

## 【研究報告】

# 精神科病院における多職種による退院支援が連携に及ぼす影響

笹本美佐\*

## 【要旨】

本研究の目的は、精神科病院における多職種による退院支援が連携に及ぼす影響を明らかにすることである。医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士の4職種各6名、合計24名に半構成的面接を実施し、質的帰納的に分析を行った結果、7つの「カテゴリー」が形成された。

多職種による連携においては、「関係形成の度合いによる積極性の差」にある関係性という要因が基盤にあり、「情報共有が左右する組織化」「専門性への理解度による協働の違い」「専門性の発揮を模索しながらの役割遂行」にある情報共有、専門性の相互理解や発揮という連携方法に関する要因、「共有体験が反映される団結化への動き」にある共有体験という要因が相互に影響を及ぼし、これらが「専門性を活かしたサービスの向上化」や「チームで動くことの難点の表在化」という現象に影響を及ぼしている。今後は機能的連携にむけて、フラットな組織化、役割開放の重要性が示唆された。

【キーワード】 精神科、退院支援、多職種連携

## I. 序 論

厚生労働省は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(2004年)の提言において、精神医療における入院治療中心から地域生活中心を基本理念として謳い、入院1年未満群の平均残存率24%以下および1年以上群の退院率29%以上の目標を明示し(岩下, 2014)、新規入院患者の入院期間の短縮化ならびに1年以上の長期入院患者の退院促進を目指した。これを受けて、精神科病院は入院患者の退院促進への取り組みを余儀なくされた。

このような退院支援への取り組みにおいては、疾患治療だけでなく患者が抱える生きづらさへの介入や支援も必要となる。そのため、医師と看護師が主であった医療の現場に、患者の生活機能や社会機能等への多角的な介入を行うための作業療法士、精神保健福祉士などが加わり、多職種が連携して医療サービスを提供することが必須となる。

さらに、近年は医療の質の保証や診療報酬との関連で、院内感染対策、安全管理、褥創対策、栄養サポートチーム、地域移行等における多職種による連携が活発化してきている(水本, 2011)。

一方で、現実的な多職種連携の難しさが指摘されている(細田, 2003; 小林, 村上, 2011)。精神医

療においても多職種での連携が十分に機能しているとは言いがたいと指摘されている(山根, 2000)。藤崎(n.d.)らは、職種毎に各々の観点から連携の工夫を凝らすに留まり機能的連携に至っていないことを示唆している。この後、多職種での連携が重要視され活発化することになるが、精神科病院におけるパターンリズムが円滑な多職種連携を阻害していることは否めない(宮本, 2011)と指摘されている。従来から日本の医療においては医師に権限や決定権が集中する傾向がある。特に精神医療においては、疾患により患者の現実検討能力に問題が生じることが多く、本人の意思に反して入院等の治療が行われる場合がある。そのような環境の中でパターンリズムが浸透し、医師を中心とした組織構造が多職種連携を阻害している。したがって、多職種連携の進展にむけた取り組みが喫緊の課題となる。

しかしながら、事例報告を通して各職種の視点から多職種連携を論じるにとどまり、包括的な視点から多職種連携を検討している文献は見当たらない。そのため、多職種連携を形式的から機能的へと進展させるために連携を俯瞰した実証的な研究に取り組む必要があると考えた。そこで、精神科病院において多職種で携わることが多い退院支援に焦点をあ

\* 日本赤十字広島看護大学

て、多職種による退院支援が連携に及ぼす影響を明らかにすることを目的として本研究に取り組む。

これにより、今後の多職種連携を円滑に行うための実践的な示唆が得られ、退院支援におけるケアの質の向上ならびに多職種連携を通じた精神科病院の組織風土の変革に寄与できると考える。

## II. 文献検討

現在までの多職種連携への取り組みの振り返りとして、先行研究を概観してみる。「チーム医療」をキーワードとした研究論文が、2000年から2010年までの10年間で3,604件であるのに対し、厚生労働省が「チーム医療の推進に関する検討会報告書」を発表した2011年以降は年間500～600件前後に増加し、関心の高まりが推知できる。その中で「多職種連携」に関しては、精神保健医療福祉の改革ビジョンが発表になった2004年から2010年の6年間で29件であるのに対し、2011年は23件の報告があり、その後も増加傾向で、2015年には60件の研究論文が報告され、合計204件にのぼる（医中誌 Web 検索）。

しかし、「多職種連携」に「精神科」のキーワードを加えると報告件数は37件となる。最も多かったのは、ツールを活用しての退院支援や急性期および退院準備期のケア、さらに個別のケアといった事例報告の17件である。次は司法精神医療に関する7件である。これは、心神喪失者等医療観察法（2003年）に基づく司法病棟の設置基準として、多職種連携が原則として盛り込まれたためであると考えられる。また、看護師が感じる連携・協働の困難（吾妻、神谷、岡崎、遠藤、2013）や多職種連携における看護師の能力（遠藤、岡崎、神谷、吾妻、2012）、多職種連携での看護師の学び（笹本、岡崎、追中、金本、2015）と多職種連携を看護師の視点から研究している報告がみられるが、これら以外は意識調査やカンファレンスに関する報告を散見する程度である。

つまり、精神科領域においては、多職種連携は司法精神医療という特殊な状況における報告と事例報告、看護職に焦点化した報告にとどまり、包括的な視点で多職種連携を検討するに至っていないと言える。

## III. 用語の定義

- ・精神科病院：開設者が医療法人である施設で精神科の病院とする。
- ・多職種：精神科病院では、医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、栄養士、精神保健福祉士、作業療法士、臨床検査技師、診療放射線技師等が勤務して

いる。退院支援に焦点をあてた本研究においての多職種とは、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士とする。

- ・連携：各職種が専門性を踏まえながら、退院支援を目的に協働して患者のニーズに応じた医療を提供することとする。
- ・影響：多職種による退院支援において、連携におけるどのような要因が何に変化を起こしているのかということとする。

## IV. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、精神科病院における多職種による退院支援が連携に及ぼす影響という未だ明らかとなっていない事象を明らかにするため、質的記述研究デザインとする。

### 2. 研究対象

精神科単科の中規模病院（100床～499床）で地域生活支援事業を行っている2病院の病院長および看護部長に本研究の趣旨を口頭と書面で説明し、同意を得た。その後、2病院ともに退院支援にかかわった経験があることを前提として、病院長には医師3名を推薦して頂き、さらに精神保健福祉部門、作業療法部門の管理職に各職種3名を推薦して頂けるよう依頼して頂いた。看護部門からも看護師3名を推薦して頂いた。その後、個別に本研究の趣旨及び倫理的配慮を紙面と口頭で説明し、同意が得られた医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、各職種6名、合計24名を対象とした。

### 3. データ収集期間

平成25年1月～8月。

### 4. データ収集方法

研究参加者のプライバシーが保てる病院内の個室で、多職種による退院支援が連携にどのような影響を及ぼしていると感じているのかを中心に半構成的面接法を実施した。

面接の際には、研究参加者の了解を得てICレコーダーに録音し、面接終了後は速やかに逐語録を作成した。面接時間は、平均68分である。

### 5. 分析方法

逐語録を精読し、「連携への影響」について語られている部分に着目してコード化を行い、それらの類似性と対極性を検討し、継続的比較を行いながら

サブカテゴリー、カテゴリーを形成した。その過程において、データに基づいてカテゴリー化が行われているかを研究参加者によるメンバーチェックングにて確認しながら検討を重ね真実性の担保に務めた。

## 6. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字広島看護大学倫理審査委員会の承認後（承認番号：1224）に、当該病院の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

研究参加者は病院長ならびに看護部長からの推薦であったため、本研究の趣旨および倫理的配慮を書面および口頭で説明する際に、研究参加は自由意思であり研究協力の拒否と中止の自由が保障されていること、辞退することで不利益を被ることがないことについては十分に説明を行った。そのうえで、本人の自由意思に基づき同意を得た。さらに、データは連結可能匿名化とし、①基本情報と音声データは別々の施設できる場所での保管、②パソコンおよびUSBはパスワードが設定できるものを使用、③プライバシーの保護、④匿名性の保持、⑤情報の漏洩防止、これら5点を遵守した。

また、研究結果については、看護系学会での発表ならびに日本赤十字広島大学の紀要に投稿することについて了解を得た。データに関しては鍵のかかる場所に保管し、本研究結果の最終公表について報告した日から3年後の時点でデータを適切に破棄することを説明した。

## V. 結 果

### 1. 研究参加者の概要

研究参加者は、本研究への同意が得られた医師、看護師、作業療法士（occupational therapist；以下OT）、精神保健福祉士（psychiatric social worker；以下PSW）の各職種6名、合計24名であった。年齢・精神科の経験年数は、医師は44.3±SD 2.1歳・14.5±SD 2.6年、看護師は30.5±SD 1.4歳・8.3±SD 2.5年、OTは35.8±SD 6.4歳・8.5±SD 4.3年、PSWは36.7±SD 4.2歳・13.3±SD 4.1年であった。いずれの職種も管理職はいなかった。

### 2. カテゴリーおよびサブカテゴリー

多職種での退院支援が連携に及ぼす影響として、7カテゴリーと15サブカテゴリーが形成された。なお、カテゴリーは〈 〉、サブカテゴリーは< >、具体例は「 」, 補足は（ ）で示す。

表 多職種による退院支援が連携に及ぼす影響

カテゴリー	サブカテゴリー
関係形成の度合いによる積極性の差	関係形成を意図した言動の増加
	他の職種に『聞けない』思いの鬱積による踏み込みなさ加減
情報共有が左右する組織化	情報共有のためのコミュニケーションの活発化
	不十分な情報共有による足並みの乱れ
専門性への理解度による協働の違い	専門性の違いを理解することによる相互理解の深まり
	職種間での分かり合えないことによる葛藤の高まり
専門性の発揮を模索しながらの役割遂行	専門性を意識した役割の分担化
	重なりあう役割を遂行する困難の惹起
共有体験が反映される団結化への動き	得られる評価の不均衡による意欲の低下
	目的の共有による連帯感の強まり 成功体験の共有による連携の活発化
専門性を活かしたサービスの向上化	意見交換による患者理解の深化
	専門性を揮うことによる患者の選択肢の拡がり
チームで動くことの難点の表在化	ヒエラルキーにするもどかしさの湧き起こり
	カンファレンス中心の動きによる迅速性の失速

#### 1) 《関係形成の度合いによる積極性の差》

退院支援という目的に向けての多職種による連携において、メンバー個々の関係性が連携への積極性に影響を及ぼすことで、以下の2つのサブカテゴリーで構成された。

〈関係形成を意図した言動の増加〉は、メンバー個々に普段から会話することを意識しての行動やその場に足を運んで話をすることで、お互いの関係形成を図ろうとすることであった。具体的には、「普段から、髪切ったねとかなんでもないことでも話すようにして、やっぱり話すようになると仕事の時でも話しやすいので連携がしやすくなりますからね」と語っていた。

〈他の職種に『聞けない』思いの鬱積による踏み込みなさ加減〉は、他の職種と報告・連絡・相談ができずに溜め込むことで、自ら積極的に関われないことであった。具体的には、「こんなこと聞いたら馬鹿にされるんじゃないかとか思ったり、忙しそうにしていたりすると聞きづらいです。そうなる余計に距離をとってしまうのでケースもやりにくくなりますよね」と語っていた。

#### 2) 《情報共有が左右する組織化》

多職種で連携する際に、退院支援を目的とした1つの組織としての円滑な活動に情報共有の度合いが影響を及ぼすことで、以下の2つのサブカテゴリーで構成された。

〈情報共有のためのコミュニケーションの活発化〉

は、情報共有をするためにコミュニケーションが活発化することであった。具体的には、「カルテに書かれていない情報も多いし、夜間の（患者の）様子とか職種によって見えにくいところがあるので、聞くようにしています。そうすると、こちらにも聞いてくれるので、自然と会話が増えますね」と語っていた。

＜不十分な情報共有による足並みの乱れ＞は、情報共有が十分に行えていないことで職種間での退院支援の方向性に違いが出てくることであった。具体的には、「お互いにそのつもり（退院を支援する）でやって、でも後で家族から聞いて、えって思うことがありましたね。ちゃんと情報を共有しとかなないとバラバラになるし、家族も混乱させるなっていました」と語っていた。

### 3) 《専門性への理解度による協働の違い》

各職種の専門性の相互理解が、連携における協働のあり方に緊密に影響を及ぼすことで、以下の2つのサブカテゴリーで構成された。

＜専門性の違いを理解することによる相互理解の深まり＞は、連携を通して、他の職種の専門性を具体的に知ることができ、自分の職種や各職種の違いを理解し、そのことにより職種間での理解が深まることであった。具体的には、「他の職種と仕事をすると、見ているところが違うと感じますね。医者とか看護（師）は患者さんの病状で、OTは患者さんのできているところ、PSWは生活面で、それがお互いに理解できると、一緒に仕事がしやすくなりますね」と語っていた。

＜職種間での分かり合えないことによる葛藤の高まり＞は、職種間の専門性の違いにより、退院支援の方針として統一見解が見出せないことによる葛藤が高まり、職種間での緊張も高まることであった。具体的には、「この患者さんは、これができるから退院してもどうかなるって思っているけど、他の職種はこれができないから退院はまだ無理という場合があって、方針を出すのが難しくなって、その職種間での緊張が高くなるのを体験したことがあります」と語っていた。

### 4) 《専門性の発揮を模索しながらの役割遂行》

互いの職種の専門性を理解し、各々の専門性を発揮できるように模索しながら役割を遂行することで、以下の2つのサブカテゴリーで構成された。

＜専門性を意識した役割の分担化＞は、各々の専門性を発揮して退院支援ができるように役割を担うことであった。具体的には、「患者さんの退院後の生活を考えると、PSWは生活面や福祉面での支援

が強いですし、OTは作業場面で（患者さんの）手の振戦が強かったので、退院後は包丁より料理バサミを使用するように料理のプログラムで練習するとか能力的なところを見てくれますので、それぞれの職種の専門性を活かして役割を担うと支援がスムーズに行きます」と語っていた。

＜重なりあう役割を遂行する困難の惹起＞は、提供するケアが多様化すると職種による役割が重なり合う場合があり、それらの職種間で連携に支障を生じることであった。具体的には、「医者も家族面接をする、看護も面会に来られたら家族介入をする、PSWも家族調整をするといった、重なりあっている部分があるんですけど、あの人はどう言ったとかで、家族を混乱させてしまうことがありますね」と語っていた。

### 5) 《共有体験が反映される団結化への動き》

患者の退院という目的にむかって協働することで、共有体験が生じ、その体験によってもたらされる思いが多職種チームとしてのまとまりに影響を及ぼすことで、以下の3つのサブカテゴリーで構成された。

＜得られる評価の不均衡による意欲の低下＞は、多職種で退院支援を行っていても、全ての職種において同様の評価が得られない場合に、不満を感じ意欲が低下することであった。具体的には、「看護師は急性期から関わっていますが、退院となるとPSWが中心になるので、PSWのお陰で退院できたという雰囲気があって、やる気がなくなることがありますよ」と語っていた。

＜目的の共有による連帯感の強まり＞は、各職種が患者の退院という、一つの目的に向かって専門性を発揮して関わることにより連帯感が強まることであった。具体的には、「ケースを（多職種で）一緒にすると、特に難しいケースとかは、お互いに助け合わないと退院にはこぎつけないし、その時に一緒にする苦労があるから余計に連帯感がでてきますね」と語っていた。

＜成功体験の共有による連携の活発化＞は、多職種の連携により退院できたケースは、関わったメンバー個々の成功体験となり、連携の活発化につながることであった。具体的には、「無事に退院ができると、やったっていう感じで、こういう体験があると次もまたって活気づいて、連携もスムーズになって、いい感じにまとまってきました」と語っていた。

### 6) 《専門性を活かしたサービスの向上化》

多職種で連携することにより、各々の職種の専門性を活かして多角的な視点からの患者理解ができ、

多様なニーズに応じたケアの提供が可能になっていくことで、以下の2つのサブカテゴリーで構成された。

＜意見交換による患者理解の深化＞は、それぞれの専門性に基づいて意見交換することにより患者を多面的に捉えることができ、患者理解が深まることであった。具体的には、「職種によって患者さんの見方が違うのはありますが、その他にも職種によって関わる場面が違うので、そうすると患者さんがスタッフに見せるのも違って、それぞれが関わった患者さんの側面を言い合うことで理解が深まります」と語っていた。

＜専門性を揮うことによる患者の選択肢の拡がり＞は、それぞれの専門性を発揮することで、患者のニーズを満たすための多様なサービスの検討を行うことができ、患者の選択肢の拡がりにつながっていくことであった。具体的には、「もともと食事を作ったことがない患者さんが、退院後は独居生活となると、PSWはヘルパーさんや訪問看護の導入、OTは冷凍食品の料理のための電子レンジの使い方とか簡単な料理の練習とか、多職種で関わることで課題やできることが見えやすくなり、ケアに関しての提案がしやすくなります」と語っていた。

7) 《チームで動くことの難点の表在化》

多職種が連携してチームで活動する中で浮きびあがってくる困難のことで、以下の2つのサブカテゴリーで構成された。

＜ヒエラルキーにするもどかしさの湧き起こり＞は、医師をトップとした連携になりやすい状況下で、医師が決定した方針に他の職種がもどかしい思いを抱くことであった。具体的には、「カンファレンスで（退院支援の）方針がでて、動きだしていたのに、

先生が家族面接をして急に方針変更になって・・・先生の決めたことには逆らえませんからね」と語っていた。また、医師は「私が言うと決まってしまうので、皆で決めるように心がけています」と語っていた。

＜カンファレンス中心の動きによる迅速性の失速＞とは、定期的なカンファレンスで情報共有や方向性の検討をしながら進めていく中で、急な対応を迫られた場合に臨機応変な対応がしにくいことであった。具体的には、「定期的なカンファレンスはして、でもその間に色々問題が出てきたりとかすると、あっちこちに連絡をしてっていうのは結構時間がかかって、よほど緊急じゃないとカンファレンスまで待つことがありますね」と語っていた。

3. 多職種による退院支援が連携に及ぼす影響

多職種による連携においては、＜関係形成の度合いによる積極性の差＞にあるようにメンバー個々の関係性という要因が基盤にあり、＜情報共有が左右する組織化＞＜専門性への理解度による協働の違い＞＜専門性の発揮を模索しながらの役割遂行＞にある情報共有、専門性の相互理解や発揮という連携方法に関する要因、＜共有体験が反映される団結化への動き＞における共有体験という要因が相互に影響を及ぼしていた。これらの関係性、連携方法、共有体験という要因が相互作用し、＜専門性を活かしたサービスの向上化＞や＜チームで動くことの難点の表在化＞という現象に影響を及ぼしていた。

VI. 考 察

7つのカテゴリーから関係性、連携方法、共有体験という多職種による連携に影響を及ぼす要因が示

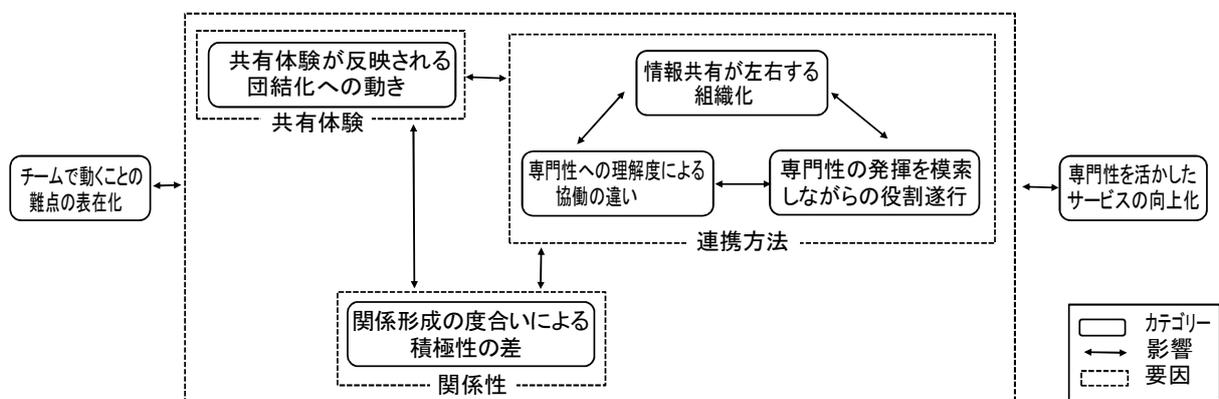


図 多職種による退院支援が連携に及ぼす影響

された。まず、この3つの要因を考察し、その後には「専門性を活かしたサービスの向上化」「チームで動くことの難点の表在化」という現象について考察する。

### 1. 多職種連携における関係性

＜関係形成を意図した言動の増加＞の具体例にみられるようにメンバー個々の関係形成のためのコミュニケーションが活発化している。このような現象が生じるのは、コミュニケーションには情報内容と関係性の側面を含む多面的特徴がある（狩俣, 2001, p.110）ためであると考えられる。関係性に問題を抱えている場合は、相手に内容を伝わりにくくし、連携に支障をきたすことになる。そのため、個々の良好な関係形成を重視していると考えられる。また、＜他職種に『聞けない』思いの鬱積による踏み込めなさ加減＞にあるように、他の職種に報告・連絡・相談ができない関係性の場合、連携に対して消極的となっていることから、個々の関係性が連携における主体性を左右していると考えられる。

このことと田村（2012）がメンバー間の関係の良し悪しがチームのまとまりに影響すると指摘していることに鑑みると、関係形成が連携を円滑に行うための基盤になると言える。

## 2. 多職種連携における連携方法

### 1) 「情報共有が左右する組織化」

組織化において一番重要となるのは共通の目標であるが、本研究では患者の退院支援という共通の目標は明確になっている。その上で＜情報共有のためのコミュニケーションの活発化＞は組織化を図り、連携における効率性の向上につながると考える。つまり、精神科病院における多職種連携が形式的である要因の1つとして、精神障害が他の障害に比べて治療目的の設定が困難なことが挙げられている（山根, 2000）が、目標が明確である退院支援は形式的連携からの進展を図る契機になると考える。

加えて、病院内では各々の職種で管轄部署があり階層構造が形成されているが、患者の退院支援という共通目標にむけて細やかな情報共有をおこなうことにより部署を超えたフラットな組織化が促進されれば、各職種が非干渉かつ不連続を特徴とする形式的連携（鷹野, 2008, p.13）から、職種を超えた機能的連携に進展できる可能性があると考えられる。

### 2) 「専門性への理解度による協働の違い」

精神科病院における退院支援では、医師や看護師、作業療法士という医療職に精神保健福祉士という福祉職が加わり連携を行う。医療職と福祉職において

は、医療モデル、生活者モデルと異なる概念を基盤としていることが指摘されている（細田, 2013）。この概念の相違および共通概念の欠如も連携が形式的になる要因として指摘されている（藤崎, n.d.）。しかし、日々の実践の中で他の職種との連携を体験し、＜専門性の違いを理解することによる相互理解の深まり＞にあるように自分の職種との違いから他の職種の専門性を具体的に知ることが共通概念の形成につながっていくと考える。

一方で、＜職種間での分かり合えない葛藤の高まり＞にあるように、自己の専門性を主張しすぎると意見の対立による葛藤が生じ、協働が難しくなる。だが、篠田（2011）は教育背景や専門性の違いにより職種間でのコンフリクトは起こるものであり、適度にコンフリクトがあることで相互理解が深まると述べている。つまり、主張の異なりが新たな視点を生む可能性を含んでいると言える。しかしながら、コンフリクトが強まった場合には、お互いの専門性を尊重して他者の意見を受け入れる姿勢が重要になると考える。

### 3) 「専門性の発揮を模索しながらの役割遂行」

＜専門性を意識した役割の分担化＞は、職種間の相互理解があつてこそできることであると考えられる。とは言っても、専門性に囚われ過ぎると縦割りのケア提供になり、狭間で見落とされるケアが生じることも考えられる。つまり、重なりあう役割が重要といえる。ところが実際には、＜重なりあう役割を遂行する困難の惹起＞がみられる。オーバーラップする範囲が多いほど、職種間で衝突する頻度が増加し、チーム全体の雰囲気が悪くなる（細田, 2013）との指摘もある。重要なのは、役割分担が先にあるのではなく、患者のニーズに応じて臨機応変な対応をするためにどの職種が担当しどのように支援するかを優先的に検討することであると考えられる。そのため、各職種の役割のオーバーラップを前提に連携することが不可欠となる。

つまり、専門性による役割を部分的にシームレスにする役割解放が必要になると言える。これは、患者の退院支援のために各職種が干渉しあい、かつ連続性のあるサービスの提供になるので機能的連携に進展する第一歩になり得ると考える。

## 3. 「共有体験が反映される団結化への動き」

＜目的の共有による連帯感の高まり＞における退院支援という共通の具体的な目的は、方向性が明確になり、チームとしてのまとまりが生じると考える。さらに、＜成功体験の共有による連携の活発化＞に

ある成功体験は、達成感が得られるだけでなく実践知の共有にもつながる。このような体験は、そのチームへの凝集性を高め、コミュニケーションの活発化や協働意志の高揚も見込まれる。さらに、凝集性の高まりにより互いの専門性の境界が曖昧になり、役割解放につながれば臨機応変な対応が可能となる機能的な連携への移行になると考える。

一方で、＜得られる評価の不均衡による意欲の低下＞は協働意志を低下させて連携の阻害となり、さらに単一職種での評価がしやすい形式的連携の促進につながると考える。ケアの多様性が求められるケースほど役割がオーバーラップし職種単一での評価は難しくなる。連携している多職種を1つのチームとして評価していくことが今後の課題になると考える。

#### 4. 《専門性を活かしたサービスの向上化》

＜意見交換による患者理解の深化＞にみられるように、さまざまな職種が違う視点から患者を捉え、意見交換することで患者理解が深まる。このような意見交換ができるのは、連携における関係性、連携方法、共有体験による環境の醸成が窺える。

さらに、＜専門性を揮うことによる患者の選択肢の拡がり＞にあるように、各職種が自律して専門性を発揮できる連携を行うことは、トップダウンの指示命令システムからフラットな組織体制への変化につながる。この組織体制の変化は、機能的な連携の可能性を拡げると考える。

#### 5. 《チームで動くことの難点の表在化》

病院で提供される治療やサービスの多くは医師の指示を要するため、医師をトップとしたヒエラルキーが生じやすい。特に精神科病院は約85%が民間病院であるため（伊藤，2002）、院長を頂点としたヒエラルキーが強い病院風土を形成してきた経緯が窺われる。本研究においても＜ヒエラルキーにするもどかしさの湧き起り＞がみられる。また、具体例からは医師自身もヒエラルキーを自覚している様子が推察できる。このような医師を頂点としたヒエラルキーのもと、トップダウンの指示命令システムは、各職種の自律の阻害と意欲の低下を生じる可能性がある。山根（2000）は、この状況が形式的連携になっている要因であると指摘している。

精神科病院の特性もあって、現在もヒエラルキーは存在している。この状況を変えるのは容易なことではない。しかしながら、機能的な連携を行うには、メンバーの職種や職位による上下関係がなく、患者

の退院支援という共通目的に向かって協働する仲間であることを前提に専門職間のフラットな環境が重要となる。

そのためには、医師の意識変革への働きかけも必要ではあるが、現実的なところでは、多職種連携による退院支援で成果をあげることによって医師からのエンパワーメントを得ることであると考える。

また、多職種連携におけるカンファレンスの重要性は、チーム医療に関する複数の成書に異口同音に示されている。その中で、カンファレンスの目的の一つとして、情報交換と問題解決（鷹野，2008，p.33）があげられている。しかし、本研究では＜カンファレンス中心の動きによる迅速性の失速＞がみられた。カンファレンスがあるが故に、患者に臨機応変なケアの提供ができないのでは本末転倒である。カンファレンスの運営方法、迅速な情報交換や確認ができる方法などを検討し、組織的に対策を講じる必要があると考える。

## Ⅶ. 結 論

精神科病院における多職種による連携においては、＜関係形成の度合いによる積極性の差＞にあるようにメンバー個々の関係性という要因が基盤にあり、＜情報共有が左右する組織化＞＜専門性への理解度による協働の違い＞＜専門性の発揮を模索しながらの役割遂行＞にある情報共有、専門性の相互理解や発揮という連携方法に関する要因、＜共有体験が反映される団結化への動き＞における共有体験という要因が相互に影響を及ぼしている。これらの関係性、連携方法、共有体験という要因が相互作用し、＜専門性を活かしたサービスの向上化＞や＜チームで動くことの難点の表在化＞という現象に影響を及ぼしていることが明らかになった。

現在もヒエラルキーなどの形式的連携に留める要因はあるものの、退院支援という目的が明確な多職種連携を通して、情報共有によるコミュニケーションの活発化に伴う職種を超えたフラットな組織化、専門性による役割を部分的にシームレスにする役割開放を行うことで機能的連携に移行できる可能性があることが示唆された。さらに、専門性の相互理解による共通概念の形成、チームとしての評価が機能的連携を行う上での課題であることも示唆された。

しかし、本研究は2施設に限定したものであり汎用性には限界がある。今後は、対象病院の拡大を行い、さらに他の多職種連携場面との比較検討を重ね、連携の質的向上に必要な実践的要素の探究に取り組んでいきたい。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、ご多忙中にもかかわらずご協力頂きました皆様に心より感謝申し上げます。

## 文 献

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, 7, 23-33.  
遠藤圭子, 岡崎美晴, 神谷美紀子, 吾妻知美 (2012). チーム医療を推進する看護師に必要とされる能力の検討－多職種と連携する看護師への調査から－. 甲南女子大学研究紀要, 6, 17-29.  
藤崎清道, 山根寛, 武井麻子, 柏木昭, 三村孝一, 石井敏弘 (n.d.). 精神医療保健福祉に関する専門職のあり方に関する研究. 厚生労働科学研究成果データベース. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NISR00.do> (検索日2016年12月20日)  
細田満和子 (2003). 「チーム医療」の理念と現実 (第1版) (pp. 58-82). 日本看護協会出版.  
細田満和子 (2013). 「チーム医療」とは何か (第1版) (pp. 27-156). 日本看護協会出版会.  
狩俣正雄 (2001). 組織のコミュニケーション論 (第10版) (p. 110). 中央経済社.  
伊藤弘人 (2002). 精神科医療のストラテジー (第1版) (pp. 6-26). 医学書院.  
岩下覚 (2014). 精神科医療の現状. 精神保健福祉

白書編集委員会, 精神保健福祉白書 (p. 155). 中央法規出版株式会社.  
小林啓之, 村上雅昭 (2011). 包括的治療における多職種の役割 (総論). 臨床精神医学, 40(5), 559-563.  
水本清久 (2011). チーム医療とは. 水本清久, 岡本牧人, 石井邦雄, 土本寛二 (編), 実践 チーム医療論 (pp. 2-7). 医歯薬出版株式会社.  
宮本真巳 (2011). 精神看護における多職種連携と包括的なアセスメントに向けて. 精神科看護, 38(8), 5-14.  
笹本美佐, 岡崎明子, 追中敏孝, 金本真理子 (2015). 精神科病院において多職種連携で行う統合失調症患者への退院支援で看護師が得た学び. 日本赤十字広島看護大学紀要, 15, 21-29.  
篠田道子 (2011). 多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル (第1版) (pp. 27-40, 59-62). 医学書院.  
鷹野和美 (2008). チームケア論 (初版) (pp. 12-43). ばる出版.  
田村由美 (2012). 新しいチーム医療 看護とインタープロフェッショナル・ワーク入門 (第1版) (pp. 68-70). 看護の科学社.  
山根寛, 石井敏弘 (2000). 精神保健領域における連携－なぜ連携が根づかないのか?－. 精神障害とリハビリテーション, 14 (2), 143-149.

# The Influence of Interprofessional Discharge Support on Collaboration at A Psychiatric Hospital

Misa SASAMOTO\*

## Abstract:

This study aimed to clarify how interprofessional discharge support affects collaborations in a psychiatric hospital. Semi-structured interviews were conducted with six physicians, six nurses, six occupational therapists, and six psychiatric social workers, and interview contents were qualitatively and inductively analyzed. In total, seven [categories] were extracted.

Interprofessional collaborations were based on associations between [differences in aggressiveness based on the extent of relationship formation] and were influenced by factors related to collaboration techniques such as information sharing and mutual understanding and displays of specialization, including [organization influenced by information sharing], [differences in close cooperation dependent upon the degree of expert-level understanding], and [role performance that exhibits the trial and error aspect of specialization], which exhibited a two-way interrelationship with the factor of [shared experiences that reflect solidarity]. The interrelationship between the above factors influenced the phenomenon that is [improvement in service through use of expertise] and [bringing to the surface difficulties associated with working as a team]. As we continue to work to create functional collaborations, the importance of flat organization and release from roles was demonstrated.

## Keywords:

psychiatry, discharge support, interprofessional collaboration

---

\* Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing

