

きた。

### 1) 指定入院医療機関における多職種連携の現状と課題

- ①多職種連携による医療の提供の成果として、各専門職の視点の拡大と統合に加え、多職種チーム全体の視点の拡大と統合が起こり、きめ細かで重層的な医療の提供が実現しつつあることが明らかになった。多職種連携に基づく医療の提供には各種アセスメントツールなど共通言語・認識を持つためのシステムの活用と、他者理解の姿勢を基盤とした継続的なコミュニケーション機会の確保と維持が重要である。今後の可能性として薬剤師など新たな職種との連携が、現状の多職種チーム医療をさらにきめ細かで厚みのある医療へと進化させていく可能性が示唆された。
- ②28指定入院医療機関からのアンケート回答から、グループ・プログラムの現状が浮き彫りにできた。プログラム数やや少なめ（週平均12.3回）でバラツキもあるが増加傾向にあり、多職種連携もグループ効果も実感されている。看護師の関与は低めだが個別フォローによる般化効果は評価されている。
- ③3施設での参与観察と面接の結果、スタッフは困難な課題を他職種の支援を得て乗り越えると、強い自信、治療・援助に対する動機づけが高まり、他職種への信頼につながる事が分かった。

### 2) 社会復帰自立支援をめぐる多職種連携

内省深化をめぐる多職種連携に関する面接調査の結果、看護師が困難と感じている内容は、対象者自身の病状、看護師側の状況、担当多職種チームとその他の病棟スタッフとの調整などだった。また、看護師の期待する内省深化のプロセスと、対象者の内省深化のプロセスに大きな差異が生じると、結果として内省深化を阻害することが示唆された。

### 3) 多職種による事例検討会の機能と活用方法の明確化

事例検討会を継続的に行っている施設からは、業務上の会議に比べ綿密な検討ができて、「より深い対象者理解につながった」「同職種間、多職種間のギャップが埋まった」などの肯定的意見が出された。事例検討会を行っていない施設からは、MDT以外には事例を丁寧話し合う機会は少ないと認識しており、事例検討会を持ちたい半面、事前準備への億劫感や効果への疑問を覚えていた。

## A. 研究目的

医療観察法による医療は、多職種の連携により対象者の治療・ケアにあたることを重要な原則としている。従って、指定医療機関における多職種チームによる活動の実態把握及び効果検証を行うことは、医療観察法による医療の質的向上にとって不可欠と考えられる。そこで、本研究では、指定医療機関と研究教育機関のコメディカルスタッフが連携して、医療観察法による医療の開始から現在までに、

各施設において多職種チームにおける連携がどのように実践され、どのような現状にあるかについて、以下の3つの視点から、包括的な課題と成果の把握を試みることを目的とした。

- 1) 指定入院医療機関における多職種連携の現状と課題
- 2) 社会復帰自立支援をめぐる多職種連携
- 3) 多職種による事例検討会の機能

## B. 研究方法

指定医療機関の訪問による参加観察、スタッフの個別・グループ面接、アンケート（記述式、選択式）によって得られたデータの質的分析により、他職種との関係性と多職種連携との関連を探った。

### <倫理面への配慮>

本分担研究への取り組みの一部の国立精神・神経医療研究センター病院スタッフとの共同研究においては、国立精神・神経医療研究センター病院の倫理審査委員会に審査を申請し、承認を受けた。それ以外の調査に関しては、調査対象者に対して、書面による趣旨説明に基づく研究・発表の同意を得ると共に、あらゆる時点における調査拒否の権利について保証した。また調査対象者の所属する施設の管理者、看護管理者に協力を要請し、了解を得て調査を実施した。

## C. 研究結果、及び考察

### 1) 指定入院医療機関における多職種連携の現状と課題

全国の指定入院医療機関28施設（30病棟）の看護管理者33名を調査対象とし、事前質問紙調査と半構造化グループインタビュー調査を行い、質的帰納的分析を行った。

#### 1)－①：多職種チーム医療による医療の実際と効果に関する研究（高橋直美）

多職種連携による医療の提供の成果として、各専門職の視点の拡大と統合に加え多職種チーム全体の視点の拡大と統合が起り、きめ細やかで重層的な医療の提供が実現可能となっていた。多職種連携に基づく医療の提供には各種アセスメントツールなど共通言語・認識を持つためのシステムの活用と、他者理解の姿勢を基盤とした継続したコミュニケーション機会の確保と維持が重要であり、その

ことは社会復帰調整官や地域関係機関との連携においても重要であることが明らかになった。

#### 1)－②：医療観察法病棟における治療プログラムの実態と運営・般化をめぐる困難（美濃由紀子）

1週間あたりに実施する治療プログラム数の全体平均値は12.32回、看護職が主催する集団プログラム数の全体平均値は4.45回であり、施設間の落差がうかがわれた。看護師が集団プログラムを主催するうえでの困難としては、看護師側、運営側、対象者側の3要因が導き出され、中でも看護師個人の力量に左右されがちであることが明らかとなった。治療プログラムの般化への取り組みへの認識も施設によって差がみられた。

#### 1)－③：多職種チームにおける医療の実際と効果に関する研究（小野木和昭）

多職種連携を十分に行うためには、「公式組織」・「非公式組織」の形成が必要であり、困難な状況をMDTメンバーや、スタッフのサポートを受けながら、乗り越えていくことで成長の段階を歩み、チームの凝集性が高まる。多職種連携の促進要素として、【凝集性を高める施設構造】、【カリスマ的リーダーシップ】、【管理者とスタッフのコミュニケーション】、【話し合い方】、【余裕のある業務量】が抽出された。

### 2) 社会復帰自立支援をめぐる多職種連携対象行為の内省深化に向けた看護師の効果的な関わりの検討（高崎邦子）

対象行為への内省深化に向けた関わりには、担当多職種チームが主体となって取り組んでおり、そのほかのスタッフもグループ・プログラムや個別のやり取りを通じて補完的な役割を担っていた。看護師が困難と感じている内容は、対象者自身の病状、看護師側の状況、担当多職種チームとその他の病棟スタッフとの調整などだった。また、看護師の期待する内省深化のプロセスと、対象者の内省深化の

プロセスに大きな差異が生じると、結果として内省深化を阻害することが示唆された。指定入院医療機関のスタッフは、そのように多くの困難を抱えながらも、それぞれの問題点を克服するために様々な工夫をおこなっていることが明らかになった。

### 3) 多職種による事例検討会の機能と活用方法の明確化 (高崎邦子)

対象施設において、看護スタッフを対象に事例検討会のイメージについてインタビュー調査を行い、現状把握と問題点の解明を試みた。その結果、対象施設で行われている事例検討の目的は、担当多職種チームによるミーティングや、病棟チームによる治療評価会議など、対象者のアセスメントと処遇方針の決定に限られていることが判明した。また、看護スタッフの間では、事例検討会に対する抵抗感が広く共有されており、その主な理由として、事例検討の目的をアセスメントと方針決定に限定するという考え方や、事例提供を行うと否定的な評価を受けるというイメージに基づく不安感が共有されていることが挙げることができた。

## D. 結語

1) - ①: 多職種チーム連携において必要な取り組みとして、多職種チーム全体でお互いの専門性を尊重した役割補完関係を構築することや高い調整能力とリーダーシップを発揮できる人材育成が必要である。今後の可能性として薬剤師など新たな職種との連携が、現状の多職種チーム医療をさらにきめ細やかで厚みを増した医療へと進化させていく可能性が示唆された。

1) - ②: 医療観察法病棟における治療プログラムに関しては、施設間落差を減らすための工夫やピアレビューの活性化などの取り組みの必要性が示唆された。医療観察法病棟の規模によって、評価や取り組み方法も異なるた

め、今後は病棟規模による違いや共通点に考慮したうえで、治療プログラムへの取り組みの実態を明らかにしていく必要性が示唆された。

1) - ③: 指定入院医療機関における多職種チーム医療の今後の課題としては、スタッフの成長をどうサポートするか、実践的な工夫が必要であることが示唆された。

2) 内省深化をめぐる多職種連携に関する面接調査の結果、看護師が困難と感じている内容は、対象者自身の病状、看護師側の状況、担当多職種チームとその他の病棟スタッフとの調整などだった。また、看護師の期待する内省深化のプロセスと、対象者の内省深化のプロセスに大きな差異が生じると、結果として内省深化を阻害することが示唆された。

3) スタッフの抵抗感を和らげ、研究者等が重視しているような事例検討会を定着させるためには、事例検討会の際は対象者への処遇上の問題解決だけではなく、職員の感情活用能力を高めるための学習の場でもあるという認識を共有できるような試みが重要であることが示唆された。

## E. 健康危険情報

なし

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 美濃由紀子、龍野浩寿、宮本真巳: 指定入院医療機関と特定医療施設における司法精神医療の現状と課題 - 医療観察法の指定医療機関等に関する改正附則第2条をめぐって - . 日本精神科看護学会誌, 53 (2), pp222-226, 2011年2月

2) 美濃由紀子、牧野貴樹、宮本真巳: 指定通院医療機関における触法精神障害者の治療・ケアの現状と課題 - 多職種チームスタッフの困難感に焦点をあてて - . 司法精神

医学 (Japanese Journal of Forensic Mental Health), 6 (1), pp2-9, 2011年3月

## 2. 学会発表

1) 高橋直美、美濃由紀子、宮本真巳：多職種チームによる医療の実際と効果に関する研究～医療観察法病棟看護管理者の認識を通して～. 第18回日本精神障害者リハビリテーション学会, p75, 2010年10月 (浦河)

2) 美濃由紀子、龍野浩寿、宮本真巳：指定入院医療機関と特定医療施設における司法精神医療の現状と課題－医療観察法の指定医療機関等に関する改正附則第2条をめぐって－. 日本精神科看護学会 第17回専門学会 I, p222-226, 2010年8月 (高知)

3) 美濃由紀子、龍野浩寿、宮本真巳：治療プ

ログラムへの看護師の関与の実態と治療的効果－医療観察法病棟看護管理者への調査から (第1報)－. 第30回日本看護科学学会学術集会, p432, 2010年12月 (札幌)

4) 美濃由紀子、龍野浩寿、宮本真巳：医療観察法におけるリスクマネジメント・看護チーム運営の実態と課題－看護管理者への調査から (第2報)－. 第30回日本看護科学学会学術集会, p432, 2010年12月 (札幌)

## 3. 著書

なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 1) 指定入院医療機関における多職種連携の現状と課題

### 1) - ①: 多職種チーム医療による医療の実際と効果に関する研究 ～司法精神医療における多職種連携の成果と課題を巡る工夫の実態～

- 高橋 直美 (東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)
- 美濃由紀子 (東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)
- 龍野 浩寿 (日本精神科看護技術協会)
- 宮本 真巳 (東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

#### 研究要旨

全国の指定入院医療機関の看護管理者を対象にした質問紙調査及び半構造化グループインタビュー調査、並びに指定入院医療機関で日常的に多職種連携に関与している薬剤師1名に対する半構造化インタビュー調査を実施し、医療観察法における多職種連携の成果と現状の問題点、問題解決のための工夫についての実態把握と効果検証を行った。

その結果多職種連携の成果として、MDTシステムの活用を通じてお互いの存在を身近に感じられるようになり、各専門職による視点の拡大と統合、並びに多職種チーム全体としての連続性のあるきめ細かで重層的な医療の提供が実現しつつある事が確かめられた。また、多職種連携を支える要因としては、各種アセスメントツールの共有や活用により共通言語を用いること、専門職種内、各専門職種間で他者理解の姿勢に基づいた絶え間ない積極的なコミュニケーションを図ることが重要である事が明らかになった。また今後必要な取り組みとして、多職種チーム全体でお互いの専門性を尊重した役割補完関係の構築に意識的に取り組むことや、高度の調整能力とリーダーシップを発揮できる人材の育成が必要であることが示唆された。

また、薬剤師に対するインタビュー調査の結果からは、新たな専門職が多職種チーム医療に参加することにより多職種連携に基づく医療に厚みが増すことが期待できることがわかった。

## A. 研究目的

医療観察法による医療は、多職種の連携により対象者の治療・ケアに当たる事を重要な原則としている。したがって、指定医療機関における多職種チームによる活動の実態把握及び効果検証を行う事は、医療観察法による医療の質向上にとって不可欠と考えられる。

医療観察法施行から5年以上が経過し、現場からは多職種連携による医療の成果とこれまで乗り越えてきた様々な課題やその解決策についての意見が聞かれている。そこで本研

究は、昨年度に引き続き多職種連携による医療・ケアの成果と課題、課題についての具体的な解決策の実態を把握し、その内容を検討することを目的としている。

## B. 研究方法

### 1) 調査対象施設

全国の指定入院医療機関：28施設

### 2) 調査対象者

対象施設の看護管理者 計33名

対象施設の薬剤師 計1名

### 3) 調査実施日：2010年11月 2011年2月

#### 4) 調査方法

①事前質問紙調査（自由回答 看護管理者）  
（資料1 本研究では、質問1、質問3、質問4-3）についての結果を報告する。）

②半構造化グループインタビュー調査  
（看護管理者）

③半構造化インタビュー調査（薬剤師）

事前質問紙調査及びグループインタビューでは現状における多職種連携の有益な点と問題点、問題解決のための工夫について調査を行った。今回の調査では昨年度の調査結果を踏まえ、担当多職種チーム（以下MDT）内、MDTとMDT以外のチーム、病棟チーム全体の連携状況、社会復帰調整官との連携状況、CPA会議の現状や退院後のフォロー体制について調査を行った。それに加えて、アセスメントツールの共有・活用状況についても調査した。

薬剤師には、多職種連携に参加するようになった経緯や実際の活動内容、多職種連携の状況などについて薬剤師の視点から自由に語ってもらった。

#### 5) データ収集方法

①事前質問紙調査

全国の調査対象施設の医療観察法病棟看護管理者に、自記式の質問紙を配布し、記入を依頼した。

②半構造化グループインタビュー調査

事前質問紙調査に準じたテーマについて、各施設が実際に行っている事、実施して得られた効果、実施にあたって困難に感じている事などについて、自由に語ってもらった。

③半構造化インタビュー調査

研究者2名が薬剤師が日常的にMDTに関与している施設を訪問し、インタビュー調査を行った。

#### 6) 分析方法

質的帰納的アプローチ

#### （倫理面への配慮）

各施設の管理者から許可を得た上で、調査対象者には研究内容及び研究結果の公表、研究協力の任意性と協力撤回の事由について説明し、書面を持って同意を得た。対象者のプライバシー保持や資料保管方法には十分留意し、本研究への参加に寄って特定の施設や個人に不利益が生じないように十分配慮した。

### C. 研究結果

今回実施した事前質問紙調査では、28施設に依頼し22施設から回答を得る事が出来た。（回収率70%）半構造化グループインタビューには28施設、33名の看護管理者の参加があった。

結果では分析の結果抽出された最終カテゴリーを《》で示し、以下抽象度が高い順に【】、〈〉でカテゴリーを示す。またデータ数が少ない項目については、得られた回答をそのまま「」で表記した。

#### 1. 多職種連携の現状

1) 各職種間の連携を巡る有益な点と問題点  
（図1）（質問1-1）～4）

今回の調査ではまずMDT内の連携状況について、看護師・他職種双方の立場からの意見について調査した。他職種の立場からの意見については、看護管理者が実際に言われたことや他職種が感じていると思われる事について記載してもらった。

①医師と他職種との連携状況

医師との連携における有益な点として、看護師、コメディカルスタッフ共に《身近になった医師の存在》、《共に作る治療方針》というカテゴリーが抽出された。

MDTというシステムを用いる事によって、どの職種も医師と直接に情報交換や意見の付き合わせを行うなど、話し合う機会が増加し【綿密な協議の実現】が可能になったことを実感していた。それに呼応して、医師はチーム



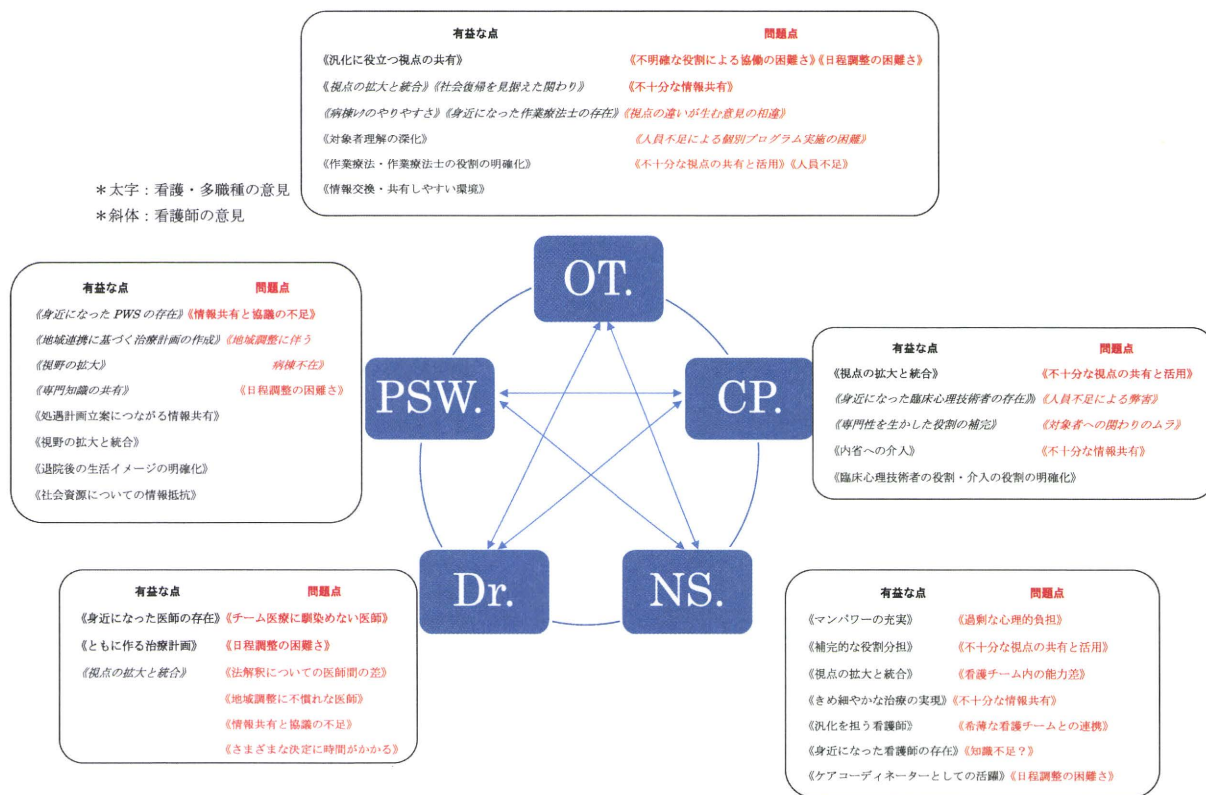


図1 各職種の連携の有益な点と問題点

の一員であるという意識を持ち、＜他職種の話を聞き入れる姿勢＞を取りながら＜対等な関係性＞を構築する工夫をしていた。そして、＜対等性を基盤にしたリーダーシップ＞を基調としながら、場面によっては【チームメンバーとしての役割を發揮】していた。その結果、看護師もコメディカルスタッフも、従来に比べると医師の存在が身近になったと感じており、そのような変化が医師との連携をさらに促進するという良循環が生じていた。

こうして、これまでのように医師が治療方針の決定を独占することなく、【チームで治療方針を考える】経験を積み重ねる中で、《ともに作る治療方針》に基づいて治療が進められている状況が明らかになった。

多職種連携が看護師にもたらした有益な変化としては、《視点の拡大と統合》というカテゴリーが抽出されている。看護師は身近になった医師との協議を密に行う中で、対象者や治療に関する【医師の視点の獲得】が可能になっ

てきている。そして、医師と共有された視点や専門知識を看護ケアに反映させるという【視点の融合に根差す医療の提供】が行われていた。

それに平行して、薬物療法に関する方針決定に看護師の意見が反映される機会も増えており、看護師の視点を医師獲得するという方向で【視点の融合に根差す医療の提供】も行われていた。

すなわち、医師の側に＜他職種の話を聞き入れる姿勢＞が見られ、＜対等な関係性＞が形成されていく中で、医師の中にチームの一員としての意識が浸透しつつあると考えられる。

ただしその一方で、少数とはいえ《チーム医療に馴染めない医師の存在》が多職種連携を阻害していることを問題点として挙げる看護師、コメディカルも少なくなかった。すなわち、MDTの中で十分な情報共有や協議がないままに＜医師の意見が優先されがちとなる＞場合や、【治療の権限を握る医師】による

主導が慣例化してしまう場合も時にはあるようである。

このような場合、医師が治療の責任や権限を一手に引き受けリーダー役割を担ってきた立場から、チームの一員へと自らの役割を修正するよう求められていることへの抵抗や戸惑いを感じていると、看護師やコメディカルスタッフは受け止めていた。

ただし、MDTの中で十分な情報共有や協議がないままに〈医師の意見が優先されがちとなる〉のは、その背景に医師が専任でなかったり病棟外の任務で多忙だったりという病院事情から会議の《日程調整が困難》な事も影響しているようだった。

コメディカルスタッフからも、タイムリーに十分な協議ができないことや、《チーム医療になじめない医師》が存在することから、診断の確定や治療方針の決定・修正など、《さまざまな決定に時間がかかる》との指摘があった。

コメディカルスタッフからはさらに、《法解釈についての医師間の差》がみられること、「地域への働きかけの意欲が乏しい」、「社会復帰調整官と敵対しがち」など《地域調整に不慣れな医師》がいる事が指摘されている。その他「医師主導のプログラム運営が不十分であること」「MDTが機能するにつれて医師の役割が後退している」などの意見もあがっていた。

一方、看護師の中からは「まだまだ医師に自分の意見を述べることに抵抗がある。」という声も聞かれており、チームの一員である医師との対等な関係という見方には馴染み難い看護師が少なくないという状況も伺われた。そのような状況では、看護師間で多職種連携への取り組みへの熱意に温度差が生じるため、医師もコメディカルスタッフも看護師との関係に戸惑いを覚えている様子が伺われた。

## ②作業療法士と他職種との連携

看護師、他職種ともに、作業療法士との連携で有益な点として《汎化に役立つ視点の共

有》を挙げていた。

看護師は作業療法士との間で対象者支援の目的や視点が共通する部分が多いが、その背景には協働によって治療プログラムを実施する機会が多いため、常に【日常生活への汎化】を意識して作業療法士と連携を図っているという事情があった。他職種からも同様の意見が聞かれており、MDT内で《汎化に役立つ視点の共有》がなされていることが明らかになった。

看護師からは病棟内での治療プログラムの汎化にとどまらず、作業療法士とアセスメントを共有しながら、対象者と共に退院後の具体的な生活イメージを膨らませ《社会復帰を見据えた関わり》を協力して行えるとの意見があがっていた。その他に、《視点の拡大と統合》《病棟レクのやりやすさ》というカテゴリーも抽出された。看護師は作業療法士との情報交換・意見交換を繰り返し行うことによって自身の【視点が広がる】体験をしていた。特に【対象者の健康的な面を引き出す関わり】が「治療の行き詰まりを解消するきっかけにもなる」と語られたように、作業療法士の関わりが看護ケアや治療の幅を広げる糸口として非常に重要であると感じていた。

看護師と作業療法士は、治療プログラムを協働によって行っていることや対象者への支援目的に共通点が多いことから、【共通した視点を持つことによる相互理解の促進】が起こりやすい。その結果、看護師は《視点の拡大と統合》が実現して【作業療法と連動した看護の提供】が行えるようになっているようだった。

看護師は、治療プログラムに加え病棟でのレクリエーション活動においても、作業療法士の協力が得られることを連携の利点として挙げており、《身近になった作業療法士の存在》というカテゴリーが抽出されている。このことから、MDTというシステムの導入によって



作業療法士と協議する機会が増え、気軽に意見交換ができる関係性が構築されていることがわかる。

看護師以外の職種からも、作業療法士との《情報交換や情報共有がしやすい環境》が整ったことや、治療プログラムを共同で実施することにより、アセスメントの視点が拡大し《対象者理解の深化》が起こっていた。また、作業療法士の対象者とのかかわりを身近に見ることができるようになり《作業療法・作業療法士の役割の明確化》が可能になったことも実感されていた。その他に、作業療法士を日頃から対象者に近い存在ととらえ、「対象者との親密さ」が形成されていることを挙げていた施設もあった。

作業療法士との連携における問題点として、看護師、他職種からは《人員不足》《日程調整の困難さ》《不十分な情報共有》《不明確な役割による協働の困難さ》が挙げられていた。

とりわけハーフサイズや小規模の病棟の看護師からは、作業療法士の《人員不足による個別プログラム実施の困難》さという問題が看護師から指摘されており、対象者の治療に具体的な支障が出ていることが明らかになった。作業療法士の人員不足はさらに、《日程調整の困難さ》や《不十分な情報共有》につながり、さらには作業療法士の役割や活動内容について十分理解できないことから《不明確な役割による協働の困難さ》が生じているようであった。

また、いくつかの病棟の看護師から、作業療法士との《視点の違いが生む意見の相違》というカテゴリーが抽出された。看護師と作業療法士の間での「危険物の管理についての考え方」の違いや、「問題解決的な視点を持つ看護師と健康的な部分を伸ばそうとする作業療法士の視点との違い」などが語られた。看護師と作業療法士の間には、対象者支援の目的や視点に関して共通点も多いが、お互いの

距離が近づくことによって微妙な違いが明らかになってきたと言える。

このような事情による意見の相違という問題は、看護師と作業療法士の間で十分な情報共有や意見交換が行えない場合に、より増強され固定化されることが危惧された。

その他に各職種から、「作業療法士の意見、視点をもっと聞きたい」、「疾患面での介入を期待している」というように作業療法士の積極的な発言や対象者への介入を期待する声も聞かれた。

### ③臨床心理技術者との連携

臨床心理技術者との連携の有益な点として、看護師、他職種から《視点の拡大と統合》が挙げられていた。看護師、他職種とも臨床心理技術者の意見を聞くことによる【視点の拡大】を体験し、臨床心理技術者の視点を対象者へのかかわりに反映させ、日常生活への汎化を意識するなど【視点の融合に根差す医療の提供】を行っていた。また看護師は臨床心理技術者から助言や学びを得ることができていると語り、臨床心理技術者をアドバイザー的な存在と捉え【連携を通じた学習体験】の機会を得ていた。これらの体験を通して《視点の拡大と統合》が起こっていた。

看護師は臨床心理技術者との連携において、特に対象者の内省への関わりについて多くの利点を挙げていた。看護師は臨床心理技術者が、〈看護で触れられない事への介入〉を担ってくれていることを連携の効果として実感していた。そして、心理面接など【臨床心理技術者独自の介入の内容の共有】を図ることによって対象者理解を深め、看護師と臨床心理技術者の間で、《専門性を生かした役割の補完》が可能になっていると述べていた。臨床心理技術者による《内省への介入》は、どの職種からも臨床心理技術者の重要な役割として認識されていた。

看護師からは、医師、作業療法士と同様に

臨床心理技術者とも「話しやすい環境」ができ、《身近になった臨床心理技術者》の存在が連携を促進しているとの声が聞かれる。臨床心理技術者との「毎日の関わりが保障された環境で対象者も信頼感を抱いている」との意見も上がっており、対象者にとっても臨床心理技術者が身近な存在になっていることが明らかになった。

看護以外の職種からも、臨床心理技術者の介入とその目的が理解しやすくなったとの意見が上がっており、《臨床心理技術者の役割・介入の明確化》が図られているようである。

臨床心理技術者との連携の問題点としては、看護師、他職種とも《不十分な視点の共有と活用》を挙げていた。看護師は《不十分な視点の共有と活用》の根拠として、臨床心理技術者独自の介入に関する情報がMDTに伝達されないこと、心理検査の結果が看護ケアに反映し難いこと、日常的な視点についてのアドバイスが得られにくいことなどを挙げていた。他職種からは、臨床心理技術者とは精神症状についての見解が異なる場合のあることや、臨床心理技術者は地域状況についての理解が薄いことなどが問題点として挙げられていた。

看護師からは《人員不足による弊害》が挙げられていた。とりわけハーフサイズと小規模の病棟において、臨床心理技術者にかかる負担が大きいこと、個別プログラムの提供時間が少ないこと、会議などの日程調整が困難であることが挙げられていた。《日程調整の困難さ》については他職種も同様に問題点として挙げており、会議や日々の情報、意見交換が行えないなど《不十分な情報共有》という問題につながっているようである。その他看護師からは《対象者への関わり方のムラ》があり、治療プログラムの進行に差が生じることがあるという声も上がっていた。

#### ④精神保健福祉士との連携

精神保健福祉士との連携における有益な点

として、看護師、他職種から《視点の拡大と統合》が挙げられていた。特に他職種からは精神保健福祉士と情報交換、意見交換を行うことによって積極的に治療・処遇実施計画の立案に携わることができ、その内容が日々の治療プログラムに反映できているなどの意見が多く挙げられていた。

看護師の意見からは、《専門知識の共有》《地域連携に基づく治療計画の作成》《身近になった精神保健福祉士の存在》というカテゴリーが抽出された。看護師は精神保健福祉士から社会資源や法律・制度についての情報提供を受けるなど、精神保健福祉士の《専門知識を共有》していた。そして、それらの知識を活用し精神保健福祉士と【外部関係機関との連絡・調整】状況を確認しながら《地域連携に基づく治療計画の作成》を行っていた。このように看護師も積極的に地域連携に携わるようになった背景には、精神保健福祉士と協議しやすい環境が整ったことで《身近になった精神保健福祉士の存在》を実感できていることが関係しているといえる。

看護師からも他職種からも、精神保健福祉士によって《社会資源についての情報提供》が受けられ、また《地域との連携》を主導してくれているとの見方が示されていた。そして、《社会資源についての情報提供》、《処遇計画立案につながる情報提供》が連携における有益な点として挙がっていた。さらに、それらの情報は対象者の《退院後の生活イメージの明確化》に役立っていることも指摘されていた。

連携における問題点として、看護師から《地域調整に伴う病棟不在》、他職種からは《日程調整の困難さ》、双方から《情報共有と協議の不足》が挙げられていた。職種の特性から地域調整の中心的役割を担う精神保健福祉士には病棟外の業務も多く、そのことに人員不足の問題が加わり、多忙を極める精神保健福祉

士との《日程調整の困難さ》が生じ《情報共有と協議の不足》が生じていた。

#### ⑤看護師との連携

他職種からみた看護師との連携の有益な点として、《マンパワーの充実》《補完的な役割分担》《視点の拡大と統合》《きめ細やかな治療の実現》《身近になった看護師の存在》《汎化を担う看護師》《ケアコーディネーターとしての活躍》の категорияが抽出された。

職種ごとに見てみると、医師は《きめ細やかな治療の実現》を有益な点として多く挙げており、日常生活における詳細な情報が治療に役立つと実感しているようだった。その他の категорияはそれぞれ1施設ずつから上がっている。《マンパワーの充実》という項目は上がっていなかった。

作業療法士からは、多くの施設より《視点の拡大と統合》《きめ細やかな治療の実現》《汎化を担う看護師》の категорияが挙げられていた。《視点の拡大と統合》については治療プログラムを共同で実施することによりお互いの視点を共有し、それぞれの介入に反映させるという連続性のある医療が提供されていることがうかがえる。作業療法士との連携では、対象者の日常生活についての看護師の豊富な情報を治療プログラムの中で活かし、看護師が治療プログラムの内容を汎化し、作業療法士が汎化後の情報を得るという好循環が生まれているようであった。看護師も作業療法士との連携の利点として《視点の拡大と統合》を挙げており、このことから双方で視点を統合させた医療の提供が実感されていることが明らかになった。

臨床心理技術者からは、多くの施設で《きめ細やかな治療の実現》《汎化を担う看護師》が有益な点として挙げていた。臨床心理技術者も作業療法士同様に看護師が持つ対象者に関する豊富な情報を治療プログラムで活用し《きめ細やかな治療の実現》を行いながら、

看護師が治療プログラムの内容を汎化し、その後の情報を得ていくという好循環を実感しているようであった。

精神保健福祉士からは、《汎化を担う看護師》を除き他職種と同様の categoriaが抽出された。どの項目も平均して抽出されているが、他職種と比較すると《マンパワーの充足》《ケアコーディネーターとしての活躍》が多く挙がっていた。《汎化を担う看護師》の categoriaが抽出されなかった要因として、看護師と精神保健福祉士が協働して実施する治療プログラムの数が作業療法士や臨床心理技術者と比較すると少ない事が関係していると考えられる。

看護師との連携の問題点としては《希薄な看護チームと連携》《不十分な視点の活用》《不十分な情報共有》《看護チーム内の能力差》《過剰な心理的負担》《日程調整の困難さ》という categoriaが挙げられていた。《希薄な看護チームとの連携》という categoriaは多くの施設から挙げられており、【担当看護師の強すぎる役割意識】から、MDT以外のメンバーは意見が出しにくく反映されにくい状況や、MDTの中でもプライマリーナースの意見が中心を占めてしまう状況が明らかになった。同様に《不十分な視点の共有と統合》という categoriaも多くの施設から上がっており、その中では看護師の【医学モデルへの偏り】【安全管理意識への偏り】【役割や介入目的への理解が乏しい】【共通認識の乏しさ】が上がっていた。

医師からの意見は全職種の中で一番少なく、その中では《希薄な看護チームとの連携》が多く挙げていた。また対象者との1対1の関係の中で対象者へのめりこむような姿勢が感じられ、看護師の《過剰な心理的負担》が危惧されていた。

作業療法士からは《過剰な心理的負担》以外の項目はすべて上がっており、その中でも

《不十分な視点の共有と統合》が一番多く挙げられていた。作業療法士とは共通する視点や役割が多い分、微妙な違いが強く感じられることも多く、特に【医学モデルへの偏り】【安全管理意識への偏り】が指摘されていた。

臨床心理技術者からはすべてのカテゴリーが抽出された。その中でも《情報共有の希薄さ》が一番多く挙げられており、変則的な勤務体制の看護師とのすれ違いが問題点として挙げられていた。

精神保健福祉士からは《過剰な心理的負担》以外の項目が抽出された。そのうち《希薄な看護チームとの連携》が多く挙げられており、MDT内における連携だけではなく、病棟の看護チームを視野に入れた連携を意識している状況がうかがえた。この《希薄な看護チームとの連携》では【担当看護師の強すぎる役割意識】と同時に、担当以外の看護チームの責任があいまいになってしまったことも指摘されていた。

今回の調査ではMDT内で生じる様々な問題、落差の背景として、今回「知識」、「経験」、「価値観」、「動機づけ」の4項目を挙げて調査を行った。4項目の中では「価値観」を挙げた施設が一番多く18施設、以下経験16施設、知識13施設、動機づけ8施設の順であった。その中で一番大きな要因であると感じるものについては9施設が「価値観」に、2施設が「知識」「経験」、1施設が「動機づけ」にチェックをつけていた。

## 2) MDTチームとMDT以外のチーム(看護チーム、専門職チーム、その他)との連携状況(質問1-4))

多職種連携にはMDT内だけでなくMDT外との連携も含まれている。今回はMDTとMDT以外のチーム(看護チーム、専門職チーム、その他)との連携状況、特に現在生じている問題点、落差について確認した。

MDTとMDT以外のチームの連携では《不

十分な情報・意見交換》により落差が生じているようであった。MDTとMDT以外のチーム間の【不十分な情報共有】により、MDTでの決定事項が看護チームや病棟全体に伝達されず、「MDTの方針に沿った対象者への統一した対応ができない」、「MDTと病棟チームの意見の不一致が解消されない」、「MDTメンバーが不在の時、対象者への臨機応変な対応ができない」などの支障が生じているようだった。また【MDTに意見を出しにくい】との状況も語られており、MDTメンバーの役割意識が強すぎればMDT以外のチームメンバーのMDTに対する関心や責任が低下し、その事がさらにMDTメンバーの役割意識を強めるという悪循環が起こっているようである。

## 3) 多職種連携を巡る全体的な問題点(質問1-4))

多職種連携の全体的な問題、多職種連携が不十分な点として、今回の結果から《個人差に基づく連携の困難さ》《病棟内の情報共有不足》《日程調整の困難さ》《連携を左右するケアコーディネーターの役割》というカテゴリーが抽出された。《個人差に基づく連携の困難さ》の中では職種ごとの教育背景の違いだけではなく、個人の特性も含めてチーム医療になじめないスタッフの存在などが語られていた。

また、医療観察法についての認識の差から、対象者や法律自体に否定的な考えを持つスタッフも一部にはいるようであった。そのことからモチベーションの低下を招いているスタッフも存在していた。

このような落差はMDT内やMDT以外のチームの中でも実感されているものの大きく取り上げられることはなかった。しかし、多職種チーム全体を一つの集合体として考えると、この問題が顕在化してくると考えられる。

このような状況では高い調整能力を持つケアコーディネーターの存在が必要となってくる。《連携を左右するケアコーディネーター》

というカテゴリーは、ケアコーディネーターが機能するかどうかでチーム機能や連携状況が変化すると認識を代表している。

現状では場面ごとにケアコーディネーターの役割や責任者を明確にすることや、情報共有やスケジュール管理の徹底などの工夫を行っているようだった。

《病棟内の情報共有不足》については結果1-2)と同様に、MDTとそれ以外のチームとの情報共有が不十分であることや、申し送りや病棟会などの活用が十分行えていないという状況が語られた。また人員が不足している職種や専任でない職種同士の関係、変則的な勤務形態をとる看護師との関係における情報交換の困難さからくる、会議などの《日程調整の困難さ》も連携を巡る問題点として挙げられていた。

#### 4) アセスメントツールの共有 (質問1-4)、質問4-3))

アセスメントツールは、全職種で共通言語・認識を持つための手段として、積極的に活用することが望まれている。今回の調査では、共通評価項目とその他のアセスメントツールについて共有と活用の状況を確認した。その結果どちらについても全体的にはおおむね共有、活用されているようであったが、共通評価項目に比べるとその他のアセスメントツールは同一職種内での活用にとどまっているようであった。

共通評価項目は、回答の得られた施設のうち10施設で共有、活用しているとの回答が得られたが、治療計画を協議するための活用という点では不十分な施設もあるようであった。また共有、活用が不定期であるという施設、共有、活用の意識が薄れてきている施設も2施設見られた。また、活用していないという施設も2施設あり、それらの施設では共通評価項目の効果を疑問視しておりICFなどその他のアセスメントツールのほうが共有、活用し

やすいと回答していた。

その他のアセスメントツールについては、各職種で活用しているものの多職種で共有・活用はされていないという施設が6施設、共有・活用しているという施設が5施設であった。各職種が使用しているアセスメントツールは複数存在するため、全ての内容を把握し共有、活用するには至っていないようである。ただし、対象者のステージ変更など治療の進行状況に合わせて必要なアセスメントツールを選択しそれを共有・活用するという工夫を行っている施設があった。また、特定のアセスメントツールを共通評価項目による評価のための指標として共有・活用しているという施設もあった。

今回の調査では質問4のリスクマネジメントの中で、行動制限最小化に役立つリスクアセスメントについて調査を行っている。今回の調査項目としては、①MDT会議の開催、②治療評価会議の開催、③倫理会議の開催、④共通評価項目、⑤共通評価項目以外のアセスメントツール、⑥CPVVVの活用、⑦その他を上げ多職種連携の成果を測る一つの指標とした。

調査結果によれば、18施設が①に、14施設が②に、8施設が③に、3施設が④に、5施設が⑤に、12施設が⑥を選択していた。中でも一番役立っているものとしては8施設が①、3施設が②、2施設が⑥を選択していた。この結果から、多職種連携による協議の機会が頻繁に持たれることがリスクアセスメントに役立っていることがうかがえる。

⑦その他の意見として「会議やアセスメントツールに基づくディスカッション、カンファレンスによる情報共有と整理、方針の確認」「毎日のミーティング」「リスクアセスメントを重視した申し送り」等の意見があがっていた。

## 5) 多職種協働の効果 (質問1-5))

多職種協働の効果として実感されるものについて、以下の内容について調査を行った。

①患者のニーズに見合ったきめ細かいサービスの提供ができるようになった。②多職種の専門性を生かした、明確な分業に根差す効率的な活動ができるようになった。③適切な治療計画の作成と全人的アプローチができるようになった。④臨床活動を通じてスタッフが患者とともに社会的学習・成長への機会が得られるようになった。

①については16施設、②については15施設、③については16施設、④については13施設が選択していた。

## 6) MDT内の連携における問題点、落差を埋めるための工夫 (質問1-4))

MDT内の問題点、落差を埋める工夫として今回の調査では《各種会議の活用》《看護管理者の介入》《絶え間ないコミュニケーション》《多職種理解の姿勢》《多職種理解に向けた取り組み》というカテゴリが抽出された。

《各種会議の活用》では「MDT会議を頻繁に行うとずれの修正が早い」という意見に見られるように、まずは【MDT会議の活用】をすることでMDT内の落差を埋めているようである。そしてMDT内での議論に行き詰まりが生じた場合には、同職種内でのカンファレンスや治療評価会議、運営会議など【MDT以外の会議の活用】を図り、多くの意見を取り入れながら、MDTメンバーが共通認識を持てるような取り組みがなされていた。また、MDTに対して《看護管理者の介入》が行われる場合もあり、MDT外から指導的なスタッフがMDT内の調整を行うことも時にはあるようであった。

今回の結果から抽出された《絶え間ないコミュニケーション》は上記のような落差を埋める工夫の基盤となっており、各施設では様々な場所やレベルで、必要に応じて調整的

なコミュニケーションが行われているようであった。

多くの施設では、日頃からのちょっとした声かけや個別で話し合いの機会を持つなど【コミュニケーションの場の工夫】を行い、十分な意見交換や検討を重ねるなどの【コミュニケーション機会の確保】【コミュニケーションの継続】を行っていた。その中には「相手の見解を受け入れ対立図式を作らない意識」や「その人を知るためにコミュニケーションを図る」「価値観の違いについて話し合う」といった【相手を受け入れる】ための努力や【相手を知るためのコミュニケーション】が行われており、《多職種理解の姿勢》を持つ事が必要であると認識されていた。

また、【合同で勉強会を行う】など日頃から《多職種理解に向けた取り組み》を行っている施設もあり、《多職種理解の姿勢》を持つ事の重要性が確認された。その他には、「同じ支援を複数で担当する」「共通言語を用い共通理解に努める」「調整能力が高い看護師の育成」などの重要性を指摘する意見もあがっていた。このような工夫を行っても埋められない落差として「看護師は配置転換が多いため他職種との知識や経験の差が埋まらない」「チーム内の人間関係により落差を埋める事が困難」であるとの意見もあがっていた。

## 7) MDTとMDT以外のチーム問題点、落差を埋める工夫 (質問1-4))

今回の調査からMDTとMDT以外のチームの落差を埋める工夫として《情報共有の充実を図る》《各種会議の活用》《病棟全体で対応する姿勢》《看護管理者の介入》といったカテゴリが抽出された。これらのカテゴリの一部はMDT内の問題点、落差を埋めるための工夫と重なっていた。

結果1-2)では《不十分な情報交換・意見交換》がMDTとMDT以外のチームとの連携の問題点として挙げられていたが、それを



解決するための工夫として多くの施設では《情報共有の充実を図る》工夫を行っていた。このカテゴリーの中では、「情報共有のための業務改善」「会議と連動した情報シートの作成」、「症例検討会を行い情報共有をしている」など具体的な工夫が挙げられていた。

また結果1-6)同様に看護チームで頻回にカンファレンスを開催し情報共有を図ったり、さまざまな会議を利用するなど《各種会議の活用》を行い、MDTとMDT以外のチームで共通認識を持つ工夫を行っていた。

その他にも、支援システムを利用し病棟全体への意見を書き込めるような工夫を行ったり、困難事例についてはMDT以外のメンバーも加わって一緒に検討する機会を作るなど《病棟全体で対応する姿勢》を持ちMDTとMDT以外のチームが連携を図る工夫がなされていた。

MDTとMDT以外のチームの間の落差を調整するために、《看護管理者の介入》を行っている施設がありMDTとそれ以外のチームの橋渡しを行っているようである。

## 8) 多職種連携を巡る問題点を克服するために必要な工夫 (質問1-6))

多職種連携を巡る問題点を解決するために必要な工夫に関しては、《積極的なコミュニケーション》《絶え間ないコミュニケーション》《相互補完的な関係の構築》《調整能力が高い看護師の育成》のカテゴリーが抽出された。問題点の克服のために必要な工夫として挙げられている対策は、現在行われているものだけでなく、今後必要な工夫として考えられているものも含まれていると考えられる。

《絶え間ないコミュニケーション》はMDT内やMDT以外のチーム間でも行われていたものと同様、日頃のちょっとした声かけから各種会議の活用まで様々なレベルでのコミュニケーションが途絶えることなく行われている状況に対応するカテゴリーである。その中

には、それぞれのスタッフが＜正しい知識の獲得＞を行いながらそれに基づき＜自分の立場を説明する努力＞など【コミュニケーション方法の工夫】と、対象者の社会復帰という＜目標・目的・関わりの共有＞、＜連携の効果の共有＞を行うなど【コミュニケーション内容の工夫】が含まれていた。

このように多職種連携を巡る問題点を克服する工夫として《積極的なコミュニケーション》を《絶え間なく》行う事が多くの施設から挙げられていた。

これまで見てきた通り、MDT内やMDT以外のチーム間の問題を解決する工夫としては、お互いを理解する姿勢を持つことが重要であるとの意見が上がっていた。今後、特に必要な工夫として抽出された《相互補完的な関係の構築》は、多職種理解の姿勢を基盤にしてお互いを尊重しながら支えあう関係を築くことであるといえる。MDT内での専門性を生かした役割の補完は徐々に実践されるようになってきているようだが、MDT内の役割補完にとどまらず、病棟内のあらゆるチーム間で、きめ細かく役割を補完し合える関係を築く事が重要であることがこのカテゴリーには示されているといえる。

《調整能力が高い看護師の育成》というカテゴリーは、看護師が病棟の中で最も人数の多い専門職集団であり、看護師が看護ケアの力量を高めることは病棟全体の医療の質の向上に直結することを示すものである。MDTにおいてもは、看護師のみが複数配置されており、しかも看護師は他職種に比べて対象者の受け持ち数が少ない。そのため、MDTにおいては看護師がケアコーディネーターの役割を担うことが多いが、スタッフ相互や患者と医療チームとのずれを調整することの重要性はどの職種にも当てはまる。ただし、積極的で絶え間ないコミュニケーションや、相互理解に基づく役割補完関係の構築を実現するために

は、看護師の調整能力が特に重要であるとの見方が、このカテゴリーには含まれていると考えられる。

## 2. 指定通院医療機関や社会資源との連携について

### 1) 退院後のフォローの実際と課題、問題（質問3-1）

退院後のフォローの現状として《不十分な情報共有》《不十分な地域の受け入れ状況》《対象者のストレス体制の低さ》《継続性が確保できない治療》《地域関係機関の不安》《退院前後の協議》のカテゴリーが抽出された。

現状では指定入院医療機関が退院後の対象者に関する情報を得る機会は殆どなく、社会復帰調整官から個別に対象者の予後に関する情報を確認している程度である。このように、【退院後の情報を共有できない】ことから、指定入院医療機関は入院中の治療効果の振り返りができず、また作成した処遇実施計画の妥当性や効果も判断しにくいといった意見があがっていた。

このような状況は、対象者の地域生活を見据えた入院中の治療の提供、処遇実施計画の作成、さらには対象者支援の経験の蓄積に支障を来しており、「退院後の情報や意見交換ができる体制づくりの必要性」を求める意見が上がっていた。

【指定通院医療機関が少ない】など《不十分な地域の受け入れ》によって、「通院先が居住地から遠方になってしまう」例が多いという事情が伺われた。また「対象者の社会復帰に対する理解に地域格差」があり、押しつけられたと感じる地域も存在する事があった。このように【地域の理解が不十分】な状況では対象者の状態の良しあしに関係なく地域関係機関が受け入れに難色を示す事があるようであった。また受け入れ先の通院医療機関や入所施設が厳しい条件設定をするな

ど地域関係機関が【受け入れの抵抗】を示す状況も語られた。

【地域の理解が不十分】であることや【受け入れの抵抗】がある事の背景には《地域関係機関の不安》も関係しているようであった。今回の調査では、不安の内容までは明らかにされなかったが、ハード・ソフトの両面において指定入院医療機関との落差が大きい地域関係機関のスタッフにとって、対象者の受け入れに伴う負担や不安の大きいことは容易に想像できる。

《継続性が確保できない治療》のカテゴリーには、「入院中の治療方針の共有の限界」や「クライシスプランの理解に差がある」こと、入院中に行っていた「治療プログラムが縮小もしくは中断してしまう」ことなど【継続できない治療方針】【継続できない治療プログラム】等の問題が含まれていた。

現状では、指定通院医療機関をはじめとする地域関係機関にとっては、指定入院医療機関と同様の治療プログラムを提供しようとしても限界がある。したがって、どのような形であれば治療プログラムを継続することができるのかを考慮した処遇実施計画の作成が重要であると言える。

《対象者のストレス耐性の低さ》というカテゴリーは、もともと対人関係を構築することを苦手とする対象者が多く中で、「入院中の調整だけで対象者が地域関係機関との信頼関係を築くことができるのか」といった、指定入院医療機関スタッフの不安を表すものといえる。

これらの問題を解決する工夫を示すものとして、《退院前後の協議》というカテゴリーが抽出された。どの指定入院医療機関も退院前のケア会議により十分な方針や対応の協議を行うよう努力していると思われるが、入院前の協議だけではなく、必要に応じて退院後のケア会議の参加要請に応じている施設もあっ

た。

## 2) 社会復帰調整官との連携の実際と課題、問題点(質問3-2))

社会復帰調整官との連携の実際としては、《人員不足》《病棟スタッフとの考え方のずれ》《社会復帰調整の地域格差》《個人差が生む連携の取りづらさ》《話し合いの時間の少なさ》《あいまいな役割分担》というカテゴリーが抽出された。また《スムーズな連携》が図れている施設や、《話し合いの機会を作る》事で現状の課題や問題の解決を図ろうとしているとする施設もあった。

《人員不足》については、一人の調整官が多くの対象者を担当し一人一人の対象者と接する時間のゆとりがないことや、対象者が遠方の指定入院医療機関に入院している場合には社会復帰調整官との接触に限界があり、退院調整に遅れが出る状況が語られた。

遠方の指定入院医療機関に対象者が入院しているケースでは、《話し合いの時間の少なさ》が顕著となっているようである。電話でのやり取りなどによりその解消を図ってはいるが、対象者の社会復帰についてのイメージを共有しにくく、相互理解に時間がかかるといった支障が生じていた。

《話し合いの時間の少なさ》により、指定入院医療機関と社会復帰調整官との間で情報が共有されにくいことに加え、病棟スタッフと社会復帰調整官の間には退院に向けた治療のゴール設定や限界についての認識の差が生じやすいようである。その背景としては、社会復帰調整官を通して地域関係機関と指定入院医療機関との認識の差が露呈しているという事情もあると考えられる。現状では医療観察法についての理解や、対象者の社会復帰の可能性についての認識に地域格差が生じており、社会復帰調整官の調整だけでは解消できない問題も存在しているようであった。

今回の調査では、社会復帰調整官の《個人

差が生む連携の取りづらさ》が、多くの施設によって指摘されていた。このカテゴリーからは、指定入院医療機関のスタッフが、地域調整に関する社会復帰調整官の個人的な力量に差があるだけではなく、対象者の社会復帰について消極的な認識を持つ社会復帰調整官もいるとの認識を示すものといえる。

地域関係機関や家族との調整をめぐる役割分担が明確にならないことや、入院中の治療のリーダーシップをだれが担うのかについての役割分担があいまいである事も連携に支障をきたす要因となっていた。

これらの状況を解決するために指定入院医療機関は頻繁にケア会議を開き、年に1回は社会復帰調整官と意見交換を行う機会を作るなど《話し合いの機会を作る》工夫を行っている施設もあった。

現在《スムーズな連携》が図れているとする施設は2施設であった。そのうち「良い関係ができています」と答えた1施設、は開棟から数年以上経過しており、その間に社会復帰調整官との関係性が徐々に構築されてきた経緯があると考えられる。また他の1施設は「社会復帰調整官の柔軟な対応によりスムーズな連携が図れている」事を指摘していた。

## 3) CPA会議の実際と課題、問題点

CPA会議の実際については、《地域関係機関との情報共有・状況認識の共有が困難》《遠隔地での会議の負担》《会議の時間がかかる》《日程調整の困難さ》《早期開催の必要性》《家族の参加が困難》のカテゴリーが抽出された。

指定入院医療機関内での連携においても日程調整の困難さが指摘されていたが、それに加えて地域関係機関や家族も含めた関係者の調整にはどの施設も非常に困難を感じていた。また指定入院医療機関の総病床数に関してはかなり整備されてきたとはいえ、地域による偏在は解消されておらず、現状では遠方の対象者が入院している施設もあるため《遠隔地

での会議の負担》も生じていた。そのような事情から、会議の開催が断続的となりがちで、対象者に関する情報をタイムリーに連続性を持って共有することが難しく《地域関係機関との情報共有・状況認識の共有が困難》な事態に陥っていた。また、《会議の時間がかかる》ことに、指定入院医療機関、地域関係者ともに負担を感じている現状も明らかになった。この問題については、指定入院医療機関が事前の準備を行うなど効率的な会議運営のための工夫を行っている施設が多かった。

《家族の参加が困難》な状況の背景には、遠方からの対象者の入院の状況や家族の高齢化などが具体的な要因として挙げられていた。

その他「処遇困難例・長期入院例の会議の必要性の認識の低下」や「会議が形式的になっている」などの意見も上げられており、CPA会議自体の意義や内容の検討も必要であると考えられる。

### 3. 多職種連携における薬剤師の役割

今回行った看護管理者を対象としたグループインタビュー調査の中で、現在指定入院医療機関における多職種連携に薬剤師が関与している施設は3施設あることが明らかになった。そのうちの2施設では薬剤師の関与は治療評価会議などの会議への参加であった。今回は日常的に薬剤師が多職種チームに関与している指定入院医療機関に訪問し、半構造化インタビューを実施した。

今回訪問した指定入院医療機関では、医療観察法施行以前から薬剤師が病棟の患者ミーティングに参加し、疾病教育、デイケアでの健康教室などを実施し、多職種連携を図ってきたという経緯があった。そして医療観察法施行後は、指定病床の設置以前から、管理職医師から医療観察法による精神鑑定の対象者への処遇への関与を求められていた。そして指定病床の設置時から、薬物療法の相談役と

してMDTに参加することを勧められ関与が開始していた。

医療観察法入院処遇ガイドラインでは、薬剤師の参加が求められてはいるものの、多職種チームにおける薬剤師の具体的な活動内容、特に薬物療法以外の関与については明記されてはならず、初めは戸惑いも大きかったとのことである。しかし、医師の勧めと他職種の快い受け入れにより関与を継続し、徐々に役割を拡大してきたとの経緯が語られた。

現在病棟では処方設計への参画（薬剤の選択、投与、評価、新薬導入の準備）、対象者に対する服薬教育、各種プログラムの協同、外出・外泊の付き添い、会議への参加を行っているとのことであった。

薬物療法への参画では、患者の回復過程の見通しを立て、長期的な視点も持ちながら積極的に医師と処方計画について話し合い提案を行っているとのことであった。また、そのことが多職種チームにおける薬剤師の役割であると認識していた。

対象者に対する服薬教育に関しては、治療導入時期である急性期から綿密に教育計画を立て、疾病教育や内省の深化を促すような内容にも踏み込んだ個別の面接を定期的実施していた。

今回インタビューを行った際に、患者の服薬教育の一場面に立ち会う事が出来たが、日頃から薬剤師が病棟にいる事で対象者の一人一人の回復過程や生活状況を細かく把握しており、いかに生活の中に薬物療法を組み込み内服の継続を目指すかという個別性を踏まえた薬物療法、服薬教育が実現していることを実感することができた。

また薬剤師は病棟の多くの治療プログラムにも関与しているようで、治療プログラムにおける協働を通じて、どの職種とも積極的にコミュニケーションを図っていた。

現在のところ連携はうまく行えているとの

手応えを感じている様子が見受けられたが、精神科医療における薬剤師の配置人数は一般医療と比較が少ないなか、院内の薬剤部の多大な協力が不可欠であるとのことであった。また、医療観察法による医療に関与し、かなりの時間とエネルギーを傾ける傍ら、薬剤部門の一員として通常の調剤業務も行うことによる負担も大きいことが懸念された。

多職種連携における薬剤師の関与は全国的にもまだ少ないが、薬剤師の関与により多職種連携による医療の手厚さが増す事は今回のインタビューからも明らかであり、今後多くの施設で薬剤師の積極的な関与が期待される。同時に薬剤師以外にも現在は多職種チームに参加していない専門職、例えば栄養士や臨床検査技師との連携を期待する声も、現場からは挙がっていた。

## D. 考察

今回の調査では、多職種連携の現状について明らかにするために、MDT内やMDTとMDT以外のチームの関係、連携を図るための手段としてのアセスメントツールの活用に焦点を当て、また全体的な連携の問題点とその解決策について調査を行った。そして社会復帰調整官をはじめとする地域関係機関との連携状況や退院後のフォロー体制についても調査を行った。加えて新たな可能性としての薬剤師との連携についても調査を行っている。これらの結果を踏まえ、多職種連携による医療の成果と連携による手厚い医療の提供を実現させる取り組みについて考察したい。

### 1. 多職種連携による医療の成果とそれを支える仕組み作り (図2)

調査結果から、MDTをはじめとした多職種連携を促進するためのシステムを活用することによって、きめ細やかで重層的な医療の提供が可能となり、実際に成果を上げているこ

とが明らかになった。

結果1-1)の職種間の連携状況に関する項で述べたように、MDTというシステムを活用することにより、既存の精神科病棟と比較すると他職種の存在が身近に感じられるようになっていた。時間や場所を問わず頻繁な話し合いが可能になったことにより、各職種はお互いの専門性や役割を知り、互いに相手方の視点を取り入れながら専門職としての視点を拡大させていた。ただし、視点の拡大は、きめ細かで重層的な医療を提供するためのきっかけにすぎない。そこからさらに、互いの視点を融合させ、あらゆる単位を含む多職種チーム全体が、連続性のある医療を提供できるような視点の拡大と統合が必要となる。つまり、専門職種としての視点の拡大と、多職種チームとしての視点の統合という2重の過程が同時に進行することが必要であると言える。それでは、このような2重の過程はどのような仕組みにより支えられているのだろうか。

これまで見てきた多職種連携を巡る様々な問題を克服し多職種連携の成果を上げるためにまず必要なことは、それぞれの専門職種が共通言語を持ち、丁寧な情報・意見交換と相互理解にむけた質の高いコミュニケーションの機会を確保・維持することであると考えられる。

本研究では、共通言語・共通認識を持つための重要な方策として導入された、アセスメントツールの共有・活用状況に関して調査した。その結果、アセスメントツールはおおむね共有・活用されているという結果が得られた。ただし、共通評価項目以外のアセスメントツールの共有は不十分であるという状況が明らかになった。現状では職種ごとに多様なアセスメントツールを使用しているが、その結果を共有するには至っていなかった。そこで、今後は各職種独自のアセスメントツール



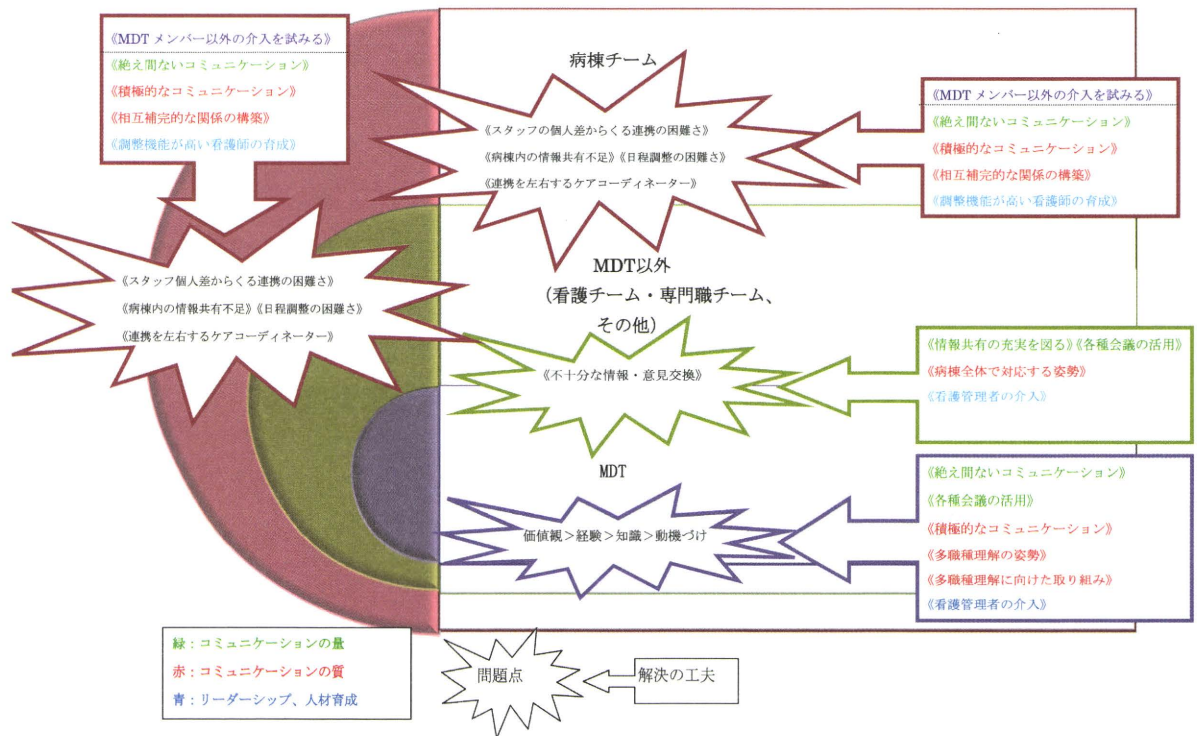


図2 各連携単位における問題点と解決の工夫

についての積極的な情報発信やアセスメントツールの内容や使用目的の共有を進めるための学習会の開催などが必要と考えられる。さらには、対象者の状態や治療の段階に合わせたアセスメントツールの選択を行い、適宜共有・活用していくことが求められる。

次にコミュニケーションの工夫についてであるが、様々な機会を利用した絶え間ないコミュニケーションと並行して、明確な目的を持ち意図的に設定された場におけるコミュニケーションの2つが両輪となって展開される事が重要であると考えられる。本調査から、日頃のちょっとした声かけややりとり、会議の場での公式的な話し合い、そしてその間をつなぐ個別の話し合いなど多職種チームの間を絶え間なく流れるコミュニケーション機会の確保と維持が重要なポイントとなっていることが明らかになった。コミュニケーション機会が増えることによって、時には専門職間の視点の違いが明確になり意見の相違が顕在し、お互いの関係に亀裂が生じる事態もある

ことが語られた。ここで問われるのがコミュニケーションの質、つまりその内容と姿勢である。専門職種間の視点の違いを相容れないものとして認識してしまえば対立構造が生じ、お互いの視点の獲得や統合は起こらない。看護管理者のグループインタビューの中では「職種間で差があることは当然で自然な形である」「いろいろな揺らぎが起るのは当然だと思う。」というような意見が上がっていた。各職種が専門職として形成されてきた歴史的背景や、専門性を獲得するための教育的背景から視点の違いが生じることは当然である。そこで、視点の違いは相互理解を阻み亀裂を生むものではなく、視点の拡大に不可欠な要素であるとの認識が持てれば、対立構造を回避しコミュニケーションを成立させることは可能と考えられる。コミュニケーションとは元来、互いのずれを埋めるために行うものだからである。多職種が対象者への社会復帰支援という共通目標を共有することができれば、各専門職種がお互いの自立性を尊重しあい、補完