を回収
	9	・進捗確認 ・患者Eを訪問	患者F 患者J①	・ICレコーダー録音内容を回収
	10	リフレクション2 ・RC通信No.2配布	患者G 患者H	・管理者(PT)に状況を確認 ・ICレコーダー録音内容を回収
4 か 月 目	11	リフレクション1 ・振り返り②(ラウンジ) ・スタッフにインフォーマルインタビュー2名(ラウンジ)	患者I① 患者J②	・訪問時の空き時間は病棟のラウンジで待機することについて病棟看護師長に許可を得た ・振り返りは事前に日程調整したが、時間調整が困難となり、NSとPT、NSとMSWの2名ずつの振り返りとなった ・ICレコーダー録音内容を回収
	12	アクション2 アウトカム評価 リフレクション1 ・退院に向けた面談(患者I)の参与観察(面談室) ・患者Iの家族インフォーマルインタビュー(面談室) ・振り返り③・センスメイキング②(ラウンジ)	患者I② 患者K	・参与観察は患者Iの退院に向けた面談で次回面談日を決定したことを確認し、参加を申し出た。コアメンバーから事前に承諾を得て、再度研究者から説明し、承諾を得て参加した。 ・振り返り③・センスメイキング②はコアメンバー全員参加 ・ICレコーダー録音内容を回収
5 か 月 目	13	リフレクション2 リフレクション1 ・RC通信No.3配布 ・スタッフ・コアメンバーにインフォーマルインタビュー(ラウンジ)	患者L	・各管理者に現状を伝え、RC通信を配布 ・看護部長に研究の進捗を報告 ・看護部長からCOVID-19の影響により新規面談の開始は困難と宣告 ・コアメンバー:看護係長にインフォーマルインタビュー候補者との日程調整について相談
	14	リフレクション1 ・スタッフ:OT・PT・NSへのインフォーマルインタビュー3名(ラウンジ・リハビリテーションスタッフルーム)		・事前に日程と時間調整を行い、実施 ・OTからの紹介でPT1名に急速インフォーマルインタビューを実施 ・ICレコーダー録音内容を回収
	15	リフレクション1 ・振り返り④(ラウンジ)		・振り返り④はコアメンバー4名で実施
	16	リフレクション1 ・スタッフ:NS・管理栄養士インフォーマルインタビュー(ラウンジ・栄養相談室)		・事前に日程と時間調整を行い、実施
6 か 月 目	17	アウトカム評価 リフレクション1 ・管理者(PT・MSW)事後インタビュー(リハビリテーションスタッフルーム・面談室) ・スタッフ:NSへのインフォーマルインタビュー(ラウンジ)		・事前に日程と時間調整を行い、実施
	18	アウトカム評価 リフレクション1 リフレクション2 ・管理者(看護師長)事後インタビュー(ラウンジ) ・コアメンバーへのインフォーマルインタビュー(ラウンジ) ・振り返り⑤・センスメイキング③(ラウンジ) ・RC通信No.4配布		・事前に日程と時間調整を行い、実施 ・振り返り⑤・センスメイキング③はコアメンバー4名で実施

研究開始 4 か月目から面談参加者にインフォーマルインタビューを実施した。研究者による参与観察は患者 I の 1 事例で実施し、面談後に長男のインフォーマルインタビューを実施した。

コアメンバーによる振り返りとセンスメイキングは計画に基づき実施した。コアメンバーの都合により各会の参加者数は 2～5 名という違いがあった。管理者には研究開始 2 か月目と 6 か月目にインタビューを実施した。

表9 アクションとリフレクションの実施状況

研究期間		1カ月目	2カ月目	3カ月目	4カ月目	5カ月目	6カ月目
アクションと リフレクション	1	勉強会・事前打ち合わせ					
	1 A		NS・MSW 転院		MSW		NS
	2 B		NS・MSW		NS・MSW	NS・MSW	管理栄養士
	3 C		NS・MSW		NS・MSW NS・PT		
	4 D		NS・MSW・Dr	NS・MSW・PT			NS
	5 E		NS・NS・PT	NS・NS・PT			NS
	6 F		NS・MSW・Dr		NS		NS
	7 G		NS・MSW・PT・OT・Dr		MSW	NS OT	
	8 H		NS・MSW・Dr	NS・MSW・PT	NS・MSW・PT	NS PT+コアメンバー	管理栄養士
	9 I		NS・MSW・PT	NS・MSW・PT	NS・MSW・PT 参加観察	転院	NS
	10 J		NS・MSW	NS・MSW・PT・Dr	転院	NS・PT	
	11 K			NS・MSW・PT・OT・Dr	転院 介護老人施設	OT PT	NS
	12 L				NS・MSW	NS・MSW	NS
リ フ レ ク シ ョ ン	1	振り返り センスマイキング	振り返り① センスマイキング①	振り返り② センスマイキング②	振り返り③ センスマイキング③	振り返り④ センスマイキング④	振り返り⑤ センスマイキング⑤
	2	RC通信	RC通信①発行 ●退院に向けた面談(シートあり) ○退院に向けた面談(シートなし)	RC通信②発行 ◆退院時面談(シートあり) ◇退院時面談(シートなし)	RC通信③発行 ▲2職種以上が集まった振り返り △個人のインフォーマルインタビュー	RC通信④発行	RC通信⑤発行

●退院に向けた面談(シートあり)
 ○退院に向けた面談(シートなし)
 ◆退院時面談(シートあり)
 ◇退院時面談(シートなし)
 ▲2職種以上が集まった振り返り
 △個人のインフォーマルインタビュー
 入退院期間・自宅退院
 入退院期間・自宅退院以外(施設・転院)

RC 通信は計 4 回発行し、内容は第 1 回が RC 理論の説明、第 2 回はコアメンバーの振り返り・センスメイキングでの意見や感想、第 3 回は患者 I の家族が感じた 2 職種以上が参加する面談の効果についての語り、第 4 回は面談参加者の語りを掲載した。各管理者へ RC 通信の配布と共に進捗状況を報告した。

研究開始 5 か月目に入った頃、看護師長から新興感染症の影響のため、新規の面談実施は困難であると伝えられた。ただし、看護師長の配慮で、現時点で実施中の事例は実施可能とし、面談参加者のインフォーマルインタビューおよび管理者の事後インタビュー、最終の振り返り・センスメイキングを計画通り実施し、6 か月間のアクションリサーチを終了した。

2. 退院に向けた面談と退院時面談. 退院に向けた面談はコアメンバーが主導し、コアメンバー以外の研究参加者も面談に参加した。面談の参加者は 14 件中 13 件の面談に NS と MSW が同席し、そのうち PT は 4 件、OT は 2 件に参加した。残りの 1 件は NS と PT が同席して実施した。また、医師の病状説明を含む面談は 6 件、ケアマネジャーが参加した面談は 4 件であり、最大で医師、NS、PT、OT、MSW およびケアマネジャーの 7 職種が面談に同席した。面談の司会は主に MSW が務め、不在の場合は NS が担っていた。退院に向けた面談の録音データは 14 件全ての面談でデータが得られ、録音時間は平均 37 分 37 秒であった。

退院時面談は自宅に退院となった 5 事例に実施された。5 事例のうち 3 事例は録音データがあり、1 事例は記録シートの記載、1 事例は退院前に院内外の支援者と患者、家族が集まり、退院後の療養に必要な情報を共有する退院時共同指導料の実施記録を参照した。退院時面談もコアメンバーが中心となり 1 職種から 3 職種が参加した。録音データは平均 5 分 44 秒であった。

退院時面談が 12 事例中 5 事例のみ実施された背景には、患者の退院先が自宅ではなく療養病棟や他施設になったり、退院に向けた面談の翌日に退院となったりした状況があった。アクション 1 のコアメンバーとの事前打ち合わせにおいて、実行可能性に向けて退院に向けた面談と面談後のポジティブフィードバックの取り入れ方に重点を置き調整を進めたことにより、退院時面談の意図や必要性がスタッフに浸透しなかったと考えられる。

退院時面談で確認できなかった患者・家族の反応、専門職種間の連携については、研究参加者へのインフォーマルインタビューやコアメンバーによる振り返りで確認し、補った。

面談後の振り返りは、記録シートもしくは IC レコーダーの録音を用いて実施されたも

のが 12 件あり、そのうち 2 件はポジティブフィードバックのみであった。面談後の振り返りが実施されなかったものが 2 件あった。

退院に向けた面談・退院時面談・インフォーマルインタビューの実施状況を表 10 に示す。

表 10 退院に向けた面談・退院時面談・インフォーマルインタビューの実施状況

退院に向けた面談				退院時面談				インフォーマルインタビュー		
面談参加者		録音時間	面談後振り返り	面談参加者		録音時間	面談後振り返り			
A	妻・長女・次女・三女	NS MSW	33分20秒	*	療養病棟へ転棟			NS MSW 次女	4か月半後 2か月後 4か月後	
B	長男嫁	NS MSW	21分32秒	*	症状悪化し急性期病院へ転院			NS・MSW 栄養士	2か月半後 3か月半後	
C	長女 ケアマネジャー	NS MSW	39分10秒	◎	退院に向けた面談の翌日に退院したため実施せず			NS・PT	1か月半後	
D	長女	Dr NS MSW	27分17秒	◎	長女	NS PT MSW	5分44秒	○	NS MSW	3か月後 4か月後
E	患者	NS NS PT	13分26秒	◎	患者 長女	NS PT	4分32秒	×	NS PT NS(退院時面談)	1か月後 1か月後 2か月後
F	長女	Dr NS MSW	23分51秒	×	長女	NS	6分55秒	×	NS	3か月後
G	長女	Dr NS MSW OT	68分41秒	×	療養病棟へ転棟			NS MSW OT	2か月後 1か月後 2か月後	
H	長女	Dr NS MSW	44分04秒	○	患者・長女 ケアマネジャー	NS PT MSW	退院時共同 指導料実施 記録参照	×	NS 管理栄養士 コアメンバー 振り返り+PT	2か月後 2か月半後 2か月後
I	①② 長男 ケアマネジャー	①NS・MSW・PT ②NS・MSW・PT 研究者(参与観察)	①46分40秒 ②50分07秒	◎	療養病棟へ転棟			長男 NS コアメンバー 振り返り	当日 1か月半後 当日	
J	①② 長男・長男嫁	①NS・MSW ②Dr・NS・MSW・PT	①33分22秒 ②50分07秒	○	療養病棟へ転棟			NS・PT	2か月後	
K	長男・長男嫁 ケアマネジャー	Dr NS MSW PT・OT	31分10秒	◎	介護老人保健施設へ入所			NS OT	1か月後 1か月後	
L	患者 介護事業所長 ケアマネジャー 新旧の2名	NS MSW	43分57秒	*	患者	NS MSW	録音無し	*	NS	1か月半後

※各面談参加者・インフォーマルインタビューイのうちコアメンバーを下線で示す

※面談後振り返り欄: ◎記録シート提出とICレコーダー録音、○ICレコーダー録音のみ、*記録シート記載のみ

3. コアメンバーによる振り返りとセンスメイキング. コアメンバーの振り返りとセンスメイキングの実施内容を表 11 に示す。

コアメンバーによる振り返りは、コアメンバーの印象に残った事例、スタッフによって実施された事例を取り上げて、RC 理論に基づき取り組みについて振り返りが行われた。振り返り①では患者 A・C・D・E、振り返り②では患者 C、振り返り③では患者 C の医師と

の行き違いの話題をきっかけに患者 G・I・J の医師との見解の違いや新興感染症の影響で療養病棟に転棟することにより抱いた不全感などについて話し合われた。振り返り④では患者 H、振り返り⑤では研究参加者以外の事例であったが、自宅退院を希望する患者と施設入所を希望する家族への退院支援について振り返りが行われた。

表 11 コアメンバーによる振り返り・センスメイキングの実施内容

開催時期	参加者	振り返り			センスメイキング		
		回数	実施内容の要約	所要時間	回数	実施内容の要約	所要時間
介入 2か月目	看護係長 看護師① 看護師② PT	①	1回目の振り返りまでにコアメンバーが患者A・C・D・Eのいずれかの退院に向けた面談に参加した。NS・PTともに患者・家族の退院後の生活について不安を解消できるよう情報収集し、介護の現実を伝えるよう従来から取り組んでいた。アクションを通して、専門職種による目標や視点の違いを実感し、他職種が患者と関わる様子を見る機会となった。従来から実施しているリハビリテーションカンファレンスは医師・PT・NS・MSWが集まっているにもかかわらず、リハビリテーションの進捗確認だけに終わっているため、有効活用したいと意見が交わされ、現状確認し、検討することになった。	37分	①	「アクションリサーチに参加する気持ち」、「何をテーマとして取り組むか」、「メリットになると考えているか」について問いかけた。看護係長は面談を振り返ること、他職種の悩みとの共通点の発見、NS①は難しく捉えていたが、実施してみたら普段通りであり、ポジティブフィードバックが追加になったに過ぎず取り組みやすさを感じていた。情報が伝言ゲームから共有へ変化する意義を知る。NS②はICレコーダーに抵抗を感じていたが、構えることなく面談できたと実感し、他職種の関わりから学ぶ機会とした。PTは情報共有の推進を上げた。	33分
介入 3か月目	看護係長 PT	②	患者Cの面談を詳細にNSとPTとで振り返りを実施し、専門職種間で退院目標の共有ができていないことを改めて実感した。また、患者・家族と専門職種も生活動作に求める程度が違い、入院前の情報を得ることの重要性を再認識した。	10分			
介入 4か月目	看護係長 看護師① 看護師② PT MSW	③	患者Cの医師とのいざこざの話をきっかけに患者Iでの医師との見解の違いについての話に及んだ。医師の治療方針によって患者の人生に影響があり、NSが可能性を見出し、多職種と協力しても覆せないものと感じていた。また、患者Gをはじめ、新興感染症の影響で対象病棟からの退院ではなく、療養病棟に転棟することに対して退院まで関われないことに不全感を感じていることを話し合った。患者Jの家族は今回のアクションのような面談を今後も希望されたことを共有した。さらにポジティブフィードバックによって他職種の視点を知る機会になっていること、PTは研究参加者以外の面談に参加要請が増えている、それらの中で患者の話聞き良かれと思って介入したことが患者の本当のニーズではなく、患者を置き去りにした関わりになり反省した事例を紹介し、一側面では捉えきれないニーズがあることを共有した。管理栄養士や薬剤師との連携について確認した。	53分	②	アクションとリフレクションに取り組み、感じていることや困難なことを確認すると、退院時面談が不必要ではないかと疑問が生じた。NSは病棟で退院後の生活について患者家族に調査しており、退院後に生活して退院指導の効果が判るため、退院時には評価できないと感じていた。MSWもまた患者家族との関係性が退院で途切れず、ケアマネジャーに繋ぐ役割があると面談時期について疑問が上がった。研究者は退院時面談の目的を再度説明し、退院への意気込みについて確認してもらうよう依頼した。病棟の退院後の調査では、アクションの評価として多職種からそれぞれの視点で意見があり、チームで関わってもらっている安心感を得ていることを確認した。	17分
介入 5か月目	看護師① 看護師② PT MSW	④	患者Hの振り返りを行った。面談後に長女の要望に応じリハビリテーションが始まり、患者の食事と栄養に関する疑問に寄り添い支援した担当PTを交えて患者との関わりと専門職種間の連携について振り返った。担当PTは患者Hの個性を活かした関わりを行い、管理栄養士に情報提供し、患者Hの自己管理ができるよう支援したことを共有した。PTはコミュニケーションを頻回にすることでより職種間の関係性がよくなり、その情報が患者Eのように患者へと還元され、患者の意欲が促進されることを実感していた。	44分			
介入 6か月目	看護係長 看護師① 看護師② PT	⑤	一般的な事例であるが、患者は自宅退院を強く希望しているにもかかわらず、家族は介護ができないため施設入所を強く希望した事例を言及して振り返った。介護する家族の希望に合わせることであり、療養先によって患者の可能性ではなく、入所する施設の介護状況に合わせた退院目標になることをもどかし感じていた。いずれにしてもNSとPTで退院目標をすり合わせながら関わり、多様な関わりが必要であることを共有した。	12分	③	アクションリサーチに参加しての成果について確認した。看護係長はポジティブフィードバックを通して自他ともに役割を認識でき、看護目線で勇気をもって提案することができるようになり、NS①も互いに尊重できたことに感謝を覚えていた。NS②・PTは患者一人に多くの職種が関わり多角的な視点で意見交換することの重要性を感じ、リハビリテーションを具体的な生活動作で説明することで患者の回復に繋がれたことを実感していた。また、リハビリテーションカンファレンスの内容において、進捗状況だけでなく、目標を共有するように変化したことをコアメンバーは実感していた。	38分

センスメイキングは、アクションの取り組みについて話し合った。アクション初期に「参加する気持ち」、中期に「どのように感じているか」「困難に感じること」、後期に「成果はあったか」を確認した。センスメイキング①ではポジティブフィードバックの新鮮さや自他の専門職種の役割を再認識し、研究への抵抗がなくなりつつあった。センスメイキング②では退院時面談への確認があり、センスメイキング③では取り組みによる成果を話し合った。

4. 管理者へのインタビュー. 研究開始時と終了時に管理者へのインタビューを行い、組織の退院支援に対する取り組みの変化について確認した（表 12）。

表 12 管理者インタビューの実施内容

管理者	インタビュー 時期	内容	所要時間
看護師長	開始時点	・従来の方法に満足していた。 ・看護師の経験によって得られる情報や退院支援の進め方に能力の差が生じることを問題に感じていた。	16分
	終了時点	・スタッフはポジティブフィードバックを経験し、他の専門職種の情報収集の幅の広さや思考を知ることができ、自分たちの持っている情報をより共有していく必要性を学んでいた。 ・今まで「私らこう思ってるのに…すれ違い、行き違いもありながら退院調整していた」と誤解が生じていたことを知る機会となった。 ・コミュニケーションの課題に対して、自ら情報を得ること、記録して情報を共有することの重要性を感じていた。	21分
リハビリテーション 管理者	開始時点	・従来の方法に満足していた。 ・情報共有に対する課題と統括リーダーとなる誰かの存在に期待を寄せていた。	11分
	終了時点	・「質量ともに、今までのカンファレンスのスタンスとは違う形になった」 ・本研究により「NSの面談に臨む情報収集、スタンスが一味違った」と、丁寧に情報収集をし、課題をあげるという、目的意識や問題意識をもって参加している様子が見え、質のいい、身のあるカンファレンスができたと面談に参加したスタッフから聞いていた。 ・「一人の患者に時間をかけ、しかもそれが1職種じゃなく多職種が集まって。時間をかけると満足度は必ず上がる」が、時間に課題があり、「業務上の効率の問題もある」と指摘した。 ・時間制約を考慮すると、退院支援の困難な程度に応じて、NSが判断して、複数の専門職種に呼びかけることで、専門職種間で意見交換ができると、患者・家族の満足度に繋がると期待を寄せた。 ・面談内容を文字化したことで、面談時の自分の言動が見え、次に生かせる資料になったと語った。 ・従来、患者・家族の思いや介護サービスに関しては無責任であったと認めた上で、今回は違うスタンスで臨めたことはいい面であったと振り返った。 ・また、言葉を交わしていなかった場面でもNSとのコミュニケーションの機会が増えたことを実感し、リアルタイムにリハビリテーションの進捗を伝え、NSに気をかけて欲しい内容を伝えることでリハビリテーションの進捗にも効率が良くなっていた。伝えなければ、1日2日の時間が無駄に過ぎるため、NSやMSWと話すことでより患者・家族のゴールに近づき、さらに効率を上げて迅速に対応していくことで患者・家族のニーズに沿った回復に効果がでると振り返った。	18分
MSW 管理者	開始時点	・各専門職種の関わりに課題は少ない ・退院支援は有機的なものであり、思考するためには情報の統合が弱いことを課題と捉えていた。	12分
	終了時点	・複数の専門職種が同席することにより「バラバラの情報ではなく、集約された、きちんとまとまった情報を伝えることの大切さをみんなが実感できた」。 ・中身はそれほど変わっていないが、PTの介入でより効果が上がり、伝わりやすさがよくなったことを語っていた。例えば「リハビリでは歩く練習してます。それを生活の面に落とし込むと、機能としては歩けるけど、やっぱり危なくてそれはできない、危険が伴うんですけどいう話ができる」と、従来の方法よりアクションの方法の方が総合した情報が得られることを実感していた。 ・従来の方法でリハビリテーションの見学を取り入れていたことに対して、家族に「見たらわかるだろう」と甘えていたところがあったことに気づいた。 ・面談内容の文字化について、面談の進行、口癖、関わり方に気づくことができ、患者・家族が理解しやすいような言葉を使い、「意識的な表出」ができることが大事であると語った。	28分

C. アクションリサーチによる退院支援における専門職種間連携の変化

以下では、アクション1とアクション2に分けて、結果を述べる。リフレクション1と2についてはそれぞれのアクションの中で実施した結果を述べる。

アクション2については、本研究で退院支援を実施した12事例をもとに、本研究の開始から終了までに専門職種による退院支援、患者・家族のアウトカムおよび組織にどのような変化があったのかを分析することを通じて浮かび上がった、退院支援における専門職種間連携の変化をあらわす3つのフェーズを記述する。

1. アクション1：対象病棟における退院支援の研究開始前の状況と課題および本研究とのすり合わせ。 アクション1では退院支援における専門職種間連携の課題を明確化し、共有することで、課題への取り組みを推進していくための準備状態を作することを目的とし

た。対象病棟における勉強会およびコアメンバーと本研究との現状のすり合わせを実施し、管理者にもインタビューを実施した。この時期には、研究参加者の募集と説明同意プロセスと並行して行い、また、研究参加の候補者に興味を持ってもらうために、リフレクション2としてRC理論の説明を記したRC通信No.1を発行した。

結果、対象病棟における退院支援の現状が明らかになった。まず、入院時に退院調整チェック表を用いてNSが患者と家族から退院後の療養についての意向と入院前の生活状況を確認し、多職種と家族が集まり、退院後の生活や療養先、介護保険の状況について情報共有し、調整する退院調整カンファレンス2〜3回を実施していた。退院調整カンファレンスは、リハビリテーションしている患者の場合、まず、家族とケアマネジャー等の地域支援者が患者の訓練状況を見学し、PT・OTから現状と課題を聞き、次に場所を移動して、医師の病状説明、NSから入院中の様子や注意点などの説明の後、最後にMSWが退院後の療養先、介護サービス、介護保険について家族・地域支援者と相談・検討していた。医師とNSはそれぞれの説明後には退席していた。退院前には必要に応じて、NS、あるいはPT、OTが組み合わさり退院前訪問を実施し、家屋の状況の確認や手すりの設置提案など行い、退院に向けて調整を進めていた。また、リハビリテーションの進捗確認の場として医師・NS・PT・OT・MSWなどの専門職種が集まるリハビリテーションカンファレンスが週1回実施されていた。しかし、新興感染症拡大に伴い、本研究の取り組みが始まった2020年10月頃から面会禁止となり、退院調整カンファレンス前のリハビリテーション見学、退院調整カンファレンスでの患者と家族の同席、退院前訪問は全て禁止となっていた。

このように従来、対象病棟では退院支援に多くの専門職種が関わっていたが、専門職種同士のカンファレンスなどで退院に向けての課題を共有する機会はあるものの、患者・家族のいる場で複数の専門職種が共に支援を行う機会は少なく、患者や家族の不安や困りごとを各自が聞き、あるいは伝言ゲームのように伝え聞いた範囲で関わっていた状況が明らかになった。また、新興感染症の拡大により、家族によるリハビリテーション見学や退院前訪問ができなくなっていた。その点で、本研究のアクションは既存の退院支援を応用しながらも、新興感染症の影響を緩和し、かつ2職種以上でカンファレンスに同席するものとなり、研究フィールドの退院支援における専門職種間連携の促進に向けて新たな要素を付け加えるものと考えられた。

勉強会やコアメンバーとの事前打ち合わせでの研究参加者の質問や発言からは、研究フィールドでは日頃から他の専門職種と情報共有を行い、退院支援に熱心に取り組んでいる

ことが分かった。コアメンバーより、新興感染症の影響でその退院支援を研究者に見せられないことを残念である、十分に取り組んでいる様子を研究に活かそうとの意気込みが語られるなど、現状の退院支援に一定程度、満足している様子であった。一方で、看護師長は経験上、退院支援に対して他職種と情報共有が不足していることを課題に感じており、NS の経験年数や熱心さなど能力に差があることを課題と捉えていた。リハビリテーションの管理者はそれぞれの専門職種が得ている患者・家族および在宅の情報が正確にかつ有効に共有できず、非効率な状況になっていること、退院支援の調整者が不在であることに課題を感じていた。MSW の管理者は各専門職種の関わりとしては課題が少ないが、退院支援は有機的なものであり、思考するためには情報の統合が弱いことを課題として挙げた。管理者が課題と捉えていた情報の共有不足に関しては、リハビリテーション課の提案で解決に向けてプロジェクトが直前に立ち上がっており、各管理者は本研究を機会に再考したいと考えていた。

事前打ち合わせでの課題は、1 つ目に本研究のアクションと現状の退院支援との違いが不明瞭で実施内容が伝わりにくかったため、退院に向けた面談は 2 職種以上で実施し、互いにポジティブフィードバックを実施することを最低限の依頼とする変更を行った。2 つ目に、研究参加者となる患者の選定において認知症者の扱いが難しいことが上げられたため、研究計画書に沿って再度説明し、判断基準の了解を得た。これらについては、看護係長を中心に、研究参加者の条件に該当する患者を選定し、そのうち自宅退院を目指すことが可能な者をリストアップするためのフローチャートが作成されるなどして、積極的に準備が進められた。3 つ目に IC レコーダーの利用に抵抗が生じた。IC レコーダーに使用は必須条件ではなく、記録シートの活用でも可能であることを説明し、了解を得た。

全般的にみて、アクション 1 では研究参加者にとって課題が明確になるというよりは、研究を確実に実施するにはどうするかが焦点となっており、その調整が中心となった。実際には、後で述べるようにアクション 2 が始まり、複数の専門職種による面談を実施するなかで、連携に関する課題が明確になり、研究参加者に主体的に解決しようとする姿勢が見られるようになった。

対象病棟の退院支援の方法と本研究の提案をすり合わせた後のアクション 2 の実施時期と内容を表 13 に示す。

表 13 対象病棟の退院支援の方法と本研究の提案をすり合わせた後のアクションの実施内容

対象病棟の 退院支援の方法		すり合わせた後 本研究における実施内容
入院時～1週目	看護師による入院前情報の聞きとり	看護師による入院前情報の聞きとり
入院2～3週目	退院調整カンファレンス① a.リハビリテーション見学 b.場所を移動して、医師・NSは説明 説明後は退席 c.最後にMSWと介護サービスの調整 ※専門職種の同席はまれ。	2職種以上が同席する退院に向けた面談 (意向確認) 面談後、振り返り(ポジティブフィードバックは必須)
入院5週目	退院調整カンファレンス②	2職種以上が同席する退院に向けた面談 (退院調整) 面談後、振り返り(ポジティブフィードバックは必須)
退院	必要時退院前 退院調整カンファレンス	退院日～2日前、2職種以上が同席する退院時面談 (退院調整の感想・退院直前の思いの確認) 面談後、振り返り(退院支援の評価)

2. アクション2: 退院支援における専門職種間連携の変化の3つのフェーズ. 表14の通り3つのフェーズを見出した。以下にフェーズと事例を紹介する。フェーズを<>、各事例の中心的なテーマを【】、テーマを[]、語りを「」で示す。

フェーズ1はアクション初期の4事例で、従来の退院支援の様子が垣間見える期間であり、<定石通りの退院支援に起こる専門職種間の退院目標の食い違いと患者の思いを知ろうとしていなかったことへの気づき>と命名した。このフェーズの退院に向けた面談の参加者はNSとMSWであり、まだ、PTは参加していなかった。NSとMSWにはそれぞれ定石と呼べるような患者・家族との関わりや退院支援のストーリーがあり、共に面談に参加することで他の専門職種の役割を観察し、自己の役割を振り返った。これらの定石的な関わりは支援に結びつく場面もあったが、患者・家族によっては上手く結びつかない場面もあった。また、面談の場以外でのNS・MSW・PT・医師との連携が不十分で、専門職種がそれぞれに異なる目標を設定し、患者・家族とも共有することなく進めていた場面もあった。振り返りの中で、患者の思いを知ろうとしていなかったことへの気づきを得ていた。スタッフとコアメンバーは経験不足(看護師長前インタビューP5,L17-34)と効率性の低さ(リハビリテーション管理者前インタビューP1,L36-P2,L30)による情報共有を課題と捉える以外は従来の退院支援に満足していたが、アクションによりこれら以外に課題が見えた時期であった。

フェーズ2は退院に向けた面談にPT・OTが参加し始めた3事例の時期であり、**＜退院に向けた面談に同席する専門職種が広がり、患者・家族の語りを一緒に見聞することによる創造性の向上＞**と命名した。従来、面談には同席する機会が少なかったPT・OTの参加が得られ、患者・家族の不安や困りごとを一緒に聞くこと、それぞれの視点から対立する意見であっても出し合うことで、共有される目標がそれぞれの専門職が目指すものではなく、患者・家族のニーズを中心としたものに変化していった。また、今まで気づかなかった専門職種の支援内容やその背景になる考えや思いを知り、自他の専門職種の視点や役割を認識するとともに、相互尊重の態度と信頼感が生まれていった。少しの時間を見つけて廊下でのすれ違い際や何らかの待ち時間に声を掛け合ったり、その日の患者のケアが終わるとその様子を伝えるために担当する他の専門職種のもとを訪れたりしてタイムリーな情報共有と意見交換が行われ、その内容が目標達成に向けた患者への支援にも活かされ、患者の回復意欲が高まり、家族の介護への前向きな態度が引き出されるようになった。このように面談に同席する専門職種が広がることで、情報共有・情報交換する機会が増え、視野の違いから新たな提案が生まれ、創造性のある関わりが見られるようになった。

最後の5事例の退院における専門職種間連携をフェーズ3とした。患者・家族の抱える問題には解決が難しいものが少なくなかったが、住み慣れた自宅で過ごしたいという患者・家族の願いに応じて、専門職種が力を合わせて創造的に解決しようとしていた。不安や困りごとを抱える患者・家族に対しては時間をかけて真摯に話を聞いたり、早期に目標を設定して取り組む必要がある内容であればその場で話し合っって目標を決めたりするなど、対応にも柔軟性が見られるようになった。また、密な連携のもとに他の職種の役割を兼ねて、患者の生活支援、医療・介護、地域支援者との調整を行ったりするなど、個別のニーズに応じたきめ細かで幅広い支援が行われるようになった。これらの自他の専門性を発揮しつつ、フレキシブルにお互いの立場を入れ替えることができる専門職種間連携を通じて、患者・家族は不安を軽減し自宅退院に向けて一歩踏み出しており、**＜専門職種間の相互依存性を高め患者・家族の抱える難題に向き合う対応力の進歩＞**と命名した。

アクションとリフレクションを繰り返すことで、他の専門職種の関わりを知り、自己を振り返ることで役割や患者・家族の関わりに気づきを得て、患者・家族の不安や困りごとに向き合う姿勢に変化が見られた。以下にフェーズ毎に、事例で浮かび上がったテーマとそれらの事例のテーマから導かれたフェーズでの専門職連携の変化を記述する。

表 14 3つのフェーズと各事例の中心的なテーマ・テーマおよび逐語録の出所

フェーズ	中心的なテーマ	テーマ	逐語録の出所
1	A 患者の意向を汲む妻の介護負担を 勞い、本心をつかみ介護サービスの 再調整を開始	面会禁止によって患者の様子が見えない家族の不安に対して、NSが入院中の様子を説明することで安心を与える	A退院に向けた面談P1,L23-P2,L5
		MSWは退院後の生活に視点を置き、社会資源の利用状況や介護負担を情報収集する姿勢で接する	A退向_P5,L5-13
		患者の意向を汲む妻の介護負担を労うことで本心を語りやすい関係を築き、支援を受け入れてもらう	A退向_P4,L31-P5,L1 A退向_P12,L27-34
		介護サービスの調整により母の介護負担が軽減したことを次女は実感する	次女II_P1,L7-25
	B 介護負担を勞い、介護サービスの再 調整を促すが、介護できていると自 信を持つ長男の妻の介護負担を感じ させない厚い壁に苦慮	長男の妻は介護講習を受け、患者からも介助がヘルパーより高評価であることに自信を持つ	B退向_P2,L5-6
		今まで通りの生活を望み、「なってみないとわからない」という長男の妻の語り口調に取り付く島がない	B退向_P2,L27-P3,L4 B退向_P6,L6-23
		長男の妻は大丈夫というので介護サービスが導入できず、患者本人はどう思っているのかという思いが残る	NS・MSWII_P3,L16-P4,L8
		退院許可を連絡する医師に対し、まだまだ在宅で生活できないと考えるNSとの食い違う退院目標に長女は情報交換のなさに不信感を抱く	NS・MSWII_P1,L16-31
	C 医師とNSの退院目標の相違をきっ かけにNSとPT、患者・家族ともに目 標の食い違いに気づき、いざごさ 後の面談であったが、長女の介護に 対する困りごとを受け止め雨降って地 固まる	いざごさ後の面談だからこそ丁寧に長女の思いを聞き、雨降って地固まる	NS・MSWII_P2,L8-P3,L6
		長女は困りごとへの介護のヒントを得て、周囲の力を借りて患者を介護していこうと意気込む	C退向_P13,L27-P14,L1
		階段は登れないから施設入所が望ましいと考えていたNSはADLの回復をPTに任せている	NSII_P2,L32-P3,L10
		NSとPTは患者・家族が退院可能とするADLレベルの低さに驚き、今より悪い状態で生活していたことを知る	NS・PTII_P2,L18-31 C退向_P12,L31-P13,L2
2	D 夜間頻尿のある患者の生活習慣と 入院生活のペースが違い、入院中 の拒否行動を単なる我儘と捉えて患 者の本心を知ろうとせず定石通り の退院支援を実施	NSは長女の介護力を高く評価し安心感を得るが、MSWは将来的な介護に対する情報不足に不安を残す	C退向後振り返り_P2,L33-P3,L19
		リハビリテーションと点滴治療を拒否する患者の振舞を単なる我儘と捉える	NSII_P1,L26-P2,L9 D退時後振り返りP1,L2-8
		専門職種による退院支援の段取りを経ることなく退院を早めた患者の理由を知り、患者の生活習慣に合わせたいなかったことに気づく	D退時P1,L36-P2,L23
		PTは患者の生きがいである仕事への復帰を見据え、通常よりハードなりハビリテーション計画を立案する	E退向_P1,L22-P2,L21
	E 患者の生きがいである仕事復帰に 向けたハードなりハビリテーションの 進捗を専門職種間で共有し、一喜一 憂しながら取り組む患者を激励	PTとMSWはエレベーター待ちや廊下のすれ違い時に患者のリハビリテーションの進捗を共有し、患者にも言葉をかけて回復意欲を支援する	PTII_P1,L31-P2,L4
		患者はリハビリテーションの遅れに不安を抱える中で専門職種の途切れない激励に感謝し、仕事復帰に意欲を見せる	E退時_P1,L9-27,P2,L13-17
		山間部で雪深く介護サービスの過少地域であり、積雪のある時期に退院すると長女が容易に訪問できず介護ができない上、地域包括ケア病棟の60日入院期限の切迫に苦悩する	F退向_P5,L30-P10,L17
		患者。長女の意向を汲み、NSとPTは背の高い患者に合わせてポータブルトイレの高さを調整し、ベッドサイドで排泄の自立に取り組む	NSII_P3,L3-35 NSII_P5,L23-24
	F 認知症のある高齢夫婦2人暮らしの 不安と入院期限の切迫に苦悩する 長女へのサービス調整の提案とNS とPTのトイレの自立に向けた創造性 のある工夫	患者の希望に沿えなかったが、退院後ショートステイと施設入所ができたこと、ポータブルトイレでの排泄が自立できたことに満足する	F退時_P1,L7-P3,L33
		尿路感染で入院した後、脳梗塞と誤嚥性肺炎を発症した患者の病状に対し、長女は入院前の介護経験から窒息リスクを気にする	G退向_P1,L15-P2,L1
		高次脳障害が遺る患者の食事介助に対して長女は不安や怖さを訴えるが、食事介助の練習を進めると専門職種の方向性は変わらない	G退向_P5,L26-P7,L13
		食事介助を練習して自宅退院するという雰囲気の話に対して、食事以外の介護負担を課題に施設入所もあるとNS間でも意見が分かれるとNSが再考を提案する	G退向_P9,L11-P11,L1 G退向_P13,L12-17 G退向_P16,L6-P21,L13
3	G 専門職種が暗黙の了解の下、長女 に食事介助の練習を進め自宅退院 を目指そうとする面談で長女の不安 を受け止め再考を提案するNSの役 割	専門職種が長女の不安や介護に対する思いを受け止めることにより、長女は食事介助の見学を受け入れていく	G退向_P16,L6-P21,L13
		長女は脳梗塞の既往があり、患者の介護のために元気でいたいと語り、3か月後に自宅で介護できるよう準備を進めようとしている	NSII_P2,L7-15
		医師の患者の生活習慣を見据えた治療方針にNSは歩調を合わせながら薬剤、栄養、家族等の情報収集とアセスメントを進めて専門職種と連携を図る	H退向_P1,L28-P8,L23 H退向_P11,L3-P12,L14
		PTがリハビリテーション中に聞く患者の食事に関する困りごとを記録や対面でNSや管理栄養士に繋ぐが、NSと管理栄養士が相談して指導する栄養相談は患者の知りたい内容とは一致しない	管理栄養士II_P1,L12-P3,L4,L1 コアメンバー振り返り④_P3,L2-P7,L5
	H 医師・NSによる患者の生活習慣を基 にしたアセスメントに患者の声を基 にしたPTの職種を越えた食事・栄養 関連の関わりが融合した多職種との 連携	自宅退院に向けて開始されたリハビリテーションの場で食事や健康管理について本音を語り、患者らしい管理方法を見出す	コアメンバー振り返り④_P4,L30-P7,L21
		退院後の初回受診日に本の返却にPTを訪問し、患者は退院後の生活に満悦し血液データも改善していることを報告する	コアメンバー振り返り④_P3,L6-12
		感染症の再燃により入院前以上に介護量の増加が見込まれる状況で、長男は何度も大きく息を吸い込みながら母の排泄介助に抵抗を感じ、長男は苦悩する	I退向②_P6,L26-P7,L2 参予観察フィールドノート
		面談中、NSとPTはその場で長男の介護負担を軽減できるように排泄時の立位保持の安定を目指す計画を話し合う	I退向②_P13,L21-P14,L28 参予観察フィールドノート
	I 大きなため息に現れる入院前より 介護量が増加した母を受け入れる長 男の苦悩に寄り添い、NSとPTが面 談中に新たな立位保持の計画を立 案し、MSWはケアマネジャーと最終 調整	自宅退院は無理だと決めつける医師に対し、患者・長男の力を信じて専門職種が連携し、転機を阻む	コアメンバー振り返り③_P1,L9-P4,L5
		各専門職種からの多面的な情報を得て、不安が残るが地域の力を借りながら介護しようと意気込む	I長男II_P1,L4-P2,L26
		肺高血圧症の既往があり血中酸素濃度が正常値外の状態について今後どうなるのかと	J退向①_P3,L1-P4,L15
		長男の不安は後を絶たない	J退向②_P2,L29-P5,L8
4	J 自宅退院に向けて肺高血圧症の治 療に固執する長男と自宅で看取りた いが介護量の多さに不安を抱える長 男の妻に各専門職種からの正確な 情報と無理のない選択肢を提供	「最期は家で看取りたい」という長男の妻の思いは入院の経過と共に介護への不安と負担感が増していく	J退向①_P7,L34-P8,L22 J退向②_P6,L22-P11,L9
		患者が安楽に過ごせて、長男夫婦の不安と介護負担の少ない提案として訪問診療・看護や介護サービスの調整を図り、長男夫婦の納得できる介護を探る	J退向①_P7,L1-P11,L36 J退向②_P17,L3-P19,L34 NS・PTII_P1,L22-P4,L16
		各専門職種は自宅退院が可能と推測していたところ、長男夫婦ともに持病があり転倒リスクのある患者を支える力がないと涙ながらに訴える	K退向_P4,L25-P5,L14
		専門職種は長男夫婦の介護力と患者の回復力を丁寧にすり合わせ介護サービスの調整を図るが長男夫婦の意思は固い	K退向_P7,L8-P9,L6
	K 持病により介護力が乏しい長男夫婦 と自宅退院を希望する患者との意向 の相違を共有し、自宅療養の可能性 について多角的に情報提供するが 長男夫婦の意思は固い	在宅退院を願っている患者と介護できない長男夫婦との間を間接的に取り持つ	K退向_P8,L15-P9,L23
		リハビリテーション目的での介護老人保健施設への入所に患者は仕方がなく従う	OTII_P4,L4-19
		糖尿病による食事制限・孤独・閉塞感のある地域・雪深い環境下の生活など言葉巧みに多岐にわたる不安を語る	L退向_P1,L14-P6,L15
		食事療法と内服管理ができるように患者の意向を汲み地域支援者とともに相談する	L退向_P7,L2-13
	L 言葉巧みに多岐にわたる不安を訴 える中から患者が本当に求めている 「孤独からの回避」を見出し、退院時 に地域支援者の連絡先一覧を渡し て不安の緩和	「心配だけでは意味がない」と語る患者の思いを汲み取り、退院時に地域支援者の連絡先を記した一覧表を手渡すと患者は大喜びして退院する	L退向_P13,L8-12 退時_記録シート NSII_P5,L2-11
		NSは患者の強みを生かして、健康を維持し生活できるよう調整し、退院後は訪問して生活を覗いてみたいと語る	L退向_P6,L17-P8,L19 NSII_P2,L13-P4,L4

NS:看護師, PT:理学療法士, OT:作業療法士, MSW:社会福祉士

a. フェーズ1<定石通りの退院支援に起こる専門職種間の退院目標の食い違いと患者の思いを知ろうとしていなかったことへの気づき>. フェーズ1はNSとMSWが参加した患者A～Dの退院に向けた面談が実施された期間とした。

1)【患者の意向を汲む妻の介護負担を労い、本心をつかみ介護サービス再調整を開始】したAさんの事例. Aさんは70代後半の男性で妻と二人暮らしであった。子どもは娘3人で、長女と二女は看護師であった。今回は、仙骨部褥瘡の再燃、栄養障害、誤嚥性肺炎、尿路感染で入院され、現在、褥瘡は改善しつつあるが、誤嚥性肺炎か尿路感染によるものか、いまだ原因不明の熱発があり、今後もそのリスクは存在すると予測されていた。基礎疾患はパーキンソン病、高血圧症、糖尿病、脊柱管狭窄症、脳梗塞であった。

前回の肺炎、尿路感染による入院から1年間、同じく高齢の妻が自宅で介護をしながら看ていた。デイサービスの利用は午前中のみで、妻は休んだ気にならなかったが、Aさんの希望により午後は利用していなかった。Aさんは自宅のほうが、言いたいことも言え、周囲に遠慮せず生活できるようで、午後のデイサービスの利用も車椅子がしんどいと乗り気ではなかった。妻は自身による介護の限界を感じ、逡巡しながらも、Aさんの気持ちを理解し、介護を続けていこうとしていた。

Aさんの退院に向けた面談は入院23日目に行われた。まだAさんは熱発しており、MSWは自宅での介護状況の確認、看護師は今後も熱発のリスクがあることを家族と共有するに留めた。この面談にはAさんの妻と娘3人、NSとMSWが参加した。

退院に向けた面談はMSWの進行で、NSから家族にAさんの状況を伝え、安心してもらうところから始まった。新興感染症流行のため面会が禁止されており、特に長女と次女からAさんを心配する発言が多く聞かれた。[面会禁止によって患者の様子が見えない家族の不安に対して、看護師が入院中の様子を説明することで安心を与える]ことに繋がった。看護師はAさんには抗生剤の点滴が行われている状況を説明するとともにAさんが食事を全量摂取するほど食欲があり、3食以外に促している水分摂取でも「お茶、結構好きですよ。勧めると吸い飲み1杯分くらいスベツと飲まはる」(患者A退院に向けた面談P2,L3-5)と、看護師が観察したAさんの様子や好みについて細かな内容、配慮して行っているケアを伝えたことが、家族にAさんがきちんと観察され、ケアされていると安心を与えていた。

家族が一安心したところで、面談内容は情報収集に移っていった。[MSWは退院後の生活に視点を置き、社会資源の利用状況や介護負担を情報収集する姿勢で接する]と、妻も

ベッドからズレることが褥瘡に良くないことはわかっているが、Aさんは体格が大きく妻一人では起こせず、ヘルパーを呼んでも個人によっては起こしてもらえない場合があること、午前だけでなく午後もデイサービスを利用したり、施設に入所したりすることは本人が希望していないこと、現在利用している介護サービスが複数あり、その調整に困っていること等の詳細な情報を得ていった。

妻は介護負担を強く感じていたが、Aさんの希望もあり、これ以上の介護サービスを利用することを躊躇していた。細やかに自宅での介護の状況を確認しながらも、MSWは「**患者の意向を汲む妻の介護負担を労うことで本心を語りやすい関係を築き、支援を受け入れてもらう**」ようにした。患者の状態を鑑みるとこれまでよく介護してきたと労うと、「なんか、（もう、施設に）入れちゃおうかなと思って、（本人が）『いやや』っていうからね。」

（患者A退院に向けた面談 P12, L32）と本心を語った。このように妻の率直な気持ちを引きだし、受け止め、労い、一人で抱え込まず支援を求めてもよいと思えるように支援していった。この後、Aさんと家族は介護サービスを調整することになり、家族の選択肢にはなかった小規模多機能を利用することになった。

退院に向けた面談4か月後、次女にインフォーマルインタビューを行った。そこでは面会制限中であったこともあり看護師の情報提供で安心が得られたこと、また、母の介護力不足を補う方法が知りたかったため、**「介護サービスの調整により母の介護負担が軽減したことを次女は実感（する）」**していた。それに加えてAさんの栄養状態が改善したことに満足していると入院前の両親の様子を思い出しながら語られた。

Aさんの退院に向けた面談では、NSが面会制限中のAさんの回復状況や生活の様子を伝えることで家族に安心感を与えていた。また、MSWが妻の介護に対する苦労や不満を肯定しながら傾聴することで、妻が本心を語れる面談となった。Aさんの介護量と妻の介護力、娘たちの支援力を正しく知ること、Aさん家族にふさわしい形が提案でき、患者・家族の満足に繋がっていた。

Aさんの退院に向けた面談に参加したコアメンバーのNSは事前打ち合わせにおいてアクションの実施に意欲的な姿勢を見せており、皮切りとして退院に向けた面談を実施した。実施後、「なんか普通に今まで通りやってることプラス、ポジティブフィードバック」と述べ、入院中の患者の様子を細やかに伝えることで家族に安心を与える先の関わりは、これまでも行ってきたことであることが窺われた。

IC レコーダーの録音に対しても「思っていたほど緊張しない」（コアメンバー振り返り

①P2,L14-19) ことを実感していた。その後も研究参加者に声をかけており、コアメンバー以外で面談参加者となった NS によると、コアメンバーの NS から勧められたことを語っていた。

2)【介護負担を労い、介護サービスの再調整を促すが、介護できていると自信を持つ長男の妻の介護負担を感じさせない厚い壁に苦慮】したBさんの事例。 Bさんは80歳代後半の女性であり、夫と長男夫婦の4人暮らしであった。今回は、発熱、両下腿蜂窩織炎で入院した。抗生剤を投与しているが、炎症所見は下がりきらず微熱が続いていた。両下肢は毎日のケアで症状は軽減してきていた。基礎疾患は高血圧症、既往は腰部脊柱管狭窄症、子宮体癌であった。

長男の妻がBさんの介護と家事を一人で担っていた。Bさんは車いすからトイレの移乗は自立していたが、ベッドから車いすへの移乗は長男の妻の介助が必要であった。そのため、長男の妻が13時から21時頃まで仕事している約8時間は車いすに座りっぱなしの生活であった。デイサービスで入浴サービスを利用していたが、新興感染症拡大によりBさんの意向で中止していた。Bさんの長男の妻は介護の講習を受けたこともあり、自分の介護について「私の方が楽って言うてくれてます」（患者B退院に向けた面談、P2,L5-6）と[長男の妻は介護講習を受け、患者からも介助がヘルパーより高評価であることに自信を持つ]様子が窺えた。

退院に向けた面談は入院22日目に行われ、介護者である長男の妻とNS、MSWが参加した。退院に向けた面談はMSWの進行で、長男の妻が退院後のBさんの生活をどのようにイメージしているかを確認するところから始まった。長男の妻はBさんが今まで通りの生活ができることを望んでいた。NSから長男の妻にBさんは体格がよく、今後、加齢に伴い体力が低下すると、介護量も増えるであろうとの見込みを伝えられたが、長男の妻は「それはなってみないとわからないんで。まだ、考えられないです」（患者B退院に向けた面談P3,L4）と述べた。また、MSWからも仕事と介護の両立は負担ではないかと尋ねられたが、長男の妻は「別に」（患者B退院に向けた面談P6,L21）と述べ、[今まで通りの生活を望み、「なってみないとわからない」という長男の妻の語り口調に取り付く島がない]。結局、Bさんの事例では介護サービスの調整には至らなかった。

この面談の2か月半後に行ったNSとMSWにインフォーマルインタビューでは、NSとMSWは面談を振り返り、Bさんが自宅で長時間も車いす座位で過ごしていた事実には衝撃を受けていた。MSWが「ちょっとイメージがわかなかったんですね。今の状態でど

う過ごしてはったんてところが…」と振り返り、NSはBさん自身が約8時間も車いすに座りっぱなししていることを「Bさんがどう思ってただろうなって…」と、Bさん本人の思いが確認できていなかったことへの後悔の念を語った。MSWも「家族さんの思いは聞けたけど、本人さんの思いがまだやったかな〜お話もある程度できる方でしたし…」(患者BのNS・MSWインフォーマルインタビューP3,L30-P4,L8)と述べ、**[長男の妻は大丈夫というので介護サービスが導入できず、患者本人はどう思っているのかという思いが残る]**面談となった。

Bさんの退院に向けた面談では、MSWは長男の妻の介護負担に対してAさんの事例と同様に労いの言葉をかけており、このように家族の苦労を労い、介護サービスの導入に繋げることがMSWの定石であることが窺われた。しかし、介護に自信を持っている長男の妻は労いの言葉に抵抗感があるような口調で介護負担はないと語り、介護サービスを調整する糸口がつかめずにいた。インフォーマルインタビューでは、NS・MSWは初めて知ったBさんの日常生活や長男の妻の介護負担に対する思いがけない反応に戸惑ったことを振り返りつつ、最も肝心と言えるBさん本人の思いを聞いていなかったことへの気づきを共有することになった。

3)【夜間頻尿のある患者の生活習慣と入院生活のペースが違い、入院中の拒否行動を単なる我儘と捉えて患者の本心を知ろうとせずに定石通りの退院支援を実施】したDさんの事例. Dさんは80歳代前半の女性であった。夫の死後、次女と2人暮らしをしていたが、半年前に次女が転勤となり独居になった。近隣に住む看護師の長女が時々Dさんを訪ねていた。今回は腰椎圧迫骨折で入院された。基礎疾患にCOPDがあり、高度難聴であった。

発症1ヶ月程度の間は、寝返りで嗚咽するほど痛みが強かったが、Dさんはもともと我慢強く、自分なりのやり方で自宅療養を続け、いよいよ痛みになんて耐えられなくなって、急性期を過ぎて入院した。入院後は順調に回復し、併発した軽度肺炎の軽快を待って退院予定となった。Dさんの疼痛が緩和したにもかかわらず、リハビリテーションや点滴治療には積極的ではなく、帰宅したいと訴えが強かった。

退院に向けた面談は入院6日目に行われ、医師、看護師、MSWが参加した。MSWの進行で医師の病状説明、看護師からの服薬管理の説明の後、退院後の生活状況の確認へと展開した。長女はこの機会に介護保険を申請したいと希望しているものの、以前、長女が夜間頻尿のDさんのため、少しでも動きやすいようにと電動ベッドを準備したが、Dさ

んの使い勝手に合わず使用しなかった経緯があり、Dさんのために介護サービスを調整しても利用しない可能性があることを心配していた。その心配を参加者全員で受け止め、今後、介護保険を申請し、ケアマネジャーとともに介護サービスを調整する方向で面談は終了した。

結局、Dさん本人の強い希望により、退院支援の段取りを経ることなくDさんは退院した。退院時面談でNSとMSWは長女から「患者心理はこういうもんやな…（中略）夜寝てないんですよ。朝に誘われるのがしんどかったみたい…『朝は休息するんちゃうんか』って言ってました」（患者D退院時面談 P1,L30-P2,L9）という話を聞いた。Dさんは夜間頻尿で夜にあまり眠れないため、朝の用事を済ませた後は休息するという生活習慣があり、それにもかかわらず入院中、朝からリハビリテーションや点滴を促されて苦痛だったとのことだった。専門職種は「**リハビリテーションと点滴治療を拒否する患者の振舞を単なる我儘と捉える**」が、「**専門職種による退院支援の段取りを経ることなく退院を早めた患者の理由を知り、患者の生活習慣に合わせていなかったことに気づく**」ことになった。

NS・MSW・PTもDさん本人が入院生活をどのように感じていたかをつかめておらず、専門職種のペースで関わり、そのことがDさんの苦痛になっていた。退院時面談でNSは「ペースに合わせた方がよかったんかな」（患者D退院時面談 P2,L16）と語り、MSWもインフォーマルインタビューで「患者サイドに立ててなかった」（患者DのMSWインフォーマルインタビューP2,L16）と、反省を述べていた。

4）【医師とNSの退院目標の相違をきっかけにNSとPT、患者・家族ともに目標の食い違いに気づき、いざこざ後の面談であったが、長女の介護に対する困りごとを受け止め雨降って地固まる】Cさんの事例。Cさんは80歳代後半の女性で、独居であったが、介護のため長女が同居していた。今回は腎盂腎炎による発熱で入院となり、頸部偽関節症も重なり偽関節痛もあった。基礎疾患に高血圧症、心不全、腎不全、腰椎圧迫骨折があった。

Cさんはエレベーターのない5階に住んでおり、2年前に腰椎圧迫骨折で入院した時に1階への引っ越しを進められたが、自宅から見える景色を気に入っており、頑なに拒否していた。長女はCさんの思いを汲み、少しでも長く自宅で暮らせるように介護していたが、尿意があってもオムツに排尿したり、服を脱ぐのが億劫で入浴しなかったり、運動を進めても寝てしまったりと気の向くままのCさんの生活ぶりに疲れを感じていた。ま

た、認知症者である C さんの今後の介護にも不安を感じていた。

C さんの退院に向けた面談は入院 13 日目に行われた。退院に向けた面談の前日、医師は看護師に事前の相談もなく、突然長女に退院の連絡を入れ、看護師が間に入って撤回するという出来事があった。**[退院許可を連絡する医師に対し、まだまだ在宅で生活できる状況ではないと考える NS との食い違う退院目標に長女は情報交換のなさに不信感を抱く]** ことになった。面談を開始するにあたり、NS はこの件について長女に丁寧に謝罪した後、MSW が加わり、C さんの強い帰宅願望を叶えようとしている長女の意向を窺うようにして、和やかな雰囲気 で退院に向けた面談が始まった。**[いざこざ後の面談だからこそ丁寧に長女の思いを聞き、雨降って地固まる]** ように NS と MSW は入院前の生活状況、介護状況、長女の困りごとや思いに耳を傾け、長女も詳細に介護状況や工夫していること、不安について語った。長女は、NS が入院中に行っているケアを聞いて、尿意があるにもかかわらずオムツ内で排尿する C さんに対して「なるほど、私が（トイレ）誘導するってことはなかったな、任せてたし」（患者 C 退院に向けた面談 P8,L34）と述べ、また、排便回数をカレンダーに○をつけて把握する方法があるなどの介護のヒントを得ていた。長女は「自分の余裕がなくなるとつらく当たってしまって、認知症を進行させてしまうって。気を付けないとな〜。（中略）友人にも一人で抱え込んだらあかんって言われて。（中略）勇気だして頼らせていただきたいな」（患者 C 退院に向けた面談 P13,L27-P14,L1）と、**[長女は困りごとへの介護のヒントを得て、周囲の力を借りて患者を介護していこうと意気込（む）]** んでいた。面談後、ケアマネジャーと介護サービスを調整し数日後に退院となった。

退院に向けた面談 1 か月半後に行ったコアメンバーによる振り返り②兼インフォーマルインタビューでは、専門職種間でも、患者・家族との間でも退院目標に食い違いがあったことを振り返った。従前より NS と PT が具体的な退院目標をすり合わせる機会がなく、医師が長女に連絡したことがきっかけで、両者が C さんのリハビリテーションの目標について話し合うことができた。NS は「ADL のところは PT に任せてる、やってくれるやろうっていう気持ちがあった」（NS インフォーマルインタビュー P2,L7-8）と語り、**[階段は登れないから施設入所が望ましいと考えていた NS は ADL の回復を PT に任せて（いる）]** いたと振り返った。PT もまた、自宅が 5 階であることは看護師の記録から読み取っていたが、階段練習は計画していなかった。「さすがに 5 階は無理やろうってみんな思ってたところが意外といけて…もともとちょっと行ってフーみたいな感じやって、『そんな

に変わらないですね。なんなら前より早いです』っていう意外な家族さんからの反応もあって」(NS・PT インフォーマルインタビューP1,L12-16)と、[NSとPTは患者・家族が退院可能とするADLレベルの低さに驚き、今より悪い状態で生活していたことを知(る)]った。NSとPTは患者と家族が求めていたレベルは思っていたより高くなく、入院前のCさんの生活状況を正確に把握しようとせずに退院支援を進めていたことに気づいた。

インフォーマルインタビューでは、長女の介護力の評価や見通しにNSとMSWに見解の違いがあることも明らかになった。NSは面談を通して、長女はCさんの加齢に伴う変化や介護について客観的に捉えることができていると評価していた。一方でMSWは今後、5階での生活が困難になった場合、どうするかなど、将来の介護の見通しについて長女に確認できなかったことに不完全さを感じていた。[NSは長女の介護力を高く評価し安心感を得るが、MSWは将来的な介護に対する情報不足に不安を残す]など、専門職種が情報共有することにより患者・家族を評価する視点や見解にも違いが見られた。

5) コアメンバーによる振り返りとセンスメイキング

以上のA、B、C、Dの事例について、リフレクション1として実施した研究開始2か月目後半のコアメンバーの振り返り①では、次のような振り返りが行われた。NSは、患者が昼夜を問わず帰宅したいと訴える様子を見て、ADLを改善し、自宅に退院させたいと意気込むが、それよりも先にMSWと家族で退院先が決定してしまうと感じていた。PTは患者の状態が安定しない時期からリハビリテーションが開始されるため、退院にむけた目標が定まらず中途半端な関わりになると感じていたと振り返った。支援がうまくいかない理由として、地域包括ケア病棟の施設基準となる週1回の医師・NS・PT・OT・MSWで行うカンファレンスがリハビリテーションの進捗状況の確認に留まり有効ではないという意見や、患者がリハビリテーションと日常生活を分けて考えていること、PT監視下でできることを過信していることなどの患者側の要因が語られた。改善策として、カンファレンスの有効活用その他、意識的にNSとPT/OTが互いの記録を確認し、進捗状況や変更や疑問点などについて声を掛け合い、すり合わせを行うという方向性が確認された。

引き続き行ったセンスメイキングでは、NSは「始まる前はすごい責任のある仕事を請け負ったっていうのがあったけど、乗ってきたら、受け持ちNSもそれぞれ進めようとしてくれてはるんで、そんなに苦ではない」と開始時の心境を述べていた。また、面談後の振り返りについて、看護係長は「改めて他の職種との違いを実感できたりとか、すごい自

分にはいい感じ（中略）同じことで悩んでるってわかって、すごい力強い」、NS も「連携見直すじゃないけど、尊重しながら、新たな発見にもつながるかな。専門性を活かしながらできてるんかな。自分がやってたこと、振り返れて、すごくいい機会だなと思って」と述べた。また、ポジティブフィードバックについて看護係長は「内容だけの振り返りじゃなくて、相手の職種のすごいなって思ったところとか、言いあってもいいのかな」と研究後も続けたいと感じていた。NS も「なんかいいですね」と同意し、「2 人で入る意味とかもちよっと感じてる」（コアメンバー振り返り・センスメイキング P16,L25-P17,L25）と語った。

これらコアメンバーによる振り返りとセンスメイキングで得られた、目標の食い違いや家族の意向に沿う傾向にあるなど退院支援への気づき、複数の専門職種で参加すると新たな目標が見え、自他の役割が確認できることなどの感想やポジティブフィードバックの良さを RC 通信 No.2 に掲載し、発行した。

6）フェーズ 1 <定石通りの退院支援に起こる専門職種間の退院目標の食い違いと患者の思いを知ろうとしていなかったことへの気づき>のまとめ。 本研究のアクション初期であり、コアメンバーが主導し実施し、スムーズに開始された。実施された退院に向けた面談の中で、NS は病状や回復している状況を伝え、退院後の課題を明確に示し、入院前の状況を確認しながら対応について提案や説明をしていた。面会禁止により患者の様子が見えず不安を抱える家族には、患者の入院中の様子を細やかに伝えることにより家族に安心を与える役割を果たしていた。MSW は家族の介護負担を労い話しやすい環境を整え、退院後の療養生活を見据えて介護の現状を聞き、介護サービスを提案する役割を担っていた。退院支援の進め方は「指示的なカンファレンスになりがち」（患者 C_NS・MSW インフォーマルインタビューP2,L27）、「ルーティンみたい」（患者 B_NS・MSW インフォーマルインタビューP7,L20）と語っているように定石のパターンが存在し、家族の意向に沿う退院支援が多くを占めていた。

結果として、定石通り MSW が家族の介護負担を労いながら話を聞くことで、家族の本心を引き出し、介護サービスの再調整が提案できた A さんの事例もあれば、介護はできていると自信を持つ家族によって介護サービスの調整に至らなかった B さんの事例もあり、それぞれの結果は対照的であった。C さんの事例のように専門職種が退院目標を互いにすり合わせたり、患者や家族に確認したりすることなく進めていたこと、また、B さん、D さんの事例では、患者の思いを知ろうとしていなかったことが振り返られた。これ

らを通じて、患者の意向や生活ではなく、家族の意向に合わせる退院支援を展開していたことに気づきが得られていた。

研究参加者にとっては、面談に同席することで他の専門職種の患者・家族への関わりを直接見ることやそれに対する感想を述べ合うことは新鮮な体験となっていた。その一方で、文字に起こしたものによって退院支援における専門職の連携のあり様や、患者・家族への支援とその顛末を確認することで、それぞれの研究参加者の立場でこれまで何となく困難に感じていたことが明確に意識されるようになっており、アクション 1 に比べて課題がよりいっそう明確となったフェーズでもあった。

b. フェーズ 2 <退院に向けた面談に同席する専門職種が広がり、患者・家族の語りを一緒に見聞することによる創造性の向上>. フェーズ 2 は退院に向けた面談に PT・OT が参加することで同席する専門職種が広がった患者 E～G の期間とした。

1) 【患者の生きがいである仕事復帰に向けたハードなリハビリテーションの進捗を専門職種間で共有し、一喜一憂しながら取り組む患者を激励】した E さんの事例. E さんは 80 歳代前半の女性で、今回は左人工膝関節置換術を受けるために入院した。術後リハビリテーションを進め、自宅退院を目指していた。既往は右人工膝関節置換術後、ラクナ梗塞、基礎疾患に高血圧症、糖尿病があった。

E 氏は全国テレビ番組で紹介される地元で有名な飲食店の店主であり、仕事が生きがいであり、負けず嫌いな性格で退院後も仕事を続けていきたいと願っていた。家の敷地内に長男家族が住んでおり、店の繁盛を一緒に喜んでくれることをうれしく感じていた。

入院 12 日目の退院に向けた面談には患者本人と NS2 名と PT が参加した。NS が疼痛管理、感染症や皮膚トラブルへのケアについて説明した後、PT からのリハビリテーション計画の説明に進んだ。PT は計画の説明の前に NS と E さんの退院目標を共有できるように、E さんに敢えてその場で問いかけ、本人の言葉で「仕事復帰したい」と語らせた。そして、仕事復帰に向けて仕入れに必要な車の運転を初め、鍋の持ち歩き、立ち仕事など [PT は患者の生きがいである仕事への復帰を見据え、通常よりハードなリハビリテーション計画を立案する] ことを説明した。その後、面談はテレビ出演の話題で盛り上がり、仕事復帰への思いを共有する流れとなった。

アクション開始から 3 カ月目に入り、PT が面談に参加し初めた。面談後の振り返りで NS は仕事復帰のために車の運転まで含め、計画を立てている PT の視野の広さを実感し、PT は NS が患者の入院環境を整え、リハビリテーションに臨めるよう体調を管理し

ていることを知った（面談後振り返り P1,L3-17）。NS と PT が同席することで、他職種の役割や問題の捉え方の違いを改めて認識する機会となった。

退院に向けた面談の 1 か月後に PT のインフォーマルインタビューを行ったところ、
[PT と MSW はエレベーター待ちやすれ違い時に患者のリハビリテーションの進捗を共有し、患者にも言葉をかけて回復意欲を支援する] と語っており、PT は MSW に訓練の進捗を共有したことで、「患者さんにも『すごいですね』とフィードバックしてくれはると患者さん喜んで。気軽にエレベーターの前でも声をかけてくれはるので、情報共有してよかったなと」（PT インフォーマルインタビュー P1,L30-P2,L5）と効果を感じていた。

E さんは順調に回復し入院 55 日目に退院となり、退院日に退院時面談を実施した。面談には E さん本人・長女と PT と退院日の担当 NS が参加した。E さんは仕事復帰に対して「いけます。頑張ります」（患者 E 退院時面談 P1,L30-32）と意欲を語っていた。入院生活を振り返って、最初は疼痛が強く「人様が歩いてはるの見て、歩けるようになるやろか〜って、自分を悲観するばかりやった」、その中で「『できたね』『前より良くなったね』と声をかけられると嬉しくて頑張れた」（患者 E 退院時面談 P1,L25-P2,L17）と【患者はリハビリテーションの遅れに不安を抱える中で専門職種の途切れない激励に感謝し、仕事復帰に意欲を見せる】語りがあり、リハビリテーションの進捗に合わせて代わる代わる関わる職員から励ましてもらえることで、みんなが見守ってくれているという安心感が意欲に繋がっていた。

2）【認知症のある高齢夫婦 2 人暮らしの不安と入院期限の切迫に苦悩する長女へのサービス調整の提案と NS と PT のトイレの自立に向けた創造性のある工夫】をした F さんの事例。 F さんは 80 歳代前半の女性で、認知症の夫とふたり暮らしであり、思うように相手に思いが伝わらないことから喧嘩が絶えず、F さんは精神的不安定となることがあった。長女は車で 30 分程度離れたところに住んでおり、担癌であり、就業している。現在、孫の出産と重なり、F さんの介護に集中できない状況にあった。F さんは 3 か月前に精神的不安定となり他院に入院した。退院を目の前にして、腰痛悪化や転倒による捻挫をし、夫も転倒するなどして退院延期を繰り返していた。今回、尿路感染による発熱で研究フィールドとなった病棟に転院してきた。転院直前の転倒による膝関節不完全骨折が見つかり、保存的治療で退院に向けてリハビリテーション中である。今後も加齢による骨折のリスクは高かった。基礎疾患は関節リウマチ、高血圧症、心房細動、糖尿病であり、以前から基礎疾患の症状悪化や感染症でも入退院を繰り返していた。

長女によると、入院前はポータブルトイレでの排泄は自立できていたが、歩行は困難な状態で、汚物処理は夫に頼んでいた。前回入院した病院の看護師から自宅退院への限界を指摘されており、長女も限界を感じつつ、自宅退院にはポータブルトイレでの排泄の自立が課題であると考えていた。

入院 14 日目に行われた面談では、医師からの病状説明後、退院後の療養先について長女に意向を確認するところから始まった。長女は難聴の父と話好きの F さんの 2 人暮らしでは話がかみ合わず喧嘩腰の会話になりがちで、再度 F さんが精神的不安定となり再入院になることを心配していた。また、F さんの自宅は「山間部で雪深く介護サービスの過少地域であり、積雪のある時期に退院すると長女が容易に訪問できず介護ができない上、地域包括ケア病棟の 60 日入院期限の切迫に苦悩（する）」して、長女は入院期限までに排泄の自立が見込めるのかと質問を繰り返していた。F さんも自宅が雪深いことや夫のことを心配しながら、「治ったし、帰れるみたい」と自宅に退院したい思いを長女に伝えていた。MSW は自宅退院と施設入所の両方を視野に入れ、リハビリテーションの進捗状況を確認しながら介護サービスの調整を進めることを方針とし、面談は終了した。

退院に向けた面談 3 か月半後のインフォーマルインタビューで、NS は「患者・長女の意向を汲み、NS と PT は背の高い患者に合わせてポータブルトイレの高さを調整し、ベッドサイドで排泄の自立に取り組（む）」んだ経過を語った。F さんの退院に向けた面談に PT は同席していなかったが、NS と PT が F さんの意向に合わせてポータブルトイレでの排泄ができるよう取り組み、冬の間は一旦施設に入所することになったが、自宅に退院できるまで ADL が改善できた。退院時面談で長女は「患者の希望に沿えなかったが、退院後ショートステイと施設入所ができたこと、ポータブルトイレでの排泄が自立できたことに満足（する）」しており、入院前の ADL に戻れたことで春には自宅に連れて帰ることを待ち望む語りが聞かれた。

3) 【専門職種が暗黙の了解の下、長女に食事介助の練習を進め自宅退院を目指そうとする面談で長女の不安を受け止め再考を提案する NS の役割】を発揮したの G さんの事例。 G さんは 90 歳代前半の女性で、次男夫婦と同居しているが、介護は別所帯の長女が担っていた。今回、尿路感染で入院したが、退院予定日の入院 12 日目に脳梗塞を発症し、嚥下障害、言語障害、失行の高次脳障害をきたした。食事が再開された頃、嘔吐による誤嚥性肺炎を併発した。誤嚥性肺炎発症後は失禁するようになり介護量が増えていた。今後も肺炎や尿路感染を繰り返すリスクは高かった。既往に脊柱管狭窄症、リウマチ、イ

レウス、第4腰椎圧迫骨折があった。

Gさんは8か月ほど前にも他院に入院し、嚥下機能が低下した状態で退院となっていた。長女は恐る恐るとりみをつけて食事介助をし、全粥刻み食を自力摂取ができるまで回復し、介護にも慣れてきたところであった。入院前は近所を老人車で散歩し、ゲートボールにも参加者していた長老であった。

退院に向けた面談は入院39日目に行われ、主たる介護者である長女と医師、NS、OT、MSWが参加した。専門職種の間で事前の打ち合わせは行われなかったが、入院時に患者・長女ともに自宅退院を希望していた経緯があり、長女が熱心に介護していることから、意向の再確認をしないまま長女に食事介助を指導したうえで自宅退院になるだろうと皆が予測していた状況があった。

退院に向けた面談はMSWの進行で進められ、医師から病状説明が行われた。長女はFさんの食事が「一番心配」と述べるなど、**「尿路感染で入院した後、脳梗塞と誤嚥性肺炎を発症した患者の病状に対し、長女は入院前の介護経験から窒息リスクを気に（する）」**していた。OTは長女に対し、Gさんは「食べたい」という気持ちが強いが、誤嚥のリスクが高く、食事介助を要するが、その方法は難易度が高いためビデオを撮って説明したいと申し出た。長女はそのようなリスクを抱えたGさんに食事介助することに恐怖を感じ、「家に帰ったわ、詰まってしまったわ、後悔せんなんかったら、もう怖いなと思って」（患者G退院に向けた面談P4,L16-P5,L4）と訴えたが、その後もOTは食事介助の指導をする前提で「一度見学して欲しい」と続けたため、長女が退席しかかった医師に対して「先生、助けてください」（患者G退院に向けた面談P4,L28-P5,L26）と訴える場面があった。**「高次脳障害が遺る患者の食事介助に対して長女は不安や怖さを訴えるが、食事介助の練習を進めるという専門職種の方向性は変わらな（い）」**かった。

この場面では、MSWがOTの説明を一旦遮ぎり、NSに入院中の様子を説明するよう促し、NSは**「食事介助を練習して自宅退院するという雰囲気的面談に対して、食事以外の介護負担を課題に施設入所もあるとNS間でも意見が分かるとNSが再考を提案（する）」**した。NSは長女に向けて「看護師でも意見が分かれています。ご本人のご高齢のことを考えて、家で絶対看るのは難しいって言ってる看護師もいれば、今が帰る時期やと思う帰らしてあげたいっていう看護師と二手に分かれてて…帰るとなったら覚悟はやっば必要やと思うんです」と、長女の介護負担の側面からも両極端の意見があることを語り、「家族さんの思いとかGさんの思いに、決めはった方に全力で、みんなと力を合わせて

お手伝いさせてもらうんで」(患者 G 退院に向けた面談 P9,L11-32)といずれにしても支援する意向を示した。

NS の言葉で、それまでの面談の流れが変わり、長女は恐怖心を乗り越えて、少しずつ具体的な食事や排泄の介助の方法について質問を始めた。OT も「一緒にご飯食べる練習っていうのもありかもしれないです。連れて帰る、連れて帰らへんにしても」と提案し、長女は「ちょっと見せてもらう感じ。ちょっと勉強になりますし」と[専門職種が長女の不安や介護に対する思いを受け止めることにより、長女は食事介助の見学を受け入れていく]展開となった。

入院期間が残すところ 2 週間余りとなり、食事介助を習得する時間もあまりないため、G さんは自宅退院ではなく、介護老人保健施設への入所方向で退院調整を進めることになった。NS が施設入所の期間について長女に確認すると、食事面の心配が回避されるようであれば、「よくなったら連れて帰りたい」(患者 G 退院に向けた面談 P13,12-15)と意向を語った。またこの面談では、G さんの将来の見通しについて、胃のヘルニアがあるため胃瘻造設できず、3 食の食事で栄養が確保できなければ、看取りになる可能性も伝えられた。長女は「聞いとかと…点滴してるっていうのはそれがありますもんね」(患者 G 退院に向けた面談 P21,L6-13)と覚悟を語った。

退院後、長女が自身の外来受診のため来院した際に、NS が声をかけ、G さんと長女のその後の状況を確認した。G さんは入院前と同じ刻み食となり、3 食摂取できるようになり、点滴が離脱できた状態で介護老人保健施設に入所できた。長女は 3 か月後に自宅で介護するつもりで心構えをしていた。[長女は脳梗塞の既往があり、患者の介護のために元気でいたいと語り、3 か月後に自宅で介護できるよう準備を進めようとしている] (NS インフォーマルインタビュー P2,L7-15)

4) コアメンバーによる振り返りとセンスメイキング

以上の E、F、G の事例に対するリフレクション 1 のコアメンバーの振り返り③では、次のような振り返りが行われた。PT は、研究参加者である患者・家族以外の事例に関しても他の専門職種から「気軽に声をかけてもらえるようになった」と述べ、NS も「今まで PT 遠慮みたいなもんがあって…忙しいからしょうがない感じがあった。この研究で結構声はかけやすくなった」と語った。従来では家族のリハビリテーション見学時に PT が患者の動きに合わせて自宅での注意点をわかりやすく説明をしており、NS はその場に立ち会うことがなく、共有が難しかったと振り返った。新興感染症の影響で家族に患者の動

きを見てもらう機会が減り、家族への説明は不十分となったが、面談で患者・家族と同様の説明を一緒に聞けるようになって、NSにはそれまでよりも情報量が増えており、有用性があることを語った。MSWは面談時にPTから機能の変化に合わせて可能な方法を提案し、NSが入院中の生活の中に取り入れていくことを伝えることで、患者・家族に自宅での生活がイメージしやすくなり、面談もよい雰囲気が進むと述べるなど、複数の専門職種が面談に参加することで、家族の不安が軽減し自宅退院を受け入れやすくなると感じていた（コアメンバー振り返り③P8,L24-P9,L22）。PTは業務の関係上、時間には限界はあるが、必要な患者・家族の面談には参加したいと述べ、その理由として「私らが問題やと思ってやってたけど、病棟はこっちやったとか、違うところに家族さんが引っかかっているとか、やっぱ話さへんと気づかへんところがたくさんあるので、一緒に話し合うことにすごく意味がある」（コアメンバー振り返り③P9, L27-P10,L1）と語り、NSも「こっちが予想してたことと、違う心配ごとがあったりしますね」と述べ、1職種だけでは視野が狭く、患者・家族の問題に気づかない場合があることを認識し、複数の専門職種で行う面談に意味を感じていた。従来、専門職種の側から発信する形で患者・家族に情報を提供する傾向があるため、MSWは「（患者・家族に）言いたいこともある程度言ってほしい」と面談中に「他にご心配なことないですか？」と聞いていると述べた。コアメンバーは振り返りを通して面談は1職種だけでは視野が狭く患者・家族の話を十分に引き出せないことを改めて認識し、「深まらない」という言葉で表現していた。（コアメンバー振り返り③P11,L27-36）。

また、看護師は患者・家族に対する退院後の生活についての調査を病棟で独自に実施して、患者・家族から、本研究の複数の専門職種が参加して行う面談について「いろんな視点で（専門職種の）意見が聞ける」、「チームで関わることでの安心感」があるとの感想があったことを述べ（コアメンバー振り返り③P20,L11-24）、複数の専門職種が参加する面談に対する患者・家族の評価を知ることができた。

5）フェーズ2＜退院に向けた面談に同席する専門職種が広がり、患者・家族の語りと一緒に見聞することによる創造性の向上＞のまとめ. フェーズ1ではNSとMSWの2職種であった面談が、フェーズ2では従来同席する機会が少なかったPT・OTが加わり、他の専門職種の視点や役割についての気づきが増えていった。PTが患者の自宅での生活について詳しく情報を得て、幅広い内容を含みリハビリテーションをしていることをNSが知り、リハビリテーションが進むようNSが日々の患者の体調管理をしていること

を PT が知るなど、これまで気づかなかった他の専門職種の視点や役割を知るとともに患者・家族の意向を汲み退院に向けた目標に沿って連携しようとする姿勢が見えた。

目標が共有されたことで、E さんの事例ではリハビリテーションに取り組む患者を見かけた PT 以外の他の専門職種が患者に励ましの言葉をかけていた。また、F さんの事例のように患者の希望通り自宅退院が出来なくても、NS と PT が退院時に障壁となる排泄行動の自立を目指し、NS と PT が工夫を凝らして患者の力を最大限に引き出し、自宅退院に向けての道のりを辿っていることを患者・家族に示すことができていた。

また、目標を目指した連携だけではなく、G さんの事例では面談中の家族の様子から目標が適切かどうか疑われるときには、勇気をもって別の意見を出し、方向性を変える柔軟性も見られるようになった。その背景には異なる意見を出しても議論することができるという専門職種間の相互信頼や相互依存¹性が生まれていたことが考えられた。

リフレクションでの語りが示すように、コミュニケーションが活発になったこと、目標が共有されるようになったこと、自他の役割を認識でき、相互尊重が生まれてきたことで、各専門職種から違う視点を持ち合わせているからこそ、患者・家族にとって有益で創造性のある提案が見られるようになり、自宅退院という患者・家族の意向に沿えなかったとしても、専門職種が協力し患者の ADL の拡大に貢献でき、今後の療養生活に希望をもたらすなどの取り組みができるようになったフェーズであった。

c. フェーズ3＜専門職種間の相互依存性を高め患者・家族の抱える難題に向き合う対応力の進歩＞. フェーズ2で専門職種間の連携に深まりが見え始め、引き続きフェーズ3は難題を抱える患者 H～L の事例に対応した期間となった。

1) 【大きなため息に現れる入院前より介護量が増加した母を受け入れる長男の苦悩に寄り添い、NS と PT が面談中に新たな立位保持の計画を立案し、MSW はケアマネジャーと最終調整】を進めた I さんの事例. I さんは 90 歳代前半の女性であり、20 年前に夫が他界し独居であったが、現在は他県在住の長男がやってきて介護のため同居していた。今回は誤嚥性肺炎のため入院し、その後も腸炎、尿路感染、偽痛風などによる発熱を繰り返し、症状が安定せず、今後も加齢に伴う体力・筋力の低下や感染症を繰り返すリスクが高

¹ 本研究では、RC 理論で用いられている「相互依存 (interdependence)」という用語を用いた。これはある職種の活動状況が他の職種のそれに影響を及ぼすような関係があるという意味に加え、他の職種の職務内容について相互に理解していることが組織全体としての機能発揮を促進することを意味する。

かった。基礎疾患に高血圧、糖尿病、認知症があり、筆談が必要な難聴であった。

長男によると、Iさんは週2回デイサービスを利用し、付き添いのもと、手押し車で歩行していた。家の構造上、部屋からトイレへの通路には段差があり、Iさんは段差を気にして我慢をしすぎ、尿を漏らしたり、便秘になったりしていた。食欲はあり、腰痛の加減により寝たまま食べることがあり、3年前にも肺炎になっていた。長男は食事時の対策をしていなかったことを悔やんでいた。Iさんは帰宅願望が強く、長男も家で看てやりたいと考えており、入院時から在宅での介護環境を整えようとケアマネジャーと相談していた。

退院に向けた面談は入院29日目と47日目に行われ、1回目の面談ではIさんは順調に回復していた。NSとMSWは自宅退院を見据えて介護状況を確認し、トイレの手すりなどを整えるようケアマネジャーに相談し、入院期間中、排泄の自立を目指したリハビリテーションを行うことにして、最終確認のため2回目の面談を予定した。しかし、1回目の面談の4日後、尿路感染と偽痛風によりIさんは熱発し、リハビリテーションが進まないまま2回目の面談となった。

Iさんの退院に向けた面談は2回とも同じメンバーで行われ、参加者は介護者である長男とケアマネジャー、看護師、PT、MSWであった。研究者はIさんの2回目の退院に向けた面談に同席し、参与観察を行い、面談後にIさんの長男にインフォーマルインタビューを実施した。

長男は塾の講師をしており、メモを取りながら面談に参加していた。NSとPTは、熱発によりリハビリテーションが進まなかったことで、入院前より介護量が増える可能性が大きくなり、当初の計画通りリハビリテーションが進まず、入院前には自立して行えており、必要のなかったおむつ交換など、排泄介助が必要になったことを伝えた。1回目の面談とは異なり、2回目の面談では「感染症の再燃により入院前以上に介護量の増加が見込まれる状況で、長男は何度も大きく息を吸い込みながら母の排泄介助に抵抗を感じ、長男は苦悩（する）」していた。そのようにして不安と苦悩を表す長男の姿にNSもPTもMSWも長男が自宅退院を諦めるかもしれないという思いを抱きながらも、正確な情報を提供し、長男の選択を待つ姿勢で接した。

その結果、長男は苦悩しながらも自宅退院を決断した。その決断を後押しするように面談参加者は可能な限り提案を行った。退院までの日数が残り13日と迫るなか、同席するケアマネジャーのケアプランを参加者で確認し、訪問看護やヘルパーを増やし、Iさんの療

養する部屋の配置を工夫することにした。NS と PT は面談を妨げないよう小声で排泄介助の負担軽減に向けて I さんの立位訓練をしたり、介助方法を検討する計画を立て、長男に提案したりした（[面談中、NS と PT はその場で長男の介護負担を軽減できるように排泄時の立位保持の安定を目指す計画を話し合う]）。

この面談中の話し合いについて NS は後になって「その時間でないと喋るっていうのがなかなか難しいので」「この状況やからこうしょっか〜、臨機応変に目標が変更出来たら」と語り、PT は「喋っていると問題点が整理されるんですね。新たな問題点が出てきたりとかもある」（コアメンバー振り返り④P9,L22-27）と語った。このように面談に専門職種が同席することによって、患者・家族の状況に合わせて臨機応変に目標を設定しなおし、問題解決に向けて新たな提案ができる場になるなど、柔軟性とともに迅速さも増した。

一方で、医師はリスクを避けようと療養病棟への転棟を模索していたが、その他の専門職種がそれを阻止し、患者・家族の意向を実現していった。コアメンバーの振り返りで NS が「医師の中には疾患重視の治療方針によって患者・家族の人生が決まっちゃうから、ほんまもどかしい」（コアメンバー振り返り③P3,L8-10）と語るように、医師の提案する方向へと流れやすい現実の中で患者や家族の意向を何とか実現しようとする姿勢があった。

（[自宅退院は無理だと決めつける医師に対し、患者・長男の力を信じて専門職種が連携し、転棟を阻む]）

NS はインフォーマルインタビューで「家族が状況を受け入れ、ケアマネジャーもその状況に合わせて介護サービスを提案して、MSW も必要に応じて訪問診療や訪問看護を提案するという連携が見えて、1 人の患者を取り巻く連携がうまくいった」（NS インフォーマルインタビューP2,L23-29）と語り、チームで取り組む姿勢に後押しされたと振り返った。

2 回目の退院に向けた面談後に行った長男に対するインフォーマルインタビューでは、長男から[各専門職種からの多面的な情報を得て、不安が残るが地域の力を借りながら介護しようと意気込む]語りが聞かれた。専門職種が 2 職種以上で面談に参加することで、「…正確に物事を捉えるために多面的に情報を得て、判断するのが、解決に繋がる」（長男インフォーマルインタビューP2,L16-26）と述べていた。この長男の語りにあった複数の専門職種で面談に参加することの効果を研究フィールドに伝え、アクションとリフレクションを促進することを期待して RC 通信 No.3 を発行した。

2）【自宅退院に向けて肺高血圧症の治療に固執する長男と自宅で看取りたいが介護

量の多さに不安を抱える長男の妻に各専門職種からの正確な情報と無理のない選択肢を提供】した J さんの事例.

J さんは 90 歳代前半の女性であった。長男夫婦と同居するために遠方から移住してきた。主介護者は長男の妻であった。今回腰椎圧迫骨折で入院した。体格が大きく圧迫骨折の進行を防ぐために 1 ヶ月程度臥床安静とした後、リハビリテーションを行う予定であった。既往に肺塞栓症・肺高血圧症があり、酸素 2L 下で血中酸素飽和度が 90%前後しかなかった。今後在宅酸素も検討する必要がある。基礎疾患に糖尿病、レビー小体型認知症があった。

長男の妻によると、3 年前肺塞栓症で入院したあと、歩行が安定せず、排泄も全介助であったが、歩行器での歩行ができ、玄関先の階段も手すりを持ちながら軽介助で 7、8 段移動できるようになり、排泄も軽介助まで回復していた。認知症を発症し、幻覚、幻視が出だし、1 か月前から精神科にかかり治療を始めたところであった。

退院に向けた面談は入院 10 日目と 30 日目に実施し、1 回目は NS、MSW が参加し、入院前の生活状況と退院先の意向を確認した。2 回目は医師、NS、MSW、PT が参加した。2 回目は医師からの病状説明、PT からのリハビリテーションの進捗、NS からの入院生活の状況について説明が行われ、今後の療養場所について話し合うことが提案された。しかし、**「肺高血圧症の既往があり血中酸素濃度が正常値外の状態について今後どうなるのかと長男の不安は後を絶た（ない）」**ず、2 回の退院に向けた面談においても終始、肺高血圧症の検査と治療の必要はないのかと問い続けた。面談に参加した専門職種は長男の発言を遮ることなく時間をかけて不安を聞いた。いくつかの問答の末、医師から肺と心臓の移植しか手立てがないことを告げられると、やがて長男は「(肺動脈) 血圧がね、4 倍も高かったら、いつどうなってもしょうがないって、そういうことだなんて」(患者 J 退院に向けた面談②P4,L21-24) と現状を受け止め、医師から今後かかりつけ医と相談して在宅酸素を導入するという提案に「そうしていただきたいな」(患者 J 退院に向けた面談 P4,L35) と述べた。

話題はようやく今後の療養場所に移った。PT は、J さんはいつの時間も傾眠状態であること、血中酸素飽和度が低値であることからリハビリテーションが思うように進んでいないことを説明し、NS も同じく介護量が増える予想であることを伝えた。長男は J さんの希望に沿って自宅で介護したいが、「今の状態がね、家で生活していくのに無理があるんだったら、他の選択肢がね、何があるのかということを考えていかないとダメだと思ってる」(患者 J 退院に向けた面談②P7,L17-20) と、J さんの意向に沿えないかもしれない

という思いを語った。

長男の妻も「ほとんど介護は私がすることになるんで、すごい覚悟はしてるんですけど。預けるところをちょっと考えたりして、申し込もうとはしてるんですけども、この状態ではたぶん無理ですよ（中略）最期はね、家で看取りたいっていうのが一番の希望なんですけど、なんか、そこまでできるかなって、その不安の方が大きくなって」（患者J退院に向けた面談 P8,L18-P10,L26）と [「最期は家で看取りたい」という長男の妻の思いは入院の経過と共に介護への不安と負担感が増していく] 複雑な思いを語った。

長男と長男の妻の思いを汲みながら、NS と MSW、ケアマネジャーは [患者が安楽に過ごせて、長男夫婦の不安と介護負担の少ない提案として訪問診療・看護や介護サービスの調整を図り、長男夫婦の納得できる介護を探る] ように柔軟な対応をした。その後、療養病棟に転棟し、自宅退院の方向で調整が進んだ。

退院に向けた面談②の1か月後に行ったインフォーマルインタビューでは、NS は「ちょっともどかしいところがあって、どう対応したらご家族は今までの経過について納得されるかなって」（NS・PT インフォーマルインタビューP3,L25-28）と、長男の不安を受け止める難しさを感じていたこと、また、「ぶつかる気持ち」（NS・PT インフォーマルインタビューP6,L12-20）という表現で、さまざまな限界があるなかで J さん本人や家族の希望を叶えるために可能性を模索していたプロセスを語った。

この間、複数の専門職種が面談に同席することで、PT は「(NS を) 探してでも（患者について）報告をしようと思う」ようになったことを語り、NS も患者の状態を伝え合うことで面談時に「チーム感がでて、信頼度が増す」（NS・PT インフォーマルインタビューP6,L12-21）と語り、日頃の実践を密に共有し、連帯感や信頼度が増していった。

3) 【持病により介護力が乏しい長男夫婦と自宅退院を希望する患者との意向の相違を共有し、自宅療養の可能性について多角的に情報提供するが長男夫婦の意思は固

（い）】 かった K さんの事例. K さんは 90 歳代前半の女性で、長男夫婦と同居していた。13 年前に小脳梗塞となり軽度の右麻痺とふらつきが残存していた。バリアフリーの自宅で、右手で手すりを持ちながら歩き、両サイドに手すりがあるトイレを使用することで軽介助のみで暮らしていたが、90 歳を迎えた頃から転倒するようになり、ケアマネジャーも環境を整える必要があると考えていたところ、今回、自宅で転倒し右肩関節頸部骨折で入院し、保存的療法となった。治療方針で右手は過重不可となり、転倒リスクが高いまま、荷重開始は 2 か月後の見込みで、入院期限になれば退院して日常生活のなかでリハ

ビリテーションを継続することが予定されていた。Kさんは頑張り屋で、痛みを訴えながらもリハビリテーションに取り組んでいた。

入院 36 日目に行われた K さんの退院に向けた面談には長男夫婦、ケアマネジャー、医師、看護師、PT、OT および MSW が参加した。医師から病状説明、PT、OT からはリハビリテーションの進捗状況、看護師からは入院生活について説明があり、自宅退院が可能な状況であることが伝えられ、専門職種は自宅退院が可能と見込んでいた。

今後の療養先について話題がおよぶと、長男の妻は涙ながらに K さんが転倒しても支えられない、自宅退院となっても介護は難しいと訴えられた。長男の妻は乳がんと子宮がん術後で踏ん張りがきかず、長男も脊髄硬膜外血腫術後で重いものを支え、持つことができない。今回の転倒時も、二人で支えるのが精一杯であったとのことだった。**[各専門職種は自宅退院が可能と推測していたところ、長男夫婦ともに持病があり転倒リスクのある患者を支える力がないと涙ながらに訴える]**様子を目にして、PT と OT は長男夫婦が泣いて訴えるほど介護負担が深刻であることを認識することになった。面談に同席したケアマネジャーの意見も聞きながら、**[専門職種は長男夫婦の介護力と患者の回復力を丁寧にすり合わせ介護サービスの調整を図るが長男夫婦の意思は固（い）]**く、話し合いの末、もう少し施設に入所し、リハビリテーションを実施してから自宅に帰る方向になった。

長男の妻より、自宅退院に向けてリハビリテーションを頑張っている K さんに対して、施設に入所して欲しいと伝え難いと相談があり、OT が**[在宅退院を願っている患者と介護できない長男夫婦との間を間接的に取り持つ]**ことになり、**[リハビリテーション目的での介護老人保健施設への入所に患者は仕方がなく従（う）]**った。一方で、OT は主治医に対して、K さんは少しでも右手に荷重できれば歩行が安定すること、長男夫婦の介護負担も軽減できると予測したうえで、今も自然と荷重をかけてしまっている K さんの様子を鑑みると、右手の荷重を許容してはどうかと提案し、同意を得た。そしてそれを機に K さんへのリハビリテーションを進め、食事摂取や排泄時のズボンの上げ下げを進め自立できるところまで回復させた。

OT は、長男の妻が着替えを持って来院した際、K さんの歩く後ろ姿を見せていた。OT によると、長男の妻は K さんに対して「お母さん、前と変わらへんね」と述べ、K さんも「1 ヶ月行ってくるわ」と退院していったとのことだった（OT インフォーマルインタビュー P3, L13-20）。OT は、K さんと長男夫婦を間接的に取り持ちながら、K さんの回復を支援し、長男の妻にも現状を見せて K さんを受け入れる心構えができるよう促してい

た。

4)【言葉巧みに多岐にわたる不安を訴える中から患者が本当に求めている「孤独からの回避」を見出し、退院時に地域支援者の連絡先一覧を渡して不安の緩和】をした L

さんの事例. Lさんは60歳代後半の男性で半年前に母が他界し、一人暮らしとなった。隣県に妹がいるが金銭トラブルを避けて連絡はとっていない。冬は雪のため、介護サービスが得にくい場所に生活している。今回、雪かきで腰椎圧迫骨折した。自力歩行は可能であったが、痛み一人で耐えられず疼痛緩和のため入院した。疼痛が続くため、ケアマネジャーと介護サービスの導入を検討しているところであった。基礎疾患は糖尿病。既往に脳梗塞。健忘があり糖尿病性認知症が疑われていた。

Lさんは様々な事業を展開し、現在は古美術商を営んでいる。気になることや不安を思いつくまま饒舌に訴え、知人やケアマネジャーの助けを得て生活していた。

退院に向けた面談は入院11日目に行われ、Lさん本人と居宅介護事業所の所長と新旧のケアマネジャー、NSとMSWが参加した。退院に向けた面談では、Lさんの募る不安を聞きながら、2週間後に自宅退院を目指して必要な支援を整えていった。

Lさんは「**糖尿病による食事制限と孤独・閉塞感のある地域・雪深い環境下の生活など言葉巧みに多岐にわたる不安を語る**」中で、「1番ありがたかったのは、そのご飯を運んでくれる、お金がかかっても、600円がかかってもそれがありがたい」（患者L退院に向けた面談 P1,L5-32）と述べた。Lさんは孤独を嫌い、誰かが訪ねてくれることを望んでいた。NSはLさんに最低限、食事療法と内服管理をすることを提案した。顔合わせも兼ねて面談に参加した居宅介護事業所長と新旧のケアマネジャーと共にLさんが行うことができる食事療法と内服管理について意見を交わし、**「食事療法と内服管理ができるように患者の意向を汲み地域支援者とともに相談（する）」**した。Lさんは糖尿病性認知症の疑いがあり、食べ物のカロリーや薬効について思い違いが多く、そのことが不安を高める要因になっていた。NSはLさんが物忘れすることを理解しながら、最低限の自己管理ができるよう調整しようとケアマネジャーの支援体制を確認した。

「心配してもらうだけでは意味ないもんな」（患者L退院に向けた面談 P13,L11）と巧みに支援を引き出そうとするLさんの様子をみたNSは、雪深い山村で独居で生活するLさんの孤独と不安を理解し、地域の支援者の連絡先を記した一覧表を手渡した。**「NSは「心配だけでは意味がない」と語る患者の思いを汲み取り、退院時に地域支援者の連絡先を記した一覧表を手渡すと患者は大喜びして退院（する）」**した。NSはインフォーマル

インタビューで「ほんとだったら退院後訪問とかで、ちょっと覗いてみたい人ではありませんね。もうすごい気になります」（NS インフォーマルインタビューP4,L3-4）と語るなど、退院後にも関心を寄せていた（[NS は患者の強みを生かして健康を維持し生活できるよう調整し、退院後は訪問して生活を覗いてみたいと語る]）

5）【医師・NS による患者の生活慣習を基にしたアセスメントに患者の声を基にした PT の職種を越えた食事・栄養関連の関わりが融合した多職種との連携】であった H さんの事例。 H さんは 80 歳代前半の男性で妻と 2 人暮らしである。県内に長女、隣県に長男がいる。今回は心不全の急性憎悪で入院し、病状は改善してきている。入院環境下では症状コントロールができるが、自宅療養では自己管理が難しく症状悪化が予測される。基礎疾患として糖尿病、腎不全、肺気腫、心房細動があり、栄養状態が悪く、ヘルペスや傷の痕が褥瘡となりポケット形成していた。H 氏は脳梗塞と糖尿病のある妻の介護を中心とした生活を送り、入院などの際は長女を頼りにしていた。

H さんは元編集者で、話好きな方である。長女によると、要介護 1 を取得している妻のヘルパーによる家事支援を受け、食事の準備は夫婦で分担しており、妻の味付けが濃く水分塩分制限は難しい様子が窺えた。開業医から症状に合わせて処方されるため、数が増えるばかりでどれを飲めばよいかわからず管理ができなくなっていた。また、手先の感覚鈍麻と血流不全によりひび割れやあかざれが絶えないが、軟膏がヌルヌルするのが嫌と放置しており、その手では吸入薬が上手く扱えないことを長女は心配していた。H 氏は長女に「家に帰っても何もできないと思う」と不安を漏らしていた。

入院 13 日目に行われた H さんの退院に向けた面談には長女と医師、看護師、MSW が参加した。長女は H さんと同居していないため、生活についてはわからないことが多いと最初に前置きされて参加され、相談というよりも病状説明とサービスの提案が主の面談となった。主治医は病状説明の中で継続して水分、塩分、カロリー制限、薬剤の管理が必要であり、急変リスクは常にあり、今の状況を保てるように多少入院が長引いても生活を見直し、安心な環境を作って退院することを提案した。NS は薬剤師と相談して H さんにあった服薬管理を提案していくことや H さんが長男と疎遠であることを寂しげに語っていたことを長女に伝え、協力してもらうよう促していた（[医師の患者の生活習慣を見据えた治療方針に NS は歩調を合わせながら薬剤、栄養、家族等の情報収集とアセスメントを進めて専門職種と連携を図る]）。MSW は食事管理として配食サービスを提案した。長女は退院後の通院なども考慮して、歩行の安定を希望され、面談後、リハビリテーション

が開始となった。

リハビリテーションが開始となり、NS インフォーマルインタビューで担当 PT が血圧の管理ノートや退院後のリハビリテーションについて指導していたことを聞き、担当 PT の関わりを把握するためにコアメンバーの振り返り④において詳細を担当 PT に確認した。

担当 PT によると、担当 PT が得た情報は看護師と管理栄養士に電話をかけて報告したり、記録に残したりして共有し、栄養相談や食事変更についても提案した。栄養相談の後には、H さんに感想を聞き、管理栄養士にフィードバックして H さんの心配事や困りごとを解消しようと職種を越えて職種間の架け橋をしていた。[PT がリハビリテーション中に聞く患者の食事に関する困りごとを記録や対面で看護師や管理栄養士に繋ぐが、看護師と管理栄養士が相談して指導する栄養相談は患者の知りたい内容とは一致しない] かった。実際、担当 PT の働きかけで看護師と管理栄養士に繋ぎ、管理栄養士は栄養相談 2 回以外にも H さんのベッドサイドを 3~4 回訪ねて困りごとを確認していたが、H さんは常に食事指導に関して「看護師の資料や典型的なテンプレートの指導は納得できない、教科書的な話はいらぬ」と H さんが求める指導と NS・管理栄養士の指導内容は一致していなかった。一方で、リハビリテーション中、H さんは「自宅退院に向けて開始されたりリハビリテーションの場で食事や健康管理について本音を語り、患者らしい管理方法を見出す」] していった。H さんは元編集者であり、図や絵、漫画がわかりやすいという話から、担当 PT は持っている栄養の本を紹介し、心臓リハビリテーションで患者のアドヒラランス向上のために利用している手帳を参考に H さんの好みに合うように一緒に考えて利用できるノートを作成し、H さんが管理しやすいよう取り組んだ。

H さんは入院前と同じように家事・妻の介護はできず、介護サービスを活用して負担を軽減したいが、自分が食べたいものは調理したい（退院時面談記録シート）という希望をもっていた。退院時面談では、入院中、管理栄養士に相談しても具体的な回答は得られなかったが、制限食の範囲で食べたいものを食べて暮らしたいという気持ちを語っていた。

[退院後の初回受診日に本の返却に PT を訪問し、患者は退院後の生活に満悦し血液データも改善していることを報告（する）] した。担当 PT は不在であったが、コアメンバー PT が対応し H さんの体調の良さを実感していた。

H さんの事例では、担当 PT が患者の困りごとである食事に関して、職種を越えて専門職と連携し患者の満足を得た。H さんの満足を得る栄養相談には至らなかったが、管理栄

養士は厳しく制限食が課されている H さんに説明する難しさを感じつつ、NS や PT から H さんの性格や背景、嗜好を聞き介入できることを心強く感じ、病棟看護師と同じ内容を伝えるように情報共有して介入を続けた（管理栄養士インフォーマルインタビュー）。また、担当 PT は「聞ける人が聞いたらいいかな。看護師さんが夜中ちょっと寂しい時間いてあげる、それがすごい情報になるときもあるし、それをもとに会話を作ったりとか…」（コアメンバー振り返り④P6,L36-P7,L5）と、リハビリテーション中の会話には看護記録が参考になったと語った。様々な手段で相互に情報を共有し、患者の困りごとを解決できるように役割を越えて取り組んでいた。

6) コアメンバーによる振り返りとセンスメイキング

以上の H、I、J、K、L の事例に関して、研究フィールドの最終日にリフレクション 1 のコアメンバーによる振り返り④⑤・センスメイキング③が行われた。コアメンバーの振り返り⑤は一般的な高齢患者の退院支援について言及され意見交換が行われた。一般に独居の高齢者の場合、施設への入所を家族は強く希望される場合が多く、施設への入所は介護に料金がかかることになり、行先によって患者の目標ではなく、療養先の介護要件に合わせるような目標になると戸惑いを感じていた。また、高齢者の身体的な機能低下から肺炎や尿路感染症、骨折などにより地域包括ケア病棟の入院期間 60 日でも症状が安定せず、専門職種間連携のもとに退院支援を進めても、高齢者の体調や家族の介護の状況次第で、目指していた自宅退院が叶わなくなることも多いと、退院支援の難しさについて語り合った（コアメンバー振り返り⑤P3,L23-P4,L30）。

最終日に行ったセンスメイキングで成果を確認した。NS はポジティブフィードバックによって、言語化して改めて自己の役割を認識し、「患者さんの今後のために提案したいことを躊躇なく提案でき、勇気だして言えるようになった」（センスメイキング③P1,L10-26）と自信に繋がり、専門性を認め合うことで、相互依存性の高まりを実感していた。PT は「一人やったらそういう考えに至らなかったと思うことがいっぱいあって」（センスメイキング③P2,L14-26）と述べ、他の専門職種との見解の違いを認め、他の専門職種と情報交換や問題解決に向かって話し合うことができることを有効に感じていた。また、NS は従来の退院支援では、家族が患者のリハビリテーションの様子を見学していたので、患者の生活動作や転倒のリスクなどは解ってくれていると思い込んでいたことにも気づき、ADL に即した現状の生活動作に関する説明が必要であると認識した。

また以前、課題だと語っていたリハビリテーションカンファレンスの持ち方について

て、「この人のここが目標、ここ目指してます」と目標を意識するようなカンファレンスに変化したと語った。(センスメイキング③P5,L26-28)。

なお、RC 通信 No.4 は研究参加者へのインフォーマルインタビューをもとに作成し、最終日に発行した。RC 通信による反応は特に得られなかった。

7) 管理者による研究後の組織の評価。 研究開始時点における管理者へのインタビューでは、退院支援における専門職種間連携について情報共有の弱さ、調整に関するリーダーシップの問題があげられていた。

研究終了時点で、MSW の管理者は、それぞれの専門職がもっていた情報を集約することが、面談においても話し合いの内容が統一され、患者・家族にとっても理解されやすいものになるとの認識が共有された。また最後まで面談の場にいることで多角的な観点から問題解決につながったと語られた (管理者の MSW 終了時インタビューP1, L13-16)。

さらに看護師長は、面談の場以外における専門職種のコミュニケーションが「リアルタイムに」行われるようになり、相手に期待することが伝わり、患者・家族への支援が効果的になったと感じていた。以前についても「すれ違い、行き違い」があったとし、「もっと情報共有しないともったいない」とさらなる情報共有の必要性を認識していた (看護師長終了時インタビューP1,L18-33)。リハビリテーションの管理者は、カンファレンスの出席者にこれまでとは違う「積極的な」姿勢が見られるようになり、「質のいい実のあるカンファレンス」ができていると評価した (リハビリテーション管理者終了時インタビューP5,L5-14)。

一方でリハビリテーションの管理者からは多職種が集まり、時間をかけて行えば患者や家族の「満足度は必ず上がる」が「効率の問題もある」という意見があり、これには NS が「複数の専門職種が参加する必要」があるかを判断し、面談を設定すれば効果的に行えるとの提案もあった (リハビリテーション管理者終了時インタビューP5,L5-14)。

8) フェーズ3<専門職種間の相互依存性を高め患者・家族の抱える難題に向き合う対応力の進歩>のまとめ。 フェーズ2と同じように、患者はみな自宅退院を希望していたが、患者の病状や家族の介護に困難があり、専門職種間の連携を通じて目標を共有し、それに向けた関わりを協力して実施しても、その意向に沿えた場合も、沿えなかった場合もあった。そのようななかでも、専門職種による退院支援として、患者の ADL の拡大への支援と家族の受け入れを促す粘り強い支援が行われた。

これまで以上に介護量が増え、排泄介助への抵抗から家族が苦悩し、自宅での介護を

断念することも予想された I さんの事例でも、専門職種が家族の不安と苦悩を受け止めつつ、正確な情報を提供し、選択を待つ姿勢で接したことで、家族から自宅退院を受け入れるという決断を引き出し、専門職種がその場で支援を調整しながら家族に提案することができた。肺高血圧症をもつ患者を自宅で介護する不安から質問を繰り返した J さんの事例でも、専門職種が粘り強く対応したことで、家族が不安視している患者の疾病に及ぶリスクを許容し、いずれは自宅で看とることへの覚悟をして、療養病棟を経て自宅に退院するという具体的な方向を考えるに至った。いずれも複数の専門職種で粘り強く家族の不安や困りごとを聞き、受け止め、介護を決心していくことに繋がっていた。

K さんの事例では、家族に持病があるため患者は自宅に退院できなかったが、それでも医師の治療方針である荷重不可の制限を専門的な視点で交渉し、制限を緩和してリハビリテーションをすすめ、患者の ADL を回復させた。患者の意向に沿えなかったが、患者の取り組む姿勢を家族に見て、認めてもらい、患者の自宅退院への希望をつなぐことができた。

雪深い地で病気を抱えつつ独居生活をしている L さんの事例では、その孤独と不安を受け止めつつ、地域支援者のリストを作成するという創造的な方法で安心と支援に繋げることができた。H さんの事例では管理栄養士や NS と連絡を取りながらも、PT が主体となって栄養指導を行うなど、役割を越えた支援が行われた。それぞれの専門職種の職域の範疇での役割を提供するだけではなく、患者との会話のなかにさまざまな訴えが潜み、患者の真のニーズや望む方法を患者とともに探り、見定め、役割を越えて提供された支援であった。

このようにフェーズ 3 では、日々のコミュニケーションを通じて専門職種間の情報共有が密に進み、目標共有が成されるとともに、互いの実践への信頼感が増して、それぞれの役割を通じて、時には役割を越えて助け合えるという安心感のもとに、より細やかな対応が行われるようになった。このような連携は、管理者のインタビューでの評価に見られるように、研究参加者である患者・家族への退院支援を超えて展開されていた。

連携が促進されたことで専門職種の対応力も高まり、患者・家族の状況に応じて、そのニーズを中心とした創造的な退院支援がより効率的かつ効果的に行われるようになった。さまざまな理由により必ずしも満足できるような結果に至らない場合もあったが、患者と家族は厳しい現実を受け止め、不安を抱きつつも支援を得て地域で暮らしていく覚悟をしていた。また直接、自宅に退院できない場合も、希望する自宅退院に向けて、専門職

種が、家族が望む介護量に近づくために ADL の改善に取り組むことを通じて、一時的に転棟もしくは施設への入所を挟む形で、将来の自宅退院への希望をつないでいた。

D. RC 理論に基づいた専門職種間連携の変化とアウトカム評価

1. RC 理論に基づいた専門職種間連携の変化.

a. 目標共有. 当初、専門職種がそれぞれに目標を定め、共有することが行われなかったために、医師と NS、NS と PT、専門職種と患者・家族との間で目標の食い違いがあったり、患者の思いを確認することなく家族の意向に沿うような退院支援が行われることがあったが、面談に同席する専門職種が増えるにつれ、面談において患者・家族の意向が共有され、目標達成に向けて課題が具体的に示されたり、患者・家族と専門職種の考える目標とにズレが生じているときにも、患者・家族の意向を踏まえ、患者・家族が納得できる目標となるように専門職種が様々な意見を出し合うようになった。患者の病状や家族の介護力不足など様々な理由で、必ずしも患者の意向に沿えない場合もあったが、自宅退院を見据えた訓練を取り入れて患者と家族の希望に繋げるなど、目標の共有の仕方や内容に変化が見られた。

b. 役割認識. 初期には面談の振り返りにおいて、他の専門職種が患者や家族と関わる様子を見て、それぞれの視点の違いや広さ、考えを知った。自らの役割を振り返り、自他の役割を認識する機会となったと感想が聞かれた。面談の場では、フェーズが進むにつれ専門職性を発揮して他の専門職種に異なる意見を出したり、自己の役割を越えて患者のニーズに応じた創造的な支援を行ったり、他の専門職種の実践を補うながら役割を果たすなど、役割によって実践を切り分けるのではなく、相互依存性が高まり、患者・家族のニーズに応じて協働しながら問題解決に挑む関わりが見られた。

c. 尊重の態度. 取り組みを通じて、他の専門職種が患者や家族に対して、それまで思っていたより広い視点で捉えたり、あるいは自分とは別の視点から関わっていたことを知ったりなどの語りのなかに他の専門職種に対する尊重の態度が高まる様子が窺えた。ポジティブフィードバックでは感謝を伝える言葉が多く聞かれるようになった。また、他の専門職種の役割や専門性を認識することにより、情報をいち早く伝達しようとする姿勢が窺えた。

d. コミュニケーション. 従来、研究フィールドでは NS と MSW、PT と MSW の間で退院調整を中心とした進捗状況の確認は行われていたが、取り組みの開始後に、まずは

NS と PT 間のコミュニケーションが活発化していた。従来であれば、言葉を交わさなかった場面でも、PT が担当する患者の受け持ち NS を探すなどして、リアルタイムにリハビリテーションの進捗や生活に取り入れたい動作を NS に伝えるようになった。さらに、活発な情報交換が PT、NS、MSW、管理栄養士との間でも行われるようになり、面談の場でタイムリーに情報共有をして目標を設定し、迅速に患者の生活行動の支援に繋げ、視点の違いから生まれる疑問や何気ない発言から患者に応じた創造性のある支援を提供する場面もあった。振り返りでもコミュニケーションの頻度が上がり、チーム感や一体感が増したとの意見が聞かれた。その影響は患者にもおよび、チーム全体で患者を見守っているメッセージとなり、患者に安心感を与え、意欲の向上をもたらしていた。

2. アウトカム評価

a. 患者・家族アウトカム. 従来の退院支援の方法でも、家族が支援に満足して患者の退院を迎えることができた事例はあったが、その反対に専門職種が患者の意向をつかみきれず、患者や家族の満足する退院支援に繋がられなかった事例もあった。フェーズが進むにつれて、専門職種が患者や家族の意向をしっかりと把握するようになり、その意向を中心にしながら協働して患者の生活行動の自立や向上に働きかけるようになった。また、上に述べたように患者・家族へも様々な専門職種が一緒に見守っていることが伝わるコミュニケーションが広がって、患者・家族の安心や意欲の向上に繋がった。また、自宅退院が叶わず、施設入所となった場合も、患者や家族が自宅退院への希望を持ち続けることができていた。患者・家族の困りごとに専門職種が真摯に向き合い、受け止める姿勢のもとで、患者・家族が現状を受け入れ、退院に向けて一歩踏み出す姿勢が見られた。解決に至らない場合であっても、患者・家族と苦悩をともにする時間を通じて、不安や困りごとを受けとめられたという患者・家族の感覚が得られていたと考えられる。

b. 組織アウトカム. 当初は、退院支援における専門職種間連携に関する組織の課題は上がっていなかったが、事例に対する面談やその振り返りを通じて、目標の食い違いや家族の意向に沿う傾向など、実践の傾向や潜在していた課題が明確に認識されるようになった。フェーズが進むにつれて、患者に関わる専門職種間の一体感やチーム感を感じ、情報共有する機会が増していった。管理者はスタッフの取り組む姿勢に積極性を感じるようになった。また、患者・家族に集約された情報提供が行えるようになったと変化を評価した。波及的効果として、以前から課題となっていたリハビリテーションカンファレンスが、進捗状況の報告の場から退院目標を共有する場へと変化したり、研究参加者以外の患

者・家族の面談に対しても NS が PT・OT に同席を求めたりする事例が増えていた。また、PT 管理者は今後も必要に応じて同席したいと定着の兆しが見られた。

V. 考察

本研究では、患者・家族との面談場面に複数の専門職種に同席してもらうというアクションとそこでの支援と同席することの意味を専門職種で振り返るリフレクションを実施した。面談を通じて、患者・家族の不安や苦悩が浮き彫りになり、対応する専門職種の丁寧な説明、そして患者や家族の不安を受け止め、労いの言葉がけが組み合わさることで、患者や家族の気持ちに変化が現れ覚悟を決めていく様、また、面談以外の場面でも脈々と続く専門職種間の連携や対応など退院支援の実態が明らかになった。

以上の結果に基づき、以下では患者・家族にとっての地域包括ケア病棟と退院支援、退院支援における専門職種間連携の変化と特徴、アクションリサーチを通じての組織の変化について考察する。最後に、実践への示唆、本研究の限界と課題について述べる。

A. 患者・家族にとっての地域包括ケア病棟と退院支援

1. 高齢患者と家族にとっての地域包括ケア病棟の 60 日間. 地域包括ケア病棟は在宅で暮らす高齢の患者を受け入れ、住み慣れた地域での暮らしへと復帰させることを目指す病棟であり、診療報酬上入院期間 60 日の期限がある。多くの医療機関で診療報酬に従わなければ、組織の経営が圧迫されることになるため、期限を守ることは優先される。したがって、自宅に向け、可能なら早期に療養先や介護サービスの検討を開始するのが一般的には望ましいとされる。

しかし、高齢者の多くは複数の基礎疾患を抱え、機能低下に伴う尿路感染症や誤嚥性肺炎など感染症を繰り返す状態にある。本研究でも回復にかなりの時間を要する事例や入院中に新たな健康問題が生じ、入院前よりも ADL が低下してそれまで以上に介護が必要になる事例があり、入院 30 日以降に退院に向けた面談が行われたのは 12 例中 5 例であり、必ずしも早期に検討が開始されたわけではなかった。家族にも患者の状態にかかわらず期限が来たら退院になることが説明され、不安を漏らす姿が見られた。

島崎（2012）が行った急性期病院における患者・家族への入院中および退院支援の満足について質問紙調査では、半数の回答者が職員の対応によって気持ちに変化があったと回答しており、「気持ちが和らいだ」という回答の一方で「きちんと説明されて、受け入

れざるを得なかった」という回答があり、退院への不満を 20%の人が感じていた。その中には「追い出され感」を抱いている人が 45%であり、本研究においても患者の ADL の回復状況や家族の受け入れ状況に関係なく入院期間が 60 日であることを受け入れざるを得ない事例があり、家族が苦悩の末、決断せざるを得ない状況にあったことを裏付けている。国の政策に基づく期限であるが、複数の基礎疾患を抱える高齢者、特に独居や高齢者夫婦の世帯を介護する家族は入院期限と少ない介護サービスとの板挟みで苦悩する様子も見られ、今後も続く超高齢社会における介護環境の整備は重要な課題であることがわかる。

2. 地域で暮らす高齢者と家族の思い. このような家族に対して、本研究でのフェーズ 1 では専門職種は家族には相当の介護があることを前提に、家族を労い、支援の導入や調整を促していた。しかし、アクションとリフレクションが進むにつれて、それぞれの専門職種が患者・家族が不安に感じ、問題視することについて、繰り返される発言を熱心に聞く姿勢が見られるようになった。また、それによって患者が納得していく姿勢や具体的な課題への対処について検討が進んでいく様子も見られるようになった。

専門職種の専門的な視点からの説明や患者家族が納得できるようなわかりやすい説明も重要である。しかし、本研究では専門職種が彼らの不安を真摯に受けとめ、支援をする姿勢を示し続けたことに意味があったと考えられる。それにより患者や家族が現状を受け止め、自ら不安を抑えながらも、具体的にどのように地域で生活し、介護していくかを考える態度に繋がっていた。さらには自らの不安に対処するだけでなく、将来の看取りを視野に入れて覚悟する家族もいた。

島崎（2012）は急性期病院における退院困難な患者・家族の満足過程に及ぼす要因の研究で、連携室職員が「親身に話を聞いてくれた」ことに対して約 8 割の回答者が感謝していたという結果を報告しており、実質的な支援以上に、患者・家族への情緒的な支援が重要性であることを裏付けている。退院支援は、このような患者・家族の心情への理解と支援なくしては立ち行かない。

3. 将来を見通し、希望をつなぐ支援. これまで述べた通り、地域包括ケア病棟での 60 日という期限は、患者や家族にとって決して十分な期間ではなく、また、個別の事情を加味したものではなかった。本研究でも患者が自宅に退院できなかった事例が 6 件あった。その場合、患者は同じ施設の療養病棟に転棟したり、自らを納得させ別の施設に入所したりしていた。以前のように家族と暮らすことを希望していた患者にとって施設への入

所は不安や孤独を感じるであろうし、介護を引き受けられなかった家族は自責の念を感じることは推測できる。その意味では 60 日の期限での支援は、必ずしも満足の行くものとはならない場合もある。

このような限界のなかで、本研究がフィールドとした施設の専門職種は協力して目標を立て、患者の ADL を少しでも改善させようとして取り組んでいた。自宅退院が出来なくても、患者が努力して ADL を改善した姿を家族に見てもらい、予想以上の回復を感じてもらうことで、いずれは住み慣れた家に帰るという患者の希望を支え、できればその意向に沿いたいと思っている家族の気持ちに応じようとしていた。

場合によっては地域包括ケア病棟での 60 日間は、患者・家族にとっての通過点とならざるを得ない。本研究の結果が示すように、自宅退院ができない場合も、取り敢えず療養場所を確保するという対処ではなく、それまでに築き上げてきた患者と家族の関係性を途切れさせることなく、将来に向けて希望をつなぐ支援が重要であると考えられた。

B. 退院支援における専門職種間連携の変化と特徴

序論でも述べたように専門職種間連携を示すモデルは近年提唱されている IPW の概念の他、本研究の理論の基盤となった RC 理論がある。いずれも退院支援に限定した概念や理論ではなく、特に後者の RC 理論は航空機の発着プロセスをもとに作成されたものである。フェーズの進行に伴い、退院支援における専門職種間連携にも変化が現れ、特徴が明らかになっていった。ここでは本研究で明らかになった専門職種間連携の変化とその特徴について、RC 理論や IPW その他の専門職種間連携の理論、既存の研究報告と比較しながら議論する。

1. 患者・家族のニーズへの着眼による影響の広がり. フェーズ 1 では当初、専門職種それぞれに目標を定め、それぞれの視点や介入の方法のもとに家族に接し、患者本人の思いを聞いていなかったことに後になって気づくなどして、患者・家族にとって満足のいく退院支援にはならない場面があった。フェーズが進むにつれ、患者や家族の話を熱心に聞くようになり、彼らのニーズに照準を合わせた関わりや連携が行われるようになった。それらは例えば、専門職種それぞれが事前にある程度の予測をして臨んだ場合でも、その場で語られる患者や家族の暮らしぶりや退院後の意向をもとに、柔軟に目標を変更して共有するようになった場面からもわかる。松岡（2013）は保健医療と社会福祉領域の間には対象者や事象の捉え方が異なると述べている。保健医療は健康問題から社会生活を捉え、

社会福祉は社会生活の中の医療と捉えることにより、異なる視点や捉え方が対象を多角的かつ全体性に把握することでき、問題解決も容易になると示唆している。本研究によるフェーズの変化は同席する職種が増えたことにより、役割認識や相互尊重が養われ、職種間の相互依存性が高まり、かつ、患者・家族のニーズや困りごとを多角的に捉えることができるようになり、創造性や柔軟性のある対応になっていったと考えられる。

また、こうした変化は面談で患者や家族に直接対応している最中やその直後、患者や家族に向かっている場だけではなく、通りがかりや少しの待ち時間に、担当する患者に関わっている他の専門職種を見かけたら自ら話しかけ、タイムリーに情報共有したりすることや、廊下でリハビリテーションをしている患者に PT 以外の職種が励ましの声をかけるなどの行動に繋がっていた。このような研究で設定された場面以外での専門職種間の連携は、頻回で事実に基づく正確性のあるタイムリーな情報共有として、また患者への励ましの声かけとして還元されたと言える。特に後者の「励ましの声かけ」は患者にとって満足のいく行為（長沼・高雄・穴水他, 2007）にも繋がる。患者のニーズを把握し、目標を共有することは、さまざまな場面に還元され、実践に繋がっていた。

IPW の概念は専門職種間の協働を強調しており、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協働すること」と定義している。退院支援における専門職種間連携は IPW そのものであり、患者とその家族のニーズを知ることから始まり、患者とその家族が思い描く目標に向かって専門職種と一つのチームとなり協働していくものであることが本研究からも裏付けられたといえる。

2. 相互信頼に基づく専門職種間連携がもたらす創造性. 本研究は敢えて「多職種連携」ではなく、「専門職種間連携」すなわち IPW の概念を中心としたのは、患者とその家族と専門職種との双方向の関係性と信頼関係を築くことも強調したかったことによる。田村（2018）が述べるように、IPW では、患者とその家族のニーズに注目することにより双方向の関係性を深め、信頼のある関係を築くことが重要である。

本研究の取り組みを通じて、複数の専門職種の間にも信頼関係が築かれる様子がみられた。複数の専門職が面談に参加することで、他の専門職種の実践を知って、信頼が築かれるとともに、全体のなかでの自らの役割が明確になった。これら専門職種間の信頼関係の高まりは、各自の専門分野に特化した知識を蓄え、効果的に組み合わせた関わりと捉えられる、RC 理論の役割認識の基盤の一つであるトランザクティブ・メモリの概念にも当

てはめられ、役割の認識が高まり、創造性のある関わりへと変化したと考えられる。それとともに、それまで誰かがやってくれると思っており、情報を共有したり解決に向けて話し合ったりせずに責任の所在が不明確になっていたことや、目標をすり合わせず、各々の目標と方法で患者・家族に関わったことで効果的な支援ができなかったことを振り返るなど、改善のきっかけとなったと考える。

大崎他（2018）は、退院支援における IPW に求められるものについてのインタビューから、「相手と自分の違いを理解し全体のバランスをとる姿勢」というカテゴリーを上げており、本研究における面談を通じて生まれてきた専門職種の姿勢もこれに相当する。RC 理論で唱えられる頻回で、タイムリーで、正確な日々のコミュニケーションのもと、築かれたお互いの役割への理解と信頼をもち、それら専門職種間同士が対等の立場で意見を交わし、問題解決しながら患者とその家族の意向に沿った目標を定め、目標に向かって「お互いの不足を埋めながら他職種の理解を深め尊重することで質の高い援助を生み出す」（大崎他, 2018）支援へと結びついたと考えられる。

また、研究フィールドの参加者には、患者や家族の不安をじっくりと時間をかけて聞く、自宅退院に向けて専門職種が連携して ADL を高めるなどの姿だけでなく、PT が個別に栄養指導を行ったり、OT が施設入所に関して患者と家族の仲立ちをしたり、NS が連絡先一覧を手渡すなど、通常の役割を越えた、かつ創造的な関わりが見られた。Benner & Wrubel（1989）は「関心には、型にはまった看護活動や予定されていた治療を変更させる働きもある。関心を背景にして、ある事柄が重要な意義を持つこととして際立ってくる。これがいま大事なことなのだ、というこの感じ、この知に促されて、看護婦は患者の役に立とうとする」（p.109）と述べており、このような支援は看護職にかぎらず、専門職種の患者・家族のニーズへの関心の深まりがあつてこそみられる創造的な実践と考えられた。また、NS が患者の退院後の生活を覗いてみたいと語ったり、患者自らが外来受診時に専門職種を訪れたりするなど、専門職種と患者との関係性の深まりが見える場面もあった。

なお、RC 理論には本研究で見られたようなそれぞれの専門職種が役割を発揮するという連携のあり様を越えて、他の役割を引き受けるなどのダイナミックな連携については描かれていない。これらは患者・家族を中心として、患者・家族、専門職種の間に信頼関係が築かれたからこそ生まれたものと考えられる。

3. 影響力をもつ医師への専門職種間連携による対応. 本研究の専門職種間連携の意

味合いは、日本特有の医師を中心としたヒエラルキーのもとで業務分担やタスクシフティングの「チーム医療」ではなく、専門職種間の協働を強調する IPW（田村, 2018）と捉えた。本研究のフィールドにおいても、未だ医師がヒエラルキーの頂点であるという文化は根強く、退院支援においても大きな影響を与えていたが、専門職種は患者やその家族の意向を重視して支援を行おうとしており、主治医が自宅退院に否定的な意見であっても、患者の意向を汲み、家族の力と地域の力を得て専門職種が協力し、自宅退院に向けて取り組みをしていた。看護師だけの働きかけでは困難な事例においても専門職種の評価から多角的にアプローチすることで主治医の見解に変化を与えており、専門職種間の視点や見解の違いが効果を生んでいた。医師による専門職種間連携に関する先行文献においては、地域医療において、Advance Care Planning（池田, 2019）や生活の視点（田中, 2020）を重視した連携は効果的であったことが報告されている。一方で、医師が自らの役割に終始すると、それ以外の役割を担う者を自らの支援者として階層下位に位置付けることがある（春田, 2021）と報告されている。慢性疾患や在宅支援においては、治療が中心ではなく、患者と家族の生活を中心としたアプローチ、すなわち目標共有を目指し、互いの役割を認識しつつ、多角的な意見や見解の違いから多様なアプローチが患者・家族に選択肢を広げ、患者らしい生活を支える鍵と考えられる。

本研究では、医師にも参加を呼び掛けたが、面談での発言をデータにすることに同意が得られたのみで、リフレクションには残念ながら参加が得られなかった。今後、医師をチームに含めた取り組みがなされれば、本研究で明らかになったように医師も自他の役割の理解、役割を超えた関わりの意図の理解や互いの信頼が増し、患者や家族の意向に沿った退院支援が行われる可能性は高まるものと考えられる。

C. アクションリサーチを通じての組織の変化

本研究において確認した組織の変化にはどのような特徴があるのだろうか、また組織の変化をもたらした要因は何だったかについて考察する。

1. 専門職種間連携の促進と組織の変化. 本研究において確認することができた組織の変化を、Kotter（2014）の組織変革の理論を参考に考察することにした。Kotter は当初、階層的組織における変革のための 8 段階を示していたが、組織の変化は必ずしもトップダウンにより生じるわけではないとの批判から、階層的組織の中に水平的なネットワーク組織によるプロセスを組み込んだデュアル・システム組織の変革理論へと発展させた。

デュアル・システムには成功に導く 5 つの原則とネットワーク組織を機能させ、加速させる 8 つのアクセラレータがある。5 つの原則として、社内の様々な部門からたくさんのチェンジ・エージェントを動員する、「命じられてやる」ではなく、「やりたい」気持ちを引き出す、理性だけでなく感情にも訴える、リーダーを増やす、階層組織とネットワーク組織の連携を深めるがあり、8 つのアクセラレータには、①危機感を高める、②コア・グループを作る、③ビジョンを掲げ、イニシアチブを決める、④志願者を増やす、⑤障害物を取り除く、⑥早めに成果を上げて祝う、⑦加速を維持する、⑧変革を体質化する、を掲げている (Kotter, 2014/2015, pp.36-47)。

本研究は、アクションリサーチのテクニカルアプローチを用いて、管理者の協力を得て、勉強会と話し合いの場を設け、研究参加者を募るとともに推進力となるコアメンバーを組織するところから始めた。管理者の協力のもと、看護職では看護係長や固定チームナーシングのサブリーダーの協力を得られたこと、MSW、リハビリテーション、管理栄養士などの各専門職種からもサブリーダーに相当する者の協力を得られたことにより、デュアル・システムの条件、すなわち階層組織の中に水平的なネットワーク組織を設置することができた。アクション 1 には 1 ヶ月くらいの期間を要したが、これらのコアメンバーがリーダーとなり、主体的にスタッフが取り組みやすいようにフロー図を作成し、声をかけて面談を実施するよう進めていたこと、それに対応するように初期には研究フィールドの人々の 7 割から研究参加の同意が得られ、徐々に増えて最終 8 割の同意が得られたことで、研究フィールドの人々の自発的な参加が促され、組織の変化を生む地盤を固められたと考える。これは Kotter のアクセラレータの②コア・グループを作る、④志願者を増やすに相当すると考えられる。

研究フィールドではフェーズ 1 で示したように、当初、研究フィールドの NS は自分たちが自信を持って取り組んでいた退院支援を披露できないことを悔やむ語りが聞かれていた。一方で、退院に向けての非効率な情報共有に対して NS と PT は課題と捉え、解決に向けて取り組み始めたところであった。その意味では、従来の退院支援に課題を感じてはいても概ね満足しており、変革に向けての明確なビジョンや動機づけをもっていたわけではなかった。しかし新興感染症の流行により従来の退院支援ができなくなったことに加え、アクション 2 の開始により、実際の退院支援を振り返ったことで、医師、専門職種間、患者・家族とも退院目標に食い違いがあること、患者の思いを確認できていなかったことに気づき、危機感をもって取り組む機会となった。このことは Kotter の①危機感を

高める、③ビジョンを掲げ、イニシアチブを決めるのアクセラレータを生み出し、患者を中心とした退院支援の実施に向けて情報共有することへと繋がっていったと考える。

フェーズ2では退院支援では重要な役割を担うPT・OTが加わり、さらに職種の幅が広がり、多様な役割のもとに退院支援が行われていることの理解に繋がった。また、これまで各職種が別々に患者や家族の話を聞いたり、記録を通じて他職種の支援内容を知ったりしていたが、面談に同席して直接、話をし、確認できるようになった。PTの参加は、当初、時間の調整が必要なために難しいと考えられていたが、可能であるとの認識が広まった。実際、別の時間を設けて他の専門職種の支援内容を確認する必要がなく、患者・家族も1回の面談で済むなどの利点があることが実施を促進する要因にもなった。

また、面談の直後で行われた振り返りやポジティブフィードバックは、それぞれが退院支援で果たした役割を評価し、成果として認めることができ、一体感が生まれていた。これは⑥早めに成果を上げて祝うのアクセラレータにも相当する。特にポジティブフィードバックはこれまで他職種について言及することがなかったため新鮮な経験であり、有用であるとの意見が聞かれた。組織の変化という点においても、ポジティブな感情をもたらし、研究フィールドの人々に単に研究を依頼されたからという理由ではない、主体的な取り組みを推進したと考えられる。

フェーズ3では、専門職種間連携に柔軟性や粘り強さが増し、Kotterの⑦加速を維持するに相当する組織の変化が観察された。コアメンバーのセンスメイキングは、⑧変革を体質化するについては、コアメンバーからNSが研究参加者である患者・家族の面談以外にもPT・OTに同席するよう声をかけていたと聞くなど、研究フィールドが2職種以上の専門職種での面談を肯定的に受け入れていることも知った。コアメンバーが中心となり、病棟看護師とPTによる情報共有を促進するための話し合いを開催し、自ら取り組んでいく様子も確認された。PTの管理者はインタビューで、今後も必要に応じて退院支援の面談の場に参加したいと述べ、各専門職種のリーダーによる自発的な取り組みに終わらず、組織としても取り組む構えがあることを語った。このように階層組織とネットワーク組織の連携が深まり、変革が定着しつつある様子が見られた。

Kotterの理論からみると、組織としての病院は、階層的であるともいえるが、むしろ専門性が高いがゆえに縦割りになりがちで、各専門職が独自のルールやタイムラインのもとに仕事をし、多忙であるゆえに連携しにくいシステムともいえる。研究フィールドにおいても、事前打ち合わせでは職種間における患者・家族の情報の共有不足、フェーズ1では

医師および職種間の退院目標の食い違い、家族の意向のみを聞き、患者の意向を聞いていなかったことが退院支援における専門職種間連携では障壁となっていたことに気づき、フェーズが進むにつれて、連携が促進されることにより障壁を乗り越え、創造力や対応力が進歩していた。これらの障壁を乗り越えられたことは、Kotter の⑤障害物を取り除くことに当てはまると考えられる。つまり、本研究のアクションリサーチによる主体的な取り組みは、研究フィールドに様々な形でアクセラレータが働き、組織に変化をもたらすことができたと考えられる。

2. 2 職種以上が参加する面談とポジティブフィードバックの効果. 本研究は RC 理論の関係調整である役割認識と尊重の態度に焦点を置いて、2 職種以上が参加する面談を実施することで互いの役割を認識するように働きかけ、面談後にはそれぞれに感じた役割や関わりに対する内容のポジティブフィードバックを通じて尊重の態度を高めることをアクションとして提案した。

2 職種以上が参加する面談の実施については、過去の研究からも、専門職種連携を推進するにあたっては、退院支援の場面にかかわらず、研修やカンファレンスよりも、ラウンドやミーティングなどにより、複数の専門職種が直接、患者や家族に対面して実施する方法が有効であること (O'Leary, Wayne, Haviley, et al., 2010; Williams, Plumb, Luscombe, et al., 2018) が明らかにされており、本研究の複数の専門職種による面談は、これらと比べても長い時間、患者や家族に対面するものであり、固定チームではなくとも、役割認識や尊重の態度を深め、連携を促進するのに効果をあげていたことは評価できる。

加えて、本研究のポジティブフィードバックも、研究参加者がチーム感や一体感を感じる、研究が終了しても継続したいと語るなど、高い評価を得ていた。2 職種以上が参加する面談やポジティブフィードバックによる他の専門職種からの承認、そして、患者・家族との関わりを通して得られた反応や手応えは、新鮮であり、定石通りのやり方に捕らわれなくても自由な発想のもと専門職種が協働することで得られることに気づき、自己の役割に自信を持ち、さらにその患者・家族のニーズに応じた自由度の高い選択肢のもと創造性に富み、柔軟性のある関わりに繋がっていたと考えられる。

佐々木 (2006) は職業的アイデンティティについて、他者との違いを認めながらも自分は唯一の存在であるという感覚、さまざまな自分らしさを保っているという感覚の斉一性と時間や状況の変化にも一貫している自分自身を自己も周囲の社会も同じように承認しているという感覚であり、看護師である自分自身に対して「これでよい」とする肯定的な

感覚であるとした。ポジティブフィードバックは看護職を含め、それぞれの専門職種にこのような意味での職業的アイデンティティを与えるのに役立ったと考えられる。

また、他者からの良好な評価を受けることが、個人の働きがいに影響するだけでなく（船越・河野, 2006）、提供した援助を評価してくれたり協力し合える仲間に支えられていることが自分の役割を果たす力になる（大崎他, 2018）ように、支えられていると感じる経験が、最新の情報を共有するようにし、問題解決に向けて、互いを専門家として尊重しながら、対等な意見交換ができるコミュニケーションをつくり、また、互いに頼れる存在として、時には役割を補う合いながら役割を発揮することに繋がったと考えられる。

ポジティブフィードバックを行うことで見えてきたのは、RC 理論における関係調整とコミュニケーションは連鎖しながら繰り返され、相乗効果を上げていくような構造である。本研究でも関係調整とコミュニケーションは切り離されたものではなく、互いに影響を及ぼし合っており、RC 理論が提示している主要な概念間の関係性が本研究の専門職種間連携においても合致していること、またその有効性が確認されたといえる。

3. 面談内容を文字化して振り返ることとセンスメイキングの効果。 リフレクションとして行ったインフォーマルインタビューで配布した面談内容を文字化した逐語録が面談参加者の振り返りに研究者の意図する以上の効果を上げていた。また、取り組みの意味付けを行ってもらったためのコアメンバーによるセンスメイキングも組織の変化に有効であったと考えられる。

逐語録は面談参加者に面談時の様子を想起してインフォーマルインタビューに対応してもらえるように用意したものだったが、文字化した面談内容を振り返ることで、自己の患者への関わり、互いのコミュニケーションの特徴、自他の専門職種の役割を意識化すること、意味づけることに繋がった。

Schön（2019）は省察的実践において、有能な実践者は、理論と技能を意識的に用いているときでも「暗黙の認識や判断、また、熟練したふるまいに頼っている」（p. 50）としており、実践がスムーズに行われているときにはそれらの認識や判断、行為を意識することは少ないが、実践がスムーズに行われなかった場合、実践家は「行為の最中に驚き、それが刺激となって行為について振り返り、行為の中で暗黙のうちに知っていることを振り返る」（P. 50）と述べる。

本研究においても、研究参加者のうちコアメンバーのように日々実践に関わり、経験も豊富なコアメンバーは当初、研究フィールドの退院支援における専門職種間連携は各専

門職種が定石と呼べる退院支援を行い、概ねうまく機能しているという認識を持っていた。アクション2の開始とともに実際の面談場面を文字化した逐語録を読むことを通して、支援に結びついた事例、あるいは結びつかなかった事例とともに実践を振り返ることで、自らの役割を客観的に見ることに繋がったと考えられる。

Schön (2019) は「現象を理解するにつれひとは、行為の中で暗黙のままになっている理解についても振り返るようになる。暗黙のままではなく表に出してそれを批判し、再設定しなおし、将来の行為の中で具体化する理解についても省察する」(p. 51) と述べ、フェーズを経ることに積極的に情報を得て、関わっていく創造性のある退院支援に変化したと考えられる。

また、逐語録を読むことは、Weick (2005) がセンスメイキングについて述べる「複雑な事象を一人ひとりが俯瞰的に振り返り、組織社会的なコンテキストの中での自分の立ち位置を見出しながらその事象の自らにとっての意味を納得し、次になすべきことを考える」ことに繋がったと考える。組織社会的なコンテキストも含めて、俯瞰的に振り返ることには、自己の視点から見える退院支援だけでなく、他の専門職種の視点も含めて眺めてみることや、退院支援の全体の流れを通して患者・家族に支援のために自他の専門性の果たした役割を俯瞰的に見ることといえる。このような意識されにくい課題の明確化やより俯瞰的な視点での振り返りをもたらし、研究フィールドの退院支援に対する組織的取り組みを変化させたと考えられる。

研究終了後に MSW の管理者から、専門職種がバラバラの情報ではなく、集約された、まとまった情報を伝えることができるようになり、患者にとっても理解しやすい情報提供が行われるようになったと意見を述べていた。Weick (2005) は複雑な事象に取り組む組織は、その変革を通じて「事象のもつ意味の多義性が減少する」と述べたが、退院支援で提供される情報が集約され、患者・家族にとって理解しやすい内容となったという事実は、研究フィールドにおいて、専門職種間連携が促進されたことによる組織変革のアウトカムの一つを示していると考えられる (Weick, 2005)。

4. 専門職種間連携を促進する取り組みに向けて。 今回、専門職種間連携を促進する方法として、本研究では複数の専門職種による面談という方法を用いたが、過去の研究においても複数の専門職種による面談やラウンドには時間的な制約があるという意見がある (Williams, Plumb, Luscombe, et al., 2018)。本研究においてもコアメンバーの振り返りやリハビリテーションの管理者のインタビューにおいて時間の確保が問題であると指摘があ

り、今後も実現可能な方法を模索していくことが重要である。時間がないなかでも、NSが経験上、退院困難と予期している事例については、専門職種間で共有し、時間をかけて取り組むとよいとの提案が行われるなど、必要な場合には時間を確保して連携を深める重要性は認識されている。患者・家族の満足のいく退院支援を実施していくために時間を有効に活用し、複数の専門職種による活動を広げていくことが必要と考える。

D. 看護実践への提言

以上の本研究の結果および考察から、看護実践に提言可能なことは以下のとおりである。一つは、専門職種間連携を促進するために、複数の専門職種で彼らの支援を必要とする患者や家族がいる場を共有する機会を設けることである。本研究でも、2職種以上が同席する面談により連携が促進されることを確認できた。すでに先行文献で、記録やカンファレンスでの情報共有よりも、患者や家族がいる場へのラウンドやミーティングが連携を促進することが明らかにされている（Gittell, 2000, 2002, 2010）。なかでも本研究で特徴的であったのは、面談という形式をとることで、ラウンドやミーティングよりも比較的長い時間、患者や家族のいる場に複数の専門職が同席し、彼らの不安や困りごとをじっくり聞き、問題解決に取り組めたことである。このことは専門職の間の連携を促進するだけでなく、患者・家族のニーズを中心した支援を行うことにもつながった。一定の時間の確保や出席するための調整が必要になるが、施設の特性や人員配置に応じた方法で取り入れることは可能と考えられる。

2つめは、本研究ではアクションリサーチの3つのアプローチを用いて、研究者が主体となつて行う介入によってではなく、研究フィールドの人々に理論を活用して振り返る機会を持つことにより気づきを与え、自らの問題と捉えた主体的な取り組みを中心に、組織に変化をもたらす手法によって効果をあげることができた。特に退院支援の実践にもかかわっている中間的立場のスタッフを推進役としたことが、スタッフを巻き込み、自主的に問題解決に取り組む姿勢につながり、そのことが組織の変化に影響したと考える。このように中間的立場のスタッフの力を活かし、全体として支援する体制を構築し、組織の変化に向けて一歩踏み出す環境を創り出すことが、施設の管理者には求められる。さらに施設単独の取り組みとしてだけでなく、研究機関との連携を通じて実践の場を改善していくサイクルをつくっていくことが必要と考える。

3つめに、ポジティブフィードバックや面談内容を文字化した逐語録を活用したリフ

レクシオンとセンスメイキングが、自他の実践についての理解を深め、尊重の態度を形成し、連携を促進した。これらは自己の専門性を活かし、患者・家族が満足のいく創造的な支援を提供することにつながるものと考ええる。さまざまな場における組織の活性化や看護の質の向上のために、本研究で実施したアクションリサーチの要素を取り入れていく可能性は高いと考える。

E. 研究の限界と今後の課題

1. 研究の限界. アクションリサーチは、人々の差し迫った気がかりへの実際的な解決策を追求することで個人や集団の発展をめざす研究であり（Reason & Bradbury, 2001）、それゆえに研究とその成果は、研究フィールドのおかれている時代や社会の状況、研究フィールドの人々の課題に左右される。

本研究は、国の制度のもと入院期間に 60 日という制限が設けられているなかでの退院支援への取り組みであり、なおかつ新興感染症によってさまざまな制限が課せられていた状況で実施されたものである。また研究施設となった A 病院についても、豪雪地帯の山間部に住む高齢の患者を多く受け入れているといった地域特性や、専門職の中間的立場にある者の実践力が高く、組織に役割を超えた実践を容認できる文化があることが、患者・家族のアウトカムや専門職の取り組みに影響した可能性がある。

また本来、アクションリサーチは研究フィールドへの定着を目指す研究であるが、研究期間に限りがあり、今後、定着に至るまで取り組みを見届けることができなかったこと、参与観察の機会が少なく、実際どのようにコミュニケーションが行われたかについてのデータの収集できなかったことも限界である。

日本の医療現場では未だ医師を頂点としたヒエラルキーがあり、本研究においても患者の療養先の決定に影響があった。今後、専門職種間連携を促進するために医師を巻き込んだ研究が進むことが期待される。

2. 今後の課題. 今後の課題としては、アクションリサーチは施設の特性に依存するところがあるため、他の施設においても本研究を提案し、専門職種間連携を駆使した退院支援が患者・家族にとって満足のいく関わりにつながるかを探究する必要がある。

組織変革を効果的に推進するためには、施設の特性の把握とともにその特性に応じた形で組織を変革していくための知識や理論が不可欠である。実践の質を高める組織づくりが行える管理者の育成と研究機関とのコラボレーションが課題となるだろう。

VI. 結論

本研究では、一地方の小規模ケアミックス病院の地域包括ケア病棟において、NS、PT、MSW の参加のもとに、RC 理論を基盤としたアクションリサーチを通じて、退院支援における専門職種間連携の変化と、それによる患者・家族と組織のアウトカムを明らかにした。その結果、以下の特徴が明らかになった。

1. RC 理論を基盤としたアクションリサーチを実施した結果、退院支援における専門職種間連携において、フェーズ 1 <定石通りの退院支援に起こる専門職種間の退院目標の食い違いと患者の思いを知ろうとしなかったことへの気づき>、フェーズ 2 <退院に向けた面談に同席する専門職種が広がり、患者・家族の語りを一緒に見聞することによる創造性の向上>、フェーズ 3 <専門職種間の相互依存性を高め患者・家族の抱える難題に向き合う対応力の進歩> の変化が見られた。

2. 複数の専門職種による面談とその振り返りは、専門職が患者・家族のニーズに着目し、彼らに関心を寄せ、関係を築くことを促した。また他職種の実践を知ることを通じて、全体のなかでの自己の役割を認識し、他の職種の実践への信頼を深めていた。またポジティブフィードバックが各専門職種の自信になるとともに、他の専門職種と情報を共有し、協働して目標を立案し、計画を実施していくことへの安心感を生み出していた。

3. 患者や家族の退院後の療養生活や介護にまつわる不安は大きかったが、複数の専門職種で話を聞き、それぞれの視点での助言をすることが、彼らの不安を軽減し、さらには自宅で療養あるいは介護する覚悟を生み出していた。また希望通りに自宅退院ができない場合も、複数の専門職が協力して医療や介護をなるべく必要としない状態へと支援することで、患者や家族が将来の自宅退院に向けて希望をつなげられるようにしていた。

4. RC 理論を基盤としたアクションリサーチは、研究フィールドの主体的な取り組みにより、現状の課題に気づき、退院支援における専門職種間連携において創造性の向上と対応力の進歩という組織の変化をもたらした。

謝辞

稿を終えるにあたり、研究の趣旨にご理解をいただき、本研究の調査にご協力いただきました患者様とそのご家族の皆様を初め、看護師長、リハビリテーション課長、退院部門係長、コアメンバーの皆様、対象病棟に関わる専門職種、医師および事務職員の皆様に厚く御礼申し上げます。併せて、調査にご協力いただきました施設長、看護部長および関係

者の皆様に深く感謝申し上げます。

また、本研究を進めるにあたり、ご指導とご尽力をいただきました日本赤十字看護大学看護学部基礎看護学川原由佳里教授、高田早苗名誉教授、細野知子准教授、ご助言いただきました安部陽子教授をはじめ、諸先生方に心から感謝申し上げます。

そして、諸先輩方、大学院生の学友の皆様、学生生活を支えていただきました上司、同僚、友人と家族に深く感謝申し上げます。

引用文献

- Benner, P. & Wrubel, J. (1986). / 難波卓志訳 (1999). *現象学的人間論と看護*. 医学書院.
- 藤川あや・月野木ルミ (2020). 訪問看護師と介護支援専門員を対象とした relational coordination 理論に基づく専門職種間連携促進プログラムの検討. *日本看護科学学会誌*, 40, 572-578.
- 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. *厚生の指標*, 62(6), 1-9.
- 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.
- 船越明子・河野由理 (2006). 看護師の働きがいの構成要素と影響要因に関する文献：急性期病院に勤務する看護師を対象とした分析から, *こころの健康*, 21(2), 35-43.
- Gittell, J. H. (2000). Organization work to support relational co-ordination. *The International Journal of Human Resource Management*, 11(3), 517-539.
- Gittell, J. H., Fairfield, K. M., Bierbaum, B., et al. (2000). Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Medical Care*, 38(8), 807-819.
- Gittell, J. H. (2002). Coordination 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.
- Gittell, J. H. (2006). Relational coordination : Coordinating work though relationships of shared goals shared knowledge and mutual respect. In Olivaia Kyriakidou & Mustafa F. Özbilgin (Eds.) *Relational Perspectives in Organizational Studies A Research Companion* , 74-94. Great Britain: MPG Books.
- Gittell, J. H., Seidner, R., & Wimbush, J. (2010). A relational model of high-performance work systems work. *Organization Science*, 21(2), 490-506.
- 春田淳志 (2021). 在宅における多職種協働に求められる俯瞰的視点. *日本在宅ケア学会誌*, 24(2), 11-16.
- 春田淳志・錦織宏 (2014). 医療専門職の多職種連携に関する理論について, *医学教育*, 45(3), 121-134.

- Hean, S., Craddock, D., & O'Halloran, C. (2009). Learning theories and interprofessional education: a user's guide. *Learning in Health and Social Care*, 1-13.
DOI: 10.1111/j.1473-6861.2009.00227.x
- Holter, M. L. & Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 18, 298-304.
- 細田満和子 (2012). 「チーム医療」とは何かー医療ケアに活かす社会学からのアプローチ, 日本看護協会出版社.
- 細谷竜一・神岡太郎 (2018). センズメイキング理論に基づくビッグデータアナリティクス利用効果の実証モデル. 2018 年春季全国研究発表大会, 124-127.
- 池田真介 (2019). 視野をひろげる専攻医育成 2) 在宅医となって感じる多機関・多職種協働の重要性. 日本内科学会雑誌, 108(9), 2010-2012.
- 伊藤久美 (2018). フィールドにおいてアクションリサーチのもたらす意味: 科研と博士論文の取り組みを通じて, *看護研究*, 51(4), 366-374.
- 井上貴昭・中沢武司・麻生恭代・成田久美他 (2014). 多職種 ICT ラウンドがもたらす効果について. *日本臨床救急医学会誌*, 17, 25-31.
- 川嶋元子・森昌美・松宮愛・磯邊厚子 (2015). 病棟看護師の退院支援の現状と課題ー患者が地域へ安心して戻るためにー. *聖泉看護学研究*, 4, 29-38.
- 片岡正文・奥谷大介・奥谷珠美・小泉匡司他 (2007). 肺癌術前患者に対する外来からの多職種サポートの効果. *肺癌*, 58(8), 8-13.
- Klein, G., Moon, B., & Hoffman, R. R. (2006). Making Sense of Sensemaking 1: Alternative Perspectives, *IEEE Intelligent Systems*, 21(4), 70-73.
- Kotter, JP. (2014) /村井章子訳 (2015). ジョン・P・コッター 実行する組織ー大組織がベンチャーのスピードで動く. ダイヤモンド社.
- 厚生労働省 (2005). 高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律.
https://elaws.e-gov.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=417AC1000000124#F [2020/1/5 閲覧]
- 厚生労働省 (2010). チーム医療の推進について (チーム医療の推進に関する検討会 報告書). <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf> [2019/12/15 閲覧]
- 厚生労働省 (2011). チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集. チーム医療推進方策検討ワーキンググループ (チーム医療推進会議) <https://www.mhlw.go.jp/stf/>

- shingi/e2r9852000001hf7-att/2r9852000001ehgo.pdf [2019/12/15 閲覧]
- 厚生労働省 (2013). 「社会法相制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～. 社会保障制度改革国民会議.
- <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokumin-kaigi/pdf/houkokusyo.pdf> [2018/12/29 閲覧]
- 厚生労働省 (2019). 平成 30 年簡易生命表の概況.
- <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life18/dl/life18-02.pdf> [2020/1/5 閲覧]
- 黒川英雄・木村ひとみ・諫山美鈴・高藤千鶴他 (2011). NST における摂食・嚥下障害チームの専門的口腔ケア介入の効果. *日本衛生学会誌*, 6(2), 62-69.
- 今野弘子 (2017). 療養病床を有する高齢者医療施設の退院支援における多職種連携についての職員の認識. *老年看護学*, 21(2), 59-66.
- 長沼みづき・高雄知子・穴水美和他 (2007). 血管造影室の看護師に患者が求めているもの. *山梨大学看護学会誌*, 6(1), 23-26.
- 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. *日本公衆衛生誌*, 61(9), 565-573.
- 西本香王里・上山進・石丸美枝子・濱田宏輝他 (2013). 単独型救命救急センターにおける多職種 ICT ラウンドの意義と効果. *日本臨床救急医学会誌*, 17, 766-773.
- 松岡千代 (2013). 他職種連携の新時代に向けて：実践・研究・教育の課題と展望, リハビリテーション連携科学, 14(2), 181-194.
- 丸岡直子・佐藤弘美・川島和代・伴真由美・小松妙子 (2004). 退院患者に提供された看護サービスの実態からみた退院調整における病院看護師の役割. *石川看護雑誌*, 1, 31-38.
- 大崎瑞恵・清水健史・村上眞須美 (2018). 退院支援における Interprofessional work に求められるもの—回復期リハビリテーション病棟の専門職の視点から—. *福島県立医科大学看護学部紀要*, 20, 15-22.
- O'Leary, K. J., Wayne, D. B., Haviley, C., et al. (2010). Improvement Teamwork; Impact of structured interdisciplinary rounds on a medical teaching unit. *Journal of General Internal Medicine*, 25(8), 826-32.
- Reason, P. & Bradbury, H. (2001). Introduction: Inquiry and participation in search of a world worthy of human aspiration. In Reason, P. & Bradbury, H. (Eds.) *Action Research: participative Inquiry & Practice*. (pp.1-14). London: SAGA.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional

- collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Databases of Systematic Reviews*, 6, 1-48.
- Robben, S., Perry, M., van Nieuwenhuijzen, L., van Achterberg, T., & Rikkert, MO., et al. (2012). Impact of interprofessional education on collaboration attitudes, skills, and behavior among primary care professionals. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(2), 196-204.
- 佐々木真紀子・針生亨（2006）．看護師の職業的アイデンティティ尺度（PISN）の開発．日本看護科学学会誌, 26(1), 34-41.
- Schön, DA. (1983)/柳沢昌一・三輪健二監訳（2019）．省察的实践とは何か—プロフェッショナルの行為と思考—, 鳳書房.
- 島崎明美（2012）．急性期病院における退院困難な患者・家族の満足過程に及ぼす要因．日本医療マネジメント学会雑誌, 13(1), 17-21.
- 島崎明美・山名由理子（2018）．入院早期より退院支援を実現する地域医療室ラウンド．日本医療マネジメント学会雑誌, 19(1), 2-6.
- 新家治子・坂下明大・石橋有希他（2012）．緩和ケアチーム介入によるがん患者 QOL の変化についての検討．*Palliative Care Research*, 7(2), 368-373.
- 高尾香菜（2018）．退院支援・調整のチームアプローチへの取り組み—チームアプローチが退院支援・調整へもたらす効果—．日本看護学会論文集 看護管理, 48, 102-105.
- 田村由美（編）（2018）．新しいチーム医療 改訂版 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.
- 土田美樹・大竹まり子・森鍵祐子他（2013）．医療処置が必要な患者の退院支援における組織的取組と病棟看護職の実践．日本看護研究学会雑誌, 36(4), 39-46.
- 筒井真優美編（2010）．研究と実践をつなぐ アクションリサーチ入門：看護研究の新たなステージへ．株式会社ライフサポート社.
- 内田信之・芝陽子・平形浩喜・島村修他（2017）．歯科のない地域中核病院における医科歯科連携の成果と現状．日本プライマリ・ケア連合学会誌, 40(1), 16-20.
- Warshawsky, Havens, & Knafl (2012). The influence of interpersonal relationships on nurse managers' work engagement and proactive work behavior. *Journal of Nurse Administration*, 42(9). 418-425.
- Weick, K. E. (1995). Sensemaking in Organizations, Thousand Oaks: Sage Publications Inc.

- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the Process of Sensemaking, *Organization Science*, 16(4), 409–421.
- Williams, C. R., Plumb, J., Luscombe, G. M., et al. (2018). Improving teamwork and patient outcome with daily structured interdisciplinary bedside rounds; A multimethod evaluation. *Journal of Hospital Medicine*, 13(5), 311-317.
- WHO (2010) /三重大学 (2014) . 専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/?jsessionid=F3E02981EFAD9F92D00FB8F70D94517E?sequence=8> [2019/9/8 閲覧]
- 山本智子 (2014). チーム医療による病院の組織変革に関する実証的研究－岡山県下の病院を対象とした調査から－, *川崎医療福祉学会誌*, 23(2), 255-267.

RC通信

Vol.1



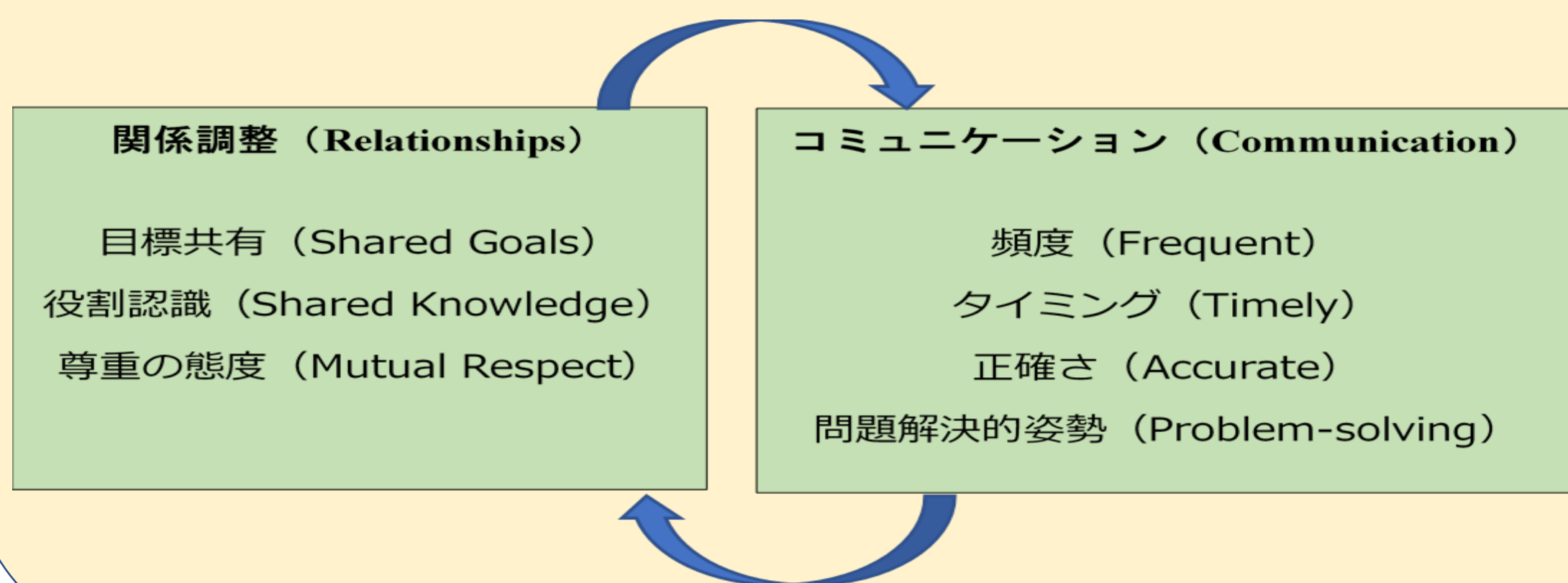
朝夕の寒さが身に染みる季節となり、秋の深まりを感じます。
今月から研究で大変お世話になります伊富貴（いぶき）です。
どうぞよろしくお願いいたします。

去る10月15日には、退院支援における専門職種間連携に関連した勉強会に多くの皆様にご参加いただき心より深く感謝申し上げます。

今回は、Relational Coordination（RC）理論をご紹介します。

RELATIONAL COORDINATION 理論

全体としての目標の達成を目指して、自分の仕事と他職種の仕事との相互関係を理解し、相互に尊重し考慮できること、良好なコミュニケーションがあることが組織の連携を高め、目標達成を容易にし、構成員の満足度を高めることができる理論です。



皆様と一緒にRelational Coordination理論に基づいた
退院支援における専門職種間連携に取り組み、
連携のプロセスを明らかにして、
患者・家族へのケアの質の向上
を目指していきたいと思います。
どうぞよろしくお願いいたします。

RC通信

Vol.2



多くの皆様に本研究にご参加いただきますこと心より深く感謝申し上げます。
患者様・ご家族様とのカンファレンス（面談）を進めていただき、ありがとうございます。

今回、開始して、1か月が経過しました。皆様の気づきをお届けします。

解消できると自信をつけて帰っていかはる

家族の負担軽減が目標。不安がある程度解消して帰っていただきたい。

（退院支援・調整に）一遍通りがないな

退院支援

（他職種と）目標がズレてる？

どうしても家族の意向に沿っちゃうケースもあるかな～

研究参加の感想

普通に今までやってること、プラスポジティブフィードバックだが、いつも通りって感じ

聞き手が二人いると、新たな目標がみえて、新たな情報をお互い知ることができる！

当たり前（面談）やりすぎてた。何がよかったんやろうって考える機会になってる

ポジティブフィードバックを実施して

自分の役割を確認できるっていうか、職種ごとに役割を確認できる

恥ずかしいけど、本音でしゃべれし、関係性がよくなる感じ。

職種による考え方の違いが明らかになる

何か言おうと思って探すから、目が向けられる。何がよかったんやろ？って考える機会になる



＜今後検討事項＞

- リハビリカンファレンスをもっと有効活用できないか？
- カンファ前カンファの実施（作戦会議をしましょう）
- カンファ前カンファレンスには多職種にも声かけて情報共有を。

RC通信

Vol.3



多くの皆様に本研究にご参加いただきますこと心より深く感謝申し上げます。
本研究は残すところ、あと2か月となりました。
皆様にご参加いただくために、今一度、流れをお示ししたいと思います。
是非、ご協力よろしくお願いいたします。

<入院時>

患者・ご家族のご意向確認
看護師のみ
多職種と一緒に



<入院2～3週間>

多職種と一緒に面談
(退院に向けた面談)



<退院数日前～当日>

できれば、多職種と一緒に面談
(退院時面談)

多職種と一緒に面談されたら、
退院支援として各職種の計画
を共有し、他職種の役割につ
いて、一言ポジティブフィード
バックをしてみましょう。

**※面談内容は医療カンファ
レンス記録でOKです
(ICレコーダーなくてもOK)**

<退院に向けて>

患者とご家族との思いの違い
⇒具体的な行動レベルで
確認しましょう。

多職種と一緒に退院支援に
ついて振り返りましょう。

ご家族様の声



一つの事柄をね、多面的にっていうか、
総合的にっていうかね、やはりいろいろ
見方も違うし、やはりあの～なんでもそ
うやと思うんですけど、やはり正確に
物事を捉えるためにはいろんな方から、
あの情報なりを得て、判断するのが、
一番解決につながるって感じましたね。

RC通信

Vol.4



この度は、本研究にご協力いただきありがとうございました。

患者様・ご家族様に丁寧にお家での状況を聞きとり、今後の暮らしについて、専門職種それぞれが専門知識を活かして取り組み、その内容を共有し、相談されていることを知ることができ、とても勉強になりました。併せて、患者・家族との面談やご参加いただきましたスタッフの皆様の声をお聞かせいただきました。それらを基に退院支援について、今後深めていきたいと思えます。

貴重な機会をいただき、心より厚く感謝申し上げます。

面談で
問題（課題）
を共有

日常の
情報共有
(廊下で今日の
進捗を共有)

一体感
・チームで
ゴールを
目指す



<学び>

- 面談は必要に応じて専門職が集まり、患者：ご家族に多角的な意見を提供し、相談しながら進められると意思決定に役立つこと
- 時間管理として、患者・家族からの情報収集、医療者間の事前打ち合わせが必要であること

皆様のご健康と今後のご活躍を祈念しております。
本当にありがとうございました。

退院支援における専門職種間連携の変化のプロセス：

Relational coordination 理論を基盤とした

アクションリサーチ

Process of Changing Interprofessional Work in Discharge

Support: the Action Research Based on Relational

Coordination Theory

伊 富 貴 初 美

Ibuki, Hatsumi

2019 年度 博士（看護学）論文 研究計画書

指導教員：川原由佳里

日本赤十字看護大学大学院
看護学研究科

目次

I	背景	108
II	研究目的	111
III	用語の定義	111
	A. 専門職種間連携	111
	B. 退院支援	112
IV	研究の意義	112
V	文献検討	113
	A. 医療において専門職種間連携が求められる背景	113
	B. 専門職種間連携に関する研究傾向	114
	C. 退院支援における専門職種間連携に関する文献検討	118
	D. 専門職種間連携を促進する Relational coordination 理論	120
VI	研究方法	123
	A. 研究デザイン	123
	B. 研究期間	123
	C. 研究フィールド	124
	D. 研究対象	124
	1. 研究参加者	124
	a. スタッフ	124
	b. コアメンバー	124
	c. 管理者	124
	d. 患者・家族	124
	E. 研究フィールドへの入り方及び研究協力者の募集方法	125
	1. 研究フィールドの施設長及び看護部長への説明と承諾の取得	125
	2. 研究参加者（管理者）（病棟看護師長・各部門長）への説明と承諾及び同意の取得	126
	3. 研究参加者（スタッフ）と研究参加者（コアメンバー）への説明と同意の取得	126
	4. 研究参加者（患者・家族）への説明と同意の取得	127
	F. 概念枠組み	127

1. RC 理論の概念枠組み	127
2. 本研究の概念枠組み	128
G. 研究スケジュール	129
H. アクションとリフレクション	131
1. 組織としての課題の明確化と取り組み計画	131
a. 日本の医療現場及び病院における退院支援での専門職種間連携の必要性について知識を高め、関心を高める<目標共有>	131
b. 専門職種間連携を高めるために RC 理論の理解を深める<目標共有>	131
c. チームを結成し、研究参加者が日頃感じている退院支援の課題について明らかにする<目標共有・役割認識・尊重の態度・コミュニケーション>	131
d. 取り組みの実現可能性を高めることができる<目標共有・役割認識・尊重の態度・コミュニケーション>	133
2. 専門職種間連携に向けて取り組みの実施	133
a. 患者・家族が安心して退院するために 2 職種以上で退院に向けた面談と退院時面談を実施し、患者・家族と退院目標を共有する<目標共有・コミュニケーション>	133
b. お互いの職業に役割について理解を深めることができる<役割認識・尊重の態度・コミュニケーション>	133
3. 取り組み評価と専門職種間連携の意味付け	133
a. 取り組みを RC に沿って振り返り、評価することができる<目標共有・役割認識・尊重の態度・コミュニケーション>	133
b. RC 理論に基づいた専門職種間連携を意味づけることができる<尊重の態度・コミュニケーション>	133
4. 専門職種間連携の促進と組織としての評価の共有	134
a. 退院支援における専門職種間連携に関する組織へのフィードバックを通じて組織変化を促す<目標共有・役割尊重・尊重の態度・コミュニケーション>	135
I. 評価	135

1. RC 理論に基づいた専門職種間連携の評価	135
a. 目標共有	135
b. 役割認識	135
c. 尊重の態度	135
d. コミュニケーション	137
2. アウトカム評価	137
a. 患者アウトカム	137
b. 組織変化のプロセス	137
J. データ収集方法	137
1. デモグラフィック・シート	137
2. 面談内容（退院に向けた面談・退院時面談）	137
3. 記録シート（退院に向けた面談・退院時面談）	138
4. 参与観察（インフォーマルインタビューを含む）	138
5. 研究参加者（コアメンバー）による振り返りと意味付けの会（センスメイキング）	138
6. 研究参加者（管理者）（病棟看護師長・各部門長）へのインタビュー	139
K. データ分析方法	140
1. 質的データの分析	140
L. アクションとリフレクションと評価の妥当性と信頼性	140
M. 倫理的配慮	140
1. 研究参加への自由意思と拒否権について	140
a. 研究参加者（スタッフ）、研究参加者（コアメンバー）、研究参加者（管理者）	140
b. 研究参加者（患者・家族）	141
2. 研究参加による利益及び不利益とその対応	141
a. 本研究による利益	142
b. 本研究による不利益とその対応	142
3. プライバシー及び個人情報の取り扱いについて	142
4. 研究結果の公表と還元方法	143
5. 研究資金と利益相反	143

6. 問い合わせへの対応	143
7. 研究機関の長への報告と内容及び方法	143
8. その他	144
VII 予備調査	144
A. 予備調査の目的	144
B. 予備調査期間	144
C. 予備調査のフィールド	144
D. 予備調査のスケジュールと介入内容	145
1. 予備調査のスケジュール	145
2. 予備調査の介入内容	145
E. 予備調査の募集プロセスと倫理的配慮	146
F. 予備調査の結果	146
1. 研究参加者（コアメンバー）の概要	146
2. 予備調査の実施内容	147
a. 予備調査に対する同意プロセス	147
b. 研究参加者（コアメンバー）との話し合い	147
c. 対象病院での勉強会	148
d. 退院に向けた面談及び退院時面談	148
e. 面談実施の振り返り及び意味付けの会（センスメイキング）	149
3. 予備調査の評価	150
a. RC 理論に基づいた専門職種間連携の評価	150
(1) 目標共有	150
(2) 役割認識	151
(3) 尊重の態度	151
(4) コミュニケーション	151
b. アウトカム評価	152
(1) 患者アウトカム	152
(2) 組織変化	152
5. 本調査に向けての改善点	153
a. アクションとリフレクション	153

b. 退院に向けた面談シート	153
c. デモグラフィック・シート	153
引用文献	155

図目次

図 1	RC 理論の概念枠組み	128
図 2	概念枠組み	129

表目次

表 1	研究スケジュール	130
表 2	アクションとリフレクション	132
表 3	評価	136
表 4	予備調査のスケジュール	145
表 5	予備調査の介入内容	146
表 6	研究参加者（コアメンバー）の概要	147
表 7	予備調査の経過及び実施内容	149
表 8	面談シートの記録内容	154

I. 背景

我が国では、先進諸外国に類を見ない速さで高齢化が進展しており、医療・介護への対応策が急がれる。75 歳以上の高齢者人口が最も拡大する 2025 年から 2030 年に焦点を当てた対策として、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療から、病気と共存しながら Quality of Life [QOL] の維持・向上を目指す「地域完結型」の医療・介護への移行が推進されている（厚生労働省, 2013）。地域完結型の医療・介護が進められる中、医療従事者には、患者が退院後に住み慣れた地域で自分らしい暮らしができるように、入院から退院後の生活を見据えた支援が求められている。

国の退院支援の体制づくりは、平成 20（2008）年診療報酬改定の「退院調整加算」新設に始まっている。しかし、「退院調整加算」の評価指標は平均在院日数であり、院内に退院支援の体制をつくり、退院調整を充実させるというよりは、平均在院日数を短縮し、退院を進めることに注目する傾向にあった。平成 28（2016）年度改定には、「退院調整加算」を廃止し「退院支援加算」に変更し体制づくりを強化するために施設基準として、退院調整部門を設置して看護師または社会福祉士の専従の職員を配置すること、及び、入院早期より退院支援を行い関係医療機関との連携することを示している。さらに平成 30（2018）年度診療報酬改定では、「入退院支援加算」に名称を変更され、入院前の患者の生活や福祉サービスの利用状況を把握し、入院中から退院後の生活について、院内外の専門職種が連携し切れ目ない支援が提供できるように方向づけている。

従来から、看護師は患者・家族への退院支援として、患者・家族への教育的指導や他部門・他施設へ継続的な看護を提供するために患者の背景やケアプランについて情報を提供している。例えば、患者の治療が終了した段階で医療処置を必要とする場合、看護師はその手技などの指導を行う。また、慢性疾患の場合は、食事指導や生活指導等を行い、在宅での生活に対する不安を軽減できたかを見極めた上で患者・家族と相談しながら退院日を決めている。退院後は、患者・家族が生活に支障をきたさないように、外来看護師あるいは訪問看護師に向けて、精神的支援を含む継続的な支援が必要と思われる支援について看護サマリを作成して情報を共有し、看護の継続を図り、患者の生活支援を担っている。近年、医療技術の高度化が進み、治療展開が早く、その上、慢性疾患をいくつも持ち合わせた高齢の患者にも積極的に治療が行われるようになった。高度な治療を受け、医療依存度が高いまま在宅へ退院する場合には退院後の生活指導や支援のために調整が必要となるが、現行の医療政策のもと、標準的な日数で患者の治療を終えて退院させることが求められ、様々な理由で在院

日数が長引くことは、病院経営上好ましい状況ではない。そのため、治療を終えて医療・介護ニーズが高いまま在宅療養へ移行することにより、患者の回復に遅れが生じたり、家族に介護負担が押し掛かったりすることにより疲弊するケースも少なくない。また、独居の高齢者や高齢者夫婦の世帯には、退院に向けた様々な医療・介護の制度や手続きが複雑で活用が難しく感じられる。問題は療養生活を成り立たせるための個人や家族の努力だけではなく、医療・介護制度などの社会資源の活用など多岐にわたっている。松岡（2013）は、保健医療の医療従事者は健康から生活全体を見通しているに対し、社会福祉士領域は保健医療を社会生活の一部であり、その他の社会生活との全体的なバランスを捉えながら保健医療にかかわる事象を捉えていると述べている。例えば、入院による廃用性症候群である筋力低下の場合、医師は体力善のためにリハビリテーションを指示し、看護師とリハビリテーション療法士は退院後の生活を見据え、看護師は離床を促し、ベッドサイドでできる訓練を取り入れ、転倒予防やトイレへの誘導等を実施し、リハビリテーション療法士は筋力低下の改善に向けた訓練を計画実施する。社会福祉士は家族の意向を踏まえ、療養場所の確保などに取り組むことになる。それぞれの専門性を活かして退院を見据えるため、退院目標が一定とは限らない。しかし、この異なる捉え方は対象を多角的かつ全体性に把握することができ、同時に支援方法も多様となることで問題解決も容易になることが期待されている（松岡、2013）。したがって、退院支援において病院から在宅医療・介護へとつなぐためには、看護職だけでは対応が困難な状況があり、看護職を含む専門職種間が連携し、多角的な視点で多様な問題解決に向けて取り組むことが求められている。

専門職種間の連携に関する先行文献を概観すると、連携には目標の共有、情報共有及び相互理解が必要である。例えば、高尾（2018）は、退院支援に向けた多職種カンファレンスの実施と退院支援計画書の立案を実施するチームアプローチにより、多面的視点から統合した患者像の把握、患者の在宅での生活を想定した目標と方向性の設定・共有、患者支援の効率性の向上、及び、医師と他職種間での役割の認知と関係性に変化があったことを報告している。また、連携に取り組むことにより、ケアに対する意識が向上し（内田・芝・平形・島村他, 2017）、チームワーク、コラボレーションが改善でき（O'Leary, Wayne, Haviley, et al., 2010 ; Williams, Plumb, Luscombe, et al. 2018）、患者・家族とともに課題解決していくことで、患者・家族の主体性の向上につながったことを報告しており（高尾, 2018; 島崎・山名, 2018）、これらは専門職種間の連携において重要な帰結であると着目する。

日本における専門職種間の連携は、1970年代から「チーム医療」「チームワーク」「チー

ムアプローチ」の用語が用いられ、近年では「多職種連携」という用語が広く活用されている。チーム医療は、一般的な理解として、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」（チーム医療の推進に関する検討会報告書、平成 22 年 3 月 19 日）であり、他の用語も同じような意味合いで用いられている。しかし、この「チーム医療」は日本特有の医師を中心としたチームという意味合いが強く、タスクシフティングの意味も含んでいる。本研究では、専門職種間連携という言葉がヒエラルキーのもとでの業務分担やタスクシフティングではなく、専門職種間の協働を強調する「インタープロフェッショナル・ワーク（Interprofessional work; 以下 IPW）」（田村, 2018, p. 3.）と捉える。IPW は「よりよい健康のための専門職の協働」「専門職種間の協働実践」と訳され、「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協働すること」と定義される（田村, 2018）。世界保健機構（World Health Organization; 以下 WHO）も IPW を推奨しており、そのための効果的な専門職連携の教育（interprofessional education; 以下 IPE）として、様々な医療専門職種間の尊重の態度を育み、有害な固定概念を払拭し、職務遂行における患者を中心に据えた倫理観を形成する（WHO, 2010）ことが促進されている。

連携における他者との相互理解や情報共有に効果的であり、比較的平易な用語を使用し、臨床現場に適応可能と考えられる理論として、Gittel (2000, 2006) が提唱した Relational coordination [RC] 理論がある。RC 理論は組織変革の理論であり、この理論の中では、RC は不確実な要素が多く、時間的制約があり、業務の間に相互依存のある環境下において、関係者間の相互作用とそれぞれの作業を統合するためのコミュニケーションを強化するプロセスであると定義される。航空会社の出発準備のプロセスにおいて開発され、医療現場の専門職種間の連携においても活用されている。この理論の主概念は 3 つの関係調整と 4 つのコミュニケーションの次元で構成されている。関係調整の 3 つの次元は、それぞれの職種が自らの目標にとどまらず、全体としての目標の中での自らの目標の位置付けを理解して達成を目指す目標共有 (shared goal)、専門職種がすべてのプロセスにおいて、どのように他の専門職種の仕事が自分の仕事と相互関係しているかがわかる役割認識 (shared knowledge)、専門職種間において、他の専門職種の仕事を理解し、考慮することを妨げる地位の障壁を克服する尊重の態度 (mutual respect) で構成される。また、コミュニケーションの 4 つの次元は、頻度 (frequent)、タイミング (timely)、正確さ (accurate)、及び、問題があるときには他者

を責めるのではない問題解決的姿勢（problem-solving）に注目している。この理論は、個人と個人の関係ではなく、職種間の関係に焦点を当てており、専門職種間の関係性と意思疎通の問題点を見極め、相互理解と情報共有の改善に活用できる。

RC 理論に関する研究には、RC 理論に基づき開発された RC 尺度を用いて専門職種間の関係性と意思疎通の程度を評価した研究がある。この尺度は得点が高いほど関係者間のコミュニケーションと関係性の強さを表している。例えば、9 つの病院の関節置換術を受けた患者への介入に焦点をあて、医師、看護師、ケースマネジャー、理学療法士、ソーシャルワーカー間のそれぞれの関係について RC 尺度を用いて病院間の比較調査が行われている（Gittell, 2000, 2002, 2010）。RC 得点の高い病院ではチームミーティングやラウンドが実践されており、在院日数が短く、術後の疼痛管理が良好であったため、チームミーティングやラウンドが専門職種間のコミュニケーションや関係性を強化したことを示唆している。しかし、RC 理論を基盤とし専門職種間の連携を促進しようとする研究は管見の限り見当たらない。

そこで、本研究では、退院支援において患者・家族が退院後の生活に支障をきたすことなく在宅医療・介護に移行できるように、「目標共有」「役割認識」「尊重の態度」「コミュニケーション」で構成される RC 理論に基づき、退院支援における専門職種間の連携を促進するためのアクションリサーチを実施しようと考えた。

Ⅱ. 研究目的

退院支援における専門職種間の連携において、RC 理論を基盤としたアクションリサーチを行うことにより、患者・家族と専門職種間の目標共有、専門職種間の役割認識、尊重の態度及びコミュニケーションを通した専門職種間の連携促進のプロセスを明らかにする。また、専門職種間の連携を促進することによる、患者・家族への退院支援の効果を明らかにする。

Ⅲ. 用語の定義

A. 専門職種間連携

本研究で捉える「専門職種間連携」は、専門職種間の協働を強調する IPW（田村, 2018, p. 3.）を参照した。IPW は「よりよい健康のための専門職の協働」「専門職種間の協働実践」と訳され、業務を分担するのではなく、協働・連携を中心に捉えることにする。IPW は WHO

も推奨しており、そのための効果的な専門職連携の教育（IPE）として、様々な医療専門職種間の尊重の態度を育み、有害な固定概念を払拭し、職務遂行における患者を中心に据えた倫理観を形成する（WHO, 2010）ことが促進されている。以上から、専門職種間連携を本研究では、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、互いに認め合いながら協働することと定義する。

B. 退院支援

「退院支援」は、アメリカ病院協会（1984）が示している Discharge Planning の定義を活用する。Discharge Planning は、「患者とその家族が退院後の適切なケアプランを作ることを助けるために利用可能で、部門を超えた病院全体のプロセス」であり、専門職種が患者・家族のニーズを捉え、協働・連携するプロセスであると本研究では定義する。

IV. 研究の意義

RC 理論を活用したアクションリサーチを通して、退院支援における専門職種間連携を促進することの意義は以下の2点である。

第一に、専門職種間の連携を促進することにより、患者・家族への質の高いケア提供につながることである。我が国は諸外国に類を見ない速さで高齢社会が進行しており、医療体制は「病院完結型」から「地域完結型」へ移行している。医療の現場では、医療技術の進歩に伴う高度化・複雑化への対応に追われている中、高齢患者は慢性疾患を併せ持っていることから治療後の回復に影響することがあり、独居の高齢者や高齢者夫婦の世帯が増え、多様なニーズへの対応が求められている。そのような現場に介入し、研究者と研究参加者、さらに患者・家族が共に退院に向けて取り組んでいくことにより、患者・家族のニーズに応じた質の高い退院支援につながると考えられる。

第二に、アクションリサーチを実施することにより、退院支援における専門職種間連携が促進し、組織変化につながることである。連携に取り組むことにより、ケアに対する意識が向上し（内田・芝・平形他, 2017）、チームワーク、コラボレーションが改善できる（O'Leary, Wayne, Haviley, et al., 2010 ; Williams, Plumb, Luscombe, et al., 2018）。また、患者・家族とともに課題解決していくことにより、患者・家族の主体性の向上につながり（高尾, 2018; 島崎・山名, 2018）、患者・家族がその人らしく暮らしていくことを支援できる組織へと変化していく可能性があり、また、そのことが組織の活性化にもつながると考える。

V. 文献検討

A. 医療において専門職種間連携が求められる背景

近年、医療の質や安全性の向上及び医療の高度化・複雑化に伴う業務の増大、加えて我が国は諸外国に類を見ない速さで高齢化が進んでおり、医療現場は厳しい状況に直面している。さらに患者の社会的・心理的な観点及び生活への十分な配慮も求められており、医師や看護師の許容量を超えた医療が求められる中、チーム医療の推進は必須である（厚生労働省、2011）。しかし、日本では1970年代よりチーム医療が推進されているにもかかわらず、いまだ浸透しているとは言い難い。医療の現場は医師を頂点とした階層構造が根強く存在しており、特に日本は物事を推し量るハイコンテクストな社会であることから、自分の意見を尊重せずに医師の指示に従うといういわゆる付度が存在し、専門職種間の連携に対しても消極的になっている可能性がうかがえる。

現在の日本は少子超高齢社会であり、2025年には団塊の世代が75歳を迎える。高齢化率は25%を超え、地域によっては高齢者率40%近くまで増加している。日本の平均寿命も医療技術の進歩、健康意識の向上により、2018（平成30）年に男性81歳、女性87歳（厚生労働省、2019）であり、50年前に比べ男性は8歳、女性は10歳延びている。高齢社会に伴う影響としては、認知症者や加齢に伴う生活自立度が低下する高齢者の増加により求められる医療に変化が起こっている。さらに独居・高齢夫婦のみの世帯の増加などがあり、様々な理由で医療や介護が必要となり、医療機能の分化・連携や地域包括システムの構築など医療・介護の提供体制の再構築に取り組むことが必要となっている。医療・介護の対策として、平均寿命60歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療であった救命・延命・治療・社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療から、病気と共存しながらQOLの維持・向上を目指す「地域完結型」の医療・介護への移行が推進された（厚生労働省、2013）。すなわち、医療・介護に関わる専門職には、患者が退院後に住み慣れた地域で自分らしい暮らしができるように、入院時から退院後の生活を見据えた支援が求められており、患者・家族の様々なニーズに応えられるよう専門職種が連携して退院支援に取り組む必要がある。

退院支援に係る診療報酬としては、平成20年度の診療報酬改定において、退院調整加算が新設され実質的に推進されている。平成28年度の診療報酬改定には、それまで平均在院日数で評価されていた「退院調整加算」を廃止し、保健医療機関における退院支援の積極的な取り組みや医療機関間の連携等を推進するための評価として「退院支援加算」が新設され、退院調整部門を設置し、看護師または社会福祉士の専従の職員を配置することが要件に加

えられている。さらに平成 30 年度診療報酬改定は、入院から退院後の地域での療養を切れ目なく提供できるように「入退院支援加算」に改称され、医療施設では入院前に利用していたサービスを把握したうえで、患者に関わる専門職種や関係機関と連携しながら治療後も患者の状況に応じたサービスを提供できるように退院支援を計画的に進めていくよう方向づけられている。

今般、医療を取り巻く環境が大きく変化し、地域完結型への医療の推進に向けて退院支援が強化されている。医療の機能分化や在院日数の短縮が進められる中、患者は、医療・介護のニーズが高いまま在宅療養へ移行することにより在宅医療・介護の支援が必要となる。しかし、在宅療養の支援を受けるためには様々な手続き必要であり、特に独居の高齢者や高齢夫婦世帯には手続きが複雑で手間がかかるように受け止められ、負担に感じられると考えられる。医療従事者が健康から生活全体を見通し、院内では社会福祉士、院外ではケアマネジャー等の在宅療養に関わる専門職種が社会生活の一部として全体のバランスを考える（松岡, 2013）視点から患者・家族の多様なニーズに専門職種が協働・連携し、細やかな支援が求められる。

B. 専門職種間連携に関する研究動向

日本では 1970 年代から「チーム医療」という用語が用いられ（細田, 2012）、「チームワーク」「チームアプローチ」、近年では「多職種連携」「インタープロフェッショナル（Interprofessional Work; 以下 IPW）」など様々な用語が用いられている。看護師をはじめ、各医療従事者がチーム医療等の在り方・効果について報告している。チーム医療の定義は、チーム医療の推進に関する検討会報告書（厚生労働省, 2010）に示されている「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」が一般的であり、他の用語も同じような意味合いで用いられている。長年、日本ではチーム医療が推進されているにもかかわらず、浸透しているとは言い難い現状がうかがえる。吾妻・神谷・岡崎他（2013）はチーム医療を実践している看護師 247 名に連携・協働の困難について確認し、職種を越えて連携・協働すること、医師との連携・協働すること、自分の能力を発揮すること、適切な役割分担を担うこと、組織から支援を得ること、情報を共有すること、モチベーションを高めることを抽出している。また、坂梨・中村・山中他（2004）は、専門職種の職種・職位別からみたチーム医療の認識において、医師は「リーダーシップ」、

看護師は「業務への負担感」、リハビリテーション療法士は「協働意識」「アセスメント」を感じていたことを確認している。さらにスタッフより管理職の方がチーム医療の実践の可能性は低く感じていたことを報告している。これらの先行文献から日本では医師を中心としたチームの存在が確認できる。厚生労働省が示した「チーム医療」も日本特有の医師を中心としたチームという意味合いが強く、タスクシフティングの意味も含んでいる。そこで、本研究では、「チーム医療」という表現ではなく、専門職種間の協働を強調する IPW（田村, 2018, p. 3.）、すなわち「専門職種間連携」を用いようと考えた。IPW は「よりよい健康のための専門職の協働」「専門職種間の協働実践」と訳され、「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協働すること」と定義され（田村, 2018）、業務を分担するのではなく、協働・連携を中心に捉えることにする。IPW は世界保健機構（WHO）も推奨しており、そのための効果的な専門職連携の教育（interprofessional education; 以下 IPE）として、様々な医療専門職種間の尊重の態度を育み、有害な固定概念を払拭し、職務遂行における患者を中心に据えた倫理観を形成する（WHO, 2010）ことが促進されている。

日本における専門職種間連携に関する研究動向について、医学中央雑誌 Web 版、CINAHL を用いて「チーム医療」「多職種連携」「協働」「連携」「インタープロフェッショナル・ワーク」をキーワードとして検索した。検索された文献について、原著論文で、かつ学術論文であるものに絞りこみを行い、症例検討、解説、特集は除外した。検索された文献を職種別で概観すると、看護師・医師・薬剤師・リハビリテーション療法士・栄養士・歯科衛生士等による報告が散見され、関心の高さが確認できた。専門職種間の連携による効果として、肺がん患者に対する外来からの多職種サポートによる在院日数の短縮、医療コストの削減（片岡・奥谷・奥谷・小泉他, 2018）、感染対策チームによる感染症発生の減少（井上・中沢・麻生他, 2014; 西本・上山・石丸他, 2014）、地域連携クリニカルパスの使用による指示の促進、患者との面談や指導の機会の増加、疾患に対する知識の向上（川本・橘高・奥村他, 2013）が報告されている。また、ケアの質の向上に関する報告としては、緩和ケアチームの介入による痛みや呼吸困難感の改善（新家・坂下・石橋他, 2012）、栄養サポートチームの摂食・嚥下障害に対する介入により口腔内環境の改善や発熱日数、平均体温の改善（黒川・木村・諫山他, 2012）や誤嚥性肺炎に対する包括的介入による 1 年後無再発率の低下（荒幡・栗山・米山・南, 2010）が報告されており、専門職種間連携は病院経営や患者アウトカムの改善に繋がっている。

専門職種間連携に対する各専門職種の認識について、今野（2017）は、180床の医療施設の病院全職員 400 名を対象に無記名による自記式質問紙調査を実施し、医療施設の退院支援における多職種連携の認識や阻害要因に関する認識の職種間の違いを明らかにしている。医師・看護職・介護職・事務職・リハビリ職・地域医療連携室・居宅介護支援センターとの連携ができているか否かについて、医師は他職種・部門すべてに約 7 割が連携できていると感じているが、他職種・部門からは連携できていると感じているのは 5 割以下にとどまり、特に看護職・介護職の 8 割は連携できていると感じていなかった。また、看護職・介護職との連携については、リハビリ職は約 6 割、事務職は約 7 割が連携できていると感じていたが、看護職・介護職は、リハビリ職との連携は約 5 割、事務職との連携については約 4 割にとどまっており、双方の連携に対する認識に齟齬がみられた。さらに、多職種連携に影響を及ぼす要因として、カンファレンスの定着・価値観や行動の違い・情報共有の困難について感じているか否かを 5 件法で確認している。その結果、カンファレンスの定着は、医師以外の職種は約 6 割が定着していると回答しているが、医師は約 7 割が定着していないと感じていた。職種間の価値観や行動の違いについては各職種・部門のすべてで半数を超えており、情報共有については、福祉職が約 8 割、リハビリ職と看護職・介護職は約 5 割が困難を感じているが、医師の約 7 割は情報共有に困難を感じていないことを報告している。このことから臨床現場では医師を中心とした情報共有になっており、連携を促進するためには職種間の情報共有やカンファレンスの在り方について検討する余地がある。

また、山本（2014）は、チーム医療の実態、構成員の意識や行動の変化および組織成果への影響を明らかにするために病院管理者によって質の高い実践を行っていると認識された 4 つのチームである医療安全対策チーム、感染対策チーム、褥瘡対策チームや栄養管理チームにインタビュー調査を行った。その結果、チーム医療のプロセスでは、①情報交換がスムーズに行える、②診療プロセスの改善意識、③お互いの役割理解、④お互いに傾聴、⑤問題の焦点を当てた議論、⑥自らの責任、⑦患者の意向理解、⑧研修会やセミナーへの参加、⑨診療方針への発言、⑩人間関係良好、⑪仕事改善や修正提案への変化が確認された。アウトカムとしては、診療の質や安全性の向上、チームの一体感の醸成や自己の役割に対するやりがい感を得られるようになっており、積極的に参加している様相が明らかにしている。これらは、病院における機能別チームによる活動であり、問題が集約され専門性を発揮しやすいが、病棟等において患者の退院支援などの場合は専門職種連携の構成員が患者ごとに変化する上、患者の多様な背景により問題が複雑になり、柔軟な対応が求められると考えられる。

そのような場合での専門職種間連携のプロセスやアウトカムはまだ明らかになっていない。

一方で、海外における専門職種間連携に関する先行文献を PubMed、MEDLINE、CINAHL、Cochran Review を活用し「Interprofessional Work」「disciplinary」「collaboration」をキーワードとして検索した。「collaboration」をキーワードとする先行文献は 1960 年代より確認でき、1990 年代からは「disciplinary」「interprofessional」をキーワードとした先行文献が増加しており、日本と同様に関心の高さが確認できた。Reeves, Pelone, Goldman & Zwarenstin (2017) はシステマティック・レビューを用いて、保健医療における専門職種間連携を改善するための実践的な介入が主たるアウトカムである患者の健康・臨床プロセス・効率性、そして、二次的なアウトカムである協働のうちどれかに影響を及ぼすかを 9 つの無作為化試験で評価している。専門職種間によるラウンド、ミーティング、あるいはチェックリストを用いた介入について比較した結果、顔を合わせて実施する話し合いは平均治療期間を短縮でき、患者ごとに実施する話し合いの回数を減少でき、患者の在院日数を短縮できることを報告している。

また、Robben, Perry, Nieuwenhuijzen, et al. (2012) は、高齢者のプライマリ・ケアに関する専門職種間教育のプログラムを開発することを目的とした研究を行った。専門職種間教育プログラムはオランダの 7 つの地域において 2010 年 9 月から 2011 年 5 月まで実施され、高齢者ケアに関わる開業医、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、栄養士、老年のソーシャルワーカーを対象に実施された。教育プログラムは 3 つのワークショップがあり、①老化の概念と判断についてのグループワークと事例検討、②専門職種間連携を通じて高齢者にセルフマネジメントを高めるためのミニレクチャーと事例検討とグループディスカッション、③ロールプレイを通して、前 2 つのワークショップの振り返りである。態度の評価としては、the Attitudes Toward Health Care Teams と the Interprofessional Attitudes Questionnaire [IAQ]、コラボレーションスキルの変容を測るために the Team Skills Scale [TSS] が使用された。その結果、教育プログラム前後の比較において態度の改善が確認でき (IAQ, $p < 0.001$; TSS, $P = 0.001$)、コラボレーションスキルの変容も確認できた。この教育プログラムでは、ケア対象者を理解し、次に専門職種間の役割を理解することにより、連携の必要性に気づくように考えられている。さらに専門職種間連携のゴールに注目できるようにプログラムされている。

本研究では、IPW の概念を専門職種間連携と捉え、従来の日本におけるチーム医療に見られる医師を中心としたヒエラルキー体制ではなく、各専門職がそれぞれの専門性を活か

して互いに対等な立場で連携しながら患者・家族のニーズに応えられるような組織の変化を目指すためにアクションリサーチを実施する。

C. 退院支援における専門職種間連携に関する文献検討

次に専門職種間連携に関する先行文献の中から「退院支援」をキーワードとした先行文献の動向を確認する。退院支援は、病棟看護師と退院支援部門が連携を図ることにより、医療処置が必要な患者の医療処置・ケアの指導について話し合うことが重要であり（土田・大竹・森鍵他, 2013）、患者・家族とともに課題解決していくことは、患者・家族の主体性の向上につながることから（高尾, 2018; 島崎・山名, 2018）、退院支援において看護師だけで話し合うのではなく、退院支援部門や患者・家族と話し合うことによる退院支援の効果が期待される。

高尾（2018）は、退院支援に向けた多職種カンファレンスの実施と退院支援計画書の立案を実施するチームアプローチの効果を報告している。退院支援に関わった医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語療法士、認定看護師の計 17 名にインタビューを行った結果、退院支援におけるチームアプローチがもたらす効果として、多面的視点から統合した患者像が把握でき、患者の在宅での生活を想定した目標と方向性の設定・共有ができ、患者支援の効率性が向上し、医師と他職種間での役割の認知と関係性の変化が生まれたことを報告している。

また、島崎・山名（2018）は、地域医療連携室ラウンドを実施することにより入院 10 日以内の退院支援開始率が 50%を超え、60 日以上入院患者数の減少、在院日数の短縮を図ることができたことを報告している。ラウンドは施設の退院支援プロセスに沿って実施され、参加者は地域医療連携室職員である退院支援看護師・ソーシャルワーカー、内科医長、チームリーダー看護師、看護師長、相談内容を持つ看護師が参加し、定時に週 3 回実施していたが、患者情報は病棟看護師が入院 7 日以内に情報収集し、その情報をもとに医療従事者のみで退院支援が調整されていた。退院支援は、患者・家族の在宅での生活をより良くするための支援であり、医療従事者のみで退院支援を進めるより患者・家族を巻き込んだ退院支援の提案が重要と考える。

さらに、大崎・清水・村上（2017）は、回復リハビリテーション病棟に勤務する医師・看護師・介護福祉士・薬剤師・栄養士・理学療法士・ソーシャルワーカー計 8 名を対象に退院支援における IPW に求められるものについて調査している。IPW に求められるものは、「提

供した援助を評価してくれたり協力し合える仲間に支えられていることが自分の役割を果たす力になる」「自分から他者へ歩み寄りどんな状況にも対応できるように形を変え互いにとってよい連携の型を作る」「自分の枠にとどまらず自然体で臨み無理のない連携を目指す」「相手と自分の違いを理解し全体のバランスをとる姿勢を持つ」「お互いの不足を埋めながら多職種の理解を深め尊重することで質の高い援助を生み出す」「退院後の援助については引継ぐがその後の患者の様子がわからず気にかかる」の6つを抽出している。リハビリテーションを目的とした病棟であり、同じ目標に向かいながらお互いを尊重し支え合って連携している組織であり、専門職種間連携の目指すところである。

一方、退院支援における専門職種間連携に関する海外文献では、ベッドサイドでのラウンドの有効性を報告している。Williams, Plumb, Luscombe, et al. (2018) は1つの三次救急病院において、専門職種間で行うラウンドを実施する病棟とコントロール病棟における患者のアウトカムの12か月間の比較及び対象病棟に関連する医師8名・看護師19名・その他の医療従事者の計32名を対象にしたインタビュー調査を実施している。患者アウトカムとしては、在院日数と入院費用には変化はなかったが、急変時の対応時間が短縮され、合併症発生率が低下したことを報告している。また、インタビューでは、ラウンドを実施することにより、患者にとっては医療従事者への質問の準備ができ、その場で回答が得られていることや家族にも好評であったことが確認している。医療従事者にとっても患者の質問への回答により、その内容を共有することができること、看護師はラウンドが定時開催されることにより休憩時間の確保ができることのメリットを上げている。デメリットとしては、変革に対する組織の柔軟性のなさや同一時間に集まることの難しさが報告されている。

また、O'Leary, Wayne, Haviley, et al. (2010) は、専門職種によるラウンドが医師と看護師のコラボレーションとチームワーク、安全への取り組み、在院日数、入院費用にどのように影響するかについて、897床の三次ケア教育病院で専門職種間ラウンドを実施する介入群とコントロール群による比較研究を行っている。ラウンドには、24時間以内に入院した患者の状態を把握するために独自に作成したコミュニケーションツール(チェックリスト)を使用し、医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、ケースマネジャーの合計159名が参加した。医療従事者のコラボレーションとチームワークの評価は、①チームワークの態度を評価する既存の尺度を基に独自に作成した質問紙(以下、コミュニケーションとコラボレーションの質評価)と②Sextonによって作成されたSafety Attitudes Questionnaire [SAQ] (チームワークと安全への取り組みの評価)を用いた。介入群の医師はコミュニケーションとコラ

レーションの介入群とコントロール群の比較を通して、医師にはよる看護師の評価には差は確認されなかった ($p=0.57$) が、看護師による医師の評価は介入群の方が有意に質が高かったことを確認している ($p=0.02$)。また、SAQ ではチームワークへの取り組みに対する態度は医療従事者 ($p=0.01$) 及び看護師 ($p=0.005$) はコントロール群より介入群の方が有意に高かったが、安全への取り組みに対する態度には差が確認できなかった。さらにラウンド実施の効果については、介入群の 90%以上の医師と看護師が仕事効率とコラボレーションが改善し、患者ケアが改善したと回答している。約 80%の医師と 100%の看護師は継続を希望したことを報告している。しかし、在院日数と入院費用に差が確認できなかったことを報告している。これらの先行文献から、専門職種間で行うラウンドは患者ケアを改善し、専門職種間の連携を強化する手段として有効であると考えられる。

しかし、ラウンドを実施するためには、専門職種が定時に集まる必要があり、時間的な制約が生じる (Williams, Plumb, Luscombe, et al. 2018)。病床規模や病院機能により各職種の人員が限られている施設では懸念される可能性がある。臨床現場に応じた専門職種間のコミュニケーションの工夫が必要と考える。

D. 専門職種間連携を促進する Relational coordination 理論

Hean, Craddock & O'Halloran (2009) は、IPE で使用される主要な学習理論とそれらの関係を要約するフレームワークを示し、教育者のための指針を提示する中で、医療における専門職種間連携は、社会学、心理学、教育学、マネジメント学など多くの学問分野から成り立っており、理論がどのように実践に適応しているかについての検討が必要であることを指摘している。専門職種間連携における理論には、協働論、社会アイデンティティ理論、チーム学習など多様であり (春田・錦織, 2014)、臨床への適応が難しいと考えられる。

連携における他者との相互理解や情報共有に効果的であり、比較的平易な用語を使用し、臨床現場に適応可能と考えられる理論として、Gittell (2000, 2006) が提唱した Relational coordination [RC] 理論がある。RC 理論は組織変革の理論であり、不確実性で、時間制約があり、相互依存のある環境下において、関係者間の相互作用とそれぞれの作業を統合するためのコミュニケーションを強化するプロセスであると定義される。航空機の出発プロセスにおいて開発され、医療現場の専門職種間の連携においても活用されている。この理論の概念は 3つの関係調整と 4つのコミュニケーションの次元で構成されている。関係調整の 3つの次元は、それぞれの職務機能の目標にとどまらず、職務を超えてすべての職務の高度

な調整による目標共有 (shared goal)、専門職種がすべてのプロセスにおいて、どのように他の専門職種の仕事が自分の仕事と相互関係しているかがわかる役割認識 (shared knowledge)、専門職種間において、他の専門職種の仕事を理解し、考慮することを妨げる地位の障壁を克服する尊重の態度 (mutual respect) で構成される。また、コミュニケーションの4つの次元は、頻度 (frequent)、タイミング (timely)、正確さ (accurate)、及び、問題があるときには、他者を責めるのではなく問題解決に焦点を当てる問題解決的姿勢 (problem-solving) に注目している。この理論は、個人と個人の関係ではなく、職種間の関係に焦点を当てており、専門職種間の関係性と意思疎通の問題点を見極め、相互理解と情報共有の改善に活用できる。

関係調整の役割認識の基盤にはセンスメイキングとトランザクティブ・メモリ (交換記憶) が含まれている。センスメイキングは sense (感覚, 意味) と make (作る) から合成された造語であり、「人々が自らの経験に意味を見出す行為」(Klein, 2006) である。また、単に個人と個人の問題にとどまらない組織レベルでのセンスメイキングは、だれが何をし、何が起きているのか (起こっていたのか) について、その尤もらしい全体像から過去を振り返ることで生み出し、かつ現在進行形でアップデートしていくプロセスを伴う (Weick, 2005)。センスメイキングは、目の前で発生している (発生した) 事象を単純な因果関係 (“A をしたから B が起こった”) や責任の帰属 (“誰が誤った決定を下したのか?”) から説明しようとする他のプロセスとは異なり (Weick, 1995)、複雑な事象を一人ひとりが俯瞰的に振り返り、組織社会的なコンテキストの中での自分の立ち位置を見出しながらその事象の自らにとっての意味を納得し、次になすべきことを考えるのに役立つ (Weick, 2005)。組織におけるセンスメイキングを通じて、事象の持つ意味の多義性を減少させ、また、それに対して適用されるルールが制度化されることにより、組織のメンバーの行動が全体として 1 つの方向を向くようになる (Weick, 2005)。また、交換記憶 (トランザクティブ・メモリー: Transactive memory) は、ダニエル・ウェグナーが唱える組織学習に関する概念であり、日本語では「交換記憶」あるいは「対人交流的記憶」「越境する記憶」などと訳されている (細谷・神岡, 2018)。重要なのは、組織全体が「同じ知識を記憶すること」ではなく、「組織内で『誰が何を知っているか』を把握すること」である、という考え方であり、英語でいえば、組織の各メンバーが「What」よりも「Who knows What」を重視し、共有している状態を指している。組織として学習することのメリットは、メンバー全員が各自の担当分野、専門分野に特化して知識を蓄え、その専門性を効果的に組み合わせて活用することである (細谷・神岡, 2018)。これらを踏まえた役割認識は RC 理論の重要な基盤であると認識する。

そこで、本研究では、退院支援における専門職種間連携に RC 理論を基盤としたアクションリサーチを行うことにより、患者・家族と専門職種間の目標共有、専門職種間の役割認識、尊重の態度及びコミュニケーションを通した専門職種間の連携促進のプロセスを明らかにすること、また、専門職種間の連携を促進することによる、患者・家族への退院支援の効果を明らかにすることを目的とした。RC 理論は平易であり、煩雑な臨床現場に適応しやすいと考えられる。また、アクションリサーチの実施計画に RC 理論を基盤とした連携の要素を取り入れることにより、退院支援だけではなくその他の業務においても専門職種間連携が促進できる可能性が考えられ、本研究はアクションリサーチとして継続的な介入に取り組む。

なお、RC 理論を介入の基盤とした研究は少ないが、RC 理論に基づき開発された RC 尺度を用いて専門職種間の関係性と意思疎通の程度を評価した研究がある。この RC 尺度は、「特定の職務」を遂行する際の「特定の相手とのコミュニケーションの良さ」を自己評価する 4 項目（コミュニケーションの頻度、タイミング、正確さ、問題解決的姿勢）と「特定の相手との関係性の良さ」を自己評価する 3 項目（目標共有、役割認識、尊重の態度）であり、合計 7 項目 1 因子の 5 段階尺度の自己記入式質問紙調査である（成瀬・阪井・永田, 2014）。連携する職種や人物ごとに 7 項目を調査するため、職種や人物の数に応じて全体の質問項目が 7 の倍数になるものである。

RC 尺度を用いた先行文献には、9 つの病院の関節置換術を受けた患者への介入に焦点をあて、医師、看護師、ケースマネジャー、理学療法士、ソーシャルワーカー間のそれぞれの関係について病院間の比較調査がある（Gittell, 2000, 2002, 2010）。この研究によると、RC 得点の高い病院ではチームミーティングやラウンドが実践されており、在院日数が短く、術後の疼痛管理が良好であった。この尺度は得点が高いほど関係者間のコミュニケーションと関係性の強さを表す尺度であり、チームミーティングやラウンドが専門職種間のコミュニケーションや関係性を強化したと示唆されている。

また、成瀬・阪井・永田（2014）は RC 尺度の日本語版を開発において、訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師 124 人を対象に主治医、居宅介護支援専門員、同僚看護師との関係性について調査し信頼性と妥当性を得ている。また、Cronbach の α 信頼性係数は、海外の先行文献では 0.86 から 0.90（Warshawsky, Havens, & Knafl, 2012）、日本語版では 0.77 から 0.86（成瀬・阪井・永田, 2014）であり、信頼性が確保されているスケールである。しかし、成瀬他は調査対象の職種、地域、問柄を問う対象が異なる場合、得られる結果が異なる

可能性を指摘している。また、本研究では研究参加者数がこれらの研究と比較しても多くはないこと、変容のプロセスを明らかにすることを主眼としていること、退院支援のように構成員が流動的に入れ替わるような、これまでの研究では扱っていないチームの協働を扱うこと、また、本研究は1病棟を対象とした研究であり対象者は30人くらいを見込んでいるが、その使用数から数量的な解析には限界があるにも拘らず、RC尺度の年間使用料が高額であることから、尺度は使用しないことにする。

VI. 研究方法

A. 研究デザイン

本研究はアクションリサーチの手法を用いる。アクションリサーチは人々の差し迫った気がかりへの実際的な解決策を追求するために、他者とともに参加し、個人とそのコミュニティの発展のために、アクションとリフレクションを繰り返し、理論と実践を結びつける (Reason & Bradbury, 2001)。つまり、臨床現場の看護師の問題提起することにより、実践と理論と研究をつなぐ役割をもっている (Holter & Schwartz-Barcott, 2001)。Holter & Schwartz-Barcott (2001) は、アクションリサーチには①テクニカルアプローチ (Technical approach)、②ミューチャルアプローチ (Mutual approach)、③エンハンスメントアプローチ (Enhancement approach) があると報告している。本研究では、それらの分類には区別せず、テクニカルアプローチ・ミューチャルアプローチ・エンハンスメントアプローチのそれぞれの要素を取り入れたアクションリサーチを実施する。研究開始時はRC理論に基づく一定程度の構造化したアクションを行う。開始後研究者は事前に計画したアクションと実践の場の状況のすり合わせを行い、実践の場における問題とその原因、及び可能な介入方法について研究者と研究参加者が相互に理解を深め (嶺岸・遠藤, 2001)、計画を修正しながら実施する。また、アクションの中で研究者はリフレクションのファシリテーターの役割を果たす。アクションの実施中、研究参加者の進捗を見守りつつ、ともに考え、問題を捉えながらアクションとリフレクションを繰り返し、自発的な取り組みを促す。

B. 研究期間

研究期間は研究倫理審査委員会承認後より令和3年9月までである。データ収集期間は研究倫理審査委員会承認後、対象施設の研究倫理審査委員会に相当する機関の承認後より6か月である。研究期間を6か月とした理由は、研究フィールドに研究者が介入することは何

らかの結果をもたらすことになりうる（Schein, 1999/2002, p.24）ため、研究期間は 6 カ月とし、アクションのプロセスを明らかにしようと考えた。

C. 研究フィールド

近畿地方の 150 床以上を有するケアミックス型の病院である A 病院の 1 病棟を検討している。A 病院は、一般病棟、地域包括ケア病棟及び療養病棟を有しており、地域包括ケア病棟の看護師が退院後に医師の指示に基づき訪問看護を実施しており、退院支援に取り組んでいる病院である。

研究者が所属する病院の関連病院であり、施設長、看護部長、各病棟看護師長との信頼関係はできている。

以上のことから、本研究では A 病院の 1 つの病棟を第一選択としようと考えた。

D. 研究対象者

1. 研究参加者

a. スタッフ

研究フィールドとなる A 病院の 1 病棟で退院支援に関わるすべての専門職種（退院支援看護師、当該病棟に勤務する看護師、医師、社会福祉士、リハビリテーション療法士等）全員のうち同意が得られた 20 名程度とする。経験年齢は問わない。研究参加者（スタッフ）には、次の b. 研究参加者（コアメンバー）とともに本研究の退院支援における専門職種間連携に参加する。

b. コアメンバー

a. の研究参加者のうち、本研究に興味を持ち、同意が得られた 5 名程度。構成メンバーは各職種 1 ～ 2 名程度を募集する。経験年数は 3 年以上とする。本研究の退院支援における専門職種間連携に向けてチームを結成し、実施計画を検討し、取り組みを評価する。

c. 管理者

病棟の看護師長と各部門の長（診療科部長、リハビリテーション療法士の上長、退院支援部門の上長等）2 ～ 3 名。本研究の退院支援における専門職種間連携に向けて現状と取り組みについてインタビューを受ける

d. 患者・家族

研究参加者（スタッフ・コアメンバー）による退院に向けた面談の対象患者 20 名程度及

びその家族である。なお、家族は、患者とともに家族が面談に参加する場合に研究参加者（家族）とする。研究参加者（患者）は、診療報酬項目の入退院支援加算における算定要件となる次の退院困難な要因ア～サのうちエを除くいずれかの項目に該当する者を対象とする。

ア．悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること

イ．緊急入院であること

ウ．要介護認定が未申請であること

エ．虐待を受けているまたはその疑いがあること

オ．医療保険未加入者又は生活困窮者であること

カ．入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編成が必要であること（必要と推測されること）

キ．排泄に介助を要すること

ク．同居者の有無にかかわらず、必要な介護または養育を十分に提供できる状況にないこと

ケ．退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと

コ．入退院を繰り返していること

サ．その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

虐待を受けているまたはその疑いがある者は、高齢者虐待防止法（高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律、2005）で定義づけられている。虐待行為の種類は「身体的虐待」「心理的虐待」「性的虐待」「経済的虐待」「介護・世話の放棄・放任（ネグレスト）」の5つである。虐待を受けているまたは疑いがある場合は、本研究の面談において真実を語らない場合があると考えられる。そのことにより患者の安全が守られない状況になりうる可能性があり、継続的な関わりを要するため、本研究では対象から除外する。

研究参加者（患者・家族）には退院に向けた面談と退院時面談への協力を依頼する。

E. 研究フィールドへの入り方及び研究協力者の募集方法

1. 研究フィールドの施設長及び看護部長への説明と承諾の取得

研究者が研究フィールドの施設長及び看護部長への研究依頼書（別添1）、病棟師長及び各部門長への研究参加依頼書・同意書（別添2）、研究参加候補者への研究参加依頼書・同意書（別添3）、患者・家族への研究参加依頼書・同意書（別添4）、同意撤回書（別添5）、代諾者用同意撤回書（別添6）、研究参加依頼ポスター（医療者用）（別添

7)、研究参加依頼ポスター(患者用)(別添8)、デモグラフィック・シート(別添9)、退院に向けた面談の記録シート(別添10)、退院時面談の記録シート(別添11)、質問紙調査票(別添12)、勉強会資料を用いて文書と口頭で研究協力の依頼を行う。対象施設の研究倫理審査委員会に相当する機関の承認が得られた場合、看護部長に1病棟を紹介してもらい、当該病棟看護師長と各部門の長(診療科部長、リハビリテーション療法士の上長、退院支援部門の上長等)に研究参加依頼書・同意書(別添2)と研究参加依頼ポスター(別添7・8)を手渡してもらう。

なお、本研究の研究フィールドは、研究者が関連病院所属のため、看護部長に紹介してもらう病棟は、研究参加者に強制力が働かないようあらかじめ依頼する。

2. 研究参加者(管理者)(病棟看護師長・各部門長)への説明と承諾及び同意の取得

研究者は病棟看護師長と各部門長に直接会って、文書(同上)と口頭で説明し協力依頼を行う。協力が得られる場合、病棟看護師長と各部門長には、研究参加依頼ポスター(別添7・8)を各部門において掲示してもらい、各部門に所属するスタッフに研究(勉強会を含む)について説明する時間を調整してもらう。その際、スタッフに参加について強制力を働かせないようあらかじめ依頼する。また、研究参加者(管理者)として、介入前後にインタビューを受けること等の説明後、研究に参加するかどうかを検討し、同意書2部に署名し、返信用封筒を用いて1週間以内に研究者まで郵送してもらう。研究実施の前に研究者は、再度研究参加の意思について確認を行い、同意の撤回の有無を確認し、研究者の署名が入った同意書1部を研究参加者へ渡し、それぞれで保管する。

3. 研究参加者(スタッフ)と研究参加者(コアメンバー)への説明と同意の取得

病棟看護師長及び各部門の長に研究の説明のために設けてもらった時間に伺い、直接会って研究参加候補者(スタッフ・コアメンバー)に文書(別添3)による説明を行う。その際、勉強会資料を用いて、研究の概要、研究の目的及び主旨について説明する。研究参加の同意の意思がある研究参加候補者は、研究参加者(スタッフ)として、またはこれに加え研究参加者(コアメンバー)としての協力をするかどうかを検討してもらい、同意する場合は同意書2部に署名し、返信用封筒を用いて1週間以内に研究者まで郵送してもらう。説明及び勉強会に参加していない研究参加候補者には、病棟に設置してあるレターケースに別添3と勉強会資料を配布し、文書による説明を行う。直接会って説明した研究参加候補者と同様に研究参加の同意の意思がある研究参加候補者は、研究参加者(スタッフ)として、またはこれに加え研究参加者(コアメンバー)としての協力をするかどうか

を検討し、同意書2部に署名し、返信用封筒を用いて1週間以内に研究者まで郵送してもらう。説明及び勉強会を希望される場合は、個別に対応する。ただし、希望者の人数により、再度説明及び勉強会の時間を調整させていただく。研究実施の前に研究者は、再度研究参加の意思について確認を行い、同意の撤回の有無を確認し、研究者の署名が入った同意書1部を研究参加者へ渡し、それぞれで保管する。

4. 研究参加者（患者・家族）への説明と同意の取得

研究者が不在の場合は、研究参加者（スタッフ・コアメンバー）は、患者に退院に向けた面談と退院時面談の事前に研究について文書（別添4）を用いて口頭で説明を行い、同意を得る。また、研究者が参与観察を行う場合は、研究者が同じく面談の事前に直接文書と口頭で研究の説明を行い、同意を得る。患者の家族が同席している場合には家族にも説明し同意を得る。いずれも協力が得られる場合は、同意書2部に署名し、研究者もしくは研究参加者（スタッフ・コアメンバー）に渡してもらう。研究参加者（スタッフ・コアメンバー）が同意を得る場合には患者・家族に強制力が働かないようにあらかじめ依頼をしておく。

患者が認知症及び生活困窮者の場合については、倫理的配慮に記す。

F. 概念枠組み

アクションリサーチは、振り返り、吟味する、意味づけるというリフレクションの要素が含まれる（伊藤, 2018）。本研究はアクションリサーチであり、RC理論（目標共有、役割認識、尊重の態度、コミュニケーション）に基づきアクションとリフレクションを繰り返す。

1. RC理論の概念枠組み

RC理論の主概念は3つの関係調整（Relationships）（目標共有・役割認識・尊重の態度）と4つのコミュニケーション（Communication）（頻度・タイミング・正確さ・問題解決的姿勢）の次元で構成されている。RC理論は、関係調整が図れている組織はコミュニケーションが良好である組織であることを示す（図1）。

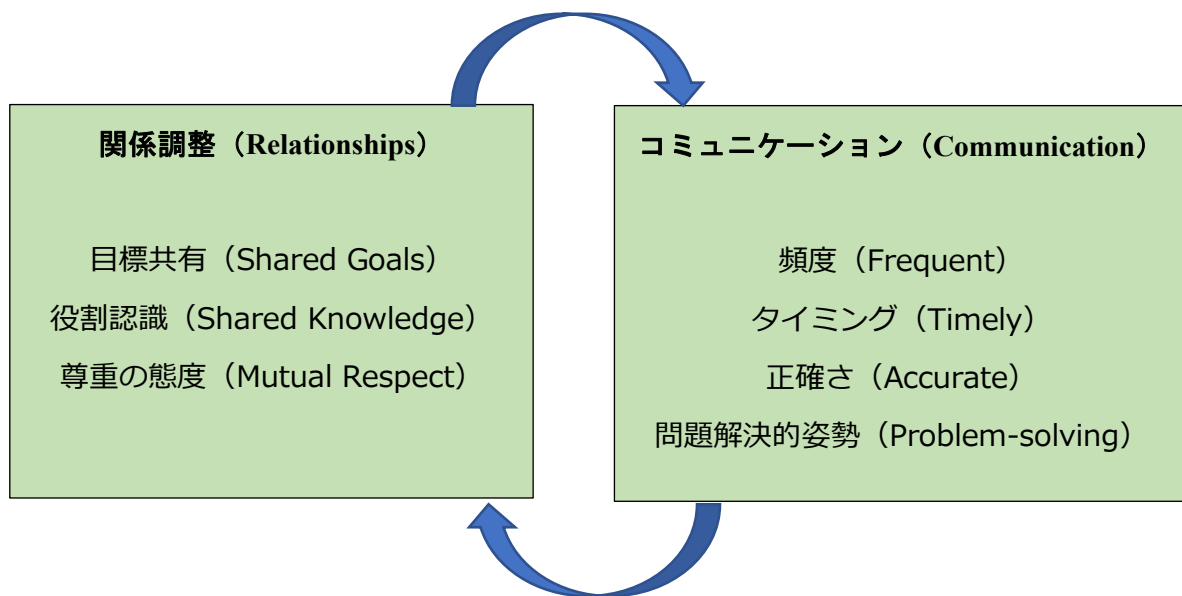


図1 RC理論の概念枠組み

2. 本研究の概念枠組み

本研究のアクションでは、研究者が計画したRC理論に基づいた退院支援における専門職種間連携に沿って研究参加者が2職種以上による退院に向けた面談を実施し、患者のニーズに応じた退院支援を行う。退院前に退院時面談を実施し、退院支援・専門職種間連携の実施状況の評価及び患者の思いを確認し、よりよい退院支援を目指す。リフレクションでは、研究参加者（コアメンバー）による振り返りにおいてアクション計画の評価を行い、退院に向けた面談の方法、退院支援における専門職種間連携のあり方を検討・修正し、患者・家族、及び医療従事者にとってよりよい退院支援を展開し、患者アウトカムの向上を目指す。また、意味付けの会（センスメイキング）においても実施計画の見通し、退院支援における専門職種間連携へのRC理論の意味付けを行い、退院支援以外の場面においても専門職種が継続的に連携できる組織へと変化していくことを期待する（図2）。

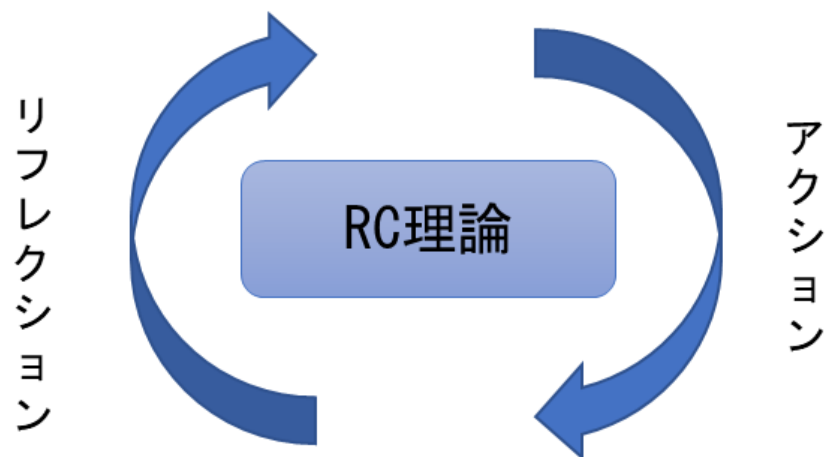


図2 概念枠組み

G. 研究スケジュール

A病院の研究倫理審査委員会に相当する機関の承認が得られたら、研究参加候補者（管理者・スタッフ・コアメンバー）への説明を実施する。研究参加者（管理者・スタッフ・コアメンバー）の同意が得られた後、対象病棟でRCの勉強会を開催する。その後、約1か月程度研究参加者（コアメンバー）と実施計画の実現可能性について検討し、計画の修正を行う。その後、患者・家族に退院に向けた面談と退院時面談を6か月目まで継続して実施する。Schein（1999/2002, p.24）は、研究者がフィールドに入ることで何らかの変化が起こると述べており、現場の問題を踏まえた計画を立ててアクションを開始する。しかし、本研究では常に新たな課題が出てくることを鑑み、到達目標を前提とした終了時点の設定はしない。Schein（1999/2002, p.24）の考えに基づき6カ月のアクションがフィールドの課題と解決目標に照らし合わせ、どのような変化をもたらすかを明らかにするものとする。2か月目から研究参加者（コアメンバー）による振り返り・意味付けの会（センスメイキング）を実施し、アクションとリフレクション、退院支援及び専門職種間連携について評価、修正を繰り返し実施する（表1）。

表 1 研究スケジュール

実施項目	実施内容	調査					
		1月	2月	3月	4月	5月	6月
アクション	組織としての課題の明確化と 取り組みの計画	▼					
	研究参加者（コアメンバー）と取り組みの計画		→				
	研究参加者（コアメンバー）2職種以上による退院に向けた面談の実施 （1回以上/月/人）						
	専門職種間連携に向けて 取り組みの実施						
	退院時面談の実施 （退院に向けた面談を実施した患者に実施）						
リフレクション	研究参加者（コアメンバー）による振り返り	▼	▼	▼	▼	▼	▼
	意味付け						
	意味付けの会（センスメイキング）	▼			▼		▼
	組織としての評価の共有 専門職種間連携の促進						
	取り組み計画の修正 通信の発行						
	RCについて			振り返り等 で得られた 情報	振り返り等 で得られた 情報	振り返り等 で得られた 情報	総括 情報

H. アクションとリフレクション

研究者は、組織変革として図1のとおりRC理論に基づいた退院支援における専門職種間連携のアクションとリフレクションを構成した。アクションは1. 組織としての課題の明確化と取り組み、2. 専門職種間連携に向けての取り組みの実施、リフレクションは3. 取り組み評価と専門職種間連携の促進、4. 組織としての評価の共有である（表2）。研究者は、アクション1では研究フィールドとなる病棟で勉強会を開催し、研究参加者（コアメンバー）とともに問題の抽出を行い、研究フィールドに即したアクションになるように計画の見直しを行う。アクション2では研究期間中に退院に向けた面談と退院時面談の参与観察を各1～2回実施する。リフレクション3では振り返りと意味付け（センスメイキング）の会のファシリテーターを行う。リフレクション4では随時研究フィールドにアクションとリフレクションの結果をフィードバックする。

1. 組織としての課題の明確化と取り組みの計画

a. 日本の医療現場及び病院における退院支援での専門職種間連携の必要性について知識を高め、関心を高める〈目標共有〉

b. 専門職種間連携を高めるためにRC理論の理解を深める〈目標共有〉

研究者は、開始前に対象施設の研究参加者（管理者）、研究参加者（コアメンバー）、研究参加者（スタッフ）及び希望者（研究参加者にはならなかった対象病棟の看護スタッフや専門職種のスタッフ）に我が国の医療現場の現状、入退院支援に関する診療報酬、専門職種間連携の必要性について資料をもとに説明する。勉強会参加者に退院支援の現状、困難や課題について確認し、共有する。その後、RC理論に基づいた専門職種間連携と実施計画の概要について、資料をもとに説明し質疑応答を行う。アクション1. a. b. の所要時間は30分程度とする。場所は対象者全員が参加できる程度の大きさの会議室を借用して実施する。

また、開始前に研究参加者（コアメンバー）と本研究の実施計画について、実現可能性について相談し、実施可能で具体的な取り組みについて話し合う。所要時間は1時間程度とし、場所はプライバシーが確保できる施設内の会議室を借用して実施する。

本研究の持続性を高めるために、毎月実施する研究参加者（コアメンバー）による振り返りで得られた改善点を取り込み実施計画の修正を行う。

c. チームを結成し、研究参加者が日頃感じている退院支援の課題について明らかにする〈目標共有・役割認識・尊重の態度・コミュニケーション〉

表2 アクションとリフレクション

アクションと リフレクション		行動目的	行動内容
1. 組織としての課題の明確化と取り組みの計画	ア ク シ ョ ン	a. 日本の医療現場及び病院における退院支援での専門職種間連携の必要性について知識を高め、関心を高める〈目標共有〉	医療現場の現状（医療政策・診療報酬、技術革新、超高齢社会等）、地域包括ケアシステム、入退院支援に関する診療報酬等の情報提供、専門職種間連携の必要性についての勉強会の開催
		b. 専門職種間連携を高めるためにRC理論の理解を深める〈目標共有〉	対象施設の現状を参考にしたRC理論に基づいた専門職種間連携について実施計画の説明
		c. チームを結成し、研究協力者が日頃感じている退院支援の課題について明らかにする〈目標共有・役割認識・尊重の態度・コミュニケーション〉	対象施設の現状把握（平均在院日数、病床利用率、患者の平均年齢・性別・疾病）
		d. 取り組みの実現可能性を高めることができる〈目標共有・役割認識・尊重の態度・コミュニケーション〉	入院時から退院支援への取り組みの現状と課題の抽出
2. 専門職種間連携に向けて取り組みの実施	ア ク シ ョ ン	a. 患者・家族が安心して退院するために、2職種以上で退院に向けた面談と退院時面談を実施し、患者・家族と退院目標を共有する〈目標共有・コミュニケーション〉	現場に応じた取り組み計画のすり合わせと追加修正
		b. お互いの職業の役割について理解を深めることができる〈役割認識・尊重の態度・コミュニケーション〉	退院に向けた面談の実施、患者・家族の退院目標の確認 患者・家族と専門職種間での退院目標の共有 退院に向けた面談・退院時面談の記録シートの活用 他職種の役割理解、自己の役割理解 ・退院に向けた面談の記録シートの活用 ・お互いへの気づきをポジティブフィードバック
3. 取り組み評価と専門職種間連携の意味付け	リ フ レ ク シ ョ ン	a. 取り組みをRCに沿って振り返り、評価することができる〈目標共有・役割認識・尊重の態度・コミュニケーション〉	退院に向けた面談・退院時面談の振り返り（月1回） ・患者・家族と退院目標の確認の有無、専門職種間での退院計画立案・実施・評価の状況確認 ・他職種の役割の認識の程度 ・実施中のポジティブフィードバックの状況を確認 ・コミュニケーションの頻度・タイミング・情報の正確さ・問題発生時の状況確認と解決状況
		b. 退院支援における専門職種間連携を意味づけることができる	意味付けの会（センスメイキング）（振り返りの1回目・3回目・5回目に実施） ・新たな困難・課題の共有 ・取り組みへの心境・成果の実感 ・組織への提案
4. 専門職種間連携の促進と組織としての評価の共有		a. 退院支援における専門職種間連携に関する組織へのフィードバックを通じて組織変化を促す〈目標共有・役割認識・尊重の態度・コミュニケーション〉	毎月の振り返りで得られた情報と意味付けの会（センスメイキング）をもとにした通信を作成し、カンファレンスルーム等に掲示 通信でRC理論・専門職種間連携について情報提供

d. 取り組みの実現可能性を高めることができる〈目標共有・役割認識・相互尊重・コミュニケーション〉

アクション1. a. b. のあと引き続き同じ場所で、研究者と研究参加者（コアメンバー）が集まり、チームを結成する。所要時間は30分程度とする。研究者は研究参加者（コアメンバー）に研究の全体像と研究参加者（コアメンバー）の役割について研究計画書を用いて説明する。説明後に対象施設の現状について確認し、研究内容と現状を照らし合わせて、現状の課題を抽出し、取り組みの目標を共有する。併せて、実現可能な方法から開始できるように2～3回繰り返し取り組み計画の追加修正を行い、取り組み内容について共通理解する。

2. 専門職種間連携に向けて取り組みの実施

a. 患者・家族が安心して退院するために2職種以上で退院に向けた面談と退院時面談を実施し、患者・家族と退院目標を共有する。〈目標共有・コミュニケーション〉

b. お互いの職業の役割について理解を深めることができる。〈役割認識・尊重の態度・コミュニケーション〉

研究参加者（スタッフ・コアメンバー）は、アクション1. d. に基づき2職種以上で患者の退院に向けた面談（入院後1週間以内）と退院時面談（退院2～3日前）を実施する。面談は15分程度とし、プライバシーが確保できる場所で行う。退院に向けた面談では、研究参加者（スタッフ・コアメンバー）は患者・家族から状況と目標を確認し、その場で患者・家族を交えて入院中に支援できる計画（案）について相談する。退院目標の共通理解の確認と互いのアセスメントを理解し、他職種の役割や提案についてポジティブフィードバックを行う。また、自己の役割についても認識したことを他職種に伝える。その内容を記録シートに記載する。また、退院時面談では、患者・家族が目標達成できたか、退院後の生活に見通しがたち不安を解決できる方法を理解できたか等の退院への思いを確認する。なお、退院時面談は研究参加者（スタッフ・コアメンバー）1人で行ってもよいが、できる限り他の専門職種と面談内容を共有し、退院計画を評価するよう依頼する。面談と記録シートの作成までを含めて30分程度とする。

3. 取り組み評価と専門職種間連携の意味付け

a. 取り組みをRCに沿って振り返り、評価することができる。〈目標共有・役割認識・尊重の態度・コミュニケーション〉

b. RC理論に基づいた専門職種間連携を意味づけることができる。

研究者は専門職種間連携に取り組む姿勢と継続できる組織への変化を支援するために、研究参加者（コアメンバー）とともに毎月1回30分程度の取り組みの振り返りを計6回とアクションとリフレクション初期・中間・後期に1回30分程度の意味付けの会（センスメイキング）を計3回行う。COVID-19対策として、意味付けの会（センスメイキング）を開催しない月（2回目・4回目）の振り返りは密閉・密集・密接（3つの密）を考慮して、電話やオンライン会議等の活用を提案する。意味付けの会（センスメイキング）は継続への支援のため、研究参加者（コアメンバー）の様子や組織の反応を把握するために、可能な限り来院して3つの密の対策を行いながら対面で実施する。そのため、振り返り（1回目・3回目・5回目）と意味付けの会（センスメイキング）を同日に行い、全体で60分程度を予定する。

振り返りでは主に面談方法の評価を行う。退院に向けた面談の状況を記録シートに沿って確認し、面談を通して感じたことなどの語りを傾聴する。具体的には、退院に向けた面談において患者・家族への問いかけで難しかった点、工夫できる点等を話し合い、面談の方法をはじめとしたアクションの修正案や改善点を確認し、現場に即した方法を検討する。また、RC理論に基づいた専門職種間連携について、実施状況を確認する。具体的には、目標共有ができているか、他職種の役割を知る機会となっているか、お互いの承認行動として、声を掛け合い、実施内容について適宜ポジティブフィードバックを行えているか、コミュニケーションの頻度、タイミング、正確さ、問題が発生した場合の解決の状況等を確認し、改善方法を検討する。

意味付けの会（センスメイキング）では、研究者は研究参加者（コアメンバー）が自分たちの取り組みについて、センスメイキングをするプロセスを支援する。アクションとリフレクション初期に「アクションリサーチに参加する気持ち」「あなたは何をテーマとして取り組むか」「メリットになると考えているか」、アクションとリフレクション中間には「取り組んでどのように感じているか」「困難なことはないか」、アクションとリフレクション後期には「成果はあったか」について問いかけを行い、センスメイキングを促す。さらに、組織変化へのプロセスを明らかにするために、研究参加者（コアメンバー）による所属長への報告・相談、または病棟に関わる医療従事者への相談・提案の有無及び具体的な内容について確認していく。

話し合い場所は研究対象施設でプライバシーが確保できる会議室を借室する。

4. 専門職種間連携の促進と組織としての評価の共有

a. 退院支援における専門職種間連携に関する組織へのフィードバックを通じて組織変化を促す。〈目標共有、役割認識、尊重の態度、コミュニケーション〉

研究者は、退院支援における専門職種間連携を促進するために、研究参加者（コアメンバー）による振り返り、意味付けの会（センスメイキング）及び面談の記録シートをもとに通信を作成（2か月に1回程度）し、各部署内に掲示する。また、通信にはRC理論や専門職種間連携についても記載し、各部署の関心を促進する。

I. 評価

本研究の評価は、RC理論に基づいた専門職種間連携の評価とアウトカム評価の2つの側面から実施する（表3）。RC理論に基づいた専門職種間連携の評価は、各事例を通した退院支援について、面談の記録シート、研究参加者（コアメンバー）による振り返り及び研究者による面談の参与観察を基に下記の視点で評価を行う。また、アウトカム評価は、振り返り・意味付けの会（センスメイキング）看護師長・各部門の上長へのインタビューを基に患者・家族への退院支援によるケアの評価と組織変化のプロセスについて下記の視点で評価する。

1. RC理論に基づいた専門職種間連携の評価

a. 目標共有

患者・家族の退院目標について、患者・家族と専門職種間で話し合い、実現可能な目標を設定することができたかを評価するために、退院に向けた面談の参与観察（可能であれば1～2回）、退院に向けた面談の記録シート、振り返りから、退院に向けた面談の実施、退院目標の確認、専門職種間における共有、患者・家族の様子について評価する。

b. 役割認識

自己の役割と他職種の役割を理解し、他職種に相談・協力を依頼することができたかを評価するために、退院に向けた面談の参与観察（可能であれば1～2回）、退院に向けた面談の記録シート、振り返りから、自己の役割認識、他職種の役割認識、専門職種間での退院計画の協働について評価する。

c. 尊重の態度

他職種に対して、ポジティブフィードバックや日常的な声掛けを行い、相手を尊重した態度や言動ができたかを評価するために、退院に向けた面談の参与観察（可能であれば1～2回）、退院に向けた面談の記録シート、振り返りから、ポジティブフィードバック、専門

表3 評価

評価内容		評価視点	評価指標	評価方法
R C 理 論 に 基 づ い た 専 門 職 種 間 連 携 の 評 価	目標共有	患者・家族の退院目標について、患者・家族と専門職種間で話し合い、実現可能な目標を設定する	・退院に向けた面談の2職種以上での実施 ・患者・家族と研究協力者間における話し合いの内容 ・退院目標の共有 ・患者・家族の表情・意欲・言動など	参与観察（可能であれば、1～2回） 退院に向けた面談の記録シート 研究参加者（コアメンバー）による振り返り
	役割認識	自己の役割と他者の役割を理解し、他職種に相談・協力依頼することができる	・自身の役割認識 ・他職種の役割認識 ・専門職種間での退院計画の協働	参与観察（可能であれば、1～2回） 退院に向けた面談の記録シート 研究参加者（コアメンバー）による振り返り
	尊重の態度	他職種に対して、ポジティブフィードバックや日常的な声掛けを行い、相手を尊重した態度や言動ができる	・ポジティブフィードバック ・専門職種間の声掛け	参与観察（可能であれば、1～2回） 退院に向けた面談の記録シート 研究参加者（コアメンバー）による振り返り
ア ウ ト カ ム 評 価	コミュニケーション	他職種と日常業務において、患者の情報交換が頻回、適時に正確に行い、問題が生じた場合、積極的に対応することができる	・日常業務における専門職種間の患者の情報交換の頻度、適時性、正確性、及び問題が発生した場合の対応 ・他職種への疑問・確認の声掛け	参与観察（可能であれば、1～2回） 研究参加者（コアメンバー）による振り返り
	患者アウトカム	患者・家族が退院後の見通しがたち、不安を解決できる方法を理解して退院できる	・退院時面談における患者・家族の語り	参与観察（可能であれば1～2回） 面談の記録シート
	組織変化のプロセス	退院支援において専門職種間連携に向けた取り組みのプロセスを評価することができ	・退院に向けた面談実施件数 ・退院に向けた面談参加スタッフ数 ・継続体制 ・退院に向けた面談の工夫と普及 ・退院前自宅訪問・退院後自宅訪問等の実施への発展	病棟看護師長・各部門の長へのインタビュー 研究参加者（コアメンバー）による振り返りと意味付けの会（センスマイキング）

職種間の声掛け等について評価する。

d. コミュニケーション

他職種と日常業務において、患者の情報交換が頻回、適時に正確に行い、問題が生じた場合、積極的に対応することができるかを評価するために、退院に向けた面談の参与観察（可能であれば1～2回）、退院に向けた面談の記録シート、振り返りから、自己の役割認識、他職種の役割認識、専門職種間での退院計画の協働について評価する。

2. アウトカム評価

a. 患者アウトカム

患者・家族が退院後の生活に見通しがたち不安を解決できる方法を理解して退院できたかを評価するために、研究参加者（スタッフ・コアメンバー）による退院時面談を実施する。退院時面談は、退院2～3日前に研究参加者（患者・家族）に退院への思い等を確認する。その際、退院時面談の記録シートを使用する。退院時面談参与観察（可能であれば1～2回）、退院時面談の記録シートより退院に向けた患者の思いについて評価する。

b. 組織変化のプロセス

退院支援において専門職種間の連携に向けた取り組みのプロセスを評価するために、研究参加者（コアメンバー）による振り返り・センスメイキング（意味付けの会）、研究参加者（管理者へのインタビューを行う。組織変化へのプロセスを明らかにするために、振り返りや意味付けの会（センスメイキング）で面談実施件数・研究参加者（スタッフ）の参加状況、及び、研究参加者（コアメンバー）による所属長への報告・相談、または病棟に関わる医療従事者への相談・提案の有無及び具体的な内容について確認していく。

J. データ収集方法

1. デモグラフィック・シート

研究参加者の属性（職種、専門性、臨床経験年数、現職場経験年数、年齢、性別、学歴、専門職種間連携に関する教育歴の有無）について確認することが目的である。研究参加依頼書・同意書とともに配布し、研究参加者には同意書とともにデモグラフィック・シートに記載し、返信用封筒に同封してもらう。

2. 面談内容（退院に向けた面談・退院時面談）

面談の内容は、研究参加者の記録負担軽減のために、IC レコーダーを使用する。研究参加者（スタッフ・コアメンバー）に説明し、承諾を得る。研究参加者（患者・家族）には、

研究参加者（スタッフ・コアメンバー）が実施前に IC レコーダーを使用することを説明し、承諾を得て実施する。方法は、IC レコーダーを用いて研究参加者（スタッフ・コアメンバー・患者・家族）の語りを収集する。

3. 記録シート（退院に向けた面談・退院時面談）

退院に向けた面談の記録シートは患者・家族の退院困難な状況と年齢、性別、職業別の役割の理解、面談を通しての気づき等、また、退院時面談の記録シートは患者・家族の今後の暮らしに向けた思い等を把握することが目的である。各面談時もしくは面談後に研究参加者（スタッフ・コアメンバー）が話し合った内容及び気づきについて記載する。各記録シートは研究参加者（コアメンバー）が回収し、毎月の研究参加者（コアメンバー）による振り返り時に研究者に提出してもらう。

4. 参与観察（インフォーマルインタビューを含む）

参与観察は、退院に向けた面談と退院時面談において、患者・家族の言動、態度、表情、研究参加者の言動、態度、表情、取り組みの状況、記録シートの活用等を把握することを目的とする。退院に向けた面談と退院時面談の対象患者・家族は同一患者とする。参与観察時には、フィールドノートを用いて行い観察を行い、患者・家族の語り、仕草や表情及び研究参加者の問いかけ、仕草や表情等を記載する。また、面談参加者の感想や思い、研究者が疑問に感じたこと等についてインフォーマルインタビューで確認し、フィールドノートに記載する。インフォーマルインタビューは、患者・家族には面談終了後、研究参加者には仕事の妨げにならないよう場所や時間を考慮した上で、了承が得られたときにナースステーション内などで行う。

5. 研究参加者（コアメンバー）による振り返りと意味付けの会（センスメイキング）

研究参加者（コアメンバー）による振り返り・意味付けの会（センスメイキング）は研究参加者（コアメンバー）の専門職種間連携に取り組む姿勢について支援するために、振り返りは毎月 1 回 30 分程度、計 5 回行い、意味付けの会（センスメイキング）はアクションとリフレクション初期・中間・後期に 1 回 30 分程度、計 3 回行う。意味付けの会（センスメイキング）は振り返り（1 回目・3 回目・5 回目）の後に行うこととし、全体で 60 分程度を予定する。

振り返りは各面談の記録シートを用いて、RC 理論（目標共有・役割認識・尊重の態度・コミュニケーション）に基づき面談方法の評価、修正を行うために月 1 回行う。

意味付けの会（センスメイキング）は、アクションとリフレクション初期、中間、後期の

計3回実施する。

センスメイキング (sense-making) は RC の「役割認識」を説明する内容の一つであり、sense (感覚、意味) と make (作る) から合成した造語で、意味付与と訳される。単に個人の問題にとどまらず、組織レベルでのセンスメイキングは、だれが何をし、何が起きているのか (起こっていたのか) について、その尤もらしい全体像、過去を振り返ることで生み出し、かつ現在進行形でアップデートしていくプロセスを伴う (Weick, 2005)。センスメイキングの7つの特性には、アイデンティティー (Identity)、振り返り (Retrospect)、環境の成立 (Enactive of environments)、社会的コンテキスト (Social context)、進行中 (Ongoing)、顕著な手がかり (Salient cues)、尤もらしさ (Plausibility) がある (細谷・神岡, 2018)。

具体的なセンスメイキング (意味付けの会) の内容は、第1回目 (アクションとリフレクション初期) 「アクションリサーチに参加する気持ち」「あなたは何をテーマとして取り組むか」「メリットになると考えているか」、第2回目 (アクションとリフレクション中間) 「取り組んでどのように感じているか」「困難なことはないか」、第3回目 (アクションとリフレクション後期) 「成果はあったか」について問いかけを行う (実施日は研究協力者と日程調整を行う)。

振り返り・意味付けの会 (センスメイキング) 時の司会は研究者が行い、研究参加者 (コアメンバー) の現状を確認し、退院支援時の専門職種間連携及び組織変化について自らの考えを発言でき、意見交換できるようにファシリテートする。

振り返り・意味付けの会 (センスメイキング) の実施前に研究協力の同意の有無について毎回確認し、IC レコーダーの使用とフィールドノートの活用について承諾を得て実施する。また、IC レコーダーを用いて研究参加者 (コアメンバー) の語りを収集し、フィールドノートを用いて、研究参加者 (コアメンバー) の様子、仕草、表情、場の雰囲気をもメモに残す。場所は対象施設の会議室を借室する。

6. 研究参加者 (管理者) (病棟看護師長・各部門長) へのインタビュー

インタビューは、専門職種間連携と組織変革について管理者の理解と捉え方を把握するために実施する。実施は介入前後に1回15分程度行う。インタビュー前に研究協力の同意を再確認し、IC レコーダーに録音することに了承を得て実施する。インタビュー内容は「退院支援への取り組みについてどのようにとらえているか」「アクションとリフレクションを実施し始めてからの変化を感じるか」について半構成的面接法で実施する。実施日は研究協力者 (管理者) と日程調整する。インタビューの場所は、研究対象施設でプライバシーが守

られる会議室などを借室する。各部門の長はリハビリテーション療法士の上長と社会福祉士の上長等の研究協力者の上長とする。多忙のため、インタビュー時間の確保が難しい場合は、移動中のインタビューも考慮する。

K. データ分析方法

1. 質的データの分析

質的記述的分析にて面談内容、フィールドノート、インフォーマルインタビュー、振り返り、意味付けの会（センスメイキング）及びインタビューなどの逐語録から RC に基づいた専門職種間連携による退院支援の取り組みのプロセスや組織変革について抽出し、RC に焦点をあて分析する。

L. アクション・リフレクションと評価の妥当性と信頼性

本研究に用いるアクションとリフレクションと評価は、文献検討などから有効性が確かめられた知見に基づいて作成し、臨床現場に適するように調整した上で行う。実施後はアクションとリフレクションを実施しながら RC 理論に基づいた専門職種間連携の評価とアウトカム評価を行い、分析過程では信頼性と妥当性を高めるため、指導教員、専門家などによるスーパーバイズを受け、必要時アクションリサーチの修正を行う。アクションリサーチの性質上、文脈の中で研究を行うため変数の統制が難しいが、アクションとリフレクションを詳細に記載することによって研究全体としての信頼性の確保に努める。

M. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字看護大学の研究倫理審査委員会及び、対象施設の研究倫理審査委員会に相当する機関の承認を得た上で、研究活動を開始する。

1. 研究参加への自由意思と拒否権について

a. 研究参加者（スタッフ）、研究参加者（コアメンバー）、研究参加者（管理者）

研究参加を依頼する場合は、本研究の概要を示した文書及び口頭で研究参加者に研究目的、意義及び計画の内容を説明する。研究への参加は自由意思であり、説明を受けてからでも断ることが可能であること、参加の有無により対象者及び対象施設が不利益を受けることがないことを説明する。また、研究に参加した場合でもいつでも取りやめることができ、それによって不利益を受けないことを説明する。研究に参加しない場合でもいつでも参加す

ることができることを説明する。研究に参加することで、研究参加者が所属する施設や部署が評価されることはないことを説明する。研究参加者に対して研究参加への強制力が働かないよう、管理者に対しては参加について強制力を働かせないようにあらかじめ依頼する。研究参加者へは、研究者が直接、研究への参加は自由意志に基づくものであることを確実に説明し、必要に応じ協力について考える時間をおくこととする。

b. 研究参加者（患者・家族）

研究開始後、研究の実施について、研究参加依頼ポスターを病棟内の複数個所に掲示し、認知を促す。退院に向けた面談、退院時面談の前に研究参加者（スタッフ・コアメンバー）から研究について文書を用いて説明を行い、同意の承諾を得る。研究参加者（患者・家族）に対して研究参加への強制力が働かないよう、研究参加者（スタッフ・コアメンバー）に対しては参加について強制力を働かせないようにあらかじめ依頼する。面談の記録シートの内容を研究データとして提供することについては、面談後に断ることができること、協力の有無にかかわらず不利益を受けないことを説明する。研究者が同席する場合は、事前に研究参加者（スタッフ・コアメンバー）の説明による同意が得られている場合でも、面談前に研究者が直接説明を行い、同意を確認する。研究者の同席についても断ることができること、協力の有無にかかわらず不利益は受けないことを説明する。

研究参加者（患者・家族）として特別な配慮が必要となるものは、認知症者及び生活困窮者である。認知症者と生活困窮者への特別な配慮については下記に示す。

患者が認知症の場合は、研究参加の同意に関する能力や意思決定能力が低下している可能性がある。研究者または研究参加者は患者と目線を合わせ、文書を用いて、ゆっくり患者の理解を確認しながら説明を行い、同意の承諾を得る。患者と目線が合わない場合、もしくは落ち着きがない様子が見られた場合は、患者の意思を尊重するために患者が委譲する意思決定者に代諾を得る。

研究者は認知症についての基礎的知識を有しており、認知症看護に関する研修の企画運営を担っている。また、臨床経験 27 年間にわたり、認知症者あるいは高次脳障害の患者の看護を行っており、認知症機能が低下した患者への対応には十分な経験を有している。

患者が生活困窮者の場合は、生活に対する心理的負担を抱いている可能性がある。研究者または研究参加者は、社会福祉士と研究参加候補者（患者）が研究に参加することによる影響について相談しながら協力依頼を行うかどうかについて検討する。

2. 研究参加による利益及び不利益とその対応

a. 本研究による利益

研究参加者が受ける金銭的利益はない。利益として、研究に参加することで専門職種間連携による退院支援が促進され、患者・家族の利益につながる。また、組織的な活動が活性化され、専門職種間の理解が深まり、相互に尊重でき、コミュニケーションが活発化することにより、モチベーションや取り組みが向上することが期待できる。

b. 本研究による不利益とその対応

本研究への研究参加によって予想される負担としては、2人以上での面談と記録シートへの記録、研究参加者（コアメンバー）による振り返り・センスメイキング、研究参加者（管理者）へのインタビューの時間・労力などの負担の可能性が挙げられる。これらの負担への対応として、研究参加者（コアメンバー）による振り返り・センスメイキング・研究参加者（管理者）へのインタビューは、研究参加者（コアメンバー・管理者）の都合がよい日時・場所を調整する。ただし、研究参加者（管理者）へのインタビューにおいて、研究参加者（管理者）が多忙のためインタビュー時間の確保が難しい場合は、移動中のインタビューも考慮する。研究参加者（コアメンバー）による振り返り・意味付けの会（センスメイキング）のときはファシリテートを行い、会話の流れに注意を払う。なお、面談または研究参加者（コアメンバー）による振り返り・意味付けの会（センスメイキング）、研究参加者（管理者）へのインタビューは勤務内に対象施設内のプライバシーが確保できる個室や面談室及び会議室を借用するため、研究参加者には交通費や会議室借用のための費用の不利益は生じない。また、患者・家族にとって大きな不利益はないが、参与観察やインフォーマルインタビューにおいて、心理的負担の可能性が挙げられる。いずれの場合にも事前に語りたくないことは語らなくていいことを説明する。

3. プライバシー及び個人情報の取扱いについて

研究者が得る可能性のある個人情報は、デモグラフィック・シートで得られた情報、記録シートに記載された患者情報及び研究結果の送付を希望する場合の送付として氏名、連絡先である。これらは研究者のみが閲覧可能とし、その他の者が閲覧できないように保管する。得られたデータは個人が特定されないように施設名、氏名を仮称で処理する。研究参加者の氏名、連絡先は研究抄録の送付にのみ使用する。また、退院に向けた面談の記録シートと退院時面談の記録シートの突合のために患者氏名欄を設けるが、分析の時には匿名化して扱う。研究参加の辞退については、同意撤回書または代諾者用同意撤回書2部に署名ののち研究者宛送付用封筒を用いて郵送してもらう。研究者は同意撤回書または代諾者用同意撤回

書を受け取った際に直ちに対象データを削除し、受領の署名が入った同意撤回書または代諾者用同意撤回書を同意撤回者に返送し、それぞれで保管する。しかし、撤回の申し入れがデータ分析開始後の場合は、データを匿名化しているため撤回に応じることが難しい可能性があることを事前に説明する。逐語録などのデータを印刷したものは、研究者、指導教員及び基礎看護学領域大学院内でのゼミで内容を検討するが、大学院生の資料はゼミ後回収する。アクションとリフレクションは病棟内で行い、面談はプライバシーが確保できる個室または面談室等で行う。また、研究参加者（コアメンバー）による振り返り・意味付けの会（センスメイキング）・研究参加者（管理者）へのインタビューはプライバシーの確保できる対象施設内の会議室で開催する。ただし、研究参加者（管理者）が多忙のためインタビュー時間の確保が難しい場合は、移動中のインタビューも考慮する。

研究によって得られた情報は、パスワードを設定した USB に保存し、同意書などの個人情報情報の含まれる書類、参与観察時のフィールドノート、研究参加者による面談、研究参加者（コアメンバー）による振り返り・意味付けの会（センスメイキング）、研究参加者（管理者）へのインタビュー時の音声データ、逐語録、メモなどの紙媒体の情報は、鍵のかかる場所（日本赤十字看護大学の鍵のかかる引き出し。大学院終了後は自宅の机の鍵のかかる引き出し）に補完し、研究目的以外では使用しない。USB 及び紙媒体の情報は、本研究終了後 5 年を経過した時点で速やかにシュレッダーを用いて破棄する。

4. 研究結果の公表と還元方法

本研究の研究結果は博士論文として発表し、日本赤十字看護大学学術リポジトリを通じた公開、学会誌への投稿、学会会等で発表する可能性があることを説明する。対象施設への報告は、博士論文作成後に直接実施する。また、予備調査または本研究の研究成果の報告を希望する研究参加者には、研究抄録を郵送することを約束する。

5. 研究資金と利益相反等

本研究は研究助成を受けていない。研究者が自らの研究活動に影響を及ぼすかもしれない経済的利害関係はない。

6. 問い合わせへの対応

研究参加者からの問い合わせには速やかに対応し、研究終了後も連絡を受けた際は誠実に対応することを研究参加説明書に記載し説明を行う。

7. 研究機関の長への報告と内容及び方法

倫理的妥当性・科学的合理性・研究実施の適正性・研究結果の信頼を失う事実又は情報

を得たとき、研究の進捗状況・研究の実施に伴う有害事象が発生、または研究を中止・終了した場合は速やかに指導教員に相談・報告を行い、研究機関の長と研究倫理委員会、及び研究対象施設長と看護部長へ文書で報告を行う。研究対象施設長と看護部長へは直接報告を行う。文書には根拠となる事実、判断過程及び対応内容等を記載する。

8. その他

研究公開データベース（UMIN）に登録を行い、計画書の変更及び研究の進捗に応じて適宜更新し、研究終了時に結果の登録を行う。

研究者は対象施設の関連病院に勤務しているため、強制力を働かせないよう看護部長には事前に説明を行う。

本研究は、日本赤十字看護大学の研究倫理審査委員会及び、対象施設の研究倫理審査委員会に相当する機関の承認を得た上で、研究活動を開始する。

VII. 予備調査

A. 予備調査の目的

予備調査の目的は、本研究の一部のプロセスを実施することを通して、アクションリサーチの介入及び評価の妥当性と実現可能性を確認し本研究に向けて再検討することである。

B. 予備調査期間

研究倫理審査委員会の承認（承認番号 2019-048）後、対象施設の研究倫理審査委員会の承認を得て、令和元年9月～10月に実施した。

C. 予備調査のフィールド

X 地方の 300 床以上を有する急性期病院である A 病院の 1 病棟で予備調査を実施した。なお、予備調査は本研究とは別のフィールドで行うことにした。

A 病院では、経営戦略として、地域の急性期病院として役割を果たすべく、地域との連携強化を図り、在院日数の短縮、病床利用率の増加を促進し、地域完結型の医療を実現するよう取り組んでいる。付帯事業として訪問看護ステーションを設置し地域との連携強化を進めている。

退院支援に携わる部門として患者支援センターの退院支援部門がある。退院支援部門には退院支援看護師とソーシャルワーカーが各病棟を担当し、病棟看護師と連携して退院支

援を行っている。退院支援の流れは、入院前に退院支援看護師が退院支援スクリーニングを実施し、その結果に基づき、入院数日中に退院支援が必要と考えられる患者を退院支援看護師と病棟師長が相談して抽出し、病棟看護師が主となり退院支援に取り組んでいる状況である。

対象病棟は看護部長と相談して決定した。決定理由としては、入院期間が2週間から1か月程度が見込まれ、入退院を繰り返すことが予測される慢性疾患である心不全の患者が入院される循環器病棟が予備調査を行う上で有益であると考えられたからである。

D. 予備調査のスケジュールと実施内容

1. 予備調査のスケジュール

本研究の p19 に示すスケジュールのうち、予備調査で行った2か月間のスケジュールを表4に示す。

介入は、組織作りの「組織としての課題の明確化と取り組みの計画」として医療体制の現状とRCについての説明と勉強会、「専門職種間連携に向けて取り組みの実施」として退院に向けた面談と退院時面談の実施、「取り組み評価と専門職種間連携の促進」としてRC理

表4 予備調査のスケジュール

		方法	調査	
			1月め	2月め
介入	組織作り	組織としての課題の明確化と取り組みの計画	医療体制の現状・RCについての説明と勉強会 ▼	
		専門職種間連携に向けて取り組みの実施	研究参加者（コアメンバー）2職種以上による退院に向けた面談の実施（1回以上/月/人）	→
			退院時面談の実施（退院に向けた面談を実施した患者に実施）	→
		取り組み評価と専門職種間連携の促進	研究参加者（コアメンバー）による振り返り 毎回テーマに沿って話し合う （前回テーマを加味して話し合う）	ゴールの共有 ▼
			取り組みの意味付け（センスメイキング）	▼

論「目標共有」について振り返りを行い、取り組みの意味付け（センスメイキング）を確認した。

2. 予備調査の介入内容

本研究の p25 に示すアクションとリフレクションのうち、予備調査では、アクション1の「組織としての課題の明確化と取り組みの計画」 a.b.c.d、アクション2の「専門職種間連携に向けて取り組みの実施」 a.b、リフレクション3の「取り組み評価と専門職種間連携の促進」 a.b.c を実施した（表5）。

表 5 予備調査の介入内容

介入	介入目的	介入内容
1. 組織としての課題の明確化と取り組みの計画	a. 日本の医療現場及び病院における退院支援での専門職種間連携の必要性について知識を高め、関心を高める〈ゴールの共有〉	医療現場の現状（医療政策・診療報酬、技術革新、超高齢社会等）、地域包括ケアシステム、入退院支援に関する診療報酬等の情報提供、専門職種間連携の必要性
	b. 専門職種間連携を高めるためにRC理論の理解を深める〈ゴールの共有〉	対象施設の現状を参考にしたRC理論に基づいた専門職種間連携の勉強会
	c. チームを結成し、研究協力者が日頃感じている退院支援の課題について明らかにする〈ゴールの共有・コミュニケーション〉	対象施設の現状（平均在院日数、病床利用率、患者の平均年齢・性別・疾病） 入院時から退院支援への取り組みの現状と課題の抽出
	d. 取り組みの実現可能性を高めることができる〈ゴールの共有・コミュニケーション〉	現場に応じた取り組み計画の追加修正
組織として 2. 専門職種間連携に向けて取り組みの実施	a. 患者・家族が安心して退院するために、2職種以上で退院に向けた面談と退院時面談を実施し、患者・家族と退院目標を共有する〈ゴールの共有〉	退院に向けた面談の実施、患者・家族の退院目標の確認 患者・家族と専門職種間での退院目標の共有 退院に向けた面談・退院時面談の記録シートの活用 退院計画の立案・協働
	b. お互いの職業の役割について理解を深めることができる〈知識の共有〉	他職種の役割理解、自己の役割理解 お互いへの気づきをポジティブフィードバック 退院に向けた面談の記録シートの活用 実施中の相談
3. 取り組み評価と専門職種間連携の促進	a. 取り組みをRCに沿って振り返り、評価することができる〈ゴールの共有・知識の共有・相互尊重・コミュニケーション〉	退院に向けた面談について主なテーマを決めて振り返る（月1回） 組織変革の計画・評価・修正
	b. お互いを認め合い、協働することができる〈相互尊重・コミュニケーション〉	日常的な声掛け、実施中のポジティブフィードバック 患者・家族と退院目標の再確認、協働して退院計画実施・評価
	c. 専門職種間でコミュニケーションを通じた情報共有が促進される〈コミュニケーション〉	患者の病状に関する情報の共有、実施中の相談 専門職種間の声掛け頻度、新たな情報の共有、退院計画の進捗に関する情報共有、課題解決に関する情報共有

E. 予備調査の募集プロセスと倫理的配慮

予備調査では、まず予備調査対象施設の看護部長へ研究協力を依頼し、看護部長の承諾が得られたのち、対面にて、予備調査の趣旨及び倫理的配慮について説明し、研究協力の許可を得た。看護部長より対象施設の施設長及び幹部職員へ研究協力について説明し、承諾を得て、対象となる病棟の看護師長及び研究参加候補者（コアメンバー）となる病棟看護師と退院支援看護師2名の紹介を得た。次に病棟看護師長と研究参加候補者（コアメンバー）に研究者から予備調査の趣旨及び倫理的配慮などについて文書を用いて説明し、研究参加を依頼した。研究参加者の研究参加への自由意思を保障するために、同意書は研究者に直接郵送してもらった。なお、予備調査は、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会（承認番号 2019-048）及び対象施設倫理委員会の承認を得て実施した。

F. 予備調査の結果

1. 研究参加者（コアメンバー）の概要

研究参加者（コアメンバー）として、病棟看護師と退院支援看護師の2名の協力を得て予備調査を実施した。病棟看護師は病棟看護係長であり、看護師経験年数は19年7カ月であり、7カ月前に現職場に異動していた。退院支援看護師は、看護師経験年数は16年6カ月

であり、現職場での経験年数が 3 年 6 カ月であった。病棟看護師の前職場でも退院支援看護師と一緒に退院支援に取り組んでいる関係であった（表 6）。

表 6 研究参加者（コアメンバー）の概要

	性別	看護師 経験年数	現職場での 経験年数	職位	専門職種間 連携に 関する教育 の有無
病棟看護師	女性	19 年 7 カ月	7 カ月	看護係長	未回答
退院支援 看護師	女性	16 年 6 カ月	3 年 6 カ月	スタッフ	無

2. 予備調査の実施内容

予備調査の時間経過と実施内容について表 7 に示す。

a. 予備調査に対する同意のプロセス

予備調査 19 日目に研究参加候補者（コアメンバー）2 名に予備調査の趣旨及び倫理的配慮等について文書を用いて説明を行った。説明後に病棟看護師から RC 理論について、面談の記録方法と記録内容について確認され、その都度、研究計画書を用いて説明した。対象施設の退院支援の現状とすり合わせたうえで、予備調査に対する同意を得ることができた。その後、研究参加者（スタッフ）の募集及び実施可能な方法を用いて、対象患者を選出し、退院に向けた面談の実施を依頼した。また、病棟看護師は研究参加者（スタッフ）を集める必要があることを認識され、勉強会開催後にスタッフに声をかけることを引き受けてくれたため、説明用資料 8 部を渡し、参加者募集を依頼した。研究者の次回訪問日や退院に向けた面談日の連絡は、看護部長の協力を受けて調整した。対象患者の選出、勉強会の日程調整及び研究参加者との連絡には、看護部長の積極的な支援を受けて進行することができた。

b. 研究参加者（コアメンバー）との話し合い

研究参加候補者（コアメンバー）への説明時に対象施設における退院支援の流れを確認し、予備調査のアクションの実現可能性についてアクション方法について約 45 分程度の意見交換を行った。退院に向けた面談の内容は、家族の付き添いがある入院時に担当看護師が確認している内容であるため、予備調査のために改めて場を設けることは難しいことを病棟看護師から教示された。面談の実現可能性としては、主治医からの病状説明の機会を設けて、そのあとで面談を設定することを退院支援看護師から提案を受けた。また、同席していた看

護部長からはリハビリテーション療法士の参加があるとより面白い研究になる可能性がある」と提案された。

退院に向けた面談の記録シートには面談に参加した医療従事者が記載する項目があることについて確認された。お互いに対してポジティブフィードバックをしてほしいことを伝え、看護部長は「意図的に良かったことを伝えようと言わない」と語りがあり、退院支援看護師も同意していた。

勉強会後に進捗について確認した。新入院患者に対象がいらないため、進んでいないことを確認した。引き続き対象患者の選出を依頼した。

対象患者の選出後、面談予定日の連絡を看護部長から受けたが、研究者の都合と合わず参加観察はできなかった。また、研究参加候補者（スタッフ）の募集も面談日の調整が困難であり、リハビリテーションの実施のない患者であったため、予備調査は研究参加者（コアメンバー）のみの参加となった。

c. 対象病棟での勉強会

アクションとリフレクション 27 日目に予備調査のアクション 1 「組織としての課題の明確化と取り組みの計画」として、退院支援での専門職種間連携の必要性和 RC 理論の理解を深めるために参加者に資料を配布して勉強会を実施した。勉強会は病棟スタッフステーションの中央デスク周辺を借用し、15 時から 30 分程度で行った。参加者は病棟看護師 5 名（コアメンバー 1 名を含む）と病棟看護師長、退院支援看護師（コアメンバー）及び看護部長であった。内訳としては、30 歳代中堅看護師 1 名、2～3 年目看護師 3 名であった。中堅看護師は不機嫌そうな表情をしており、2～3 年目看護師の中には電子カルテで記録を整理している者もいた。勉強会の中で退院困難となる患者について参加者に確認したところ、30 歳代の中堅看護師より、独居や息子と親の世帯が退院困難であると回答を得た。勉強会中、看護部長はナースコールの対応を担い、スタッフが勉強会に集中できるよう支援し、勉強会参加者に回答を促すことにより、研究者が必要な情報を伝え、回答を得ることができた。

d. 退院に向けた面談及び退院時面談

アクションとリフレクション 45 日目と 52 日目に予備調査のアクション 2 「専門職種間連携に向けて取り組みの実施」として、病棟看護師と退院支援看護師による退院に向けた面談が実施され、アクションとリフレクション 52 日目に退院時面談が実施された。1 人目の研究参加者（患者）H 氏は 90 歳代、女性であり、退院困難な事由は、本研究の p17 に示す診療報酬項目の入退院支援加算における算定要件のうち、イ.緊急入院、カ.入院前に比べて

ADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること、ク.同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと、コ.入退院を繰り返していることであった。研究参加者（家族）は長女であった。2人目の研究参加者（患者）K氏は90歳代、女性であり、退院困難な事由は、本研究のp17に示す算定要件のうち、イ.緊急入院、ウ.介護保険が未申請であることであった。研究参加者（家族）は長男であった。K氏は集中治療室から転棟後であり、退院に向けた面談と退院時面談を合わ

表7 予備調査の経過及び実施内容

日時	経過	内容
8月11日	1日目	予備調査依頼
8月21日	11日目	看護部長に予備調査の趣旨及び倫理的配慮等について説明
8月29日	19日目	研究参加候補者（看護係長・退院支援看護師）に予備調査の趣旨及び倫理的配慮等について説明と確認（60分）
9月6日	27日目	対象病棟での勉強会の開催（30分） 参加者：病棟看護師7名（コアメンバー2名を含む） 内訳）30代中堅看護師1名、2～3年目看護師3名、 病棟看護師長1名 場所：スタッフステーション中央デスク周辺
		勉強会后、研究参加者（コアメンバー）に進捗確認（15分程度）
9月24日	45日目	退院に向けた面談①の実施
10月1日	52日目	退院時面談①の実施
		退院に向けた面談②・退院時面談②の実施（同日実施）
10月9日	60日目	振り返り・センスメイキングの実施（各30分） 参加者：研究参加者（コアメンバー）（看護係長・退院支援看護師） 場所：対象施設の会議室

せた形で面談を実施したことを研究参加者（コアメンバー）から報告を受けた。

e. 面談実施の振り返り及び意味付けの会（センスメイキング）

アクションとリフレクション 60日目に予備調査のリフレクション3「取り組み評価と専門職種間連携の促進」として、面談実施の振り返りと意味付けの会（センスメイキング）を実施した。面談実施の振り返りは、専門職種間及び患者と退院目標の共有を中心テーマとして振り返りを行った。

3. 予備調査の評価

予備調査の p27 に示す評価のうち、RC 理論に基づいた専門職種間連携の評価は、RC 理論「目標共有」「役割認識」「尊重の態度」「コミュニケーション」に沿って退院に向けた面談の記録シート及び振り返り・意味付けの会（センスメイキング）の内容分析を行った。アウトカム評価は患者アウトカムとして退院時面談の記録シートを RC 理論に沿って内容分析を行った（表 8）。予備調査では参与観察を計画していたが、日程調整が困難であり実現しなかった。本研究では事前の打ち合わせを行い、参与観察ができるように計画する必要がある。なお、予備調査ではアクションとリフレクション前後の病棟看護師長・各部門の長へのインタビューの実施は計画していない。

以下に予備調査実施後の評価を示す。

a. RC 理論に基づいた専門職種間連携の評価

（1）目標共有

研究参加者（患者）H 氏は退院困難な事由の一つである入退院を繰り返している患者であった。前回入院時に病棟看護師は異動前の病棟で退院支援看護師とともに H 氏の退院支援に関わり、在宅療養ができるよう社会資源の調整を行っていた。その効果があり、今回の入院は半年ぶりの入院となっていた。そのため、今回の入院は前回の退院支援の評価となる機会であり、病棟看護師、退院支援看護師は言葉を交わすことなく、カルテ上から退院目標を共有していたことを振り返りで確認した。

研究参加者（患者）K 氏は介護保険が未申請で患者であった。集中治療室で治療を終えて対象病棟に転棟した。病状の回復に伴い入院前の状態まで回復しておりいつでも退院できる状況であったため、退院目標は自然と共有できていた。この状況について振り返り時に確認すると、集中治療室への入院時に家族に希望する退院時の患者の状況を確認しており、回復したため退院できる流れとなっていた。集中治療室から一般病棟への転棟時に医療従事者間の話し合いもしくは家族を交えた話し合いは持たれていなかった。しかし、K 氏が「家に帰りたい」と語っていることは確認されていた。

アクションとリフレクションを通して、面談シートと振り返りから退院目標は治療が終了し患者の ADL が回復でき退院できることであり、共有できていることは確認できた。しかし、本研究では、もう一步進んで、患者の生の言葉で思いを聞き、異なる職種がどのように目標を共有するかを確認したいと考える。また、病棟看護師と退院支援看護師の考えていることは振り返りの場で明らかになった。予備調査では研究参加者（コアメンバー）はそれ

それぞれの役割は違うが同じ看護師であり、目標の共有に大きな支障はなかったが、他職種との協働において、言葉での確認をしないことは目標の共有に支障をきたし、それぞれの思い込みによるすれ違いが起こりうると考えられる。

（２） 役割認識

H 氏の入院理由となった転倒の理由が不明であり、筋力低下が疑われたが、入院中に洞停止が原因であることが判明し、退院指導に役立てることができていたことは、退院支援看護師にとって有益な情報であったと振り返っていた。また、病棟看護師は H 氏の年齢を考慮し、家族にはいつ死を迎えるかわからないことを伝えていたことを語っており、このことは退院支援看護師が把握していないことであった。振り返りによって、カルテ上の記録では把握できない病棟看護師の関わりが共有できた。

記録シートでは役割認識として、「自身の役割」、「他職種の役割」について質問している。しかし、この「役割」という表現が、一般的な看護師としての役割と捉えられ、対象患者に対する役割を聞くものと捉えられなかった。記録シートの質問内容に工夫が必要である。

（３） 尊重の態度

お互いを認め合うために面談後に他者の役割について気が付いたことをポジティブフィードバックすることを提案した。最終日の振り返りの場面で、どのように他者に伝えたかを確認すると、記録シートの交換でとどまっていた。記載事項の意図を確認していると、病棟看護師から「（退院看護師の記録シートに内容を見て）これで良かったんだと思ったし、在宅というところをよく見てるから、少し新鮮な感じを受けた」と語りがあり、退院支援看護師からも「（リハビリで ADL 能力が）伸びるって言うのは、病棟で見ているわけではないので、そこは病棟看護師ならではの情報。ちょっと立ち止まってくれる」「（ACP について）気づいて聞いてくれた」とポジティブフィードバックをしていた。お互い新鮮な思いで聞いているように感じられた。予備調査の説明時に看護部長がポジティブフィードバックの風土がないことを語っており、対象施設ではポジティブフィードバックを実施していくことで新たな風土をつくることに期待ができる。

今回、研究参加者（コアメンバー）による面談の実施であり、振り返りを通してポジティブフィードバックができた。本研究において、研究参加者（スタッフ）が実施していく場合、ポジティブフィードバックができるように説明の工夫と記録シートの修正が必要である。

（４） コミュニケーション

研究参加者（コアメンバー）の病棟看護師と退院支援看護師は、H 氏の前回入院から一緒

に関わり、退院目標の合意ができていた状況であった。研究参加者（コアメンバー）2名で面談していたにもかかわらず、記載した記録シートを手渡すだけでその場のコミュニケーションには至らなかった。予備調査期間中、日常のコミュニケーションに変化はなかった様子であり、研究参加者（患者）のケアにおいて問題が発生することはなく、コミュニケーションの変化は確認できなかった。

予備調査のアクションとリフレクションは2か月間であり、研究参加者は2名であったことから、組織としてのコミュニケーションの変化を確認することはできなかった。

b. アウトカム評価

（１） 患者アウトカム

退院時面談シート及び振り返りでの研究参加者（コアメンバー）の語りから、H氏の研究参加者（家族）は、独居で、自宅で自由に過ごすことができる段階が退院と考えていると確認できた。K氏の研究参加者（家族）は介護申請が未申請ではあるが、申請方法を確認し、未申請の状態でも在宅療養ができる体制を構築できたことで不安を解消し、満足していると考えられる。しかし、研究参加者（患者）の退院への思いは、K氏が「家に帰りたい」とことは面談の記録シートから読み取れたが、家に帰ってどう暮らしたいのか、また、H氏の思いを確認することはできなかった。本研究では参与観察を行い、患者の表情やインフォーマルインタビューで患者の思いを確認していく必要がある。

（２） 組織変化

退院に向けた面談の実施回数は2件であり、研究参加者は面談日時の調整が難しく、コアメンバー2名に留まった。アクションとリフレクション2か月の期間のうち、面談を開始したのは2か月目からであり、準備中の緻密な計画が必要であり、アクションとリフレクションの意図を理解して実施するためには十分な情報を伝える必要がある。病棟における成功例を確認して、徐々に広がっていくものとする。

しかし、振り返り時に、病棟看護師が研究対象ではない患者の退院支援で専門職種間連携が難しかった事例を紹介された。その事例は他院からの気管切開をした寝たきり状態の転院患者であった。医師は前主治医から「看取り」と聞いているため何もしない。家族は生活保護を受けており、経済的な理由で全施設より在宅療養を勧められていた様子であり、そのまま在宅を希望していたため、理学療法士は離床を促し、看護師は経管栄養の指導を検討していたが、家族が指導日に来院しないことが続いたため、嚥下ができるとアセスメントし、嚥下訓練を開始していた。その結果、車いす移乗ができ、嚥下機能も回復して流動食が摂取

できる状態に回復した事例を紹介された。医師も看護師も理学療法士も自らの判断でケアを提供しており、話し合っ退院目標（目標共有）が必要であったのではないかと考えた事例であった。既にカルテから患者の状況とケアの内容を一覧表にまとめており、今後、病棟で振り返りをしようと考えていると報告があった。

このように研究参加者（コアメンバー）が自発的に連携する必要があったと認識し、事例を取り上げ、振り返りを計画するという形で、病棟看護師の行動変容が確認できた。病棟看護師が現状に疑問を抱くことの意味は大きく、組織変革の一步と考えられる。したがって、アクションとリフレクションの有効性があると考ええる。

（３） 本研究に向けての改善点

a. アクションとリフレクション

アクションとリフレクション前に研究参加者（コアメンバー）には退院支援の現状を詳細に確認し、本研究の実施計画と現状とのすり合わせを行う期間もしくは研究参加者（コアメンバー）が実施計画１回実施し、実現可能性について話し合う期間を約１か月設ける。

また、勉強会で本研究に関心を持ってもらうために、新しい知識となり得る専門職種間連携に有効である RC 理論の説明に重点を置き、併せてアクションとリフレクション、特に記録シートの活用方法を説明する機会となるよう配布資料の修正を行う。

b. 退院に向けた面談シート

研究参加者（スタッフ・コアメンバー）の記録の負担を軽減するために、患者・家族との面談内容は IC レコーダーに録音することにする。

c. デモグラフィック・シート

表 6 で未回答であった専門職種間連携の教育の有無以外に学位について項目を設けたが未回答であった。また、現職場での経験年数の質問内容の読み取り方により確認が必要であったため、質問項目の修正を行う。

表 8 面談記録シートの内容

記録シートの内容		H氏	K氏
退院に向けた面談の記録シート	患者・家族の退院目標	現在独居であるが、現在のサービスで何とかやれているので、退院の時も今のサービスを使って一人で暮らしたい。	・自宅に退院する ・昼間は嫁と二人でやることのないのが心配であり、デイサービスなど行きたい
	今後の退院計画案について話し合ったこと	・筋力低下が気になるが、高齢で本人の体力の問題もあり、デイサービスでもリハビリは一応やっているの、これ以上リハビリを増やすのは現実的ではなさそう。 ・転倒した時の様子も立ちくらみに対して 本人なりに注意しているが、それでも歩行中に頭から転んだことがある。手すりなども付いており、防御がなさそう。 今のサービスで生活していけそうなので、退院後はサービスを継続していく。	・介護保険の申請、デイサービスを利用していく ・外の坂道が危険であり、転倒の危険はあるが、好きなところに自由に出歩いて買い物したり、近所の人と付き合っていくことで認知的な面もADLも保たれていくので、できるだけ見守っていく ・5秒の心停止がある
	他職種役割での気づき・ポジティブフィードバックの内容	病棟看護師→退院支援看護師 筋力低下による転倒リスクに対して心配があるので、リハビリを追加するなど 何か追加でサービスを入れることができるのか確認したい。 退院支援看護師→病棟看護師 病棟看護師より在宅サービスの提案を受けた。問題点として着目してきていた 転倒の原因となるものについてアセスメントをしていただきたい	病棟看護師→退院支援看護師 サービス利用がなく、介護保険の申請もしていないが、高齢であるため、いずれ心配が出るかもしれない。 ⇒もし、サービスの希望があったら、それに関する情報を提供してほしい 介護度が付くかどうかわからないADLだが、ニーズがあれば利用するためのサポートをしてほしい 退院支援看護師→病棟看護師 患者さんの現在のADLや注意点など家族への分かり易く伝えていた。その内容により在宅でのサービスの提案や家族のサポートなど説明することができる
	この事例における自己の役割	病棟看護師 ・生活の様子を本人・娘さんから聞き、困っていることを確認する ・病状を把握し、退院後の生活改善が必要かどうか、アセスメントして必要があれば指導・提案すること 退院支援看護師 ・在宅サービス担当者との連携 ・病棟の問題解決に対して指導提案	病棟看護師 ・家族と話をして、介護保険が必要そうならば案内をする ・病状と日常生活の様子をお伝えして家族が退院後をイメージして困りそうなことがないか確認する 退院支援看護師 ・介護保険の申請方法説明。該当しそうな介護サービスの説明 ・退院後の相談窓口として地域包括支援センターの紹介
	面談を実施しての感想など	病棟看護師 ：現在利用しているサービスを具体的に細かく確認したうえで、不足しているところへ介入できることが大切だと思った 退院支援看護師 ：今回の受傷エピソードがなぜ起きてしまったかをアセスメントしてからの面談が必要 病棟看護師が持っている情報を共有することが必要	病棟看護師 ：違う視点から情報を聞きだすことができるので、広い視野からアセスメントができる。また、自分が気付かなかった点については、自分にとっての学びという良い機会になった 退院支援看護師 ：家族・本人にとってもいろいろな視点から心配事を確認し、対処されることで安心感につながったと思う
退院時面談の記録シート	患者・家族にとって退院目標が達成できたか、満足しているか	・できるだけ独居でも自宅でも自由に過ごしたい。 ・娘が時々見て、同じ敷地にいる長男にレスキューのボタンを渡している。 ・ショートステイはなるべく使いたくない。今まで通り 1回/月	・ADL低下もなく、退院は心配なくできると思う ・家で日中暇そうにしているので、デイサービスなどを利用できればと思う
	患者・家族は今後の暮らしについてどのように考えているか	・以前の消化器科入院の時よりは状態もよく、今まで通りで何とかうまく回っている。 ・徐脈については、これ以上ペースメーカーなどを入れずに現状で様子見ながらやっていくしかないと思う。	・今までのように自由に近所を散歩して元気でいられればと思う ・昼間にデイサービスなどで刺激を受ける環境にしてあげたい ・本人：早く帰りたい
	退院支援計画書の目標は達成できたか	・本人・家族が望むように自宅退院ができた。 ・病的に、脈が一時停止して（6～7秒RR延長）しまうことによる転倒の可能性が考えられるため、意識消失の前に自分でおかしい感じがあれば、立位から座り込むようにする対処の方法について伝えた。 ・意識消失については、心配はあるが、本人が現状のサービスや家族のサポートを利用して在宅で過ごしたい希望がかなえられたと考える。	・日常生活の困りごとはないようだが、希望があれば介護保険の申請を案内する予定だった。長男からデイサービスの希望を聞いたので、手続きの方法について情報提供し、他にも必要そうなサービスがないか検討した。 ・希望通りに自宅に近日帰り、家で申請してサービスを調整してもらうことになり、長男も納得している。
	面談を実施しての気づき・感想	・転倒の原因のアセスメントは筋力低下だけではなく、徐脈の影響も考えられ、対応策を伝えることができたので、本人の安全・安心に少しつながったと思う。 ・今回は入院が短期でよさそうで、ADLも大きな変化がなかったので、本人・娘さんもそれほど心配なく退院を迎えることができた。 ・リハビリがADL評価してくれていたの、話がスムーズに進んだ。 ・お互いに必要な情報がフォローし合って、聞けており、共有がスムーズにできた。	・自宅の環境や過ごしている様子を具体的に聞くことと自宅前が坂になっていて、手すりがなく、危険かもしれないことや玄関異2段の段差があって、今は寝る状態であることを知った。環境を詳細に確認して、イメージした上で、家族が気付いていない困り事もアセスメントすることが大切だと思った。

引用文献

- Gittell, J. H. (2000). Organization work to support relational co-ordination. *The International Journal of Human Resource Management*, 11(3), 517-539.
- Gittell, J. H., Fairfield, K. M., Bierbaum, B., et al. (2000). Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Medical Care*, 38(8), 807-819.
- Gittell, J. H. (2002). Coordination 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.
- Gittell, J. H. (2006). Relational coordination : Coordinating work through relationships of shared goals, shared knowledge and mutual respect. In Olivaia Kyriakidou & Mustafa F. Özbilgin (Eds.) *Relational Perspectives in Organizational Studies A Research Companion* (pp.74-94). Great Britain: MPG Books.
- Gittell, J. H., Seidner, R., & Wimbush, J. (2010). A relational model of high-performance work systems work. *Organization Science*, 21(2), 490-506.
- Havens, D. S., Gittell, J. H., & Vasey, J. (2018). Impact of relational coordination on nurse job satisfaction, work engagement and burnout; Achieving the quadruple aim. *Journal of Nurse Administration*, 48(3), 132-140.
- Holter, M. L. & Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 18, 298-304.
- Klein, G., Moon, B., & Hoffman, R. R. (2006). Making Sense of Sensemaking 1: Alternative Perspectives, *IEEE Intelligent Systems*, 21(4), 70–73.
- O’Leary, K. J., Wayne, D. B., Haviley, C., et al. (2010). Improvement work; Impact of structured interdisciplinary rounds on a medical teaching unit. *Journal of General Internal Medicine*, 25(8), 826-32.
- Reason, P. & Bradbury, H. (2001). Introduction: Inquiry and participation in search of a world worthy of human aspiration. In Reason, P. & Bradbury, H. (Eds.) *Action Research: participative Inquiry & Practice*. (pp.1-14). London: SAGA.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Databases*

of Systematic Reviews, 6, 1-48.

- Robben, S., Perry, M., van Nieuwenhuijzen, L., van Achterberg, T., & Rikkert, MO., et al. (2012). Impact of interprofessional education on collaboration attitudes, skills, and behavior among primary care professionals. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(2), 196-204.
- Schein, EH. (1999)/稲葉元吉・尾川丈一訳 (2002) . プロセス・コンサルテーション：援助関係を築くこと. 白桃書房.
- Warshawsky, Havens, & Knafl (2012). The influence of interpersonal relationships on nurse managers' work engagement and proactive work behavior. *Journal of Nurse Administration*, 42(9). 418-425.
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the Process of Sensemaking, *Organization Science*, 16(4), 409-421.
- Weinberg, D. B., Miner, D. C., & Rivlin, L. (2009). It Depends': Medical residents' perspectives on working with nurses. *The American Journal of Nursing*, 109(7), 34-43.
- Williams, C. R., Plumb, J., Luscombe, G. M., et al. (2018). Improving teamwork and patient outcome with daily structured interdisciplinary bedside rounds; A multimethod evaluation. *Journal of Hospital Medicine*, 13(5), 311-317.
- WHO (2010) /三重大学 (2014) . 専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185?jsessionid=F3E02981EFAD9F92D00FB8F70D94517E?sequence=8> [2019/9/8 閲覧]
- 吾妻知美・神谷美紀子・岡崎美晴・遠藤圭子 (2013). チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難. 甲南女子大学研究紀要 看護学・リハビリテーション学編, 7, 23-32.
- 伊藤久美 (2018). フィールドにおいてアクションリサーチのもたらす意味: 科研と博士論文の取り組みを通じて, 看護研究, 51(4), 366-374.
- 井上貴昭・中沢武司・麻生恭代・成田久美他 (2014). 多職種 ICT ラウンドがもたらす効果について. 日本臨床救急医学会誌, 17, 25-31.
- 内田信之・芝陽子・平形浩喜・島村修他 (2017). 歯科のない地域中核病院における医科歯科連携の成果と現状. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 40(1), 16-20.
- 大崎瑞恵・清水健史・村上眞須美 (2018). 退院支援における Interprofessional work に求め

- られるもの—回復期リハビリテーション病棟の専門職の視点から—. 福島県立医科大学看護学部紀要, 20, 15-22.
- 片岡正文・奥谷大介・奥谷珠美・小泉匡司他 (2007). 肺癌術前患者に対する外来からの多職種サポートの効果. *肺癌*, 58(8), 8-13.
- 川口いずみ (2017). 急性期病院における在宅医療への取り組み～看護師の退院支援に対する医師の現状と課題～. 公益社団法人在宅医療助成勇美記念財団 2016 年 (前期) 一般公募「在宅医療研究の助成」完了報告書.
- 黒川英雄・木村ひとみ・諫山美鈴・高藤千鶴他 (2011). NST における摂食・嚥下障害チームの専門的口腔ケア介入の効果. *日本衛生学会誌*, 6(2), 62-69.
- 厚生労働省 (2005). 高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律.
https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=417AC1000000124#F [2020/1/5 閲覧]
- 厚生労働省 (2010). チーム医療の推進について (チーム医療の推進に関する検討会 報告書). <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf> [2019/12/15 閲覧]
- 厚生労働省 (2011). チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集. チーム医療推進方策検討ワーキンググループ (チーム医療推進会議) <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/e2r9852000001hf7-att/2r9852000001ehgo.pdf> [2019/12/15 閲覧]
- 厚生労働省 (2013). 「社会法相制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～. 社会保障制度改革国民会議. <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokumin-kaigi/pdf/houkokusyo.pdf> [2018/12/29 閲覧]
- 厚生労働省 (2019). 平成 30 年簡易生命表の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life18/dl/life18-02.pdf> [2020/1/5 閲覧]
- 今野弘子 (2017). 療養病床を有する高齢者医療施設の退院支援における多職種連携についての職員の認識. *老年看護学*, 21(2), 59-66.
- 島崎明美・山名由理子 (2018). 入院早期より退院支援を実現する地域医療室ラウンド. *日本医療マネジメント学会雑誌*, 19(1), 2-6.
- 坂梨薫・中村裕美子・山中道代他 (2004). 専門職の職種、職位別にみたチーム医療の認識に関する研究. *広島県立保健福祉大学誌 人間と科学*, 4(1), 47-59.
- 新家治子・坂下明大・石橋有希他 (2012). 緩和ケアチーム介入によるがん患者 QOL の変化についての検討. *Palliative Care Research*, 7(2), 368-373.

- 高尾香菜（2018）．退院支援・調整のチームアプローチへの取り組み—チームアプローチが退院支援・調整へもたらす効果—．*日本看護学会論文集 看護管理*, 48, 102-105.
- 田村由美（編）（2018）．*新しいチーム医療 改訂版 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.
- 土田美樹・大竹まり子・森鍵祐子他（2013）．医療処置が必要な患者の退院支援における組織的取組と病棟看護職の実践．*日本看護研究学会雑誌*, 36(4), pp.39-46.
- 西本香王里・上山進・石丸美枝子・濱田宏輝他（2013）．単独型救命救急センターにおける多職種 ICT ラウンドの意義と効果．*日本臨床救急医学会誌*, 17, 766-773.
- 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．*日本公衆衛生誌*, 61(9), 565-573.
- 細田満和子（2012）．「チーム医療」とは何か—医療ケアに生かす社会学からのアプローチ—, 日本看護協会出版社.
- 細谷竜一・神岡太郎（2018）．センスメイキング理論に基づくビッグデータアナリティクス利用効果の実証モデル．*2018 年春季全国研究発表大会*, 124-127.
- 松岡千代（2013）．他職種連携の新時代に向けて：実践・研究・教育の課題と展望, リハビリテーション連携科学, 14(2), p.181-194.
- 嶺岸秀子・遠藤恵美子（2001）．看護におけるアクションリサーチ総説, *看護研究*, 34(6), 451-463.
- 山本智子（2014）．チーム医療による病院の組織変革に関する実証的研究—岡山県下の病院を対象とした調査から—, *川崎医療福祉学会誌*, 23(2), 255-267.

退院支援における専門職種間連携の変化のプロセス：
Relational Coordination 理論を基盤としたアクションリサーチ

勉強会資料

医療現場の現状への RC理論の活用

日本赤十字看護大学大学院
博士後期課程
伊富貴 初美



目次

- 医療の進歩
- 日本の人口推移
- 地域包括ケアシステムについて
- 退院支援に関する診療報酬の改定
- Relational Coordination 理論について



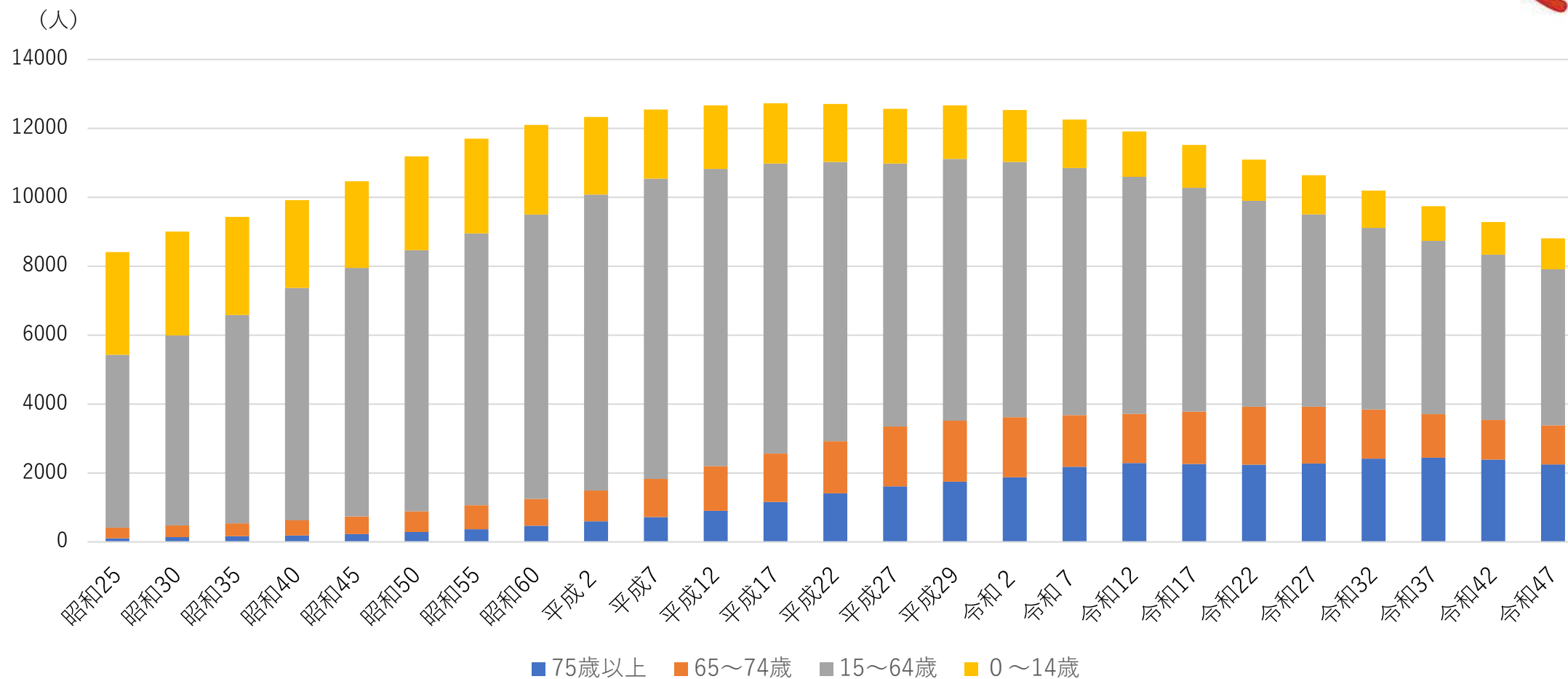
医療の進歩



年代	内容
1895年	レントゲンによるX線の発見
1960年代	生体情報のモニタリング機器の開発（心電計、脳波計等） 自動生化学分析装置（血液、尿などの臨床検査の大量処理が可能） 滅菌技術の進歩・高分子材料の使用（カテーテル等） 人工心肺装置の開発・麻酔技術の進歩⇒心臓手術の発展
1970年代	体内埋入機器（ペースメーカー等） CT・超音波技術・内視鏡の発展、人工腎臓の普及
1980年代	MRIの出現、レーザー光によるメスの開発 病院電気設備・医用電気機器に関するJIS規格の登場（安全性の確保・環境整備）
1990年代	結石破碎装置の出現、ラパロスコプの進歩、人工補助心臓の開発 在宅用医療機器の開発
2000年代	再生医学の進歩（iPS細胞の発見等） 医療機器のナノテクノロジー応用、マイクロマシン化 低侵襲治療・遺伝子情報の解析による治療の進歩 IT技術の活用（遠隔治療等）
2010年代	治療に対する意思決定 and more

箭内・中野(2005). 医療機器技術の進歩の歴史, 電気設備学会誌, 25(5), 309-312.をもとに研究者が表作成

日本の人口推移

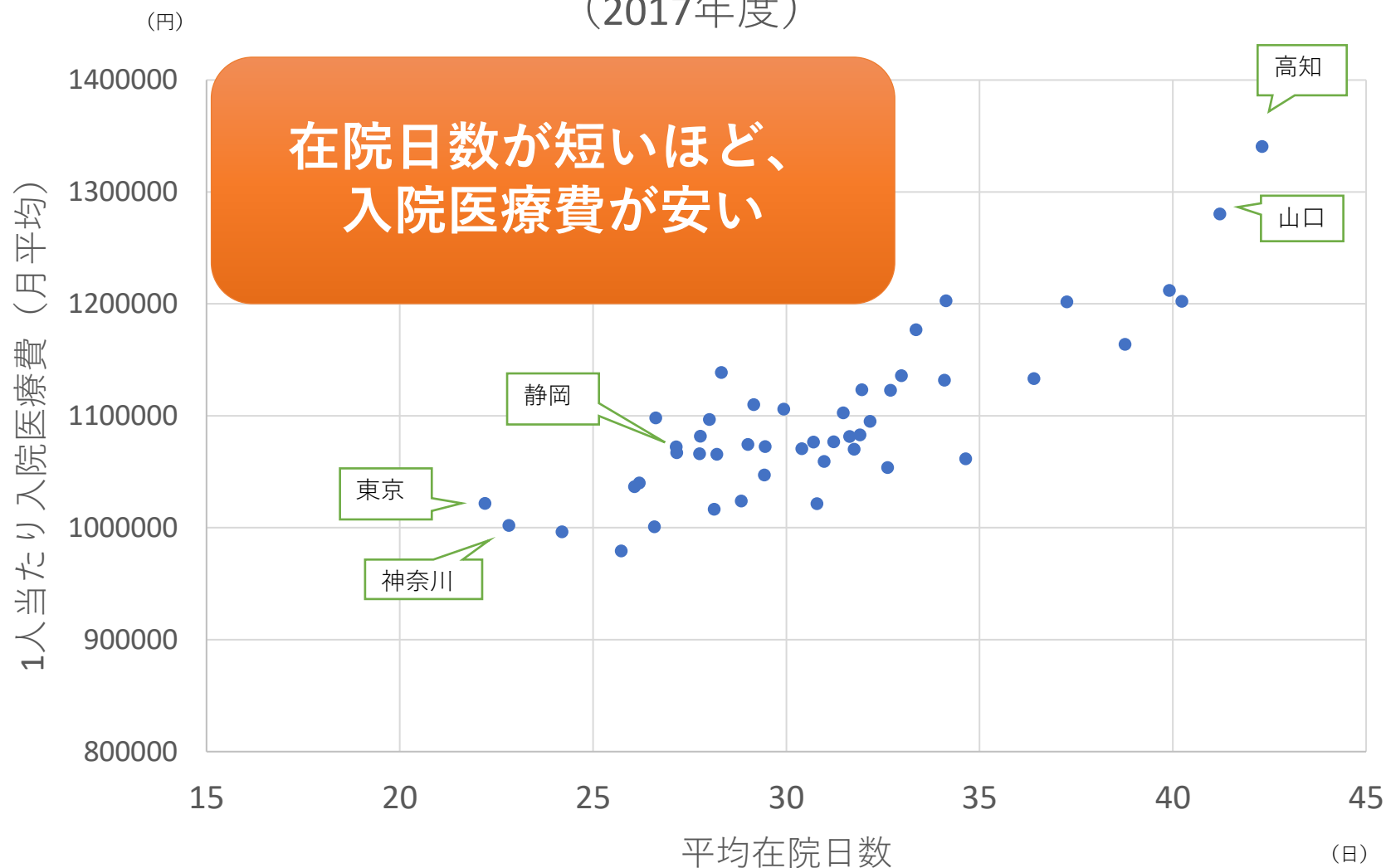


高齢化の推移と将来推計（平成30年度版高齢社会白書（内閣府））をもとに研究者がグラフ作成



都道府県別の平均在院日数と入院医療費の関連

(2017年度)

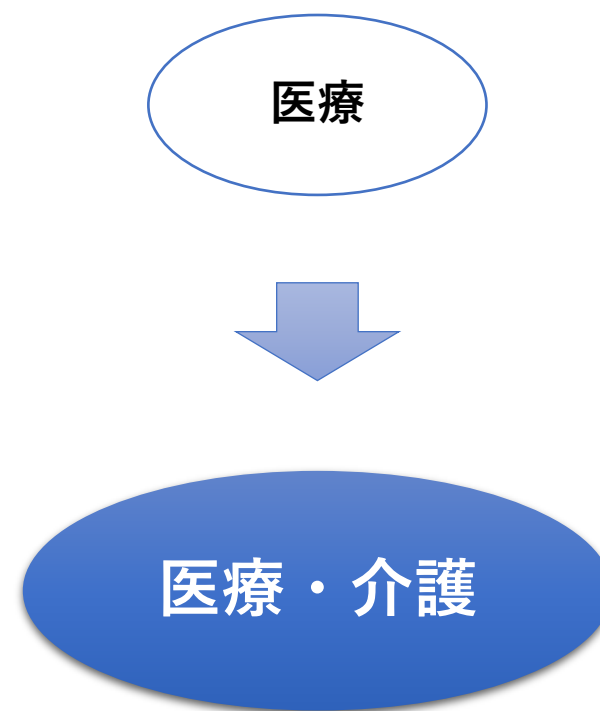


ときどき入院、ほぼ在宅



- 「病院完結型」
 - 救命・延命、治癒、社会復帰を前提
- 「地域完結型」
 - 病気と共存しながらQOL（Quality of Life）の維持・向上を目指す

出所：社会保障制度改革国民会議報告書, 平成25年8月6日





地域包括ケアシステム

【概要】

- 可能な限り住み慣れた地域や自宅で暮らしたい
- 地域内で介護が必要な高齢者を効率良くサポートするため⇒家族や地域の連携、助け合いが必要



地域における5つのケアサービス提供体制の構築

「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」



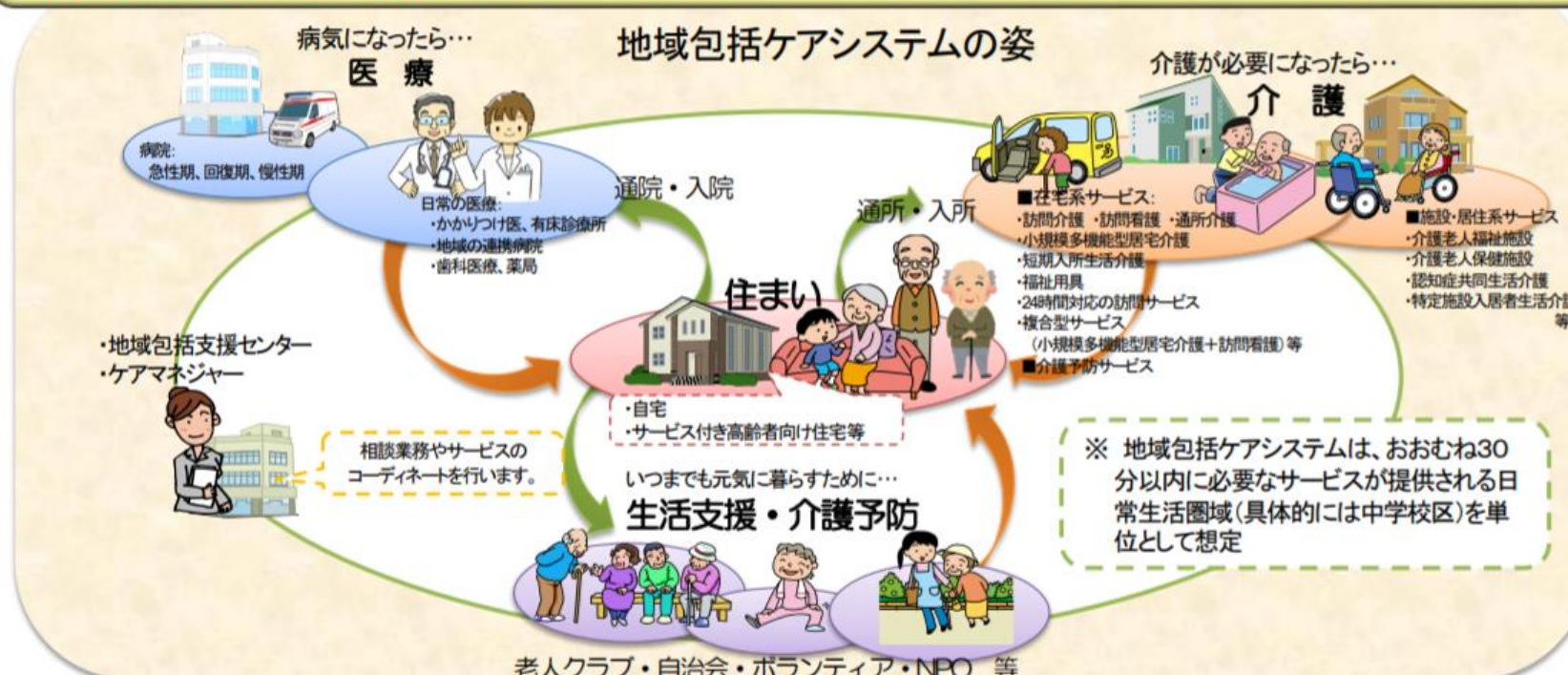
地域包括ケアシステムの背景

- 2005（平成17）年
 - 介護保険法改正で「地域包括ケアシステム」という用語が初めて使用
- 2011（平成23）年の同法改正（施行は2012年4月から）
 - 条文に「自治体が地域包括ケアシステム推進の義務を担う」
 - システムの構築が義務化
- 2015（平成27）年の同法改正
 - 地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療と介護の連携推進
 - 地域ケア会議の推進、新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」の創設など



地域包括ケアシステムの構築

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**





地域包括ケアについて

- この植木鉢図は、地域包括ケアシステムの5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）が相互に関係しながら、一体的に提供される姿として図示したものです。
- 本人の選択が最も重視されるべきであり、本人・家族がどのように心構えを持つかという地域生活を継続する基礎を皿と捉え、生活の基盤となる「住まい」を植木鉢、その中に満たされた土を「介護予防・生活支援」、専門的なサービスである「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」を葉として描いています。
- 介護予防と生活支援は、地域の多様な主体によって支援され、養分をたっぷりと蓄えた土となり、葉として描かれた専門職が効果的に関わり、尊厳ある自分らしい暮らしの実現を支援しています。



出典：平成28年3月 地域包括ケア研究会報告「地域包括ケアシステムと地域マネジメント」



退院支援に関する診療報酬の改定

- 平成20（2008）年：「退院調整加算」新設
評価指標は平均在院日数
- 平成28（2016）年：「退院調整加算」⇒「退院支援加算」
退院調整部門の設置
専従の看護師または社会福祉士の配置
入院早期より退院支援を実施
- 平成30（2018）年：「入退院支援加算」
入院前の患者の状況の把握
切れ目ない支援の提供



退院支援の内容の変化

- 患者指導：医療処置の手技指導等
- 継続看護：慢性疾患患者への食事指導や生活指導
外来看護師、訪問看護師及び施設への看護サマリ作成



- 医療の高度化、早い治療展開
- 慢性疾患をいくつも持ち合わせた高齢者の治療は複雑化
- 医療・介護・福祉ニーズが高いまま退院
- 同居の高齢者・高齢者夫婦の世帯の増加
- 医療・介護制度の理解や手続きの難しさ

専門職種間連携が必要

Relational Coordination [RC] 理論とは



- Gittell（2006）が提唱
 - 航空会社の出発準備プロセスにおいて開発

不確実性で、時間的制約があり、業務の間に相互依存がある環境下で、
関係者間の相互作用とそれぞれの作業を統合するためのコミュニケーションを強化するプロセス

- 医療現場の専門職種間連携において活用

RC理論の概念図

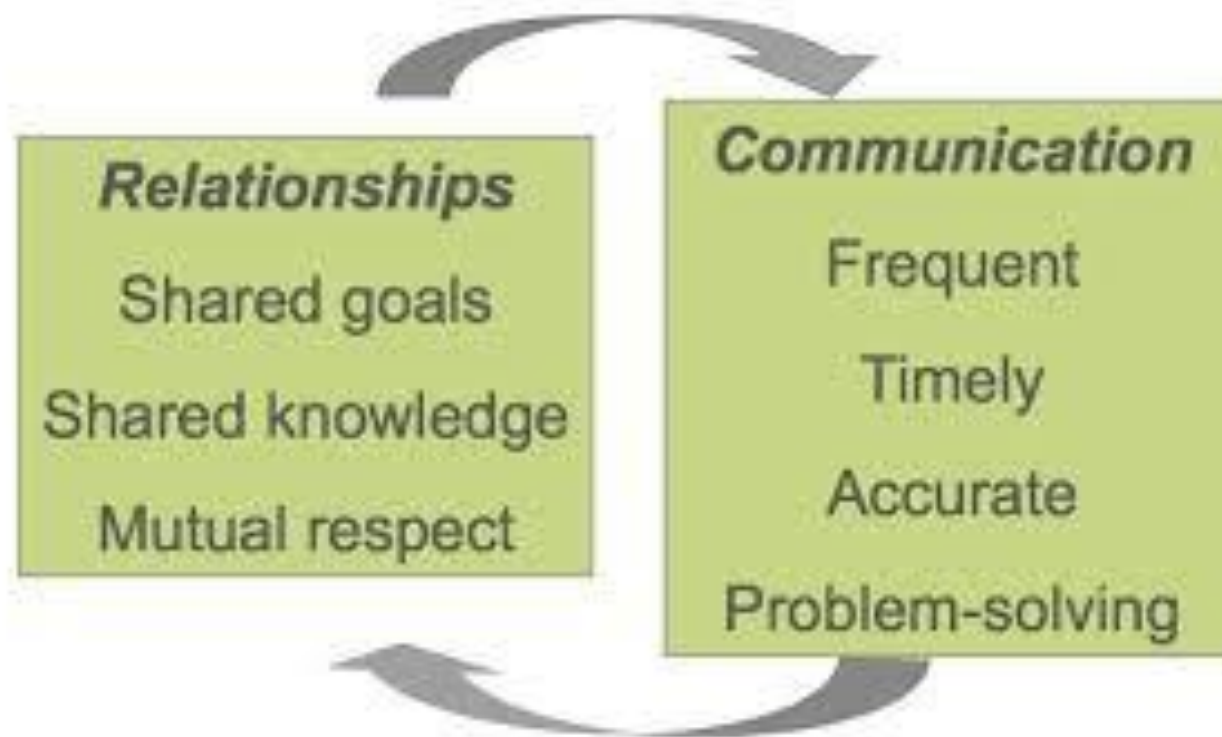


< 関係調整 >

目標共有

役割認識

尊重の態度



< コミュニケーション >

頻度

タイミング

正確さ

問題解決的姿勢

Relationship（関係）



- 目標共有

- 全体としての目標の中で自らの目標の位置づけを理解して達成を目指す

- 役割認識

- 専門職種がすべてのプロセスにおいて自分の仕事と他の専門職種の仕事との相互関係が理解できる

- 尊重の態度

- 専門職種間連携において、他の専門職種の仕事を理解し、考慮できる

Communication（コミュニケーション）



- 頻度
 - 回数（日・週）
- タイミング
 - いつ・どのような時に
- 正確さ
 - 正確な内容
- 問題解決的姿勢
 - 問題があるときに他者を責めるのではなく、問題解決していくこと



RC理論を基盤とした 退院支援における専門職種間連携の提案



- ①入院1週間以内に2職種以上で退院に向けた面談
- ②退院 2 ～ 3 日前に退院時面談

- 患者・家族と専門職種間で退院目標を共有（目標共有）
- 自己の仕事と他職種の仕事の相互関係の理解（役割認識）
- 他職種の仕事を理解し、ポジティブフィードバック
(尊重の態度)
- 患者情報の交換、変化・進捗の情報交換
(コミュニケーション)



ご清聴ありがとうございました。
一緒に取り組んでいただける方を募集します。

COVID-19対策としまして、3密（密閉・密集・密接）を
考慮して実施いたします。

どうぞよろしくお願いいたします。



令和※年※年※日

施設長 様
看護部長 様

日本赤十字看護大学大学院
看護学研究科博士後期課程 伊富貴初美

研究へのご協力のお願い

〇〇の候、貴院におかれましては益々のご盛栄のこととお慶び申し上げます。

私は、現在、日本赤十字看護大学大学院博士後期課程に在籍し、「退院支援における専門職種間連携の変化のプロセス: Relational Coordination 理論を基盤としたアクションリサーチ」というテーマで研究に取り組んでおります。

臨床現場では、医療の高度化・複雑化が進み、超高齢社会により医療ニーズの変化が起きています。また、診療報酬や病院の機能分化の影響をうけて、在院日数の短縮が進み、患者は医療・介護ニーズが高いまま在宅療養へ移行するケースが増えています。これら患者・家族による医療・介護・福祉のニーズは多岐にわたり、病院から在宅医療・介護へとつなぐためには専門職種間連携が必要になっています。

本研究では、Relational Coordination 理論をもとに退院支援における専門職種間連携を促進するプロセスとその患者・家族への効果を明らかにすることを目的としています。介入によって、患者・家族への質の高いケア提供につながり、退院支援における専門職種間連携を通して組織の変化につながると考えています。

つきましては、本研究にご協力いただきたく存じます。別添の研究計画書及び各書類をご確認、ご検討いただき、ご協力いただけるようでしたら、貴施設の研究倫理審査についてお知らせをお願いします。また、倫理審査にて承諾が得られましたら、1つの病棟の看護師長と各部門の長をご紹介しますようよろしくお願い申し上げます。

是非、研究にご協力いただきますようお願い申し上げます。

なお、本研究に関しましてご不明な点がございましたら、下記照会先までご連絡ください。

【ご協力いただきたいこと】

1. 貴施設の研究倫理審査についてお知らせください。
2. 病棟看護師長をご紹介します。
3. 研究の説明等及び研究参加者（コアメンバー）による振り返り・意味付けの会（センスメイキング）を実施できる会議室をお貸しください。

※ COVID-19 対策として、密閉・密集・密接を避けて実施します。

別添 1_施設長及び看護部長用研究協力依頼書

添付資料

研究計画書
研究協力依頼書（病棟看護師長及び各部門長用：別添 2）
研究参加依頼書・同意書（研究参加者用：別添 3）
研究参加依頼書・同意書（患者用：別添 4）
同意撤回書（別添 5）
代諾者用同意撤回書（別添 6）
研究参加依頼ポスター（医療者用）（別添 7）
研究参加依頼ポスター（患者用）（別添 8）
デモグラフィック・シート（別添 9）
退院に向けた面談の記録シート（別添 10）
退院時面談の記録シート（別添 11）
勉強会資料

各 1 部

【照会先】

研究者：日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科博士後期課程 伊富貴初美

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

E-mail：218D104@redcross.ac.jp

研究責任者・指導教員：日本赤十字看護大学 基礎看護学教授 川原由佳里

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

E-mail：kawahara@redcross.ac.jp

令和※年※月※日

〇〇病院

各部門長 様

看護師長 様

日本赤十字看護大学大学院

看護学研究科博士後期課程 伊富貴初美

研究へのご協力をお願い

〇〇の候、貴院におかれましては益々のご盛栄のこととお慶び申し上げます。

私は、現在、日本赤十字看護大学大学院博士後期課程に在籍し、「退院支援における専門職種間連携の変化のプロセス: Relational Coordination 理論を基盤としたアクションリサーチ」というテーマで研究に取り組んでおります。

臨床現場では、医療の高度化・複雑化が進み、超高齢社会により医療ニーズの変化が起きています。また、診療報酬や病院の機能分化の影響をうけて、在院日数の短縮が進み、患者は医療・介護ニーズが高いまま在宅療養へ移行するケースが増えています。これら患者・家族による医療・介護・福祉のニーズは多岐にわたり、病院から在宅医療・介護へとつなぐためには専門職種間連携が必要になっています。

本研究では、Relational Coordination 理論をもとに退院支援における専門職種間連携を促進するプロセスとその患者・家族への効果を明らかにすることを目的としています。介入によって、患者・家族への質の高いケア提供につながり、退院支援における専門職種間連携を通して組織の変化につながると考えています。

つきましては、本研究にご協力いただきたく存じます。別添の研究計画書及び各書類をご確認いただきますようお願い申し上げます。なお、本研究の内容は、〈看護師長様または各部門長様〉のご都合を確認させていただき、改めて研究の目的、方法、倫理的配慮についてご説明に伺う予定をしております。

本研究に関しましてご不明な点がございましたら、下記照会先にご連絡ください。

【ご協力いただきたいこと】

1. 研究者がスタッフの皆様にカンファレンス等で 20 分程度の時間で、研究の目的、方法、倫理的配慮について説明し、研究参加を依頼する場を提供してください。
2. 研究協力依頼ポスター（医療者用・患者用）を掲示させてください。
3. 介入の前後にインタビューを受けてください。（15 分から 30 分程度）
3. インタビューは IC レコーダーに録音させてください。

別添 2_看護師長及び各部門長用研究協力依頼書・同意書

※ 医療スタッフの参加は自由意思によるもののため、強制力がかからないようにお願いします。

※ 本研究は研究者の所属施設並びに貴施設の研究倫理審査にて承諾を得て実施しています。

※ COVID-19 対策として、密閉・密集・密接を避けて実施します。

添付資料

研究計画書

研究参加依頼書・同意書（研究参加者用：別添 3）

研究参加依頼書・同意書（患者用：別添 4）

同意撤回書（別添 5）（2 部）

代諾者用同意撤回書（別添 6）

研究参加依頼ポスター（医療者用）（別添 7）

研究参加依頼ポスター（患者用）（別添 8）

デモグラフィック・シート（別添 9）

退院に向けた面談の記録シート（別添 10）

退院時面談の記録シート（別添 11）

質問紙調査票（Team Skills Scale：別添 12）

勉強会資料

同意撤回書以外は各 1 部

【照会先】

研究者：日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科博士後期課程 伊富貴初美

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

E-mail：218D104@redcross.ac.jp

研究責任者・指導教員：日本赤十字看護大学 基礎看護学教授 川原由佳里

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

E-mail：kawahara@redcross.ac.jp

研究同意書

私は、看護研究「退院支援における専門職種間連携の変化のプロセス：
Relational Coordination 理論を基盤においたアクションリサーチ」について、本
研究の目的と意義、研究方法及び倫理的配慮について理解しました。

同意する内容に☑をお願いします。

- ☐ 研究に研究協力者（管理者）として研究に協力すること
- ☐ 介入の前後にインタビューを受けること
- ☐ 研究者がインタビュー内容を録音すること

令和 年 月 日

研究参加者（管理者）（ご署名） _____

本研究に研究参加者（管理者）としてご協力いただきますこと確認いたしました。

令和 年 月 日

研究者 _____

裏面もあります。

研究結果の還元を希望される場合は、下記に送付先をご記入ください。

【送付先】

住所 〒

※ 研究結果還元等の書類送付に係る個人情報の入手にあたっては、個人情報保護を厳守すること、及び研究目的以外では使用しません。

令和※年※月※日

〇〇病院

医療スタッフの皆様

日本赤十字看護大学大学院

看護学研究科博士後期課程 伊富貴初美

研究へのご参加のお願い

〇〇の候、貴院におかれましては益々のご盛栄のこととお慶び申し上げます。

私は、現在、日本赤十字看護大学大学院博士後期課程に在籍し、「退院支援における専門職種間連携の変化のプロセス：Relational Coordination [RC] 理論を基盤としたアクションリサーチ」というテーマで研究に取り組んでおります。

臨床現場では、医療の高度化・複雑化が進み、超高齢社会により医療ニーズの変化が起きています。また、診療報酬や病院の機能分化の影響をうけて、在院日数の短縮が進み、患者は医療・介護ニーズが高いまま在宅療養へ移行するケースが増えています。これら患者・家族による医療・介護・福祉のニーズは多岐にわたり、病院から在宅医療・介護へとつなぐためには専門職種間連携が必要になっています。

本研究では、Relational Coordination 理論をもとに退院支援における専門職種間連携促進のプロセスとその患者・家族への効果を明らかにすることを目的としています。介入によって、患者・家族への質の高いケア提供につながり、退院支援における専門職種間連携を通して組織の変化につながると考えています。

つきましては、本研究にご参加いただき、患者・家族へのよりよい退院支援を目指したいと考えております。下記の研究の概要（別添の研究計画書）と各書類をご確認いただき、是非、ご参加いただきますことお願いいたします。なお、本研究は研究者の所属施設並びに貴施設の研究倫理審査にて承認を得て実施しています。

本研究に関しましてご不明な点がございましたら、下記照会先にご連絡ください。

記

1. 研究目的と意義

a. 研究目的

RC理論を基盤としたアクションリサーチを行うことによる退院支援における専門職種間連携の促進プロセスと患者・家族への退院支援の効果を明らかにする。

b. 研究の意義

(1) 専門職種間の連携を促進することにより、患者・家族への質の高いケア提供につながる。

(2) アクションリサーチを実施することにより、退院支援における専門職種間連携が促

進し、組織変化につながる。

2. フィールドにおける研究期間

対象施設の研究倫理審査承認後から6か月後の令和※年※月まで

3. 研究参加者としてご協力いただきたいこと

【研究参加者（スタッフ）】

- a. デモグラフィック・シートへの記入をお願いします（5分）。
- b. 我が国の医療現場の現状、入退院支援に関する診療報酬、専門職間連携の必要性和RC理論についての勉強会に参加してください（30分）。
- c. 退院支援が必要な患者1～2名に対して2職種以上で退院に向けた面談（入院1週間以内）を実施してください。患者・家族との面談内容について記録負担を軽減するため、ICレコーダーに録音させてください。なお、研究者が不在の場合には事前に患者・家族に文書（別添4）を用いて説明し、同意を得てからお願いします。退院に向けた面談では、患者・家族の退院目標の確認と他職種と内容のすり合わせをし、他の職種の役割についての気づきとそのポジティブフィードバックをしてください。その内容を専用の記録シートに記載してください（退院に向けた面談と記録を合わせて30分）。
- d. 退院に向けた面談を行った患者に対して、退院時面談（退院2～3日前）を行い、退院支援の満足度と今後の暮らしへの思い（意欲）について確認してください。その内容を同じく専用の記録シートに記録してください（退院時面談と記録を合わせて30分）。

【研究参加者（コアメンバー）】

- a. 研究参加者（コアメンバー）として、研究者とともにアクションとリフレクションの方法について検討し、アクションとリフレクションを促進してください。検討に要する時間は1回30分程度とし、事前の打ち合わせについては2～3回の検討をさせてください。その内容をICレコーダーに録音させてください。
- b. 研究参加者（コアメンバー）は、退院に向けた面談を1回以上実施してください（研究参加者（スタッフ）と同じ）。
- c. 研究参加者（コアメンバー）は、専門職種間連携による退院支援の取り組みの振り返り（毎月30分程度）と意味付けの会（センスメイキング）（隔月30分程度）を開催しますので参加してください。その内容をICレコーダーに録音させてください。また、会の様子を観察し、記録させてください。

4. 倫理的配慮

a. 研究参加への自由意思と拒否権について

【研究参加者（スタッフ・コアメンバー）】

研究への参加は自由意思であり、説明を受けてからでも断ることが可能であること、参加の有無により対象者及び対象施設が不利益を受けることがないことを説明する。また、研究に参加した場合でもいつでも取りやめることができ、それによって不利益を受けないことを説明する。研究に参加しない場合でもいつでも参加することができることを説明する。研究

に参加することで、研究参加者が所属する施設や部署が評価されることはないことを説明する。研究参加者に対して研究参加への強制力が働かないよう、管理者に対しては参加について強制力を働かせないようにあらかじめ依頼する。研究参加者へは、研究者が直接、研究への参加は自由意志に基づくものであることを確実に説明し、必要に応じ参加について考える時間をおくこととする。

【研究参加者（患者・家族）】

退院に向けた面談、退院時面談の前に研究参加者（スタッフ・コアメンバー）から研究について文書を用いて説明を行い、同意の承諾を得る。研究参加者（患者・家族）に対して研究参加への強制力が働かないよう、研究参加者（スタッフ・コアメンバー）に対しては参加について強制力を働かせないようにあらかじめ依頼する。面談の記録シートの内容を研究データとして提供することについては、面談後に断ることができること、参加の有無にかかわらず不利益を受けないことを説明する。研究者が同席する場合は、事前に研究参加者（スタッフ・コアメンバー）の説明による同意が得られている場合でも、研究者が直接説明を行い、同意を確認する。研究者の同席についても断ることができること、参加の有無にかかわらず不利益は受けないことを説明する。

特別な配慮が必要な患者としては、認知症者、生活困窮者である。下記に認知症者と生活困窮者に対する配慮を記載する。

患者が認知症の場合は、研究参加の同意に関する能力や意思決定能力が低下している可能性がある。研究者または研究参加者は患者と目線を合わせ、文書を用いて、ゆっくり患者の理解を確認しながら説明を行い、同意の承諾を得る。患者と目線が合わない場合、もしくは落ち着きがない様子が見られた場合は、患者の意思を尊重するために患者が委譲する意思決定者に代諾を得る。

また、患者が生活困窮者の場合は、心理的負担を感じている可能性がある。研究者または研究参加者は、社会福祉士と研究参加候補者（患者）が研究に参加することによる影響について相談しながら参加依頼を行うかどうかについて検討する。

c. 研究参加によりもたらされる利益と不利益について

【本研究による利益】

研究参加者が受ける金銭的利益はない。利益として、研究に参加することで専門職種間連携による退院支援を促進され、患者・家族の利益につながる。また、組織的な活動が活性化され、専門職種間の理解が深まり、相互に尊重でき、コミュニケーションが活発化することにより、モチベーションや取り組みが向上することが期待できる。

【本研究による不利益とその対応】

本研究への研究参加によって予想される負担としては、事前の打ち合わせ、2人以上での面談と記録シートへの記録、研究参加者（コアメンバー）による振り返り・意味付けの会（センスメイキング）の時間・労力などの負担の可能性が挙げられる。これらの負担への対応として、研究参加者（コアメンバー）による事前の打ち合わせ、振り返り・意味付けの会（セ

ンスメイキング) は、研究参加者(コアメンバー) の都合がよい日時・場所を調整する。研究参加者(コアメンバー) による振り返り・意味付けの会(センスメイキング) のときはファシリテートを行い、会話の流れに注意を払う。また、患者・家族にとって大きな不利益はないが、参与観察やインフォーマルインタビューにおいて、心理的負担の可能性が挙げられる。いずれの場合にも事前に語りたくないことは語らなくていいことを説明する。

d. プライバシー及び個人情報の保護について

得られたデータは個人が特定されないように施設名、氏名を仮称で処理する。研究参加者の氏名、連絡先は研究抄録の送付にのみ使用する。また、退院に向けた面談の記録シートと退院時面談の記録シートの突合のために患者氏名欄を設けるが、分析の時には匿名化して扱う。研究参加の辞退については、同意撤回書または代諾者用同意撤回書2部に署名ののち研究者宛送付用封筒を用いて郵送してもらう。研究者は同意撤回書または代諾者用同意撤回書を受け取った際に直ちに対象データを削除し、受領の署名が入った同意撤回書または代諾者用同意撤回書を同意撤回者に返送し、それぞれで保管する。しかし、撤回の申し入れがデータ分析開始後の場合は、データを匿名化しているため撤回に応じることが難しい可能性があることを事前に説明する。逐語録などのデータを印刷したものは、研究者、指導教員及び基礎看護学領域大学院内でのゼミで内容を検討するが、大学院生の資料はゼミ後回収する。介入は病棟内で行い、面談はプライバシーが確保できる個室または面談室等で行う。また、研究参加者(コアメンバー) による振り返り・意味付けの会はプライバシーの確保できる対象施設内の会議室で開催する。

研究によって得られた情報は、パスワードを設定した USB に保存し、同意書などの個人情報の含まれる書類、参与観察時のフィールドノート、研究参加者(コアメンバー) による事前の打ち合わせ、振り返り・意味付けの会(センスメイキング) 時の音声データ、逐語録、メモなどの紙媒体の情報は、鍵のかかる場所(日本赤十字看護大学の鍵のかかる引き出し。大学院終了後は自宅の机の鍵のかかる引き出し) に補完し、研究目的以外では使用しない。USB 及び紙媒体の情報は、本研究終了後5年を経過した時点で速やかにシュレッダーを用いて破棄する。

f. 研究結果の公表及び還元の方法

本調査の研究結果は博士論文として発表し、日本赤十字看護大学学術リポジトリを通じた公開、学会誌への投稿、学会等で発表する可能性があることを説明する。研究結果の報告を希望する研究参加者には、研究抄録を郵送することを約束する。

g. 研究の資金源、利益相反について

本研究は研究助成を受けていない。研究者が自らの研究活動に影響を及ぼすかもしれない経済的利害関係はない。

h. 問い合わせへの対応

研究参加者からの問い合わせには速やかに対応し、研究終了後も連絡を受けた際は誠実に対応することを研究参加説明書に記載し説明を行う。

i. 研究機関の長への報告と内容及び方法

倫理的妥当性・科学的合理性・研究実施の適正性・研究結果の信頼を失う事実又は情報を得たとき、研究の進捗状況・研究の実施に伴う有害事象が発生、または研究を中止・終了した場合は速やかに指導教員に相談・報告を行い、研究機関の長と研究倫理委員会、及び研究対象施設長と看護部長へ文書で報告を行う。研究対象施設長と看護部長へは直接報告を行う。文書には根拠となる事実、判断過程及び対応内容等を記載する。

j. その他

研究者は対象施設と関連病院で勤務しているが、研究参加者に対して研究参加への強制力が働かないよう、管理者に対しては参加について強制力を働かせないようにあらかじめ依頼する。

また、COVID-19対策として、密閉・密集・密接を避けて実施する。

添付資料

研究計画書
同意書用返信封筒（別添 3－b）
研究参加依頼書・同意書（患者用：別添 4）
同意撤回書（別添 5）（2 部）
代諾者用同意撤回書（別添 6）
同意撤回書用返信封筒（別添 5・6－b）
研究参加依頼ポスター（医療者用）（別添 7）
研究参加依頼ポスター（患者用）（別添 8）
デモグラフィック・シート（別添 9）
退院に向けた面談の記録シート（別添 10）
退院時面談の記録シート（別添 11）
勉強会資料

同意撤回書以外は各 1 部

【照会先】

研究者：日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科博士後期課程 伊富貴初美
〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3
E-mail：218D104@redcross.ac.jp
研究責任者・指導教員：日本赤十字看護大学 基礎看護学教授 川原由佳里
〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3
E-mail：kawahara@redcross.ac.jp

研究同意書

私は、看護研究「退院支援における専門職種間連携の変化のプロセス：Relational Coordination 理論を基盤においたアクションリサーチ」について文書と口頭で説明を受け、研究の目的・意義、研究方法及び倫理的配慮について理解し、参加することに同意します。

ご参加いただける役割に○をつけてください。

研究参加者（スタッフ）

研究参加者（コアメンバー）

同意する内容に☑をお願いします。

【研究参加者（スタッフ）】

- ☐ デモグラフィック・シートに記入すること
- ☐ 医療現場の現状、入退院支援に関する診療報酬及び RC 理論についての勉強会に参加すること（30 分）
- ☐ 研究者が不在の場合、対象患者に文書を用いて研究の参加について説明し、同意を得ること
- ☐ 2 職種以上で退院に向けた面談（入院 1 週間以内）と退院時面談（退院 2～3 日前）を実施すること、面談内容を録音すること
- ☐ 退院に向けた面談・退院時面談において専用の記録シートを活用すること（面談と記録を合わせて 30 分）

加えて、

【研究参加者（コアメンバー）】

- ☐ 研究者とともにアクションとリフレクションの方法について検討し、促進すること、打ち合わせの内容を録音すること（1 回 30 分程度）
- ☐ 研究参加者（コアメンバー）による振り返り（毎月）・意味付けの会（センスメイキング）（隔月）に参加すること（各 1 回 30 分程度）
- ☐ 研究者が研究参加者（コアメンバー）による振り返り・意味付けの会（センスメイキング）の内容を録音すること、会の様子を観察した内容を記録すること

令和 年 月 日

研究参加者（ご署名）

研究参加者として研究にご参加いただきますこと確認いたしました。

令和 年 月 日

研究者

研究結果の還元を希望される場合は、下記に送付先をご記入ください。

【送付先】

住所 〒

※ 研究結果還元等の書類送付に係る個人情報の入手にあたっては、個人情報保護を厳守すること、及び研究目的以外では使用しません。

令和※年※月※日

〇〇病棟にご入院中の患者・ご家族 様

日本赤十字看護大学大学院
看護学研究科博士後期課程 伊富貴初美

研究へのご参加のお願い

私は現在日本赤十字看護大学大学院で「退院支援における専門職種間連携の変化のプロセス：Relational Coordination [RC] 理論を基盤においたアクションリサーチ」というテーマで研究に取り組んでおります。

本研究は、退院支援において専門職種間連携を実施することにより、患者様・ご家族様が安心して在宅で療養できるよう質の高い退院支援を目指しています。

【お願いさせていただきたいこと】

- ① あなたとあなたを担当する2職種以上の医療従事者とともに「退院に向けた面談」を行い、あなたが退院時に目指している状態を語り、みんなで共有します。
- ② 「退院に向けた面談」で実現できる目標を話し合い、退院までに解決すべき課題を共有します（15分程度）。その内容を録音させてください。
- ③ あなたとあなたを担当する医療従事者が協力して課題解決に取り組めます。
- ④ 退院前にあなたとあなたを担当する医療従事者とともに「退院時面談」を行い、退院支援の評価を行います。そして、あなたに退院への気持ち（意欲）をお聞きします（15分程度）。その内容を録音させてください。
- ⑤ 面談時の内容は医療従事者が記録シートに記載します。その内容を研究データとして使用させてください。
- ⑥ 得られた情報は個人が特定されないように匿名化して取り扱います。
- ⑦ 面談時の内容を研究データとしての提供については自由意思であり、面談後に断ることができます。参加の有無により不利益を受けることはありません。
- ⑧ 研究者が同席し、面談の観察及び面談後に感想等をお伺いする場合があります。研究者の同席についても同様に断ることができ、不利益を受けることはありません。

本研究に関しましてご不明な点がございましたら、下記照会先までご連絡ください。

【照会先】

研究者：日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科博士後期課程 伊富貴初美

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 E-mail : 218D104@redcross.ac.jp

指導教員：日本赤十字看護大学 基礎看護学教授 川原由佳里

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3 E-mail : kawahara@redcross.ac.jp

研究同意書

私は、看護研究「退院支援における専門職種間連携の変化のプロセス：
Relational Coordination 理論を基盤においたアクションリサーチ」について文書
と口頭で説明を受け、研究の目的、研究方法及び倫理的配慮について理解し、
参加することに同意します。

- ☐ 研究者あるいは医療スタッフによる退院に向けた面談・退院時面談をうける
こと（各 15 分程度）
- ☐ 面談を行った研究者及び医療スタッフが面談の内容を記録シートに記録す
ること、録音すること
- ☐ 研究者が面談に同席すること

令和 年 月 日

研究参加者（ご署名）

研究参加者として研究にご参加いただきますこと確認しました。

令和 年 月 日

研究者

研究結果の還元を希望される場合は、下記に送付先をご記入ください。

【送付先】

住所 〒

※ 研究結果還元等の書類送付に係る個人情報の入手にあたっては、個人情報保護を厳守すること、及び研究目的以外では使用しません。

同 意 撤 回 書

私は、「退院支援における専門職種間連携の変化のプロセス：Relational Coordination 理論を基盤としたアクションリサーチ」への参加に同意し同意書に署名しましたが、その同意を撤回します。

年 月 日

氏名（署名）

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

年 月 日

所 属

研究者氏名

※いったん研究参加に同意した場合でも、同意を撤回することができます。この「同意撤回書」2部にご記入・ご署名頂き、研究者までお申し出下さい。

※研究者が同意撤回書を受領した後、2部に署名し、1部は返送いたしますので保管ください。

※ただし、同意撤回を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータ（逐語録、カテゴリー・コード一覧表など）が完全に匿名化され個人が特定できない状態等の場合には、データを廃棄できないこともあります。

<同意を撤回する場合の連絡先>

研究者 日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科 伊富貴 初美

E-mail : 218D104@redcross.ac.jp

TEL : 03-3409-0185（基礎看護学研究室直通）

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3（基礎看護学研究室気付）

指導教員 日本赤十字看護大学 基礎看護学教授 川原 由佳理

E-mail : kawahara@redcross.ac.jp

同 意 撤 回 書

私は、「退院支援における専門職種間連携の変化のプロセス：Relational Coordination 理論を基盤としたアクションリサーチ」への参加に同意し同意書に署名しましたが、その同意を撤回します。

年 月 日

研究参加者氏名（署名）

代諾者氏名（署名）

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

年 月 日

所 属

研究者氏名

※いったん研究参加に同意した場合でも、同意を撤回することができます。この「同意撤回書」2 部にご記入・ご署名頂き、研究者までお申し出下さい。

※研究者が同意撤回書を受領した後、2 部に署名し、1 部は返送いたしますので保管ください。

※ただし、同意撤回を受領した時点で、研究論文として公表していた場合やデータ（逐語録、カテゴリー・コード一覧表など）が完全に匿名化され個人が特定できない状態等の場合には、データを廃棄できないこともあります。

< 同意を撤回する場合の連絡先 >

研究者 日本赤十字看護大学大学院 看護学研究科 伊富貴 初美

E-mail : 218D104@redcross.ac.jp

TEL : 03-3409-0185（基礎看護学研究室直通）

〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3（基礎看護学研究室気付）

指導教員 日本赤十字看護大学 基礎看護学教授 川原 由佳理

E-mail : kawahara@redcross.ac.jp

退院支援における専門職種間連携に 一緒に取り組んでいただける方を募集しています

私は「退院支援における専門職種間連携の変化のプロセス: **Relational Coordination [RC]** 理論を基盤においたアクションリサーチ」という看護研究を行っています。

本研究は、退院支援において**RC**理論を基盤においた専門職種間の連携を行うことにより、患者・家族が安心して在宅療養に移行できるよう質の高い退院支援を目指しています。

Relational Coordination (RC) 理論とは…

関係者間の相互作用とそれぞれの作業を統合するためのコミュニケーションを強化するプロセスである (Gittell, 1996)。

- **目標共有**：全体で目標達成を目指すこと
- **役割認識**：それぞれの仕事が相互関係しているかがわかること
- **尊重の態度**：互いの仕事を尊重し、考慮できること
- **コミュニケーション**：頻回で、タイムリーで、正確で、問題解決指向性のあるコミュニケーションが取れること

【研究目的】

RC理論を基盤としたアクションリサーチを行うことによる退院支援における専門職種間連携の促進プロセスと患者・家族への退院支援の効果を明らかにする。

【協力いただきたい内容】

- ① 勉強会への参加(医療現場について、**RC**理論等)
 - ② 2職種以上での退院に向けた面談(入院1週間以内)・退院時面談(退院2～3日前)の実施
 - ③ 記録シートの活用
- さらに コアメンバーとして参加いただける方に
- ④ 実施の振り返り・意味付けの会への参加(1回)
 - ⑤ 介入前後に質問紙調査への回答



是非、ご協力いただきますようよろしくお願い申し上げます。

【照会先】

研究者: 日本赤十字看護大学大学院 博士後期課程 伊富貴初美

E-mail: 218D104@redcross.ac.jp

指導教員: 日本赤十字看護大学 教授 川原由佳里

E-mail: kawahara@redcross.ac.jp

退院支援における専門職種間連携に関する研究 に協力いただける方を募集しています

本研究は、退院支援において専門職種間連携を実施することにより、患者様・ご家族様が安心して在宅で療養できるよう質の高い退院支援を目指しています。



【協力いただきたい内容】

- ① 退院に向けた面談(入院1週間以内)・退院時面談(退院2～3日前)を受けること
- ② 研究者または医療スタッフが面談内容を記録シートに記録すること

是非、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

【照会先】

研究者: 日本赤十字看護大学大学院 博士後期課程 伊富貴初美

E-mail: 218D104@redcross.ac.jp

指導教員: 日本赤十字看護大学 教授 川原由佳里

E-mail: kawahara@redcross.ac.jp

デモグラフィック・シート

研究協力にご同意いただける方は、以下の項目について該当する番号に○もしくは
() に回答をご記入ください。

1. 職種 ()
2. 性別 1) 男性 2) 女性
3. 年齢 () 歳
4. 現在の職種としての経験年数 合計 () 年 () ヶ月
5. 現在の職場（病院もしくは病棟）での勤務年数 () 年 () ヶ月
6. 職位
 - 1) スタッフ 2) 部署の副責任者（係長など） 3) 部署の責任者（課長、師長など）
 - 4) その他 ()
7. 専門資格 ※ 看護師でいう「認定看護師」「専門看護師」など
() ()
8. 専門職種間連携に関する教育を受けたことはありますか？
 - 1) あり（受講時間： ）
 - 2) なし
9. 学位
 - 1) 専門学校
 - 2) 短期大学
 - 3) 4年制大学
 - 4) 修士
 - 5) 博士

項目は以上です。最後までご回答いただき、ありがとうございました。

退院に向けた面談シート

実施日	令和元年 月 日 ()	面談者 (職種) 記録者に ○	
入院日	令和元年 月 日 ()		

被面談者(当てはまる方に○をつけ、家族等の続柄をご記入ください。)

患者名 _____ 家族(続柄) _____

患者の年齢()歳 性別 : 男性 女性

退院困難な事由(当てはまる項目に○をつけてください)

- ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
 イ. 緊急入院であること
 ウ. 要介護認定が未申請であること
 エ. 虐待を受けているまたはその疑いがあること
 オ. 医療保険未加入者又は生活困窮者であること
 カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編成が必要であること (必要と推測されること)
 キ. 排泄に介助を要すること
 ク. 同居者の有無にかかわらず、必要な介護または養育を十分に提供できる状況にないこと
 ケ. 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと
 コ. 入退院を繰り返していること
 サ. その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

1. 患者・家族の退院目標(退院時・退院後)の確認(患者の思い・家族の思い)

※ ICレコーダーに録音してください。
 患者・家族に同意が得られない場合は、記入してください。

2. 今後の退院計画案について話し合ったことを記載してください。

3. 他職種の役割での気づき・ポジティブフィードバックの内容

職種(A):

職種(B):

Aさんから見たBさんの関わりで気づいたことや期待したいこと

Bさんから見たAさんの関わりで気づいたことや期待したいこと

3. この事例での関わり(ケアなど)で考えたこと、今後実施しようと思うこと

A

B

6. 面談を実施しての感想など自由に記載してください。

ご記入いただきありがとうございました。

記録シートは、面談終了後1週間以内に研究参加者(コアメンバー)〇〇さんまで提出してください。

退院時面談シート

実施日	令和元年 月 日 ()	面談者 (職種)	
退院日	令和元年 月 日 ()	記録者に○	
退院に向けた 面談実施日	令和元年 月 日 ()	被面談者	患者名
			家族 (続柄)

1. 患者・家族にとって、退院目標が達成できたか、満足しているか。

※ ICレコーダーに録音してください。(患者・家族に同意が得られない場合は、記入してください。)

2. 患者・家族は、今後の暮らしについてどのように考えているか。(意気込み)

※ ICレコーダーに録音してください。(患者・家族に同意が得られない場合は、記入してください。)

以下、専門職種間で話し合ってください。

3. 退院支援計画の目標は達成できたか？(計画の評価をお願いします)

4. 面談を実施しての気づき・他職種へのフィードバックを実施しての感想など自由に話し合った内容を記入してください。

ご記入いただきありがとうございました。

記録シートは、面談終了後1週間以内に研究参加者(コメンター)〇〇さんまで提出してください。