

多職種連携におけるコミュニケーションの会話分析と
連携促進のためのコミュニケーション教育の検討

2024年3月

北九州市立大学大学院社会システム研究科
博士（学術）学位請求論文

吉田 理恵

多職種連携におけるコミュニケーションの会話分析と 連携促進のためのコミュニケーション教育の検討

論文要旨

医療の進歩と細分化の流れから多職種者が直接患者にかかわるチーム医療が主流となっている。さらに入院日数の短縮化の傾向は、多様な専門職種が協働することで医療の質の向上と医療の効率化が求められている。しかし一方で多職種間での情報の共有がなされず一人の患者に次々にかかわる状況は医療の分断や質の低下を招きかねない。したがって今の医療において連携は重要な要素となっている。

多職種間の連携に関する研究報告では、連携を人間関係として捉えたものも多く、コミュニケーションのプロセスの課題を報告したものは少ない。まずは、連携の目的で行われるコミュニケーションを理論的に検討する必要がある。そして実際のコミュニケーション場面を観察・分析し、連携としてのコミュニケーションの特徴や課題を明確にする必要がある。そのうえで、医療者がどのように連携としてのコミュニケーション技術を修得すべきか教育方法を検討し提案した。

第1章では、医療連携におけるコミュニケーションの課題を検討した。多職種間での情報共有は電子カルテ等で行われるが、課題解決の必要がある場合にはカンファレンスなどの対面的な会話が有効となる。先行研究では対面的な会話では「観点の相違や類似点について話し合う能力」が必要であり「専門職のこだわり」「遠慮」「考えを伝えることの難しさ」等が阻害要因となることが示された。

第2章では、情報共有化コミュニケーションモデルを提案し、その分析をどのように行うかを検討した。連携における情報の共有過程は松尾(1999)のコミュニケーションモデルによる理解過程を用いて理論的に検討した。理解過程はお互いのメンタルモデルが一致することであり、連携のための情報の共有化は両者が形成する連携メンタルモデルが一致する過程であると想定した。効率よく医療を進める目標を共有しながらも職種が異なると一つのケアの目的は異なる。この専門性の違いが理解過程にどのように影響するかについてモデルを用いて説明した。また、問題が生じた状況から解決に至るまでの連携の過程を「気がかりな情報(問題の枠組み)の共有」「問題の焦点化」「目標の共有」「行動化」の4つの段階として示したことで、会話によって連携がどの段階まで進められているか判断し、停滞しているのか、あるいは促進されているのか会話の状況を分析することを可能とした。

第3章では、実際の医療における連携を目的としたコミュニケーション場面を観察・分析し、情報共有化コミュニケーションの特徴と課題を明らかにした。

リハビリテーション病院において看護師とリハビリスタッフの2者間、4組(13場面)の会話を分析した。会話は逐語録とし、2章で述べた連携メンタルモデルの共有に至る会話がなされているか、会話の内容をSBAR (situation : 状況, background : 背景, assessment : アセスメント, recommendation : 提案)を用いて分類し分析した。また、4つの段階のプロセスがどのように進行するか、共有された内容から連携のプロセスのどの段階に至ったのか分析した。

結果、状況(S)と背景(B)は言語化され共有されていたが、気がかりとなる状況をどう解決すべきか職種の専門性に沿ったアセスメント(A)は言語化されにくく、質問や提案(R)の内容等からアセスメントを推察しているという特徴が明らかになった。また、連携のプロセスにおいては、協働としての目標は言語化されにくく、アセスメント同様に質問や提案としての発言内容から推察している傾向が明らかになった。これは、暗黙の了解や前後の関係性を前提としている日本人のコミュニケーションの特徴に影響していると推察された。また、患者が有している多くの課題の中から問題の焦点化に至るまでに会話が停滞しやすく、経験の長い医療者が主導的に会話をすすめる場面もみられた。

本来、多職種連携の目的は専門性の違いによる多角的な考えに基づき医療を展開することにあるため、双方の異なる考えが言語化されにくいことは大きな課題といえる。日本の医療では連携のための会話において、異なる双方の考えや協働となる目標は言語化されにくいという特徴と課題が明らかとなった。

最後の第4章では、医療連携を促進させるためのコミュニケーションに対する教育実践を提案した。諸外国では医療連携が教育においても進められているが、日本では多職種連携教育の導入報告はあるものの、他者と異なる考えを伝えるスキルや異なる考えを養う教育が必要である。そのスキルを基礎教育の中で段階的に習得することを提案した。事例を基にカンファレンスを展開する演習の中で、低学年では自職種の役割を理解し、自職種の考えを明確にすることを目的とし、アサーティブコミュニケーションの習得を課題とした。高学年では、他職種の学部生と事例を通して、同様に自職種の考えを伝えること、異なる考えを適切に取り入れること、協働としての目標を言語化することを課題とした。

本研究ではコミュニケーションの課題を理論的に検討した上で、実際のコミュニケーション場面を観察・分析することにより連携を目的としたコミュニケーションの課題を明らかにした。それによって、どのような連携教育が必要なのか、試案を提案することができた。今後、試案の効果を検証することが今後の課題である。

Analyzing Conversations in Interprofessional Work and Exploring Communication Education for the Enhancement of Collaborative Work

Abstract

The advancement of medical technology and specialization has increased the popularity of team-based medicine, involving the collaborative efforts of various healthcare professionals to address patient needs. Moreover, the shift towards shorter hospital stays underscores the importance of enhancing the quality and efficiency of medical care, which is achievable through the collaboration of specialists across diverse fields. However, a lack of information sharing among healthcare professionals and the sequential involvement of a single patient may result in fragmentation and diminished healthcare quality. Therefore, collaboration stands as a crucial component in modern medical care.

While numerous reports on multidisciplinary collaboration emphasize it as a human relationship, only a few delve into the associated communication challenges. A theoretical examination of communication for collaborative purposes becomes crucial. To understand the characteristics and challenges of communication during collaboration, it is imperative to observe and analyze real communication situations. Our study explores educational approaches and recommends strategies for healthcare professionals to acquire communication skills that facilitate effective collaboration.

In Chapter 1, we examined the communication issues in medical collaboration. Despite the sharing of information among professions through electronic medical records, face-to-face conversations, such as conferences, prove effective in resolving issues. Effective face-to-face communication requires the ability to consider different perspectives, hindered by factors like professional dedication, cautiousness, and difficulty expressing ideas.

Chapter 2 introduces a communication model for information sharing, exploring collaboration-based information sharing using Matsuo's (1999) communication model of comprehension. The model assumes that mutual understanding occurs when the mental models of both parties coincide, and information sharing for collaboration happens when the collaboration mental models align. The model delineates the coordination process from problem identification to resolution in four stages: "sharing information of concern," "focusing on the problem," "sharing goals," and "taking action." Analyzing conversation status helps determine whether it is stagnant or promoting collaboration.

Chapter 3 involved the observation and analysis of communication scenarios within the

context of collaborative efforts in real medical settings. The objective was to identify the characteristics and challenges associated with information-sharing communication.

We examined conversations between two key parties—nurses and rehabilitation staff—in four pairs, totaling 13 scenes, within a rehabilitation hospital. The conversations were meticulously recorded verbatim, and their content underwent analysis using SBAR (situation, background, assessment, recommendation). This analysis aimed to ascertain whether the conversations led to the sharing of a collaborative mental model, as outlined in Chapter 2. Additionally, we scrutinized the progression of the four-stage process and determined the specific stage reached in the collaboration process based on the shared content.

The findings unveiled that both the situation (S) and background (B) were effectively verbalized and shared. However, the assessment (A), rooted in professional expertise and the resolution of the concerning situation, proved less easily verbalized. Instead, it was inferred from the content of questions and recommendations (R). Furthermore, in the collaborative process, articulating the goal of collaboration was less likely to be verbalized; rather, it was often inferred from statements, questions, recommendations, and assessments. This tendency was attributed to a characteristic of Japanese communication known as the contextual form. Additionally, conversations frequently encountered stalls before honing in on the specific issues among the myriad problems faced by the patient. In some instances, experienced healthcare providers assumed leadership roles in steering the conversation.

Given that the essence of multidisciplinary collaboration is to shape medical care based on diverse ideas from various specialties, expressing the differing opinions of both parties proves to be a considerable challenge. In the realm of Japanese healthcare, articulating the contrasting ideas and collaborative goals of both parties during collaborative discussions appears to be a challenging endeavor.

In the concluding chapter, we put forth educational strategies geared towards nurturing medical collaboration through effective communication. While other nations are already advancing collaboration through education, Japan stands to enhance its proficiency in facilitating communication of diverse ideas and fostering a range of thinking approaches. Our proposal advocates for a gradual acquisition of these skills starting from basic education.

One specific exercise employed case studies to structure conferences, with lower-level students assigned the task of mastering assertive communication. This aimed to enhance their comprehension and clarification of professional roles and ideas. As students

progressed to higher grades, they were entrusted with the responsibility of objectively conveying their profession's ideas, adeptly integrating diverse concepts, and articulating collaboration objectives. This was achieved through engaging in case studies with undergraduate students hailing from different professions.

The primary aim of this study was to elucidate communication issues pertaining to collaborative endeavors through the observation and analysis of authentic communication scenarios, following a theoretical examination of these issues. This process enabled us to put forth a preliminary plan outlining the necessary collaborative education. The subsequent goal is to verify the effectiveness of this proposed plan.

論文目次

序章

0.1	医療制度の変化に伴う医療連携の拡大	1
0.2	医療の効率化を目指したチーム医療の導入	1
0.3	医療の効率化を左右する多職種連携の課題	2
0.4	医療における多職種連携教育の必要性	3
0.5	本論文の目的	3

第1章 医療連携におけるコミュニケーションの課題

1.1	患者を中心とするチーム医療における情報共有の特徴	5
1.2	他職種間で行われる連携としてのコミュニケーションの困難性	6
1.3	他職種・多職種連携における情報共有化としてのコミュニケーションに関する先行研究	6

第2章 情報共有化コミュニケーションモデルとその分析

2.1	理解過程のコミュニケーションモデル	8
2.1.1	メンタルモデルの共有化とは	8
2.1.2	状況の共有	9
2.1.3	目的の共有	10
2.1.4	提案する連携としての情報共有化コミュニケーションモデル	12
2.1.5	連携のための情報共有化コミュニケーションモデル	13
2.2	コミュニケーションから行動化までのプロセス	14
2.2.1	一般的な連携のプロセス	14
2.2.2	連携を促進させるプロセス	15
2.2.3	連携のプロセスとその各段階	15
2.2.4	医療における連携のプロセス	16
2.3	コミュニケーションの分析の観点	17
2.3.1	SBARによる発話の分析	18
2.3.2	連携促進のプロセスの分析	19

2.3.3	医療連携としての医療者間の発話分析の例	20
2.4	現場でのコミュニケーション場面の分析の必要性	23

第3章 実際の医療における連携を目的とした情報共有化コミュニケーションの分析と課題

3.1	研究方法	24
3.2	分析方法	26
3.2.1	会話分析の手法	26
3.2.2	本研究の分析方法	27
3.3	結果 ～会話の分析～	28
3.3.1	分析場面の概要	28
3.3.2	場面ごとの会話の分析結果	29
3.3.2.1	場面1の概要	29
3.3.2.2	場面1-① 話題「入浴時の洗体動作」分析結果	30
3.3.2.3	場面1-② 話題「退院後の洗面動作」分析結果	32
3.3.2.4	場面1-③ 話題「退院後の血圧管理と安否確認」分析結果	35
3.3.2.5	場面1-④ 話題「外出時の安全対策」分析結果	36
3.3.2.6	場面2の概要	44
3.3.2.7	場面2-① 話題「内服の自己管理の方法」分析結果	44
3.3.2.8	場面2-② 話題「血圧の自己測定の可能性」分析結果	49
3.3.2.9	場面2-③ 話題「排泄を自立へ」分析結果	54
3.3.2.10	場面3の概要	62
3.3.2.11	場面3-① 話題「意識混濁と筋緊張の強い患者の車椅子乗車」分析結果	62
3.3.2.12	場面3-② 話題「手指の拘縮予防」分析結果	66
3.3.2.13	場面3-③ 話題「病状に対する患者の夫の認識」分析結果	70
3.3.2.14	場面4の概要	75
3.3.2.15	場面4-① 話題「震えによる歩行の危険性」分析結果	75
3.3.2.16	場面4-② 話題「日中、ひとりで過ごせるか」分析結果	82
3.3.2.17	場面4-③ 話題「ストロー付きのコップの利用」分析結果	88
3.4	考察 ～医療連携を目的としたコミュニケーションの特徴と課題～	91
3.4.1	SBARの伝達の特徴と課題	92
3.4.2	連携の促進を示す段階モデルの特徴と課題	93

3.4.2.1 「問題の枠組み（気がかりな情報）の共有」の段階	93
3.4.2.2 「問題の焦点化」の段階	95
3.4.2.3 「目標の共有」の段階	96
3.4.2.4 「行動の提案」の段階	97
3.4.2.5 「解決の確認」の段階（新たな提案）	98
3.4.2.6 連携のための段階的な情報共有化の課題	98
3.4.3 他職種間のコミュニケーションにおける主導性とその課題	99
3.4.3.1 経験の違いによる主導性	99
3.4.3.2 専門性による主導性	100
3.4.3.3 医療連携における一方的な主導性の弊害	101
3.4.3.4 一方的な主導性の課題に対する対応方法	101
3.4.3.5 アセスメントの停滞に対する対応方法	103
3.5 連携メンタルモデルの共有を促進させるためのコミュニケーションの提案	104

第4章 医療連携を目的としたコミュニケーション教育の提案

4.1 医療における連携の意義	108
4.1.1 多職種医療（MPW）から多職種連携（IPW）へ	108
4.1.2 連携化されていない医療	108
4.1.3 他職種と連携するための教育の必要性	109
4.1.4 医療連携を可能とする教育システムの例	110
4.1.5 チームステップスのコミュニケーションの特徴	110
4.1.6 日本における多職種連携教育（IPE）の動向	112
4.1.7 IPEの実践例	113
4.2 IPEの提案	113
4.2.1 初期段階における連携教育の提案（学部内）	114
4.2.1.1 演習の流れ(初期段階)	115
4.2.2 連携の段階に沿った他学部学生との「多職種カンファレンス」の実践例	117
4.2.2.1 演習の流れ（多職種カンファレンス）	118
4.3 提案するIPEに関する演習の「看護基礎教育における位置づけ」	120
4.3.1 「看護師教育モデル・コア・カリキュラム」におけるIPEの提示	121

4.3.2	カリキュラムの中での科目の設定	122
4.3.3	IPE の意義	123
4.4	看護教育における IPE の必要性	124
4.4.1	チーム医療における看護師の役割	124
4.4.2	チーム医療に期待される看護師の能力	125
4.4.3	どのように看護師は連携に必要な能力を得ているのか.....	125
4.4.4	会話の分析から見えてきた連携におけるコミュニケーションの課題	126
	今後の研究課題	128
	参考文献	129
	謝辞	133
	巻末資料	134

序章

0.1 医療制度の変化に伴う医療連携の拡大

日本は世界に類のない高齢化が進み、医療の需要増大に伴い、医療費の増大が問題となっている。施策として、病院の機能ごとに入院期間が制限される制度が導入された¹⁾が、高齢者は病気やけがが原因となり歩行や入浴などの日常生活に支障が生じやすく、退院後の介護不足が新たな問題となった。このため、療養や介護を必要とする高齢者の生活を支える制度として介護保険制度が導入された²⁾。

入院期間に制限が生じたことで、病院の医療者は他施設との連携が重要となった。たとえば、脳卒中で緊急入院した患者であっても、手術後の回復過程の段階で、リハビリテーションを主とする病院に転院できるよう他病院との調整が求められる。また、介護保険の認定を受けていない高齢者が退院後に介護保険を利用するためには早期に申請手続きの調整を行う必要があるなど、入院患者の退院後の療養生活の調整は患者や家族にとっても病院にとっても重要な課題となった。

したがって、病院は、病気やけがの治療を主とする機能に加え、退院後の患者の療養生活環境を調整するという新たな機能が要求されるようになり、リハビリテーションを目的とした病院や施設、在宅医療、介護保険を管轄する行政等など多岐に渡る関係者と連携を図る必然性が生じた。

0.2 医療の効率化を目指したチーム医療の導入

患者の早期退院は高齢者に限らず、すべての患者を対象としていることから、厚生労働省は医療の効率化が期待できるチーム医療を推奨している³⁾。チーム医療は、従来の医師を中心とした医療とは異なり、多様な専門職種を積極的に活用し、他職種間の協働を強化することで医療の質の向上と医療の効率化が図れる。

チーム医療は一人の患者に対して、患者の医療に必要な専門職者が一つの医療チームをつくり連携しながら医療を行う。チーム医療にかかわる職種は、医師、歯科医師、看護師、保健師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、診療放射線技師、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士、介護福祉士など 30 以上になると言われている⁴⁾。

また、特定の高い専門性をもつスタッフがチームを作り、病棟の枠を超え、横断的

に活動する医療チームもあり、栄養サポートチーム、感染防御チーム、褥瘡管理チーム、緩和ケアチーム、糖尿病チーム、口腔ケアチーム、周術期管理チーム、医療安全管理チームなどその種類も多岐に渡る。

多職種連携が効果的に機能することで、全身の回復の促進や合併症の予防が可能になった結果、入院期間が短縮したという報告⁵⁾⁷⁾や、乳がんのチーム医療を導入したことで受診患者が増加し地域との連携が拡大したものの、外来医療や医師の負担は軽減したという報告⁸⁾がある。

0.3 医療の効率化を左右する多職種連携の課題

医療連携が効率よく機能する一方で、現代の医療連携の体制は複雑化していることから、多職種間の連携が必ずしも効率的に機能しないこともある。山本（2019）は、複雑に分業化された現代の医療環境において専門性を過度に強調すると、患者やほかの医療専門職の意思決定や専門職種間の連携・協働を困難にすると指摘している⁹⁾。医療者ひとり一人が職種の異なる専門職者とコミュニケーションをとりながら医療行為を行うことは容易ではないことも十分に推測される。

多職種間でおこなわれる医療連携の課題は、諸外国においても共通性がある課題といえる。Karam et al.(2018)は、医療連携（Collaboration in healthcare）に関するレビュー（英語またはフランス語で書かれた2004年から2014年に発行された文献を対象）の中で、医療における連携の概念として、コミュニケーション、信用、尊敬、共通理解、目標の共有、コンセンサス、患者中心性等を示し、その中で看護師は連携を促進させる重要な役割があるが、他職種とどのように連携しているのか明らかにした研究が少ないことを指摘している¹⁰⁾。

長坂ら（2018）は、がん医療を専門的に実践している看護師を対象とした調査報告の中で「専門職種でもともと知識の差があるため、教育に多くの時間を要する」「お互いコミュニケーションをとらないまましているとまったく進行しない」「それぞれの主体性に任せていると期待通りの結果にならない」「チーム内で考え方に違いがあり、判断が付かない時には医師の意見が優先される」などといったチーム医療における問題点についての具体的な発言を示しており¹¹⁾、看護師が他職種と連携するうえで困難性を抱えている状況やチーム医療全体が効果的とはいえない状況が伺える。

これらの先行研究からは、多職種の連携が促進されると医療効果は高まるが、逆に連携が機能しない状況では、医療の質の低下に影響がおよぶ状況があることが推察される。

0.4 医療における多職種連携教育の必要性

医療において連携が効果的に機能しないということは、医療の質の低下や医療の安全が脅かされることにつながる。英国では、保健医療福祉の中で起きる重大な事件の要因として、多職種で構成される医療連携システムの機能不全があるとして、すべての医療系大学で専門職連携教育（Inter Professional Education:以下 IPE とする）を導入している¹²⁾。専門職連携教育は多職種間の連携教育であるため、多職種連携教育の略語としても IPE を用いることがある。

日本においては、医学部、看護学部、薬学部など複数の医療専門職の学部を有する一部の大学によって IPE が導入されているが、多くの医療系の基礎教育においては実践的な教育が取り入れられていない状況がある。

IPE が導入されていない要因として、他職種となる学部と連携する環境が無いという根本的要因が挙げられるが、連携できる環境下においても基礎教育において何をどのように教育するのか明確にならない状況ではカリキュラムを構築するにあたり課題が生じる。安全で効率の良い医療連携を実践するために必要な教育とは何か検討し、基礎教育で実践可能な教育方法を検討する必要性がある。

本論文では、医療連携を「コミュニケーション」として捉え、「連携としてのコミュニケーション」を理論的に検討することで、教育の対象となるコミュニケーションの特徴を明確にする。また、実際の医療連携場面を分析し得られたコミュニケーションとしての特徴や課題を参考に、日本の医療系の基礎教育における IPE の教育方法について検討し提案する。

0.5 本論文の目的

チーム医療が効果的に機能するためには、情報共有化のコミュニケーションが重要である。そのためには、チーム医療において多職種間でおこなわれるコミュニケーションとしての連携とはどのような特徴があり、どのような課題を含むのか、理論的に検討する必要がある。さらに、実際のコミュニケーション場面の分析を行い、効果的な医療連携のあり方について検討する必要がある。

そこで、本論文の目的として、第一は連携としてのコミュニケーションとは何か明確にすることである。多職種間でおこなわれる連携としてのコミュニケーションはどのような特徴があり、どのような課題を含むのか、理論的に検討する。

第二は実際に医療でおこなわれている連携を目的としたコミュニケーションの場面

を分析することで、医療者に求められている多職種者との連携を促進させるためのコミュニケーションのあり方について提言する。

第三は医療連携を促進させるためのコミュニケーション教育の提案である。多種多様な職種間で情報を共有化するために必要なコミュニケーションの特徴や連携を促進（発展）させる要因を教育に取り入れた教育プログラムを提案する。

第 1 章 医療連携におけるコミュニケーションの課題

1.1 患者を中心とするチーム医療における情報共有の特徴

従来までの医療とチーム医療では、医療者間の連携において何が大きく変わったのか、患者の情報共有の過程について考える。

チーム医療では、患者ひとりに対して多くの専門家が直接的にかかわり情報を得るという点が、従来の医療と大きく異なる。従来の医療は医師中心型と言えるのに対し、チーム医療は患者中心型の医療と言える。

医師を中心とした医療では、専門職者の多くの業務は、医師の指示に基づき遂行されるため、治療以外の場面で患者と直接的に関わる機会は少ない。しかし、チーム医療では、多くの専門職者が専門性を発揮するために自ら患者や家族とコミュニケーションをとり、課題に対して専門性の範囲内で役割を遂行する。

薬剤師を例に、役割の変化に伴う患者へのかかわり方の変化について説明する。従来の医療では、薬剤師の主な業務は、医師の指示に基づき薬剤を処方することであり、医師から指示があった場合には患者に直接的に指導するが、その内容はもともと医師の考えであるため、医師と情報を共有しやすい。チーム医療では、担当者として患者の入院直後から患者と直接的に関り、過去の薬物療法の課題等の情報を得て、医師と情報を共有し入院後の薬物療法の遂行に対して指導などの役割を遂行する。たとえば、患者から薬の飲みにくさなどの訴えがあり、医師や看護師と連携が必要であると判断された場合には、薬剤師から医師や看護師に情報が伝えられ必要な対策が取られる。

医師中心型の従来の医療においては、患者の情報は医師や看護師に集中しやすい体制であったため、主治医は自分が有している情報によって治療に必要な情報を判断し、必要な専門家にその情報を指示として伝える、という構造であった。しかし、チーム医療では担当者としての専門家がそれぞれの役割として必要な情報を得るため、そのままでは患者の情報は分散した状態になる。一つの情報は他の職種にとっても重要な情報となることも多く、一人の患者として総合的に捉えることも重要であることから、情報は電子カルテに集約される。電子カルテは画像も含めた多くの情報を管理でき、遠隔でもタイミングよく情報を確認できるなど有効な面も多い。

しかし、専門職者が患者との会話によって得られた情報は、担当者が入力するという作業が必要であるため、入力される情報量には限界が生じる。よって医療者が他職種の情報を得ようとした場合に細やかな状況やその状況の背景など理解しにくいこともあり、実際の医療現場では、他職種の 2 者が対面的なコミュニケーションを行って

いる場面をよく見かける。また、定期的にチームを構成する専門職者が集まるカンファレンスによって、情報は共有され、チームとしての方針の決定や目標の共有化が行われることも重要度が高いといえる。

1.2 他職種間で行われる連携としてのコミュニケーションの困難性

吾妻ら(2013)は、チーム医療を実践する看護師が感じる困難性として「職種間で求めていることが異なっているため、スムーズに機能しない」「専門職特有のこだわりが壁となり譲ることができない」「お互いに遠慮がある」「自分自身の考えを伝えることがとても難しい」等の点を示している¹³⁾。細田(2012)は、チーム医療の医療者の認識と実践から4つの志向性を示し、その中に高い専門性を活かしたいという「専門志向性」があることを指摘している¹⁴⁾。この「専門志向性」が強まる現象が「専門職特有のこだわり」と感じられていることが考えられる。「壁」や「遠慮」といった表現から、他職種との連携としてのコミュニケーションに困難性を感じその要因を対人関係の問題として捉えていることが推測される。しかし、役割の違う他職種が違う考えを持つことは当然のことであるため、「自分自身の考えを伝えることがとても難しい」とあるように、考えの異なる他者とどのように考えを共有するのかという情報を共有するためのコミュニケーションに課題があると考えられる。

遠藤ら(2012)は、看護師に対するインタビュー調査からチーム医療を実践する看護師に必要とされる能力として『効果的なコミュニケーション』を挙げ、「自分の考えを適切な形で表現し相手の理解を得る能力」「観点の相違や類似点について話し合う能力」「必要な情報を交換する能力」等を示している¹⁵⁾。この報告からもチーム医療の中では、他職種との認識の違いを前提に情報を共有することや意見交換によって目標を共有することが連携を促進させることにつながると考えられる。連携に影響する、他職種間の情報の共有の過程にはどのような課題があるのか、情報共有化としてのコミュニケーションのプロセスからその課題を考える。

1.3 他職種・多職種連携における情報共有化としてのコミュニケーションに関する先行研究

医学中央雑誌 web 版において、多職種連携が主となるメジャーキーワードで検索する(2019年8月に検索実施)と実に5万7千件以上の研究報告が示され、その研究のほとんどはチーム医療が推奨されるようになった2000年以降に発表されている。こ

の研究報告の種類を原著論文、総説に絞り、さらに期間を2014年から2019年の5年間に絞ると1,749件の文献が抽出され、この論文の抄録を概観すると、多職種連携による治療効果や多職種連携の概要を報告したものが多く、報告者の職種は医師、看護師、保健師、リハビリ職者、薬剤師、管理栄養士、検査技師、社会福祉士、精神保健福祉士、心理士、歯科医師などであった。研究フィールドはチーム医療が展開される病院が多いが、在宅や施設においても多くの研究報告がなされていた。研究報告数の多さから、医療の様々な分野において、多職種連携には大きな関心が示されていることが伺える。

前述した1,749件の論文の中、抄録内に「情報、共有」のキーワードが入ったものは228件であり、情報共有のための連携書の作成やシステムの導入に対する報告や多職種連携に対する認識調査が報告されていた。このうち認識調査では、質問紙による調査やインタビュー調査によって、「情報共有の迅速さ」、「他職種間の情報共有」、「カンファレンス運営」、「他職種間の認識」、「チームの一員としての認識」、「知識不足」などのキーワードによって多職種連携の要因や課題が示されていた。鶴飼ら(2016)は看護職者と介護職者にインタビュー調査を行い「連携能力の個人差」、「情報を共有することが困難」、「全体像の把握が困難」、「方向性を見いだすことが困難」、「知識不足による学習の必要性」、「連絡への躊躇」などの課題を示している¹⁶⁾。多次ら(2017)は、「看護職同士での関わりの少なさ」、「他分野の看護を知る機会の少なさ」、「他分野の看護に関する理解不足」が課題であると報告している¹⁷⁾。大谷ら(2017)は症例報告の中で、多職種カンファレンスにおいて、退院に向けて取り組まれるべき課題の優先度が職種により違うことを報告している¹⁸⁾。

多職種連携に関する研究報告は多く、多種多様な職種が様々な職場において報告している中、効果的な連携においては他職種間の迅速な情報共有が重要であり、情報共有の手段として電子カルテ以外のカンファレンスを含めた対面的なコミュニケーションが有効であることが示されている。そのため情報共有の課題には「他職種間の情報共有」「カンファレンスなどの対面的なコミュニケーション」「職業の違いによる知識や認識の違い」といった共通性があることが推察されるが、他職種との情報共有に関する研究は質問紙やインタビュー調査が多く、対面的に行われる情報共有化を目的としたコミュニケーションの実態は明らかとなっていない。

第2章 情報共有化コミュニケーションモデルとその分析

2.1 理解過程のコミュニケーションモデル

他職種間の連携に必要とされる対面的なコミュニケーションの課題を明らかにするためには、コミュニケーションのプロセスを明らかにする必要がある。本研究においては、松尾(1999)のコミュニケーションモデルによる理解過程を用いて、情報の共有過程を説明する。松尾は、コミュニケーションにおける情報の共有化の過程を理解過程としてメンタルモデルを中心に説明している。メンタルモデルとは、理解のために一時的に作られる仮説的な枠組みであり、理解過程とはこの仮説を検証している過程であると説明している¹⁹⁾。

送り手が伝達した情報を受け手が共有し理解したときにコミュニケーションは成立する。送り手は、伝達すべき情報のメンタルモデルを形成し、言語などの手段に置き換えて伝達する。受け手は、受け取った情報から知識や経験、文脈を手掛かりにメンタルモデルを形成する。この時に受け手が形成したメンタルモデルと送り手のメンタルモデルが一致した時に情報は共有化され受け手は送り手の伝達した情報を理解したことになる。

2.1.1 メンタルモデルの共有化とは

2人の主婦の会話の場面を例にしてこの理解過程を説明する。Aは主婦で夕方になると近所のスーパーで買い得な食材を買って夕食をつくるのが日課となっている。隣に住むBも主婦で子どもが小さくスーパーには毎日行かないが、Aと同様に買い得な買い物に関心を持っている。ある日の夕方、Aがスーパーの帰りにBに「今日、100円だったわよ」と声をかけた。するとBは「もしかしてキャベツ？」と返事をした。Aは「そうよ。今ならまだ残ってたわよ」と返した。この会話の例では、Aが形成しているメンタルモデルは「すぐにスーパーに行けば、今日は買い得のキャベツが購入できる」ということであり、そのことをBに伝えたときのやりとりである。

この場面をBの理解過程のプロセスとして説明する。Bは「今日、100円だったわよ」という情報からAが何を伝えようとしていたのか(Aのメンタルモデル)推測しながらB自身のメンタルモデルを形成していく。Aが毎日この時間帯に買い物に行くことを知っていたため、「100円」という情報は近くのスーパーの何かの値段であると

推測した。B は前日までの状況からそれが「キャベツ」であると予測し言語的に「もしかしてキャベツ？」と確認したところ、A の情報との一致を示す「そうよ。」という返事を得て「今日の買い得品はキャベツが 100 円である」ということを理解した。加えて「今ならまだ残ってたわよ」という情報から、B は、「すぐにスーパーに行けば、今日は買い得にキャベツが購入できる」というメンタルモデルを形成できた。これで B のメンタルモデルは A のメンタルモデルと一致し、B は A が伝えたいことを理解したといえる（図 1）。

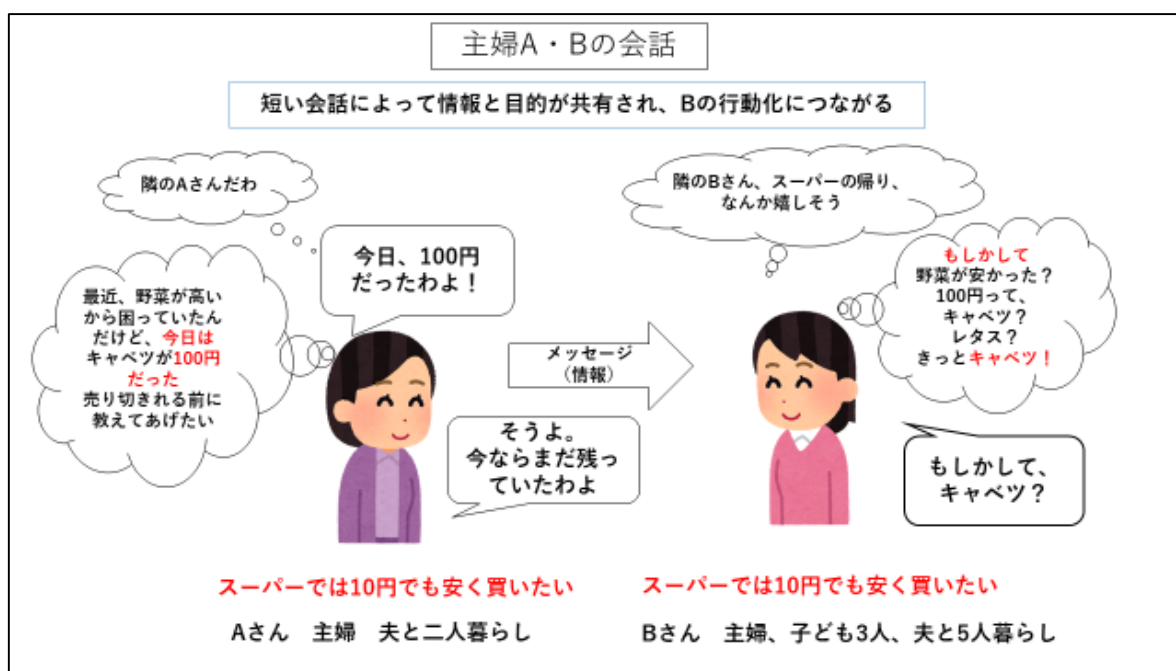


図 1 買い物習慣が同じ主婦 A・B の会話ではメンタルモデルがうまく一致する

2.1.2 状況の共有

この場面の特徴として、2 人の会話は短く、情報量は少ないが情報は共有されている。少ない情報で 2 人のメンタルモデルが一致した理由について、理解過程に影響する状況的要因（コンテキスト）を用いて説明する。杉本（2005）はコンテキストについて、文脈という概念を超えた、影響力をもつ要素であり、正確な意味の解釈にはコンテキストの理解が不可欠であると述べている²⁰⁾。そして、私たちは日常のコミュニケーションは「これは説明しなくても相手は知っていること」、「これは相手はまった

く知らないだろう。だから丁寧に説明することが必要だ」といったアセスメントを絶えず行い、それに合わせた話し方をしていると説明している。A の言語情報には「キャベツ」という物の名前が入っていなかったが、B は理解できている。この場合において、A はキャベツの値段であると言わなくても相手にはわかると判断したため省略したと推測される。B は前日までの状況から「キャベツ」であると推測できたため、短い会話で情報は共有化された。

このように状況が共有できるためには、両者がある程度共有した価値観や共通した目的を持っていることが必要である。この例において、2人の主婦は「近くのスーパーで買い得品を買う」といった目的を共有しているため、「買い得品」の状況の情報が共有されたことで「買いに行く」という共通の目的を達成するためのメンタルモデルの共有につながっている。

2.1.3 目的の共有

しかし、同じ主婦でも、価値観が異なり、目的が共通していなければ、上記の例のようにはうまく状況が理解できず、メンタルモデルの共有も進まないであろう(図2)。例えば、同じ主婦でも仕事を持ち買い物は週末にまとめ買いをしていると、毎日のようにスーパーに行って買い得品を探して買い物をするという習慣がない。そのような主婦(C)に「今日、100円だったわよ」と声をかけたとしても、それがキャベツの値段であることや買い得品であると推測することは困難だと予測される。また、「キャベツが100円だった」と直接的に言われても、100円だったとしてもわざわざ買いに行こうとは考えないため、自分の目的と一致しない情報であるため、なぜそのような情報を伝えられたのか疑問に思い、会話は違った方向に向かう可能性もある。この場合、情報が共有されてもCの目的に役立つ情報ではないためメンタルモデルの共有にはつながらない。

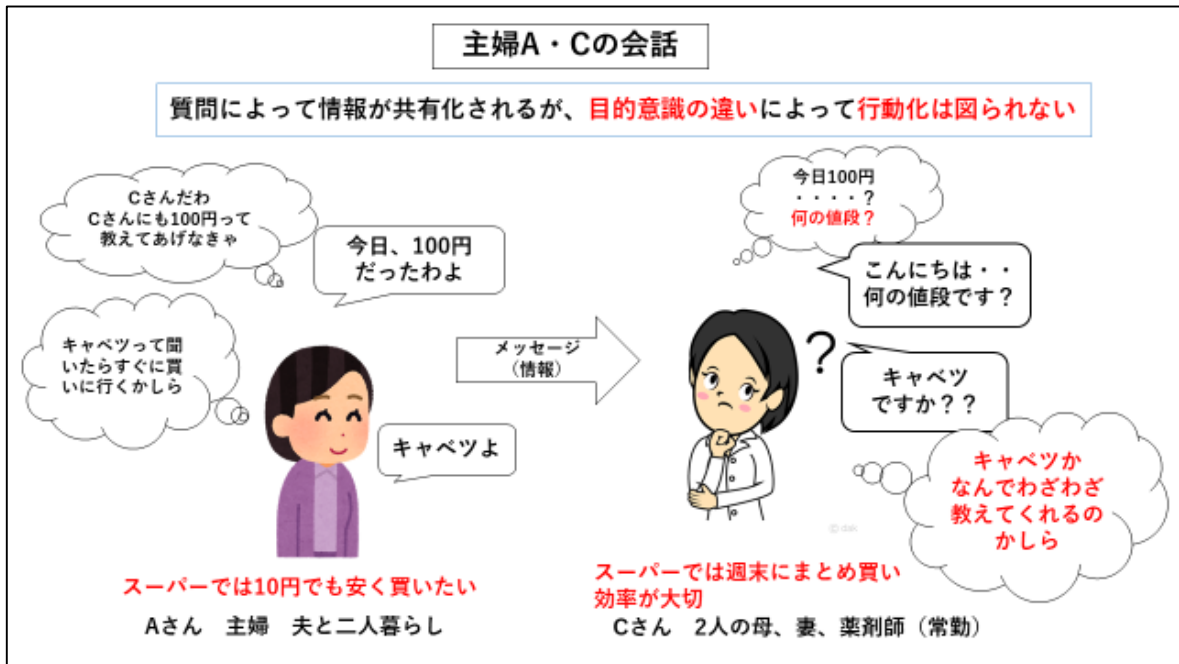


図2 買い物習慣の異なる主婦A・Cの会話ではメンタルモデルがうまく一致しない

医療現場での多職種間の連携においては、目的の共有がより重要となる。当然、医療チームの一員として、受け持ち患者の状況に的確に対応するといった大きな目的は共有されている。しかし、専門性の違いによる業務の分担は、役割や目的には違いがあることを意味する。この一見矛盾したように考えられる状況を、前述したAとCの例で説明する。主婦として、食事を作るための買い物を行うこと、できれば買得品を買うという大きな目的は共通している。しかし、毎日買得品を買うというAの目的と週末に一度だけまとめて買いをするCの買い物に対する行動の目的は異なり、行動化に必要な情報も異なっている。

チーム医療においては、専門性の違いから業務は分担され、患者にかかわるケアには違いがある。一つひとつのケアにはそれぞれに目的があり、ケアを通して得られる情報も異なる。よって、一つひとつのケアの目的を果たしながらも、そのケアが大きな目的に向かっていくことを各専門職種間で共有することが重要である。各専門職者がチームの一員としての役割を果たすためには、分業によって得た情報の中から共有すべき情報を選択して他職種にわかるように伝え、他の専門職からも情報を得て理解しながら、必要に応じてケアは協力される。各専門職の一つひとつの行動化としてのケアは、情報の共有によって統合され、大きな目的としての医療となる。

2.1.4 提案する連携としての情報共有化コミュニケーションモデル

前述したように理解過程としてのコミュニケーションは、送り手が伝達すべき事柄のメンタルモデルを形成し、言語などの手段に置き換えて伝達した情報を、受け手が知識や経験、文脈を手掛かりにメンタルモデルを形成し、両者のメンタルモデルが一致した時に、情報が共有化され理解は成立する。

送り手がメンタルモデルを形成する過程では、受け手がすでにどの程度の情報を知っているのか予測し、すでに知っている情報は省き、全く知らない背景に関する情報があれば新たに加えるなど相手のコンテキストに合わせてながらメンタルモデルを形成する。そのため、情報を共有する2者が日常的に情報を共有している場合には、相手のコンテキストの予測が容易であり、メンタルモデルは共有しやすい。しかし、伝える相手と日常的に会話をしていない場合には、相手のコンテキストの予測は困難でありメンタルモデルが共有されにくいことになる。

前述の主婦の会話例では、買い物に関する会話であり、お互いのコンテキストはある程度共有しているため、少ない言葉だけでのやりとりでメンタルモデルの形成が可能であった。しかし、本研究で目的としている多職種間の連携の場合、すぐにメンタルモデルが形成できないことも少なくない。

受け手がメンタルモデルを形成できない場合には、質問や確認によって情報を補足しながらメンタルモデルを形成する。とくに専門的で複雑な情報を共有する場合には、質問や確認などの応答を繰り返しながら、状況につながる背景を情報として共有するなど系統的にメンタルモデルを形成していくことも必要となる。つまり、状況をはっきりとお互いに共有することが大切となる。

さらに連携を目的としたコミュニケーションの場合、状況の共有がなされ、理解としてのメンタルモデルが一致しても、何が問題で何を目的として連携するのかが共有されなければ、具体的にどのような行動を行いどのように協働していくかにつながらない。つまり、状況の共有、問題の共有、連携の目的が共有されていない場合には、情報のメンタルモデルが一致しても、なぜこの情報が伝えられたのかと疑問に感じ協働にはつながらない。

したがって、連携が成立するための情報共有化コミュニケーションの過程では、双方のメンタルモデルが一致するまで応答的な情報の伝達が繰り返され、状況が共有化され、情報としてのメンタルモデルの一致だけではなく、問題が共有され、連携の目的としてのメンタルモデルも一致していることが重要となる。

そこで、本研究では、連携としての情報共有化のコミュニケーションモデルを、次のように提案する。理解過程のコミュニケーションモデル（松尾、1999）では、知識

や経験、文脈を手掛かりにメンタルモデルを形成し、両者のメンタルモデルが一致した時に、情報が共有化され理解は成立するというモデルであった¹⁹⁾。連携が必要な場合、状況の共有化が重要であり、そして問題がどこにあり、そのためにはどのようなことをなすべきかという目的が共有されなければならない。そのため、コミュニケーションモデルの中に、メンタルモデルを形成するために、状況の共有化、問題の共有化、目的の共有化を重要な要素とする必要がある。

2.1.5 連携のための情報共有化コミュニケーションモデル

職種異なる2者の連携を目的としたコミュニケーションを例に連携のための情報共有化コミュニケーションモデル(図3)を示す。送り手は、患者の現在の状況から、何が問題となるのかアセスメントを行う。アセスメントに際しては、送り手が有している情報、知識、過去の経験から問題を焦点化する。その問題を解決するために、何を目標として、他職種と協働すべきかといった「連携」のメンタルモデルを形成する。このメンタルモデルを協働しようとする他職者(受け手)と共有させるためにコミュニケーションを行う。情報共有化のコミュニケーションはこの連携メンタルモデルを共有することが目的である。

コミュニケーションでは、情報をすべて他職種(受け手)に伝えるのではない。他職種と共有すべき「情報」について、何が共有できていないのかを考えた上で、必要な情報を言語的なメッセージとして伝達する。その際に、伝えられるメッセージは、連携のための状況(S)、背景(B)、アセスメント(A)、提案(R)が伝達されると考えられる(この4つの要素はSBARと言われ、詳細は後述する)。Sは、送り手がどのような状況を把握したのか、そして、その背景には何があるのか(B)は、送り手の知識や経験に基づくと考えられる。その状況や背景において何が問題であるのかがアセスメント(A)として伝えられ、何を目標として連携として他職種である受け手に何をしたいのかを提案する(R)ことになる。ただし、その中ですでに共有されているものがあれば、実際にはメッセージとしては省略される。

メッセージを受けた他職種は、伝達されたメッセージを解読する過程でどのような状況なのか、何が問題なのか、何を目的としてどのような対策を行うのかといった連携メンタルモデルを形成させ、必要に応じて質問や確認を加え、メンタルモデルを構築していく。このやり取りの中で、送り手側の連携メンタルモデルも修正が加えられ、再構成されることもある。そして、情報の送り手の連携メンタルモデルと情報の受け手の連携メンタルモデルが一致した時に連携のための情報は共有化されたといえる。

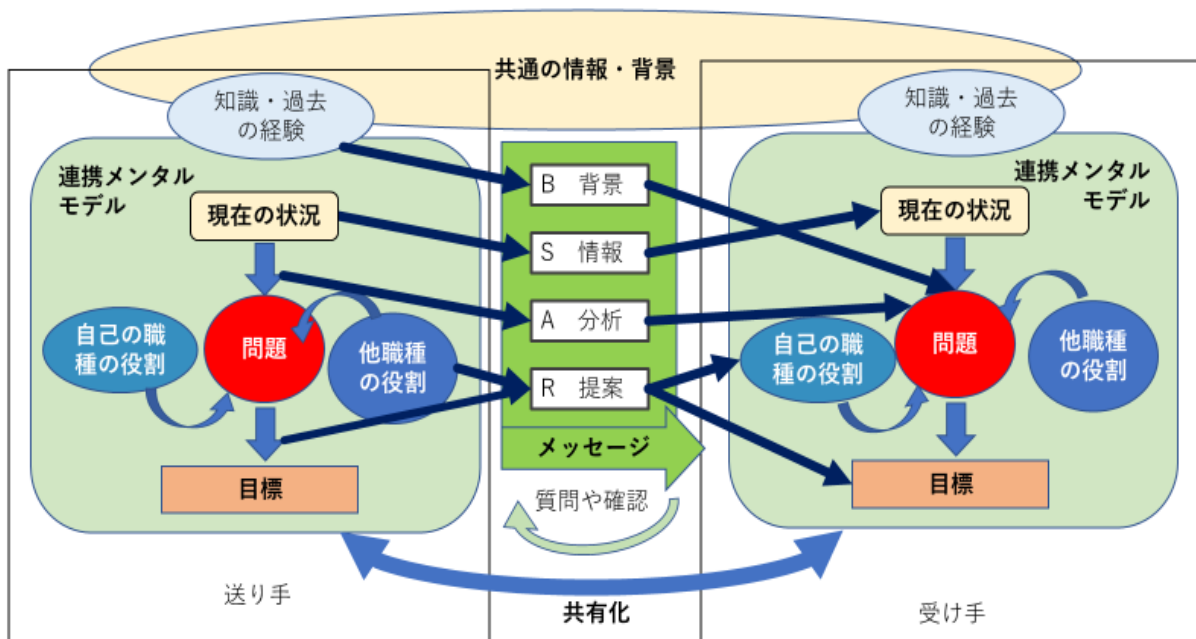


図3 連携のための情報共有化コミュニケーションモデル

2.2 コミュニケーションから行動化までのプロセス

情報の共有過程について述べたが、次に連携が促進されているといえる状態は、どのような状態といえるのか、そのプロセスを考える必要がある。まずは、医療以外の例から連携のプロセスを示す。

2.2.1 一般的な連携のプロセス

商品を製造し販売する会社において、消費者から商品に対するクレームがあった場合には、迅速に対応する必要がある。

たとえば、小売店が消費者から「買ったミキサーが動かない」といったクレームを受け、製造会社の営業責任者は商品の交換で対応した。その後、製造会社の営業責任者は、この不具合が商品全体に及ぶものであった場合には、会社の信用にかかわる大きな問題であると考え、会社の本部長に報告した。本部長は、この段階では何が問題であるのかわからないため、同じ商品に不具合がないか各製品の製造の責任者に調査を依頼し、同じようなクレームがないか全小売店に連絡し情報を収集した。

情報を分析した結果、すべての商品に共通した部品での不具合が見つかり、しかもその部品の不具合によってはミキサーの利用者が使用中にケガをする可能性があるとして判断されたため、この問題はすぐに会社経営者に報告され、臨時会議が開かれ、このままでは会社の信頼が喪失し大きな損失になると判断された。会社の信頼を回復するために会社の代表者が謝罪し、すべての商品を回収することが決定した。

2.2.2 連携を促進させるプロセス

このように、一般的な組織における連携では、役割の異なる複数の担当者（前の例では各製品の製造責任者）が存在し、何が起こったのか状況を把握するための対策が取られ、状況の報告が担当者間でなされている。この報告は異なる役割の担当者に「問題を伝達することを目的としたコミュニケーション」であり、コミュニケーションの目的は「問題の共有」である。

問題が共有された段階で、次に、解決すべき問題が何であるのか、「問題を明確にする」ための検討がなされる（前述の例では共通した部品の不具合が問題として明確になった）。実際には、問題が複数ある場合や多岐にわたる場合など問題が複雑な場合には、今、何を問題として優先すべきかの判断も必要となる。よってこの段階では、「問題の明確化」だけでなく「問題の焦点化」が必要となる（前述の例では、利用者のケガの可能性まで検討された）。

解決すべき問題が明確になると次に対策が検討されるが、この段階ではどのような状況を目指すのか目標が決定される（前述の例では、商品の全回収となった）。同じ目的に向かい目標が共有されることで、個々人の行動は集団の中では協働となる行動化につながる。

2.2.3 連携のプロセスとその各段階

連携するためには、情報共有化のためのコミュニケーションが必要であり、そのためのコミュニケーションモデルを提案した。コミュニケーションによって他者とメンタルモデルが共有され、共通した目標に向かって行動化がはかられることとなる。その行動化に至るまでには、上記の例のようにいくつかの段階を経ていくことになる。ここで、そのプロセスと各段階は以下のように整理することができる。

【連携が促進されるためのコミュニケーションの4段階】

1. 「問題の枠組みの共有化」の段階

集団の中で役割が異なる場合には体験が異なり、持っている情報も異なるため、相互で情報を共有しながら同じ目標に向い行動化をはかる。そして、状況が変化した場合、特に問題が生じた場合には、どのような状況が生じているのか、なぜそのようなことが生じたのか、その背景について情報を共有する必要がある。

2. 「問題の焦点化」の段階

何らかの問題が生じた場合には、複数の問題が同時に生じている状況や問題の状況が多岐に渡るなど複雑な状況が生じていることがある。この場合には、今、何を問題として優先すべきか「問題の焦点化」を図る必要がある。

3. 「目標の共有化」の段階

問題が共有されると、解決するための行動化に進むが、個々人がそれぞれに違った方向の目標に向かうと集団の効率は下がるため、行動化の前に目標を共有する必要がある。何を目標とするのか、達成可能で現実的な状況を判断し、明確に示すことで目標は共有される。

4. 「行動化の提案」の段階

同じ目標を目指す中で、役割に応じて行動化の内容は異なる。それぞれがどのような役割を担うのか、協働となる行動では、何を協力するのか、行動を具体的に示し提案することで、何をすべきか理解され行動化は促進される。その結果、集団として効果的な行動化につながる。

2.2.4 医療における連携のプロセス

上記のプロセスと段階は、医療における連携のプロセスにも当てはまる。

医療連携を行うには、まず、職種異なる2者間で情報を共有し、何が問題なのかを両者が理解することから始まる。そして、何をすべきなのかを目標として定め、具体的に必要な行動をすることが求められる。

例えば、入院患者が処方された降圧薬である錠剤を袋から取り出そうとして床に落としてしまったという状況があったとする。このとき、患者が薬を落としたという状況は「問題の枠組み」となり、この情報は共有が必要で、薬を床に落としたことを知

り得た看護師は連携している他職種者の作業療法士に伝える必要がある。

この状況から何を問題ととらえるのかは、職種によって異なる。看護師は、服薬時間が遅れ血圧のコントロールに影響することを問題ととらえ、薬を確実に服薬できることを目標として、看護師が薬を袋から取り出して、患者に渡す方法をとることが考えられる。一方、作業療法士は、薬を1人で取り出せなかったことが問題であるととらえ、患者自身が薬を確実に取り出すことができることを目標とし、取り出し方を工夫しリハビリテーションで訓練することが考えられる。このままでは「問題の焦点化」がなされていない。作業療法士は、患者に訓練を行うであろうし、看護師は薬を患者に手渡しをする。

ここで看護師と作業療法士の2職種の連携が十分でないと、患者が訓練によって確実に袋から薬を取り出すことができるようになっても、病棟では看護師が薬を袋から取り出すという状況が続く可能性がある。

2者が連携して「問題の焦点化」を図る必要がある。患者自身が薬を落として服薬せず血圧が上昇することは問題であるが、将来的なことを考えれば、患者自身で服薬できるようにすべきだと問題を焦点化することが考えられる。つまり、「患者自身が薬を取り出し確実に服薬できる」という目標が共有される。これが「目標の共有化」である。

この共有によって、作業療法士は薬を袋から取り出す訓練を患者に行い、看護師は、実際に薬を服薬する場面で、患者がひとりで薬を取り出し服薬するのを見守り、場合によっては補助をすることになる。このようにそれぞれの専門職者が役割に応じてどのような行動をとるべきかが明確になる。これが「行動化の提案」である。

職種の役割の違いから同じ現象に対する問題の捉え方は異なりやすいが、コミュニケーションによって何が問題であるのか問題の焦点化を行い、目標を明確に共有し、それぞれの役割に応じた行動をとり、連携がスムーズになされ、患者がひとりで服薬できると判断された時にこの問題は解決する。

2.3 コミュニケーションの分析の観点

ここまで、連携のためのコミュニケーションモデルを提案し、そのプロセスについても検討した。実際にコミュニケーションの分析をする場合にどのような観点から本研究で行うかをここで示す。本研究では、会話の分析を行い、その会話が連携のためのコミュニケーションになっているのかどうかを検討する。そのために、以下に示す2つの方法をとる。

2.3.1 SBAR による発話の分析

情報の共有化は医療連携において重要な要因であることについて述べた。つまり、情報の共有化としてのメンタルモデルの共有に至る会話がなされているかの視点で会話の内容の分析を行う。その際に、ここでは、SBAR (situation, background, assessment, recommendation)を用いる。

SBAR は、緊急時にわかりやすく報告するために用いられるコミュニケーションツールとして、アメリカの海軍において使われていたもので、それが医療の場面でも利用されるようになったツールである²¹⁾。SBAR では、緊急時に報告すべき内容が4つあるとして、その4つを的確に伝えることが重要なポイントとなる。

緊急時においては、まず状況(S:situation)を報告し、その状況の背景(B:background)を説明し、そのような状況に対してアセスメント(A:assessment)し、そのアセスメントによって何が求められているのか提案(R:recommendation)をする。医療の場面において、看護師が医師に何らかの指示(処方や措置など)を求めようとする際、まず、看護師が気になっている患者の症状・状況を報告するが、これが Situation である。そして、その状況に至る経過、患者の基礎疾患など状況に関連する背景を説明するのが Background である。その状況をどのように評価するか(何かをすべきか様子をみるだけでいいのかなど)が Assessment である。そのアセスメントに対して、医師にどのようなことをしてほしいのかを提案するのが、Recommendation である。

状況(S)や背景(B)の説明を受けた上で、その状況をどう評価(A)しているのかを伝えられると、その提案(R)についての理解が深まる。医療連携において情報の共有は重要であり、これらの4つの要素が的確に伝達されることが求められる。

日常の会話では、共有されている情報は省略され言語化されず、共有化されていない内容だけが言語化される。前述の主婦の事例AとBのように、日ごろから情報が共有されている(高コンテキスト)関係性であれば、伝達される情報は少なくとも全体の情報は共有される。しかし、主婦AとCのようにコンテキストが低い状況下では、SBARの情報を伝えることでコミュニケーションが成立する。

主婦AとCの場面において、Aの会話をSBARを用いて分析すると以下のようなになる。

S(状況)「今日、近くのスーパーのキャベツが100円だったわよ」

B(背景)「最近、野菜が高いでしょ。今日は近くの農家が直売してるのよ」

A(アセスメント)「キャベツが100円って、最近ではかなり安いし、新鮮だからお買い得よね」

R(提案)「Cさんも忙しいでしょうけど、近くのスーパーだから今日は野菜を買いにいったらどうかしら」

このように、AがCにSBARの4つの要素をすべて説明することで、CはAのメンタルモデルが共有できると考えられる。

他職種間のコミュニケーションにおいては、会話中にSBARの内容が含まれているかどうかを分析することで、情報の共有化が図れ、メンタルモデルが共有できるような会話になっているかどうか分析することができる。ただし、すでに共有されている情報であれば言語化しないため、分析の際には、事前に何が共有されているかどうかを見極めていくこととなる。

以上のように、会話内容をSBARを用いて分析することで、情報共有化のメンタルモデルが構築されているかどうかを検討することが可能となる。

2.3.2 連携促進のプロセスの分析

上述したように、連携を促進するには4つの段階が考えられる。その4つの段階のプロセスがどう進行しているのかを分析する。会話の流れを連携のプロセスとしての4段階「問題の枠組みの共有化の段階」「問題の焦点化の段階」「目標の共有化の段階」「行動化の提案の段階」のどの段階にあたるのか、それぞれの段階において情報が共有化されているのかについて分析することで、連携としてのコミュニケーションがどの段階まで促進されているのか、あるいはどの段階で停滞したのか分析することが可能となる。

ここでは、次章で実際に分析する会話内容に即して具体的に示す。次章での会話は患者が退院して自宅に戻るために課題がないかどうかを職種の異なる2者が行ったものである。そこで、課題となるいくつかの主題（テーマ）についてやりとりがなされ、最終的に2者がどのようなことをなすべきか（行動化）が共有される必要がある。

1. 問題の枠組みの共有化の段階

患者は病気や障害によってさまざまな生活障害を持ち、退院に向けて自立した生活を送るには多くの課題がある。患者の背景や状況について情報を共有し、気掛かりな状況としての問題の枠組みを共有しているかどうか分析を行う。

2. 問題の焦点化の段階

患者が持つ多くの課題の中から、主題となる課題を選択し、何が問題であるのか問題の焦点化を図り、問題を明確にする。会話の両者で問題の焦点化がなされているかどうか分析を行う。

3. 目標の共有化の段階

病気や障がいの違いや患者や家族のニーズ、サポートの違い等によって患者一人ひとりの目標は異なるため、目標となる患者の状態を明確にする。会話の両者の目標が共有化されているかどうか分析を行う。

4. 行動化の提案

共有した目標に向けて、多職種が行動化の内容を明確にし、それぞれの役割に応じて提案し、ケアの共通性を共有する。個々でどのような行動をすべきなのかを明確になっているかどうかを分析する。

2.3.3 医療連携としての医療者間の発話分析の例

「2.2.4 医療における連携のプロセス」で説明した患者が内服薬を床に落とした事例の中の看護師と作業療法士の会話を例にあげ分析する。

1) 実際の発話

看護師「今朝、〇〇患者さんが内服を落としたんです。」

作業療法士「そうなんですね。左手の動きがあと少しですから。」

看護師「服薬が遅れてしまって、血圧が心配なので、リハビリ中に様子を見てくださ
い。」

作業療法士「わかりました。途中で血圧を測ります。」

看護師「明日から内服は看護管理にしようと思います。」

作業療法士「看護管理ですか。」

看護師「はい」

送り手である看護師は、患者が服薬の途中で降圧薬である錠剤を床に落としたという状況から、降圧薬が内服されず血圧がコントロールできないことが問題であると考え、確実に内服がなされることを目標とした連携のモデルを頭に描いて、作業療法士に連携を求めようとしてコミュニケーションを行っている。

2) 会話の分析

患者は高血圧が原因で脳卒中を発症し、現在は退院を目標にリハビリテーションを行っているという背景はすでに共有されているため、SBARの枠組みで考えると、背景(B)の発言は省略されている。今朝、朝食後に服薬する予定であった降圧薬である錠剤を床に落としたという「問題の枠組み」となる状況(S)を共有する段階からこの

会話は始まっている。

看護師「今朝、〇〇患者さんが内服を落としましたんです。」

看護師の連携メンタルモデルは、今朝、降圧薬を落としましたという「問題の枠組み」となる状況 (S) を作業療法士と共有することで、これからの血圧のコントロールの対策につなげたいと考えたことが推察される。

作業療法士「そうなんです。左手の動きがあと少しですから。」

作業療法士は、担当する患者が薬を落としましたという状況 (S) の情報と今までの患者のリハビリテーションの状況を想起し、この背景 (B) から、袋から薬を取り出すには「左手の動きが不足している」というアセスメント (A) を伝えたと考えられる。

ここでの作業療法士の連携メンタルモデルは、手の動きに合わせた服薬の動作を提案し、リハビリで練習することによって確実に服薬ができるようになると考えていると推測される。

看護師「服薬が遅れてしまって、血圧が心配なので、リハビリ中に様子を見てください」

看護師は、作業療法士のアセスメントに対して応答をせずに、降圧薬の服用が遅れると血圧がコントロールされにくいという問題が生じるという自らのアセスメント (A) を伝え、そのため他職種の役割としてリハビリテーション中に血圧を観察するよう具体的な提案 (R) をしている。

この段階では、2 者間のアセスメントおよびそれぞれが形成したメンタルモデルは異なり、「問題の焦点化」はなされていないと考えられる。

作業療法士「わかりました。途中で血圧を測ります。」

作業療法士は、看護師のアセスメント (A) から今日は血圧がコントロールされにくいという問題があることを認識し、提案 (R) に対して「リハビリテーションの途中で血圧を測る」という自分の役割 (行動化) を言語的に伝え確認したことが推測される。

看護師「明日から内服は看護管理にしようと思います。」

看護師は服薬が不確実であると「血圧がコントロールされにくい」ことを問題としているため、確実に服薬する方法として自己の職種の役割として看護管理を提案 (R) したことが予測される。

作業療法士「看護管理ですか。」

作業療法士は、疑問文ともとれるあいまいな発言をしている。これは、服薬を確実にを行うという看護師の役割を理解しながらも提案された内容が、患者自身ができることを増やすというリハビリの目的からは逸脱していたことから、すぐに同意できなかったことが予測される。しかし、このことについて言語化していない。

看護師：「はい」

看護師は自らが形成した連携のメンタルモデルが共有されたと考え、会話は終了した。

連携としてのプロセスについて

作業療法士は手のリハビリテーションを担当していることから「薬を落とした」という少ない情報だけですぐに状況（S）を共有したと予測される。よって、この場面では『問題の枠組みの共有化』の段階はスムーズであったといえる。

しかし、「薬を落とした」という情報（S）から看護師は「血圧がコントロールされにくい」ことを問題とし、作業療法士は「左手の動きの不足」を問題としていたことが推察される。内服薬が降圧薬であったことから、一時的に血圧のコントロールに注意する必要がある、このことについて作業療法士は理解したことで、看護師は問題が共有されたと考え確実に内服させることを「目標」として提案（R）したことが推察される。作業療法士は言語化していないが、袋から薬を取り出す際に左手の動きを工夫することで、患者自身が服薬行動を継続できることを「目標」と考えたことも推測される。

この場面では、2者のアセスメントには違いがあり、何が問題で何を目標とすべきかのメンタルモデルが一致していない。看護師は血圧のコントロールが重要だと考え、血圧のコントロールをするメンタルモデルを構築している。一方、作業療法士は、手の動きを改善することが重要だと考え、リハビリによる手の動きの改善のメンタルモデルを構築している。そのため『問題の焦点化』には至っていないと考えられる。よって、『目標の共有化』『行動化の提案』も共有されなかったと考えられる。

ただし、この会話の最後の段階では、作業療法士は看護師の提案を受けいれているため、不本意ながらも看護師のメンタルモデルと同じメンタルモデルを頭に描いたと考えられる。作業療法士としては、自分のメンタルモデルを看護師に理解してもらい、連携を促進したいという思いがあったと思われる。

では、どのような連携としてのコミュニケーションを補えば連携が促進されたといえるのか考察する。

作業療法士は「薬を落とした」という問題の枠組みとなる状況（S）から服薬動作をするには左手の動きが不足していることが問題と認識し、リハビリによって手の動きを改善させるというメンタルモデルを構築し、「左手の動きがあと少しですから」と状況（S）を説明した。しかし、看護師はこの状況（S）に関する情報だけでは作業療法士の手の動きを改善させたいというメンタルモデルを構築できなかったため、服薬を看護管理とするという提案をしている。

よって作業療法士は「目標」を共有する段階で服薬の確認を行うことは重要である

が看護師が服薬行動をすべて補うリハビリテーションの目的から逸脱するというこ
とを言語的に伝え、看護師には「袋から薬を取り出す際に左手の動きの部分のみを介
助し服薬を確認する」という役割を提案する必要性があった。

この説明により看護師はこの問題に関する新たな連携メンタルモデルを形成するこ
とができ、単に服薬の有無を確認するのではなく左手の動きに着目することで服薬動
作について作業療法士と情報を共有し患者自身が確実に服薬できるという解決に向け
て連携することができる。

このように他職種間で共通の連携メンタルモデルを形成することで医療の効率化を
めざした医療連携が促進されると考える。

2.4 現場でのコミュニケーション場面の分析の必要性

これまでの医療連携に関する研究は、質問紙やインタビューによる研究が多いため、
医療者が認識しているコミュニケーションの課題が報告されているにすぎない。しか
も、医療者は情報共有コミュニケーションのプロセスについては教育されていないこ
とが多く、会話をしている医療者が正しく自己評価し、コミュニケーションの課題を
抽出することは難しい。よって、実際におこなっている報告や説明を通じたコミュニ
ケーションのプロセスを分析する必要がある。しかし、実際にコミュニケーション
場面を分析し、何が問題となっているのか明らかにされた研究は見当たらない。

そこで、本研究では、医療において連携を目的におこなわれる医療者間のコミュニ
ケーションの特徴と課題を明らかにすることを目的に、実際の医療者間の会話をプロ
セスレコードの手法を用いて可視化させ、連携のプロセスの過程において、情報が共
有化されているかメンタルモデルの一致過程について分析する。分析には、上述した
ように、メンタルモデル共有のための会話内容の分析には **SBAR** を用い、さらに問題
が焦点化されて連携の行動化に至るプロセスまでコミュニケーションが至っているか
を分析する。

このような分析を通して、どのようなコミュニケーションが求められるのかを明ら
かにし、医療者の多職種連携が効果的になされるようなコミュニケーションのあり方
の提言を行いたい。

第3章 実際の医療における連携を目的とした情報共有化

コミュニケーションの分析と課題

上述したように、連携を目的としたコミュニケーションにおいては情報の共有化が重要となる。そこで本章では医療の実際でおこなわれる連携を目的とした他職種間の会話をプロセスレコードの手法を用いて可視化させ、連携のプロセスの過程において、情報が共有化されているかメンタルモデルの一致過程について分析する。

また、どのような情報が共有されるのか会話内容の分析には SBAR を用い、さらに問題が焦点化されて連携の行動化に至るプロセスまでコミュニケーションが至っているかを分析する。

これらのことから医療の効率化をめざした連携に求められるコミュニケーションについて検討する。

3.1 研究方法

1) 分析対象病院

チーム医療の中で連携を目的とした対面的な会話が日常的におこなわれる医療現場として回復期のリハビリテーション病院 A を対象とした。A 病院の施設代表者に研究の目的を説明し研究協力の同意が得られた上で実施した。

A 病院は、内科、整形外科、リハビリテーション科の診療科を有し、入院病床は 145 床である。また、同法人に人間ドック、産業医活動などの健診センターや老健施設、訪問看護ステーションを有する複合施設としての特徴を持つ病院である。

病院での他職種との連携としては、ナースステーション内において看護師は同じ患者を担当するリハビリスタッフを見かけると声をかけ情報を交換していた。また、看護師は交代勤務を行うため、同じ患者を受け持つリハビリテーションスタッフと毎日会うことはない。そのため、勤務が合う日には情報の共有を目的に対面的な会話を行っていた。

2) 分析対象者

病院看護管理者および病棟管理者と検討し、研究対象者は他職種と連携する機会の多い看護師とリハビリテーションスタッフとした。具体的な職種としては、看護師、

理学療法士、作業療法士である。

A 病院に勤務するすべての看護師、作業療法士、理学療法士を対象に研究目的と内容について口頭と文章によって十分な説明をおこなった。書面による同意が得られた看護師 4 名、作業療法士 2 名、理学療法士 2 名を研究対象者とした。

リハビリテーション病院において、これらの職種は以下のような役割を持っている。

病棟看護師 (Ns : Nurse) は、医師の治療計画の基に患者の病状管理を行い、病棟で生活する患者の機能障害に合わせた生活支援を行う。24 時間連続的に支援をするために看護師間のチームを形成して日勤、夜勤のローテーション勤務をする。

理学療法士 (Pt : Physical Therapist) は主に運動療法により、患者の基本動作 (座る、立つ、歩くなど) の回復・維持を目指して身体機能にかかわるリハビリテーションを実施する。

作業療法士 (Ot : Occupational Therapist) は、患者の日常生活 (食事、入浴、排泄など)、家事、趣味などの活動 (作業) の維持・向上を目指して、運動、認知機能、社会適応などにかかわるリハビリテーションを実施する。

3) コミュニケーション場面の設定とデータ収集の方法

研究対象者である看護師とリハビリテーションスタッフが日勤となる日程で、病棟内リハビリテーションが終了する時間を設定し、研究者の同行のもと日常的に行われる会話をカンファレンス室で行った。カンファレンス室を利用したのは、他者からコミュニケーションが中断するようなことがない状態とするためである。

事例の検討の始まりから終了までの会話を研究対象とし、所要時間は 10 分程度とした。会話の内容は、同意のもと IC レコーダーで録音した。

なお、非言語的情報については、研究者の観察法により、うなずきや首を傾げるなど明らかにコミュニケーションの反応と判断できる動作を記録した。

4) 面接の実施

会話終了後、会話の目的が何であったのか、専門用語等のわからない用語がなかったか、全体的な満足度、質問や確認、経験年数等に関する項目で構成した半構造化面接をあらかじめ作成したインタビューガイド(別紙 1)に沿って実施した。

5) 倫理的配慮

今回の研究で対象とする他職種 2 者による連携のための会話場面では、患者のプライバシー保護のため、患者の基本情報は、紙媒体を使用し、患者の個人情報が音声として IC レコーダーに録音されないよう留意した。また、逐語録の作成において氏名などの個人情報は匿名化とするため、個人が特定されることはないようにした。

なお、本研究は福岡学園倫理審査委員会の承認および研究対象者の所属施設の倫理審査の承認を受け実施した。

3.2 分析方法

3.2.1 会話分析の手法

会話を基にした分析として、エスノメソドロジー (ethnomethodology) を基盤とする分析が社会学や教育学、心理学、医療の領域等で活用されている。エスノメソドロジーとは、社会に生きる人々の行為の自然な秩序性の生成に着目し、その方法論的基盤を解明しようとする研究である²²⁾。会話の詳細が会話をしている対象者と同様に分析者にも観察可能であることを仮定するため、会話分析に用いられるデータはトランスクリプト（会話の記録）と呼ばれる時系列に沿って正確に会話を再現したものが用いられる²³⁾。

トランスクリプトは、会話の記録であるが、それを分析することによって会話で意図している話者の行為や思考の分析が可能となる。秋谷ら（2019）は分析の例えとして、ハンバーガーショップの店員が客に「いらっしゃいませ」と声をかけると、客は店員の方向に歩いて来るという現象から、「いらっしゃいませ」と発することには言葉の意味以外に、自分の方向に誘導するという意味が含まれていると説明している²⁴⁾。このように、実際に発した言葉や反応、会話の順番性を正確に再現し、その反応の意味を分析することで、会話中の言葉の概念以外に相互作用や秩序を見出すことが可能となる。

たとえば、戸江(2014)は、子育てひろばに集まる母親同士の会話によって、子育ての不安が低減される現象に注目し、言語分析によって母親たちが親しくなっていく社会的なプロセスを解明したことで、子育てひろばを運営するスタッフの支援の在り方に対する示唆を得ている²⁵⁾。

医療においては、患者との相互作用を分析するために会話分析が行われることが多い。和智ら（2015）は、共感的に寄り添うことが求められる助産師のどのような行為が寄り添うケアとなるのか解明するために、授乳支援場面をエスノメソドロジーにより分析し、助産師の姿勢を伴う指示によって母親が授乳できた成功体験が肯定的な共感性を生じていることを示した²⁶⁾。

また、看護の基礎教育では録音ができない状況にあってもプロセスレコードと呼ばれる会話の場面を再現した記録方法によって、患者と学生の相互作用を分析し、コミュニケーション教育として用いられている²⁷⁻²⁹⁾。

3.2.2 本研究の分析方法

本研究においては、リハビリテーション病棟において看護師とリハビリスタッフが医療連携を目的として会話した内容を録音し、発話の内容や時系列をそのままに逐語録を作成し、観察で得られた言語以外のうなずきやカルテを見る動きなどを加え、会話の場面の再現となるプロセスレコードと同様の形式のものを作成した。

トランスクリプトとして忠実に再現した他職種の2者の会話を元に、会話として行われている医療者間の連携のプロセスを解明するために、発した言語の意味とその言語の反応としての言動の意味がSBARの情報の何にあたるのか、他職種と連携するために形成される連携メンタルモデルがどのように共有されているのか、以下の視点で分析した。

【会話分析の視点】

1. 他職種2者間でどのような情報が共有されるのかSBARを用いて分析する

コミュニケーションの過程で、他職種間でどのような情報が共有されるのかSBARを用いて分析する。本来SBARは緊急時の報告の際に用いられ、簡便化、迅速さ、正確さが重要となる。しかし、今回分析する医療場面は、リハビリテーション病院における退院支援であり、患者の抱える課題は多く複雑であるという特徴がある。そのためアセスメントは状況の要因以外に何を優先して対応すべきか、問題の焦点化がなされるうえで重要となる。したがって、SBARの各要素については、以下のように考え、分析する。

S：話題の主題となる気がかりな症状・状況

B：状況(S)に関連する背景となる情報

A：なぜその状況(S)になったのか(要因)、なぜ問題となるのか(成り行き)、何を問題とするか(協働としての優先性、解決の可能性)

R：協働目的で行われる他職種への依頼

2. 他職種2者間で共有された情報が医療連携のどの段階にあたるのか分析する

他職種間で「共有された情報」が医療連携の段階モデルの「問題の枠組みの共有化の段階」「問題の焦点化の段階」「目標の共有化の段階」「行動化の提案の段階」のどの段階にあたるのか分析することで、2者間の連携メンタルモデルの共有が促進しているのか、あるいは停滞しているのかについて分析する。

3.3 結果 ～会話の分析～

研究の同意が得られた看護師 4 名と作業療法士 2 名、理学療法士 2 名によって、実際の病棟において他職種と連携を目的に 2 者間でおこなわれた 4 場面の会話をデータ化した。各場面ではいくつかの話題についてコミュニケーションがなされている。

それぞれの場面においていくつか共通した点があり、1 つめは、職種の異なる 2 者は同じ患者を担当していること、2 つめが、担当する患者は高齢であり病気やけがによって何らかの障害を有しており、リハビリテーションを受けていることである。以下に 4 場面の概要を示す。

3.3.1 分析場面の概要

表 1 4 つの会話場面の概要

	職種 1	職種 2	会話の概要
場面 1	【職種】 看護師 【経験年数】 10 年目 【連携する他職種】 日常的に、医師、作業療法士、理学療法士、歯科衛生士、管理栄養士等と連携としての対面的な会話を行っている	【職種】 作業療法士 【経験年数】 1 年目 【連携する他職種】 看護師、理学療法士	【会話の目的】 担当する患者が近く自宅退院するにあたり問題がないか情報を共有する 【展開された話題】 ①入浴時の洗体動作 ②退院後の洗面動作 ③退院後の血圧管理と安否確認 ④外出時の安全対策
場面 2	【職種】 看護師 【経験年数】 1 年目 【連携する他職種】 日常的に、医師、作業療法士、理学療法士、と連携としての対面的な会話を行っている	【職種】 作業療法士 【経験年数】 2 年目 【連携する他職種】 看護師、理学療法士	【会話の目的】 退院支援として、患者の自立度をあげるための情報の共有 【展開された話題】 ①内服の自己管理方法 ②血圧の自己測定の可能性 ③排泄を自立へ

場面3	【職種】 看護師 【経験年数】 12年目 【連携する他職種】 日常的に、医師、作業療法士、理学療法士、歯科衛生士、管理栄養士等と連携としての対面的な会話をしている	【職種】 理学療法士 【経験年数】 7年目 【連携する他職種】 看護師、作業療法士	【会話の目的】 家族支援に向けて、患者の状況を共有する 【展開された話題】 ①意識混濁と筋緊張の強い患者の車椅子乗車 ②手指の拘縮の予防 ③病状に対する患者の夫の認識
場面4	【職種】 看護師 【経験年数】 15年目 【連携する他職種】 日常的に、医師、作業療法士、理学療法士、歯科衛生士、管理栄養士等と連携としての対面的な会話をしている	【職種】 理学療法士 【経験年数】 6年目 【連携する他職種】 看護師、作業療法士	【会話の目的】 リハビリテーションの状況と病棟での状況について情報の共有 【展開された話題】 ①震えによる歩行の危険性 ②日中、ひとりで過ごせるか ③ストロー付きのコップの利用

3.3.2 場面ごとの会話の分析結果

実際に発した言葉は「 」で示す。「 」以外の文章は発した言動を分析した結果であり、『 』は連携の段階を示す。

3.3.2.1 場面1の概要

研究対象者は、10年目の看護師と1年目の作業療法士である。職種の異なる2者は骨折のためリハビリテーション目的で入院している同じ患者を担当しており、近く自宅に退院することが決定したため、課題が無いかカンファレンスをおこなった。

カンファレンスでは、表1に示した通り、「入浴時の洗体の動作」、「退院後の洗面動

作」、「退院後の血圧管理と安否確認の方法」、「外出時の安全対策」の4つの点が話題となり、これらの点について、会話が展開していった。分析では、これらの話題ごとに切り取り、4つの場面に分け分析を行った。

3.3.2.2 場面1-① 話題「入浴時の洗体動作」分析結果

1) 話題となる担当患者の背景

体幹をひねる動作や前屈の動作に制限がある。退院が近く、日常生活動作を1人で行えるようになるためにリハビリをしている。

2) 場面の背景情報

医師からは入浴を1人で行ってよいという許可が出ていたが、看護師は、入浴動作の最終的な状況がわからなかった。

3) 実際の会話

看護師 「お風呂が自立だったんですけど、洗体とか、どうなったかわかりますか、最終的に。」

作業療法士 「洗体ですか？」

看護師 「はい」

作業療法士 「タオルとかが短くて、しゃがんで下がってたので」

看護師 「長いやつ」

作業療法士 「長いタオルを買ってきて、足にひっかけてこうするとできたので、普段こうやって洗ってもらっています。」

4) 会話の分析

SBARの枠組みで考えると、もうすぐ退院であるという背景(B)はすでに共有されており、動作に制限があるため入浴時にひとりで洗体できないという状況(S)も共有されていた。したがって、連携のプロセスでの『問題の枠組みの共有化』の段階はクリアしており、動作に制限があるということについてお互い認識をしていた。

タオルが短いと洗体が上手くできないという評価(A)から、何が問題であるのか『問題の焦点化』が会話の中で共有され、すでに行っている長いタオルを使って洗体する動作で対応してもらおうという提案(R)で解決がなされている。具体的な解決方法に関するメンタルモデルもすでに実施していることで共有がなされていた。

看護師 「お風呂が自立だったんですけど、洗体とか、どうなったかわかりますか、最終的に。」

看護師のメンタルモデルは、「入浴時の洗体が自分でできるかどうか」ということを尋ねようとしていたと推察される。

作業療法士 「洗体ですか？」

会話のはじまりは、『問題の焦点化』を行う段階に入っていると推察される。この時、作業療法士は、洗体ができるかどうかが問題となつたことが推察される。

看護師 「はい」

この返事で、看護師は作業療法士とメンタルモデルが共有されていると思つたと推察される。看護師は、患者が自分で洗体できているのか状況を聞きたかつたことが推察されるため、この時点で退院後に入浴時の洗体ができるかどうかという『問題の焦点化』は共有されている。

作業療法士 「タオルとかが短くって、しゃがんで下がってたので」

ここで、作業療法士は、タオルが短いため洗体が上手くいかないというアセスメント (A) を述べている。何か最終的に確認することがあるのであれば、細かく動作の説明をしたほうがいいと思ひ、何が問題なのかアセスメントしたことを説明したと考えられる。

看護師 「長いやつ」

作業療法士の説明により、患者の入浴時の動作では、タオルが短いとうまくいかないという問題に対するアセスメントが共有され、患者が自分で洗体する方法として長いタオルを使用するという患者の『目標』が共有されている。

作業療法士 「長いタオルを買ってきて、足にひっかけてこうするとできたので、普段こうやって洗ってもらっています。」

このやりとりで、両者のメンタルモデルは、前傾姿勢をとらなくても洗体ができる方法として長いタオルを使うことによって洗体できるということを共有できている。普段からそのように洗っているという内容から、この問題はすでに解決しているということが共有された。すでに行っている長いタオルを使って洗体する動作で対応してもらおうという提案 (R) で解決がなされた。

この話題の場合、会話に入る前に患者には動作に制限があるという情報 (状況) は共有されていた (『問題の枠組みの共有化』)。看護師が洗体について尋ねた段階で、すでに両者で、作業療法士は、入浴時の動作についての問題を打ち合わせればよいと思ひ、退院後の入浴で洗体することは可能かという問題の焦点化がすぐになされた (『問題の焦点化』)。具体的な動作として長いタオルを用いて行う方法を作業療法士が説明することで、目標 (長いタオルを使用することで洗体動作は自立できる) の共有化が

なされた（『目標の共有化』）。この具体的な動作はすでに実施していることであつたため、この会話の中では解決策は新たに提案されることなく、新しい行動化も必要ではなかつた（『行動化の提案』）。

この会話では、連携のプロセスもスムーズになされており、会話の中でも、ある程度共有がなされていることもあり、SBARの内容も伝達がなされている。

また、連携における各職種の役割は、この場面1が退院前のカンファレンスであるため、それぞれの職において明確に何かを実行するものではない。10年目の看護師と1年目の作業療法士であるため、看護師が指導的立場としての役割を果たしており、作業療法士がなすべき役割について看護師がアドバイスをしている状況となっている。なお、この点は、以下の場面1-②、③も同様である。

3.3.2.3 場面1-② 話題「退院後の洗面動作」分析結果

1) 話題となる担当患者の背景

場面1-①と同様、体幹をひねる動作や前屈の動作に制限があるが、退院が近いため、日常生活動作を1人で出来るようリハビリを行っている。

2) 場面の背景情報

作業療法士は、患者がコルセットを外して歯磨きした際に腰をひねったことを問題と認識し、姿勢について指導をしていたことを看護師に伝えていなかった。

3) 実際の会話

作業療法士「この前、コルセットをオフにされて、こうやって歯磨きをされてて」

看護師「そうそう、よじったらしくて痛かったって。」

作業療法士「痛いって言われてて、それで、一応禁忌肢位を確認して、こうちゃんと足まで そろえてから歯磨きをしてくださいとお伝えしたんですけど」

看護師「今度、家屋調査はいつだったっけ。」

作業療法士「家屋調査は、11月の○日です。」

看護師「その時に、そういう動作とか、家でなんか困りそうな、けっこうたぶん、洗面所に 椅子とかおくことないと思うから、座ったほうがいいんか、立位でずっとすると大変やけん、ちょっとだけ、丸椅子とかおけるやろ」

作業療法士「そうですね。」うなずきながら聞いている。

看護師「なんか、ちっちゃな丸椅子とか。」「11月？」

作業療法士「○日」

看護師「何時？」

作業療法士「あ、時間は、ちょっと。」

看護師「時間はわからん？じゃあ、ちょっとそこは後で確認しといてもらわんと。」

4) 会話の分析

SBAR の枠組みで考えると場面①-1 と同様にもうすぐ退院であるという背景 (B) は共有されていた。作業療法士が歯磨きの時に痛みが生じたという状況 (S) を説明している途中で、看護師も情報を共有していたことがわかり、説明を中断した。姿勢が崩れると痛みが生じる (A) というアセスメントは言語化されていないが、それぞれが姿勢を安定させる方法を提案していることからアセスメントが共有されていたことがわかる。作業療法士は立ったまま姿勢を安定させる方法を提案 (R) したが、看護師はアセスメントを言語化しないまま家屋調査の質問をしたため、話題が急に家屋調査に移ったように感じられた。椅子に座って姿勢を安定させる方法を提案 (R) するために、家屋調査によって自宅の洗面所の状況を確認するための質問であり、会話の流れはつながっている。

作業療法士「この前、コルセットをオフにされて、こうやって歯磨きをされてて」

作業療法士のメンタルモデルは、歯磨きの際に腰をひねったためどうすべきなのかと考えており、その問題の枠組みとなる状況を看護師と共有した方が良いと考え、このように説明したと推察される。したがって会話の始まりは『問題の枠組みの共有化』の段階であると考えられる。

看護師「そうそう、よじったらしくて痛かったって。」

看護師は患者からこの状況を聞き、すでに知っている情報であることを伝えており、この時点で洗面時に腰をひねるという『問題の枠組みの共有化』はなされている。

作業療法士「痛いって言われてて、それで、一応禁忌肢位を確認して、こうちゃんと足までそろえてから歯磨きをしてくださいとお伝えしたんですけど 」

作業療法士は、姿勢が崩れ体幹をひねる (禁忌肢位) ことで痛みが発生するというアセスメントから、患者の『問題』に対するメンタルモデルは、足をそろえて姿勢を保つことを継続できるか、であることが推測され、看護師に説明することで問題の焦点化を図っている。

看護師「今度、家屋調査はいつだったっけ。」

この時、看護師は言語化していないが、退院後に洗面動作で姿勢を保持することは可能であるのかという『問題』が共有されたと推測する。しかし、退院後にどのような洗面時の姿勢の保持を行うか (目標) については検討が必要だと考えていたことが推察され、この段階では退院後の『目標』は共有されていない。看護師は経験か

ら座って歯磨きを行うと姿勢が安定することを知っていたが、退院の近い患者に提案するためには、自宅の洗面所に椅子が置けるか確認する必要がある、近く、家屋調査が行われことを想起し質問したと推察される。

作業療法士「家屋調査は、11月の○日です。」

看護師から家屋調査の質問の意図について説明がなく、作業療法士は、話題がかわったのかと思いながら質問に答えたことが推察される。次の看護師の会話を聞いてわかることになるのだが、家屋内で何か工夫をして問題を解決しようという看護師のメンタルモデルがこの時点では共有できていなかったと考えられる。

看護師「その時に、そういう動作とか、家でなんか困りそうな、けっこうたぶん、洗面所に椅子とかおくことないと思うから、座ったほうがいいんか、立位ですつとすると大変やけん、ちょっとだけ、丸椅子とかおけるやろ」

看護師は、相手の作業療法士は経験が浅いため、退院後の『目標』を決定するためには、自宅の洗面について確認する必要があることを説明した方が良く考えていることが推察される。また、可能であれば丸椅子を置き、座って洗面を行うという退院後の『目標』について提案している。

作業療法士「そうですね。」うなずきながら聞いている。

自宅の洗面所に椅子がおけるかどうか確認する必要があるという家屋調査の話題の意味が共有され、さらに、可能であれば座って歯磨き等の洗面を行うという退院後の『目標』のメンタルモデルがこの時点で共有されたことが推察される。

看護師「なんか、ちっちゃな丸椅子とか。」

「11月？」

看護師は、相手の作業療法士は経験が浅いため、目標を達成するためには家屋調査の日時について再度確認しておいた方が良く考えたことが推察され、この段階で『行動化の提案』の段階に入っていると考える。

作業療法士「○日」

看護師「何時？」

作業療法士「あ、時間は、ちょっと。」

看護師「時間はわからん？じゃあ、ちょっとそこは後で確認しといてもらわんと。」

看護師は目標を達成するため、会話の相手に役割に応じた行動化を提案しこの会話は終了している。

この場面では、1-①同様に、会話に入る前に患者には動作に制限があるという情報(B)は共有されていた。作業療法士の歯磨きで腰をひねりやすく痛みが生じるという考え(A)の説明により、問題の枠組みに対する情報の共有の段階から会話が始まったが、途中で看護師もすでにこの情報を共有していることが確認され、洗面動作で痛み

が生じるという状況（S）の共有はなされていた（『問題の枠組みの共有化』）。

作業療法士は歯磨きの際に姿勢が崩れることで痛みが生じていると考え（A）、足をそろえて立って行う方法を提案（R）したが、看護師は椅子に座ったほうが体幹をひねりにくく姿勢を保持しやすいと考え（A）、丸椅子などを置くことを提案（R）していた。このことから、洗面動作で姿勢が崩れやすく姿勢を保持することが可能であるのかという問題の焦点化はなされていたと推察できる（『問題の焦点化』）。

退院の近い患者に対して、自宅で実際に行う方法を提案した方が良いため、目標については家屋調査の結果、自宅に椅子が置けるかどうか確認して決定することが看護師から作業療法士に提案された。最終的に言語的に確認されなかったが、自宅の洗面所に椅子がおければ椅子に座って歯磨きを行うということを目標とし、患者に提案することが共有されていると考えられる（『目標の共有化』）。作業療法士が家屋調査に同行するため、自宅の洗面所の状況を確認するということが看護師から作業療法士に提案された（『行動化の提案』）。

この会話の連携のプロセスでは、問題の枠組みとなる状況が共有されていたことから問題の焦点化まではスムーズであった。目標の共有化の段階で、作業療法士の提案に対して、看護師は自宅の状況によって可能となる目標を提案した。自宅の状況を確認した後に最終的な目標は決定されると予測される。

しかし、目標が共有される段階で、看護師のアセスメントは言語化されずに省略されたことから話題が急に変更したように受け止められ、作業療法士は看護師が考えているメンタルモデルを共有できなかった場面があった。アセスメントを言語化することで、提案の内容も誤解なくより明確に伝わると考える。

3.3.2.4 場面1-③ 話題「退院後の血圧管理と安否確認」分析結果

1) 話題となる担当患者の背景

高血圧のため内服によって血圧のコントロールを行っているが、便秘など血圧が上昇する要因がある。

2) 場面の背景情報

看護師は自宅に退院した後の血圧の管理方法について検討していたが、一定の方向性が決まったため、リハビリスタッフにも伝えておきたいと考えた。

3) 実際の会話

看護師「で、今、私がかかわっているところは、今のところ問題ないと思うけど。

排便が固くて、血圧が高いと本人が心配していたから、血圧は、本人が自分で測ると言っていたので、それで様子見ようかなと思うけど、高い時、その高いプラス自覚症状がないか、その報告する頻度が、と、この間〇〇さんに言って面談の時に、えーと、安否確認のツールはどうしようか、って言ったら、〇〇さんは、ほんと、特例中の特例だよなって、言われて。一応その、えーとヘルパーさんが入ったり、来る頻度もあるから、今のところその頻度で大丈夫、〇〇さんくらいなら大丈夫だろうって。それで、しようかなって。」

作業療法士「はい」

4) 分析結果

送り手である看護師は、自宅に退院する患者は高血圧になる要因があるため定期的に体調の確認をしたほうが良いというアセスメント (A) から、週に数回介護のために自宅を訪問するヘルパーに特例ではあるが体調の確認を依頼することを検討していた。この話題は作業療法士以外の職種と対応方法について検討されていたが、体調の確認方法や確認する頻度についてはリハビリスタッフにも報告しておく必要があるという連携メンタルモデルを形成し、作業療法士が入っていない面談時の情報を追加しながら説明していることが考えられる。

SBAR の枠組みで考えると、高血圧があり血圧が上昇することがあるという背景 (B) はすでに共有されていたため省略し、便秘などの血圧上昇の要因がある状況 (S) の説明 (『問題の枠組みの共有化』) から会話は始まっている。退院後に血圧が高くなる可能性は高いという評価 (A) から、何が問題であるのか、体調の確認体制をとることが可能であるのかという『問題の焦点化』がなされ、この問題に対しては特例ではあるが週に数回訪問するヘルパーに依頼 (R) したことによって解決したことが説明によって共有された。

看護師から一方的に説明され終了しているが、SBAR の内容も伝達がなされていることから受け手である作業療法士は連携メンタルモデルを共有したと考える。患者の体調管理の方法や確認する頻度について作業療法士が同意したことで、この会話の中では新しい行動化の必要性なかつたため『行動化の提案』はなされずに会話は終了した。

3.3.2.5 場面 1-④ 話題「外出時の安全対策」分析結果

1) 話題となる担当患者の背景

退院後に同居する娘は仕事があり、日中はひとりで過ごすことになる。患者は入院前に外出をした時に気分が悪くなったことがあり、一人で外出することに不安を感じている。

2) 場面の背景情報

作業療法士は患者から、外出時に気分が悪くなった場合の連絡先を尋ねられたが、退院後の連携先がわからなかったため看護師に相談したいと考えていた。

3) 実際の会話

作業療法士「外出。ひとりで買い物とか行かれた時に、前回は一人で行かれて気分が悪くなって、うずくまったことがあるって、おっしゃっていて、」

看護師「あー。」

作業療法士「そういったときにだれに連絡したらいいかって。」(言葉の省略)

看護師「本人がなんか、持ち物に、たとえば財布とかの中にそういったものを入れておけばいいけど。周りの人がいるから、まさか周りの人が助けないってことはないから、その辺、誰かにどう言っているかとかよりは、自宅か何かとか、娘さんの番号書いたものと、また救急車を呼ぶか、呼ばんかというのはあれだから、その番号を持ってる、携帯じゃね、ロックがかかってたらわからんしね。携帯もってる？連絡先を決めておいても」

作業療法士「持ってます。」

看護師「そうやったね。」

作業療法士「ちよくちよく、」

看護師「ガラケーだよ。」

作業療法士「ガラケー」

看護師「あれだったら、操作方法がわかる人もいるけど。なんか、財布にそういうメモ的なものをいれておくかよ。見るかな。」

作業療法士「見ますかね？」

看護師「あんまり高齢者のなことはできないから、わかる？」

作業療法士「わかります。名前を下げたりとか、付けたり、ですよ。」

看護師「認知症じゃないから。えー。ひとりで出るとき誰にも言わないのかな。たとえば、今日はどこどこに行こうと思っているんだよねとか。」

作業療法士「娘さんもお仕事行かれて、(言葉の省略)」

看護師「あー、だよ。」

作業療法士「そうですね。」

看護師「え、スーパーくらいってこと？」

作業療法士「コンビニまで行くのに」

看護師「コンビニとか、」

作業療法士「そうおっしゃってて。」

看護師「あー、あまり人のいないコースを選ばないとか」

作業療法士「あー、コースも大事」

看護師「あまり車が通りすぎるのもいかんし。通らないのも」

作業療法士「そうですね。」

看護師「細い道があるのかな。その辺も含めて。今度、家屋調査。でも、どっちかし
か行かんちゃんね。」

作業療法士「はい」

看護師「なんで、そこも言っといたら。〇〇さんが行くっちゃろ。

だけん、そういう行くまでの手段の中で、一番近いコンビニとかがどうい
うところか、最初にリサーチしといて、その道で、例えば、けっこう狭い道が多
いもんね。なんか、もう2台、2車線になっているけどかつかつなところあるや
ろ。歩道がほぼないとことかあるけん、そういうところは危ないんだけど、
どの道を選択していくかだよ。でも、その途中で体調が悪くなった時にそ
の道の距離に行くかどうかとか、にもよるけどね。」

作業療法士「そうですね」

看護師「言っても、行って10分くらいでしょ？」

作業療法士「そうですね」

看護師「本人が行きたいところが」

作業療法士「そうですね」

看護師「そこもちょっと、〇〇さんと、その辺をちょっと、心配でというか、外出し
た先でもあるんですよね、。あと、本人がどうしたいかだよ。」

作業療法士「はい」

看護師「本人が言ってきているけんね。」

作業療法士「はい」

看護師「そこも踏まえて、安全な道とかを選べるようにする、か、本人がどうするか。」

作業療法士「はい」

看護師「じゃあ、〇日までに、リハ計画を出して、。カンファレンス自体はせないけ
んよね。家屋調査後の報告カンファレンスもいるよね。チームで。先生あつ
たほうがいいかな。先生いるかな？先生なしで決めて、事後報告で。自分た
ちとしては、ちょっとやりたいよね。ここどうなったかなって。これでよか
ったかなって。最後、確認が欲しいよね。で、本人にそれをまあ、誰か伝える
か、まあ、別々で伝えてもいいし。」

作業療法士「はい」

4) 会話の分析

SBAR の枠組みで考えると、作業療法士は患者が入院前に外出先で気分が悪くなった経験(B)から、退院後の外出時の気分不良に対して不安を感じているという問題の枠組みとなる状況(S)を伝えている。作業療法士は「誰に連絡すればよいか」という患者の言葉をそのまま伝えていることから、連絡先を知らないことが問題であると考えた(A)ことが推察される。しかし看護師は、気分が悪くなった状態では自分で電話をかけることができないことが問題と考え(A)、外出先で他者から協力を得ることが可能であるのか、『問題の枠組み』について検討するために外出に関する背景(B)の情報について質問を繰り返したことが推察される。

問題の枠組みとなる状況(S)は共有されていたと推察されるが、看護師は考え(A)を言語化しないまま質問を繰り返しているため、会話の途中で作業療法士と何を問題としているのか『問題の焦点化』が共有されていない場面がみられた。

情報の不足から、外出先で他者から協力を得ることが可能であるのか、安全なコースを選択することが可能であるのかといったいくつかの問題が検討されたが、情報が不足していることから実際に何が問題となるのか、『問題の焦点化』には至っていない。外出を安全に行うことは可能であるのかという『問題の枠組み』については共有されているため、看護師から作業療法士に家屋調査の際に実際の外出先の状況や患者の希望等情報を得よう提案(R)がされた。また、この問題については多職種カンファレンスを行うことも提案(R)され会話は終了した。

作業療法士「外出。ひとりでお買い物とか行かれた時に、前回は一人で行かれて気分が悪くなって、うずくまったことがあるって、おっしゃっていて、」

作業療法士は、入院前の情報(B)である問題の枠組みとなる状況(S)を伝えている。

看護師「あー。」

看護師は、この問題の枠組みとなる情報(B)をすでに知っていたが解決していなかったことを想起したと推察する。

作業療法士「そういったときにだれに連絡したらいいかって。」(言葉の省略)

作業療法士は、患者から相談された内容をそのまま伝えながら、この問題は連絡先を患者に伝えれば解決すると考え看護師に確認したと推察する。

看護師「本人がなんか、持ち物に、たとえば財布とかの中にそういったものを入れておけばいいけど。周りの人がいるから、まさか周りの人が助けないってことはないから、その辺、誰かにどうやっていうかとかよりは、自宅か何かとか、

娘さんの番号書いたものと、また救急車を呼ぶか、呼ばんかというのはあれだから、その番号を持ってる、携帯じゃね、ロックがかかってたらわからんしね。携帯もってる？連絡先を決めておいても」

看護師は、気分が悪くなった状況では患者自身が誰かに連絡することは難しいと考え（A）、外出先で他者に連絡先を伝えることが可能であるのかということの問題として捉え焦点化しようと話している。

作業療法士「持ってます。」

作業療法士は、患者に連絡先を伝えればこの問題は解決すると考えていたが、看護師は患者が連絡するのは難しく他者の助けが必要と考えていることがわかり、とりあえず自分の知っている情報を答えたと推察される。

看護師「そうやったね。」

看護師は連絡の手段となる携帯電話を持っていることを想起した。

作業療法士「ちょくちょく、」

作業療法士は、患者自身がどのように携帯電話を使用しているか伝えており、他者が使用することが可能であるのか、という『問題の枠組み』を共有していないと考える。

看護師「ガラケーだよね。」

看護師は、他者が携帯を操作することが可能であるのか、『問題の焦点化』をはかるために質問していると考えられる。

作業療法士「ガラケー」

作業療法士は知っている情報を伝えればよいと考えていることが推察される。

看護師「あれだったら、操作方法がわかる人もいるけど。なんか、財布にそういうメモ的なものをいれておくかよ。見るかな。」

看護師は、ガラケーでは操作がわからない人が多く利用できないと考え、財布にメモを入れておくことで他者から助けが得られるか考え（A）、『問題の焦点化』を図っていることが推察される。

作業療法士「見ますかね？」

作業療法士はこの段階で、患者の気分が悪くなった状況で他者から助けを得て連絡することが可能であるのかという『問題の枠組み』について共有したことが推察されるが、どのように解決につなげて行けば良いか、連携のメンタルモデルは形成できず、看護師の質問に答えていると推察する。

看護師「あんまり高齢者的なことはできないから、わかる？」

看護師は、他人に氏名や連絡先をすぐに気づいてもらえる方法として認知症患者に使用する方法があるが人権の問題から適さない方法であると考え（A）たが、作業療法士は経験が浅いため理解できるか確認するために質問したと推察する。

作業療法士「わかります。名前を下げたりとか、付けたり、ですよ。」

作業療法士は、認知症の対応については専門的な知識があることを伝えた方が良くと考え具体的な方法を説明し、この方法は適さないということを共有した。

看護師「認知症じゃないから。えー。ひとりで出るとき誰にも言わないのかな。たとえば、今日はどこどこに行こうと思っているんだよねとか。」

看護師は、家族に知らせずに外出すると問題が生じると考え（A）、家族の協力を得られないのか言語化している。

作業療法士「娘さんもお仕事行かれて、（言葉の省略）」

作業療法士は、看護師の期待する答えでないことから言いにくそうに知っている情報を伝えている。

看護師「あー、だよ。」

看護師は、家族の協力が得られないことを理解した。

作業療法士「そうですね。」

作業療法士は、看護師の言葉にあいづちを打ちながら、何を問題としてよいのかアセスメントできずにいることが予測される。

看護師「え、スーパーくらいってこと？」

看護師は、何が問題であるのか検討するために、経路に関する質問をしたと推察される。

作業療法士「コンビニまで行くのに。」

作業療法士は、知っている情報を伝えればよいと考えていることが推測される。

看護師「コンビニとか、」

看護師は言葉を繰り返しながら何が問題であるのか考えていることが推察される。

作業療法士「そうおっしゃっていて。」

作業療法士は、聞いたという事実を伝えるだけでアセスメントは無い。

看護師「あー、あまり人のいないコースを選ばないとか」

看護師は、誰かに助けを得ることが可能であるのかということが問題であると考え目標となる方法を提案したと推察される。

作業療法士「あー、コースも大事」

作業療法士は、この段階で看護師が何を問題としているのか共有できているか不明であるが、コースを選ぶという目標については共有できたと考える。

看護師「あまり車が通りすぎるのもいかんし。通らないのも」

看護師は、作業療法士の反応から、問題の背景となるコースの選び方に対して具体的に説明した方が良くと考えたと推察される。

作業療法士「そうですね。」

作業療法士は、目標となるコース選び方について共有した。

看護師「細い道があるのかな。その辺も含めて。今度、家屋調査。でも、どっちかし
か行かんちゃんね。」

看護師は、現在の情報ではこれ以上の検討はできないと考え、家屋調査に同伴する
作業療法士に問題の背景となる情報を得てくるよう提案している。

作業療法士「はい」

作業療法士は、看護師から提案された家屋調査で情報を得るという役割を理解（共
有）したと推察される。

看護師「なんで、そこも言っといたら。〇〇さんが行くっちゃろ。

だけん、そういう行くまでの手段の中で、一番近いコンビニとかがどうい
うところか、最初にリサーチしといて、その道で、例えば、福岡、けっこう狭い
道が多いもんね。なんか、もう2台、2車線になっているけどかつかつなどこ
あるやろ。歩道がほぼないとことかあるけん、そういうところは危ないんだ
けど、どの道を選択していくかだよ。でも、その途中で体調が悪くなった
時にその道の距離に行くかどうかとか、にもよるけどね。」

看護師は、経験の浅い作業療法士が行動化できやすいように、さらに具体的に説明
した方が良くと考え説明したと考えられる。

作業療法士「そうですね」

作業療法士は、何を確認するのか理解（共有）した。

看護師「言っても、行って10分くらいでしょ？」

看護師は、ここでは10分程度の距離であれば歩行可能であるか考え（A）ており、
この問題の枠組みから何を問題とし、何を目標とするのか焦点化ができずにいろいろ
確認を繰り返している。

作業療法士「そうですね」

作業療法士は、看護師のアセスメントを推測しながら、同意していると推察される。

看護師「本人が行きたいところが」

看護師は、問題の背景としての情報である患者の意思を再確認した。

作業療法士「そうですね」

作業療法士は知っている情報を答えればよいと考えていると推察される。

看護師「そこもちょっと、〇〇さんと、その辺をちょっと、心配でというか、外出し
た先でもあるんですね、。あと、本人がどうしたいかだよ。」

看護師は、この問題を解決するためには情報が不足していると判断し、外出先の状
況の確認が重要であると考え（A）ているが、同行する作業療法士は経験が浅いことか
ら同行する他のスタッフに確認すべきことを伝えるよう提案している。

作業療法士「はい」

作業療法士は、情報を得るという自分の役割を理解（共有）した。

看護師「本人が言ってきているけんね。」

看護師は、この問題の背景として患者の意思が重要であると考えており、言葉を繰り返している。

作業療法士「はい」

作業療法士は、患者の意思が重要であるという看護師の考え（A）を共有したと考える。

看護師「そこも踏まえて、安全な道とかを選べるようにする、か、本人がどうするか。」

看護師は、検討してきた問題の枠組みを再度整理し、患者の意思を確認したうえで安全な道を選ぶという目標について言語化している。

作業療法士「はい」

看護師が言語化していることで、作業療法士も安全な道を選択するという目標は共有できたと推察される。

看護師「じゃあ、〇日までに、リハ計画を出して、。カンファレンス自体はせないけんよね。家屋調査後の報告カンファレンスもいるよね。チームで。先生あったほうがいいかな。先生いるかな？先生なしで決めて、事後報告で。自分たちとしては、ちょっとやりたいよね。ここどうなったかなって。これでよかったかなって。最後、確認が欲しいよね。で、本人にそれをまあ、誰か伝えるか、まあ、別々に伝えてもいいし。」

看護師は、この段階で問題の背景となる情報が得られた後は、外出に対して何を問題とするのか（問題の焦点化）何を目標とするのか、多職種で検討する必要があると判断し、多職種連携のメンタルモデルを形成し、カンファレンスの開催と今後の予定を提案している。

作業療法士「はい」

作業療法士は、看護師に説明によって多職種カンファレンスにより問題を解決するという連携のメンタルモデルを形成し、自分の役割を理解（共有）したと考えられる。

この場面では、先に作業療法士が「外出時の気分不良に対する対応」という話題を提供したが、看護師の反応からこの問題の枠組みについては看護師もすでに共有していたことが推察される。

作業療法士は、患者の言葉通り「誰に連絡したらよいか」（目標）決定すればこの問題は解決すると考えていたと推測されるが、看護師は気分が悪くなる状況では患者自身は対処できないと判断（A）し、他者に助けを得ることが可能であるのかという問題について検討している。作業療法士もすぐに看護師が何を問題とするのか検討していることは共有したと推察されるが、経験が浅いため、自ら何が問題となるのかアセスメントすることはできていない。

この話題は問題の焦点化から始まり、最終的に看護師は、安全に歩くコースを選択することが可能であるかといった問題を提供したが、患者自身の意思が確認されていないことから現段階では問題の焦点化、目標の設定はできないと判断した。作業療法士は家屋調査に同行するという役割があり、看護師から問題の背景となる情報を得るよう提案がなされ、さらに、この問題は多職種カンファレンスで検討することを確認し、この話題は終了した。

よって、この話題では、連携の促進段階では『問題の焦点化の段階』で終了したが、解決に向けて問題の背景となる情報を得ることや多職種カンファレンスを開催するという行動化の提案はなされており、看護師の説明によって看護師が形成した連携メンタルモデルを作業療法士も共有したと考える。

3.3.2.6 場面2の概要

研究対象者は、1年目の看護師と2年目の作業療法士である。職種の異なる2者は、高血圧が原因で脳出血を発症し重度の右片麻痺があり、自宅に退院することを目標にリハビリテーションを受けている患者を担当している。回復過程にある患者は、日々状況が異なるため、情報を共有するために勤務が合う日には、担当者間でカンファレンスをおこなっている。今回は「服薬の取り出し方について」「血圧の自己測定の可能性」「排泄の自立に向けた取り組み」の3つの話題が挙がり、会話が展開していった。

分析では、これらの話題ごとに切り取り、3つの場面に分け分析を行った。

3.3.2.7 場面2-① 話題「内服の自己管理の方法」分析結果

1) 話題となる担当患者の背景

高血圧が原因で脳出血を発症し重度の右麻痺があり、自宅に退院することを目標にリハビリテーションを受けているが、高血圧症のコントロールが悪く、降圧剤が増量されている。

2) 場面の背景情報

看護師は担当する患者は退院後も血圧のコントロールを継続することが重要だと考えているが、看護師の経験が1年と浅く、重度の麻痺のある患者がひとりで血圧を測定することや服薬することが可能になるのかわからずにいた。

3) 実際の会話

看護師：「今この方が、2つの薬を飲んで、血圧が高かったので、16日から2錠に増えているんですけど、在宅に帰るうえで、自分で薬を開けて飲むとか、朝飲むとか意識づけをするために、今はナース管理で開けて、手に出して飲んでもらう形なんですけど、今、この方の状況的に自分で開けられたりとか、選択したりとか可能なというのをお聞きしたいんですけど。」

作業療法士：「認知面は、特に問題ないので飲み間違えとか飲み忘れとかはそんなに無いのかなとは思いますが、袋の開封とかは、その麻痺の評価とかが低いので、最終的な予後をもっても良くて補助手レベルかなという予測なので、自助具とかが自分で開閉するなら必要な、と思います。」

看護師：「口で開けるとか？」

作業療法士：「口は結構使っていますね」

看護師：「使ってますね」

作業療法士：「袋タイプなら、まあ、どこかに固定してはさみで切るとか、片手で切るとかっていう方法だったりとか。プチってするタイプだったら、最悪片手で開ければいいから。意外と片手の方ができそう。」

看護師「できそうですよね。」

作業療法士：「健側の能力が高い方なので、袋の形状を変えると意外とあれっ片手でもできるってことがあるかもしれないから。」

看護師「じゃあ、もしかしたら錠剤だったらシートでもらった方が、もしかしたらできる可能性がある。」

作業療法士：「かな、とかは」

看護師：「そうですよね。」

作業療法士：「粉の薬とかだったら自助具を、」

看護師：「こう挟んだりとかですよ、クリップとかで挟んだりして。こう開けたりとかですよ。（開ける動作）

血圧が、来たときはそう高くなかったんですけど、途中からだんだん上がり始めて、最初1錠だったのが2錠に増えて、2錠でも午後は上がってきているんですよ。150とかなっているんで、もしかしたら薬が変わったりとか増えたりとかの可能性が高くて。なので退院しても。」

作業療法士：「今後も、薬は継続して。」

4) 会話の分析

看護師は、担当する患者は高血圧が原因で脳出血を発症しており、現在も血圧が高く服薬が増量されていることから、退院後も服薬管理が必要であると考えていたが、障害の程度から患者自身で管理が可能であるのかアセスメントできずにいたため、自

己管理が可能かどうかの判断を手指の動作について専門である作業療法士にしてもらおうという連携のメンタルモデルを形成し、作業療法士に相談している。

SBAR の枠組みで考えると、看護師は血圧が高く服薬が増量しているという問題の背景となる情報 (B) は伝えておいた方が良くと考え説明している。左手だけでは薬を袋から取り出すという動作ができないため看護師が介助している状況 (S) について説明した。患者の血圧が高く服薬を増量させていることから血圧のコントロールが重要であると考え (A)、今後、左手だけで薬の袋を開けて服薬することが可能であるのか、看護師は判断ができなかったため、作業療法士に判断をしてもらおう (R) よう質問している。

作業療法士は、看護師からの説明で背景 (B) や状況 (S) は理解し、患者の機能について専門的な評価を加えながら患者の右手の機能は補助手程度 (手指は動かない) であり開封ができないという考え (A) を説明し、自助具の使用やシートタイプの錠剤の選択を提案 (R) した。看護師は口を使う方法を提案したが、これに対して作業療法士は言語的に否定せずに左手の使用により薬を取り出す方法 (R) についてさらに具体的に伝えた。このことで看護師は作業療法士の提案 (R) を共有したと考えられる。

看護師が体調管理の役割からなぜ服薬が重要であるのか、血圧が上昇傾向にあるという情報 (B) を詳しく説明したことで、作業療法士は問題の重要性について理解したことが推察される。

看護師：「今この方が、2つの薬を飲んで、血圧が高かったんで、16日から2錠に増えているんですけど、在宅に帰るうえで、自分で薬を開けて飲むとか、朝飲むとか意識づけをするために、今はナース管理で開けて、手に出して飲んでもらう形なんですけど、今、この方の状況的に自分で開けられたりとか、選択したりとか可能なかなというのをお聞きしたいんですけど。」

看護師は、患者の血圧が高く服薬を増量させていることか血圧のコントロールが重要であると考え (A) ている。しかし、患者は利き手である右手が動かないため、左手だけでは薬を袋から取り出すという動作ができない状況 (S) があり看護師が介助している。退院後に左手だけで薬の袋を開けて服薬することが可能であるのか、問題と捉えたが解決の方法 (R) がわからずにいた。専門である作業療法士に相談したいと考え、作業療法士が知らない情報である服薬が増量していること (B) や看護師の介助の状況 (S) を説明し、今後、左手だけで薬の袋を開けて服薬することが可能であるのかという質問したことが予測される。

作業療法士：「認知面は、特に問題ないので飲み間違えとか飲み忘れとかはそんなに無いのかなとは思いますが、袋の開封とかは、その麻痺の評価とかが低い

ので、最終的な予後をみても良くて補助手レベルかなという予測なので、自助具とかが自分で開閉するなら必要な、と思います。」

作業療法士は、看護師が知らない今後の回復の予測を説明するのであれば、服薬管理に必要な機能として認知面と右手の運動機能について詳しく説明した方が良いと考え説明したことが予測される。服薬の開封については、右手は補助手であると説明し、言語化していないがつまむ動作は出来ないため開封ができないという考え (A) から補助具の使用を提案 (R) している。

看護師：「口で開けるとか？」

看護師は、自分で考えていた方法 (R) を作業療法士が提案しなかったため、言語化して適切でないのか確認している。

作業療法士：「口は結構使っていますね」

作業療法士は、患者が日常的に口を使っているという、知っている情報を伝えたが、口を使うという方法については肯定できず言語化していないことが推察される。

看護師：「使ってますね」

看護師は、口の使用に対するアセスメントができずにおり、情報を繰り返すことで確認したことが推測される。

作業療法士：「袋タイプなら、まあ、どこかに固定してはさみで切るとか、片手で切るとかっていう方法だったりとか。プチってするタイプだったら、最悪片手で開ければいいから。意外と片手の方ができそう。」

作業療法士は、看護師は1年目であり患者の行動から口の使用を考えているようであるが、自助具の活用方法や薬の形状を変えることで、片手でもできる動作を増やすことについて具体的に説明した方が良いと考え説明したことが推察される。

看護師「できそうですよね。」

看護師は、片手で取り出す方法について具体的に説明されたことでイメージできていると推測される。

作業療法士：「健側の能力が高い方なので、袋の形状を変えると意外とあれっ片手でもできるってことがあるかもしれないから。」

作業療法士は、看護師は経験が浅いため自助具の使用や用具の選び方など要点について説明した方が良いと考え説明したことが予測される。

看護師 「じゃあ、もしかしたら錠剤だったらシートでもらった方が、もしかしたらできる可能性がある。」

看護師は、作業療法士の説明によってようやくシートタイプであれば容易に薬を取り出すことが可能であるということが理解できている。

作業療法士：「かな、とかは」

作業療法士は、提案している方法 (R) が看護師と共有できたと思った。

看護師：「そうですよね。」

看護師も提案されている方法（R）を共有できていることが理解できている。

作業療法士：「粉の薬とかだったら自助具を、」

作業療法士は、シートのタイプに変更できなかった場合には自助具を使用するよう確認したほうが良いと考え繰り返し伝えている。

看護師：「こう挟んだりとかですよ、クリップとかで挟んだりして。こう開けたりとかですよ。（開ける動作）

血圧が、来たときはそう高くなかったんですけど、途中からだんだん上がり始めて、最初1錠だったのが2錠に増えてて、2錠でも午後は上がってきているんですよ。150とかなっているんで、もしかしたら薬が変わったりとか増えたりとかの可能性が高くて。なので退院しても。」

看護師は、自助具の使用方法（R）については知っていることを伝えた方が良いと考え知っている方法について詳しく説明している。また、服薬を自分で取り出し服薬できるようになることも重要であるが、血圧が上昇傾向であり脳出血の危険性があるため服薬を確実にを行うことが重要であるという考え（A）から服薬が調整中であるという情報や退院後の血圧管理の必要性については説明した方が良く考えたことが推察される。

作業療法士：「今後も、薬は継続して。」

作業療法士は、麻痺のある患者の薬の開封方法について専門的にアドバイスしたが、なぜ今、服薬を話題としているのか、服薬の重要性と退院後に継続することの必要性について看護師の説明によって理解したことが推察される。

この会話を連携のプロセスの段階で考えると、担当する患者は脳出血のため重度の右麻痺があることで薬をひとりで取り出すことができないという状況（S）はすでに共有されていたことが予測されるため、血圧が高く服薬が増量されているという問題の背景（B）となる情報の共有からこの会話は始まっている。

看護師は、患者はひとりで服薬管理ができるのかという『問題の枠組み』について説明したが、何が問題となるのかアセスメントできずにいたことに対して、作業療法士は、認知機能などに問題が無いことを説明し、右手は補助手程度（手指は動かない）のため、袋を開けることができない（A）ことを説明したことで問題の焦点化を図っている。さらに左手だけで薬を取り出すことは可能であるのかという『問題』について、補助具を使用しで袋を固定したり、シートタイプの形態にしたりすることで、ひとりで開封することが可能になるということを説明している。

この会話では自助具の使用や服薬はシートの形態を選択することで、患者が自分で服薬管理できるという『目標』が明確になっている。また、この後の会話の最後で、看

看護師が医師と連携することで服薬の形態を変更し使用を試みるという『行動化の提案』が言語的に伝えられている。

この会話では、看護師が『問題の枠組み』に対して、看護師として服薬の重要性を作業療法士に伝え、作業療法士として服薬管理の方法を検討するという連携のメンタルモデルを形成し、SBAR の情報を言語的に伝えながら専門的な知識のある作業療法士に相談したことで、連携はスムーズに展開し『行動化の提案』まで進めることができています。

3.3.2.8 場面 2 - ② 話題「血圧の自己測定の可能性」分析結果

1) 話題となる担当患者の背景

場面 2 - ①と同様である。自宅に退院することを目標にリハビリテーションを受けているが、脳卒中の原因である高血圧症のコントロールが悪く、降圧剤が増量されている。

2) 場面の背景情報

場面 2 - ①と同様である。看護師 1 年目で経験が浅い。担当する患者は自宅退院後に血圧のコントロールを継続することが重要だと考えているが、重度の麻痺があるためどのように自分で血圧を測定するのか、目標の設定がわからずにいた。

3) 実際の会話

看護師：「今、血圧はナースで測っているんですけど、自宅でやっぱり継続して測って頂きたいと思っているので、やっぱり左側？だけで、しかも自分で巻くっていう作業が難しいと思うので、私が考えたのは置いて入れる、あの、ナースステーションにあるタイプの血圧計？がいいかなと思うんですけど。先輩に聞いたら、口でそのできたりするんだったら、手首とかでも巻けたりするんだったら、ひっかけるだけでも出来たら、紐とか付けたらできるかもって言われたんですけど。今の状況的にこの方、どんな感じですか？」

作業療法士：「あの置き型のタイプに入れちゃうと、たぶんこの方は、ボタンが押せない。」

看護師：「ですよ。そうなんですよ。右側で押すわけにはいかないですよ。」

作業療法士：「右側は、ほんとうに全くやっとう上肢の収縮がやっとう少し出てきたなかつというくらいのレベルなんで。手指まではたぶん全く随意性とか、出たとしても力はでないかなと思うんで。右の麻痺側はほとんど使えないと思うんで、」

看護師：「だったら、手首の方が。」

作業療法士：「うーん、手首の方がいいかも。」

看護師：「押すって。ボタンが大きければ、顎とかで、

作業療法士：「んー。」

看護師：「うーん、どうなんですかね。棒とかで、押せる場所を作って押すとか。」

作業療法士：「だったら、ボタンにボタンのところにもう一個何か大きなのを付けてそれで押すとか。」

看護師：「あー。他のところでですね。んー。難しいです。(小さな声で)

沈黙3秒

作業療法士：「沢山、自助具を入れていかないといけない人かと。」

看護師：「そうですね。なんかご家族的にお風呂とトイレは自立がいいと言われてるし、どうしてもこの方が高血圧性の脳出血なので。」

作業療法士：「血圧管理が必要ですよ。」

看護師：「一番大切かなって、思ったりするんですよ。難しいですよ。薬も血圧測定も。なかなか。薬はたぶんできなくてはならないと、こう、私たちが片手でできるから、出来るかもしれない。先生にも相談してみて、そのタイプで1回出してもらって、できなかつたらまた戻してもらってもいいです。聞いてみます。」

作業療法士：「薬の自助具とかは調べたらたくさん出てくるので、それを試して作ったり。」

看護師：「ですね。作ってみていいかもしれない。」

早いかもしれないと思うんですけど、早めに使っておかないと本人もなれるまでに時間がかかると思うので。」

作業療法士：「でも、のみ込みは早いから練習を重ねたらけっこう、」

看護師：「使えるようになりそうですね。早いかなって途中で考えたんですね。」

作業療法士：「いやいや、」

看護師：「早いことに悪いことはないから。」

作業療法士：「出来ることはたくさん増やしていった方が自分の自信になるかも。」

看護師：「うーん。」

作業療法士：「つながるから。」

4) 会話の分析

この会話は前述の会話の続きであり、SBARの枠組みで考えると話題の背景となる情報(B)や右手は麻痺があるという状況(S)はすでに共有されているため省略されている。看護師は左手だけで、血圧計のマンシエットを腕に巻くことが難しいという考え(A)から右手を使用せずに血圧を測定することが可能であるのか、という問題の

焦点化を図り、据え置き型の血圧計の使用や手首に巻く方法などを提案（R）した。

作業療法士は、右手は上肢の収縮がやっと少し出てきた程度という状況（S）を伝え、左手に血圧計を巻くとボタンを押すことができなくなるという考え（A）から自助具をたくさん取り入れながら測定できる方法を検討するよう看護師に提案（R）した。

看護師：「今、血圧はナースで測っているんですけど、自宅でやっぱり継続して測って頂きたいと思っているので、やっぱり左側？だけで、しかも自分で巻くって作業が難しいと思うので、私が考えたのは置いて入れる、あの、ナースステーションにあるタイプの血圧計？がいいかなと思うんですけど。先輩に聞いたら、口でそのできたりするんだったら、手首とかでも巻けたりするんだったら、ひっかけるだけでも出来たら、紐とか付けたらできるかもって言われたんですけど。今の状況的にこの方、どんな感じですか？」

看護師は、先ほどの話題に引き続いて血圧の管理のために、左手だけで血圧を測定することが可能であるのか（問題の焦点化）について、作業療法士に相談したいと考え説明しているが、先に自分が考えた方法（R）を伝え実施可能であるか確認したいと考え説明している。

作業療法士：「あの置き型のタイプに入れちゃうと、たぶんこの方は、ボタンが押せない。」

作業療法士は、看護師が提案した血圧計では何が問題となるのか説明した方が良くと考えボタンを押すことができないため血圧が測定できない（A）ということを説明したことが推察される。

看護師：「ですよ。そうなんですよ。右側で押すわけにはいかないですよ。」

看護師は、片手では血圧計のマンシェットを巻くことができないというアセスメント（A）から、腕を通すだけのタイプであれば血圧測定ができると考えていたが、理学療法士のボタンを押すという発言から、血圧測定にはボタンを押す動作も必要であり、健側を固定してしまうとボタンを押す動作ができなくなるという作業療法士のアセスメント（A）を共有したことが推察される。

作業療法士：「右側は、ほんとうに全くやっと上肢の収縮がやっと少し出てきたなかっていうくらいのレベルなんで。手指まではたぶん全く随意性とか、出たとしても力はでないかなと思うんで。右の麻痺側はほとんど使えないと思うんで、」

作業療法士は、先ほどの説明では1年目の看護師が理解できていないとわかり、なぜ右手が使用できないのか改めて詳しく説明した方が良くと考えたことが推察される。

看護師：「だったら、手首の方が。」

看護師は自分の考えた方法は患者が実践できないということがわかり、先輩看護師から聞いた方法を提案（R）している。

作業療法士：「うーん、手首の方がいいかも。」

作業療法士は、手首で実施可能であるのか検討していることが推察されるが、自宅で実施することを考え手首の方を提案（R）したと考えられる。

看護師：「押すって。ボタンが大きければ、顎とかで、

看護師は、手首に装着するタイプであれば血圧計を顔に近づけることが可能となるが、一般的なタイプではスイッチは小さく顎で押すことは難しいと考え（A）、ボタンが大きければ顎を使って押すことが可能であるのか作業療法士の判断を確認したことが考えられる。この段階で看護師は「血圧計のボタンを押すことは可能であるのか」という問題に焦点化しており、作業療法士と『問題を共有』したことが推察される。

作業療法士：「んー。」

作業療法士は、ボタンを押す方法について考えていることが推察される。

看護師：「うーん、どうなんですかね。棒とかで、押せる場所を作って押すとか。」

看護師は、手首に巻くタイプであれば健側の手を動かすことができ、棒やあごを使ってボタンを押せば血圧測定が可能になると考え、方法を考え提案している。

作業療法士：「だったら、ボタンにボタンのところにもう一個何か大きなのを付けてそれで押すとか。」

作業療法士は、看護師がスタートボタンを押すことが可能であるのかという問題に焦点化したことを共有し、スタートボタンは小さく、的が小さいままでは顎や棒などを使用するにしても押しにくいという考え（A）から、大きなボタンを付けることを提案（R）してたと推察される。

看護師：「あー。他のところでですね。んー。難しいです。（小さな声で）

看護師は、作業療法士の提案からあごや棒を使用するにしてもボタンが小さいと難しいという作業療法士の考え（A）を共有し、スタートボタンに大きなボタンを付けるということが実際には難しいと考えたことが推察される。

沈黙3秒

作業療法士：「沢山、自助具を入れていかないといけない人かと。」

作業療法士は、（血圧計によって何が問題となるのか変わるように）いろいろな作業によってたくさんの自助具が必要になるということを説明している。

看護師：「そうですね。なんかご家族的にお風呂とトイレは自立がいいと言われてるし、どうしてもこの方が高血圧性の脳出血なので。」

看護師は、作業療法士の説明から血圧測定だけでなく自宅に退院するまでには多くの課題があるということを想起し共有しながらも、血圧の管理が優先される理由について説明している。

作業療法士：「血压管理が必要ですよね。」

作業療法士は、看護師の説明によって血压管理の重要性について理解していることが推察される。

看護師：「一番大切かなって、思ったりするんですよね。難しいですよね。薬も血压測定も。なかなか。薬はたぶんどきなくはないと、こう、私たちも片手でできるから、出来るかもしれない。先生にも相談してみて、そのタイプで1回出してもらって、できなかつたらまた戻してもらってもいいですし。聞いてみます。」

看護師は、血压管理が優先されることについて繰り返し伝え、先ほどの話題であった服薬管理については医師と連携し実践（行動化）することを伝えている。

作業療法士：「薬の自助具とかは調べたらたくさん出てくるので、それを試して作ったり。」

作業療法士は、今後看護師が自助具を選択し使用できるための方法を説明した。

看護師：「ですね。作ってみていいかもしれない。」

早いかもしれないんですけど、早めに使っておかないと本人もなれるまでに時間がかかると思うので。」

看護師は、実施する時期について考えを伝えている。

作業療法士：「でも、のみ込みは早いから練習を重ねたらけっこう、」

作業療法士は、実施時期について早い方がよいということを説明している。

看護師：「使えるようになりそうですよね。早いかなって途中で考えたんですね。」

看護師は繰り返し、時期が早いのか自信がない様子で伝えている。

作業療法士：「いやいや、」

作業療法士は、看護師の否定的な考えを否定した。

看護師：「早いことに悪いことはないから。」

看護師は、繰り返し自分の考えを伝え確認している。

作業療法士：「出来ることはたくさん増やしていった方が自分の自信になるかも。」

作業療法士は、1年目の看護師が自信のない様子に対して、肯定的に受け止められるよう説明している。

看護師：「うーん。」

看護師は、肯定的に受け止め切れていない様子で反応している。

作業療法士：「つながるから。」

作業療法士は、1年目で経験の浅い看護師に対して指導的な立場で、自助具の使用方法を学習し具体化するよう自職種の要望を伝えている。

この会話を連携のプロセスで考えると、担当患者は退院後も血压を管理する必要性

があること (B) や右手は麻痺があるという情報は (S) すでに共有されていた。したがって『問題の枠組みの共有化』の段階はクリアできており、看護師は左手だけで血圧計のマンシエットを腕に巻くことが難しいという考え (A) から右手を使用せずに血圧を測定することが可能であるのか、という『問題の焦点化』の段階から会話を始めている。看護師は、据え置き型の血圧計の使用や手首に巻く方法などを提案 (R) したが、作業療法士は、右手はボタンを押す動きもできないという状況 (S) を伝え、左手に血圧計を巻くとボタンを押すことができないというという考え (A) を説明した。さらに自助具の使用による血圧測定の方法を説明することで、言語化されていないが『目標』(自助具を使用することで血圧を測定できる)の共有化がなされたと考えられる。自助具をたくさん取り入れながら測定できる方法を具体的に検討するよう看護師に『行動化の提案』がなされ会話は終了した。

この会話は、SBAR の内容が伝達されていることで、看護師が血圧測定の重要性を伝え作業療法士が血圧計操作の困難さを伝えるという連携のメンタルモデルが共有され、連携のプロセスもスムーズであったといえる。

3.3.2.9 場面 2- ③ 話題「排泄を自立へ」分析結果

1) 話題となる担当患者の背景

脳出血を発症し身体の右側に重度の麻痺が生じたため、日常生活において看護職から介助を受けることが多い。患者は自宅に退院することを目標に、ひとりで生活動作ができるようになるためにリハビリテーションでは左側の機能を使う訓練を行っている。

2) 話題の背景情報

作業療法士は、担当する患者がリハビリテーションによって左側の身体の使い方が上達しており、排泄動作がひとりで出来るようになったため前回のカンファレンスで報告した。しかし、病棟では看護職者が介助をしていることを知っていたため、自立を目標に、介助ではなく見守りの援助をして欲しいと考えていた。

3) 実際の会話

看護師：「何か聞きたいことは？」

作業療法士：「さっきの薬以外でも？」

看護師：「そうです。」

作業療法士：「トイレを自立にしようと思ってて。」

看護師：「あー。どうだろう。みんな介助しちゃうんですよ。たぶん。」
作業療法士：「下衣操作はリハの時にやってて、よりかからずに実は出来ているんです。」
看護師：「あつ。出来ているんですね。」
作業療法士：「できてるんです。」
看護師：「あのウエストの締まった服でも？」
作業療法士：「あれは、今のはいてる分は厳しいけど、」
看護師：「もしかして、昨日履いていたぶんはぜんぜん？もしかして。息子さんに柔らかいズボンとか用意してもらったら。」
作業療法士：「ウエストが伸びるタイプがあれば、十分できるので、ちょっと評価表を作って、看護師さんにも、」
看護師：「そうですね。」
作業療法士：「この項目ごとに見てもらおうかなって思ってた、まず、そこを、か、まず自分で出来ていたらそこを見守りでできていたら自立に上げていこうと思ってた。11月の頭くらいには、自立にしようと思ってるんで。ちょっとそれもできるだけ、たぶんすぐ介助しちゃうと思う。」
看護師：「ですね。」
作業療法士：「本人も疲れるから介助してほしいって気持ちもある。」
看護師：「たぶんそれもあると思う。まかせっきりですもんね。
どうしてもみんな下げて終わったら呼んでくださいって、みたいな。
そんな感じなので。」
作業療法士：「リハビリの時はぜんぜんできているので。」
看護師：「だから、この前カンファレンスで聞いたときに、私的にびっくりしたし、たぶん他の人も知らなかったことなので。」
作業療法士：「意外と車椅子も自走してて。」
看護師：「本人もいつもあそこにずっといるというよりは、もうちょっとどこか行きたいってたぶん、不満ではないですけど。いつもあそこの部屋にいるっていうのが、ストレスにはなっていると思うんで。まずトイレ。」
作業療法士：「トイレ」
看護師：「トイレまで自立的な感じで。」
作業療法士：「とはそろそろ自立までできるとは話をしてて。」
看護師：「あー、そうなんですね。」
作業療法士：「でもあとは、トイレの中は狭いから、その中で車いすで方向変えたりっていうのがちょっとまだぎこちない感じがあるので、これから、じゃあ、見守りでトイレって感じで、介助じゃなくて、ただ見守っていますよくらいで、」

看護師：「リーダーさんとかにも報告して周知してもらえるように言っておきます。あとケアワーカーさんもカルテ見ないで言えるように、」

作業療法士：「評価表ができたらまた、車いすの後ろのポケットに入れようと思っているので、」

看護師：「あー。」

作業療法士：「それで、見てもらって。で、日に決まった1日の中で朝とか夕とかどうなのかなって、いうので、」

看護師：「そうですね。」

作業療法士：「まあ、ふらつきがゼロではないので、」

看護師「んーですね。」

作業療法士：「見守りでしてもらって。」

看護師：「わかりました。なんか、自走とかしているときにけっこうぶつかったりとかします。」

作業療法士：「いや、減ってきました。」

看護師：「本当ですか。」

作業療法士：「けっこう自分で意識して、」

看護師：「右も見えている感じで。」

作業療法士：「うん、うん。」

看護師：「じゃあ、今後その、薬はシートでしてもらうのと、トイレは見守りでっていうのをとりあえずは行ってみようと思います。血圧のことはまた考えます。」

作業療法士：「はい。」

4) 会話の分析

SBAR の枠組みで分析すると、担当患者は重度の右麻痺があり排泄の動作では介助が必要であるという背景 (B) はすでに共有されていたため省略されている。作業療法士はリハビリテーションで取り組んでいる排泄時の下衣操作 (ズボンの上げ下げの動作) ができるようになってきている状況 (S) を伝えたことで、看護師と状況 (S) を共有できている。立位が安定してきたことで11月頃には排泄動作は自立できるという評価 (A) から、11月頃にはトイレ (排泄動作) を自立するという『目標』を伝えたことで目標が共有されているしかし、看護師が介助してしまうと自立できないことから排泄の動作の評価を看護師と共有するために評価表のチェックを提案 (R) した。

看護師は、片手ではズボンのウエストがお尻に引っかかり上げ下げが難しいという考え (A) や患者が介助をして欲しいと思っていることから、介助をしていたがウエストが伸びるタイプのズボンを使用することで、片手でもズボンの上げ下げができるというアセスメント (A) を共有したことで、11月までに排泄動作を自立させるという

『目標』が共有された。

排泄動作の一つとなる車いすの自走についても改善しているという状況 (S) について情報が共有され会話は終了している。

看護師：「何か聞きたいことは？」

看護師は、自分の役割から考えた問題について、解決の方法性が見通せたため、作業療法士が考えている問題が無いか確認していると推察される。

作業療法士：「さっきの薬以外でも？」

作業療法士は、前の話題について解決していると考えながらも話題を変えていいのか確認していると推察される。

看護師：「そうです。」

看護師は、話題を変えていいことを伝えている。

作業療法士：「トイレを自立にしようと思って。」

作業療法士は、担当する患者は排泄の動作ができるようになったという考え (A) から、介助を受けずに排泄の動作を自身で行うという『目標』を提案した。言語化していないが、『目標』を達成するために、看護師に協力するよう提案 (R) している。

看護師：「あー。どうだろう。みんな介助しちゃうんですよ。たぶん。」

看護師は、作業療法士が提案した『目標』については、他の看護師を含め共有できないことを予測し伝えている。

作業療法士：「下衣操作はリハの時にやってて、よりかからずに実は出来ているんです。」

作業療法士は、リハビリテーションでは下衣操作ができているという情報 (S) を知らないため『目標』が共有できないと考え情報を伝えていると考える。

看護師：「あっ。出来ているんですね。」

看護師は作業療法士の説明により、担当患者はひとりで下衣操作ができるという状況 (S) を共有した。

作業療法士：「できてるんです。」

作業療法士は、出来ているということを繰り返し強調し伝えている。

看護師：「あのウエストの締まった服でも？」

看護師は、日常的に介助している場面を想起し、ウエストが締まった服では出来ないというアセスメント(A)を疑問として伝えている。

作業療法士：「あれは、今のはいてる分は厳しいけど、」

作業療法士は、看護師の考え (A) に同意し、今履いている服という具体的な例を出して、ウエストが締まっている服では患者がひとりで下衣操作ができないという考え (A) を伝えており、この段階で『問題の焦点化』がなされたと考えられる。

看護師：「もしかして、昨日履いていたぶんはぜんぜん？もしかして。息子さんに柔ら

かいズボンとか用意してもらったら。」

看護師は、作業療法士の考え（A）から『問題』を共有したことで、ウエストが締ま
っていないズボンを使用するために、看護師自身の役割として息子に持参するよう伝
えることを提案（R）したと推察できる。

作業療法士：「ウエストが伸びるタイプがあれば、十分できるので、ちょっと評価表を
作って、看護師さんにも、」

作業療法士は、ウエストが伸びるタイプ（ズボン）を使用することで、患者がひと
りで下衣操作ができるという『目標』を言語的に伝え、さらに評価表を使用すること
を提案（R）している。

看護師：「そうですね。」

看護師は、患者の目標を共有し、同意していると考えられる。

作業療法士：「この項目ごとに見てもらおうかなって思ってた、まず、そこを、か、ま
ず自分で出来ていたらそこを見守りでできていたら自立に上げていこうと思
ってた。11月の頭くらいには、自立にしようと思ってるんで。ちょっとそれ
もできるだけ、たぶんすぐ介助しちゃうと思う。」

作業療法士は、『目標』が共有されたことから、看護師に提案（R）する内容につい
て具体的に説明している。

看護師：「ですね。」

看護師は、作業療法士の説明した提案（R）内容を共有し同意している。

作業療法士：「本人も疲れるから介助してほしいって気持ちもある。」

作業療法士は、看護師の協力が得られることがわかり、新たな問題として患者の協
力が得られない可能性について説明している。

看護師：「たぶんそれもあると思う。まかせっきりですもんね。」

どうしてもみんな下げて終わったら呼んでくださいって、みたいな。

そんな感じなので。」

看護師は、作業療法士の新たな『問題』について、患者はリハビリテーションとし
て行う動作と看護師が見守りながら行う動作には違いがあるということ予測してお
り、看護師が行う状況（S）については詳しく伝えた方が良く考えたことが推察され
る。

作業療法士：「リハビリの時はぜんぜんできているので。」

作業療法士は、すでにリハビリテーションの時と看護師が介助をするときでは患者
自身の動作に違いがあることを予測しており、患者がしないことがあっても実際には
できるという情報（S）を繰り返すことで強調し伝えている。

看護師：「だから、この前カンファレンスで聞いたときに、私的にびっくりしたし、た
ぶん他の人も知らなかったことなので。」

看護師は、担当する患者がリハビリテーションでできている状況（S）は、病棟で状況と驚くほど違いがあったということを伝えている。

作業療法士：「意外と車椅子も自走してて。」

作業療法士は、看護師が担当患者の回復している状況（S）を知らないということがわかり、他の情報も伝えた方が良くと考え車椅子の自走の状況（S）を伝えている。

**看護師：「本人もいつもあそこにずっといるというよりは、もうちょっとどこか行きた
いってたぶん、不満ではないですけど。いつもあその部屋にいるっていう
のが、ストレスにはなっていると思うんで。まずトイレ。」**

看護師は、車椅子で自走できるという情報（S）を共有したことで、車椅子に座っている病棟の状況（S）はストレスとなっているという新たな考え（A）を伝えたが、今
の話題である排泄動作につなげた方が良くと考え、トイレまでの自走を新たに『目標』
とし伝えている。

作業療法士：「トイレ」

作業療法士は、話題が広がったと感じたが、看護師が『問題』としている排泄に焦点をあて、自走の『目標』をトイレとしたため、繰り返し言語化し同意している。

看護師：「トイレまで自立的な感じで。」

看護師は、作業療法士が省略した『目標』の内容を繰り返して確認している。

作業療法士：「リハではそろそろ自立までできるとは話をしてて。」

作業療法士は、リハビリテーションスタッフで共有されている『目標』は車椅子の自走や下衣操作だけでなく一連の排泄動作を自立できるという目標の範囲を説明した方が良くと考え伝えている。

看護師：「あー、そうなんですね。」

看護師は、リハビリテーションの評価（A）から実現可能な設定として『目標』の範囲を示しているということがわかったと推察される。

**作業療法士：「でもあとは、トイレの中は狭いから、その中で車いすで方向変えたりっ
ていうのがちょっとまだぎこちない感じがあるので、これから、じゃあ、見
守りでトイレって感じで、介助じゃなくて、ただ見守っていますよくらいで、」**

作業療法士は、排泄の一連の動作となる『目標』の範囲について、説明していない方向転換について具体的に説明し、看護師の援助方法が見守りであるということを繰り返し提案（R）している。

**看護師：「リーダーさんとかにも報告して周知してもらえるように言っておきます。あ
とケアワーカーさんもカルテ見ないで言えるように、」**

看護師は、この段階で疑問が解決しリハビリテーションスタッフの『目標』を共有化したことが推察される。『目標』を共有化したことで、自身の役割として、他の看護スタッフと共有するための方法について言語的に伝え『行動化』を確認している。

作業療法士：「評価表ができたらまた、車いすの後ろのポケットに入れようと思っているので、」

作業療法士は、言語化していないが細かな動作の目標を、看護スタッフ全員で共有するためには申し送りだけでは不足することを予測しており、看護師が言語化していない評価表の使用に対する『行動化』の内容を具体的に伝えた方が良いと考えたことが推察される。

看護師：「あー。」

看護師は、すでに説明があった評価表を用いるという提案（R）を想起したことで、申し送りだけでは細かな情報の共有はできないということに気づいたことが推察される。

作業療法士：「それで、見てもらって。で、日に決まった1日の中で朝とか夕とかどうなのかなって、いうので、」

作業療法士は、経験の浅い看護師にさらに評価表の使い方について具体的に説明した方が良いと考え説明したことが推察される。

看護師：「そうですね。」

看護師は説明によって過去に評価表を用いた経験を想起し、提案内容を共有したことが推察される。

作業療法士：「まあ、ふらつきがゼロではないので、」

作業療法士は、ふらつきに対する情報（S）を伝えることで、ふらつきがあることで転倒する危険性があるという考え（A）が共有されると考えアセスメントの言語化は省略している。

看護師「んーですね。」

看護師は、危険性にたいする作業療法士の考え（A）を共有し反応した。

作業療法士：「見守りでしてもらって。」

作業療法士は、言語化していないが、直接的な介入の必要性は無いが転倒の危険性があるため見守りは必要であるという考え（A）から、先ほどは省略したが見守りという援助方法（R）を言語的に伝えた方が良いと考え伝えている。

看護師：「わかりました。なんか、自走とかしているときにけっこうぶつかったりとかします。」

看護師は、排泄の動作に含まれることになった車椅子の自走について（壁や物に）ぶつかり危険であるという情報（S）を新たな『問題』として伝えた方が良いと考え伝えている。

作業療法士：「いや、減ってきました。」

作業療法士は、看護師が伝えた『問題』はリハビリテーションによってすでに改善していることを知っていたため、現在の情報（S）を伝えることで『問題』ではないこ

とを伝えようとしたと考える。

看護師：「本当ですか。」

看護師は、作業療法士から伝えられた状況（S）は予測していなかったのか、驚いた反応を示している。

作業療法士：「けっこう自分で意識して、」

作業療法士は、看護師の驚いている反応から、担当患者は車椅子の自走の際に物にぶつからないことを意識することで危険性を回避するという対応がすでにできている（S）ことを伝えた方が良いと考え、対応方法の要点のみを言語的に伝えた。

看護師：「右も見えている感じで。」

看護師は、患者は右側が見えにくいことで車椅子の自走の際にぶつかるという考え（A）はすでに共有していたため言葉を省略し、右側を意識して見ることで危険性が無いということを確認するために状況（S）のみを言語化したと考えられる。

作業療法士：「うん、うん。」

作業療法士は、看護師の反応から看護師が話題の中で提起した自走時にぶつかるという新たな『問題』はすでに解決しているということを看護師と共有できたことがわかった。

看護師：「じゃあ、今後その、薬はシートでしてもらおうのと、トイレは見守りでっていうのをとりあえずは行ってみようと思います。血圧のことはまた考えます。」

看護師は、本日の3つの話題に対して、自分の役割としての『行動化』を言語的に確認している。

作業療法士：「はい。」

作業療法士は、看護師の『行動化』の内容に同意し共有している。

この会話を連携のプロセスで考えると、担当患者は重度の右麻痺があり排泄の動作では介助が必要であるという背景（B）はすでに共有されていたが、リハビリテーションで改善されている動作の状況（S）を共有する段階から始まっている。

作業療法士はリハビリテーションによって立位が安定したことで、下衣操作（ズボンの上げ下げの動作）ができるようになっている状況を看護師は知らずに介助しているため、その状況（S）を伝え『問題の枠組みの共有化』を図った。言語化されていないが片手では、ズボンのウエストがお尻に引っかかり上げ下げが難しいという考え（A）や患者は介助して欲しいという気持ちがあることから看護師は介助してしまう状況があることも共有された。「問題の枠組み」の共有化によって、ウエストが伸びるタイプのズボンを使用するという解決策がすぐに提案（R）されたことから、片手で下衣操作はできるのかという『問題の焦点化』が共有されたことが推察される。また、患者が片手でズボンの上げ下げができるという『目標の共有』の段階まではスムーズに進ん

でいる。

作業療法士より、ふらつきがあるという情報 (S) が伝えられ、転倒の危険性があるという考え (A) から患者ができることを評価表にすることで排泄動作を介助せずに見守るということを看護師に提案 (R) された。看護師は、看護スタッフに伝達するという自分の役割を伝え『行動化』の段階まで進みこの会話は終了している。

この後、看護師から (右がみえにくいため) 車椅子で自走するとぶつかるという問題が提起されたが、作業療法士から右側を意識できているという情報が伝えられたことでこの問題はすでに解決しているということが共有されている。

この会話では SBAR の内容が伝達されていることで作業療法士の排泄動作を自立させるために看護師の協力を得るという連携メンタルモデルが共有されたことで、連携のプロセスはスムーズであったと考えられる。

3.3.2.10 場面 3 の概要

研究対象者は、12年目の看護師と7年目の理学療法士である。職種異なる2者は脳卒中によって重度の麻痺や意識障害のある同じ患者を担当している。勤務が合う日にはリハビリテーションの状況や病棟での介助方法などを相談するようにしている。

カンファレンスでは、意志の疎通性が少しずつ出てきた患者について表1に示した通り、「意識混濁と筋緊張の強い患者の車椅子乗車について」、「手指の拘縮の予防」「病状に対する患者の夫の認識」の3つの点が話題となり、これらの点について、会話が展開していった。分析では、これらの話題ごとに切り取り、3つの場面に分け分析を行った。

3.3.2.11 場面 3 - ① 話題「意識混濁と筋緊張の強い患者の車椅子乗車」分析結果

1) 話題となる担当患者の背景

重度の運動麻痺と意識障害があり、リハビリテーションを行っている。回復に伴い意識の疎通性と体幹の支持は緩やかによくなっているが、状態は場面によって変わりやすく、病棟で実施している車椅子乗車訓練は看護師が2人で介助している。

2) 場面の背景情報

日々変化している患者の状況を把握するために、リハビリテーションを担当する理学療法士は、担当看護師が日勤勤務である時には情報を交換している。

3) 実際の会話

理学療法士：「とりあえず、最近ね、覚醒がいい場面が増えてきている。前は10中2回程度の覚醒の良さがあって、その時にけっこうリハビリのノリがいい感じで介助量も減っている感じだったけど、最近、10回来て4~5回けっこう覚醒のいい状態があって、車いす座位の安定性も良くなって、介助量も減って、今日も午前中覚醒がすごく良くて受け答え指示も入って、足おろしますね、の足で、自分で降ろしたり、立ちますよ、で、もっともっと下げたりしているので、最初よりは指示理解が入っているかなって。ただ、まだ緊張トーンがまだ高くてリハでセラピストが介入した状態の時、その覚醒がいい時で軽介助。起立もほとんど支え無しで、立位保持ができるくらいになってる。」

看護師：(うなずきながら聞き)「あー、そうなんですね。」

理学療法士：「だけど、ちょっと病棟に送るには緊張が高いつてさっきも言ったんだけど、伸展パターン変えるときがあって、毎日がバラツキがあるんで、今まで通り2人介助でいいかなって思う。ただ座位以降の体幹の崩れがほとんど無くなってきているんで、注入とかを普通車椅子で、リクライニングとかじゃなくて自分の体幹を使いながら普段の生活をやっていくって感じで覚醒レベルとかに関係なく自重を支えるってことで筋力をあげていくっていうのがセラピストが病棟に送れることかなって今の感じかな。」

看護師：「ありがとうございます。たしかにリクライニングから普通の車椅子だったら〇〇の治療から始められるし、体勢、体位的にもぜんぜんリクライニングよりも、寝ているときは崩れるぐらい。」

理学療法士：「うん。うん。完全に折りたたまるくらいになりよったけど、今だいぶしっかり体幹してきたんで、覚醒があがってきて、起立座位とか始めたんよ。練習で、起立座位で立ったままこう寄りかかるやつで、それで自然に力が入って。」

4) 会話の分析

患者は脳卒中を発症し重度の意識障害と運動障害があったが、リハビリテーションによって覚醒状況や体動に変化があるという背景(B)は共有されている。SBARの枠組みで考えると、理学療法士から覚醒の良さの頻度や指示動作ができてきたことで介助の方法が変わってきている状況(S)について詳しく説明がなされている。多く

の情報に対して看護師の反応が少ないことから、すでに知っていた情報も多くあったことが予測される。また、特に筋の緊張は強く、支持動作は一定ではない状況 (S) を繰り返し強調し、動きが予測できないため車椅子乗車の際は転倒の危険があるというアセスメント (A) から車椅子への移乗の介助を 2 人で実施するよう看護師に提案 (R) した。このことについてはすでに継続している問題であり新たな提案でもないことから看護師は反応していないことが推察される。

しかし、この後に理学療法士が、処置中に普通の車椅子に乗車させることで体幹を鍛えたいという目標を伝えたことで、看護師は体幹が弱いと車椅子乗車時に姿勢が崩れやすいというアセスメント (A) を共有し、病棟では〇〇の処置中に普通の車椅子に乗車するという新たな看護師の役割を言語的に提案 (R) したことが推察される。

理学療法士：「とりあえず、最近ね、覚醒がいい場面が増えてきている。前は 10 中 2 回程度の覚醒の良さがあって、その時にけっこうリハビリのノリがいい感じで介助量も減っている感じだったけど、最近、10 回来て 4~5 回けっこう覚醒のいい状態があつて、車いす座位の安定性も良くなって、介助量も減つて、今日も午前中覚醒がすごく良くて受け答え指示も入って、足おろしますね、の足自分で降ろしたり、立ちますよ、で、もっともっと下げたりしているので、最初よりは指示理解が入っているかなって。ただ、まだ緊張トーンがまだ高くてリハでセラピストが介入した状態の時、その覚醒がいい時で軽介助。起立もほとんど支え無しで、立位保持ができるくらいになつてる。」

理学療法士は、担当する患者が覚醒の状況によって指示が伝わる場面が増えてきた状況は病棟でケアをしている看護師には詳しく伝えた方が良くと考え説明していると推察される。

看護師：(うなずきながら聞き)「あー、そうなんですね。」

長い説明に対して、看護師は短い同意の反応だけであったことから、この情報の多くはすでに共有されていたことが推察される。この段階では何を問題としているのか『問題の焦点化』はなされていないと考える。

理学療法士：「だけど、ちょっと病棟に送るには緊張が高いつてさっきも言ったんだけど、伸展パターン変えるときがあつて、毎日がバラツキがあるんで、今まで通り 2 人介助でいいかなって思う。ただ座位以降の体幹の崩れがほとんど無くなってきているんで、注入とかを普通車椅子で、リクライニングとかじゃなくて自分の体幹を使いながら普段の生活をやっていくって感じで覚醒レベルとかに関係なく自重を支えるってことで筋力をあげていくっていうのがセラピストが病棟に送れることかなって今の感じかな。」

理学療法士は、看護師の反応が少なかったことから、問題については再度強調しておいたほうが良いと考え、まだ筋の緊張が強く、動きが一定ではない状況（S）を繰り返したと考える。動きが予測できないため車椅子移乗の際には転倒の危険性があるというアセスメント（A）から、介助は2人で実施するよう提案（R）した。

車椅子の乗車について説明したことで、普通の車椅子に乗車することで体幹を鍛えたいという理学療法士の目標についても追加し伝えている。

看護師：「ありがとうございます。たしかにリクライニングから普通の車椅子だったら〇〇の治療から始められるし、態勢、体位的にもぜんぜんリクライニングよりも、寝ているときは崩れるぐらい。」

看護師は、車椅子移乗の際の危険性については以前から継続している問題であり、新たな提案（R）もなかったことから反応はしていない。しかし、最後に新たな情報として普通の車椅子に乗車することで体幹を鍛えるという目標を聞き、言語化していないが体幹が弱いと車椅子乗車時に姿勢が崩れるというアセスメント（A）や病棟で普通の車椅子に乗車し体幹を鍛えることは可能であるのかという『問題の枠組み』を共有したことによって、看護師の役割として病棟での車椅子乗車訓練の方法を具体的に提案（R）した方が良いと考え伝えたと推察する。

理学療法士：「うん。うん。完全に折りたたまるくらいになりよったけど、今だいぶしっかり体幹してきたんで、覚醒があがってきて、起立座位とか始めたんよ。練習で、起立座位で立ったままこう寄りかかるやつで、それで自然に力が入って。」

理学療法士は、体幹が弱いと姿勢が崩れるという『問題の枠組み』を共有し、リハビリテーションの情報（B）について詳しく説明した方が良いと考えたと推察されるが、何を問題とするのか、『問題の焦点化』はなされていないまま情報が伝えられている。

会話の始まりに理学療法士は、意識の状況によって体動が変化する患者の状況（S）について詳しく説明していることから、この話題は『問題の枠組みの共有化』から始まっていると推察されるが、看護師の反応の少なさから説明された情報の多くはすでに共有されていたことも推察される。理学療法士は筋の緊張が強く動きが一定ではない状況（S）を繰り返していることから、言語化していないが、車椅子の移乗時には転倒の危険性があるということを『問題』として捉え、車椅子移乗時には現行通り2人で介助するよう『行動化』を提案（R）した。この問題に対する提案はすでに継続され共有されていたことから看護師の言語的な反応はない。

しかし、この後に普通の車椅子に乗車することで体幹を鍛えるという『目標』となる情報が伝えられたことで、看護師は言語化していないが体幹が弱いと車椅子乗車時に姿勢が崩れるというアセスメント（A）から病棟で普通の車椅子に乗車し体幹を鍛え

ることは可能であるのかという新たな『問題』について焦点化を図り、看護師の役割として病棟での車椅子乗車訓練について具体的な『行動化』を提案（R）した。

この会話では、理学療法士は詳しく状況（S）を説明しているが、ひとつの会話の中に複数の問題となる情報が含まれており、何を問題としているのかわかりにくい。しかし、看護師に対して『目標』や『行動化』を具体的に提案したことで連携の段階としては『行動化の提案』の段階まで進んだと考えられる。

3.3.2.12 場面3 - ②話題「手指の拘縮予防」分析結果

1) 話題となる担当患者の背景

担当する患者は、意識障害から医療目的のチューブ類を抜去する行為があり、手袋タイプの抑制帯を付けている。

2) 場面の背景情報

看護師は担当する患者は重度の意識障害と運動障害があるため介助量が多いが、最近少しずつではあるが回復状態にあるため、介助量を減らす方法がないか理学療法士に相談した。

3) 実際の会話

看護師：「それでなんとか介助量の軽減を図りたいんだけど。」

理学療法士：「そうなんだけど、目がねやっぱりね見えていないっていうのと、緊張が高いっていうのと。手はずっとにぎりっぱで、パーができない。」

看護師：「最近、なんか手固くなっていますよね。なんか前はサクション（痰の吸引）とかマーゲン（栄養注入のため鼻から胃に挿入するチューブ）の拒否があってけっこう、がしとつかむことがあったけど、最近グーのままになって、力自体はあるけど、ミトンの影響なのか動かし方が足りないのかなって、自分の意志で動かさないからですね。」

理学療法士：「もしかして、覚醒が上がってきている分、自分の体が、感覚が結構弱いけんね。精査ができないけど、あの状態では。自分の体の不安定な感じだったり不安感を感じていたりして自然と力がグーッとなって、覚醒が悪いとあまり自分がどうなっているか気にしないから、だらーってなって。」

看護師：「覚醒があがってくると。」

理学療法士：「覚醒があがってくると逆にトーンはあがるんかなって。ちょっと推測はしているんだけど。一応セラピストの治療でストレッチとかやっているけど、なかなか意思の疎通ができないから細かいストレッチとか出来ないか

ら。だから普段の生活でなんとかね、できると。下肢とかはね、まだ柔らかい。」

看護師：「たしかに、覚醒がいいときとかは、ズボンの時とか、足を通そうとしてくれたりとか。」

理学療法士：「うーん、うん。上枝がね。」

看護師：「たしかに、」

理学療法士：「それも両側だから、」

看護師：「そうなんです。両方なんで、最近すごく感じて、どうにか、ならないかな、」

理学療法士：「それも OT と話して病棟に送ってみようと思っているんだけど、ポジショニングっていう感じじゃなくて、手指のことやけんね。強制的に開いたり、というのを必要になるかどうかっていうのを。」

ようあるグローブみたいなやつで、板みたいなのが付いとって、完全にこの形のまま固定するっていうやつ。」

看護師：「えー。」

理学療法士：「痛みもでよるけんね。ちょっと腫れたりもしよるけんね。それをやりすぎちゃうと逆に今度、って感じが、、ちょっとまた OT と話して、おこうと思います」

看護師「はい。」

4) 会話の分析

この会話は前回の話題の続きであり、患者の回復に伴い看護師の介助量を減らすことが可能であるか看護師からの相談で始まっている。理学療法士は介助が必要となる複数の要因について障害の状況 (S) を説明する中で、両手指に拘縮があるという状況 (S) に問題が焦点化された。SBAR の枠組みで考えると、チューブの自己抜去を予防するためにミトン (手袋タイプの拘束) を付けているという患者の背景 (B) はすでに共有されていたため省略されているが、最近ではミトン (手袋タイプの拘束) の中で手を握っていることが多く手が拘縮している状況 (S) について情報が共有された。理学療法士から意識の回復に伴い不安感から力が入るが、意思の疎通性は低く無理に広げることも難しいというアセスメント (A) が伝えられ、看護師に対する具体的な提案はなく、手指の動きの専門である作業療法士に相談することが提案されこの話題は終了した。

看護師：「それでなんとか介助量の軽減を図りたいんだけど。」

看護師は、前回の話題の続きであり、覚醒が良い時の頻度が多くなっている状況 (S) や脳卒中によって障害は重度であるという背景 (B)、覚醒の状況で筋の緊張は変わる

が体幹は安定してきているというアセスメント (A) はすでに共有されていることからあえて言語化せずに患者の回復に合わせて介助方法を変更することを作業療法士に提案 (R) している。

理学療法士:「そうなんだけど、目がねやっぱりね見えていないっていうのと、緊張が高いってくのと。手はずっとにぎりっぱで、パーができない。」

理学療法士は、病棟で介助をする看護師の人員が十分でない状況を理解しながらも2人で介助が必要となる要因については、詳しく説明した方が良くと考え、視力障害、筋の緊張、手の拘縮など現在の状況 (S) を説明している。

看護師:「最近、なんか手固くなっていますよね。なんか前はサクシオンとかマーゲンの拒否があってけっこう、がしとつかむことがあったけど、最近グーのままになって、力自体はあるけど、ミトンの影響なのか動かし方が足りないのになって、自分の意志で動かさないからですね。」

看護師は、理学療法士の説明を聞き、両手の拘縮が進行している状況 (S) に焦点化し、ミトン (拘束) によって手を動かさないことが要因となっている (A) ことを説明し、問題の焦点化を図っている。

理学療法士:「もしかして、覚醒が上がってきている分、自分の体が、感覚が結構弱いけんね。精査ができないけど、あの状態では。自分の体の不安定な感じだったり不安感を感じていたりして自然と力がグーッとになって、覚醒が悪いとあまり自分がどうなっているか気にしないから、だら一ってなって。」

看護師はミトンを付けていることが要因として考えていたが、理学療法士は緊張が高くなることで手に力が入ることも手を握る要因になっていると考え (A) 説明した。

看護師:「覚醒があがってくると。」

看護師は覚醒によって力が入るという考え (A) を理解しようと思考している。

理学療法士:「覚醒があがってくると逆にトーンはあがるんかなって。ちょっと推測はしているんだけど。一応セラピストの治療でストレッチとかやっているけど、なかなか意思の疎通ができないから細かいストレッチとか出来ないから。だから普段の生活でなんとかね、できると。下肢とかはね、まだ柔らかい。」

理学療法士は、覚醒が改善することで筋の緊張は強くなるため、筋肉の緊張に対してストレッチを計画しているが、意思の疎通ができないとストレッチができないという考えから普段の生活の中でストレッチができないか提案 (R) している

看護師:「たしかに、覚醒がいいときとかは、ズボンの時とか、足を通そうとしてくれたりとか。」

看護師は、意思の疎通性が良い時の下肢の動きの状況 (B) を説明し共有している。

理学療法士:「うーん、うん。上枝がね。」

理学療法士は、問題としている手指に話題を戻している。

看護師：「たしかに、」

看護師も手指の動きが問題であると再認識している。

理学療法士：「それも両側だから、」

理学療法士は問題の背景（B）について説明した。

看護師：「そうなんです。両方なんで、最近すごく感じて、どうにか、ならないかな、」

看護師も問題の背景（B）を共有しており、対応方法がないか検討することを提案（R）している。

理学療法士：「それも OT と話して病棟に送ってみようと思っているんだけど、ポジショニングっていう感じじゃなくて、手指のことやけんね。強制的に開いたり、
というのを必要になるかどうかっていうのを。
ようあるグローブみたいなやつで、板みたいなのが付いとって、完全にこの形のまま固定するっていうやつ。」

作業療法士は、手指の動きに関して専門となる作業療法士に相談することを提案しながらも、現在考えられるリハビリテーションとしての対応方法について提案（R）した。

看護師：「えー。」

看護師は、理学療法士が説明した方法（R）が現実的でないと考えたことが推察される。

理学療法士：「痛みもでよるけんね。ちょっと腫れたりもしよるけんね。それをやりすぎちゃうと逆に今度、って感じが、ちょっとまた OT と話して、おこうと思います」

理学療法士は、看護師の反応を受け慎重に対応することを説明し、再度作業療法士に確認することを提案（R）している。

看護師「はい。」

看護師は、この話題は理学療法士との 2 者間では解決しないと考え、作業療法士に確認するという提案（R）を承諾したと考える。

この話題は、前の話題に続き看護師から、患者の回復に合わせて介助量を減らすという提案（R）から始まったが、何を問題とするのか問題の焦点化がなされていないことから、理学療法士は介助量が多くなる要因を挙げながら現在の状況（S）を説明した。よって、この段階で『問題の枠組みの共有化』の段階に戻っている。

いくつかの要因の中から看護師は気がかりに感じていた手指の拘縮について状況（S）を説明したことで、手指の拘縮を改善することが可能であるのか、『問題の焦点化』が図られた。意思の疎通性が低く無理に広げることは難しいという理学療法士のアセス

メント (A) から、具体的な目標の共有には至らず、看護師に対する新たな提案は無い。理学療法士から手指のリハビリテーションの専門である作業療法士に相談するという『行動化が提案』(R) された。

この話題は、連携の促進の段階で考えると、看護師の提案から始まったが、問題の焦点化が図られていなかったことから、『問題の枠組みの共有の段階』に戻っている。そのあと、状況 (S) とアセスメント (A) が伝えられたことで『問題の焦点化』までスムーズにすすんだが、問題とする内容が両者の専門ではないことから、『目標の共有化』には至らなかった。よって、問題を解決するための行動化の提案には至っていないが、連携する職種を広げ対応を検討するという新たに連携のメンタルモデルを形成し、作業療法士に相談するという『行動化が提案』(R) されこの会話は終了した。

3.3.2.13 場面3 - ③ 話題「病状に対する患者の夫の認識」分析結果

1) 話題となる担当患者の背景

患者は障害が重く退院に向けた調整を早めに行う必要があり、患者の夫に対して医師から現状までは回復したが、今後さらに回復することが難しいことを説明している。しかし、患者の夫は説明を受けた後も内心ではリハビリテーションによる回復を期待している。

2) 場面の背景情報

退院調整を前に患者の現状を受け止めようとしている患者の夫に、日によって大きく変わる患者の状況をどのように伝えるか気がかりにしていた。

3) 実際の会話

理学療法士：「下肢に関しては、ポジショニング大丈夫です、今のまんまで。」

車いすにずっと座りっぱなやったらね、けっきょく、タオルとか出すと緊張して、つま先が背屈方向いくやろうけど、そういう感じは今のとこ、、、

看護師「またじゃあ、もしかしたら途中車いすに乗ったらまた出てくる、そういう、」

理学療法士：「可能性はあるけん、だから、そうなった時に、もし出そうになったら、こっちから足を台の上に乗せれる、まあ作ったやつがある、段ボールやけどね。はは (笑い)」

看護師：「足台 (小さな声で)」

理学療法士：「そうそう。たぶん、足は出ないんじゃないかなーって思うんだけどね。なので、一応、まあ、ご主人さんもやっぱりこれ以上伸びないのかっていうことをまだ気にしてあるかもしれないけど。」

看護師：「だからなんか、逆に今、立位訓練が、リハ室でやっているのって、たぶんお父さんが考えている以上のことしているから、それを知ったら逆に期待しちゃって、」

理学療法士：「だけんが、動画、動画とった。発表用とかじゃなくて、一番いいときと、悪い時を撮ろうと。それをご主人さんに提示して、10回リハビリ、10日間リハビリ行ったら、だいたい5日間から6日間この状態。で、たまにこれ。これは力がないとかじゃなくて、前面談で先生がお話しされたように覚醒の状態があるので、やっぱりこれはずっと続くかもしれないので、現状から今後はこういう状態が、やっぱり、継続していくのかな。」

看護師：「そうなんですよ。」

理学療法士：「なんかね、あまりなんかやっぱり〇〇さんもけっこう極端にね、」

看護師「そうですね。」

理学療法士：「一番下か、一番いいかっていうのがあるので、」

看護師「ちょっとでも希望があるとなるとずっと居続けたいってのが、」

理学療法士：「ただ、やっぱりドアの、起立台の練習をちょっととっていこうと思うけど、ここからやっぱり歩いてみたりとか、移乗の時に踏み返しをしたりできるようになるには、この練習ではちょっと、難しい、この練習ではただ立つだけだし、足を出す練習もできないし、というところで、根気よく話をしていくしかないのかなって。」

看護師：「ありがとうございます。」

理学療法士：「いや。」

看護師「今度、〇日が個別面談なので、」

理学療法士：「あー、」

看護師「なので、その時の様子また伝えますね。」

4) 会話の分析

この話題は、前の話題の続きとして車椅子乗車中の下肢のポジショニングに対する提案 (R) から始まったが、理学療法士は下肢の伸展は難しいという説明をしながら、気がかりにしていた患者の夫の認識について話題を変えている。

SBAR の枠組みで考えると、患者の夫は、リハビリテーションによる回復を期待していたが医師から現状以上の回復は難しいという説明を受けたという背景 (B) があり、この背景の情報 (B) は話題に入る前から共有されていたため、言語化されていない。また、患者の病状は日によって変化が大きく夫は患者の現状を十分に認識できていない状況 (S) も共有されていた。

患者が立位訓練をしていることを夫が知ることで現実以上の回復を期待させてしま

うという考え (A) が言語化されたことで、患者の夫に期待させすぎずに現状を認識してもらうことが可能であるのかという『問題の焦点化』がなされた。理学療法士から動画によって患者の現状を伝えることや立位をとっても足が前にでない状態を伝えることが提案 (R) された。看護師から後日面談があることが確認されこの会話は終了した。

理学療法士：「下肢に関しては、ポジショニング大丈夫です、今のまんまで。

車いすにずっと座りっぱなやったらね、けっきょく、タオルとか出すと緊張して、つま先が背屈方向いくやろうけど、そういう感じは今のとこ、、

理学療法士は、下肢については新たな提案はないことを伝えた方が良くと考え説明したが、長時間座位になることで下肢の動きが出る可能性 (A) について、実際にケアをおこなう病棟の看護師には伝えた方が良くと考え説明したと考える。

看護師「またじゃあ、もしかしたら途中車いすに乗ったらまた出てくる、そういう、」

看護師は、下肢の動きがあるなら危険性があるのか確認したいと考えたことが推察される。

理学療法士：「可能性はあるけん、だから、そうなった時に、もし出そうになったら、こっちから足を台の上に乗せれる、まあ作ったやつがある、段ボールやけどね。はは (笑い)」

理学療法士は、この問題の可能性について説明したが、すでに準備があるという状況 (S) についても説明した。

看護師： 「足台 (小さな声で)」

看護師は、この問題が顕在化した時の対応方法の状況について共有した。

理学療法士：「そうそう。たぶん、足は出ないんじゃないかなーって思うんだけどね。

なので、一応、まあ、ご主人さんもやっぱりこれ以上伸びないのかっていうことをまだ気にしてあるかもしれないけど。」

理学療法士は、下肢の伸展の可能性は低いという考え (A) を説明しながら、患者の夫は足が伸展することを期待していたという背景 (B) となる情報を想起し、話題を変えている。

看護師：「だからなんか、逆に今、立位訓練が、リハ室でやっているのって、たぶんお父さんが考えている以上のことしているから、それを知ったら逆に期待しちゃって、」

看護師は、患者が立位訓練をしていることを夫が知ることで現実以上に期待させてしまう可能性があるという (A) 考えを伝え、問題の焦点化を図っている。このことから看護師は以前から患者の夫の病状に対する認識について『問題』と考えており、何が問題であるのか、具体的に説明した方が良くと考えたことが推察される。

理学療法士：「だけが、動画、動画とった。発表用とかじゃなくて、一番いいときと、悪い時を撮ろうと。それをご主人さんに提示して、10回リハビリ、10日間リハビリ行ったら、だいたい5日間から6日間この状態。で、たまにこれ。これは力がないとかじゃなくて、前面談で先生がお話しされたように覚醒の状態があるので、やっぱりこれはずっと続くかもしれないので、現状から今後はこういう状態、がやっぱり、継続していくのかな。」

理学療法士は以前から患者の夫が患者が立位訓練をしている場面を見ても期待しすぎないように説明することは可能であるか、という問題を共有しており、動画によって状態を説明するという対応方法（R）について説明し、患者の夫の認識として目標となる現状について説明している。

看護師：「そうなんですよね。」

看護師は、医師の判断では患者はリハビリテーションを継続しても現状が続くことが予測されるという問題の背景となる情報（B）を共有していたことが推察される。

理学療法士：「なんかね、あまりなんかやっぱり、けっこう極端にね、」

理学療法士は、患者の状態は日によって変化が大きいと、患者の夫が患者の状況をどのように認識すればよいのかという『目標』について説明しようとしていることが考えられる。

看護師「そうですね。」

看護師はこの段階では、患者の夫にどのように認識してもらおうかという目標の枠組みは共有しているが、具体的な提案はないため考えながらあいづちをしている。

理学療法士：「一番下か、一番いいかっていうのがあるので、」

理学療法士は、患者の夫にどのように認識してもらおうかという目標の枠組みを説明している。

看護師「ちょっとでも希望があるとなるとずっと居続けたらいいというのが、」

看護師は、理学療法士が目標の枠組みとして説明した「一番良いところ」に対して、リハビリに期待しすぎると入院を継続したいと考えるのではないかという考え（A）を説明している。

理学療法士：「ただ、やっぱりドアの、起立台の練習をちょっととっていいこうと思うけど、ここからやっぱり歩いてみたりとか、移乗の時に踏み返しをしたりできるようにするには、この練習ではちょっと、難しい、この練習ではただ立つだけだし、足を出す練習もできないし、というところで、根気よく話をしていくしかないのかなって。」

理学療法士は、立位訓練を行っているがこのリハビリテーションが歩行につながるような訓練ではないということを患者の夫に説明するということを提案（R）をしており、この内容が患者の夫の認識となることが目標となることを伝えている。

看護師：「ありがとうございます。」

看護師は、理学療法士から具体的な提案（R）がなされたことにお礼を伝えていることから、この提案（R）を承諾しており、この段階で患者の夫に正しい認識をもってもらうこと（『目標』）を共有したと考えられる。

理学療法士：「いや。」

理学療法士は、看護師のお礼に反応しながら、この段階で看護師が提案（R）と『目標』を共有したことを理解したと考える。

看護師「今度、〇日が個別面談なので、」

看護師は、退院調整に向けた患者の夫との面談内容は、重要な情報となるため面談の日程を伝えたと考えられる。

理学療法士：「あー、」

理学療法士は、忘れていた面談の日程を想起したと考えられる。

看護師「なので、その時の様子また伝えますね。」

看護師は、面談の内容はこの問題が解決したかどうか判断するために重要な情報であり、共有する必要性があると考えたことが推察される。

この話題の場合、患者の下肢のポジショニングの説明の中で、理学療法士が患者の夫が下肢の伸展を気にしているという夫の認識に話題を変えた後に、看護師もすぐにリハビリテーションの立位に対する夫の認識に対する考えを伝え話題を続けている。このことから看護師は以前から患者の夫の病状に対する認識について『問題』と考えていたことが推察される。何が問題であるのか、具体的に説明した方が良いと考え、患者が立位訓練をしていることを夫が知ることによって現実以上に回復を期待させてしまう可能性があるという考え（A）を説明し言語化されたことで、患者の夫に期待させすぎないように現状を伝えることが可能であるのかという『問題の焦点化』がなされた。

よって、この話題は情報の共有化はなされており、問題の枠組みはすでに共有されていたことが推察され、『問題の焦点化』の段階から始まっていると言える。

『問題』が共有されたことで、理学療法士からは、以前から考えていた動画によって患者の現状を伝えることについて説明した。この後も期待させすぎないという『目標』の枠組みに対して内容が検討されていることから連携メンタルモデルの『目標の共有の段階』に進んだことが考えられる。言語化されていないが、理学療法士はリハビリテーションで立位をしているが足が前にでない状態から歩行は期待できないという現状を認識してもらうことを目標と考え、立位をしていても足が前にでない状態を伝えるという自身の役割としての『行動化の提案』（R）がなされている。

最後に看護師から面談の予定が確認されており、看護師の役割として面談によって

患者の夫の認識について評価しその情報を理学療法士に伝えるということで会話は終了している。

よって、この話題の連携のメンタルモデルとしては、以前から共有していた情報(S)や背景(B)から『問題の枠組み』はすでに共有されていたため、何を問題とするのかのアセスメント(A)が言語化されたことですぐに『問題の焦点化』がなされた。理学療法士はすでに検討していた対応方法を説明したが、何を目標とするのか共有されていなかったことから『目標の共有化』の段階に入り、何を目標とするのかが検討されている。この『目標』については明確に言語化されなかったが、新たな対応方法が提案(R)され、この内容から目標が共有されていることが推察される。看護師も自身の役割として患者の夫の面談を行い内容を伝えることを話しており、『行動化の提案』までが共有されたことがわかる。

この話題では SBAR の内容が伝達され、連携メンタルモデルが共有されたことで、連携がスムーズになされている。

3.3.2.14 場面4の概要

研究対象者は、15年目の看護師と6年目の理学療法士である。下肢の骨折後にリハビリテーション目的で入院している患者を担当している。週に3-4回程度、勤務が合えば会話をしているが、今回の話題となる患者についてはこれまで情報交換する機会が少なく看護師はリハビリテーションの状況を知らずにいた。

カンファレンスでは、下肢の骨折は歩行器で歩行を始める程度に回復しているが、入院前から原因不明の「震え」がある患者について表1に示した通り「震えによる歩行の危険性」「日中、ひとりで過ごせるか」「ストロー付きのコップの利用」の3つの点が話題となり、これらの点について、会話が展開していった。分析では、これらの話題ごとに切り取り、3つの場面に分け分析を行った。

3.3.2.15 場面4-① 話題「震えによる歩行の危険性」分析結果

1) 話題となる担当患者の背景

転倒による下肢骨折の治療後、現在歩行器を使用した歩行訓練を行っている。骨折部以外に以前から膝痛があり、立位、歩行は安定しておらず、入院中の生活では排泄、入浴などの介助が必要である。また、患者は入院前から原因不明の「手の震え」があるため食事などの援助も必要としている。同居家族は姪1名であり、日中は仕事があ

り、面会に来ててもすぐに帰るため医療者と話す機会は少ない。

2) 場面の背景情報

看護師は、主疾患以外に手指の振戦があり病棟では日常生活の介助を行っているが、患者にどのようなリハビリテーションが行われているか知らなかった。

3) 実際の会話

看護師：「今どんな感じですかね。リハビリの状況を教えてください。」

理学療法士：「リハビリで、2日くらい前から歩行器で歩くのがスムーズになってきたかと思っていたところだったんですけど。やっぱり痛みは残ってて、そこをかばいながら歩いているような感じになりますね。」

立ち上がり動作とかも入院の時よりは良くなっているんですけど、やっぱり震えがじゃまをして危ないなっていう場面が訓練中にも見受けられますし、本人さんも気にしているようなところもあるので、そこをどうしていくかなって、ところをOTと相談しながらやっているところです。」

看護師：「本人もどういう原因で震えているのかっていうことを言います？」

理学療法士：「言わないですね。」

看護師：「それは言わない。でも震えは気になる感じですか。」

理学療法士：「聞くと前からあったと言われて、その頻度？程度？は、前よりはひどい、強いみたいとは言ってあったんですよ。」

看護師：「何歳くらいからとか覚えていないですよ。そのいつからとか。覚えていない。」

理学療法士：「情報だと5年前、」

看護師：「前くらい（重ねて）」

理学療法士：「とっていましたけど。」

看護師：「普段の生活に支障があったかどうかというのはわからないですね。」

理学療法士：「でも元々自立はしていたって話と、外出も一人行くことが多いけどまあ、買い物は姪御さんと一緒にでてたって。」

看護師：「うーん。歩いてた。」

理学療法士：「歩いてた。」

看護師：「ふーん。」

理学療法士：「膝も悪そうだったんですけど、何も使わずに一人で歩いてたって、でも話を聞くと、外で一人で外出していた時に転んだこともあるって言ったんですよ。転んだ時に通りすがりの人が助けもらったりとかもあったって。」

看護師「へー。骨折はなかったんですね。」

理学療法士：「骨折は今回が本当に初めてみたいですね。」

看護師：「あーそうなんですね。・・・今後は家に帰る感じですかね。

この前も姪御さんが来てて、どうするか自分も迷っているんですよ、って話をされて。リハビリの進み具合で、ちょっとその辺もお話ししましょうっていったんですけど、やっぱり家に帰るにはちょっと不安があるかなって感じはありました。

けっこう食事の時も、もう震えてあんまり量がはいっているかどうかもいまいちわからないですもん。その辺をどうしていくかですよ。」

理学療法士：「そうなんですよ。」

看護師：「震えと。・・・歩きはできそうですか？」

理学療法士：「歩きは、まあでも、おうちの中はつたいとかで歩けそうなんですけど、外出るときはですね。道具がいるかなと考えているんですけど。

たぶんあの震えがあったら、どうしようかと」

看護師：「そうですよね。」

理学療法士：「道具もつかえないだろうなって。」

看護師：「シルバーカーですかね。もし使うとしたら。」

理学療法士：「ねー。シルバーカーくらいか。なー。」

看護師：「でもひとりじゃ無理、ですね。誰かついてないと厳しいですよ。」

理学療法士：「なんか、認知とか気になってるので。」

看護師：「そうですよね。なかなか言っていることも二転三転、」

理学療法士：「しますもんね。外出は付き添いがあったほうがより安全、」

看護師：「安全ですよ。」

理学療法士：「かなと思います。」

4) 会話の分析

SBAR の枠組みで考えると、下肢の骨折後に歩行訓練を行っているという背景(B)はすでに共有されており、入院前から手指に振戦があり、入院中の生活動作に介助が必要となっているという背景 (B) も共有されていた。看護師はリハビリテーションの状況で知らない状況 (S) を伝え、状況がわからないと看護の方向性が考えられない (A) ためリハビリテーションの状況を理学療法士に教えて欲しい (R) と尋ねている。

理学療法士は、骨折の回復は順調で歩行器を使用し歩行を始めているが、手指に振戦があることで立ち上がりの際に手に力が入らず転倒しそうになる状況 (S) を伝えている。看護師は情報が不足しているため手指の振戦の原因が何であるのか、改善が可能であるのかアセスメントができないと考え (A)、不足している情報を教えて欲しい (R) と質問を繰り返している。理学療法士は、手指に力が入らないことで立ち上がりの際や歩行の補助具を使用する際に十分に体重を支えられないと考え (A)、転倒せず

に歩行することが可能であるのかということ「問題」としており、使用可能な補助具の検討や外出は付き添いが必要であることを提案（R）している。

看護師：「今どんな感じですかね。リハビリの状況を教えてください。」

看護師は、下肢の骨折後に歩行訓練をしていることは知っていたが、リハビリテーションの状況を詳しく知らなかったため（S）、理学療法士に尋ねている（R）。

理学療法士：「リハビリで、2日くらい前から歩行器で歩くのがスムーズになってきたかと思っていたところだったんですけど。やっぱり痛みは残ってて、そこをかばいながら歩いているような感じになりますね。」

立ち上がり動作とかも入院の時よりは良くなっているんですけど、やっぱり震えがじゃまをして危ないなっていう場面が訓練中にも見受けられますし、本人さんも気にしているようなところもあるので、そこをどうしていくかなって、ところをOTと相談しながらやっているところですよ。

理学療法士は、看護師にはリハビリテーションの状況を詳しく説明した方が良くと考え、歩行器を使用して歩行訓練を始めているが、骨折部位の痛みがある状況（S）や手指の振戦があり立ち上がりの際などに危険な状況（S）があることを説明している。また、言語化していないが、手指の振戦によって立ち上がりの際や歩行器を使用する際に十分に体を支えることができていると考え（A）ていることが推察され、手指の振戦があっても歩行器等の補助具を使用することが可能であるか『問題』とし、作業療法士に相談するという対応方法（R）を伝えたと考えられる。

看護師：「本人もどういう原因で震えているのかっていうことを言います？」

看護師は、手指の振戦の原因が何であるのか考えたが、情報が不足しているため質問していることが推察される。

理学療法士：「言わないですね。」

理学療法士は知っている情報を伝えればよいと考え伝えている。

看護師：「それは言わない。でも震えは気になる感じですか。」

看護師は、震えの病態をアセスメントするために自覚症状について質問していると推察される。

理学療法士：「聞くと前からあったと言われて、その頻度？程度？は、前よりはひどい、強いみたいとは言ってあったんですよ。」

理学療法士は、震えに対する自覚症状や経過など知っている情報を伝えればよいと考え伝えている。

看護師：「何歳くらいからとか覚えていないですよ。そのいつからとか。覚えていない。」

看護師は、震えがどのような病態であるのかアセスメントするために不足している

情報として過去の経過(B)について質問を繰り返している。

理学療法士：「情報だと 5 年前、」

理学療法士は、震えの発症時期について、知っている情報を伝えればよいと考え伝えている。

看護師：「前くらい（重ねて）」

看護師は、すでに知っていた情報であったことを想起したため言語化した。

理学療法士：「とっていましたけど。」

理学療法士は、この情報に確信がないことを看護師に伝えている。

看護師：「普段の生活に支障があったかどうかというのはわからないですね。」

看護師は、入院前からある震えがどのような問題となるのか、問題を焦点化するために、生活の状況について質問をしていると推察される。

**理学療法士：「でも元々自立はしていたって話と、外出も一人行くことが多いけどまあ、
買い物は姪御さんと一緒にでてたって。」**

理学療法士は、入院前の生活について、介助が必要であった内容について知っている情報を伝えればよいと考え、歩いていたという状況（S）を説明した。

看護師：「うーん。歩いてた。」

看護師は、気がかりとなる情報を繰り返した。

理学療法士：「歩いてた。」

理学療法士は、問題と考えている歩行の状況を繰り返し強調した。

看護師：「ふーん。」

看護師はこの段階で、手指の震えに対するアセスメントから患者の歩行に話題が変更されていることが推察される。

理学療法士：「膝も悪そうだったんですけど、何も使わずに一人で歩いていたって、でも話を聞くと、外で一人で外出していた時に転んだこともあるって言ってたんですよ。転んだ時に通りすがりの人が助けてもらったりとかもあったって。」

理学療法士は、問題の枠組みとなる歩行に話題が焦点化されたため詳しく情報を伝えた方がよいと考え、転んだことがあるという情報（S）を説明したと推察される。

看護師「へー。骨折はなかったんですね。」

看護師は、入院前から転倒していたという情報（S）を聞き、何が問題となるのかアセスメントするためにさらに詳しい情報を質問している。

理学療法士：「骨折は今回が本当に初めてみたいですね。」

理学療法士は、質問されている情報（S）を伝えればよいと考え伝えている。

看護師：「あーそうなんですね。・・・今後は家に帰る感じですかね。」

この前も姪御さんが来てて、どうするか自分も迷っているんですよ、って話

をされてて。リハビリの進み具合で、ちょっとその辺もお話ししましょうって
いったんですけど、やっぱり家に帰るにはちょっと不安があるかなって感じ
はありました。

けっこう食事の時も、もう震えてあんまり量がはいっているかどうかもいま
ちわからないですもん。その辺をどうしていくかですよね。」

看護師は、何を問題とするのか、問題の焦点化をはかる前に、理学療法士が知らな
い家族の情報として、同居している姪御さんが退院先を迷っているという情報 (S) を
伝えている。また、今の状況では家族は自宅に退院することを不安に感じているとい
うこと (S) を伝え、や不安の一つの要因となっている病棟での食事の状況 (S) を伝
えたことが推察される。

理学療法士：「そうなんですよね。」

理学療法士は家族の考えは知らなかったが、看護師が説明した震えが歩行だけでな
く日常生活に大きく影響している状況 (S) をすでに知っており、自宅に退院できるの
か考える必要があることについて同調したと推察される。この段階では話題が広がり
問題の焦点化が図れていない。

看護師：「震えと。・・・歩きはできそうですか？」

看護師は、話題が広がったことからこの段階で問題の焦点化を図ろうと質問してい
る。

**理学療法士：「歩きは、まあでも、おうちの中はつたいとかで歩けそうなんですけど、
外出るときはですね。道具がいるかなと考えているんですけど。」**

たぶんあの震えがあったら、どうしようかと」

理学療法士は、歩行に話題が戻ったことから退院後の歩行に対する問題についてア
セスメント(A)を伝え、外出の際に転倒せずに歩行することは可能であるのかという問
題の焦点化を図っている。そのうえで外出の時には道具を使用することを提案 (R) し
ている。

看護師：「そうですよね。」

看護師は理学療法士のアセスメント(A)を共有したことで、この段階でようやく 2 者
間の問題の焦点化が図れている。

理学療法士：「道具もつかえないだろうなって。」

理学療法士は、問題の焦点化が図れたことで、次の段階となる目標に対して対策が
決まっていないことを相談している。

看護師：「シルバーカーですかね。もし使うとしたら。」

この段階で、看護師は退院後に道具を使用して外出するという『目標を共有』して
おり、対策を提案(R)している。

理学療法士：「ねー。シルバーカーくらいか。なー。」

理学療法士は、看護師が提案した内容が以前から考えていた対策と同じであったことから、退院後の目標を定めようとしている。

看護師：「でもひとりじゃ無理、ですね。誰かついてないと厳しいですよ。」

退院後の外出に対する目標について、道具を使用していても一人では解決しないという考え(A)を伝えている。

理学療法士：「なんか、認知とか気になってるので。」

理学療法士は、外出は一人では難しいというアセスメント(A)を共有し、さらに根拠となる情報(S)を追加している。

看護師：「そうですね。なかなか言っていることも二転三転、」

看護師は、認知症の兆候があることをすでに知っており、状況となる情報(S)を伝えている。

理学療法士：「しますもんね。外出は付き添いがあったほうがより安全、」

理学療法士は、退院後の外出では付き添い者がいることでより安全に外出できるという目標を共有したことを伝えている。

看護師：「安全ですよ。」

看護師も安全を目標としたことを言語化し確認している。

理学療法士：「かなと思います。」

さらに、作業療法士も同意したことを伝えている。

この会話を連携のプロセスの段階で考えると、会話の始まりでは看護師が理学療法士に現在のリハビリテーションの状況(S)を尋ねており『問題の枠組みの共有の段階』から始まっているといえる。理学療法士は、骨折の回復は順調で歩行器を使用し歩行を始めているが、手指に振戦があり立ち上がりの際に体を支える手に力が入らず転倒しそうになる状況(S)を伝えている。この段階で理学療法士は、手指に振戦があり手に力が入らないことから体を支えきれないため(A)補助具を使用した歩行が可能であるのか問題としており『問題の焦点化』がなされている。一方で看護師は手指の振戦の原因が何であるのか、生活にどのように影響していたのか質問を繰り返しながら何が問題であるのかアセスメントを繰り返していたことが推測される。2者間でなかなか問題の焦点化が図られなかったが、退院後の外出に話題が変わったことで、「退院後に安全に外出することが可能であるのか」という『問題が焦点化』された。『問題の共有』の段階に入ってから、外出の危険性として認知機能の問題など他の要因の情報も共有され、このあとの展開はスムーズに進み「シルバーカーの使用と付き添い者の介助により安全に外出する」という『目標の共有』が図れている。この話題に関しては、問題解決に向けての他職種への提案はなく、『目標の共有』の段階で会話が終了している。

3.3.2.16 場面4-② 話題「日中、ひとりで過ごせるか」分析結果

1) 話題となる担当患者の背景

下肢骨折後に歩行訓練を行っているが、入院前から原因不明の手指の振戦があり、歩行以外にも日常生活に介助が必要な状況が続いている（場面4-①と同じ）。

2) 場面の背景情報

患者は下肢の骨折以外に手指の振戦があり、病棟では看護師が日常生活の介助を行っている。退院後に同居する姪から日中は患者がひとりで過ごすことが多くなるため自宅に帰れるか不安であると看護師は相談を受けていた。

3) 実際の会話

看護師：「んー。姪御さんが日中いないらしくて、ひとりで過ごせたらおうちに帰る、っていう。帰りも遅いらしく。」

理学療法士：「んー。」

看護師：「だから、まあある程度トイレとか食事とか、食事をだれが準備するかわからないんですけど。ができるようにならないと家に帰るのは無理かなって思ったんです。」

理学療法士：「トイレも見れたんですけど。」

看護師：「うん」

理学療法士：「もう、手が」

看護師：「あー。」

理学療法士：「ズボンの上げ下げもちょっと手を貸してあげたほうがいいかなって。拭き上げも自分でがんばっていましたが、」

看護師：「厳しいですか」

理学療法士：「うん。大変そうでした。なんか。」

看護師：「できるのは出来る？上げ下げは？」

理学療法士：「やってって言ったら、できんことはないけど、ちょっと、今だったら整えてあげるくらいは必要かなって感じですけど。」

看護師：「そうか。後処理がちょっと難しいですかね。見てたりするとどうしても震えがきつくなりますもんね。」

理学療法士：「なりますね。」

看護師：「夜はけっこうずっと起きるんです。あの今コールマットで寝てて、鳴って行ったら普通にシューッとずっと座ってて。」

理学療法士：（笑顔）

看護師：「見てないと意外といけるのかなーって思ったんですけど。」

たぶんどうしても誰かがいると緊張するんでしょうね。」

理学療法士：「ねー。」

看護師：「姪御さんがいても緊張するんですかね。私たちだから、」

理学療法士：「そのへん、姪御さんと話ができなくてないから。」

看護師：「あー。そうですよね。」

理学療法士：「程度も、見てほしいんですけどね。」

看護師：「なかなか姪御さんが来ているときは震えも無くって、落ち着いてはいる。

まあ、座って話をしているだけなんで、何かをしているという場面はないので。その辺はまだわからないのはわからないんですけど。

そこもうちょっと今度、私が見かけたら聞いておきます。

程度がどのくらいかっていうのと、検査もしたほうがいいですよ。

理学療法士：「できれば、調べてみて原因みたいなものがわかったらですね。」

看護師：「原因不明の時の検査が知りたいですね。何をしたのか。」

理学療法士：「疑いですね。」

看護師：「全部疑い。震えがなければ、帰れる。」

理学療法士：「震えが無ければ帰れるレベルにはなりそうです。ただ、ちょっとサービスを使って、」

看護師：「あー、そうですね。」

理学療法士：「日中デイとか行ってもらおうとかすると姪御さんの負担もない、」

看護師：「そうですね。」

理学療法士：「できそうですけどね。今、申請中なんです。

看護師：「申請中なんです。けっこういいとこまでいきそうですけどね。

〇〇（聞き取れない）がいるのかな。もともと無しで。（カルテを見ながら）
とりあえず今度の申請したぶんで帰る時のサービスで、」

理学療法士：「調整して、ですね。」

4) 会話の分析

SBAR の枠組みで考えると、この会話は看護師から退院後は日中を一人で過ごすことが多いという背景(B)に関する情報の提供から始まっている。下肢の骨折に加え手指の振戦があるため日常の動作について介助を受けることが多い患者が、退院後に長時間ひとりで過ごすことが可能であるのかという問題の枠組みが共有された。

排泄の動作について作業療法士から状況(S)の説明がなされ、手指の振戦によって後処理が難しいという考え(A)が共有されたが、看護師は震えの原因について緊張が影響しているという考え(A)から振戦が軽減される可能性から退院後は介助が必要か判断できずにいることが推察される。

理学療法士から日中を1人で過ごさないための対応として介護保険によるデイサービスの利用について提案（R）があり、この話題は終了している。

看護師：「んー。姪御さんが日中いないらしくて、ひとりで過ごせたらおうちに帰る、っていう。帰りも遅いらしく。」

看護師は、手の振戦から生活に支障のある患者が退院後は一人で過ごすことが多いという情報（B）を伝え、今後どの程度回復が期待できるのか、自宅に退院することが可能であるのか相談したいと考え伝えたことが推察される。

理学療法士：「んー。」

作業療法士は退院後に一人で過ごすことが多いという情報（B）から、自宅に退院するためには生活動作をある程度ひとりでできるようになる必要があるということを考えていることが推察される。

看護師：「だから、まあある程度トイレとか食事とか、食事をだれが準備するかわからないんですけど。ができるようにならないと家に帰るのは無理かなって思ったんですけど。」

看護師は、問題の枠組みについては共有されたと考え、排泄や食事の動作が自立できなければ自宅には退院できないという考え（A）を説明している。

理学療法士：「トイレも見れたんですけど。」

理学療法士は、排泄の動作について詳細な情報を知っており、問題の焦点化を図っている。

看護師：「うん」

看護師は詳しい情報を知らなかったため、説明を促している。

理学療法士：「もう、手が」

理学療法士は、震えが影響しているということ強調している。

看護師：「あー。」

看護師は、排泄の動作に影響していることが下肢の骨折ではなく手指の震えが原因となっていることを予測した。

理学療法士：「ズボンの上げ下げもちょっと手を貸してあげたほうがいいかなって。」

拭き上げも自分でがんばっていましたが、」

理学療法士は、何が問題であるのか焦点化するために、患者の今の手指の動きではズボンの上げ下げの動作は難しいという状況（S）を伝え、さらに拭き上げも難しい状況で頑張っているという状況（S）を伝えている。

看護師：「厳しいですか」

看護師は、ひとりで出来るようになるのかという理学療法士の評価（A）を確認していることが推察される。

理学療法士：「うん。大変そうでした。なんか。」

理学療法士は、ひとりで出来るようになることが難しいのではという予測 (A) を伝えている。

看護師：「できるのは出来る？ 上げ下げは？」

看護師は、問題の焦点化を図るために排泄の動作をひとりで出来るようになることが可能であるのか、という理学療法の評価(A)を繰り返し確認している。

理学療法士：「やってって言ったら、できんことはないけど、ちょっと、今だったら整えてあげるくらいは必要かなって感じですけど。」

理学療法士は、排泄の動作で何が問題となるのか、詳しく伝えた方が良いと考え、今の手指の動きではズボン上げることができたとしてもその後上着によってズボンに入れたり出したりして容姿を整えるという動作は難しいという考え (A) から衣服を整える介助は必要であると提案 (R) している。

看護師：「そうか。後処理がちょっと難しいですかね。見てたりするとどうしても震えがきつくなりますもんね。」

看護師は、排泄の動作についての状況(S)を共有したが、何が問題となるのか、震えの要因についての考え (A) を伝えている。

理学療法士：「なりますね。」

理学療法士も見てみると震えがきつくなる状況を共有しており看護師の考え(A)に同意している。

看護師：「夜はけっこうすっと起きるんです。あの今コールマットで寝てて、鳴って行ったら普通にシューッとすっと座ってて。」

看護師は、理学療法士が知らない夜間の状況 (S) を伝えることで、震えの要因についてアセスメントの共有を図っている。

理学療法士：(笑顔)

理学療法士は、看護師の説明によって患者の行動をイメージしたことが推察される。

看護師：「見てないと意外といけるのかなーって思ったんですけど。たぶんどうしても誰かがいると緊張するんでしょうね。」

看護師は、震えの要因に緊張があるという考え(A)を言語化して伝えている。

理学療法士：「ねー。」

理学療法士も、緊張が要因となる可能性について同意している。

看護師：「姪御さんがいても緊張するんですかね。私たちだから、」

看護師は、退院に向けて排泄が問題となるのかアセスメントしながら背景となる情報(B)が不足していることに気付いている。

理学療法士：「そのへん、姪御さんと話ができてないから。」

理学療法士は、家族と話す機会が無く情報が不足していることを説明している。

看護師：「あー。そうですね。」

看護師は、理学療法士は姪御さんと会う機会がないため情報が得られにくいことを共有した。

理学療法士：「程度も、、見てほしいんですけどね。」

理学療法士は、排泄の動作は退院するにあたって問題となる（A）ことを予測しているが、看護師は見られているという緊張が要因であると考えていることから、退院時の問題となるかについては、姪御さんに入院前の状況と変わりがないか確認してもらう必要があると提案（R）していることが推察される。

看護師：「なかなか姪御さんが来ているときは震えも無くって、落ち着いてはいる。まあ、座って話をしているだけなんで、何かをしているという場面はないので。その辺はまだわからないのはわからないんですけど。そこもうちょっと今度、私が見かけたら聞いておきます。程度がどのくらいかっていうのと、検査もしたほうがいいですよ。」

看護師は、姪御さんがいる時の患者の状況(S)を詳しく説明しながら、問題の枠組みに対して不足している情報を得ておくことを自身の役割として提案(R)している。また、震えの要因を検査するためには言語化していないが医師に相談することも提案(R)している。

理学療法士：「できれば、調べてみて原因みたいなものがわかっただらですね。」

理学療法士は、看護師の考えである震えの要因を検査で知ることが可能であるか、可能性は高くないと考えながらも看護師の考えに同調していることが推察される。

看護師：「原因不明の時の検査が知りたいですね。何をしたのか。」

看護師は、震えの病態を詳しく知ることによって何が問題となるのか、問題の焦点化がはかれると考えていることが推察できる。

理学療法士：「疑いですね。」

理学療法士は、今までの検査では確定診断ができていないという情報（B）を伝えながら震えの改善は見込めないことを予測している（A）ことが推察される。

看護師：「全部疑い。震えがなければ、帰れる。」

看護師は理学療法士の説明で、確定診断がついていないことがわかったが、治療によって震えが改善すれば自宅へ退院することができるか理学療法士の判断(A)を確認している。

理学療法士：「震えが無ければ帰れるレベルにはなりそうです。ただ、ちょっとサービスを使って、」

理学療法士は、看護師の仮定としての考えに答えれば良いと考え伝えた。また、前から考えていた退院後に必要と考えていた介護サービスの利用を提案（R）している。

看護師：「あー、そうですね。」

看護師は日中一人で過ごすことが可能であるのかという問題の枠組みに対して退院後に介護保険のサービスを利用するという提案(R)を共有した。

理学療法士：「日中デイとか行ってもらおうとかすると姪御さんの負担もない、」

理学療法士は、自宅に退院した後に日中 1 人で過ごすことが可能であるのか、という問題の枠組みを共有したことで、姪御さんの負担を軽減させるという考え (A) から介護サービスとしてデイケアを具体的に提案 (R) している。

看護師：「そうですね。」

看護師も理学療法士の考え (A) を共有し提案 (R) に同意している。

理学療法士：「できそうですけどね。今、申請中なんです。」

理学療法士はすでに申請をしている状況を説明した。

看護師：「申請中なんですね。けっこういいところまでいきそうですけどね。」

〇〇がいるのかな。もともと無しで。(カルテを見ながら) とりあえず今度の申請したぶんで帰る時のサービスで、

看護師は、振戦が改善するのかわからないことで日中を一人で過ごすために何が問題となるのか問題の焦点化は図れなかったが、問題の枠組みに対しては介護保険の利用で対応するという提案 (R) について理解した。

理学療法士：「調整して、ですね。」

理学療法士は、退院後の対応について看護師以外の他職種とも調整する必要があることについて考え(A)を伝えている。

この会話を連携のプロセスの段階で考えると、患者は退院後に 1 人で過ごす時間が長くなるという『背景 (B) に関する問題の枠組みの共有』から始まっている。このことで、すぐに患者が長時間 1 人で過ごすことが可能であるのかという『問題の枠組み』は共有された。問題を焦点化するために理学療法士は排泄の動作についての状況 (S) を説明し、手指の振戦によって後処理が上手くできないという状況 (S) から現状では排泄動作に介助が必要であり、退院後にひとりで排泄することが可能であるのかという『問題の焦点化』がなされた。しかし、看護師は夜にひとりで起き上がる状況 (S) を説明し、振戦の原因は緊張によるものであるという考え (A) や検査の必要性について説明していることから振戦を病態と捉え検査や治療によって改善できると予測している (A) ことが推察される。よって、退院後に何が問題となるのか、何を問題とするのか、2 者間で『問題の焦点化』がなされたとは判断できない。

理学療法士から「患者が長時間 1 人で過ごすことが可能であるのか」という『問題の枠組み』に対してデイサービスの利用が提案 (R) され、介護保険の申請に向けた調整をするよう看護師に提案 (R) がなされこの話題は終了している。

よって、この話題は『問題の枠組み』の共有まではスムーズであったが、何を問題

とするのか焦点化されないまま、「問題の枠組み」に対して「行動化」が提案（R）され終了したといえる。

3.3.2.17 場面 4-③ 話題「ストロー付きのコップの利用」分析結果

1) 話題となる担当患者の背景

下肢骨折後に歩行訓練を行っているが、入院前から原因不明の手指の振戦があり、歩行以外にも日常生活に介助が必要な状況が続いている（場面 4-①と同じ）。

2) 場面の背景情報

患者と同居している姪は面会に来るが、滞在時間が短く医療者と会話する機会が少ない。理学療法士は、手指に震えがあるためストロー付きのコップを作業療法士が長期間貸し出している状況を知っており、退院に向けてリハビリスタッフが家族と会話をする機会が必要であると考えていた。

3) 実際の会話

看護師：「前回と比べて、どのくらいの手の震えなんですかね。手の震えというか、全身。」

理学療法士：「あと今、震えがあるからコップというか、ストロー付きのものを使ってもらっているけど、本当はああいう物品もご家族さんに準備してもらわないと。」

看護師：「そうですね。あのままずっと、ストローでいきますかね。」

理学療法士：「でも、飲めません。」

看護師：「ですね。飲めないですね。ストローは大丈夫ですね。ムセたりないから。じゃあ、それも話はしておきます。」

理学療法士：「はい。OTも会えたら話したいんですけど。なかなか、はい。」

看護師：「なかなか、けっこう早いんです。来て、もうしゅっと帰っちゃうので。もし見かけたら私も OTさん探して。」

理学療法士：「お願いします。」

看護師：「はい。わかりました。」

4) 会話の分析

この会話は看護師の手指の振戦に対する病状についての質問から始まっているが、理学療法士はこの質問に応えず、コップで飲むことができずストロー付きのものを使

っている状況 (S) を伝え、家族にストロー付きのコップを準備するよう協力を得ると
いう提案 (R) をしている。SBAR の枠組みで考えると、理学療法士は以前から手指の
振戦に対して用具を使用するなどの工夫を行っており、用具の使用にあたっては家族
の協力が必要であるが家族とはなかなか会えずにいたという背景 (B) があつたことが
推察される。理学療法士は手の振戦によって水分をこぼしていた状況 (S) から、容器
にふたが無いとこぼすという作業療法士の考え (A) からストロー付きのふたの付いた
コップを使用していたことを知っていた。よつてこの問題はすでに解決していたと考
えていたが、継続するには家族の協力が必要であるため病棟看護師の役割として家族
に協力を求めるよう提案 (R) したと推察される。

**看護師：「前回と比べて、どのくらいの手の震えなんですかね。手の震えというか、全
身。」**

看護師は震えの病状がわかれば改善方法についてアセスメントできると考え、話題
を代え震えの病状について繰り返し質問していると推察される。

**理学療法士：「あと今、震えがあるからコップというか、ストロー付きのものを使って
もらっているけど、本当はああいう物品もご家族さんに準備してもらわない
と。」**

理学療法士は、看護師の質問には応えず話題を変えていることから、言語化してい
ないが病状を改善するのではなく、今ある震えに対応した工夫によってひとりで出来
る事を増やしており、何を問題としているのか具体的に説明した方が良く考えたこ
とが推察される。そして、ストロー付きのコップの利用 (S) について具体的に説明し、
家族と会う機会の多い看護師に対し「ストロー付きのコップの必要性」に気づき、家
族に準備してもらって欲しいという思いから、看護師の役割として家族に伝えるよう
提案 (R) している。

看護師：「そうですね。あのままずっと、ストローでいきますかね。」

看護師は震えがいずれ改善すると予測していることが推察される。

理学療法士：「でも、飲めません。」

理学療法士は、問題の焦点化ができていないと考え、現在の状況 (S) を説明してい
る。

**看護師：「ですね。飲めないですね。ストローは大丈夫ですね。ムセたりないから。じ
ゃあ、それも話はしておきます。」**

看護師は、手の震えによって飲水がこぼれる状況 (S) にはストローの利用で対応で
きるため、家族にストロー付きのコップを準備するよう伝えるという看護師の役割を
理解した。

理学療法士：「はい。OT も会えたら話したいんですけど。なかなか、はい。」

理学療法士は、ストロー付きのコップの使用を提案した作業療法士（OT）が家族に直接説明したいと考えているが常に病棟にいないため家族に会えない状況（S）を伝え、言語化していないが、家族と会う機会の多い看護師に説明を代弁するよう依頼（R）していることが推察される。

看護師：「なかなか、けっこう早いんです。来て、もうしゅっと帰っちゃうので。もし見かけたら私も OT さん探して。」

看護師は、家族が来られてもすぐ帰ってしまうこと（S）を伝え、家族との連携が難しいこと（A）を伝えておいた方が良く考え、それを説明したと推察される。そこで、家族の面会時には、OTに連絡し、会えるよう調整することを提案（R）している。

理学療法士：「お願いします。」

理学療法士は、家族と連携が図れにくいことをすでに知っていたため看護師に協力するよう伝えていることが推察される。

看護師：「はい。わかりました。」

看護師は、家族と連携するための自分の役割を理解したことが推察される。

この会話を連携のプロセスの段階で考えると、理学療法士が看護師に家族に必要な物品を準備してもらうよう提案しており『行動化の提案』の段階から始まっているといえる。

手指が振戦することで水分をこぼす状況（S）から、ひとりでこぼさずに飲水できるのか『問題の焦点化』が図られ、ふたにストローが付いたコップを使用することでこの問題はすでに解決していたことが推察される。しかし、理学療法士は使用している物品は病院の物でいずれ返却が必要であり継続するには家族の協力が必要であることから家族と連携がしやすい看護師に『行動化を提案（R）』したことが推察される。

看護師は手指の振戦を病態として捉え、改善が可能かについて問題としていることから、問題の共有化が図れにくい傾向があったが、理学療法士が言語的に伝えたことで看護師は家族と会う機会の多い自分の役割を理解したと推察される。

3.4 考察 ～医療連携を目的としたコミュニケーションの特徴と課題～

本論文で発話の分析を行った4組(13場面)の事例においては、骨折や脳卒中が原因となり生活障害が生じた担当患者に対して、リハビリテーションの状況を共有しながら退院支援が検討されており、医療現場での連携を目的とした会話であった。これらの会話の分析結果から、連携を目的とした他職種間によるコミュニケーションにおいては、状況を共有するために報告がなされるが、その会話は一方的な会話ではなく、多くの課題に対してどのような状況であるのか、どのように解決するのか検討され双方向的に展開されていた。

この分析結果にもとづいて医療連携を目的としたコミュニケーションの特徴と課題を考察し、その課題を解決するために教育場面でどのようなトレーニングが必要かを検討する。

2.1.4で前述したように連携を目的としたコミュニケーションでは、まず状況の共有がなされる。特に医療においては、担当する患者の状況が日々変化するため、その状況を共有する目的で報告がなされる。通常は担当者が状況や実施した内容を電子カルテに入力することで、その情報を必要とする職種はいつでも共有することができるため、単に患者の状況を共有することが目的であれば対面的に会話をする必要はない。

会話が対面的に行われる状況は、気がかりな状況がある場合や問題が発生した場合に、その状況や問題を解決するために行われることが多い。実際の医療の現場では、患者の状況が複雑でいくつもの問題が複合的に関与していることがある。状況に含まれるいくつもの課題の中から何を問題とするのか、優先し解決すべき課題が何であるのか、どのような専門職が関われば効果的に解決するのかといった連携を目的とした検討(ディスカッション)の要素を含めたコミュニケーションがなされる。このような検討が必要な場合、電子カルテに情報を入力する一方的なコミュニケーションでは目的が達成されないため、対面でのコミュニケーションが展開される。

会話の分析にあたっては、SBARの観点と連携の段階の観点から行った。状況の共有においては報告ツールであるSBARに沿って報告することで状況を共有しやすく、報告方法としてすでに広く活用されている。そのため、まずSBARでどのように必要な情報が伝えられていたかを考察する。次に他職種と連携するために形成された連携メンタルモデルがどのように共有されているのか、その過程については連携の段階ごとに考察する。さらに、専門性の異なる2者のコミュニケーションで生じやすい主導性について会話の分析結果から考察をする。

それぞれの考察においては分析結果から得られた課題にもとづき、どのような対応をすべきか課題を検討することで、職種の異なる専門家による情報の共有化の困難性

と連携メンタルモデルの共有を促進させるためのコミュニケーションの特徴と課題について考察する。

3.4.1 SBAR の伝達の特徴と課題

今回分析の対象としたのは、同じ患者を担当する病棟看護師とリハビリスタッフであった。両者の勤務が合うと担当患者の情報を共有するために対面的な会話を行っていた。それは、単に情報を共有するのではなく、何らかの問題があればその課題解決が必要となるからである。

同じ患者を担当していると、患者の病名等（つまり背景となる情報 **Background**）は共有するため、あえて伝えられることはない。患者の状況（**Situation**）について変化があるのかどうかを伝えることになる。看護師が直接介入しないリハビリテーションの状況やリハビリスタッフが直接介入しない服薬や食事、夜間の状況などが必要に応じて報告されていた。気がかりな状況（**S**）があれば他職種者に伝える。また、その状況理解に必要な背景（**B**）があれば、それも伝える。それによってお互いが患者の状況についてのメンタルモデルが共有できる。

他職種間による会話では、専門的な知識の違いから高度な専門用語を使用すると情報共有の障壁となることが予測されたが、今回、対象とした病棟はリハビリテーションを専門とした病棟であり、日頃から看護師、医師、リハビリスタッフは情報を共有する機会が多いため、一定の専門的な知識が共有されており専門用語が障壁となることは無かった。そのため、今回分析した場面においては、普段から情報を共有する機会が多い 2 者による会話であるため、気がかりとなる状況の共有はスムーズであったと言える。

状況（**S**）と背景（**B**）が共有された上で、気がかりとなる状況をどう解決すべきか職種の専門性に沿ったアセスメント（**A**）が他方の職種者に伝えられなければならないが、このアセスメントは言語化されないことが多いという特徴が示された。他職種者のアセスメントは言語化されないため、他方の専門職者は共有された状況（**S**）の内容から何を問題と考えているのか、アセスメントは推察され共有されていた。しかし、経験の短い医療者は知識不足や経験不足からアセスメントを共有しにくいいため、相手の反応によって理解できていないと判断した場合には言語化されていた。そして、アセスメントが共有された上で、問題を解決するための提案（**R**）は言語化されていた。それによって、どのような連携をすべきかのメンタルモデルが共有された。

このことから、知識や経験を共有する職種間で会話をする場合にはアセスメントは省略されてもメンタルモデルは共有されるが、知識や経験が異なる他職種間で連携を

目的に会話をする場合には、意図的にアセスメントを言語化しなければ連携メンタルモデルは共有されにくいことが考えられる。

これらのことから、医療連携を目的としたコミュニケーションの課題の一つとして、状況（S）を共有した後に、何を問題とするのかアセスメントを言語化していないことが挙げられる。したがって、医療連携を目的としたコミュニケーション教育では、他職種に対してアセスメントを言語的に伝え共有することをトレーニングすることが有効と考える。

3.4.2 連携の促進を示す段階モデルの特徴と課題

他職種間のコミュニケーションでは、日常的に会話をすることで状況は共有されやすい。ただし、役割の違いにより知り得る情報やアセスメントの理解が異なることがメンタルモデル構築の困難性の要因となることが推察された。

また、2.1.4 で前述したように、連携を目的としたコミュニケーションでは、気がかりな状況が共有されても、問題の共有、連携の目的が共有されなければ協働にはつながらないことがある。そこで、他職種と連携するために形成される連携メンタルモデルが、他方の職種とどのように共有されていくのか、「連携メンタルモデルの共有」を促進させる会話や逆に停滞させる会話の特徴について、その過程については「連携の段階モデル」に沿ってどのように展開されていったのか考察する。

3.4.2.1 「問題の枠組み（気がかりな情報）の共有」の段階

会話の始まりに話題の提供者（話し手）が、「問題の枠組み」となる気がかりな状況（S）を説明することで、一方の他職種（受け手）は、単に状況を理解するだけでなく、話し手である医療者が何を問題と考えているのか、推測しながら共有する。それによって患者の状況のメンタルモデルが共有できる。そして、専門が異なる視点で何が問題となるのかアセスメントする。ただし、十分にメンタルモデルが共有できていない場合には、『問題』の状況や背景となる情報に関して質問を繰り返すことで「問題の枠組み」について情報の共有を行っている。

たとえば、2-①「内服の自己管理」では、うまくメンタルモデルが共有されていた。新人看護師が作業療法士に服薬管理の方法について相談する目的で会話が始まったため、作業療法士は自分の役割がわかりやすく、看護師の「服薬が取り出せるのか」という疑問に対して、リハビリの状況を説明していた。何が問題となるのか双方でアセ

メントするために情報を共有する過程がスムーズに展開されていた。

しかし、4-①「震えによる歩行の危険性」では、理学療法士が震えによる「転倒」を問題と捉え状況を説明したが、受け手である看護師は震えを病態と捉え「振戦」の原因をアセスメントするために質問を繰り返した。専門の違いから何を問題と捉えるのかアセスメントが大きく異なる場合には、連携メンタルモデルは共有されずに、受け手である医療者は何が問題となるのか新たにアセスメントするために質問を繰り返し情報を共有することになる。

このように『問題の枠組みの共有』の段階においては、気がかりな状況としての「問題の枠組み」が共有されるまで質問が繰り返されるという特徴がある。

連携としてのコミュニケーションにおける「問題の枠組みの共有」は単に気がかりな状況を共有するのではなく、次の段階である「問題の焦点化」と連続的につながっており、質問が繰り返されている場合には、状況(S)が共有されていないのではなく、何を問題とするのかアセスメントができずにいることも考えられる。前述したように、このアセスメントは言語化されない傾向があり、質問を受ける他職種が連携メンタルモデルを共有できないまま質問に応答していることも予測されるため、質問の意図を言語的に伝えなければ連携メンタルモデルは共有されにくい。

この段階の課題は、問題の枠組みの共有と問題の焦点化の段階が連続的であるために、受け手である他職種が、気がかりな「状況(S)」を共有したことを言語化しないまま、アセスメントをするために質問を繰り返し、話題提供者の連携メンタルモデルに沿った会話が停滞することである。

「問題の枠組み」となる気がかりな状況(S)を共有する段階で質問を繰り返す場合には、何が問題となるのか上手くアセスメントができずにいるわけで、質問の意図が何であるのかを言語的に伝える必要がある。その際、質問を単に繰り返すのではなく、新たに得られた情報を整理することで、この時点の「問題の枠組み」が何であるのかメンタルモデルを共有することが可能となる。

したがって、この「問題の枠組みの共有段階」における教育的な視点としては、質問を一方向的に繰り返さずに「質問の意図は言語的に伝える」ことや「質問によって得られた情報を整理すること」が提案できる。また、現在何を共有しているのか言語的に確認することで「問題の枠組み」が共有され、次の「問題の焦点化」につながると考える。

3.4.2.2 「問題の焦点化」の段階

報告された内容は、担当する患者のひと場面の状況であることが多いが、その状況の中には複数の深刻な問題が含まれていた。したがって、気がかりとなる状況として問題の枠組みが共有されても対応方法はすぐには提案されにくく、対応方法を導くためには、問題を焦点化させる必要性があった。

場面 2-②「血圧の自己測定」では、麻痺のある患者が血圧測定をすることの困難性について、看護師はマンシェットを巻くことに問題があると考えたが、作業療法士からは巻いた後にどのようにスイッチを押すか問われたことで何が問題となるのか焦点化がなされていった。

場面 1-④「退院後の患者の外出方法」、場面 3-②「手指の拘縮予防」では、複数の深刻な問題（手袋タイプの抑制の影響、不安による緊張、無理に広げることの困難さ）が含まれており、何を優先するのか、何が問題となるのか検討されたが、2者間では解決されなかったため他の職種を含めた検討が必要であると確認され会話は終了した。

また、前述した 4-①「震えによる歩行の危険性」のように職種によるアセスメントの違いから連携が停滞し、対応方法が導き出されない場面もある。問題を焦点化させる過程では、何が問題となるのか、何を優先するのか、何を協働すべきか、アセスメントを言語化することで専門性の違いに気づき、異なる考えを統合させることが可能となる。

ただし、3.4.2 (SBAR をどのように伝えているか) で述べたように、同じ職種間の会話ではアセスメントは共有されることが多いため省略されやすく、そのため、職種が異なっても連携に必要なアセスメントを言語化しない傾向がある。また、相手とは異なる考えを言語的に伝えることに対して躊躇していることも推測される。いずれにしてもアセスメントが言語化されないことが連携メンタルモデルの共有を停滞させる要因となり、問題の焦点化に至らないことが推察される。

問題の焦点化の段階では、問題の複雑さや職種間のアセスメントの違いが連携メンタルモデルの共有を停滞させる要因になっていると言えるが、この課題は他職種連携の本質的な課題であると考えられる。したがって、複数の問題の優先順位を考慮する過程ではそれぞれの職種のアセスメントを言語化し、共有することで一つの職種では気づけない視点を持ち、問題を多角的に捉えることができる。何を問題とするのか、何を優先するのか、どのように協働できるのか、各職種で異なる考えを言語化し、決定するための検討（ディスカッション）が、連携としてのコミュニケーションに含まれるという会話の過程を示すことで、他職種との協働としての連携のメンタルモデルを共有することが可能になると考える。

3.4.2.3 「目標の共有」の段階

何を問題とするのか「問題の焦点化」がなされると、対応方法について検討がなされていた。実施が可能であるのか検討するために質問がなされ、どのように実施するのか説明や提案がなされていた。アセスメントと同様に協働としての「目標」は言語化されない傾向があったが、言語化された質問や提案の内容から「目標」が共有されていることが考えられた。

場面1-②「退院後の洗面動作」では、看護師が自宅の洗面所に椅子が置けないか確認するよう提案したことで、言語化されていないが、作業療法士は椅子に座って洗面することを「目標」とすることを推察し共有したと考えられた。

場面2-②では片手に麻痺のある患者が服薬や血圧測定が実施可能か経験の短い看護師が作業療法士に相談したことで、残存する機能や自助具の使用について検討されていた。作業療法士から提案された方法に対する看護師の質問が無くなった状況で、検討は終了し、最終的に提案された方法を看護師が「目標」として共有したことが推察された。この場合、「目標」にするという明確な発言はなかったが、どのように実施が可能であるのか詳細に検討されたことで、患者の目標となる行動を共有することは容易であったと考えられる。

このように「目標」は提案された内容に暗黙裡に内包されていることで共有されており、言語化されない傾向があるという特徴がみられた。このことからアセスメントと同様に同じ職種間において「目標」は省略されやすく、他職種との会話の中でも省略されやすいことが推察される。

今回の場面では、リハビリテーションに対する知識が共有されており、2者間のコンテキストが高いため、何を目標とするのか省略しても「目標」は共有されたと考えられるが、職種としての「目標」と協働としての「目標」にはズレが生じることも十分に予測される。

場面3-①「重度障害のある患者の車椅子乗車」では理学療法士が普通車椅子で自重を支えることで筋力を上げたいというリハビリテーションの目標を言語的に説明したのに対して、看護師は態勢の崩れが少なくなったと反応している。言語化されていないが、看護師は体幹が弱いと姿勢が崩れやすいというアセスメントから普通車椅子に乗車する時間を増やし、姿勢を安定させるという協働の目標を共有したことが推察される。

職種としての「目標」が何であるのか、協働としての「目標」が何であるのか、意図的に言語化し確認することで目標のズレを予防できると考える。

前述したアセスメント同様に「目標」についてもコミュニケーションの中で言語化されにくいという特徴がみられた。職種としての目標と協働としての目標を区別し、

言語化することで、次の段階の「行動の提案」にスムーズに展開されやすくなる。しかし、目標を日常的に言語化していない状況で、異なる目標を言語化するという課題については、教育的なトレーニングが必要であると考え。特に協働となる目標を考えるためには、他職種の役割を理解する必要性があり、事例を活用し教育することが有効と考える。また、コミュニケーションとして発言することをトレーニングするためには、役割の異なる他者とのグループワークの方法が効果的である。

3.4.2.4 「行動の提案」の段階

「目標」が明確にならなければ行動化の提案につながらないが、前述したように医療における実際の会話では「目標」は省略されることが多く、他職種から提案された内容によって目標を共有していることが推察された。そして、目標が共有されることで自己の役割を理解し、言語的に伝えている。

前述した場面2-①「内服の自己管理方法」では、作業療法士の提案によって看護師は錠剤をシートに変更することで患者は一人で服薬できるという目標を共有し、処方形態について医師に相談するという役割を言語化している。

場面3-①「重度障害のある患者の車椅子乗車」では、理学療法士の普通車椅子に乗車するという提案に対して、看護師は普通車椅子で体幹を鍛え姿勢を安定させるという目標を共有し、病棟で普通車椅子に乗車することを提案している。

今回分析した会話の傾向では、「問題の焦点化」がなされると、具体的な対応方法が検討され自分の役割や他職種に依頼する内容を言語的に伝え確認がなされて会話は終了している。

しかし、場面4-①「震えによる歩行の危険性」では、シルバーカーを使用し、付き添い者の介助で外出するという目標が共有されたが、両者からの提案は無いまま話題が終了しており、看護師と理学療法士のそれぞれの役割も不明瞭であった。

したがって、「問題」や「目標」が共有されていても、自己の専門性の役割の中に協働として役割が見出されなければ行動化につながらないため、行動の提案の段階で提案がなされない場合には連携メンタルモデルが共有されたとは言えない。

行動化の提案がなされるためには、前述した職種としての「目標」の他に協働としての「目標」が共有される必要がある。「目標」を言語化することで、「目標」のズレも理解しやすく連携メンタルモデル共有の促進につながる。

3.4.2.5 「解決の確認」の段階（新たな提案）

「行動の提案」の段階で新たな提案がなされない場合、問題が解決している場面があった。場面1-①「入浴時の洗体の動作」では、目標となる長いタオルを用いた洗体の状況を確認したことでこの問題がすでに解決していることが共有されていた。また、場面4-③「ストロー付きのコップの利用」では、手の震える患者の飲水について理学療法士はストロー付きのコップを利用することですでに解決していると認識していたが、看護師の認識の違いに気づき、家族の協力を得ることで解決する問題であることが共有された。

このように連携において「問題」が解決したことを確認する「解決の確認」の段階も重要な段階の一つである。したがって、連携の促進を示す段階モデルは基本的には4段階であるが、確認の段階も含めると5段階であるといえる。

3.4.2.6 連携のための段階的な情報共有化の課題

2.1.5 連携のための情報共有化コミュニケーションモデルで提案したように、実際の医療における連携のための情報共有化の過程では、SBARの情報を活用しながら「問題の枠組みの共有」の段階、「問題の焦点化」の段階、「目標の共有化」の段階、「行動の提案」の段階を経て連携メンタルモデルが共有されることが示された。それぞれの段階は連続性があるため、手前の段階で2者のメンタルモデルが共有されなければ、次の段階に話題を進めても内容が具体化しないまま会話は終了する。したがって、連携のためのコミュニケーションでは、2者が連携のどの段階について話しているのか意識し、両者のメンタルモデルが共有化されているのか、段階ごとに言語的に確認しなければ、連携の段階に沿って連携メンタルモデルを共有することができない。当然、2者で解決しない医療の課題もあることが想定されるが、その場合においては課題を明確にしなければ、効率よく多職種との連携につなげることができない。

連携のためのコミュニケーションは、経験によって他職種が形成しやすい連携メンタルモデルを知る機会が増えなければ、他職種との連携メンタルモデルを共有できないことが予測される。したがって、基礎教育の段階から他職種となるそれぞれの職種の連携メンタルモデルを知る機会として、連携のためのコミュニケーションをトレーニングすることが望ましい。

教育の段階としては、まず初学者は事例を通して自己の職種の役割を考えることから始める必要がある。そのためには同じ職種間で事例の情報を専門的に分析し、自分の職種の役割として「何が問題となるのか」「目標は何か」「どのようなケアが可能で

あるのか」他者と検討をするというトレーニングが効果的である、その際に、決定した内容は必ず言語的に確認をするというコミュニケーションのトレーニングを加えることで、職種としての考え方を言語化できるようになると考える。

自己の職種の役割を言語化できるようになった後に、他職種と事例を活用した多職種連携の演習を行う際にもそれぞれの役割に沿って考えを言語化できると考える。事例を通して多職種連携を検討する演習においては、連携の段階毎に何を共有したのか言語的に確認をするというコミュニケーションのトレーニングを加える。基礎教育において、連携の際に言語的に確認をすることをトレーニングすることで臨床においてもアセスメントや目標を言語化できると考える。

3.4.3 他職種間のコミュニケーションにおける主導性とその課題

本来、職種が異なると得ている情報や考えは異なるため、話題提供者が連携のメンタルモデルを形成し説明をしても、他職種者の情報や考えが修正されなければ連携としてのメンタルモデルが共有されずに停滞することになる。

したがって、他職種間のどちらか一方の専門職者の連携メンタルモデルに沿って会話を進めると連携は一見スムーズに展開するため、実際の医療の会話では2者の関係性によってどちらか一方が主導的に会話を進める傾向がみられた。

3.4.3.1 経験の違いによる主導性

場面1では、臨床経験の長い看護師が臨床経験の短い作業療法士に指導的にかかわっていたため、作業療法士が提供した話題に対しても看護師はすぐに自らの連携メンタルモデルを形成し主導的に展開していた。1-②「退院後の洗面動作」では、作業療法士が洗面時の腰痛という状況(S)の話題を提供し、患者に指導したこと(A)を説明したが、看護師は作業療法士のアセスメントには反応をせずに、共有した状況(S)から独自の連携メンタルモデルを形成し、退院指導をするために自宅の情報(B)を得るよう作業療法士に指示的に提案(R)している。1-④「外出時の安全対策」の話題に対しても、作業療法士が外出時の気分不良を話題として提供したが、状況(S)が共有された後は、看護師のメンタルモデルに沿って問題の背景(B)となる患者の連絡手段や外出先の情報について質問を繰り返しており、1-②同様に不足している自宅周囲の情報を得るよう指示的に提案(R)した。

2つの話題に共通して、主導的に会話を進めている看護師は、作業療法士が得てい

る状況 (S) やその背景となる情報 (B) を共有するために、質問を繰り返しながら発言を求めたが、アセスメント (A) や提案 (R) に関しては作業療法士に発言を求めることはなく、自らの考えを伝えることで共有していた。連携の段階としては、『問題の枠組みの共有』までは、両者がそれぞれの情報を提供し共有されるが、『問題の焦点化』の段階からは、主導的にかかわる看護師の連携メンタルモデルに沿って会話がすすめられ、看護師の提案 (R) としての発言内容を共有することで連携が展開されている。

経験の長い医療者が経験の浅い他職種者にアセスメントを求めている点は課題であるが、連携メンタルモデルを形成しながら会話を進めているため、促進という点では展開が早いと評価できる。

一方、場面4では、同じように看護師の経験年数が長く、相対的に理学療法士の経験が短い場合であり、看護師が主導的に会話を進めていった。ただし、経験の長い看護師がなぜその現象が起きているのか、要因のアセスメントができずに質問を繰り返したことで会話が停滞してしまった。会話をしている職種との連携よりも自職種のこだわりが優先されてしまったため、経験年数が抑制的に働いてしまった。

3.4.3.2 専門性による主導性

場面3では、リハビリテーションに関する専門性が高い理学療法士が、看護師に解説的な説明や指示的な提案をする傾向があり、経験の長い看護師であっても発言が少なく、理学療法士の考えに従う傾向が伺えた。

3-②「手指の拘縮予防」では、重度の障害のため課題の多い患者の状況 (S) を理学療法士が次々に説明する中で、看護師が気がかりに感じていた手指の拘縮に関する情報 (S) について発言したことで、話題が「手指の拘縮」に焦点化された。しかし、看護師はその後に「どうにかならないか」と発言しただけで、何が問題となるのかといったアセスメント (A) やどのような対応が可能であるのかといった行動化の提案 (R) に関しては、自らの考えは表出していない。理学療法士は対応策を考え言語化したが、手指に関しては専門ではないことから作業療法士に相談することを提案 (R) して会話を終了している。

この場面3-②では場面1と同様に、状況 (S) や背景となる情報 (B) については2者が知り得ている情報を言語化し共有したが、アセスメント (A) や行動化の提案 (R) に関しては、主導的にかかわる理学療法士の説明内容が共有されていた。

リハビリ病棟という特性から、日々変化する患者の状況に対して看護師が連携メンタルモデルを形成するためには、リハビリテーションの状況を専門的に知るリハビリスタッフの連携メンタルモデルに沿って、情報を共有することが効果的である。場面

2では、新人看護師の疑問に作業療法士が答えることで、連携メンタルモデルが共有されていた。

しかし、一方で常にリハビリスタッフが主導性をもって連携としてのコミュニケーションを展開させることで、他職種が依存的になる傾向も予測される。今回の事例においては、患者が手袋型の抑制具を装着していることで手指が拘縮していることに看護師は気付いており、手指の動きが制限されることを問題と考え発言したことが予測されるが、その後は自らの考えを主体的に発言することは少なく、病棟で看護師が行えるケアについて発言することなく会話を終了させている。

このことから、患者の課題に対しては専門性の高い職種が主導的に連携となるコミュニケーションを展開させることは効率性が高いと言えるが、一方で他職種の考えを反映させにくい状況を招く危険性がある。連携のためのコミュニケーションにおいて、経験があるにもかかわらず発言の少ない職種がある場合には、連携のためのコミュニケーション教育において場面の振り返りを行うことも有効であると考えられる。

3.4.3.3 医療連携における一方的な主導性の弊害

誰かが主導的に関わる連携の場面では、主導者の連携メンタルモデルに沿って、何が起きているのか (S)、何が関連しているのか (B)、他職種の情報を得る必要があれば質問によって発言を求める。しかし、情報が共有されると、何が問題となるのか他者の考え (A) を言語的に確認することはなく、自らのメンタルモデルに沿って会話を展開する傾向があった。

この場合、連携は一見スムーズにすすめることはできるが、一方で、他者の考えは表出されていないという課題がある。医療連携の本来の目的は、双方の専門性を効果的に作用させることにあり、双方の異なる視点が専門性の違いとも言えるため、アセスメントを言語化し共有することが重要となる。他方の専門性が発揮されないことが、患者にとっては不利益となることを考慮すると、他方の考えが表出されないまま連携が展開されていることは大きな課題といえる。

3.4.3.4 一方的な主導性の課題に対する対応方法

他方が主導的に関わる要因として、経験の違いや専門性の違いがみられた。場面1では、作業療法士が1年目と経験が少ないことが連携メンタルモデルの共有を阻害する要因の一つであったため、会話の中で、看護師は経験の短い作業療法士が何をどこ

までわかっているのか反応を見ながら、補足の必要があると判断すれば説明を加えていた。このような場合には、経験の長い職種との連携メンタルモデルに沿って会話が展開されやすい。

知識や経験が不足していることが原因で連携メンタルモデルが形成できない場合には、経験のある医療者の連携メンタルモデルに沿って理解することは連携としてのコミュニケーションの学びとなる。しかし、職種が異なる相手に対して、知識や経験がどの程度あるのか、何をどのように理解できているのか把握するには困難性があることが予測される。したがって、他職種との連携を経験的に学ぶ機会としては、同じ職種の連携メンタルモデルに沿って理解することが望ましく、経験のある作業療法士と同席することで、経験の少ない作業療法士は同じ職種の連携メンタルモデルを共有することが可能となる。また、経験のある作業療法士の考えが連携において共有されることは、患者にとって有益であったと考える。

場面3では、リハビリテーションの専門病棟であるという特性からリハビリスタッフは解説的に看護師に説明をしていた。知識不足も連携メンタルモデルの共有を阻害する要因となるため、他職種にわかりやすい用語を使用することは重要である。しかし、対面的に会話をする場面で過度な解説がなされると情報量が増えることで何を問題とするのか連携メンタルモデルは共有されにくくなる。実際に会話を分析するにあたって、何を問題としているのか推察する困難さがあった。何を問題としているのか明確にしたうえで連携のメンタルモデルを形成し説明をすると他職種は連携メンタルモデルを形成しやすくなる。

日常的に主導的な医療連携をおこなっている医療者には、このような解説し教えることを含めた独自の連携メンタルモデルが形成されている可能性があり、受け手となる他方の職種は依存的になりやすいという関係性が推測される。

課題の特徴から専門性の高い医療者が主導的にかかわる際には、課題に対する情報やアセスメントについては電子カルテに入力しておくことで他職種は自分のペースで理解しておくことができる。対面的な会話では気がかりな状況に焦点を絞り、連携メンタルモデルを形成し説明することで、他職種と連携メンタルモデルが共有されやすくなる。その結果、他職種の考えや協働としての目標を共有することも容易になる可能性がある。

主導性によって連携は効率よく展開するが、一方で他の専門家の考えが反映しにくいという課題に対しては、他職種の持つ情報や考えを共有するために行われる連携としてのコミュニケーションの特徴を教育的に獲得することが重要である。臨床において教育を検討する際には、前述してきたアセスメントや協働としての目標を言語化し、必要に応じてディスカッションをする体験ができるような、医療連携に関する専門家から研修会等の教育を受ける機会の提供が有効であると考えられる。

3.4.3.5 アセスメントの停滞に対する対応方法

前述した場面4の看護師のように、経験を重ねることで、専門的にアセスメントをするようになると、自己の思考に沿って繰り返し質問を重ね、他職種との連携メンタルモデルの共有を停滞させる傾向があった。

4-①「日中ひとりで過ごせるか」では、理学療法士が「排泄動作」に関する連携のメンタルモデルを形成し、震えがある動作では何が問題となるのかアセスメント(A)を言語化した。看護師は理学療法士の形成した連携メンタルモデルを再構築するのではなく、「緊張すると震える」という新たな問題のメンタルモデルを形成し質問を繰り返し、問題が焦点化されないまま会話は終了した。看護師は医師と連携する機会が多いため症状を治療するためにアセスメントすることが多い。したがって今回の会話では「震え」が治療可能な病態であるのか「震えの原因」をアセスメントするために質問を繰り返したが、うまくアセスメントができなかったことが推察される。

震えがある状態でも安全に生活できるように理学療法士とどのように協働するのかというリハビリテーションの視点でアセスメント(A)ができなかったことが、連携としてのコミュニケーションを停滞させた要因と考えられる。相手の専門性を考慮し、どのように協働できるのかといった視点で、アセスメント(A)することでコミュニケーションを通じた連携が促進されたと考える。

一方で場面2の看護師は経験が浅く、担当する患者の服薬方法についてアセスメントできずにいたため、作業療法士の役割を理解したうえで、服薬では何が問題となるのか相談した。その結果「薬の形態によって動作が変わる」という作業療法士の考えを共有し、医師に相談するという連携の段階としては最終的な『行動化の提案』までの連携メンタルモデルを共有し会話を終了している。

このように同じ看護師という職種であっても他職種と連携する際には、知識や経験の違いからアセスメントの傾向は異なることが推察された。一般的に知識や経験は連携を促進させる要因であるが、連携としてのコミュニケーションにおいて、時に専門的にアセスメント(A)をするために質問を繰り返すことで弊害となることも予測された。この場合の対応方法としては、前述したように一方的に質問を繰り返すのではなく、質問の意図を言語的に伝えることや得られた情報を整理し、どのような問題を優先させるべきか他職種と検討することで、連携としてのメンタルモデルが共有されやすくなると考えられる。

3.5 連携メンタルモデルの共有を促進させるためのコミュニケーションの提案

医療における連携の場面について、SBARの言語化と連携の段階を分析した結果、特に『問題の焦点化』の段階におけるアセスメント(A)や『行動化の提案』の段階における目標の共有化については言語化されにくい傾向があることが示唆された。また、臨床経験や専門性の違いから一方的な主導性が生じることもある。医療連携としてのコミュニケーションを理解せずに、臨床の場面で模倣的に習得すると必要時にアセスメントを言語化しない等の弊害に気付けない可能性がある。

他職種と連携をするためには、医療連携の各段階に沿って連携メンタルモデルが形成され共有されることが重要であることを理解する必要がある。このことで、実際の会話において何を共有したのか、討議している内容は連携のどの段階にあたるのか、言語的に確認することが可能となる。この各段階で何を共有したのか意識化することが重要であるが、特に何が問題となるのかといったアセスメントや協働としての目標については曖昧になりやすいという傾向があるため、言語的に確認し、明確にすることを意識化させる必要がある。

したがって、以下の「**連携メンタルモデルの共有過程**」の段階(図4)を提案し、連携としてのコミュニケーション教育に活用することを提案する。

1. 「問題の枠組み(気がかりな情報)」の共有

「気がかりな情報(話題)の提供」

気がかりな状況(S)とその背景となる情報(B)に関して、他者が発言していない情報、職種独自の情報を伝える(言語化する)

2. 問題の焦点化

「気がかりな情報をそれぞれの専門性の視点でアセスメントし、何が問題となるのか明確にする」

気がかりな情報に対する他職種のアセスメント(A)に対して、自職種の役割から異なるアセスメント(A)を発言する。焦点化にあたっては、一つのアセスメント(A)を選択するのではなく、(要因や問題の成り行き等から)何が問題となるのか、解決の可能性や優先性、協働となる問題は何かなどを検討し、問題(会話の主題)を決定する。焦点化された問題は言語化して確認する。

3. 目標の共有化

「焦点化させた問題に対して協働としての目標を明確にする」

焦点化させた問題のアセスメントを基に達成可能な目標を明確にする。達成可能な目標の検討にあたっては、実践可能な対応策があるか、それぞれの職種が検討し発言する。協働としての目標を検討し、決定した目標を言語化して確認する。

4. 行動化の提案の段階

「目標を達成するための役割を確認する」

目標を達成するための協働となる対応策をそれぞれの専門職が言語化して確認する。

問題の枠組みとなる気がかりな情報に対して何が問題となるのか連携としてのコミュニケーションを展開する場合には、1から4の順番で会話を展開させるが、すでに対応している問題が話題になった場合には、問題が解決したのか評価をするために以下の「5. 解決の確認の段階」を加える。

5. 解決の確認の段階

「すでに対応している問題について、解決しているか確認する」

協働としての目標を確認し、現在の状況から達成しているか判断する。目標を達成している場合には、この問題が解決していることを共有する。

医療連携の段階を意識して、情報を共有し、問題の焦点化や協働となる目標については、それぞれの職種が言語的に発言し、討議を通して共有することを課題とすることで、職種の違いや経験の長さに影響されずに自己の役割を言語化することが可能となると考える。医療の基礎教育において事例を用いて演習することで、医療連携の段階に沿って他職種に対する自己の役割を考え発言できるようになると考える。

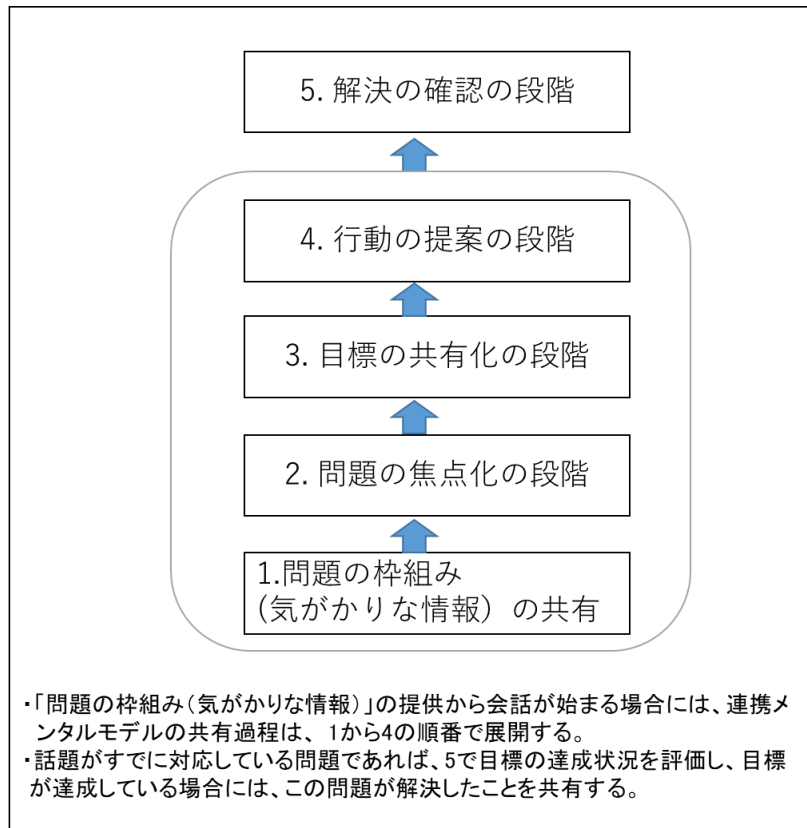


図4 「連携メンタルモデルの共有過程」の段階

第4章 医療連携を目的としたコミュニケーション教育の提案

これまで、最初に医療において他職種と連携を目的とした会話としてのコミュニケーションを理論的に検討した。連携を目的に他職種者と会話をする場合には、発話者はどのように連携するのか「連携メンタルモデル」を形成する。そのメンタルモデルが他職種者と共有できなければならない。

まず、患者に気がかりな状況が発生すると医療者は連携を目的に必要な専門職者と対面的な会話を始める。しかし、専門性が異なると患者と関わる目的や場面は異なるため、得られている情報や考え方に違いがあることで、会話がスムーズに進行しないことがある。そのため、お互いに不足している情報を共有する必要がある。そこで、他職種者とのコンテキストに合わせて、報告で用いる SBAR の情報を選択し、会話を始めることとなる。その会話の中で連携のメンタルモデルが形成し、共有されていく。

さらに、気がかりな状況が生じた際の問題発生から解決策を検討するまでには、一般的な組織における問題解決のプロセスと同様な段階を経過すると想定して、問題の枠組み、問題の焦点化、目標の共有、行動化の段階を医療連携のプロセスとして設定した。

このようにコミュニケーションとしての連携を理論的に検討した後に、実際の医療の現場で連携を目的になされていた他職種間の会話を分析した。実際の会話で用いられていた情報は SBAR の内容に分類でき、すでに共有されている情報は省略され、共有されていない情報は説明や質問によって言語化されていた。また、実際の医療の会話では患者の問題は複雑であり、何を問題とするのか、優先されるのか問題の焦点化までに会話が進まない状況があり、経験年数の長い医療者が主導的に会話を展開する場面も見られた。また、職種の違いによる考えや協働としての目標は言語化されずに会話の中の質問や提案の内容から推察している傾向があるといった課題が明らかになった。

実際の医療者の会話の分析から、SBAR のうちアセスメント (A) や協働の目標は言語化されにくいという課題が明確になった。ただし、医療の現場を経験しながら医療連携としてのコミュニケーションを習得するにはさまざまな課題があると言える。したがって、医療連携のためのコミュニケーションは、基礎教育の中で理論的に学習し、他者とは異なる考えを言語化するスキルや異なる考えを適切に取り入れること、協働となる目標を検討し明確にすることをカンファレンスの演習の中でトレーニングする必要があると考える。

4.1 医療における連携の意義

4.1.1 多職種医療（MPW）から多職種連携（IPW）へ

世界的な流れとして、医療の発展に伴い医療システムの多くが専門的に細分化された。医療が細分化されたことで、病院には多くの医療職が誕生している。例えば、病気をきっかけに寝たきりになりやすい患者に看護師が病棟で実施していたリハビリを専門家の理学療法士が実施するようになり、さらにリハビリは作業療法士、言語聴覚士と専門性が細分化して患者にかかわるようになった。また、栄養士や薬剤師も直接患者にかかわるようになり、このようにして、一人の患者に多くの専門家が直接的にかかわるようになった。多くの医療者がかかわる状況を当初は多職種医療（multiprofessional Work：以下 MPW）と表現されていた。専門家が直接的にかかわることで、専門性は向上したが、一方で医療者間の調整がなされずに次々と患者にかかわる状況は医療の分断を招き、医療事故の要因となりやすいことが課題となった。例えば、患者に看護師が入浴の援助を実施したその直後に理学療法士が歩行訓練を実施すると、患者は疲労感から思うように歩行ができずにリハビリの分断が生じる。また過度の疲労は転倒につながりやすく、医療者間で連携がなされない状況は、医療安全が脅かされるという危険性を招く。

1980年代以降、イギリスでは医療過誤の問題が厳しく取りざたされ、コミュニケーションやチームワークのシステムに問題があるという認識から、多職種で連携・協働できるような現場改革、教育改革の重要性が指摘された。このような中、1987年に英国専門職連携教育推進センター（Centre for the Advancement of Interprofessional Education：CAIPE、以下 CAIPE）が立ち上がった³⁰。

安全で効果的な医療のニーズを満たすためには患者にかかわるすべての医療者が連携することが重要であり、一人の患者にかかわる医療者はひとつのチームとしての機能を期待され、多職種が連携して関わる医療として、多職種連携（Interprofessional Work：以下 IPW）と呼ばれるようになり、多職種連携教育（Interprofessional Education；IPE）の重要性が認識された。

4.1.2 連携化されていない医療

IPWが求められているが、医療の現実としてはチームの連携がなされていないのが実態である。たとえば、川村ら（2015）は、チームになっていない医療の現実として次のような例をあげている。呼吸困難感の強い患者と家族を対象に、医師、看護師、

栄養士、薬剤師、検査技師が交互に自職種に必要な質問や説明をしている患者とのやり取りを紹介した場面である。最初に医師が酸素量を説明し、次に栄養士が塩分制限を説明した後に、続けて臨床検査技師が検査結果を伝えた。この後に患者から「たんぱく質を取ればいいですか？」と質問を受けると臨床検査技師は「それは栄養科」と回答している。呼吸困難感の強い患者を前にしているにもかかわらず、このような状況は、普段の電子カルテの書き込みと同様であり、自職種に関係ないことは双方に口に出さず、役割の明確化において限定的であり、共通の目標が見出せない状況であると指摘している。そして、患者や家族を含め対面で行われるカンファレンスは、患者中心とし、職種間のコミュニケーションによってチーム内の方針に共通の理解を得る絶好の機会とすべきであると述べている³¹⁾。

4.1.3 他職種と連携するための教育の必要性

専門性が異なれば、患者にかかわる目的が異なるのは当然である。それぞれの専門家は、患者を回復させるという役割を果たすために必死で説明をしているのであるが、患者の立場からすると情報量は多く、先ずは何から行えばよいのか、わからない状況となりやすい。

医療において優先順位を考えることは医療の効率化において大変重要な要素であり、その判断力には高い専門性が求められる。したがって、「まず何から行うのか」患者にゆだねるような一方的な関りではなく、多職種者が一つの医療チームとして情報を整理し優先順位を検討し計画的にかかわる必要性がある。

しかし、医療の現実として、それぞれの専門家が調整の必要性を感じたとしても、他職種の役割を深く学んでいるわけではないため、川村ら(2015)が指摘したように、他職種のケアや説明内容には口を出しにくい状況があり、このような状況が自職種の役割を限定的なものにし、共通する目標を見出しにくくさせている一因であることが考えられる。したがって、チームとしての機能を持ち効率よく医療を展開するためには、医療者としての教育の他に、他職種と「連携」するための教育が必要となる。日本においても多職種連携教育の導入は重要な課題といえるが、医療連携においては臨床の場で経験的に学んでいるのが実情である。臨床の場で多職種連携教育を導入するには組織的全体の協力と理解が必要であり、指導者や研修期間の確保など多くの準備を整え計画的に進める必要がある。

基礎教育の過程では段階的に学ぶことが可能となり効果的であると考えられる。他職種の役割を理解したうえで、カンファレンスによって連携としてのコミュニケーションを実践し、「共通の目標を持つこと」や「何を協働すべきか共有すること」の重要性を

学ぶ必要性がある。

4.1.4 医療連携を可能とする教育システムの例

医療者を対象とした IPW の教育では、医療者としての専門性の他に、チームリーダーや調整力、協働性といった資質が求められるため、一定の期間を要する教育が必要となり、このような教育をどのように行うかが課題となる。

2005 年に米国国防総省は、航空業界などの事故対策実績を元に医療研究・品質調査機構 (AHRQ) と共同して、患者の安全推進のための策としてチームステップス (Team STEPPS: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety) を開発した。チームステップスは、組織内のコラボレーションとコミュニケーションを改善するための強力なソリューションを提供するチームワークシステムであると説明されている³²⁾。教育内容は、リーダーシップ、状況モニタリング、相互支援、コミュニケーションという 4 つの主要技能で構成され、医療者が体得・実践することで、医療安全を目的とした良好なチームワークを作り上げることができるとされている。2006 年以降には日本の医療者を対象に教育実践がなされており、その効果は多く報告されている³³⁻³⁶⁾。

しかし、一方で数時間から数日での研修で臨床スタッフの行動を変えるのは困難であるという課題も指摘されている³⁷⁾。チームステップスを導入するにあたっては、それまでの医療のプロセスや医療者間のコミュニケーションの変化を求められるため、安全性を確保するためには、組織全体として変化を受け入れる文化と準備があること、率先力とサポート力のあるリーダーが存在すること等の組織としてのチーム力の高さが条件として示されている。したがって、数名のスタッフが研修を受けても組織としてチームステップスの導入に至らないことが推察される。

しかしながら、チームワークとしての有効性は明確であることから、チームステップスのシステムの中のコミュニケーションに着目し、その特徴を捉え連携としてのコミュニケーション教育の参考にしていくことは意義があると考えられる。

4.1.5 チームステップスのコミュニケーションの特徴

チームステップスのコミュニケーションの定義は「2 人以上のメンバー間で、所定の方法と適切な用語を使用し、情報の受領を確認する能力を用いて、明確かつ正確に情報を交換するプロセス」としており、医療安全の観点から情報を適切に共有するこ

とを推奨している。この情報は、単に患者の状況を伝えるための情報ではなく、業務の引継ぎとして、実行すべき重要な業務内容が含まれているのが特徴である。安全性の観点から正しく情報が伝えられたのか、メンタルモデルの共有過程においてどのように言葉にして伝えるのが重要となる。具体的には、受け手は何を引き継いだのか提案者が発した言葉を復唱し、提案者は復唱された内容が間違いないことを確認したことを示す言葉として最後に「そのようにお願いします」と返信して終了する。このコミュニケーションのツールは「チェックバック」と呼ばれ、引継ぎや業務確認の際に提唱されている。

また、「人は間違える」という前提から「誰もが誰にでも、何でも提案する」ための方策として、緊急時の伝え方など「気づき」を伝えるためのコミュニケーション・ツールをいくつか提案している。自分では気づかない間違いを他者が気づき伝えることは安全の観点から重要なコミュニケーションと言えるが、受け止め方によっては「指摘」となり、間違いを受け入れられないことがある。そのためチームステップスは、「指摘」が「否定」されることを想定しており、相手が否定した場合でも気がかりなことは2回まではあきらめずに伝えるといった「2 チャレンジルール」と呼ばれるコミュニケーションパターンを推奨している。

本論文で前述してきた報告時に用いられる SBAR もこのチームステップスのコミュニケーション・ツールのひとつである。このように、チームステップスのコミュニケーションの特徴としては、医療安全の観点から必要な内容をいつ、どのタイミングで、どのように発すればよいかについて、コミュニケーションのパターンとして示していることが特徴と言える。単純化されたコミュニケーションのパターンは、一見、活用が容易に感じられるが、コミュニケーションの対象者も同じ認識で応答しなければ本来の意味（医療安全としてのメンタルモデル）は共有されないことになる。したがって、組織全体でコミュニケーションの意図を理解し、活用する必要があるが、従来のコミュニケーションを変容させることは容易ではなく、このことがチームステップス導入にあたって大きな課題といえる。

また、日本においてチームステップスを早期から導入している東京慈恵会医科大学では、日本人のコミュニケーションの特徴を踏まえて、チームステップスのコミュニケーションを導入することを提案している³⁸⁾。住吉（2015）は欧米のコミュニケーションはコンテンツ形式と呼ばれ、話す内容が相手に見えるように伝えるという特徴があるのに対し、日本のコミュニケーションはコンテキスト形式と呼ばれ、暗黙の了解や前後の関係性の中で相手に話す内容の枠組みを伝えるという特徴があることを指摘している³⁸⁾。

「チェックバック」で紹介した復唱や確認を言語化することをコミュニケーションのパターンとして組み入れることは、あいまいさを失くす上では有効と考えられる。

しかし、間違いを相手に伝える事に関しては、関係性を重視する傾向から発言は躊躇されやすく、さらに発言してもその内容は明確ではなく、あいまいな表現になることが予測される。この場合の対策として、相手を尊重しながら自分の意見を伝えるアサーティブコミュニケーションを取り入れることを推奨している³⁸⁾。

本研究の会話の分析から得られた、医療連携を目的としたコミュニケーションの傾向として状況 (S) やその背景 (B) となる情報は明確に言語化され共有されやすい内容であると推測された。しかし、他者とは異なる考えを言語化することや他者の考えを取り入れることは容易ではないという課題が明確になっている。

「安全管理」において、間違いに気づいたらすぐにその内容を伝えることや連携において双方の考えを伝えることは目的を達成するうえで重要な要素といえるが、「発言のしにくさ」があるという点で共通性がある。アサーティブコミュニケーションをベースにコミュニケーションのパターンを示すことは、連携を目的としたコミュニケーションにおいても有効であると考えられる。岡崎ら (2014) は、チーム医療を実践している看護師を対象に多職種と連携するうえで大切にしていることについてインタビュー調査を行い「チームメンバーに対しアサーティブに対応」「他者の意見を聞いてから自分の意見を言う」「さわやかな対応、誠実な対応」など他職種と協力関係を築くうえでアサーティブなコミュニケーションが重要であると述べている³⁹⁾。

医療連携のためのコミュニケーションについては、多くの医療者が臨床の場で経験的に習得していることが予測されるが、経験的に獲得できない医療者に対して講義形式の研修会で行動の変容を求めるには困難性があることが容易に推測される。したがって、医療を学ぶ過程において他職種との連携を実践的に学ぶことが効果的であると考える。

4.1.6 日本における多職種連携教育 (IPE) の動向

前述したように IPE は英国で英国専門職連携教育推進センター (CAIPE) が設立されたことを機に、職種連携に関する教育の重要性が認識され、2000 年以降には世界的に加速していった。日本では 2005 年に初めて埼玉県立大学において IPE ワークショップが開催され、同時期に埼玉県立大学、東京慈恵会医科大学の IPE プログラムが文部科学省「特色ある大学教育支援プログラム」に採択された。これを機に、複数の医療系の学部を持つ大学を中心に IPE を取り入れる動きがみられている⁴⁰⁾。

2008 年には日本の 11 大学(群馬大学・札幌医科大学・新潟医療福祉大学・筑波大学・埼玉県立大学・慶応義塾大学・東京慈恵会医科大学・千葉大学・北里大学・首都大学東京・神戸大学)によって日本保健医療福祉連携教育学会 (Japan Association for Inter

Professional Education : JAIPE) が発足した。IPE をカリキュラムに組み入れた教育の効果について報告がなされ、特に多くの大学ではモジュール型とよばれる事例を活用した教育を実践し、日本における IPE を牽引してきている。

4.1.7 IPE の実践例

昭和大学は IPE に対して、低学年から段階的な目標を立て、臨床実習での実践を到達目標とするカリキュラムを構築しており、効果が報告されている⁴¹⁾。モジュール型とよばれる事例を活用した教育は汎用性が高く、参考となる。事例を基にした教育実践では、学部異なる学生がカンファレンスを行い、事例に合った計画を立てることを課題としている。低学年から問題解決型の学習として TBL (Team Based Learning) の学習方法が取り入れられており、何が問題となるのか意見を伝えるための思考がトレーニングされていることが推測される。

本研究の会話の分析から得られた連携としてのコミュニケーションの課題は、他職種とは異なる考えは言語化されにくく、質問によって問題の枠組みを共有し、何を問題とするのか明確には言語化されないまま会話を進める傾向がある事、他職種と協働となる目標を言語化していないことである。

昭和大学のカリキュラムを参考に、低学年から自職種としての考えを言語化する演習を行い、他職種と連携を目的とした演習では、他職種と協働すべき「問題は何か」、「目標は何か」について意識して言語化し明確にするというコミュニケーションの目標を学習させることは可能であると考えられる。

自分の考えとは異なる他職種の考えを取り入れ、協働となる問題が何であるのか、協働となる目標が何であるのか検討するためには、時間の制約が少ない条件下で、段階的に演習で経験することが望ましいと考える。

4.2 IPE の提案

本研究では、連携のための会話の中で、アセスメントとなる「何を問題とするのか」といった自職種の考えや協働としての「目標」は言語化されにくいという特徴がみられた。

「職種が異なれば考えも違うのは当然である」という認識を出発点として、他職種とは異なる考えを言語的に伝え共有すること、協働としての目標が何か検討し共有することを教育の中でトレーニングする必要性がある。

今回、連携とは何か、コミュニケーションによる連携を段階ごとに可視化した。最初の段階では状況となる情報を共有し、次に何を問題とするのか明確にする段階とする。その後、何を目標とするのか、実行すべきことが何か明確にする段階とし会話を終了する。このようにそれぞれの段階ごとに共有すべき課題を示し、一つ一つの連携の段階を進めていくプロセスを認識することで連携としてのメンタルモデルは共有されやすく、連携を促進させることが可能となる。

演習の中で他者とは異なる考えを言語的に伝える困難さを低減させる工夫は重要な要素であり、優先される課題が何かという視点で討議を行うことでそれぞれの考えを統合させる演習のすすめ方を提案する。今回は看護学部を例に、このようなコミュニケーションとしての要素を既存の演習に組み入れた「連携のためのコミュニケーション技術」を獲得するための教育方法を提案する。

4.2.1 初期段階における連携教育の提案（学部内）

連携を目的としたコミュニケーションを学ぶにあたって、基礎知識によるアセスメント力がなければ、連携を必要とする問題意識も生まれなため、開始時期は一定の基礎的な学修を修了した時期とする。たとえば、コミュニケーションの技法の位置づけにある『カウンセリング技法』の講義の中にアサーティブコミュニケーションを取り入れ、医療連携に関するコミュニケーションについては、『看護の共通基本技術』の科目において、2.1.1で述べた「メンタルモデルの共有化とは」、2.1.5で述べた「連携のための情報共有化コミュニケーションモデル」、2.2.4で述べた「医療における連携のプロセス」の内容を講義する。

このような理論的な学修を前提として、他職種との連携をするためには、自職種の役割を理解する必要があるため、低学年では自職種の役割を学ぶことを目的に、同じ学部内において事例を用いた演習を行う。その中で、何が問題となるのかアセスメントを言語化し、問題点を抽出することをトレーニングする。

事例を分析し、問題を導き、計画するといった一連の思考過程を看護系の基礎教育では「看護過程」と呼び一般的に演習科目として既存している。今回の提案では、このような演習の中に連携に必要なコミュニケーションを意図的に組み入れ、コミュニケーション技術としての習得を目的とする。そして、この初期の段階において、コミュニケーション技術として習得することが、この後の他職種との連携においても、「異なる考えは伝えにくい」という障壁を低減させることにつながる。

したがって、実施する演習の中では、「答え」となる発言を早く導き出すことを目標とするのではなく、相手の考えを尊重しながら自分の意見を伝えるアサーティブコミ

コミュニケーションの手法や伝える内容を整理し具体的に伝えるといったメンタルモデルを共有するうえで有効なコミュニケーションの技術を習得することが重要な目標となる。

ここでは、看護学部生を対象とした連携教育の具体的な実践例を提案する。

4.2.1.1 演習の流れ（初期段階）

同じ学部生で数名のグループを編成し、事例を分析し最終的な患者の目標を提案することを課題とする。前述したように答えを早く導くことを目的とはせず、学生一人一人が自分の考えを言語化すること、他者の考えを聴くことが重要であることから、事例の設定は、アセスメントが可能なことを優先し、低学年で履修する病態を選択する。また、疾患の情報だけでは考えが単一的になりやすいことから、他者とは異なる視点（考え）で多角的に意見が出せるよう患者の心理社会的な背景に関する情報を加える。学生には演習前にアセスメントを明確にするための「事前学習」を個人ワークとして課すことで、個人の発言を準備させる。

演習は、「連携メンタルモデル共有過程の段階」に沿って実施する。学生が発言できるよう各段階では個人ワークの後に集団のグループワークを行うよう設定する。

1. 事例の提示と事前学習

1) 提供する患者の情報

担当する患者は、脱水が原因で尿路感染症を発症し、高熱のため入院している 80 歳の男性である。持続点滴をしており、病院食は 8 割程度摂取している。ベッドで臥床して過ごしていることが多く、夜は排尿のために 1～2 回覚醒する。ゲートボールを習慣としていて「動けないのが辛い」「もうすぐ試合があるけどね」と発言があった。

2) 事例設定のねらい

事例の患者の病態である「脱水」「尿路感染症」「発熱」と高齢者の身体的な特徴はすでに履修しており、事前学習は復習の範囲となる「病態に対する主な治療と看護ケア」とする。事前学習によって専門知識は共有されることをねらいとする。また、看護師の役割となる生活の状況は、入院中の食事、睡眠、活動の範囲の情報を提供する。入院前の情報や現在の患者の病態、心理状態について詳細な情報は事前に提供せず、学生から質問があれば対応できるよう事例については詳細に設定しておく。学生から担当教員に尋ねることで情報が得られるよう設定し、情報はグループ内で共有するよう指示する。質問によって得られる情報を設定することで、学生個々の気づきによって患者像が詳細にイメージ化されるため学生個々に役割があることを自覚させることを

ねらいとする。

課題となる気がかりな状況の抽出では「脱水」や「尿路感染症」「発熱」などの病気の改善状況や入院のきっかけとなった「脱水の原因」、「退院後のゲートボールの実施が可能か」などの身体的な側面に対して共通性のあるアセスメントをすることが予測される。情報の追加として「夜間の排尿時の看護師の呼びにくさ」から「飲水を我慢している」状況を設定しており、心理的な課題や夜間の転倒のリスクなどの問題は情報を追加することで気づくことができる。追加して得られた情報によってグループ毎に問題点や優先順位に相違点が生じ、目標についてもグループによって異なることが想定できる。

2. グループワークの実践

事例に対する看護を検討するにあたって、現在の状況の中で何が問題となるのか、参加者全員で意見を出し、優先順位を決定することを課題とする。

1) 問題の枠組みを検討する段階

①気がかりな状況の共有（グループ内での情報の共有）

事前に提示した情報は、内容が簡潔であるため、何が問題となるのか検討するにあたって、情報が不足していることに気付くことが想定される。学生は不足している情報の提供をサポート教員に求める。サポートする教員は、一人の学生にひとつの情報を提供し、他の学生と共有するよう指示する。

準備している情報は「発熱の状況」「清潔援助内容」「検査結果」「治療内容」「飲水量と患者の心理」「排泄回数とトイレまでの移動の状況」「入院前の飲水量」とする。

②問題のアセスメント（個人ワーク）

個人ワークとして、看護によって解決すべき問題は何か、なぜ問題となるのか、問題の要因は何か、アセスメントする。問題となる状況とアセスメント（なぜ問題となるのか）を簡潔に用紙に記入する。整理して簡潔に伝えることをトレーニングするために、用紙は付箋紙程度の小さな用紙とし、問題点は最大3点までとする。

③気がかりな状況の抽出（グループ内での発表）

全員が記入した後に、それぞれの学生が用紙に記入した内容を発表する。発表者は、参加者が見えるように並べ、発表者の2人目以降は問題点とアセスメントが同じものは付箋用紙を重ねる。この場面では、異なる考えに着目することをトレーニングするために、気がかりな状況が同じであっても理由が異なる場合は、それぞれの理由が見えるように用紙を配置するよう説明する。サポートする教員は、様々な視点で意見が出されたことを評価することで、「気づき」を発言して良いという肯定的な体験につなげることを重要視する。

2) 問題の焦点化の段階

グループ全員から出された問題点を整理し、優先順位を付けるための討議を開始する。サポートする教員は、「患者の回復を阻害するもの」、「苦痛を伴うもの」を優先するよう指示する。また、発言者は理由を説明すること、意見が異なる場合の発言方法として「〇〇さんの〇〇の視点は同じ考えです。しかし、〇〇を先に改善した方がさらに早く回復すると考えました。」など、他者の意見を尊重しながらも異なる意見を明確に伝える方法を具体的に示す。解決すべき問題を明確にし、優先順位を付けることで問題の焦点化の段階は終了とする。

看護師の役割として解決可能な問題は「飲水を控えていることによる脱水」「発熱による苦痛」「夜間の転倒リスク」「ストレス」が想定される。

3) 目標の明確化（目標の共有の段階）

優先順位が高い問題について、アセスメントをもとに対象となる患者の達成可能な目標を検討する。同じ学部内の演習では、「目標の共有の段階」で連携を目的とした演習を終了とする。

3. 振り返り（デブリーフィング）

グループワークの後に、目標に沿って振り返りを行うことで、意識化し行動化することを強化する。サポートする教員は目標に沿って、「優先される問題が明確になったか」医療者として正しい視点で考えを導くことができたか、カンファレンスの目的が達成されたか、コミュニケーションのプロセスの段階で、「他者の発言を尊重しながらも異なる意見を発言できたか」「発言はしやすかったか」さらに「何が問題になるのかアセスメントした自分の考えを整理し明確に発言できたか」について、振り返り、学生個々の課題や目標を明確にする。

4.2.2 連携の段階に沿った他学部学生との「多職種カンファレンス」の実践例

初期段階では低学年の学生に学部内で、相手の考えを尊重しながら自分の意見を伝えることや伝える内容を整理して伝えるといったコミュニケーション技術の習得を目標としたが、次の段階では、他学部の学生とのコミュニケーションの教育プログラムとなる。

前述したように、他(多)職種間における医療連携を目的としたコミュニケーションにおいて、「異なる考え（アセスメント）は伝えにくい」という課題に対して、提案する演習は、他職種に対して「専門的な視点で異なる考え（アセスメント）を言語的に明確に伝える」ことがチーム医療としての効果を発揮するという認識のもとに、医療連携としてのコミュニケーション技術を習得することを目的とする。

医療系の基礎教育では事例を用いて多職種で検討する演習はあるが、連携をコミュニケーションと捉え、問題の明確化から行動化までの過程を明確に示しながら検討する演習の提案は行われていない。今回の提案では、連携に必要なコミュニケーションとして「異なる考えを言語化すること」、「協働としての目標を明確化すること」を課題とする。したがって、初期段階の演習同様に「答え」となる発言を早く導き出すことを目標とするのではなく、相手の考えを尊重しながら自分の意見を伝えるアサーティブコミュニケーションの手法や伝える内容を整理し具体的に伝えること、他(多)職種と協働するうえで共有する目標を言語化するといったメンタルモデルを共有するうえで有効なコミュニケーションの技術を習得することを重要な目標とする。

ここでも、低学年の場合と同じように、演習に先立って基礎的な学修を事前に行う。たとえば、『チーム医療演習』の科目の中で、2.1.1 で述べた「メンタルモデルの共有化とは」、2.1.5 で述べた「連携のための情報共有化コミュニケーションモデル」、2.2.4 で述べた「医療における連携のプロセス」の内容を講義する。低学年と同様の内容を履修するが、実習などの経験を重ねることで、理解はさらに深まると考えられ、理論的に学修をしておくことで連携のプロセスの各段階で何を共有すべきか共同の課題に取り組むことが可能となる。

4.2.2.1 演習の流れ（多職種カンファレンス）

事例の設定

ここでは低学年の演習で用いた事例と同じ事例を用いる。担当する患者は、脱水が原因で尿路感染症を発症し、高熱のため入院している 80 歳の男性である。高血圧と脳梗塞の既往があり、左手に軽度の麻痺があるが、週に 3 回のゲートボールを趣味としていた。抗生剤と補液で治療が開始され、入院初日の夜間のトイレ歩行時に転倒した。X 線撮影では異常はなく、歩行の制限は無かったがベッド上で過ごすことが多く、食欲が低下し、入院 3 日目には電解質に異常（低 Na 血症）が生じたため補液が追加された。「もうすぐ試合があるのに体がきつくてね。退院できるでしょうか。」と発言がある。

ねらい

入院のきっかけとなった尿路感染症は症例数の多い一般的な病態であり、多くの専門職が主な治療として抗生剤と補液が投与されることや数日で退院が可能であるといった経過を推測できる。しかし、事例は元の脱水に加え食欲低下が加わり、電解質異常（低 Na 血症）が生じている。加えて脳梗塞の既往があることから転倒のり

スク（骨折や抗凝固時による出血）、気持ちの落ち込み、不眠からせん妄リスクなどの問題も予測される。これらの課題は、医師の治療だけで改善できるものではなく、むしろ看護師、リハビリスタッフ、栄養科、薬剤師などの多職種が関わることで改善が期待できる。

情報の追加によって、栄養状態や睡眠状態、歩行状態をそれぞれの専門性でアセスメントすることで、何を問題と捉えるのか、優先させるか検討することが可能となる。多くの高度な知識を必要としない事例にすることで、他職種のアセスメントの視点が共有されやすいことをねらいとする。

演習のすすめ方としては、他職種との会話の前に、まずは、自職種の役割について明確にするために、同じ学部内のメンバーで意見交換を行い、次に、異なる学部のメンバーでグループを作成し、多職種カンファレンスを実施する。

1. 事例の提示と事前学習

低学年同様、演習を効果的に進めるためには演習の前に事例を提供し、演習前に専門用語を理解させておく必要がある。

2. 自職種の役割を明確にする演習

自職種の役割を明確にするための演習は、同じ学部内の数名のグループで行う。低学年でのトレーニング同様に「問題の枠組み（気がかりな状況）を抽出」、「優先順位の検討」、「問題の明確化」、「目標の検討」の段階で進めるが、低学年とは異なり時間は短めに設定する。

職種の専門性から何を問題とするのか、目標は何か明確にしておく。このことによって、他職種に対して自職種の意見を伝えるという困難性を低減させることが可能となる。

3. 連携の演習

演習としてのカンファレンスは、異なる学部の数名のグループで行う。「連携の段階」に沿って、以下の順番で進める。意見が異なることをポジティブに捉え、気兼ねや遠慮といった心理的要因を省くことを目的に、導入では、「異なる考え」は「気づき」であり、異なる視点で意見を述べ、対象を多角的に捉えることに他職種連携の意義があることを説明する。

1) 「問題の枠組み」の共有（グループワーク：問題も枠組みの共有）

同じ学部生で示された事例に対する気がかりな状況とその理由を付箋紙に記入し、

発表し、全員が見える位置に置く。状況が同じものは近くに並べ、理由が異なる場合はそれぞれの理由がわかるように並べる。全員が発表し、用意した用紙を配置する。

2) 問題の焦点化（グループワーク：問題の焦点化）

同じ現象であっても職種が異なると「問題の捉え方は異なる」ことを知ることが重要である。そのため、気がかりとする状況が同じであっても「理由が異なる点」に着目し、気がかりな状況の一つを選ぶ。主題となる状況を決定した後は、なぜその問題が生じているのか（要因は何か）、何が問題となるのか（問題の成り行き）、解決可能な対策があるのか、それぞれの職種の視点でアセスメントし、言語化して説明する。それぞれの職種の役割を明確にした後に、協働となる問題は何か、その理由は何か、検討して言語化する。

3) 目標の設定（グループワーク：協働となる目標の共有）

協働とする問題が明確になった後に、「協働としての目標」を明確にして言語化する。その後、協働としての目標を達成するための「それぞれの職種の目標」を明確にする。

4) 役割の確認（グループワーク：行動の提案）

目標を達成するためのそれぞれの職種の役割は何か説明をする。その中で、他職種と何を連携するべきか、具体的に提案して、このグループワークは終了とする。

提案したグループワークの中で特に重要となる目標は、「アセスメントを言語化し説明できる」「協働としての問題が何か説明できる」「協働としての目標が何か説明できる」ことである。本研究において明確となった言語化されにくい内容をグループワークの中で意図的に言語化することで、職種が異なることで「気がかりと感ずる状況が異なる」ことや「同じ状況であっても問題と捉える理由が異なる」ことに気付き、他職種との連携においては、言語的に説明することの重要性を理解できると考える。

4.3 提案する IPE に関する演習の「看護基礎教育における位置づけ」

ここまで具体的な教育方法として看護学科における医療連携の演習を提案した。この演習による教育内容が看護基礎教育においてどのように位置づけられるかについて考えておきたい。

4.3.1 「看護師教育モデル・コア・カリキュラム」における IPE の提示

多職種連携の必要性が議論されている中、2011年に報告された「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告」では、看護師のチーム医療の中の役割として「患者・家族にとって最適な医療を効率的に提供するため、チーム医療の調整役として、これまで以上に高度なコミュニケーション能力も要請されている。」と明記された⁴²⁾。チーム医療の調整役として求められる高度なコミュニケーション能力こそが、本研究で提示している「他職種と連携するためのコミュニケーション」と考える。そして、さらに基礎教育において育成する必要性についても言及されている。

このような検討会を経て、2017年に「看護師教育モデル・コア・カリキュラム」が提示された（以下、コア・カリキュラムと略す）⁴³⁾。このコア・カリキュラムは、学士課程においてコアとなる看護実践能力の修得を目指した学修目標が示されている。この中で、チーム医療に関する内容としては、以下の内容が示されている。

「保健・医療・福祉における協働」

対象者や、保健・医療・福祉や生活に関わる全ての人々と協働し、必要に応じてチームのリーダー、メンバー、コーディネーターとして役割を担うための基盤を学ぶ。

ねらい：様々な人々と協働し、チームの一員として看護職に求められる役割を果たすための基盤を学ぶ。

学修目標

- ① 保健・医療・福祉における協働の目的と意義、看護職に求められる役割を説明できる。
- ② 保健・医療・福祉における協働の実際を具体的に説明できる。
- ③ 様々な人々との協働を通して、健康上の諸課題への対応に参画できる。

このようにコア・カリキュラムでは、看護師に対してチーム医療の調整役として、これまで以上に「高度なコミュニケーション能力」を求めていることを明確にしているが、ここでの「高度なコミュニケーション能力」とは実際にどのような能力を示すのか、また学修目標からは、場面やイメージといった具体的な内容が伺えない。これまでに連携のためのコミュニケーションが何を示すのか、その実態を具体的に言語化されていないため、このような表現にとどまっている。

医療の場ではカンファレンスとして医療連携が展開されることが多いため、カンファレンスの中で、他職種と連携し協働となる目標を明確にしなければならない。したがって、学修目標には「他職種とのカンファレンスを通して、協働となる対象の問題と目標を明確にできる」を加える必要があり、チーム医療を目指すカリキュラムとしては、この目標を達成する教育内容を盛り込むことが必要である。

そこで、今回、連携のためのコミュニケーションについて言語化し、演習として設定したカンファレンスを通して、トレーニングすることで設定された目標を到達させるものとする。

4.3.2 カリキュラムの中での科目の設定

各大学の看護教育のプログラムは、このコア・カリキュラムをベースにして、各大学の特徴を活かした教育プログラムを構築している。たとえば、筆者の所属する大学では、看護学科の卒業認定・学位授与の方針は以下のように定めている。

- 1 命の尊厳と人としての権利を擁護することの意義を理解し、それを判断及び行動に結びつけることができる
- 2 自分の特徴を知り、対象となる人の人格や意思を尊重した関わりができる
- 3 人々の健康レベルを根拠に基づいて評価し、必要な看護を導き出すことができる
- 4 導き出した看護を安全に実施し、評価することができる
- 5 チームにおける自分の役割を認識し、行動に責任をもつことができる
- 6 人々の QOL 向上のため、社会資源の活用・開発や保健・医療・福祉チームとの連携の必要性を理解することができる
- 7 個人及び集団の健康の保持・増進、疾病からの回復に向けて、看護職者として自律した行動をとることができる
- 8 広く科学の進歩や保健・医療・福祉を取り巻く社会の変化に関心を寄せることができる
- 9 看護の専門性を探究する必要性を理解することができる

この中の 6 番目が多職種連携に関わる部分である。この方針に基づき、教育課程編成・実施の方針を定めている。授業科目を教養科目、保健科学基幹科目、専門基礎科目、専門科目の 4 つの科目群に編成している。看護の専門的な科目が配置されるのは専門科目で、専門科目はさらに 4 つの領域（看護の基礎、社会生活と看護、健康と看護、看護の統合と展開）に区分されている。筆者の所属する大学では看護学科とは別にリハビリテーション学科、医学検査学科があり、保健科学基幹科目の一つとして 4 年後期に「チーム医療演習」が設定されている。ただし、科目の目的は事例検討や発表会を通じて相互の役割を理解することであり、多職種連携を演習形式で実践的に学ぶ内容には至っていない。本研究で述べてきたように多職種カンファレンスを実践す

るにあたっては、基盤となる「自職種の役割理解」、「連携のためのコミュニケーションスキル」の修得がなされなければ、多職種と連携を目的としたカンファレンスの実践はできないのだと考えられる。低学年から段階的に医療連携のためのコミュニケーションスキルの修得を目指したカリキュラムの検討が必要である。

そこで、提案したプログラムは、新たな科目として展開し、1年後期に「コミュニケーション基礎」として科目を設定し、上記で提案した低学年向けの演習を、毎回事例の設定を変え、グループのメンバーも変えて15回実施する。4年後期に開講する「チーム医療演習」は、現行では事例に対する病態理解、症例検討、発表に大きく分けられ実施されているが、このうちの症例検討の実践方法を上記で提案した「多職種連携カンファレンス」の内容に置き換えることが可能となる。

ただし、このようなIPEは、同じ大学内や学部内に多職種の教育課程がないと実現が難しいが、他大学とリモートの演習を行うなど、工夫次第では何らかの形で実施することができると思われる。その場合は、15回授業として設定することは難しいが、特定の科目の中で、多職種連携の回を設けるということは可能である。

4.3.3 IPEの意義

いずれにしても看護教育のモデル・コア・カリキュラムの中で保健・医療・福祉における協働の学修として、ここで提案した内容のプログラムを実施することに意義があると思われる。

チーム医療において、看護師の役割には自職種としての役割とチームの調整役としての役割といった2つの役割が求められている。このことを基礎教育の中で理解するために、本研究においては、まず初学者である低学年では「自職種の役割を理解できる」ことを目標として事例を用いた演習を設定した。そして、チーム医療の中で「自職種の役割」について説明することや自職種の役割を遂行するために他職種に協力を求めるための依頼をすることを「多職種カンファレンス」の演習の中でコミュニケーションとして修得することを目的として設定している。この2点はチーム医療の中で自職種の役割の理解と実践に関連したコミュニケーションであり、SBARの内容を示し、アサーティブに伝えるコミュニケーションスキルがベースに含まれる。

さらに、調整役としての役割を遂行するためには、本研究で提案している「連携として段階的に会話を進める」ためのコミュニケーションスキルを修得することが有効と考える。看護師はさまざまな職種と対面的なコミュニケーションを行う機会が多いため、他職種の情報や考えをさらに他の職種と共有し、時には他職種間の考えのそごを修正することも役割として求められる。したがって、単に患者の状況を共有するの

ではなく他職種の考えや役割としての目標を共有することも調整役としては重要になる。本研究で示した「連携としての段階」を意識し、内容を整理すること、優先順位から話題を焦点化させること、他職種間で会話が停滞する場合には「何を問題とするのか」それぞれの考えを言語化するといった、高度なコミュニケーションスキルを修得することが望ましい。このような会話を論理的に展開させる高度なコミュニケーションは、多重課題のある臨床で修得するのではなく、前述している演習の中で「問題の枠組み」「問題の焦点化」「目標の設定」「役割の確認」のそれぞれの段階ごとに繰り返し丁寧に修得することが有効であると考えられる。

4.4 看護教育における IPE の必要性

IPE については、すでに学会が設立されたり、実践している大学もあつたりする。さらに、本研究では、コミュニケーションの会話分析から得られた知見にもとづき、具体的な IPE を提案した。最後に、看護教育において IPE がいかに必要であるかを論じてまとめたい。

4.4.1 チーム医療における看護師の役割

看護師は、他の医療職の中では唯一自職種でチームを作り、24 時間体制で患者の治療と生活を支えている職業である。このような業務の特徴について、厚生労働省(2011)は「チーム医療の推進に関する検討会」報告書において「看護師は診療・治療等に関する業務から患者の療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担い得ることから、いわば『チーム医療のキーパーソン』として患者や医師その他の医療スタッフから寄せられる期待は大きい」と説明している⁴⁴⁾。

看護師は、患者と係わる機会が多く、業務の種類が多岐にわたることから他職種と対面的にかかわる機会も多いのが特徴である。伊藤ら(2019)は、救命センターに勤務する職種毎のコミュニケーションの量についてウェアラブルセンサーを用いて測定し、看護師が他職種に比べコミュニケーションの量が有意に多く、多くの他職種と対面的に話し合いをしている状況を報告している⁴⁵⁾。

このように、看護師は患者や他職種と多くの対面的なコミュニケーションを取る状況が有り、チーム医療の中でキーパーソンの役割を担うことが期待されている。

4.4.2 チーム医療に期待される看護師の能力

チーム医療の中で期待されているキーパーソンに必要な要素は何か、遠藤ら（2012）は、看護師へのインタビュー調査と文献検討によって、チーム医療を推進する看護師に必要とされる能力の要素となる記述を抽出し分類した。その結果、「必要に応じて他者の協力を得る」「相手の状況を想像する」「感じたこと・気づいたことを示す」「他者から指摘されたことを受け入れる」「不利益な状況に冷静に対応する」「必要な情報を交換する」「チームの課題を把握・評価する」「問題解決の道筋を考える」など実に 59 の項目を示している¹⁵⁾。また、那須ら（2018）は、多職種連携において「多職種間の意見のズレを調整する」「他職種の代弁により連携機能を維持」など連携における調整力の必要性を報告している⁴⁴⁾。看護師は、多くの他職種と対面的にコミュニケーションをとることで多職種の役割を理解し、看護師以外の職種間の調整役を担っている状況が想像される。

これまでに述べてきたチーム医療のキーパーソンとしての看護師の役割は、患者に対する直接的なケアではなく、他職種とのコミュニケーションによるものと考えられる。したがって看護師には、本研究で述べてきた他職種と連携するためのコミュニケーションスキルが求められているといえる。

4.4.3 どのように看護師は連携に必要な能力を得ているのか

チーム医療の中で求められている連携のためのコミュニケーション能力は、すぐに得られるものではないことは容易に想像できる。藤田ら（2016）は回復期リハビリテーション病棟の看護師を対象とした調査で、多職種連携のための実践能力は看護師経験や専門・認定看護師、IPE 現任教育などに関連しており、看護師が経験的に連携に必要な能力を得ている状況を示唆している。またその一方で IPE 現任教育の実態が十分に明らかになっていないことも報告している⁴⁵⁾。

吾妻ら（2013）は、看護師の連携における困難性について「看護師がリーダーシップを取ればよいのは分かるが能力不足を感じる」「十分に役割を果たせていない」「看護師の負担が大きい」など看護師は求められる能力を理解しながらも十分に発揮できないことを認識していることを報告している¹³⁾。

これらのことから、看護師は臨床において連携のための教育や他職種とのコミュニケーションによって、経験的に連携に必要なコミュニケーション能力を得ていることが推察される。また一方で、連携のための教育内容は明らかとなっていないことや自信を持ってないまま多重課題の中で連携としての役割を実践している看護師の実態も示

唆されており、看護師に対する効果的な IPE の実践は急務と考える。

4.4.4 会話の分析から見えてきた連携におけるコミュニケーションの課題

チーム医療が語られる場合、コミュニケーション能力が必要となることにいつも言及される。ただし、コミュニケーション能力というのは抽象的であり、いったい何ができればコミュニケーションの能力が高くなったと言えるのか、あるいはどのようになつたときにコミュニケーションがうまくなされたと言えるのか明確ではなかつた。

そのため、教育現場においても、他職種連携を目的としたコミュニケーションの能力を高めるためにどのような教育をすべきなのか明確ではなかつた。実際にコミュニケーションに関する実習などがなされているわけだが、それが他職種連携につながるのかどうかについては明確なエビデンスが示されているわけではない。

そのため、看護師モデル・コア・カリキュラムで提示された IPE についても、その学修目標の中では他職種連携の学修目標の具体的な内容は示されていなかった。

一方で、現場では教育の在り方がどうかにかかわらず、患者を目の前にして、患者のための連携を行うために、日頃カンファレンスや打ち合わせが行われている。そのカンファレンスでうまくコミュニケーションがなされ連携につながっている場合も多くあるはずである。

本研究では、実際にカンファレンスとしてなされている現場の会話を分析することで、患者における課題解決がどのようになされているのかをとらえていった。

それによって、次のようなことが明らかになった。

分析をした対面での会話では、患者の気がかりな状況を共有するために行われていた。このとき、すべての状況を会話の中で言及するのではなく、電子カルテ等ですでに共有されている情報は省略され、共有されていない情報は説明がなされたり、わからないことについて質問がなされたりすることで言語化されていた。

発言の内容は SBAR による分析をすることで、伝達として何が十分で何が不足しているのかが明らかになった。とくに、専門性により異なるはずのアセスメントが言語化されずに、会話の中での質問や提案の内容から推察されているという課題が明らかになった。

会話の流れは、気がかりとする状況は問題の枠組みとなり、何を問題とするのか問題を焦点化するために質問がなされていた。患者の問題が複雑な場合には、問題の焦点化の段階で会話が停滞しやすく、経験年数の長い医療者のメンタルモデルに沿って質問が繰り返される場面が見られた。中には何を共有するための質問であるか共有されないまま質問に答えていることが推察される場面があった。

このことから連携をコミュニケーションと捉え、医療連携の各段階において何を共有するのか言語的に明確にすることを意識することで、連携のためのメンタルモデルは共有されやすく、連携のプロセスが促進されると考える。また、医療連携のプロセスにおいての「目標の共有」では、協働としての目標は言語化されない傾向があるという課題も明らかになった。

このような分析を通して、チームで連携し、ひとりの患者さんのケアを推進していく上で、どのような会話がなされるべきなのかが明らかになっていった。この分析結果に基づいて、教育現場で何をすべきなのかを提唱したのである。そこでは、次のような提案を行った。

まず、課題となったのが専門性の異なる考えを言語化できないということであった。この課題については、低学年の段階で、自らの考えを明確にするトレーニングを行い、発言に自信を持つことが必要である。そのため、事例を提示し、どのように対処していくべきかを自ら考え、ディスカッションを行う演習を提案した。自職種の役割を理解したうえで自らの考えを明確にするトレーニングを取り入れた演習科目である。

また、日本人は他者と異なる考えの発言を躊躇する傾向が高いため、アサーティブコミュニケーションや連携のためのコミュニケーションについては、メンタルモデル、コミュニケーションモデル、連携プロセスなどの理論的な学修を演習前の授業で展開する。

高学年では、実際に他（多）職種との連携を目的としたコミュニケーションを行う演習科目を設定した。実践できるよう他の医療系の学部と共同の演習科目を設定する。ここでも、演習に先立って、連携のためのコミュニケーションについて理論的に学修をしておくことで連携のプロセスの各段階で何を共有すべきか共同の課題に取り組むことができるようにする。

実際の演習の中では、共通の事例について自職種の役割を明確にすることを課題とし、自職種としての考えや協働としての目標を言語化することを演習の中の課題として設定した。これにより、連携としてのコミュニケーションにおいて自職種の役割を明確に意識し、自職種の立場として他職種に対して明確に自分の考えを伝えることをトレーニングすることが可能となる。

今後の研究課題

本研究は、実際にカンファレンスとしてなされている医療現場の会話について、会話分析の手法で分析したが、分析対象となったケースが必ずしも多くはなかった。とくに、職種の違いや経験年数の違いが会話に及ぼした影響は大きかったにもかかわらず、実際の分析対象となった医療者の職種や経験年数の多様性が十分に確保できなかった。

さらに、分析において会話時点での会話内容だけの分析となってしまった。事前に電子カルテなどでどのような事柄を共有していたのかの確認は行っていない。また分析結果について、研究対象者に正誤確認をすることもできていない。ただし、臨床で発した言葉の意図や事前にどのような情報を共有していたかを当事者に確認することは医療者の時間の確保、患者の個人情報保護の観点から非常に難しい状況があり、これらは今後の研究の課題である。

本研究の会話分析の正確性を高める方法として、IPEの現任教育における他職種カンファレンスの会話を分析し、当事者に確認することで改善することは可能となる。さらにIPE現任教育として、SBARの各要素の言語化の重要性、コミュニケーションとしての連携の段階を意識させカンファレンスを実施することができれば、振り返りとして自ら発した言葉の意図を正確に伝えることも可能となる。

しかし、IPE現任教育としては、4.1.4 医療連携を可能とする教育システムの例（Team STEPPSの例）で述べたように、日常的に実施してきた他職種との会話を意図的に修正することは容易ではない。理想的な会話をすることに認知負荷がかかることで、かえって伝えるべき内容が伝えられないという状況を招くことも予測される。ただし、会話をすることに負荷がかかったとしても、医療連携をトータルでみたときには患者にとっては他職種との会話を的確に行うことは必要なため、むしろSBARやメンタルモデルを意識せずにコミュニケーションできるような早期教育の導入の検討が必要と考えられる。

したがって、本研究においては基礎教育への導入を提案した。この提案はまだ机上のものにすぎないが、会話分析というエビデンスをもとにその課題を明らかにした上で検討したものであり、合理性の高いものだと考えられる。ただし、まだ実践として行ったわけではなく、今後はここで提案した教育を実践し、その効果や課題を検討していくことが本研究には求められることとなる。

参考文献

- 1) 小林仁 : 医療制度改革における平均在院日数とは何か～新たな政策目標の意義と問題点～, 立法と調査/参議院事務局企画調整室編, 257, 84-98, 2006
- 2) 厚生労働省老健局 (2016年11月) : 日本の介護保険制度について, https://www.mhlw.go.jp/english/policy/carewelfare/carewelfareelderly/dl/ltcisj_j.pdf(2019.9.29)
- 3) 厚生労働省 (2010.3.19) : 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/s03199a.pdf>, (2018.7.27)
- 4) 水本清久, 岡本牧人, 石井邦雄, 土本寛二, 編著 : 実践チーム医療 実践と教育プログラム, 医歯薬出版株式会社, 東京, 2-3, 2011
- 5) 中根英策, 重田由美, 吉田都, 高橋萌, 他 : 多職種介入による高齢心不全患者の在院日数短縮への試み, 日本クリニカルパス学会誌, 17(2), 169-173, 2015
- 6) 亀井智子, 千吉良綾子, 正木治恵, 泉キヨ子, 他 : 認知症および認知機能低下者を含む高齢入院患者群への老年専門職チームによる介入の在院日数短縮等への有効性 ; システマティックレビューとメタアナリシス, 老年看護学, 20(2), 23-35, 2016
- 7) 田村宏, 名和厳, 清水憲政, 柳良美, 他 : 高齢期の誤嚥性肺炎に対する排痰援助の共有化と包括的アプローチの有用性, 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 7(1), 80-85, 2017
- 8) 芳林浩史 : 乳がんチーム医療の現状と今後の課題, 日本赤十字社和歌山医療センター医学雑誌, 36, 17-25, 2018
- 9) 山本武志 : 医療専門職に求められるコンピテンスと専門職連携教育 : 専門職的自律性, 相互依存性, ネットワークの観点からの考察, 社会保障研究, 3(4), 536-545, 2019
- 10) Karam M, Brault I, Van Durme T, Macq J. : Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *Int J Nurs Stud*, (79), 70-83, 2018
- 11) 長坂育代, 眞嶋朋子, 増島麻里子, 岡本明美, 他 : チーム医療を促進する臨床判断に焦点を当てた専門看護師教育プログラムの試, 千葉大学大学院看護学研究科紀要, 40, 49-54, 2018
- 12) 朝比奈真由美 : プロフェッショナルへの初期教育の実際専門職連携教育 (IPE) ー質の高い専門職連携 (IPW) をめざす卒前教育ー, 日本内科学会雑誌, 100(10), 3100-3105, 2011

- 13) 吾妻知美^{あづま}, 神谷美紀子, 岡崎美晴, 遠藤圭子: 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, 23-33, 2013
- 14) 細田満智子: 「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, 日本看護協会出版会, 東京, 2012
- 15) 遠藤圭子, 岡崎美晴, 神谷美紀子, 吾妻知美: 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(看護学・リハビリテーション学編), 6, 17-29, 2012
- 16) 鶴飼知鶴, 畑吉節未: 療養通所介護における多職種連携のレベルと課題 多職種からみた場合, 癌と化学療法, 43, 74-76, 2016
- 17) 多次淳一郎, 井倉一政, 前山 和子: B保健所管内における看護職連携の推進に向けた活動の実態と課題 管理職の立場にある看護職へのインタビュー調査から, 東海公衆衛生雑誌, 5(1), 96-101, 2017
- 18) 大谷紋世, 清水正子, 山田知奈, 松葉早紀: 退院準備度評価尺度を参考にした多職種カンファレンスの有効性, 日本精神科看護学術集会誌, 60(1), 320-321, 2017
- 19) 松尾太加志: コミュニケーションの心理学, ナカニシヤ出版, 東京, 1999
- 20) 杉本なおみ: 医療者のためのコミュニケーション入門, 精神看護出版, 東京, 2013
- 21) 松尾太加志: 医療安全管理に必要なコミュニケーション, 医療安全, 7(1), 1-14, 2011
- 22) 樫村志郎: エスノメソドロジーとは何か, 日本ファジィ学会誌, 10(1), 2-10, 1998
- 23) 樫村志郎: 会話分析の課題と方法, 樫村志郎. "会話分析の課題と方法." 実験社会心理学研究 36(1), 148-159, 1996
- 24) 秋谷直矩, 平本毅: 分野別研究動向 (エスノメソドロジー) -エスノメソドロジー・会話分析研究の広がり-, 社会学評論, 70(1), 43-57, 2019
- 25) 戸江哲理: 子育てひろばと会話分析-素描, 人工知能学会研究会資料, 第71回言語・音声理解と対話処理研究会, 2014
- 26) 和智志げみ, 浦野茂, 永見桂子: 授乳支援場面における助産師と母親の相互行為, エスノメソドロジーによる分析, 母性衛生, 55(4), 700-710, 2015
- 27) 阪本恵子編著: 看護実践に活かすプロセスレコード, 廣川書店, 1995
- 28) 大池美也子, 鬼村和子, 村田節子: 初回基礎看護実習におけるプロセスレコードの分析 - コミュニケーションのつまづき場面に焦点をあてて -, 九州大学医療技術短期大学部紀要, 27, 9-14, 2000
- 29) 伊礼優, 岡村純, 栗栖瑛子: 臨地実習における患者-学生間のコミュニケーションの分析-テキストとしてのプロセスレコードの内容分析を通して-, 沖縄県立看護大学紀要, 6, 10-24, 2005

- 30) 佐伯知子：IPE(InterProfessional Education)をめぐる経緯と現状、課題，医療専門職養成の動向を中心に．京都大学生涯教育フィールド研究,2,9-19,2014
- 31) 川村和美，孫大輔，中島美津子，内海美保：臨床における薬剤師のスタンスから IPW の阻害要因を考える，薬学雑誌,135(1),123-129,2015
- 32) 小川武希，小路美喜子，高橋則子，他，(東京慈恵会医科大学付属病院看護部・医療安全管理部編著)：ヒューマンエラー防止のための SBAR/TeamSTEPPS チームで共有！医療安全のコミュニケーションツール，日本看護協会出版会，2015
- 33) 鈴木明，種田憲一郎：チーム STEPPS(チームステップス) チーム医療と患者の安全を推進するツール，日本臨床麻酔学会誌，33(7)，999-1005，2013
- 34) 種田憲一郎：指導医のために プロフェッショナルリズム 診療の安全と質を向上させるツール，日本内科学会雑誌,100 (1)，226-235，2011
- 35) 種田憲一郎：【改めて標準化教育のすすめ】チーム STEPPS(標準化されたチームとしての協働「チーム医療 2.0」)，地域医学，33(11)，912-917，2019
- 36) 渡辺京子，渡辺八重子：チーム医療を向上させるチームワーク研修 Team STEPPS の紹介，理学療法研究，30，3-6，2013
- 37) 田中悠美，酒井知子，富安真理，他：チーム STEPPS 研修の地域包括ケアへの応用ー平成 26 年～28 年度静岡県立大学「ふじのくに」未来教育センターCOC 事業を通じてー，情報処理学会研究報告，10(2)，2017
- 38) 住吉蝶子，(東京慈恵会医科大学付属病院看護部・医療安全管理部編著)：チームステップスと日本の組織文化，ヒューマンエラー防止のための SBAR/TeamSTEPPS チームで共有！医療安全のコミュニケーションツール，日本看護協会出版会，p17-20，2015
- 39) 岡崎美晴，江口秀子，吾妻知美，他：チーム医療を実践している看護師が多職種と連携・協働する上で大切にしている行為：テキストマイニングによる自由記述の分析，甲南女子大学研究紀要,8, 1-11, 2014
- 40) 内海美保，孫大輔，川村和美，中島美津子：効果的な IPW に向けた IPE の取り組み，YAKUGAKU ZASSHI, 135(1), 131-135, 2015
- 41) 榎田めぐみ，片岡竜太，鈴木久義，他：臨床シナリオを用いた学部連携 PBL チュートリアルが多職種連携教育における有用性の検討，日本保健医療福祉連携教育学会学術誌・保健医療福祉連携，8(1)，10-19，2015
- 42) 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告，大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会（平成 23 年 3 月 11 日）
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vb6s-att/2r9852000001vbk2.pdf>
- 43) 文部科学省，看護学教育モデル・コア・カリキュラム ～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～(平成 29 年 10 月 31 日)
https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/_icsFiles/afieldf

ile/2017/10/31/1397885_1.pdf

- 44) 厚生労働省, 「チーム医療の推進に関する検討会」 報告書(2011):
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>
- 45) 伊藤真実, 川本英嗣, 伊藤亜紗実, : ウェアラブルセンサーを用いた救命救急センターの医療者コミュニケーション活性度の解析, 日本臨床救急医学会雑誌, 22(6), 784-791, 2019
- 46) 那須明美, 松本啓子, 常国良美, 他 : 病院に勤務する看護師のインタープロフェッショナルワークに関するコンピテンシーの文献検討, 日本看護科学会誌, 38, 82-88, 2018
- 47) 藤田厚美, 習田明裕: 回復期リハビリテーション病棟看護師の多職種連携実践能力に関連する要因, 日本看護科学会誌, 36, 229-237, 2016

謝 辞

本論文の完成に至るまでには、多くの方々のご支援と御指導がありました。ここに深い感謝の意を表したいと思います。特に、学部時代から継続して御指導をいただいた、本学の前学長である松尾太加志教授には、計り知れない感謝を申し上げます。本学文学部人間関係学科でコミュニケーション論を学び、看護教員の経験から研究の着想を得て、社会システム研究科博士前期課程へ進学し、この際に松尾太加志教授から御丁寧な御指導を賜り研究者としての基礎を築くことが出来ました。博士後期課程に進学した後には、コロナ禍により世の中全体が予期せぬ困難に満ちていましたが、このような中に合っても、松尾先生は学長という御立場にありながらも、オンラインでのゼミを続けてくださいました。的確なアドバイスと、常に温かい励ましをいただき研究の方向性を見失うことなく進めることが出来ました。ゼミを通してご教示くださいました皆様にも深く感謝申し上げます。

田島司教授、松田憲教授にも心から感謝の意を申し上げます。田島教授には、松尾先生の御退任後に、主研究指導教員として深い洞察に満ちたアドバイスを賜り、私の研究をさらに深めることが出来ました。心から感謝申し上げます。

また、本論を完成させる過程において、病院関係者、医療従事者の皆様にも多くの支援と御協力を賜り、この研究が実現する基盤を提供いただきました。個人情報観点からお名前は明記いたしません。皆様の患者さんに対する深い配慮と専門的な対応が、私の研究において重要な役割を果たしました。忙しい中にありながら研究に対する理解と協力を示してくださったことに深く感謝申し上げます。

最後に、看護教員をつづけながら本論文を完成するにあたり、御支援、御配慮を賜りました職場の方々、家族に感謝の意を表します。

卷末資料

資料1 会話分析 場面1の概要

		場面1			
	話題(主題)	①入浴時の洗体動作	②退院後の洗面動作	③退院後の血圧管理と安否確認	④外出時の安全対策
連携の段階	問題の枠組みの共有化	「洗体動作に制限がある」ことが会話の前に共有(B)	「歯磨き時に痛みがあった」ことは会話の前に共有(S,B)	「高血圧症がある」ことについて会話前に共有(B)	Otから「外出時に気分不良となったことがある」と伝え、Nsもその事実を共有(B)
	問題の焦点化	Nsからの問いかけでOtも「入浴時に洗体が自立可能か」が会話の始まりで焦点化された(S)	Otが「姿勢が腫れ痛む」ことを伝え、焦点化がなされた(S)	Nsから他職種と「退院後の血圧確認の頻度」を検討したと説明し共有(S)	「外出時に気分が悪くなったときの対処」で焦点化(S)
	目標の共有化	Otが現状を伝えることで「長いタオルを用いる」(R)とすぐに共有化された	Nsが「自宅では椅子に座る(姿勢を安定させる)」ことを提案(A,R)し、共有	Nsが「ヘルパーが入る頻度として特例的に依頼をする」(R)ことを報告し、共有	Nsがいろいろ検討するも解決策は見つからず、NsからOtに「家屋調査で歩くコースを確認し決める」ことを提案(R)
	行動化の提案	すでに解決済みで提案はなし	Nsから「家屋調査時に確認」することを提案(R)	NsからOtへの報告だけで、提案はなし	Nsが「家屋調査後のカンファレンスで検討」を提案
会話としてのメンタルモデル	問題や目標に関するメンタルモデルが共有できているか？	洗体の問題についてNsから問いかけられたが、Otもその問題を知っており、すでに解決していることからすぐに問題のメンタルモデルは一致できた	Otから歯磨き時の痛みがあるとの話があったが、Nsは痛みについて認識しており、姿勢安定が必要であることにメンタルモデルが共有できた 目標について、Otは「足をそろえて姿勢を保つ」と伝えたが、Nsは急に家屋調査の質問をしたためメンタルモデルは共有できなかった Nsから「椅子に座る」という(A,R)によって、Otはメンタルモデルを共有できた	Nsからの一方的な報告であったが、問題について共有していたため、メンタルモデルは一致されていた	Otから出された話題であったが、経年数は長いNsのメンタルモデルに沿って話題は展開された Nsはいろいろな可能性を検討しながらの会話であったが、最終的にコース選びについて考え(A)を伝えたため、Otもコースについて共有していたと推察される
	他職種間の役割	Nsが指導的役割 OtはNsからアドバイスを受け連携	Nsは自宅で確認する内容を指導し、Otは家屋調査で自宅の洗面所を確認	NsはOtに退院後の体調管理体制の報告をした ただけ	Nsは解決策を検討するが見つからず、家屋調査後のカンファレンスを提案 Otが家屋調査の際に歩くコースの確認
連携促進	会話によって連携が促進されたか？	Nsが洗体の状況を確認したく、すでにOtが長いタオルを用いることで解決できていることを知り、「この問題は解決」していることが2者間で確認された	会話前に「問題」は共有されていたが、『目標』に関してはOtとNsでは考え(A)が異なっていた OtがNsの考え(A)を了解したことで、新たに目標が共有された。 また、NsがOtに家屋調査時の自宅での確認内容を指導することで、『行動化提案』までスムーズに展開した	すでに対応が検討され『解決』した問題として、NsからのOtに一方向的な報告をした。対応を共有するとういう連携につながった	情報が不足し、問題が複雑であったため、まずはコースの決定を優先することが2者間で共有された Otが家屋調査時に歩くコースを確認した後、Otが多職種カンファレンスで検討することをNsが指導する形での連携が図れた

略字：Ns(看護師)、St(理学療法士)、Ot(作業療法士)、S(気がかかりな状況)、B(状況の背景)、A(状況の要因・解決可能か等の考え)、R(協働目的で行われる他職種への依頼)

資料2 会話分析 場面2の概要

場面2		2-③ 排泄を自立へ	
話題（主題）	2-② 血圧の自己測定の可能性	2-① 服薬の自己管理方法	前の会話の続きであり、血圧が高く血圧の管理が重要であることを会話の前に共有 (B)
問題の枠組みの共有化	Nsから「腕を通すタイプなら可能」という考え (A) を伝え、0tは（健側を固定すると）「ボタンが押せない」と判断 (A)、血圧計を付けた後に「血圧のスイッチを押せるか」問題が焦点化した	会話の始まりにNsが「血圧が高く薬が2錠増え、服薬を介助している」ことを伝え共有 (S, B)	会話を始めに0tから「リハビリテーションでは排泄時の下衣操作が出来ている」と報告し、Nsは「病棟では介助してしまおう」状況を伝え共有 (S, B)
問題の焦点化	Nsから（重度の麻痺のある患者）が「自分で開けられるのか」質問したこと問題が焦点化した	Nsから「右手は補助手程度（ほとんど動かない）」という判断 (A) から、「自助具を使って袋を開ける」あるいは「プチッとするタイプなら片手でできる」ことが説明され共有 (A, R)	0tが「ウエストの締まったズボンは難しい、患者は疲れから介助を希望する」ことを伝え問題が焦点化した
目標の共有化	0tから「右手は補助手程度（ほとんど動かない）」という判断 (A) から、「自助具を使って袋を開ける」あるいは「プチッとするタイプなら片手でできる」ことが説明され共有 (A, R)	Nsは「薬をシートにすることを医師に相談」 (R)	0tからNsに「評価表を使用し、トイレは基本的に介助せずに戻せりとすることで排泄の自立を目指す」 (A, R) と伝え共有
目標の共有化	Nsは「薬をシートにすることを医師に相談」 (R)		0tからNsに「ウエストが伸びるタイプのズボンを用意」するよう提案 (R) Nsは「看護職者に周知する」事を提案 (R)
行動化の提案	Nsは「薬をシートにすることを医師に相談」 (R)		
会話としてのメンタルモデル	Nsから「自分で開けられるのか」という問題となる質問に対して0tが専門的に説明したこと、メンタルモデルが一致した 0tが片手で薬を取り出す方法 (A, R) を説明したこと、目標が共有された		0tはリハラでは排泄動作が自立 (S) に対し病棟ではNsが介助する要因 (A) を検討したこと問題が焦点化されメンタルモデルが一致した 目標について0tから「評価表を用いて排泄動作の自立を目指す」という (A, R) が説明され共有した
他職種間の役割	Nsは「血圧管理の重要性を0tに説明 経験が浅く分からないことを専門である0tに相談 0tの薬剤師タイプの提案を受け医師に相談 0tは経験の浅いNsに指導的役割がある		0tはリハラで行う排泄動作をNsに報告し、病棟でも同様に実施できるよう評価表を作成し提案 Nsは担当看護師として、他の看護職全員に報告
連携促進	Nsは「重度の障害があり、薬を管理する」という『複雑な問題』として捉えていたが、連携のメンタルモデルを形成し、0tに相談したこと『問題の焦点化』が図れた 対応方法も具体化したこと『目標』の共有、「医師への相談」という『行動化の提案』までスムーズに展開した		0tは排泄を自立させるためにNsの協力を得るという連携メンタルモデルを形成し、「排泄動作が自立している」ことを伝え、病棟での『問題』が共有された 0tの連携メンタルモデルに沿って「病棟でも戻守る」という『目標』『提案』について説明され、Nsは質問しながら0tのメンタルモデルを共有したことで連携のプロセスはスムーズに展開した

略字：Ns（看護師）、St（理学療法士）、Ot（作業療法士）、S（気がかりな状況）、B（状況の背景）、A（状況の要因・解決可能か等の考え）、R（協働目的で行われる他職種への依頼）

資料3 会話分析 場面3の概要

場面3	
話題（主題）	①意識混濁と筋緊張の強い患者の車椅子乗車
	<p>Ptから「覚醒が良い頻度が増え、車椅子の安定や指示動作が良く、筋の緊張は高い」などリハの状態(S, B)を詳細に説明したが、Nsの反応は少なく、会話の前からすでに共有していた情報も多いことが推察される</p> <p>Ptは多くの情報を伝えた後「筋の緊張が高い」ことを繰り返し、理行通り2人で介助するよう提案(R)したこととから、この話題の問題はすでに共有されていたことが推察される</p> <p>Ptが「普通の車椅子に乗車し筋力をあげる」と説明し、Nsは「姿勢が安定した」と発言し、言語化されていながら「看師は体幹が弱い」と姿勢が崩れやすいという(A)から、「普通車椅子で体幹を鍛え姿勢を安定させる」ことを協働の目標と共有</p> <p>PtはNsに「車椅子への移乗は2人で介助する」ことを提案</p> <p>Nsは「治療時に車椅子に乗車する」ことを提案</p>
	<p>Ptから病態の変化について詳細な説明が伝えられ、多くの課題を含んでいたことから何を問題とするのかかわりにくかったが、提案された内容から話題とする『問題』はすでに共有されていたことが推察された</p> <p>『目標』についてはPtから新たに「普通の車椅子に乗車し筋力をあげたい」と提案(R)し、Nsは「姿勢の崩れが少なくかつ」と反応したことから言語化されていないが、Nsは「体幹が弱い」と姿勢が崩れやすいという(A)から「普通車椅子で体幹を鍛え姿勢を安定させる」という協働の『目標』を共有したことが推察される</p>
連携の段階	<p>Ptは経験年数が長くリハの状態に詳しいためNsに状況を説明</p> <p>病棟での車椅子乗車の方法について助言</p> <p>Nsも経験年数は長く、Ptの助言に対して病棟内での車椅子乗車場面を提案</p>
他職種間の役割	<p>情報の共有の段階でPtから多くの情報が提供されたが、すでに共有している内容も多く、新たな問題の提起はなかったと推察される。しかし、「車椅子乗車の方法」について具体的な言語化したことで「普通の車椅子に乗車する」という『新たな目標』が共有された</p>
連携促進	<p>会話によって連携が促進されたか？</p>
	<p>②手指の拘縮予防</p> <p>前の話題の続きであり、患者は覚醒が良い時が増えたという情報が共有され、Nsから介助量を減らしたいという提案(R)から会話が始まった。しかしPtは視力障害や手が開かないことなど介助の要因となる状況(S, B)を説明し共有</p> <p>Ptの多くの情報(S, B)に対して、Nsは「手が固くなっている」(S)と言語化したことで問題が焦点化した</p> <p>Ptは「緊張が強いと力が入り、無理に開くことは難しい」と考え(A)、対応方法は決定せず</p> <p>Ptは「緊張が強いと力が入り、無理に開くことは難しい」と考え(A)、対応方法は決定せず</p> <p>「手指の拘縮」の対応方法についてPtから0tに相談(R)</p>
	<p>Nsは次回の医師との面談の状況を報告</p> <p>Ptは動画を提示することを提案</p>
	<p>この話題は、Nsから介助量を減らしたいという提案(R)から始まったが、Ptのメンタルモデルは「なぜ介助が多いか」という情報で共有の段階に陥り、会話が進められた。Nsの発言で「手指の拘縮」に問題が焦点化した。2者間では具体的な提案は出されず、0tに相談するという新たな連携のメンタルモデルが形成され、話は終了した</p>
	<p>Nsは回復に合わせて介助方法の変更を検討したが具体的な提案はなかった。しかし、気がかりとしていた「手指の拘縮」の問題を優先させた</p> <p>Ptから0tに手指の拘縮に対して相談</p>
	<p>Nsの介助量を減らしたいという提案から話題が始まったが、具体的な提案でなかったため、なぜ介助が多くなるのか『情報のある段階』に戻り会話が展開された。多くの課題がある情報の中、Nsの発言で「手指の拘縮」が優先され問題が焦点化した。2者間では具体的な提案は出されず、専門の0tに相談することが提案され、この会話では、多くの課題の中で『優先される問題』が決定され共有された</p>
	<p>③病状に対する患者の夫の認識</p> <p>Ptは下段のボジションについて説明し、気がかりにしていた「患者の夫の認識」に話題を変えたが、Nsも患者の夫が回復を期待しているという認識を共有していた</p> <p>Nsが「立位を見ることで現実に期待させすぎないか」と考え(A)を伝えたことで問題が焦点化された</p> <p>Ptから動画を提示することで現状を認識するという対応が提案(R)され目標が共有された</p>
	<p>Nsは次回の医師との面談の状況を報告</p> <p>Ptは動画を提示することを提案</p>
	<p>会話の初めは、下段のボジションに対するPtの連携メンタルモデルにそって説明されたが、途中で話題が夫の認識に変わった。しかし、Nsはこの話題を共有していたため、「期待させすぎないか」とすぐに考え(A)を言語化し、問題が焦点化した</p> <p>Ptは問題を共有したことで、すぐに「動画を提示する」という具体的な対応を提案(R)し、目標が共有された。</p>
	<p>Nsは次回の医師との面談の状況を報告</p> <p>Ptは動画を提示することを提案</p>
	<p>この話題は、Ptの説明の中で話題が変更されているが、Nsは以前から『問題の枠組み』を共有していたことで、すぐにアセスメント(A)を言語化し『問題の焦点化』に至っている。Ptはすでに対応方法を検討しており、具体的に提案(R)したことで『行動化の提案』までスムーズに展開した</p>

略字：Ns(看護師)、St(理学療法士)、0t(作業療法士)、S(気がかりな状況)、B(状況の背景)、A(状況の要因・解決可能か等の考え)、R(協働目的で行われる他職種への依頼)

資料4 会話分析 場面4の概要

場面4			
話題 (主題)	①震えによる歩行の危険性	②日中ひとりで過ごせるか	③ストロー付きのコップの利用
問題の枠組みの共有化	Ptから「震えがあり立ち上がり動作に危ない場面がある」状況(S)が伝えられた Nsは震えの原因や経過について質問を繰り返して、震えは5年目からあったが、入院前は一人で外出していた状況(B)が共有された	話題の続きで、Nsから「退院後は1人の時間が長く、食事や排泄は自立が必要となる」(B)と伝えられ、Ptから「排泄の後の動作」(S)について詳細に説明され状況が共有された	Ptから手の震えに対して飲水時には「蓋・ストロー付きのコップを利用している」状況が伝えられ共有された
問題の焦点化	話題が退院後の外出に変わり「一人で外出が可能か」という問題に焦点化した	Ptはひとりで長時間過ごすには「震えにより排泄の後処理が不足」(S,A)と排泄の問題を伝え、問題の焦点化に至っていない Nsは「緊張すると震える」(S,A)と伝え、問題は焦点化になっっていない	(言語化されていないが)「振戦があり飲水しにくい」
目標の共有化	「シルバーカーの使用」と「付き添い者の介助」により外出するという目標が共有された	問題は統合されずに焦点化されなかったため目標は明確になっっていない	Ptは、この問題はすでに解決していると考えていたが、Nsは一時的な使用と考える目標が共有されなかった。Ptの説明で「蓋・ストロー付きのコップで飲水する」という『目標』が共有された
行動化の提案	なし	Nsは情報が不足していることから何が問題となるのかアセスメントできず、いたため家族から情報を得ることで検査の必要性を検討することを提案した Ptは「一人の時間が長い」という課題について退院後のサービスの利用を提案した	家族に依頼するということ役割が遂行されていないため、PtがNsに対して家族に依頼するよう言語的に提案(R)した
会話としてのメンタルモデル	Ptは、会話の始まりで、震えがあり「立ち上がり危ない」と考え(A)を伝え、Nsは震えの原因に関する質問を繰り返して、アセスメントできずに繰り返され質問の流れで話題が「外出」に変わったことで「外出は危険」という2者のメンタルモデルが一致し、『問題』『目標』について共有されたが、行動化の提案は無かった	Ptは「排泄の動作」を問題と捉え、Nsとの連携メンタルモデルを形成しながら介助方法について説明したが、Nsは「震え」の原因を考え(A)、対応を検討した それぞれ別の考えは共有されたが、2者間で協働するための『問題の焦点化』『目標の共有化』には至っていない	Ptは「飲水の問題」に対して、家族の協力が得られていなかったためNsに伝えた。しかし、Nsと「目標」が共有されていないことがわかり、再度説明することで「問題」と「目標」が共有された
他職種間の役割	PtはNsの質問に対し、震えや歩行の状況(S,B)を説明した Nsは震えの原因が究明可能か検討、家族の要望について情報を提供した	Nsは、家族から情報を得る、検査について医師に相談することを提案(R) Ptは、退院後のサービスの利用を提案(R)	Ptは「蓋・ストロー付きのコップ」の使用を提案 Nsは、家族に持参するよう連絡
連携促進	会話の始まりの話題は「震え」であったが、退院後の外出に話題が変わり「問題」「目標」の共有化まで進んだ。しかし両者からの具体的な提案は無く、会話が終了しており、協働としての役割は不明確であったことから連携が促進したとは考えにくい	それぞれの専門家の考えは異なり共有されないまま連携は停滞していた 会話は行動化の提案で終了したが、問題の焦点化に至らなかったため、目標もそれぞれ異なり、協働するための連携のプロセスが展開したとはいえない	Ptは、すでに『解決』している問題であると考えたが、家族の協力を得るよう伝えたことで、Nsとの認識のズレがわかり、再度説明し「問題」と「目標」について共有された 「目標」が共有されたことで、家族に依頼するということNsの役割が確認されこの問題は『解決』した

略字：Ns(看護師)、St(作業療法士)、Ot(理学療法士)、S(気がかりな状況)、B(状況の背景)、A(状況の要因・解決可能か等の考え)、R(協働目的で行われる他職種への依頼)

(別紙 1)

「看護師の他職種連携における情報共有化プロセスの特徴と課題」に対する
インタビューガイド

1. 目的：医療者間コミュニケーションの実際を再現化し、質的に分析するにあたって必要となる非言語的な情報、特に理解や認識に関する情報を得る。

2. 場面の選定および場所の設定

- ・看護師と他職種が対面的なコミュニケーションによって情報を共有する場面で、コミュニケーションが中断するような要因がない場所（個室）を選定する。
- ・事前に調整し、研究参加の同意を得ていることを確認する。

3. 予定時間 10分～15分程度

4. 質問内容

<注意事項>

以下の内容は、設問をそのまま伝え、対象者の言葉で回答を促す。

ただし、回答の表現が難しい場合には、予測される内容、あるいは尺度を提示し答えを促す。

先ほどの場面を思い出して、お答えください。

1) 先ほどのカンファレンス（話し合い）の目的を教えてください。

（たとえば、情報の追加、ケアや治療の方法、目的、退院までの目標）

2) 先ほどの話題は、以前から知っている内容でしたか？

（よく知っていた だいたい知っていた ほとんど知らなかった 知らなかった）

3) 相手の方は、あなたが、今回の話題について、何をどのくらい知っているか、ご存じだったと思いますか？

（よく知っていた だいたい知っていた ほとんど知らなかった 知らなかった）

4) 相手の方と会話する機会は、週に、あるいは月に、何回くらいありますか。

（ほとんどない 1回/月程度 1回～2回/週 3回～4回/週 ほぼ毎日）

5) わかりにくい専門用語や略語、言葉の省略、などがありましたか？

具体的に、どのような内容の時に、そのように感じましたか？

6) その他の理由で、わかりにくいと感じた場面がありましたか？

具体的に、どのような内容の時に、そのように感じましたか？

7) 先ほどの会話の中で、質問をした方が良かった場面がありましたか？

「はい（あり）」の回答の場合は以下①②を聞く。

①それは、どのような会話の時でしたか？ また、どのような質問ですか。

②その質問は行いましたか？

いいえの場合は理由を聞く：なぜ質問をしなかったのですか？

8) 今回、確認をした方が良く感じた場面がありましたか？

「はい（あり）」の場合、以下①～③を聞く。

①それは、どのような会話の時で、何に関する確認ですか。

②その確認は行いましたか？

いいえの場合は理由を聞く：なぜ確認をしなかったのですか？

③質問や確認の「しにくさ」を感じましたか？

その理由を聞かせてください。

9) 全体的に、先ほどの会話によって、連携をするために必要な情報を十分に得ることができたと感じましたか？ 今回の会話に対する満足度を教えてください。【 /100%】

10) 不足していることは何ですか？

最後に、あなた自身についてお聞きします。

現在の職業の経験は（ ）年 現在の職場には（ ）年勤務している。

11) 普段、他職種の方と連携の目的で、対面的にコミュニケーションをとる機会は、週に、あるいは月に、何回くらいありますか。

(ほとんどない 1回/月程度 1回～2回/週 3回～4回/週 ほぼ毎日)

12) それは、どのような職種の方ですか。

13) 最後に、今回の連携の場面について、何かありましたら自由にお聞かせください。

ねぎらいの言葉をかけて、終了とする。