
 研究報告

順天堂大学保健看護学部 順天堂保健看護研究 8
P.36-50 (2020)

静岡県東部地域における医療介護福祉専門職者間の地域連携・ 協働実践（IPW）の現状と課題

Current Status and Challenges of Community Medical Liaison through Inter- professional Work in Eastern Shizuoka Area

小川典子* 藤尾祐子* 鈴木江利子*
OGAWA Noriko FUJIO Yuko SUZUKI Eriko
榎本佳子* 酒井太一*
ENOMOTO Yoshiko SAKAI Taichi

要 旨

目的：本研究は、訪問看護師、ケアマネジャー、退院支援看護師および行政保健師を中心に、地域を巻き込んだ連携協働に携わる医療介護福祉専門職者を対象として、「連携尺度」を用いて、静岡県東部地域の医療介護福祉専門職者間の協働実践（IPW）の現状把握および課題抽出を行った。

研究方法：無記名自記式質問紙により、対象者に研究の趣旨を記載した依頼文書と質問紙を持参し、郵送により回収し、記述統計量（SPSS ver.22.0）を算出。自由記載は内容分析を行い、カテゴリー化し、さらに Text Mining Studio vol.6.1 を用いて自然言語処理による統計的テキスト解析を行った。

倫理的配慮：順天堂大学保健看護学部研究等倫理委員会の承認（承認番号 第 27-13 号）

結果：質問紙 500 部配布中 349 名（69.8%）より回答が得られた。「連携尺度」下位尺度別項目の平均値比較では「退院前カンファレンスなど病院と地域との連携の良さ」が最も高く、次に「他の施設の医療福祉従事者と気楽にやりとりができる」が高かった。

考察：ケアマネジャー資格や多職種連携に関する研修の有無が「連携尺度」において有意に高得点となった。福祉職、行政職は連携の「場」「顔」を重視し、看護職その他実際に介護・医療サービスを実践している職種は、「情報交換」「連携」「共有」を重視していた。

結論：IPW コミュニティケアモデルの一助とするための基礎資料としたい。

索引用語：地域医療連携、協働実践、医療介護福祉、連携尺度、地域包括ケア

Key words：Inter-professional Work, Collaborative practice, Medical care welfare,
Collaboration scale, Regional Comprehensive Care

1. 緒 言

現在、65 歳以上の高齢者割合は 28.4% となり、2030 年には 3 人に 1 人の割合になると試算されてい

る¹⁾。この 2030 年問題は極めて今日的な地域医療をめぐる社会全体の問題となっている。高齢化による疾病構造の変化と医療需要の急増により、住み慣れた地域で生活を継続できる医療・介護体制を目指した「地域包括ケアシステム」構築に重点が置かれ、医療の中心は病院から在宅への移行が宣言されて久しい。複数

* 順天堂大学保健看護学部

* Juntendo University Faculty of Health Science and Nursing

(Nov. 8, 2019 原稿受付) (Jan. 31, 2020 原稿受領)

の専門職者らがそれぞれの知識と技術を提供し、療養者・家族のために目標を1つに定めた保健医療福祉の連携・協働による療養者支援の場が在宅看護の現場である。国の施策としての平均在院日数の短縮化により、在宅療養は高度化・多様化し、保健医療福祉の専門職者らには今後ますます高度な専門性が要求される。「地域包括ケアシステム」構築には、医療介護福祉専門職者間の地域連携・協働実践（Inter-professional Work : IPW）コミュニティケアモデルが必須である。

本研究では、訪問看護師、ケアマネジャー、退院支援看護師および行政保健師を中心に、彼らが地域で連携協働している医療介護福祉専門職者らを対象として、静岡県東部地域の医療介護福祉専門職者間の協働実践（IPW）の現状把握および課題抽出を行うことを目的とした。「地域包括ケアシステム」構築のための医療介護福祉専門職者間の地域連携・協働実践（IPW）コミュニティケアモデルの一助とするための基礎資料としたい。

II. 研究方法

1. 調査期間：平成28年3月1日～平成29年5月31日
2. 研究デザイン：無記名自記式質問紙調査票を用いた量的記述研究デザイン
3. 研究協力者および依頼方法：静岡県東部地域における医療介護福祉専門職者間の連携・協働実践の現任者を対象として、縁故を活用し専門職者団体に働きかけ、病院長や保健師所属長および事業所の長に文書および口頭にて説明し協力を依頼した。
4. データ収集方法：対象者に研究の趣旨を記載した依頼文書と質問紙を持参し、調査を依頼した。調査用紙の回収は郵送による返送とし、回収をもって同意を得た。
5. 調査内容：調査内容は、阿部泰之・森田達也両氏の開発した「医療介護福祉の地域連携尺度」²⁾（26項目）を用いた。さらに、本研究では退院支援における

連携について明らかにするために、7項目を追加し、計33項目とした。追加した項目は、「医療介護福祉の地域連携尺度」調査票の基になっている森田達也・井村千鶴両氏が開発した「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」³⁾から全て引用した。具体的には、同尺度開発の過程で除外された「他の施設の関係者と情報交換が気軽にできる」の1項目を「医療介護福祉の地域連携尺度」の下位尺度I【他の施設の医療福祉従事者と気楽にやりとりができる】に追加した。また、「利用できる地域の医療資源やサービスについて、具体的に患者や家族に説明できる」の1項目を同じく「医療介護福祉の地域連携尺度」の下位尺度VI【地域のリソースが具体的に分かる】に追加した。さらに、「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」³⁾における下位尺度【退院前カンファレンスなどの病院と地域との連携がよい】の全ての項目（5項目）を連携尺度に新たな下位尺度VIIとして追加した。

また、「医療介護福祉の地域連携尺度」²⁾や「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」³⁾では、「患者（利用者）」や「がん患者」という語が用いられていたため、本研究の目的に沿って「療養者」「在宅に移行する患者」「退院する患者」という語に適宜差し替えた。

採点方法については、「医療介護福祉の地域連携尺度」²⁾では「思わない（1点）」から「非常に良く思う（5点）」の5段階評価であったが、本研究では中間となる評価をあえて削除し「まったくない（1点）」から「とてもある（4点）」の4段階評価とした。したがって、尺度全体の合計は最高132点、最低33点で、得点が高いほど地域との連携がとれていることを意味するものとした。以上の変更を加えた調査票を「連携尺度」と呼び本研究で使用した。「連携尺度」の下位尺度及び項目内容を表1とした。

なお、これら尺度の改変と利用にあたっては、尺度開発者からの承諾を得て行った。

基本属性については、①年齢②性別③専門職種④所

表1 「連携尺度」の下位尺度及び項目内容

下位尺度	項目内容
I 【他の施設の医療福祉従事者と気楽にやりとりができる】	1 療養者を一緒にみている他の施設の関係者に知りたいことを気楽に聞ける 2 療養者を一緒にみている他の施設の専門職者とやりとりができる 3 一緒にみている療養者のことで連絡をとる時に、躊躇せずに連絡がとれる 4 一緒にみている療養者のことで連絡のとりやすい時間や方法がわかる 5 他の施設の関係者と情報交換が気軽にできる
II 【地域の他の職種の役割がわかる】	1 療養者に関わる地域の職種の一般的な役割がだいたいわかる 2 療養者に関わる地域の他の職種の困っていることがだいたいわかる 3 療養者に関わる自分以外の職種の働き方が実感をもってわかる 4 療養者に関わる自分以外の職種のできることがわかる
III 【地域の関係者の名前・顔・考え方がわかる】	1 地域で療養者に関わっている人の考え方や方針がわかる 2 地域で療養者に関わっている施設の理念や事情がわかる 3 地域で療養者に関わっている人の性格・付き合い方がわかる 4 地域で療養者に関わっている人の名前と顔がわかる
IV 【地域の多職種で会ったり、話し合う機会がある】	1 療養者に関わるいろいろな職種が、直接会って話す機会がある 2 普段交流のない多職種で話し、新しい視点や知り合いを得る機会がある 3 地域連携に関して、課題や困っていることを共有し話し合う機会がある 4 この地域には多職種で話し合える雰囲気がある
V 【地域に相談できるネットワークがある】	1 療養者に関わることで、気軽に相談できる人がいる 2 療養者に関わることで困ったことは、誰に聞けばいいのかわかる 3 療養者に関わることで困った時には、まず電話してみようと思う人がいる 4 療養者に関わることで困った時に、相談できる場や集まりがある
VI 【地域のリソースが具体的にわかる】	1 地域で療養者を往診してくれる医師がわかる 2 地域で療養者をよくみってくれる訪問看護ステーションがわかる 3 地域で療養者をよくみってくれるケアマネジャがわかる 4 地域で療養者の訪問服薬指導をよく行っている薬局がだいたいわかる 5 地域で療養者が利用できる介護サービスがだいたいわかる 6 療養者が利用できる地域の医療資源やサービスがだいたいわかる 7 利用できる地域の医療資源やサービスについて、具体的に療養者や家族に説明できる
VII 【退院前カンファレンスなど病院と地域との連携の良さ】	1 在宅に移行する患者の退院前カンファレンスが行われていると感じる 2 退院や入院時に、相手がどんな情報を必要としているかを考えて情報提供を行なっている 3 在宅に移行する患者の退院時にカンファレンスや情報提供をしっかりと行っている 4 退院する患者や在宅において、急に容態が変わった時の対応や連絡先を決めている 5 療養者の治療やケアや服薬について、病院と地域で相談ができています

属する施設・事業所の種類⑤ケアマネジャー資格の有無⑥管理職か否か⑦現在の専門職種の経験年数⑧連携に関する研修の有無の8項目

自由記述については、全ての下位尺度の最後に記載欄を設け、必要と感じていることなどを具体的に自由記述してもらうように求めた。

6. データ分析方法：

1) 量的データ分析方法：

「連携尺度」を用いた量的データは、下位尺度別及び全体で信頼性係数（Cronbachの α ）を算出した。さらに因子分析「主因子法」および「プロマックス回転」によって構成概念妥当性（構造的）を確認した。

また、ケアマネジャー資格の有無別、研修受講経験の

有無別の2群間で「連携尺度」得点を比較した。検定はMann-WhitneyのU検定を用い、有意水準は5%未満とした。解析ソフトはSPSS Ver.22.0を用いた。

2) 自由記述データの分析

自由記述について質的研究デザインにより内容分析を行い、カテゴリー化し、抽出したデータを自然言語処理による統計的テキスト解析法（Text Mining Studio vol.6.1）を行ない分析した。

7. 倫理的配慮：順天堂大学保健看護学部研究等倫理委員会の承認を得て（承認番号第27-13号）プライバシーの保護、研究協力への参加は自由であることを文書にて説明した。

III. 結果

質問紙 500 配布中 349 名 (69.8%) より回答が得られた。欠損値がない 337 名 (67.4%) を対象とした。

1. 基本属性

回答者は 20 代～ 60 代で全年代とも男性の割合が少なかった。年齢×経験年数の組み合わせにおいて、30 代以上で経験年数の低い者は少なかった。22.7% が管理職である。女性中心の職場であったが、男女比に比べ、男性管理職の割合がやや高い。看護職者が 45.5% と最も多く、次いで行政保健師 21.5%、ケアマネジャー 11.8% となる。看護職者の内訳は、訪問看護師、病棟看護師、退院支援看護師、外来看護師の順に多かった。また回答者の所属する施設・事業所は、行政は 28.4%、病院は 24.1%、訪問看護ステーションは 22.3% でほぼ同数並び、全体の約 3/4 を占めていた (表 2) (表 3) (表 4)。

2. 「連携尺度」下位尺度 I～VII (33項目) の信頼係数

下位尺度 I～VII (33 項目) の信頼性係数を求めた (表 5)。信頼性係数は、尺度全体で 0.94、全ての下位尺度で 0.79～0.90 となっており十分に高い値を示した。

3. 因子分析「主因子法」および「プロマックス回転」

によって構成概念妥当性 (構造的) を確認した (表 6)。元となる森田氏らの「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」の構造と一致した。尺度としての構成概念妥当性に問題はないと思われる。

4. 「連携尺度」平均値比較

「連携尺度」下位尺度別項目の平均値を比較してみると、VII「退院前カンファレンスなど病院と地域との連携の良さ」2.85 点で最も高く、次に I「他の施設の医療福祉従事者と気楽にやりとりができる」2.82 点。一方 III「地域の関係者の名前・顔・考え方がわかる」2.30 点が最も低く、次いで IV「地域の多職種で会ったり、話し合う機会がある」2.45 点であった (表 7)。

表 2 基本属性

表2 基本属性		N=349	
		人数	(%)
年 齢 n=349	20歳未満	0	(0.0)
	20歳代	32	(9.2)
	30歳代	89	(25.5)
	40歳代	130	(37.2)
	50歳代	83	(23.8)
	60歳代以上	15	(4.3)
性 別 n=345	男 性	46	(13.3)
	女 性	299	(86.7)
職 種 複数回答	医師	9	(2.6)
	看護師	165	(47.3)
	薬剤師	8	(2.3)
	ケアマネジャ	43	(12.3)
	歯科医師	4	(1.1)
	歯科衛生士	4	(1.1)
	リハビリ職	20	(5.7)
	福祉職	7	(2.0)
	介護職	16	(4.6)
	保健師	78	(22.3)
	その他	9	(2.6)
所属機関 複数回答	病 院	84	(24.1)
	クリニック	10	(2.9)
	薬 局	8	(2.3)
	居宅介護支援事業所	26	(7.4)
	行 政 (市町・県)	99	(28.4)
	訪問看護ステーション	78	(22.3)
	介護サービス事業所	3	(0.9)
	介護保険施設	6	(1.7)
	デイケア・デイサービス	9	(2.6)
	グループホーム	0	(0.0)
	歯 科	5	(1.4)
	公的老人ホーム	0	(0.0)
	民間のホーム	0	(0.0)
	福祉タクシー	0	(0.0)
レンタル業者	1	(0.3)	
その他	20	(5.7)	
ケアマネジャ資格 n=349	有	145	(41.5)
	無	204	(58.5)
研修受講経験 n=342	有	254	(74.3)
	無	88	(25.7)

表3「回答者の年齢と専門職業の経験年数」のクロス集計

(人数)

経験年数	年 齢						合 計
	20歳未満	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳以上	
1年未満	0	4	5	2	1	0	12
1年～3年未満	0	8	10	15	5	0	38
3年以上～8年未満	0	18	19	10	11	1	59
8～15年未満	0	2	40	39	16	3	100
15年以上	0	0	15	64	50	11	140
合 計	0	32	89	130	83	15	349

表4「回答者の性別と管理職」のクロス集計

性 別	管理職		非管理職		合 計	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
男 性	16	(34.8)	30	(65.2)	46	(100.0)
女 性	63	(21.1)	235	(78.9)	298	(100.0)
不 明	0	(0.0)	4	(100.0)	4	(100.0)
合 計	79	(22.7)	269	(77.3)	348	(100.0)

表5「連携尺度」下位尺度Ⅰ～Ⅶの信頼係数

下位尺度	Cronbach の α
I 【他の施設の医療福祉従事者と気楽にやりとりができる】	.90
II 【地域の他の職種の役割がわかる】	.79
III 【地域の関係者の名前・顔・考え方がわかる】	.87
IV 【地域の多職種で会ったり、話し合う機会がある】	.88
V 【地域に相談できるネットワークがある】	.87
VI 【地域のリソースが具体的にわかる】	.90
VII 【退院前カンファレンスなど病院と地域との連携の良さ】	.87
全 体	.94

表6 「連携尺度」の因子分析結果

項目	因子						
	1	2	3	4	5	6	7
VI-3 地域で療養者をよくみてくれるケアマネジャーがわかる	.82	-.03	.04	-.11	.18	.05	-.11
VI-2 地域で療養者をよくみてくれる訪問看護ステーションがわかる	.80	.06	.05	-.13	.06	.15	-.16
VI-5 地域で療養者が利用できる介護サービスがだいたいわかる	.77	-.09	-.07	.11	-.10	-.07	.18
VI-1 地域で療養者を往診してくれる医師がわかる	.75	.12	-.04	-.08	-.09	.15	-.13
VI-6 療養者が利用できる地域の医療資源やサービスがだいたいわかる	.70	-.01	.01	.09	-.13	-.11	.29
VI-7 利用できる地域の医療資源やサービスについて、具体的に療養者や家族に説明できる	.68	-.02	.02	.10	.02	-.15	.18
VI-4 地域で療養者の訪問服薬指導をよく行っている薬局がだいたいわかる	.58	-.07	-.03	.02	.11	-.03	.08
I-2 療養者を一緒にみている他の施設の専門職者とやりとりができる	-.02	.97	.01	.07	-.05	-.04	-.06
I-1 療養者を一緒にみている他の施設の関係者に知りたいことを気軽に聞ける	-.01	.88	.05	-.01	.02	-.11	.02
I-3 一緒にみている療養者のことで連絡をとる時に、躊躇せずに連絡がとれる	.02	.79	-.01	-.06	.00	.07	-.02
I-5 他の施設の関係者と情報交換が気軽にできる	.07	.72	-.04	.05	.11	.00	.00
I-4 一緒にみている療養者のことで連絡のとりにくい時間や方法がわかる	-.10	.57	-.02	-.04	.04	.07	.21
VII-3 在宅に移行する患者の退院時にカンファレンスや情報提供をしっかりと行っている	-.14	.00	.91	.05	-.09	.01	.10
VII-2 退院や入院時に、相手がどんな情報を必要としているかを考えて情報提供を行なっている	.05	-.01	.84	.00	.02	-.09	.04
VII-1 在宅に移行する患者の退院前カンファレンスが行われていると感じる	-.05	.01	.73	-.02	.00	.02	-.07
VII-4 退院する患者や在宅において、急に容態が変わった時の対応や連絡先を決めている	.23	-.01	.63	.01	.04	.03	-.16
VII-5 療養者の治療やケアや服薬について、病院と地域で相談ができていく	-.01	.03	.60	-.01	.05	.06	.03
IV-3 地域連携に関して、課題や困っていることを共有し話し合う機会がある	.01	.00	-.04	.90	.01	.06	-.12
IV-2 普段交流のない多職種で話し、新しい視点や知り合いを得る機会がある	-.01	.02	-.01	.84	-.02	-.07	-.02
IV-1 療養者に関わるいろいろな職種が、直接会って話す機会がある	.07	-.03	.04	.76	.05	-.07	-.02
IV-4 この地域には多職種で話し合える雰囲気がある	-.14	.02	.05	.68	.09	.12	-.01
III-3 地域で療養者に関わっている人の性格・付き合い方がわかる	.06	-.04	.07	-.02	.80	-.01	.09
III-2 地域で療養者に関わっている施設の理念や事情がわかる	-.07	.06	-.06	.03	.79	-.05	.09
III-1 地域で療養者に関わっている人の考え方や方針がわかる	-.02	.06	.02	.08	.70	.04	.05
III-4 地域で療養者に関わっている人の名前と顔がわかる	.24	.02	-.04	.15	.49	.04	-.07
V-2 療養者に関わることで困ったことは、誰に聞けばいいのかだいたいわかる	.02	-.05	.00	-.07	.03	.92	.06
V-3 療養者に関わることで困った時には、まず電話してみようと思う人がいる	.08	.06	-.02	.01	-.10	.77	-.01
V-1 療養者に関わることで、気軽に相談できる人がいる	-.10	-.06	.06	.09	.08	.71	.17
V-4 療養者に関わることで困った時に、相談できる場や集まりがある	.09	.01	-.04	.34	.00	.43	-.02
II-4 療養者に関わる自分以外の職種のできる事がわかる	.02	-.04	-.03	-.11	.07	.10	.71
II-3 療養者に関わる自分以外の職種の働き方が実感をもってわかる	.04	.06	.01	-.13	.20	.01	.65
II-2 療養者に関わる地域の他の職種の困っていることがだいたいわかる	.01	.06	-.01	.07	.20	-.04	.48
II-1 療養者に関わる地域の職種の一般的な役割がだいたいわかる	.21	.14	.03	.06	-.28	.17	.45

主因子法、プロマックス回転

表7「連携尺度」下位尺度別項目の平均値

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
I【他の施設の医療福祉従事者と気楽にやりとりができる】	337	1.00	4.00	2.82	0.54
II【地域の他の職種の役割がわかる】	337	1.00	4.00	2.66	0.45
III【地域の関係者の名前・顔・考え方がわかる】	338	1.00	4.00	2.30	0.57
IV【地域の多職種で会ったり、話し合う機会がある】	335	1.00	4.00	2.45	0.59
V【地域に相談できるネットワークがある】	334	1.00	4.00	2.74	0.56
VI【地域のリソースが具体的にわかる】	336	1.14	4.00	2.68	0.57
VII【退院前カンファレンスなど病院と地域との連携の良さ】	330	1.00	4.00	2.85	0.59

5. ケアマネジャー資格の有無別「連携尺度」得点比較

ケアマネジャー資格を「持っている兼務している、したことあり」および「持っているが、したことなし」を「資格あり」とし、「持っていない」を「資格なし」とし、この2群間（ケアマネジャー資格有無）で比較検定をしたところ第VII尺度を除く下位尺度別得点及び合計得点において、ケアマネジャー資格を持っている人の方が有意に高得点であった（表8）。

6. 研修受講経験の有無別「連携尺度」得点の比較

「施設内受講あり」および「施設外受講あり」と「どちらもあり」を「受講あり」とし、「どちらもなし」と「受講なし」の2群間（研修受講経験の有無）で比較検定した結果、全ての下位尺度別得点及び合計得点において、受講経験のある人の方が有意に高得点であった（表9）。

7. 「連携を促進させる要因」の分析結果

連携を促進させる要因についての自由記載の生データを丹念に読み解き、文脈ごとに抜き出し内容分析してデータに忠実にコード化し104コードを抽出した。コード化したものを類似性の観点からカテゴリー化した（表10）。26のサブカテゴリーから【顔の見える関係づくり】【信頼関係づくり】【環境づくり】【対象理解】【目的を1つにした方向性】【情報共有、情報交換】

【直接言葉コミュニケーション】【早期の連絡】【システムの構築】【多職種間の相互理解】【感謝の気持ちや敬意をもつ】の11カテゴリーが抽出された。

さらにデータに忠実であるための客観性や信頼性・妥当性を確保するために、抽出した全データを対象にテキストマイニングソフト（Text Mining Studio vol.6.1）を用いて自然言語処理による統計的テキスト解析を行なった。「職種別単語頻度解析」（図1）。単語では「ケアマネジャー」「顔」「コミュニケーション」「連携」「お互い」「情報」「サービス提供者会議」「連絡」「関係」の順に多く登場しており、連携を促進させる要因としてほとんどの職種が記述したのは「ケアマネジャー」であり、連携促進にとって重要な職種であることがわかる。「顔の見える関係」「コミュニケーション」「連携」「情報」等の単語も様々な職種が記述していることがわかる。

8. 不足している「連携要因」「医療サービス」「居宅サービス」の分析結果

不足している「連携要因」についての自由記載の生データを丹念に読み解き、文脈ごとに抜き出し内容分析してデータに忠実にコード化し、62コードを抽出した。コード化したものを類似性の観点からカテゴリー化した。20のサブカテゴリーから【インフォー

表8 ケアマネジャー資格有無別「連携尺度」得点

N=271

尺度	ケアマネジャー資格				p値
	有 n=112		無 n=159		
	平均値	(± 標準偏差)	平均値	(± 標準偏差)	
I 【他の施設の医療福祉従事者と気楽にやりとりができる】	14.9	(± 2.3)	13.6	(± 2.9)	<0.01
II 【地域の他の職種の役割がわかる】	11.3	(± 1.7)	10.3	(± 1.8)	<0.01
III 【地域の関係者の名前・顔・考え方がわかる】	10.1	(± 2.1)	8.7	(± 2.2)	<0.01
IV 【地域の多職種で会ったり、話し合う機会がある】	10.3	(± 2.3)	9.5	(± 2.3)	<0.01
V 【地域に相談できるネットワークがある】	11.6	(± 1.8)	10.6	(± 2.4)	<0.01
VI 【地域のリソースが具体的にわかる】	20.9	(± 3.4)	17.4	(± 3.8)	<0.01
VII 【退院前カンファレンスなど病院と地域との連携の良さ】	14.4	(± 2.8)	14.4	(± 3.0)	0.73
合計	93.6	(± 12.0)	84.4	(± 12.7)	<0.01

Mann-WhitneyのU検定

表9 地域連携・多職種連携に関する教育(研修)受講経験の有無別「連携尺度」得点

N=267

尺度	教育(研修)受講経験				p値
	有 n=202		無 n=65		
	平均値	(± 標準偏差)	平均値	(± 標準偏差)	
I 【他の施設の医療福祉従事者と気楽にやりとりができる】	14.6	(± 2.5)	12.7	(± 2.9)	<0.01
II 【地域の他の職種の役割がわかる】	10.9	(± 1.9)	10.1	(± 1.6)	<0.01
III 【地域の関係者の名前・顔・考え方がわかる】	9.5	(± 2.2)	8.4	(± 2.3)	<0.01
IV 【地域の多職種で会ったり、話し合う機会がある】	10.1	(± 2.3)	8.9	(± 2.2)	<0.01
V 【地域に相談できるネットワークがある】	11.2	(± 2.1)	10.4	(± 2.4)	<0.01
VI 【地域のリソースが具体的にわかる】	19.4	(± 3.9)	17.3	(± 4.2)	<0.01
VII 【退院前カンファレンスなど病院と地域との連携の良さ】	14.6	(± 2.8)	13.5	(± 3.1)	<0.01
合計	90.3	(± 12.8)	81.3	(± 12.1)	<0.01

Mann-WhitneyのU検定

図1 単語別頻度解析(Text Mining Studio vol.6.1)

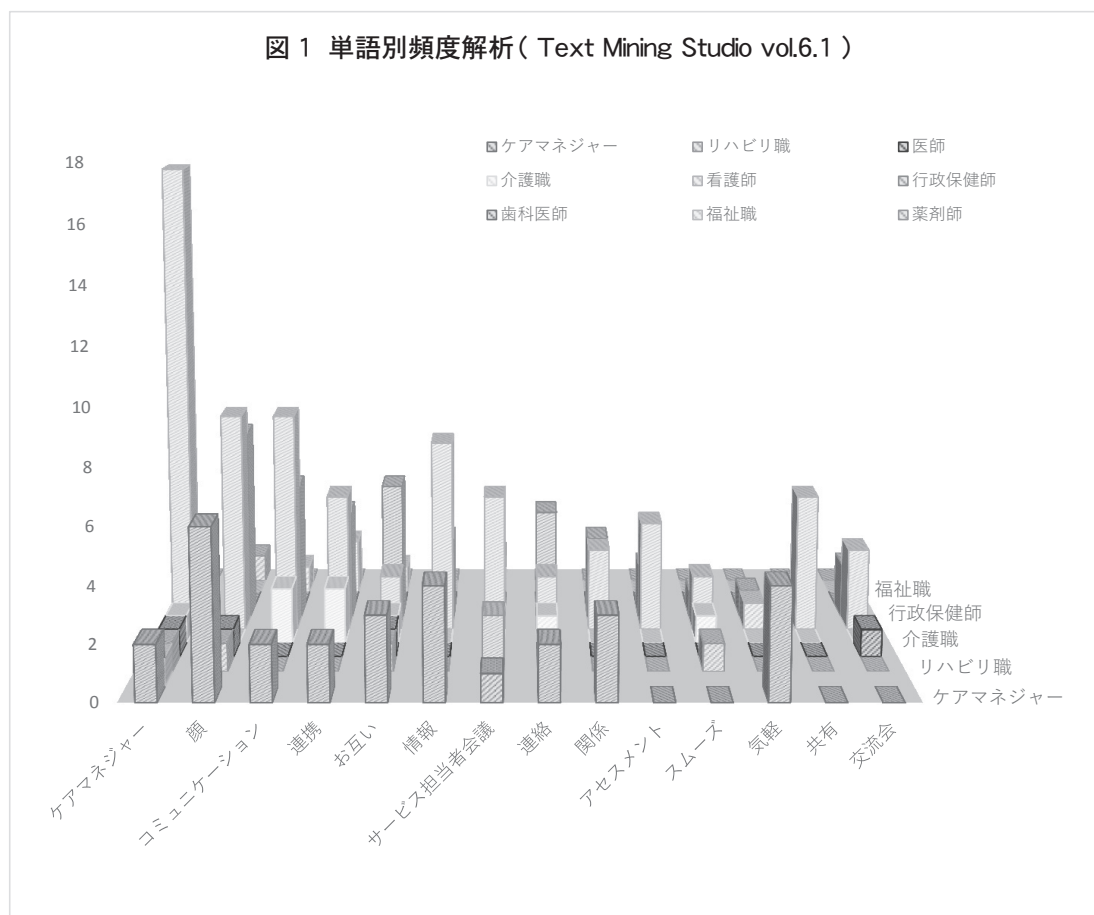


表 10 連携を促進させる要因(自由記載から)

	サブカテゴリー	コード例	
【顔の見える関係づくり】	顔の見える関係	顔の見える連携が必要 お互いを知ること、顔なじみになること 多職種連携で顔の見える関係が確立されるとその後の連携が容易 顔を合わせて話す機会を作るように意識している 顔みしりになると連携しやすい 顔の見える関係が出来ることで、患者、家族の意向に寄り添った具体的な医療、看護、介護の提供につながる お互いに多忙なので、顔合わせが大事 調整機能も同じくらい大切だがやはり関係者の会議や連絡会などを通して「顔つなぎ」が重要と感じる	
		困ったことを相談できる	思っている事を何でも気軽に相談できる為には、気心が知り合える関係が必要だと思う 困ったことがあればすぐに相談できる 支援者、関係者同士がざっくばらんに話せる関係があることでスムーズな橋渡しが可能となる 顔見知りや話をしたことがあると、どのような人かわかり信頼できる
		理解することで信頼関係ができる	基本の考えが違ったりするので相手を理解することが信頼関係の構築に大切だと感じる 一度かかわったことのある人には、関わりやすい、意見も言いやすい 地域の中で長い年月仕事をしているから信頼関係ができていく 相手の力量や施設での管理体制がわからないと信頼関係を築けない 信頼関係や調整機能は経験や力量等で培われていくもの
		ケアマネジャーがいると信頼関係ができる	ケアマネジャーがしっかりしていると信頼できる ケアマネジャーが親切に教えてくれる 介護保険でない場合、ケアマネジャーがいないと信頼関係が難しい ケアマネジャーがいるので頼れる
		互いに認め合うことで信頼できる	同じ視点に立って話ができる事 常にWIN WINの関係でいることが信頼関係につながる お互いを連携相手として認め合う平らな関係の構築が大切です。 信頼関係はお互いの意思疎通が大事である。
【環境づくり】	研修会やカンファレンスに参加する	顔の見える関係作りのための合同研修や会議が必要 多職種連携するための研修やカンファレンスの場合は参加するようにしている 研修や協議会をつつじて顔見知りの関係を築くこと 退院する前やかかわる前にスケジュールなどの調整会議をひらいていただけなので助かる 他職種の方々とのグループワークなどを通して関係づくりができる 連携会議を繰り返すことが有効 退院カンファレンスで他施設のスタッフとも合うが、入院中にもっと来院して話し合う機会があるとスムーズに行く	
	包括支援センターの地域連携会議	地域連携会議は何回も必要だと思う 包括支援センターが間に入ってくると、連携は楽 包括支援センターでは圏域内で少なくとも年一回は医療連携鶴を目的とした、地域ケア会議を開催している	
	気楽に話せる環境づくり	気楽に話せる関係づくりが大事 退院調整する環境づくりが大事 非公式な場での交流会などが意外に相談が増えた	
【対象理解】	退院カンファレンスで対象者を理解できる	ITC、カンファレンスは対象者の共通認識をもてる 患者、家族の問題点の視点や改善するための対策や介入の範囲が実際に連携、協働することで明確になる 専門職によっても視点が異なるのでカンファレンスは参考になる しっかりカンファレンスを開催することで対象理解ができ、うまく在宅へつなげられる カンファレンスでの医療的な情報は対象理解につながる 患者の情報や看護から今後どのようなことがやりとりされるのかアセスメントすることで対象理解につながる	
	本人・家族のことを一番に考える	利用者の情報が分からないと、サービスの調整、アセスメントも行えない。サマリーの活用が有効 それぞれの専門職は自身の専門的視点で進もうとするが、それが本当に利用者ニーズに則しているか、本人を置いてきていないか等、利用者本人の幸せの為の支援を本音で話し合う必要があると思う その利用者や介護者に何が必要か、それぞれの職業がアセスメントし意見を共有し支援していくことが大切 療養者が地域に戻って困らないような体制づくりを行うことが大事であり、そのためには入院中から、在宅に戻れることを想定し、早め早めに行動していくことが不可欠である 連携・協働は、その利用者さんの生活、生きるを守るうえで当然必要であり、より効果的に介入が出来る 個々のケースで対応するときに「同じ」はない 医療系サービスも福祉系サービスも本人、家族のニーズについてどれだけ真剣に考えられるかが一番大切 療養者に関わる職種間でのコミュニケーション不足だと、迷惑・被害を受けるのは療養者であると思う	
【目的を1つにした方向性】	目的をもって	目標を統一する	
	チームとしての方向性を決める	職種ごとに意見が異なり方向性を一致させることが重要 目的を持ったアセスメント、調整も大事	

回復リハ病棟では早期から入院から退院までそれぞれの職種がチームを組んで目的を1つにして関わっている
2ベクトルを同じ方向に向かせないと成果が目的とは違ったものになる
状態に波のある住民の対応について、密に連絡を取り合い。その時々で関わる人が同じ対応をできるようにした
連携して判断材料があったことが、方針を決定するのによかった
開業医の意見と病院の考えをすり合わせ、安全な方法を第一に検討する
連携は複数の人の中で問題・課題が共有され、問題解決、課題達成の方針と目標が共有されていること
今まで以上にチームとして支援していくという意識が必要になってくると思います。
MSW、リハビリのOT,PTとの連携で患者の把握をすることが出来、方向性を導いていくことが出来た
細かい所までアセスメントが出来ないと方向性も変わって来てしまう
方向性、問題をしっかりとらえるため

【情報共有、 情報交換】	情報収集	<p>緊急時に情報がスムーズに入り、不安なくつなげられた 地域にどのような資源やサービスがあるのか把握できなければ活用は出来ない ケアマネとの情報の連携により入院患者の生活背景を知ることが出来、退院後の生活も想像出来た アセスメントが出来ていない理由は必要な情報収集が出来ていないからだと思う 普段から情報のやり取りをこまめにしておくことで、いざという時の対応に協力が得られやすかった</p>
	情報共有・ 情報の交換	<p>MSWをまねいての連携ネットワークの確認意見交換が有効だった ケア介入の方法を情報提供するようにしている Dr、ケアマネ、病院デイのNsと情報交換、提供することで利用者のトラブルや状態変化に素早く対応できた 療養者に関わる全ての人が個々に情報を持っていても役に立たず共有することによって良い支援ができる 病院内での状態と環境が変化することへの患者に与える影響は大きい為施設への情報提供、共有は大切 専門的な意見を共有すること 他事業所と情報を共有・協働も勉強になる 情報交換しながら利用者家族をトータルサポートできる それぞれの持っている情報を共有しあうことが必要 専門性のある情報の共有、例えば1つの議題(課題)について、各専門職等の立場からの意見交換 情報交換をしやすくなると、早期対応ができるようになった お互いが必要とする情報をアセスメントしたことを伝えていくことが大切だから 正確な情報をまずは共有することから始まると思うので 他のすべてが揃っていても共有できなければ意味がないと思う 「生活の場」をお互い共有し、アセスメントをすることで退院がスムーズに行く 情報共有を密にすることで本人だけでなく、家族の意向、地域資源も見えてくる。</p>
【直接言葉 コミュニケーション】	コミュニケーションを 取ることが大切	<p>コミュニケーションをとることで相談し合ったりもしやすくなる 医療がその人の生活が見えていないと感じることが多い、そこを埋めるのはコミュニケーションしかない 人と関わることコミュニケーション コミュニケーションが取ればスムーズな連携協働が出来る 直接話をすることで顔見知りになり、連絡が取りやすくなる 良い面だけではなく、難しいこと、出来ない事をコミュニケーションの中で話していただくと安心できます コミュニケーションを密にして些細な事でも気軽に相談などがしあえる関係になっていることが望ましいと思うため コミュニケーションが取れなければ、お互いが何を考えているのかわからず、効率的アセスメントが出来ない 順番通り、物事が進行しない事も多くありコミュニケーションが取れていれぱうまく回避できる コミュニケーションがとれないと支援が滞ったり療養者、家族の思いにそうが出来ないから 知りたい情報、ほしい情報、出来る事、出来ない事などケースによって違うので、コミュニケーションが大事 お互いが気軽に話せるコミュニケーションが大事</p>
	直接会って言葉で コミュニケーション	<p>まずは面と向かって話をしないと悪い考えが全くわからないので 話をしないと始まらない 情報を収集するのも、アセスメントするのもまずはコミュニケーションをとることが大切だと思う 担当者が変わる時、引き継ぎに顔合わせしながら行うとその後がスムーズになる 相手を知りある程度関係ができていたほうがスムーズ、現場に向いて顔を合わせ、直接話をすることが大切 会う、顔がつながること、また直接話すことでより深い関わりを持つことが出来、連携協働がスムーズに進む 直接会って言葉で話をすることが大切</p>
【早期の連絡】	早期の連絡・対応	<p>連絡を取ることをまずやれると良い 適切な対応が早期にできると連携が促進する 最近では入院すると同時にケアマネジャーの確認を家族に医療担当者がしてくれて、連絡をくれる トラブル発生のときに、ケアマネジャーより早期にデイサービスに連絡していただき処置がスムーズに実施出来た 入院した時に早期に退院時や入院先で話を聞ける 状態変化時にすぐにTELやFAXで情報交換出来ること 仕事なので必要であればすぐに連絡すべき いろいろな調整、タイムリーな調整が出来ることが大切だと考える</p>

【システムの構築】	多職種間での連携のシステム	多職種間では時間調整が難しいので、連携のシステム作りが必要 継続して連携していける体制づくりが必要 がんセンター内のシステムのようなICTシステムが必要 連携のためのシステムが構築出来ていない ケースのみで完結してしまい、継続性がない(発展性)からシステム作りが必要 担当者が変わる場合があるので、定期的にMSWを招く機会をもうける必要があると思います
	調整するネットワーク	誰に何をどのタイミングで情報を提供し、誰がそれに対応するのかという仕組みが大事だと思う。 互いに活動していてもそれを調整する機能がなければ連携がスムーズにできない 連携を取る為のルートづくりから始めた方がよい。今のところまだできていない 協調性のあるネットワークが不足していると思う 療養者等について評価、分析する際に共通言語あるいは書式等が整備されるべき HPと地域を結ぶための組織的な体制づくりが必要 諸々と関係作りが成り立っている上で調整がなされればスムーズ
	在宅体験する研修会	在宅を体験する研修会等あったらいい 現状では退院時カンファレンスについて病院によっての差が大きいと思う
	人材の育成などの教育システム	他機関とのコミュニケーションや地域の共通意識としての教育は地域全体(行政指導?)に必要な事だと思う キーになる人材の育成も必要 在宅は病院の先の機関ではなく、その人の生活に治療や療養、介護が必要、大病院と在宅が結ばれるといい
【多職種間の相互理解】	在宅支援には多職種間の壁をなくす	各職種間の壁をなくすことが大切 お互いを連携相手として認め合う平らな関係の構築が大切 お互いに敷居を感じることなく声を掛け合えばその他の情報は自然と入ってくると思います。 在宅支援には多職種の連携協働なくては成り立たない 問題を多くもった方の支援は他職種協働でなければ支えることが出来ないと思います。
	それぞれの専門家からの学び	退院時カンファレンスでセラピストと共に参加することでADLの状態が良くわかり、地域の人達への説明にも役立つ ケース対応の場合、職種、施設内容により観点が違い幅広い支援ができた 相手の立場の理解が出来たうえで(相互理解)連携の強化、課題の共有、課題解決に向けての連携が必要 専門分野に関してお任せしたり、助言していただいたりできました 他職種とのグループワークなどはお互いに知らなかった事など情報交換できる それぞれが自身の専門性を大事に役割分担しながらケース等に関わることで大きな力が発揮できると思う 他機関・他職種の連携をすることで、考え方、見る視点の違いもあり、良い刺激となった。 多職種が集まることで、自身の知らない知識を持ち、助言してもらって助かった いろいろな人が患者さんと関わっている事その情報を共有することでより質の高い在宅医療を提供できると考える 在宅歯科訪問においてケアマネ、訪看、理学療法士との連携、協働は必須 お互いの仕事について理解しあっている 他の専門職がどのような仕事をして日々、仕事の中でどのように考えているかを知ることが出来た
	医療と福祉の連携	看護サマリーの記載について必要性の認識が、病院と在宅で違うので、相互理解が必要 医療と福祉が相互理解する必要がある いろいろな意味で医療と福祉の連携は難しいけれどどうしても必要 医療系、介護系と意見が違うが「正しいのは」ではなく、利用者にとって、何が一番か理解すること 関係性をしっかりつくること、同じ立場で話し合いが出来るようにすること、医療に貼られたプライドをはがすこと どうしても医師相手だと敷居が上がると思うので軽く飲みながら良いかと思う 医療職と福祉職の連携は必要だが特に福祉職にとって医療職とのコミュニケーションが必要
	相互理解が必要	資源を知り、相互の法や役割、動き方を知らないと協働は出来ないから 同じ問題点を共有しなければスムーズな連携が行えないと感じているため どんな場面においてもまずお互いの思いや考えを理解することが大切で、そのため良好なコミュニケーションが必要 自分の専門性から役割を明確にしチームで動くなかで連携を取って動くこと 自分たちの専門職としての役割、他事務所や地域の方の役割を把握した上で、共有し見極める事が必要
連携の調整機能	それぞれ忙しい業務を行っているため、必要な職種を効率よく集めたり、課題解決して行くために調整機能が必要 他職種と日々の業務を行いながら集まるのは難しいため調整機能がしっかりしていないといけないと思う 誰が主になり行か、いつのタイミングで行うのが必要かと思います。 コミュニケーションも重要だが、相手の情報が分からないと、連携に至らないと思う	
【感謝の気持ちや敬意をもつ】	お互いの専門性に対する尊重が大切	お互いの職種の専門性を理解していないと連携、協働は難しいと思います。お互いの職務を尊重することが大切。 各専門職がお互いを尊重しつながら、自分の専門の部分で意見が言える事 謙虚な気持ちで、様々な関係性を調整することでお互いに連携しやすくなる 違い(視点や立場)を大切にそれぞれの専門性を尊重しあうこと 相手には威圧感を与えたり恐縮させたりすることは戒めるべき 穏やかな人柄が大切

マルサービスの連携不足】【調整する人物の不在】【利用者の正確なニーズや意思の把握不足】【時間調整不足】【マンパワー不足】【医師の協力不足】【不慣れで経験不足】【繋いだらそれで終わり意識】の8カテゴリーが抽出された。

不足している「医療サービス」(自由記載)としては「入院施設」、「往診」、「訪問診療」、「看取りの医師」、「歯科診療」、「認知症専門機関」、「緊急時対応」、「認知症対応」、「精神科診療」、「小児診療」、「訪問服薬指導」、「夜間の訪問看護」、「緊急時訪問看護」、「小児訪問看護」、「精神訪問看護」、「小児リハビリ」、「訪問栄養指導」、「訪問リハビリ」が挙げられた。

不足している「居宅サービス」(自由記載)としては「訪問介護」、「デイサービス」、「外出手段」、「グループホーム」、「小規模多機能事業所」が挙げられた。

9. 対応バブル分析結果

職種別に自由記載の内容をテキストマイニングソフト(Text Mining Studio vol.6.1)を用いて、言葉の係り受け情報から単語と属性の関係性を2次元に表示するプログラム「対応バブル分析」をした。距離が近いと使われ方が似ているため関係性が強いことを明らかにし、バブルの大きさは単語の出現頻度に対応している。福祉職、行政職は少し外れた位置にあり、「場」「顔」を重視している傾向が見られた。一方、看護師、医師、ケアマネジャー、介護職、リハビリ職等の職種は、「情報交換」や「情報」、「連絡」「連携」「理解」「共有」「役割」が非常に近い位置にあり、「情報」を重視する傾向が強いことがわかった(図2)。

IV. 考察

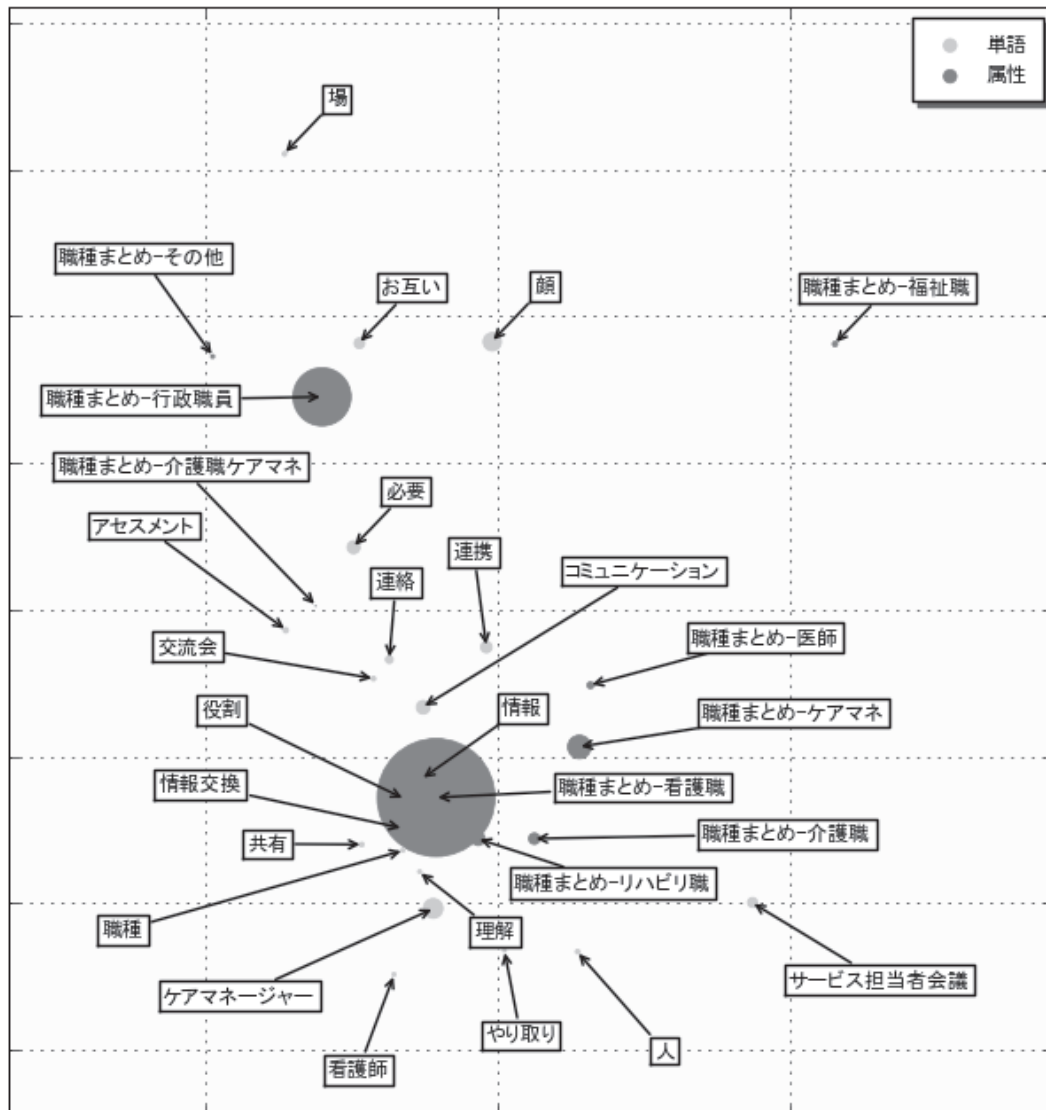
地域の医療介護福祉における多職種連携を日頃から頻繁に実施している訪問看護師、退院支援看護師、行政保健師らを中心に、地域を巻き込んで関係する多職種に働きかけた調査を行ったため、退院カンファレンスなどの地域と病院との連携の良さが評価された。他の施設の医療福祉従事者と気楽にやり取りができてい

ることが静岡県東部地域における連携・協働(IPW)の強みであった。退院時のカンファレンスおよび情報提供は行われているが、薬局や訪問診療、訪問介護が実際には不足しており、より専門的な訪問医療サービスの不足も課題として抽出された。自由記載には「顔の見える関係作り」という意見も多くあったが、地域の関係者の名前や顔まではわかるが、性格や考え方がわかるほどの踏み込んだ関係性ではなく、他施設の理念まではわからない、連携は取れているが、密接な関係性とは言えないことも明らかになった。

またケアマネジャー資格の有無や研修の受講の有無が「連携尺度」の得点に大きく関係しており、ケアマネジャー資格取得や多職種連携についての教育経験が連携を促進させる要因となっていることが確認できた。対応バブル分析より、福祉職や行政保健師は「場」「顔」という単語と関係性が強いことを表しており、「場」や「顔」を重視し、集まって顔を合わせて話し合うことで多職種連携がある程度達成されると考えていることがわかる。一方、看護師や医師、ケアマネジャー、介護職、リハビリ職等の実際に地域において介護保険や医療保険を巡るサービスを提供・実践している職種にとっては、「情報交換」「連携」「連絡」「共有」「理解」「コミュニケーション」「担当者会議」「ケアマネジャー」という単語との関係性が強いことがわかり、これらの単語が密接に関係しており、多職種連携におけるコミュニケーションを通して情報交換や情報共有をより重視していることがわかる。職種と単語の関係性を解析することによって、それぞれの職種がどの言葉との関係性が強いかがわかり、何を重要視しているかを確認することができた。

「連携を促進させる要因」としては、【顔の見える関係づくり】【信頼関係づくり】【環境づくり】は先行研究によるとlinkage(つながり)レベルとしての「関係者間の関係性への働き掛け」⁴⁾を重視した要因であると言える。また【情報共有、情報交換】【直接言葉コミュ

図2 対応バブル分析(Text Mining Studio vol.6.1)



ニケーション】【早期の連絡】は coordination（調整・協調）レベルとしてのよい連携を行おうとチームメンバー個々の意識が高まり、連携意識をもってチーム連携を行っているか否かに関する「連携意識」⁴⁾を重視した要因であった。福井らは連携力の段階を3つにわけ、第一段階を「顔の見える関係力」、第二段階を「連携意識力」、第三段階を「連携行動力」と名付けた⁴⁾が、不足している連携要因としては、「顔の見える関係づくり」ができた後に問題になるより複雑な full integration（統合）レベルの「連携行動力」とであると述べられている⁴⁾。

【インフォーマルサービスの連携不足】【利用者の正確なニーズや意思の把握不足】【繋いだらそれで終わり意識】などはさらによりよい連携を行おうと個々の意識の高まりがより複雑な連携要因へとさらに一步進めた連携意識への期待が込められていると考えられる。また【調整する人物の不在】【時間調整不足】【マンパワー調整不足】【医師の協力不足】【不慣れで経験不足】などには実際の連携行動不足に関する課題が込められていた。

V. 本研究の限界

本研究の質問紙に協力してくれた回答者の職種は看護職、福祉職、リハビリ職、介護職、ケアマネジャー、医師、薬剤師、歯科医師、歯科衛生士と地域を巻き込んだ多職種が対象者となっていたが、看護職からの縁故を求めた研究であったために看護職が全体の45.5%を占めて最も多く、医療介護福祉の連携調査というには偏りが生じてしまっていたことに本研究の限界を感じる。

VI. 結論

静岡県東部地域において連携の強みとなっている点は退院カンファレンスなどの地域と病院との連携の良さであり、他の施設の医療福祉従事者と気楽にやり取りができていることであった。「顔の見える関係力」「連携意識力」は高まっているが、実際にはまだまだ【調整する人物の不在】【時間調整不足】【マンパワー調整不足】【医師の協力不足】【不慣れで経験不足】などが「連携行動力」に対する課題であり、連携・協働（IPW）の弱さとして把握できた。薬局や訪問診療、訪問介護が実際に不足しており、より専門的な訪問医療サービスの不足も課題として抽出された。

静岡県東部地域において明らかになった社会資源や環境（人的および物的）における課題について、今後の「地域包括ケアシステム」構築のために、静岡県東部地域における医療介護福祉専門職者間の地域連携・協働実践（IPW）コミュニティケアモデルの基本資料として具体的に生かしていきたいと考える。

VII. 謝辞

今回の調査では研究者らの縁故を頼り、実際に多職種連携・協働が行われている場での調査であったことを踏まえ、忙しいなか研究にご協力していただいた研究対象者諸氏に深く感謝申し上げます。またこ

の研究に際して「医療介護福祉の地域連携尺度」の使用を快く承認していただいた元となった尺度の開発者である阿部泰之氏、森田達也氏に深く感謝申し上げます。本研究はJSPS 科研費 17K12484 の助成を受け実施しました。

（本研究に開示すべき COI 関係にある企業・組織及び団体等はありません）

引用参考文献

- 1) 総務省統計局 <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1211.html> (検索日: 2019.10.7)
- 2) 阿部泰之・森田達也:「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発、Palliative Care Research、9 (1)、114-120、2014.
- 3) 森田達也・井村千鶴:「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」の開発、Palliative Care Research、8 (1)、116-126、2013.
- 4) 福井小紀子・藤田淳子・池崎澄江:“顔の見える関係”ができたあとの多職種連携とは? 訪問看護と介護、20 (11)、936-942、2015.
- 5) 藤田淳子・福井小紀子・池崎澄江:在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発、厚生学の指標、62 (6)、2015.
- 6) 筒井孝子・東野定律:全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する研究、日本公衛誌、53 (10)、762-776、2006.
- 7) 成瀬 昂・阪井 万裕・永田 智子: Relational coordination 尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討、日本公衆衛生雑誌、61 (9)、565-573、2014.
- 8) 藤田益伸:在宅介護場面における多職種連携教育プログラムの開発、岡山大学院社会文化科学研究科紀要、40、97-106、2015.
- 9) 飯岡由紀子・亀井智子・宇都宮明美:チームアプローチ評価尺度 (TAAS) の開発—尺度開発初期段階における信頼性と妥当性の検討—、聖路加看護学

会誌、19（2）、21-28、2016.

- 10) 前川絵里子・平澤則子・飯吉令枝他：日本における多職種連携を測定する尺度に関する文献レビュー、新潟県立看護大学紀要 6、9-14、2017.
- 11) 小川典子・藤尾祐子・岩清水伴美・美ノ谷新子：在宅療養移行支援を導入した在宅看護実習における IPE モデルの検証ー医療モデルから生活モデルへのパラダイム転換ー順天堂保健看護研究、5（1）、28-40、2017.
- 12) 前川絵里子・平澤則子・飯吉令枝・高林知佳子・川野英子：日本における多職種連携を測定する尺度に関する文献レビュー、新潟県立看護大学紀要、6、9-14、2017.
- 13) 白尾久美子・大野晶子・松田武美：A市の看護職による緩和ケアの実態と地域連携の現状に関する検討、日本福祉大学社会福祉学部・日本福祉大学福祉社会開発研究所「日本福祉大学社会福祉論集」、138、75-90、2018.